

Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002

The effects of the transformations of the public health system on the equity of Mexico, 1995-2002

Nivaldo Linares Pérez¹, Oliva López Arellano²

¹Médico. Doctor en Ciencias en Salud Colectiva. Coordinador del Programa de Influenza y Capacidades de Vigilancia. Investigador Asociado del Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala. nlinares@gt.cdc.gov

²Médica. Doctora en Ciencias en Salud Pública. Investigadora y Profesora del Programa de Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México. oli@correo.xoc.uam.mx

RESUMEN El objetivo de este estudio es identificar los posibles efectos que sobre la equidad en salud pueden ser vinculados con las "intervenciones de reforma" desarrolladas en México durante 1995 y 2002. Se analizaron las desigualdades en salud entre las entidades federativas del país y se identificaron aquellas que constituyen inequidades. La medición de las desigualdades en salud se hizo a través del Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS) con ayuda del paquete EPIDAT 3.1. El análisis de la inequidad incluyó la comparación de los indicadores sobre resultados de salud y acceso a servicios con indicadores básicos del mismo tipo para América Latina y la valoración de las desigualdades que aludían a evitabilidad, injusticia e inaceptabilidad según los criterios reconocidos de la definición de inequidad. Los valores del INIQUIS mostraron que la desigualdad relativa global entre los estados del país tuvo un incremento superior al 30% entre 1995 y 2002. La desigualdad relativa en las condiciones de vida disminuyó 12%; mientras que en los resultados de salud y en el acceso a servicios se incrementó en 30% y 10% respectivamente. El comportamiento del INIQUIS sugirió que los niveles de desigualdad-inequidad en salud entre las entidades federativas no parecen haber sido influidas significativamente por las intervenciones de la reforma sanitaria desarrolladas en México entre 1995 y 2002.

PALABRAS CLAVE Reforma en Atención de la Salud; Desigualdades en la Salud; Equidad en Salud; México.

ABSTRACT Identify the possible effects on health equity that may be linked to the "reform interventions" developed in Mexico during 1995 and 2005. The health inequalities among the country Federal Entities were analyzed and those which constitute inequities were identified. The inequalities were measured through the Health Inequities Index (HII) with help of EPIDAT 3.1 package. The inequity analysis included a comparison of the indicators on health outcomes and the access services and the basic indicators similar for Latin America, and the valuation of the inequalities referred of the unavoidable, injustice, and unacceptability criteria according to recognized standards of the definition of inequality. The values of INIQUIS showed that the global relative inequality among the States had an increase higher than 30% between 1995 and 2002. The relative inequality in living conditions decreased in 12%; meanwhile, the health and service access results increased in 30% and 10% respectively those years. The behavior of INIQUIS suggested that the inequality-inequity levels between Federal Entities not appear to have been influenced significantly for the sanity reform interventions developed from 1995 to 2002 in Mexico.

KEY WORDS Health Care Reform; Health Inequalities; Equity in Health; Mexico.

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades-inequidades en salud han tenido y tienen en la actualidad muchas "caras diferentes". La investigación ha mostrado su vinculación con factores sociales, económicos, políticos y culturales propios de los diferentes grupos sociales, así como con factores internos asociados al sector salud, especialmente los ligados a las transformaciones de los sistemas de salud. En México, si bien existe información sobre las desigualdades en salud (1-3), existe escasa evidencia sobre la magnitud y características de las desigualdades en salud que constituyen inequidades, y mucho menos, sobre los posibles efectos asociados a las "intervenciones de reforma" del sector salud desarrolladas en los últimos años, las cuales buscan entre otros objetivos, el logro mismo de la equidad en salud entre grupos sociales que difieren en el estatus socioeconómico, género o etnia (4,5).

En México por ejemplo, las conceptualizaciones y mediciones de las desigualdades en salud, fundamentalmente se han centrado en el análisis entre individuos dada sus diferencias socioeconómicas y más recientemente por género y etnia, siempre desde enfoques de tipo igualitaristas (6,7). Muy escasamente las desigualdades de salud han sido analizadas como expresión de las inequidades existentes en los resultados finales de salud y el acceso a los servicios desde perspectivas libertarias o utilitaristas y menos aún con base en la forma en que se concentran y se ejercen las relaciones de poder que establecen los grupos sociales colectivamente contruidos (8).

La equidad en salud no está divorciada de las alternativas de respuesta que ofrecen los sistemas de servicios de salud, más bien es lo inverso, dado que un objetivo expreso en los procesos de reforma es el incuestionable logro de la equidad.

En América Latina, la evidencia sobre las desigualdades-inequidades en salud es prominente al igual que las profundas transformaciones que los sistemas nacionales de salud han venido haciendo como resultado de los procesos de reforma económica de los Estados (9). En México, las políticas y programas de salud impulsados por las reformas han sido enunciados en

aras de una mayor equidad, acceso a los servicios de salud, calidad en la atención y eficiencia en el sistema de atención a la salud (10). Sin embargo, los cambios se centran en la organización del sistema nacional de salud referidos principalmente al gasto en salud y a la prestación de los servicios habiéndose utilizado diversas estrategias, entre ellas, la transformación de los montos del financiamiento para la salud, la descentralización de los servicios, la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y el tránsito a formas de aseguramiento basadas en la capacidad de pago de los usuarios de dichos servicios (11). En otras palabras, parecería que la búsqueda de la equidad en salud en el país, o más bien el desafío del logro de la equidad en salud ha producido y "justificado" los cambios en las magnitudes de los financiamientos y en las formas de organización del sistema nacional de salud, la política sanitaria y en el rol de las instituciones públicas que integran el sector salud.

No obstante, cualquier análisis sobre las desigualdades-inequidades en salud pasa por reconocer la complejidad que hay entre los aspectos estructurales que moldean el proceso de las condiciones de vida y trabajo (determinantes de la salud) y el sistema de salud, visto éste último, como modulador de los resultados finales de salud o articulador del acceso a los recursos para la salud. Es en este complicado entrelazamiento en el que también deben ser mirados los procesos de reforma, pues éstos, no solo se dan como resultado de las transformaciones estructurales definidas dentro de la reforma del Estado, sino también como expresión de las diferentes formas de organización de los propios servicios de salud (12,13).

Tomando en cuenta estas consideraciones, el presente trabajo intenta presentar de manera puntual los resultados de una investigación que abordó la relación entre los procesos de la reforma sanitaria mexicana de 1995-2002, las condiciones de vida y el complejo desigualdad-inequidad en salud; e intentó responder preguntas tales como:

→ ¿Cuáles son las desigualdades en las condiciones de vida y de salud que constituyen inequidades entre grupos de población que difieren por la condición geopolítica y administrativa (entidad federativa) en México?

→ ¿Cuáles son los efectos que las "intervenciones de reforma" desarrolladas durante el período 1995-2002, han tenido sobre las desigualdades-inequidades en los resultados de salud y el acceso a los servicios en México?

En otras palabras, el objetivo fijado fue identificar los posibles efectos que sobre la equidad en salud pudieran ser vinculados con las "intervenciones de reforma" desarrolladas en el país entre 1995 y 2002 en las entidades federativas del país.

MÉTODOS

Partiendo de una aproximación socio-epidemiológica desde la visión de la salud colectiva entre 2003 y 2006, se estudiaron las diferencias en cuanto a las condiciones de vida, resultados de salud y acceso a servicios de salud entre las 32 entidades federativas del país y se realizó un análisis valorativo de aquellas desigualdades en salud que constituyen inequidades. Una vez que fueron definidas las inequidades en salud entre los grupos de estudio, se realizó el análisis en torno a los posibles efectos de las reformas sobre la equidad en salud, sin desconocer el peso que tienen otros aspectos estructurales y del contexto económico, político y social, en los ámbitos más generales (nivel nacional) y específicos (nivel regional) sobre el desafío del logro de la equidad.

El diseño general del estudio combinó dos tipos de aproximaciones: un estudio ecológico de tipo "comparación de grupos" (14) y la aplicación de un modelo de evaluación no experimental de tipo "antes-después" (15) enfocado esencialmente en los resultados (efectos a mediano plazo) que pudieran ser vinculados a las estrategias de la reforma mexicana de esos años.

El análisis valorativo de las desigualdades en salud que constituyen inequidades se realizó con base en los criterios éticos y de justicia social propuestos por Whitehead (16) y los resultados de la comparación con los indicadores básicos de países de América Latina publicados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (17).

La población de estudio estuvo compuesta por la población de México organizada en sus 32 entidades federativas (N=32) y cuya información, relativa a las condiciones de vida, los resultados y servicios de salud y la reforma sanitaria, fue posible integrar en bases de datos válidas y confiables procedentes de diferentes fuentes de información secundarias para los años 1995 y 2002.

Las principales variables e indicadores se agruparon y relacionaron en cuatro grandes grupos o categorías:

- a) indicadores vinculados con las condiciones socioeconómicas de vida de los grupos de población expresados como indicadores sociales, económicos y del ambiente físico donde estos vivían;
- b) indicadores relacionados con los resultados finales de salud entendidos como indicadores que reflejan la necesidad de atención expresada por la enfermedad y la muerte (indicadores de mortalidad y morbilidad);
- c) indicadores relacionados con los servicios de salud definidos como la respuesta a la necesidad de atención en salud y expresada en indicadores de acceso, utilización y disponibilidad de servicios;
- d) indicadores relacionados con las "intervenciones de reforma", en este caso las estrategias más importantes de la reforma puestas en marcha en México en el período 1995-2002: descentralización de servicios de salud, financiamiento y gasto en salud y extensión de cobertura con el paquete básico de servicios de salud (PBSS).

Por su parte el complejo desigualdad-inequidad en salud fue referido a las diferencias sistemáticas y evitables entre los miembros de una población (desigualdad) y las variaciones innecesarias e injustas (inequidad) en al menos dos dimensiones de la equidad: a) resultados finales de salud (enfermedad y muerte); b) acceso a servicios de salud (18).

Los datos provinieron de diferentes fuentes de información secundarias e incluyeron tres subtipos particulares ampliamente desarrollados en el país (Cuadro 1):

Cuadro 1. DIMENSIONES DE LA EQUIDAD Y FUENTES DE INFORMACIÓN

CLASIFICACIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN
Condiciones Socioeconómicas de vida (Condiciones de vida)	Demográficas, Socioeconómicas y del ámbito físico	Instituto Nacional de Estadística y Geografía (19-22)
Resultados (Equidad de resultados)	Condiciones de salud: Mortalidad y Morbilidad	Sistema Nacional de Información en Salud (23) Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (24)
Servicios de Salud (Equidad de acceso)	Acceso, cobertura, disponibilidad y utilización de servicios	Sistema Nacional de Información en Salud (25-27) Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (24)
Intervenciones de reforma	Descentralización de los servicios de salud	De la Fuente JR, López-Bárcena J. (28)
	Ampliación de la Cobertura de los servicios de salud con Paquete Básico de Servicios de Salud	Sistema Nacional de Información en Salud (25-27) Molina Leza J, <i>et al.</i> (29)
	Magnitud de la Asignación / Distribución de Financiamiento	Sistema Nacional de Información en Salud (30)

Fuente: Linares-Pérez N. (31)

- a) encuestas de hogares y censos de población y vivienda;
- b) sistemas de información en salud;
- c) estudios específicos.

El procedimiento general para la recolección de los datos se realizó a través de la revisión documental de un conjunto seleccionado de informes de trabajo, documentos técnicos e informes de resultados de estudios que fueron publicados o se encontraron disponibles para su consulta, así como por el examen de las bases de datos y tabulados impresos publicados en formato electrónico y disponibles para su lectura y revisión. Los indicadores seleccionados (Cuadro 2), fueron integrados en bases de datos para los períodos de 1995(t_0) y 2002(t_1) en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2003, conformando la base de datos final del estudio que se empleó en el análisis.

El tratamiento cuantitativo de los datos, incluyó la descripción de todos los indicadores a

través de distribuciones de frecuencia para 1995 y 2002. La medición de las desigualdades de salud, se hizo a través del Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS) tras calcular la inequidad relativa y el índice parcial de inequidad con ayuda del paquete de Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados (Epidat 3.1) (32).

El cálculo del INIQUIS partió del conjunto de indicadores referidos en el Cuadro 2, los cuales fueron medidos para cada una de las entidades federativas del país. El indicador inicial o fundamental que formaba parte del INIQUIS fue definido para cada una de las tres categorías que formaron el índice. En la categoría condiciones de vida el indicador inicial fue el índice de marginación social, especialmente seleccionado por su naturaleza compuesta (integrado por indicadores sociales de seis dimensiones diferentes) y a la consistencia de su medición en México; para la categoría resultados de salud el indicador seleccionado fue la esperanza de vida al nacer, porque representa un indicador robusto que refleja

Cuadro 2. LISTADO FINAL DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO SEGÚN DIMENSIÓN DE ANÁLISIS.

CONDICIONES DE VIDA

- Porcentaje de población > 15 años alfabeto
- Índice de marginación social
- Ingreso anual per cápita (US\$ ajustados)

RESULTADOS FINALES

- Esperanza de vida al nacer
- Tasa de mortalidad general
- Tasa de mortalidad infantil
- Tasa de mortalidad materna
- Tasa de mortalidad < 5 años
- Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, de la reproducción y relacionadas con la desnutrición
- Incidencia acumulada de tuberculosis pulmonar en > 15 años

SERVICIOS DE SALUD

- Porcentaje de población con derecho a la seguridad social
- Porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado
- Porcentaje de niños de 1 año vacunados con esquema completo
- Número de médicos por habitantes
- Número de camas censables por habitantes
- Gasto público en salud *per cápita*
- Gasto total en salud como porcentaje del PIB

REFORMA

- Número de años en la descentralización de los Servicios de Salud
- Número de años de instalados los Organismos Públicos Descentralizados
- Porcentaje de aportación financiera estatal en salud
- Porcentaje de aportación financiera federal en salud
- Número promedio de consultas prenatales por embarazada
- Porcentaje de partos atendidos institucionalmente
- Número de población abierta atendida por primera vez en el año
- Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar

Fuente: Linares-Pérez N. (31)

las condiciones de salud y porque ha sido usado en otras mediciones y cálculos del INIQUIS; finalmente para la dimensión de acceso a los servicios de salud el indicador inicial fue el porcentaje de atención al parto por personal adiestrado, el cual fue tomado en cuenta porque representó un indicador confiable del acceso y del uso de los servicios de salud prestados por las instituciones en el país. Para el cálculo de la inequidad relativa se consideró cambiar el signo

a los indicadores con valores "negativos" para expresarlos como "positivos", garantizando así que el cálculo del INIQUIS operara con los valores de las inequidades relativas en lugar de los valores iniciales que toma cada indicador.

El INIQUIS fue calculado por separado para los años 1995 (INIQUIS 1995) y 2002 (INIQUIS 2002). En el caso de 2002 se trabajó un segundo modelo del INIQUIS, el cual adicionó indicadores referidos a las llamadas

"intervenciones de reforma" (INIQUIS 2002-Reforma) con el propósito de visualizar el comportamiento del INIQUIS en presencia de dichos indicadores y establecer las diferencias experimentadas en los niveles de desigualdad relativa.

Por su parte, el análisis de las desigualdades que constituyeron inequidades partió de la comparación de los indicadores seleccionados sobre resultados de salud y acceso a servicios de salud con indicadores básicos del mismo tipo para América Latina publicados en el 2002 por la Organización Panamericana de la Salud y en un segundo momento, se realizó la valoración de las desigualdades que aludían a evitabilidad, injusticia e inaceptabilidad según los criterios reconocidos de la definición de inequidad (16).

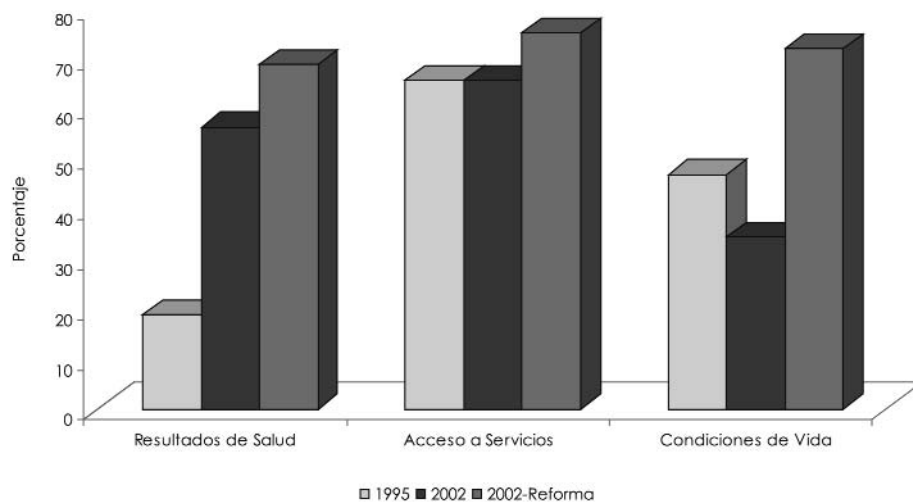
RESULTADOS

El INIQUIS, para cada una de las categorías o dimensiones de las desigualdades de salud analizadas, mostró un incremento en el número de entidades federativas con valores por

encima de 0,50 para los años 1995 (INIQUIS 1995) y 2002 (INIQUIS 2002), incluido en este último año, el modelo INIQUIS que incorpora los indicadores de las "intervenciones de reforma" (INIQUIS 2002-Reforma) (Figura 1).

El análisis de la desigualdad relativa global en salud entre los estados en 1995 indicó que el 43,7% (14) de los estados del país presentaron valores de INIQUIS por encima de 0,50, mientras que para 2002, la proporción de los estados con valores superiores a 0,50 fue de 75% (33). Este hallazgo mostró que, al comparar los estados entre sí con base en la puntuación del INIQUIS, poco menos de la mitad de los estados en 1995 y las tres cuartas partes de ellos en 2002 presentaron valores de INIQUIS próximos a 1, es decir, una marcada situación de desigualdad relativa. Con la excepción del Distrito Federal, Sonora, Tamaulipas, Aguascalientes y Tabasco que mantuvieron una menor desigualdad relativa global esos años al tener valores de INIQUIS menores a 0,50, y de estados como Veracruz, Jalisco y Estado de México con valores cambiantes del INIQUIS –mayores a 0,50 en 1995 y en 2002–, el resto de las entidades federativas del país

Figura 1. PORCENTAJE DE ENTIDADES FEDERATIVAS CON RESULTADOS DEL ÍNDICE DE INEQUIDADES EN SALUD SUPERIORES A 0,50 PARA LAS DIMENSIONES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD ANALIZADAS. MÉXICO, 1995, 2002 Y 2002-REFORMA.



Fuente: Linares Pérez N. (31)

Nota: 2002-Reforma se refiere al modelo 2002 del Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS) construido al incorporar los indicadores de las "intervenciones de reforma".

Cuadro 3. DESIGUALDAD RELATIVA GLOBAL Y DIMENSIONES DE EQUIDAD POR ENTIDAD FEDERATIVA SEGÚN MODELOS DEL ÍNDICE DE INEQUIDADES EN SALUD (INIQUIS). MÉXICO, 1995 Y 2002-REFORMA

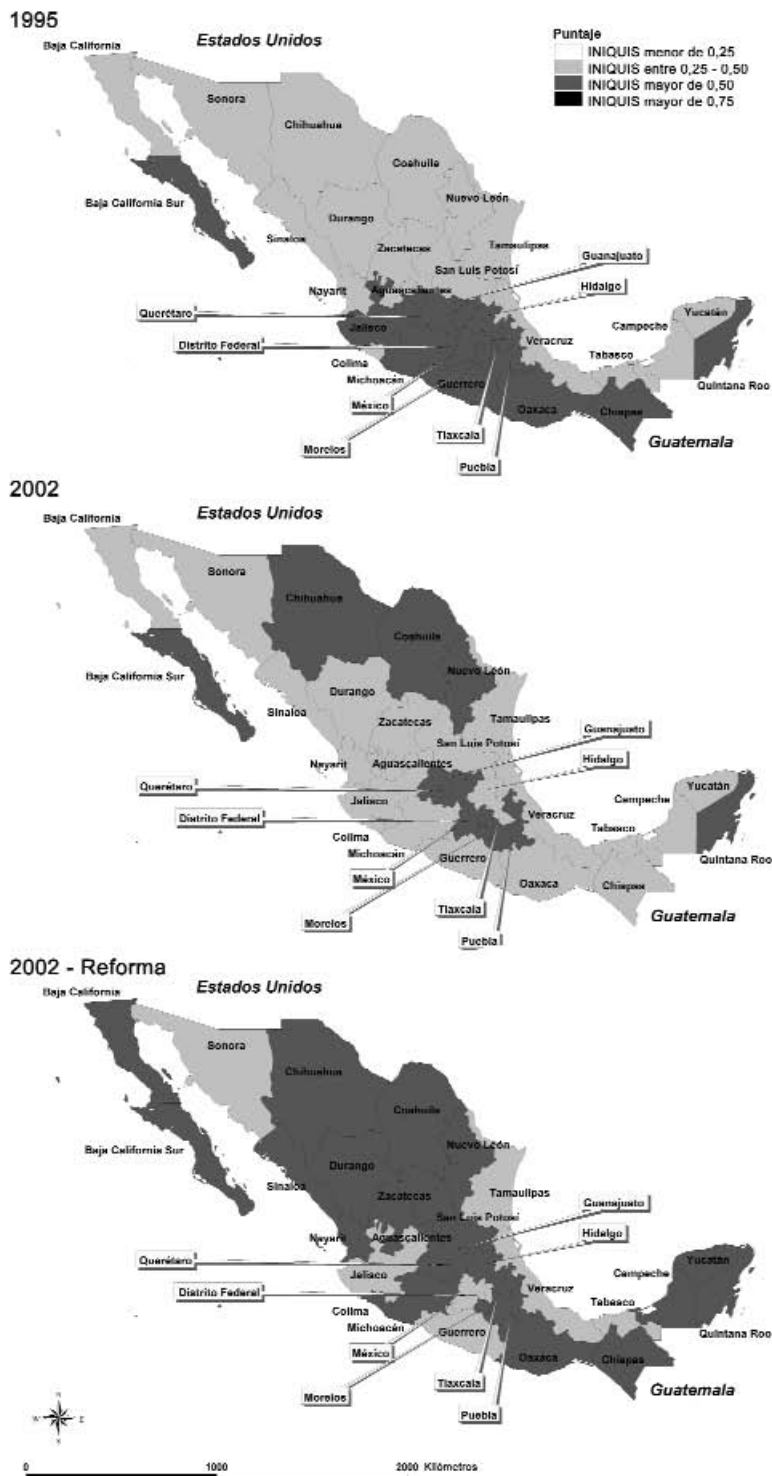
ENTIDAD FEDERATIVA	ÍNDICE DE INEQUIDADES EN SALUD 1995				ÍNDICE DE INEQUIDADES EN SALUD 2002 - REFORMA			
	DRG ^a	RS ^b	AS ^c	CV ^d	DRG	RS	AS	CV
Oaxaca	0,6492	0,6146	0,7769	0,5561	0,6981	0,7169	0,7629	0,6145
Chiapas	0,6425	0,5955	0,7495	0,5826	0,6417	0,6552	0,6617	0,6082
Puebla	0,6414	0,5682	0,7922	0,5637	0,6375	0,6723	0,6375	0,6026
Estado de México	0,6110	0,5091	0,7192	0,6047	0,6159	0,5997	0,6388	0,6093
Guerrero	0,6073	0,5528	0,7151	0,5540	0,6015	0,5519	0,6767	0,5759
Michoacán	0,5812	0,4928	0,6920	0,5589	0,5914	0,6214	0,6240	0,5288
Guanajuato	0,5699	0,5074	0,6491	0,5532	0,5888	0,5382	0,6406	0,5876
Tlaxcala	0,5537	0,4488	0,7006	0,5117	0,5887	0,5698	0,6241	0,5721
Morelos	0,5488	0,4550	0,6696	0,5219	0,5868	0,5590	0,6473	0,5440
Hidalgo	0,5462	0,4889	0,6387	0,5110	0,5785	0,6045	0,5622	0,5688
Querétaro	0,5306	0,4770	0,5901	0,5248	0,5779	0,5899	0,5928	0,5511
Veracruz	0,5225	0,4526	0,6452	0,4698	0,5767	0,5754	0,6187	0,5361
Jalisco	0,5174	0,4680	0,5406	0,5437	0,5737	0,5607	0,5984	0,5619
San Luis Potosí	0,5069	0,4369	0,6073	0,4765	0,5720	0,5953	0,5789	0,5417
Campeche	0,4925	0,3777	0,6206	0,4791	0,5720	0,5786	0,5606	0,5767
Quintana Roo	0,4892	0,3981	0,5560	0,5134	0,5709	0,5797	0,5633	0,5696
Zacatecas	0,4737	0,4057	0,5674	0,4481	0,5642	0,5367	0,6278	0,5282
Chihuahua	0,4656	0,4003	0,5106	0,4859	0,5642	0,5364	0,5820	0,5743
Aguascalientes	0,4613	0,4428	0,4474	0,4937	0,5565	0,5489	0,5783	0,5422
Baja California	0,4578	0,4015	0,4666	0,5053	0,5495	0,5343	0,5494	0,5649
Tabasco	0,4531	0,3973	0,5293	0,4327	0,5552	0,5718	0,5789	0,5150
Nayarit	0,4489	0,3881	0,5492	0,4094	0,5410	0,5419	0,5322	0,5488
Yucatán	0,4434	0,4417	0,5497	0,3389	0,5364	0,4919	0,5829	0,5345
Colima	0,4364	0,4048	0,4633	0,4412	0,4663	0,4413	0,4734	0,4841
Durango	0,4360	0,4096	0,4685	0,4300	0,4020	0,3573	0,4654	0,3834
Sinaloa	0,4237	0,3898	0,4349	0,4464	0,3973	0,3945	0,3486	0,4488
Nueva León	0,4131	0,3454	0,4020	0,4918	0,5104	0,5508	0,5719	0,4084
Coahuila	0,4128	0,3901	0,3944	0,4538	0,3939	0,3692	0,4060	0,4065
Sonora	0,4069	0,3593	0,4154	0,4461	0,3884	0,3606	0,3842	0,4203
Distrito Federal	0,4050	0,4055	0,2496	0,5599	0,3530	0,3313	0,4007	0,3270
Tamaulipas	0,3863	0,3527	0,4092	0,3971	0,3420	0,3248	0,3968	0,3044
Baja California Sur	0,3512	0,3098	0,3112	0,4327	0,1860	0,1982	0,0472	0,3127

Fuente: Linares-Pérez N. (31).

Nota: El cuadro fue elaborado de forma decreciente, tomando como referencia el valor de DRG del Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS) 1995. 2002-Reforma se refiere al modelo 2002 del INIQUIS construido al incorporar los indicadores de las "intervenciones de reforma".

^a DRG: Desigualdad relativa global.^b RS: Desigualdad relativa en los resultados de salud.^c AS: Desigualdad relativa en el acceso a servicios de salud.^d CV: Desigualdad relativa en las condiciones de vida.

Figura 2. DESIGUALDAD RELATIVA DE LAS CONDICIONES DE VIDA POR ENTIDADES FEDERATIVAS SEGÚN PUNTAJE DEL ÍNDICE DE INEQUIDADES EN SALUD (INIQUIS). MÉXICO, 1995, 2002 Y 2002-REFORMA.



Fuente: Linares Pérez N. (31)

Nota: 2002-Reforma se refiere al modelo 2002 del Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS) construido al incorporar los indicadores de las "intervenciones de reforma".

(75%), mantuvieron o incrementaron los valores del INIQUIS por encima de 0,50 en 2002 respecto a los valores experimentados en 1995 (Cuadro 3). En otras palabras, al ser contrastados los resultados del INIQUIS de este grupo de estados entre sí fue posible observar una marcada situación de desigualdad relativa.

La situación de desigualdad relativa de las condiciones de vida en 1995 mostró que menos del 50% de los estados del país tuvo un resultado de INIQUIS superior al 0,50. Este porcentaje disminuyó para el 2002, al reportarse 11 entidades federativas con valores de INIQUIS por encima de 0,50; sin embargo, cuando el mismo modelo del INIQUIS incorporó los indicadores de las "intervenciones de reforma", el número de estados con valores superiores a 0,50 se duplicó, lo que sugiere que bajo esas condiciones, al comparar los estados entre sí, el 71,8% de los estados del país presentaron una situación de desigualdad relativa más marcada.

El comportamiento del INIQUIS para esta categoría (Figura 2) al comparar los estados de Quintana Roo, Puebla, Guanajuato, Querétaro, Morelos y Baja California Sur mostró que estos estados mantuvieron puntajes elevados del INIQUIS en 1995 y 2002 y por ende una marcada situación de desigualdad relativa en esos años. Los estados de Tabasco, Tamaulipas, Sonora y Veracruz presentaron valores de INIQUIS menores de 0,50 evidenciando una menor situación de desigualdad relativa en las condiciones de vida al compararlos entre sí y con respecto al resto de los estados. Por su parte, los estados de San Luis Potosí, Sinaloa, Baja California Sur, Campeche, Durango, Nayarit, Yucatán, Colima y Zacatecas mantuvieron valores del INIQUIS menores de 0,50 para el análisis de la desigualdad en las condiciones de vida; sin embargo, al analizar los datos de los modelos del INIQUIS que incorporan los indicadores sobre las "intervenciones de reforma", para todos ellos, al igual que para el resto de las entidades federativas (71,8%) fue posible observar que los valores de INIQUIS eran superiores a 0,50, indicando la existencia de una desigualdad relativa mucho mayor entre los estados.

En 1995 al comparar los estados entre sí, la desigualdad relativa de los resultados de salud se expresó en el 18,7% de los estados; mientras que en 2002, sin tomar en cuenta el pro-

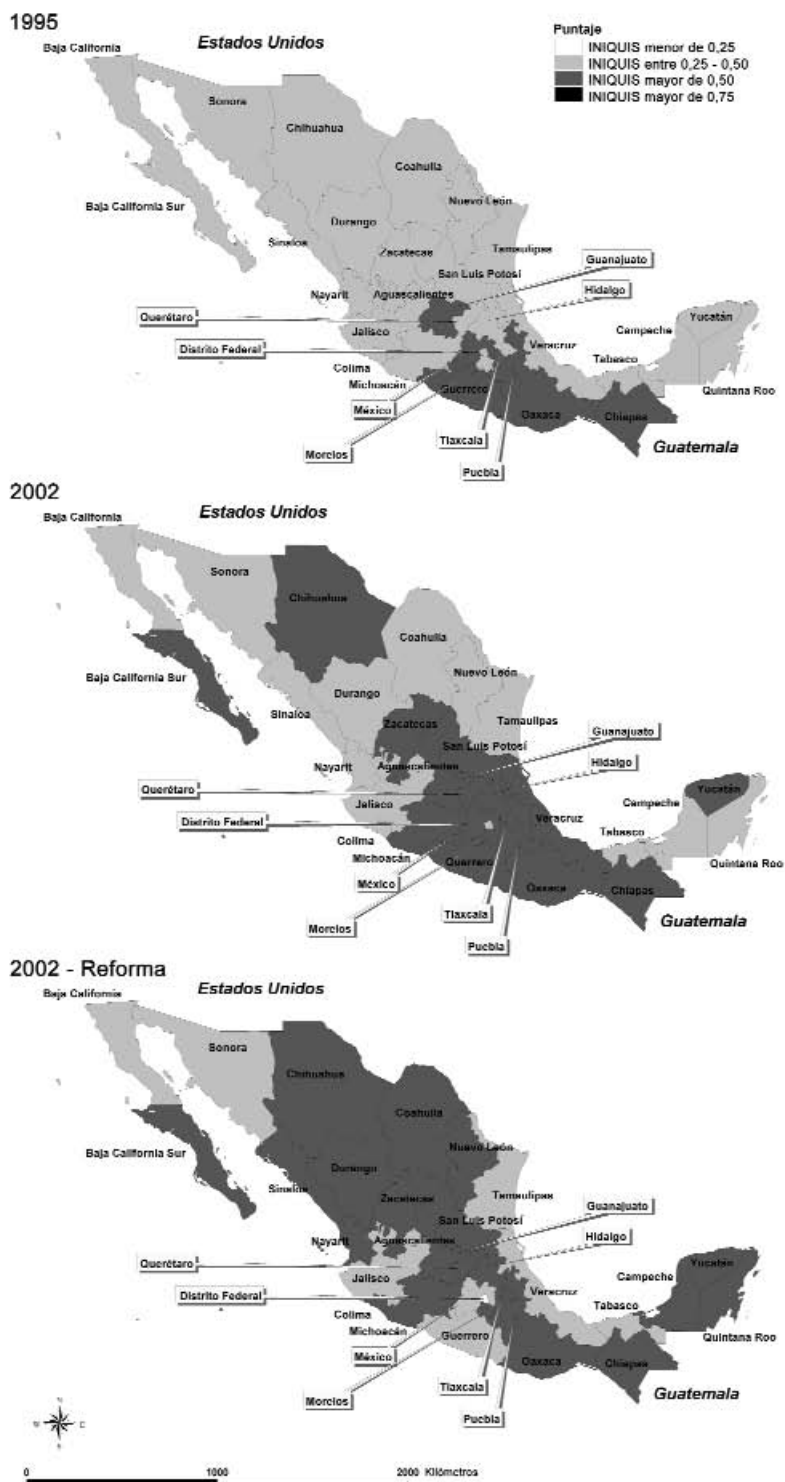
bable efecto de las estrategias de reforma, el número de estados con esta condición se duplicó, lo cual evidenció que más de la mitad de las entidades federativas del país (56,2%) presentaron valores de INIQUIS superiores al 0,50, es decir, niveles elevados de desigualdad en los resultados de salud en esta categoría. Por otro lado, al ser consideradas en el análisis las diferentes estrategias de reforma desarrolladas en esos años, el número de estados del país con una situación de marcada desigualdad relativa se incrementó aún más, es decir, el 68,7% de las entidades del país presentaron valores del INIQUIS más próximos a 1 en esta categoría al efectuar la comparación entre ellos.

Para la desigualdad relativa de los resultados de salud el análisis del INIQUIS (Figura 3) mostró que los mismos estados (Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero, Estado de México y Guanajuato) con evidencia de presentar valores más próximos a 1 en 1995 continuaron con esta condición en 2002. En ese mismo sentido, se observó que para otro grupo de estados (Hidalgo, Baja California, Michoacán, San Luis Potosí, Querétaro, Zacatecas y Tlaxcala) se tuvieron valores del INIQUIS superiores a 0,50, dejando ver una mayor situación de desigualdad entre estas entidades federativas en los años 1995 y 2002. El Distrito Federal, seguido por Tabasco, Tamaulipas, Sonora y Aguascalientes, y en menor grado Veracruz, Jalisco y Estado de México, presentaron los más bajos valores de INIQUIS, llegando a ser menores a 0,25 en algunos casos, para una condición de menor desigualdad relativa en los resultados de salud en comparación al resto de los estados del país.

La desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud mostró un incremento al observarse valores del INIQUIS superiores a 0,50 entre los diferentes estados. En 1995, el 65,6% de los estados del país presentaron valores del INIQUIS próximos a 1, indicando una mayor situación de desigualdades relativas en los servicios de salud entre los estados. Esta proporción se mantuvo en el año 2002; sin embargo, al ser incluidos los indicadores sobre las "intervenciones de reforma" en el modelo de ese mismo año, la proporción de estados con valores de INIQUIS por encima de 0,50 para esta dimensión ascendió al 75%.

Los valores del INIQUIS en el modelo que analizó la desigualdad relativa en esta categoría (Figura 4) mostró que el Distrito Federal,

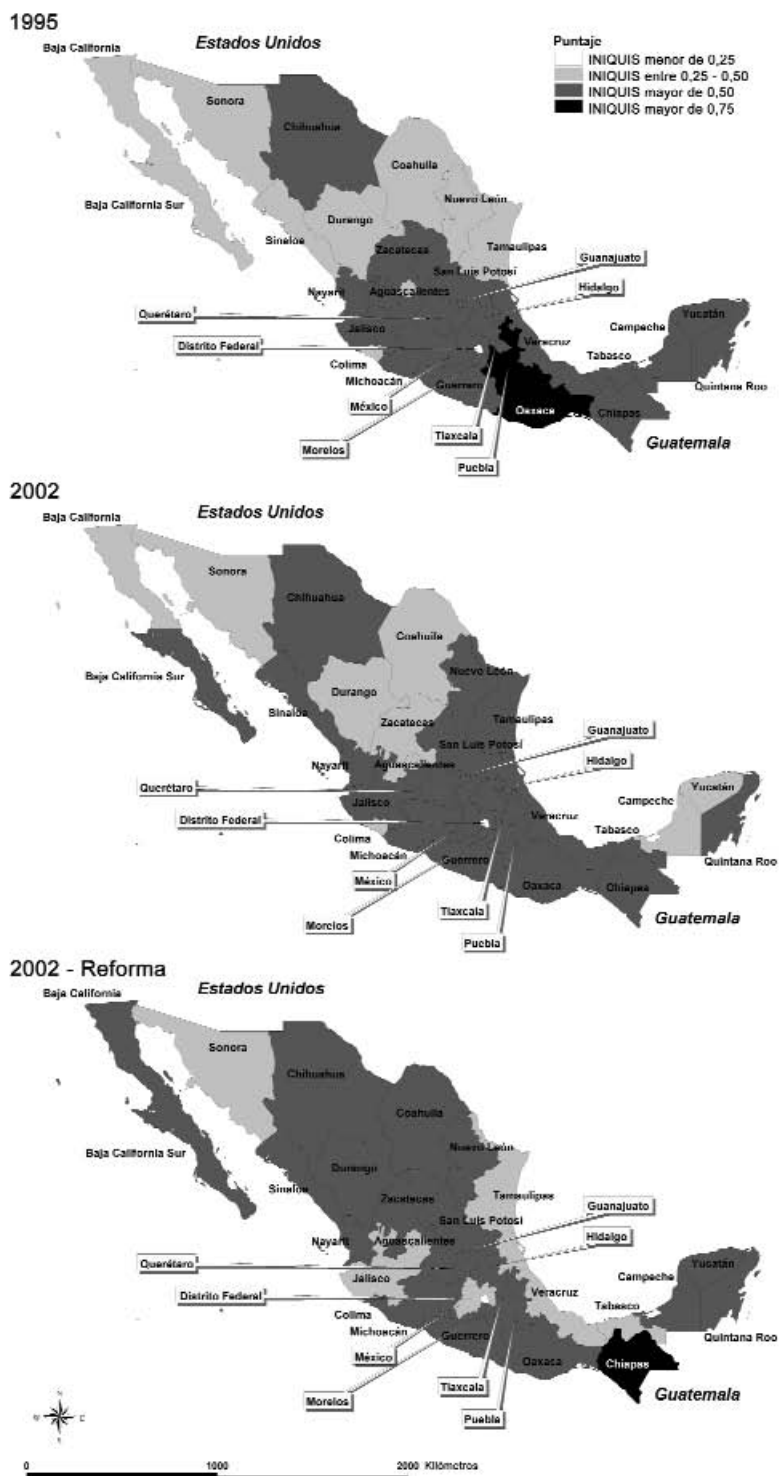
Figura 3. DESIGUALDAD RELATIVA DE LOS RESULTADOS DE SALUD POR ENTIDADES FEDERATIVAS SEGÚN PUNTAJE DEL ÍNDICE DE INEQUIDADES EN SALUD (INIQUIS). MÉXICO, 1995, 2002 Y 2002-REFORMA.



Fuente: Linares Pérez N. (31)

Nota: 2002-Reforma se refiere al modelo 2002 del Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS) construido al incorporar los indicadores de las "intervenciones de reforma".

Figura 4. DESIGUALDAD RELATIVA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD POR ENTIDADES FEDERATIVAS SEGÚN PUNTAJE DEL ÍNDICE DE INEQUIDADES EN SALUD (INIQUIS). MÉXICO, 1995, 2002 Y 2002-REFORMA.



Fuente: Linares Pérez N. (31)

Nota: 2002-Reforma se refiere al modelo 2002 del Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS) construido al incorporar los indicadores de las "intervenciones de reforma".

Aguascalientes y Sonora el INIQUIS obtuvo valores cada vez más próximos a 0, mostrando una menor desigualdad relativa entre estos estados y con respecto al resto de las entidades federativas. De igual forma ocurrió con Jalisco, Veracruz, Tabasco, Tamaulipas y Estado de México al observarse una disminución de los valores del INIQUIS pero aun con puntuaciones próximas a 1 en los años analizados.

En contraste, con base en el modelo INIQUIS que incorpora los indicadores sobre las "intervenciones de reforma" se constató un marcado decremento en los valores del INIQUIS menores a 0,50, lo que sugirió menor desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre los estados de Coahuila, Durango, Colima, Baja California Sur, Sinaloa, Baja California y Nuevo León. Entre el resto de los estados (Guanajuato, Querétaro, Tlaxcala, Guerrero, Michoacán, San Luis Potosí, Puebla, Quintana Roo, Oaxaca, Chihuahua, Nayarit, Yucatán, Campeche, Zacatecas, Hidalgo, Morelos y Chiapas), el puntaje del INIQUIS en esta categoría de análisis no mejoró, si tenemos en cuenta que al comparar los estados entre sí los valores del INIQUIS estaban por encima de 0,50 y en algunos casos fueron superiores a 0,75.

LAS DESIGUALDADES QUE CONSTITUYEN INEQUIDADES EN SALUD

Al comparar los indicadores de salud seleccionados para los estados con valores de INIQUIS más próximos a 1 (niveles más elevados de desigualdad relativa global de salud), con los indicadores básicos seleccionados y que fueron publicados por la OPS, se observaron significativas diferencias entre los estados. Respecto al promedio nacional informado para la incidencia acumulada de tuberculosis pulmonar en > 15 años, 16 estados (50%) presentaron cifras superiores a las reportadas por la OPS, especialmente en Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Jalisco, al duplicar el valor del indicador de referencia nacional en 2002.

En cuanto al porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado, los valores están muy por debajo del promedio informado por la OPS. El 68,2% (34) de las entidades federativas

presentan valores por debajo de los indicadores básicos de la OPS para 2002 y nueve estados (Chiapas, Baja California, Chihuahua, Tlaxcala, Sinaloa, Colima, Guerrero, Estado de México y Veracruz) tienen valores por debajo del promedio nacional reportado en México.

En cuanto a los indicadores que dan cuenta de los procesos de reforma, como fue el caso de la descentralización de los servicios de salud, cinco estados (15,6%) presentaron valores por debajo del promedio nacional mexicano para el indicador definido como el número de años en la descentralización de los servicios de salud; mientras que 22 estados (68,2%) mostraron valores por debajo del promedio nacional observado para el indicador número de años de instalados los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) de los servicios de salud estatales.

Solo cinco estados (Colima, Sonora, Tabasco, Veracruz y Distrito Federal) presentaron valores por encima del promedio nacional de México para el porcentaje de aportación financiera estatal en salud, lo que significó que el 84,3% de las entidades federativas no superaron los 298.8 miles de dólares de la aportación estatal a los servicios de salud en el 2002; mientras que para el indicador del porcentaje de aportación financiera federal en salud, se evidenció que el 68,7% de los estados recibieron una aportación federal por debajo del promedio nacional informado para 2002.

El porcentaje de población alfabeta mayor de 15 años de edad presentó un promedio nacional muy superior al reportado por la OPS en sus indicadores básicos de 2002 para América Latina. Sin embargo, este promedio nacional no fue alcanzado por 13 estados del país (40,6%), especialmente en los casos de Guerrero, San Luis Potosí, Baja California y Chiapas, que mostraron porcentajes por debajo del 80%.

VALORACIÓN DE LAS DESIGUALDADES ENTRE LOS ESTADOS

Por su parte, la valoración ética y de justicia de las desigualdades en salud con base en el reconocimiento explícito de la perspectiva del derecho a la salud y su fundamentación ética,

mostró que no es posible sustentar el derecho a la salud como derecho individual y social entre las entidades federativas del país para 2002, dada la desigual distribución de salud existente entre los estados que integran la Federación. En otras palabras, desde esta perspectiva, los diferenciales y niveles de desigualdad relativa de salud identificados en esos años deben ser considerados como severas inequidades en salud y obstáculos para la garantía del derecho a la salud.

Por otro lado, con base en los resultados del INIQUIS, los altos niveles de desigualdad entre las entidades federativas tanto para la desigualdad relativa global de salud, como para cada una de las dimensiones analizadas, sugiere sostener lo injusto e inaceptable de esta situación desde un punto de vista ético, humano y de derecho. Un ejemplo contrastante deriva de la comparación entre el estado de Chiapas y el Distrito Federal, o del estado de Hidalgo y el estado de Jalisco, en cualquier caso los diferenciales valores del INIQUIS (próximos a 1 para Chiapas e Hidalgo y cada vez más distantes de 1 para el Distrito Federal y Jalisco) para la desigualdad relativa global de salud fueron muy marcados, así como fueron significativas las diferencias en los indicadores de esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil e incidencia de tuberculosis pulmonar; pero también, en cuanto a la cobertura de aseguramiento social en salud, el porcentaje de aportación estatal y federal al financiamiento de la salud, el gasto en salud y el nivel de marginación social de su población.

Otro dato ilustrativo derivado del análisis valorativo es que la inequidad en salud entre las entidades federativas en los años estudiados también estuvo vinculada a procesos socioeconómicos y en especial al nivel de ingreso de la población. Estados como Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Michoacán, no solo mostraron las coberturas más bajas de seguridad social y de ingreso anual per cápita, sino también los más altos niveles de marginación social y de población adulta analfabeta; en comparación de los estados del norte del país (Nuevo León, Chihuahua, Coahuila, Sonora) y el Distrito Federal, cuyos ingresos anuales per cápita, el gasto en salud como porcentaje del PBI y las coberturas de seguridad social son las más altas del país, mientras que en contraste los índices de marginación social son los más bajos.

Otras expresiones de las desigualdades-inequidades se observan al examinar –entre los estados del país– las tasas de mortalidad infantil y materna, así como la incidencia de tuberculosis pulmonar o de mortalidad por enfermedades infecciosas, por señalar algunos ejemplos. Aquí también, los estados más pobres, es decir los de más altos índices de marginación, más bajas proporciones de población alfabeta, los de menor gasto público en salud *per cápita* –varios de ellos ubicados en la región central y sur del país– mostraron a su vez, las mayores limitaciones en el acceso y uso de los servicios de salud, especialmente en lo relacionado con el índice de médicos y de camas censables por habitantes, el promedio de consultas prenatales por embarazadas, los porcentajes de población atendida por primera vez en los servicios del primer nivel de atención a la salud, las proporciones de mujeres en edad fértil que usan métodos anticonceptivos y las coberturas de vacunación en niños de un año de edad.

DISCUSIÓN

A pesar de las complejidades que encierra la idea de abordar el estudio de la equidad en salud y su relación con la reforma sanitaria, especialmente por las múltiples dimensiones de la primera y las variadas facetas de la segunda, es imperativo poder contar con evidencia empírica que ayude a reconocer y/o a cuestionar: ¿por qué a pesar de las estrategias desarrolladas en materia de transformaciones sociales, de reforma del Estado y por consecuencia de las políticas de salud, continúan observándose resultados que distan mucho de las metas y objetivos que se han propuesto los gobiernos en materia de equidad? La respuesta a esta pregunta puede tener muchas alternativas, pero es en el análisis cuidadoso de los aspectos que tienen que ver con el contexto social, económico, demográfico, político y de las condiciones de vida, así como en la comprensión de las relaciones de estos procesos con las condiciones de salud y con las dinámicas de los sistemas de atención en donde se pueden encontrar las mejores respuestas.

En ese sentido, una cuestión relevante y muy relacionada con estos posicionamientos, es

tratar de dilucidar la cuestión sobre qué es lo que tiene un verdadero efecto sobre la equidad en salud: ¿las intervenciones de reforma del sector salud o los cambios estructurales y globales que han tenido lugar en los países como México en los últimos 30 años? Este punto en particular, representa uno de los más grandes desafíos que la investigación empírica debe enfrentar, especialmente si tomamos en cuenta las complejidades de la realidad social mexicana, que dan forma a los contextos estructurales donde tienen lugar las reformas, ya sea en el ámbito nacional, como por ejemplo, la crisis económica mexicana de 1994 o en el nivel subnacional o regional, como por ejemplo, la guerra en el estado de Chiapas de ese mismo año.

CONTEXTO SOCIAL Y SANITARIO COMO BASE EXPLICATIVA DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

La polarización creciente del contexto social, económico, político y demográfico dominado por las desigualdades sociales y el deterioro de las condiciones de vida, marcadamente diferente entre regiones de la república mexicana y sus grupos de población, también impactó en las instituciones de salud y seguridad social encargadas de proveer atención médico-sanitaria y por lo tanto, éstas no podría estar ajenas a los cambios, transformaciones y tendencias del país, no solo por las implicaciones directas que estos cambios tienen sobre los perfiles epidemiológicos y de servicios de salud, sino por las nuevas necesidades de salud y bienestar de la población a las que el sistema de salud debería dar respuesta.

El panorama social y del sector salud en México, ha sido consecuencia directa del proyecto global de reorganización de la sociedad basado en el pensamiento económico neoclásico y la ideología neoliberal (35,36). En esencia, ha sido el resultado de una nueva concepción que intenta institucionalizar al "mercado" como principal articulador de la sociedad, en donde el Estado es su garante, ya que se extingue su papel de propietario de bienes y servicios estratégicos para el desarrollo nacional, limita su papel rector de la economía y su rol de tutela sobre el trabajo, lo que ha derivado en un viraje sin precedentes de la política social (34,36).

En el caso de México, durante las últimas tres décadas se han aplicado una serie de políticas económicas de corte neoliberal centradas en las medidas de ajuste estructural, la apertura comercial y la (des)regulación económica a través del libre mercado (34-36). La aplicación de estas medidas económicas han repercutido en el estado de salud de la población, por un lado, en el deterioro de las condiciones de vida, situación que a su vez se refleja en la disminución de sus niveles de salud, y por otro, en la reducción del gasto público en materia social y especialmente en salud (37) a pesar de reportarse cifras que indican un cierto incremento en los últimos años, pero insuficiente para lograr un gasto público capaz de contender con los altos índices de desigualdad social que predominan en el país (33).

Desde un punto de vista más amplio, las caras más visibles de las sucesivas crisis y el ajuste estructural neoliberal que caracterizan al México de las últimas décadas, son el empobrecimiento generalizado (38) y el crecimiento de la violencia en todas sus formas (18). En lo económico, son palpables las incontables transformaciones en la oleada de las privatizaciones, el establecimiento hegemónico del mercado y la inusitada invasión extranjera; en lo social, el énfasis se ha hecho en las transformaciones en las instituciones de bienestar, en detrimento de los derechos a la educación, a la salud, a la seguridad social y a la vivienda (39). Por lo tanto, se ha venido estableciendo una política de Estado orientada a la reducción de los servicios y de los beneficios sociales para la gran mayoría, justo cuando se acelera la caída del ingreso salarial y del empleo formal (18,34).

En cuanto al sistema de salud en los años '90 fueron dos los planteamientos principales de reforma en México, uno el compromiso de transformar el sector salud a través de la puesta en marcha del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2002 y otro el desarrollo de la estrategia de reforma de la seguridad social, siendo su principal blanco el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Básicamente, el Programa de Reforma del Sector Salud puesto en marcha fue una continuación de la reforma iniciada en los años '80 (33). Los elementos esenciales entonces del nuevo modelo fueron la introducción de mecanismos de

mercado y la competencia entre el sector público y privado; la definición explícita de paquetes o planes de servicios y su costo; la "universalización" de la cobertura de los servicios con un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) definido en función de su costo-efectividad y un techo presupuestal bajo y rígido.

Con la implantación de la reforma en salud, dos procesos encontraron su oportunidad de continuación y fortalecimiento y modelaron desde entonces al sector salud: uno fue la descentralización de los servicios públicos que se había iniciado en la década anterior, con cambios sustanciales en la asignación del financiamiento y gasto en salud a partir de la creación de los sistemas estatales de salud; y el otro, la mercantilización/privatización de dichos servicios bajo distintas modalidades, ambos como resultado de la política social neoliberal impulsada desde la década del '80 (35-37). A las añejas problemáticas no resueltas que tienen que ver con la fragmentación, duplicidad e inequidad institucional características del sistema de salud de México (39), la reforma neoliberal impuso un deterioro mayor a las instituciones públicas de prestación de servicios de salud.

Las transformaciones del sector salud en México como parte de la nueva política social al inicio de la actual década mantienen dos ejes: la visión del mercado como principio organizador del bienestar –lo que ha significado, entre otras cosas, poner en manos de la iniciativa privada la administración de los fondos sociales y operación de los servicios–, y una disminución gradual de la responsabilidad social del Estado para que solo se haga cargo de proporcionar un mínimo de servicios y beneficios para los comprobadamente pobres (40-41).

Sin embargo, el panorama descrito hasta aquí parece ser visto de forma diferente por los diseñadores, estrategas y operadores de los procesos de reforma social y sanitaria llevados a cabo en México desde hace casi tres décadas, pero especialmente por los encargados de las mismas en la segunda mitad de los años '90 e inicio del nuevo siglo. En el discurso de los reformistas de 1995-2000, el contexto económico, social y demográfico parece desconocido, o peor aún, aparece sin ningún peso explicativo frente a las transformaciones tecnocráticas de las que fue

blanco el sector y las instituciones de salud en el país. Se habla de descentralización de servicios de salud y esquemas cambiantes de financiamiento en salud e incluso de federalismo en salud (42), pero se desconoce que la esencia de la reforma sectorial ha formado parte de un amplio programa de cambios estructurales, los cuales han sido dominados por las transformaciones de la economía mundial, la subordinación de los gobiernos federales frente a la globalización y las crisis fiscales ligada a una marcada disminución de las inversiones públicas (36).

En los escritos publicados alusivos a los alcances y resultados de la reforma de 1995-2000 (43), no aparecen datos sobre cómo se relacionan las intervenciones desarrolladas con los procesos generales de tipo político, social y económico que en buena medida las definen. Tampoco se suele hablar de cómo estos procesos estuvieron acompañados siempre de desigualdades sociales, ni de los vaivenes en la democratización política de las entidades federativas, o de la urgencia de atender una creciente deuda social acumulada y de la ineficiente y baja efectividad de las acciones del sector salud, como colofón de una situación cuyo denominador común es la falta de equidad en salud. Esas omisiones interpretativas junto a la falta de evidencia empírica que sustente los posibles efectos positivos (o negativos) que pueden ser atribuidos a los procesos de transformación del sector salud, han permitido que se designe como reforma cualquier política de asistencia focalizada para pobres, argumentando que con eso se superan las desigualdades.

En esta perspectiva tiene sentido la tesis sostenida de que la reforma del sector salud es esencialmente un proceso político-administrativo para reordenar y subordinar el sistema público a la lógica de mercado; revestido de técnica y naturalizado por la globalización (9) más que una transformación del sistema de salud orientada por el logro de la equidad. En particular, al examinar los resultados que se presentan en este trabajo estas ideas parecen ser reforzadas si se tiene en cuenta que la búsqueda por reducir los niveles de desigualdad-inequidad en salud en México es aún una asignatura pendiente.

EFFECTOS DE LA REFORMA SOBRE LAS DESIGUALDADES-INEQUIDADES EN SALUD

Los efectos de la reforma sobre las desigualdades-inequidades en las condiciones de vida han sido diferenciales entre los estados. Los hallazgos aun con lo controversiales que pueden resultar, denotan que las intervenciones de reforma o no influyeron en el mejoramiento de las desigualdades de las condiciones de vida dada la naturaleza de las mismas o impactaron negativamente en el logro de la reducción de tales desigualdades.

El esperado mejoramiento de las condiciones de vida tras la puesta en marcha de importantes transformaciones a nivel estructural impulsadas por la reforma del Estado y en particular por las reformas sociales de los últimos años en México no parecen haberse alcanzado, al menos no para la inmensa mayoría de la población de las entidades federativas, ya que solo en pocos estados dichos efectos parecieron ser ligeramente positivos. Y como diría Menéndez (44) las "continuidades" derivadas de la reforma estructural de esos años mostraron más sobre la pérdida adquisitiva de la mayoría de la población, el mantenimiento de bajos salarios, los incrementos de la desocupación y del trabajo informal, los que unidos al encarecimiento de la atención médica oficial y privada, contextualizan e inciden en las características del proceso salud-enfermedad-atención en México.

La intensidad de las desigualdades sociales mostradas al cierre de 2002 se reflejaron de forma directa en el estado de salud de la población y especialmente entre la población de los estados más pobres. Sin embargo, resulta paradójico que si bien las condiciones de vida no han mejorado para buena parte de la población de la mayoría de los estados del país, existan reportes que muestren evidencias contundentes en el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edades y el incremento de la esperanza de vida al nacer (45). Esta tendencia, aparentemente contradictoria con el indiscutible deterioro de las condiciones de vida resulta menos clara cuando los datos se examinan con más cuidado y se hacen de forma estratificada por grupos de población y espacios geográficos específicos.

En 1995 al hacer la comparación entre las entidades federativas, los mismos estados con puntajes del INIQUIS por encima de 0,50, es decir, con marcada situación de desigualdad relativa de los resultados de salud, continuaron con esta condición en 2002; y otros muchos estados, al ser comparados entre sí, presentaron valores del INIQUIS próximos a 0 en 2002 y por lo tanto mejores niveles de igualdad relativa respecto a 1995. Entre varios estados, tras la implementación de la reforma parece haber incrementos de la desigualdad relativa global al observarse valores del INIQUIS distantes de 0 cuando fueron incorporados los indicadores de las "intervenciones de reforma" al modelo INIQUIS de 2002. Esta idea apunta a un posible reducido efecto positivo que puede ser atribuido a las intervenciones de reforma en estos estados e incluso para algunas entidades federativas cuyos valores del INIQUIS prevalecieron por encima de 0,50 o 0,75, puede llegarse a considerar un posible efecto negativo de las intervenciones de reforma sobre los niveles de desigualdad relativa global.

En el discurso de los reformistas del período 1995-2002 se incorporaba la necesidad de mejorar la equidad de acceso a los servicios de salud (46). Sin embargo, la peor situación de desigualdad-inequidad en el acceso a los servicios de salud existentes desde mucho antes de 1995, apuntan a que las estrategias de reforma basadas en la descentralización y las correspondientes intervenciones en el ámbito del financiamiento en salud y la ampliación de la cobertura de los servicios como ejes principales de esos años no mejoraron los valores del INIQUIS para cada una de las categorías de desigualdad estudiadas. La desigualdad relativa global en el acceso a los servicios de salud en la inmensa mayoría de los estados tampoco mejoró su situación, a pesar de que es posible reconocer cambios de forma muy puntual en los valores de los modelos de INIQUIS entre algunos de ellos, pero también si son vistos con un prisma que básicamente enfatice los diferentes indicadores tomados de forma independiente para el análisis.

Por otro lado, no hay correspondencia entre haber incrementado el financiamiento y el gasto en salud y las modificaciones en los valores del INIQUIS en cuanto a la peor situación de desigualdad relativa de salud (valores del

INIQUIS mayores de 0,50 y 0,75), o más aún, resulta paradójico que los valores del INIQUIS se aproximen más a 1, como parece revelarse al observar los cambios de los valores del INIQUIS en los modelos elaborados para 1995 y 2002 en algunas entidades federativas.

Sin considerar en el análisis del INIQUIS los indicadores directamente referidos a las "intervenciones de reforma", la evidencia reveló valores del INIQUIS siempre cercanos a 1 en la dimensión de resultados de salud para una peor situación de desigualdad relativa entre las entidades federativas del país al compararse entre sí. Desde esta perspectiva se visualizó el incremento en un tercio de los estados con valores de INIQUIS por encima de 0,50, mientras que no hubo cambio alguno con respecto a los valores del INIQUIS superiores a 0,50 entre los estados comparados en la dimensión de los servicios de salud en esos años.

A pesar de que las estrategias de reforma sanitaria de 1995-2002 se concentraron básicamente en el ámbito de los servicios de salud, ningún estado exhibió valores del INIQUIS muy próximos a 0 excepto el Distrito Federal, que fue la entidad con un INIQUIS menor a 0,25, indicando una menor desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud. De igual forma, la situación de desigualdad mejoró discretamente o se mantuvo igual a la registrada en 1995 para un pequeño grupo de estados si tenemos en cuenta que el puntaje del INIQUIS se incrementó acercando sus valores a 0, pero siempre manteniéndose por debajo de 0,50 en la inmensa mayoría de las entidades federativas. Estos hallazgos sugieren que existe un moderado "estancamiento" en la situación de peor desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre los estados del país para 1995-2002.

Casos contrastantes son el Distrito Federal, seguido de Tabasco, Tamaulipas, Sonora y Aguascalientes, y en menor grado Veracruz, Jalisco y Estado de México, los cuales presentaron y conservaron valores de INIQUIS menores que 0,50, es decir, a favor de una menor situación de desigualdad relativa en los resultados de salud y mantuvieron iguales niveles en los valores de INIQUIS (menor de 0,50) para la dimensión de acceso a los servicios de salud cuando se comparan los estados entre sí

y al hacerlo entre los años analizados. Esta evidencia indica que las reformas pudieron tener cierto efecto favorecedor sobre las desigualdades relativas para estas dimensiones. Para el caso del Distrito Federal, este resultado es comprensible y se puede explicar si partimos de considerar la gran infraestructura pública de servicios con que cuenta la capital del país y la gran oferta de servicios de salud que se concentra en este territorio. Por otro lado, desde 1997 los gobiernos de la ciudad han estimulado e implementado estrategias públicas que han buscado reducir las brechas en las condiciones de vida, pero muy especialmente en el acceso a los servicios de salud (47,48).

Si bien los resultados descritos y los argumentos discutidos apuntan al poco mejoramiento de la equidad en salud y a los escasos efectos asociados tras la puesta en marcha de las estrategias de reforma en México, es preciso reconocer las limitaciones existentes en este estudio. Dos tipos de limitaciones deben ser consideradas, las de tipo teórico-conceptuales y las metodológicas. En el primer grupo se inscriben evidentes limitaciones en la formulación y medición de las complejidades del contexto estructural y de los escenarios particulares de la realidad social del país y los estados, además de la falta de instrumentos y herramientas para la operación de las categorías y relaciones de las dimensiones más complejas de la inequidad, como por ejemplo, el ejercicio del poder. Otra de las limitaciones fue el planteamiento y posterior medición de indicadores generales y específicos que den cuenta de la realidad de los procesos de reforma en los niveles subnacionales, y el no abordaje de los aspectos políticos que envuelven las "intervenciones de reforma" y su implementación. En resumen, desde esta perspectiva se reconoce que se trató de una aproximación inicial global cuya acotación no posibilita un traslado mecánico de los resultados y sí la necesidad de más trabajo empírico.

Desde lo metodológico, las limitaciones identificadas señalan las propias de un diseño basado en un abordaje ecológico, especialmente en cuanto a la naturaleza de los datos y las fuentes de información, pero también a las limitaciones de un modelo de evaluación que privilegia una mirada de resultados (efectos) y no integralmente los procesos y las estructuras que

determinan esos resultados. La juventud del INIQUIS, a pesar de su validación y aplicación en investigaciones, fue también otra limitación identificada. La falta de datos disponibles y confiables en los niveles subnacionales para el período de 1995 fue una dificultad que obligó a revisar reiteradamente los datos y las fuentes de información y decidir sobre los indicadores que fueron inicialmente seleccionados y posteriormente incluidos en los modelos INIQUIS. Esta sentencia sugiere la conveniencia de diseñar e implementar aproximaciones empíricas que aborden el problema de estudio desde un enfoque más prolectivo, es decir, basado en datos primarios y enfocados en contextos específicos.

CONCLUSIONES

Los hallazgos descritos sugieren que es imposible confirmar el logro de la equidad en salud en México, por el contrario apuntan a que los niveles de desigualdad-inequidad no han mejorado significativamente al comparar los estados entre sí para los años estudiados. Al parecer, el efecto de la reforma sanitaria sobre el logro de la equidad en salud no ha tenido el éxito esperado e incluso se expresan resultados paradójicos.

La situación económica y social del país tuvo un impacto negativo sobre la desigualdad social que es la base de las desigualdades-inequidades en salud. El esperado mejoramiento de las condiciones de vida no parece haberse alcanzado tras la reforma del Estado y de las reformas sociales, a pesar de los discretos y selectivos avances experimentados en pocos estados del país. Entre la mayoría de los estados las desigualdades-inequidades persisten o presentan escasos cambios en algunos indicadores. A pesar de que en algunos estados los efectos de las reformas sociales fueron ligeramente positivos, esto no fue

así para la inmensa mayoría de las entidades federativas del país.

La reforma del sector salud de 1995-2002 da continuidad a la reforma neoliberal iniciada en los años '80. La reforma sanitaria del sistema público de salud y de seguridad social de esos años estuvo dominada por los cánones de la reforma neoliberal del Estado conformando un nuevo modelo que no mejoró la equidad en salud.

En este trabajo, se confirma la existencia y perpetuación de grandes diferencias en los niveles de desigualdad relativa de salud entre los estados del sur y centro del país en comparación con los estados del norte de México. La desigualdad relativa de salud se incrementó entre 1995 y el 2002 en un importante grupo de entidades federativas al ser comparadas entre sí, mientras que no hubo cambio alguno con respecto a la desigualdad relativa de los servicios de salud, más bien, parece haber existido un moderado "estancamiento" en el estado de desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre 1995-2002 para la mayoría de las entidades federativas.

Finalmente, a pesar de la escasa evidencia disponible en México, los resultados descritos ayudan a delinear una posición respecto a los posibles efectos de la reforma sanitaria y la equidad en salud; así como a visualizar la incongruencia entre las afirmaciones sostenidas por los defensores de las reformas de 1995-2002 en el país y los propios datos publicados con posterioridad a esos años por el sector oficial sobre la falta de equidad en salud, mala calidad de los servicios y desprotección en materia de salud en que vive actualmente la inmensa mayoría de la población del país. De igual forma, datos derivados de los análisis presentados apoyan la evidencia de que las desigualdades en salud que constituyen inequidades, así como los posibles efectos de la reforma sanitaria, forman parte de los cambios estructurales y globales ocurridos en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda R, Salvatierra B, Vivanco B, Álvarez C, Lezana MA. Inequidad de los servicios de población abierta en México. *Salud Pública de México*. 1993;35(6):26-38.
2. Narro J. Medición de la salud pública y de los servicios de salud. En: De la Fuente JR, Tapia R, editores. *La medición en la salud a través de indicadores*. México: UNAM, Siglo XXI Editores; 2001. p. 17-30.
3. Gómez O, Gómez J, Inclán C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública de México*. 2004;46(5):399-416.
4. Molina J, Gasman N. Las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. En: González Pérez G, Vega López MG, Romero Valle S, coordinadores. *Los sistemas de salud de Iberoamérica de cara al siglo XXI*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2004.
5. Langer A, Nigenda G. Reforma del sector salud. En: *Salud sexual y reproductiva y la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe*. Cuernavaca: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Nacional de Salud Pública de México; 2001.
6. Hernández Bringas H, Jiménez Ornela R, Ruiz-Hernández GA. Perfil de la mortalidad en zonas indígenas de México. En: Lozano Ascencio F, coordinador. *El amanecer del siglo y la población mexicana*. México: Sociedad Mexicana de Demografía; 2004.
7. De Ferranti D, Perry GE, Ferreira F, Walton M, Coday D, et al. *Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿ruptura con la historia?* Washington DC: Banco Mundial; 2003.
8. López Arrellano O, Blanco Gil J. Desigualdad social e inequidades en salud: desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. *Salud Problema*. 2003;8(14-15):7-16.
9. Almeida C. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de su implementación. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2005;4(9):6-60.
10. López Barcena J. Avances de la descentralización de los servicios de salud en México. En: De la Fuente JR, López J. *Federalismo y Salud en México: primeros alcances de la reforma de* 1995. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Diana; 2001.
11. López Millan M, Ortiz L, Rosales RA. Transformaciones de la Secretaría de Salud en México en el contexto de la reforma sanitaria. *Salud Problema*. 2001;6(10-11):47-66.
12. Infante A, Mata I, López D. Reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2000;8(1/2):13-20.
13. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América latina y el Caribe: algunas lecciones de los '80 y '90. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(4):905-925.
14. Kleinbaum D, Kupper L, Morgenstern H. *Epidemiologic Research: principles and quantitative methods*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold; 1982.
15. Cohen E, Franco R. Modelos para la evaluación de impactos. *Evaluación de Proyectos Sociales*. 5a ed. México: Siglo XXI Editores; 2000. p. 120-139.
16. Whitehead M. The Concept and principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*. 1992;22:429-445.
17. Organización Panamericana de la Salud. *La salud de las Américas: Indicadores básicos. Situación de Salud de Las Américas*. Washington DC: OPS; 2002.
18. Casas JA, Gwatkin D. Las muchas dimensiones de la equidad en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;11(5/6):1-2.
19. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000: consulta interactiva de datos. [En línea] México: Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica; 2000 [fecha de acceso 12 de enero de 2009]. URL disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202>
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda, 1995: consulta interactiva de datos. [En línea] México: Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica; 1995 [fecha de acceso 12 de enero de 2009]. URL disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202>
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Información de indicadores económicos: consulta*

- interactiva de datos. [En línea] México: Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica; 1995 [fecha de acceso 12 de enero de 2009]. URL disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202>
22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Información de indicadores económicos: consulta interactiva de datos. [En línea] México: Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica; 2003 [fecha de acceso 12 de enero de 2009]. URL disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202>
23. Secretaría de Salud. Defunciones, 1979-2005. México DF: SINAIS, SSA; 2005.
24. Secretaría de Salud. Información epidemiológica: compendio de anuarios de morbilidad 1984-2005. México DF: SINAVE, SSA; 2005.
25. Secretaría de Salud. Anuario estadístico 1995-2000. México DF: SINAIS, SSA; 2000.
26. Secretaría de Salud. Anuario estadístico 2000-2002. México DF: SINAIS, SSA; 2002.
27. Secretaría de Salud. Recursos: infraestructura, materiales y humanos, 2001-2005. México DF: SINAIS, SSA; 2005.
28. De la Fuente JR, López-Bárcena J. Federalismo y Salud en México: primeros alcances de la reforma de 1995. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF: Editorial Diana; 2001.
29. Molina Leza J, et al. Verificación de la cobertura universal de los servicios de salud: la experiencia de la Organización Panamericana de Salud en México. México DF: OPS; 2002.
30. Secretaría de Salud. Cuentas en Salud a nivel Estatal y Federal, 1990-2003. México DF: SINAIS, SSA; 2005.
31. Linares Pérez N. Efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México. [Tesis doctoral]. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 2006.
32. López C. Inequidades en el desarrollo humano y en especial en salud en América Latina y el Caribe. [Tesis doctoral]. La Habana: Universidad de La Habana; 2000.
33. López O, Blanco J. La polarización de la política de salud en México. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17(1):43-54.
34. Laurell AC. Las características generales de la reforma. En: Laurell AC, editora. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Fundación Friedrich Ebert, Ediciones Era; 1997. p. 49-60.
35. Laurell AC. Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social: cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas. México: Editorial Planeta Mexicana; 2001.
36. López O, Blanco J. Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal. En: Jarillo Soto EC, Guinsberg E, editores. *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. p. 21-48.
37. López O, Blanco J. La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1993.
38. López O, Blanco J. Salud y "nuevas" políticas sociales en México. En: Peña F, Alonso AL, coordinadores. *Cambio social, Antropología y Salud*. México: CONACULTA, INAH; 2006. p. 15-26.
39. Cerda García A. México: el derecho a la salud. [En línea] *Derecho a la salud: situación en países de América Latina*. México: PIDHDD, ALAMES; 2005. p. 149-167 [fecha de acceso 14 de enero de 2009]. URL disponible en: <http://alamesuy.blogspot.com/2008/10/serecho-la-salud-situacin-en-pases-de.html>
40. Laurell AC. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Fundación Friedrich Ebert; 1994.
41. Laurell AC, López O. Market commodities and poverty relief. The World Bank proposal for health. En: Navarro V, coordinador. *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life*. Nueva York: Baywood; 2002. p. 191-228.
42. De la Fuente JR, López J. Federalismo y Salud en México: primeros alcances de la reforma de 1995. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Diana; 2001.
43. De la Fuente JR, Tapia R. La medición en la salud a través de indicadores. México: Facultad de Medicina. UNAM, Siglo XXI Editores; 2001.
44. Menéndez EL. Políticas del sector salud mexicano (1980-2004): ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. [En línea] *Salud Colectiva*. 2005;1(2):195-223 [fecha de acceso 14 de enero de 2009]. URL disponible en:

http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2511290&orden=0

45. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud: la democratización de la salud en México. Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006. México: SSA; 2001.

46. Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México: Poder Ejecutivo Federal; 1996.

47. Gobierno del Distrito Federal. Política Social del Gobierno del Distrito Federal, Documento Marco. México: Gobierno del Distrito Federal; 1998.

48. Laurell AC. What does Latin American Social Medicine do when it governs? The case of the Mexico City Government [En línea] American Journal of Public Health. 2003;93(12):2028-2031 [fecha de acceso 12 de enero de 2009]. URL disponible en: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/93/12/2028.pdf>

FORMA DE CITAR

Linares Pérez N, López Arellano O. Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002. Salud Colectiva. 2009;5(2):237-257.

Recibido el 19 de junio de 2008

Versión final presentada el 5 de febrero de 2009

Aprobado el 27 de febrero de 2009