

Equidad e Inequidades en salud en México: niveles, tendencias y evidencias en el contexto de la reforma

Armando Arredondo,⁽¹⁾ Emanuel Orozco,⁽¹⁾ Gabriela Luna,⁽²⁾ Vanessa Aldaz⁽¹⁾

aarredon@correo.insp.mx

RESUMEN

Objetivo: Identificar indicadores, tendencias y evidencias en materia de equidad en salud, desde la perspectiva de proveedores, usuarios de servicios y líderes de ONGs. **Metodología:** Se realizó una investigación cualitativa y cuantitativa en 7 Estados del país durante 2002-2005: Hidalgo, Oaxaca, Yucatán, Tabasco, Colima, Jalisco y Baja California Sur. Para el componente cualitativo, se aplicaron 210 entrevistas a profundidad a usuarios, proveedores de servicios, líderes de ONGs y tomadores de decisiones, las cuales se analizaron con apoyo del programa ATLAS-Ti; Para el componente cuantitativo, a partir de fuentes de datos secundarios de 85 fuentes de datos seleccionadas, se construyeron matrices de análisis sobre las tendencias en diferentes indicadores de equidad: asignación de recursos financieros y gasto en salud. Posteriormente se construyó un índice de inequidad en la asignación de recursos para el análisis de la equidad. **Resultados:** Desde una perspectiva cualitativa, los resultados muestran evidencias de fortalezas y debilidades en materia de equidad; particularmente se resalta que las formulas actuales de asignación de recursos para la salud no son las adecuadas para satisfacer las demandas locales de servicios de salud. Desde una perspectiva cuantitativa, los diferentes indicadores desarrollados permiten identificar patrones de desigualdad que no han cambiado en los últimos 15 años, muy a pesar de las estrategias de mejora en la equidad que plantea el actual Programa Nacional de Salud. **Conclusión:** La equidad en salud no cuenta con mecanismos suficientes de participación, monitoreo y de rendición de cuentas que permitan avanzar en el equilibrio entre las necesidades de salud y los recursos que se asignan por área geográfica o nivel estatal. **Palabras claves:** *Equidad, reforma, salud.*

SUMMARY

Objective: to identify indicators, trends and evidence in health

equity matter, from the supplier's perspective, service users and ONGS leaders. **Method:** a quantitative and qualitative research was made in 7 states of the country during 2002-2005: Hidalgo, Oaxaca, Yucatan, Tabasco, Colima, Jalisco and Baja California Sur. For the qualitative component, 210 deep interviews for users, service suppliers, ONGS leaders and decision makers were applied, and they were analyzed with the atlas. Ti program support; for the quantitative component, from secondary data sources of 85 chosen data sources, analyses matrix over the trends in different equity indicators were built: finance resource assignation and health expense. Thereafter and inequity index was built in the resource assignation for the equity analyses. **Results:** from a qualitative perspective, the results show weaknesses and strength evidence in equity matter; particularly, it is underlined that the current formulas in the assignation of resources for health are not proper to satisfy the local demands in health services. From a quantitative perspective the different developed indicators allow to identify patterns of inequity that have not been changed in the last 15 years despite the strategies to improve the equity planned by the current health national program. **Conclusion:** the health equity does not have enough participation mechanisms, or monitoring of financial matters that allow to go on in the balance between the health needs and the resources assigned by geographical area or state level.

Key words: *equity, reform, health.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el tema de equidad e inequidades en la asignación de recursos para producir servicios de salud ha ido adquiriendo creciente importancia en foros políticos, civiles y académicos nacionales e internacionales. En todo el mundo, y particularmente en México, el mejoramiento de la equidad ha sido, probablemente, uno de los objetivos más frecuentemente explicitados por los gobiernos que han impulsado procesos de reforma de los sistemas de salud de

⁽¹⁾ Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

⁽²⁾ Investigadora de la Universidad Iberoamericana, México.

sus respectivos países.¹⁻²

En efecto, la inclusión de la equidad como un indicador de desigualdad y como uno de los problemas sustantivos de los sistemas actuales de salud ha permitido que en todos los proyectos de reforma del sector salud se aborden estrategias que directa o indirectamente tratan de estudiar y solucionar los problemas de equidad con que se han desarrollado la mayoría de los sistemas de salud en el mundo.³⁻⁵ En todos ellos se plantea como eje conductor de la equidad abatir las desigualdades en salud; así como disminuir la brecha que existe entre la oferta y la demanda en salud bajo principios de grupo prioritario, de poder de compra, y de ciudadanía.

En este contexto el concepto de equidad en salud es amplio y su análisis, partiendo por la definición del mismo, puede ser complejo y controversial. Una propuesta interesante de equidad en salud se refiere al análisis de diferencias innecesarias, evitables e injustas, lo que puede ayudar a su operacionalización. Aún así, los límites del concepto se nos muestran bastante extensos y difusos, sobrepasando el ámbito de competencia del sector de salud y, en particular, de la atención de salud.⁶⁻⁹

Existen marcos teóricos bastante útiles para desarrollar estudios de equidad; estos marcos consideran un conjunto de indicadores agrupados en las categorías de: estado de salud, determinantes; recursos y oferta del sistema de salud; y, utilización de servicios del sistema de salud.¹⁰⁻¹³

Desde esta perspectiva se plantea y operacionaliza a la equidad en salud como la asignación de recursos en función de las necesidades de salud y del poder de compra de la población.¹⁴⁻¹⁶ La equidad en salud hace mención a la ausencia de desigualdades en salud entre los grupos sociales. Una desigualdad en salud constituye una inequidad ya que está fuertemente asociada con estructuras sociales injustas que ponen generalmente a aquellos grupos con menos ventajas en un mayor riesgo de tener mala salud.¹⁷⁻²⁰ La reducción de inequidades en salud es un requisito para la justicia y protección social ya que tener limitaciones a la salud implica también tener menores oportunidades.²¹⁻²³

En este contexto, en el presente artículo se incluyen algunos resultados que en materia de equidad e inequidad se generaron a través de un proyecto de investigación a nivel nacional para el análisis de la equidad, gobernanza y financiamiento en salud en México. Se aborda el análisis de las inequidades en la estructura y asignación de recursos para la salud, además de algunos indicadores de tendencias del gasto en salud y del índice de inequidad en la asignación de recursos financieros por Estado bajo estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un diseño de tipo longitudinal ex-ante y ex-post, mediante una investigación evaluativa de la dinámica de los flujos financieros e indicadores de equidad en el contexto de la reforma de la salud en México. La población de estudio incluyó 7 Estados del país (Hidalgo, Oaxaca, Yucatán, Tabasco, Colima, Jalisco y Baja California Sur) que fueron seleccionados bajo los siguientes criterios: 1) Diferente desarrollo socio-económico de acuerdo al índice de marginación desarrollado por el Consejo de Población: bajo, medio y alto;⁹ 2) Que el proceso de descentralización haya sido implementado con cambios en las políticas de financiamiento de los servicios de salud; 3) Existencia de una base de datos sobre información económica, como punto de partida; 4) Confiabilidad y validéz de las bases de datos; 5) Capacidad técnica para conformar un equipo interdisciplinario de investigación, y 6) Compromiso técnico y político para utilizar los resultados del estudio.

Para el componente cualitativo, el trabajo de campo se efectuó entre julio y octubre de 2002, 2003 y 2005. Como parte de esta actividad se realizaron 210 entrevistas semiestructuradas con informantes clave agrupados en tres categorías: proveedores, usuarios y líderes comunitarios-ONGs. Los proveedores incluyeron tomadores de decisiones y personal médico de los Servicios de Salud de los Estados, así como funcionarios de finanzas de los gobiernos estatales. Los usuarios incluyeron informantes de primer y segundo nivel de atención. Por su parte los líderes incluyeron miembros de comités de salud, dirigentes políticos y miembros de ONGs de salud. Las guías de entrevista consideraron los siguientes ejes temáticos ajustados en función del tipo de informante: ventajas y desventajas en materia de equidad, cambios en la asignación de recursos, uso de criterios técnicos para la asignación de recursos. La sistematización y el análisis de la información consistieron en la transcripción y codificación de las entrevistas, integración de bancos temáticos de información, así como desarrollo de modelos analíticos, procedimientos realizados mediante el uso del paquete de cómputo ATLAS-Ti.

Para el componente cuantitativo se determinó el Índice de Inequidad en la asignación de recursos para la salud en los Estados. Este índice se construyó con base a la determinación de un algoritmo a partir del cálculo de la desviación media relativa:

Donde: IS_i es el índice de inequidad en salud de cada Estado
 μ es la media nacional para cada indicador
 Y_i la sumatoria de valores de los 11 indicadores de gasto y asignación de recursos en salud a nivel estatal
 n es el número de Estados

Los 11 indicadores de gasto en salud que se utilizaron a nivel estatal fueron:

$$ISi = \frac{\sum_{i=1}^n |\mu - Y_i|}{n\mu}$$

- 1) Gasto público en salud como % del PIB.
- 2) Gasto privado en salud como % del PIB
- 3) Gasto total en salud como % del PIB
- 4) Gasto público en salud como % del gasto total en salud
- 5) Gasto privado en salud como % del gasto total en salud
- 6) Gasto total en salud como % del gasto total en salud
- 7) Gasto público en salud per cápita para población asegurada
- 8) Gasto público en salud per cápita para población no asegurada
- 9) Gasto público en salud per cápita total
- 10) Gasto privado en salud per cápita total
- 11) Gasto catastrófico en salud: % de familias

El resultado de este indicador se combinó con el tipo de rezago epidemiológico en el que se encuentra cada Estado bajo estudio y a partir de esta combinación se creo una escala de baja, media y alta inequidad con los siguientes rangos y tipo de transición epidemiológica:

- Baja de 1-11 (Región de transición avanzada e intermedia)
- Media de 12-21 (Región de transición incipiente)
- Alta de 22-31 (Región de rezago infantil y rezago extremo)

Para identificar los diferentes tipos de región, se retomó la propuesta de FUNSALUD, que hace referencia a las diferentes regiones en función de indicadores epidemiológicos y necesidades de recursos para la salud.²⁴ Se formularon cinco regiones:

Región de Transición Avanzada. Los Estados presentan una mortalidad en la infancia por abajo del percentil 25 (278 por mil menores de 5 años) y una mortalidad en adultos menor al promedio nacional (105 por mil adultos de 15 a 59 años). Los recursos asignados para la población no asegurada están muy por arriba de la media nacional. Está integrada por el Distrito Federal y cinco entidades federativas más, de las cuales cuatro se ubican en el norte del país (Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila y Baja California Sur).

Región de Transición Intermedia. Se compone de ocho Estados que presentan un nivel intermedio de mortalidad en la infancia, entre el percentil 25 y la media (334 por mil menores

de cinco años) y baja mortalidad en adultos (112 por mil adultos). Los recursos asignados para los programas de salud para la población no asegurada están inmediatamente arriba de la media nacional. Uno de ellos está en el norte del país (Sinaloa), cinco en el centro (Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Veracruz) y dos en el sur (Morelos y Quintana Roo). Representan 21% de la población nacional (49% rural y 51% urbano).

Región de Transición Incipiente. Está compuesta por siete Estados que presentan una mortalidad en la infancia por abajo del promedio nacional (328 por mil menores de cinco años) y una mortalidad en adultos por arriba del promedio (118 por mil adultos, esto es 1.2 veces más elevada que las regiones A y B). Los recursos asignados para los programas de salud para la población no asegurada están justamente en la media nacional Se ubican en el norte (Chihuahua, Sonora, Baja California, Durango), en el centro (Estado de México, Querétaro) y en el sur (Tabasco).

Región de Rezago Infantil. Esta región se caracteriza por que su mortalidad en la infancia está por arriba del promedio nacional (417 por mil menores de cinco años, 1.5 veces más elevada que la región A) y su mortalidad en adultos está por abajo del promedio (108 por mil). Este perfil es mucho más marcado en el medio rural que en el urbano de los Estados involucrados, en donde, de hecho, ambos medios presentan el mayor contraste. Los recursos asignados para los programas de salud para la población no asegurada están inmediatamente abajo de la media nacional. Las seis entidades que componen esta región están localizadas en el centro (Guanajuato, Zacatecas, San Luis Potosí y Tlaxcala) y en el sur del país (Campeche, y Yucatán). Representa 12% de la población nacional (55% rural y 45% urbano).

Región con Rezago Extremo. Los Estados en esta región, presentan una mortalidad infantil (523 por mil, 1.9 veces más elevada que la de la región A) y en adultos (139 por mil) por arriba del promedio nacional. Los recursos asignados para los programas de salud a para la población no asegurada están en el extremo inferior abajo de la media nacional Los Estados que forman esta región son los más pobres y se ubican en el centro del país (Hidalgo, Puebla, Michoacán) y en el sur (Guerrero, Chiapas, Oaxaca).

RESULTADOS

Los resultados se presentan en dos secciones, la primera sección se refiere a las principales fortalezas y debilidades en materia de equidad desde la perspectiva cualitativa. Para ello se conformaron 3 patrones de equidad en función de las diferencias de los resultados en las fortalezas y debilidades

sobre equidad: Patrón A (Baja California Sur y Yucatán); Patrón B (Colima, Hidalgo y Oaxaca); y Patrón C (Jalisco y Tabasco). La segunda sección presenta los resultados sobre indicadores de corresponsabilidad financiera, indicadores de gasto en salud y sobre el índice de inequidad en cada uno de los Estados bajo estudio.

Fortalezas de equidad en los sistemas estatales de salud

El análisis de la información relacionada con la equidad en los sistemas estatales para los Estados seleccionados refleja como fortaleza en materia de equidad la implementación de planes y programas focalizados a reducir la brecha de inequidad en sus sistemas sanitarios, siendo el programa de Seguro Popular de Salud (SPS), el que mayor ponderación presenta para ser catalogado como una fortaleza, como se observa en el cuadro 1.

Cuadro 1.- Fortalezas en indicadores de equidad por Estado (2005).

Fortalezas	Estados		
	Patrón A	Patrón B	Patrón C
Existencia de indicadores de equidad	+	-	++
Establecimiento de estrategias para lograr la optimización de recursos	+	+	++
Criterios técnicos en la asignación de recursos orientados a atender necesidades de salud	+	+	++
Asignación de recursos para la operación y crecimiento del sistema estatal de salud	-	++	++
Mejora de la oportunidad en la atención	+	+	++
Mejora en el acceso a servicios de salud	++	++	++
Implementación de planes y programas para una mayor equidad (SPS)	++	+++	+++
Capacidad para operar el SPS	+	++	+++
Implementación de planes y programas para mejorar el financiamiento (SPS)	++	++	+++
Existencia de programas de atención de cobertura y acceso para poblaciones vulnerables (SPS)	+	+++	++
Impactos comunitarios favorables de los servicios de salud	++	++	++
Apoyo a la municipalización de los servicios de salud	-	-	++

Alto= +++ Medio= ++ Bajo= + Nulo= -

Los resultados del análisis también revelan que las fortalezas en materia de equidad refieren al establecimiento de mecanismos en la asignación de recursos para la operación y crecimiento del sistema estatal de salud, así como a la capacidad para operar nuevas estrategias de reforma, teniendo como consecuencia inmediata la mejora en el acceso a servicios de salud que la población demanda.

En el caso particular del patrón A, las características en materia de equidad en su conjunto, no representan fortalezas suficientes para consolidar su actuación hacia una reforma exitosa en materia de salud. Las brechas de inequidad existentes hacen una evidencia clara de la carente capacidad de respuesta en materia de organización, operación y crecimiento de su Sistema Estatal de Salud; situación que contrasta con las fortalezas que el patrón C arroja en este

estudio.

Debilidades de equidad en los sistemas estatales de salud

El estudio realizado revela que en los 7 Estados analizados las mayores debilidades en materia de equidad se refieren a la orientación de los recursos para cubrir necesidades operativas, específicamente el pago de sueldos y salarios de profesionales de la salud y áreas afines y a la dependencia de recursos provenientes de gasto de bolsillo de los usuarios. Asimismo se refieren limitaciones derivadas de la falta de recursos financieros para dar una mayor atención a necesidades de la población. (Cuadro 2).

Cuadro 2.- Debilidades en los indicadores de equidad por estado (2005).

Debilidades	Estados		
	Patrón A	Patrón B	Patrón C
Manejo limitado de la equidad como criterio de asignación financiera	+++	++	+
Limitaciones en la administración estatal de recursos	++	++	+
Manejo limitado de fórmulas de asignación y ejercicio de recursos	+++	++	+
Desfase con nuevos esquemas de atención a la salud (SPS)	+	-	-
Falta de capacidad para operar el SPS	++	+	+
Dependencia de aportaciones ciudadanas	++	++	++
Dependencia de aportaciones gubernamentales	+++	++	+
Referencias de gasto de bolsillo de los usuarios	++	++	+++
Orientación de los recursos a cubrir necesidades operativas (pago de sueldos)	+++	+++	++
Afectación de fuentes tradicionales de financiamiento	++	++	++
Rechazo de personal operativo al SPS	+	+	+
Gastos operativos que pueden ser una carga financiera para el sistema	++	++	+
Población sin acceso a programas mediante prepago	++	+	+

Alto= +++ Medio= ++ Bajo= + Nulo= -

Las debilidades en equidad reportadas en los Estados estudiados se relacionan con el manejo limitado de marcos y criterios técnicos para incluir criterios de equidad en el manejo de recursos financieros, así como con la falta de identificación de oportunidades que concluyan en una gestión del financiamiento y con baja capacidad para identificar innovadores esquemas de financiamiento.

Respecto a criterios técnicos, se expresó un manejo limitado de la equidad como criterio de asignación financiera y de las fórmulas orientadas a la asignación y el ejercicio de recursos económicos, a lo que se sumó el desconocimiento y falta de aplicación de fórmulas de asignación de recursos, especialmente en Estados bajo el patrón C. Sobre la gestión de recursos financieros se reportó la dependencia de las aportaciones ciudadanas, así como el hecho de que las cuotas de recuperación fomentan el gasto de bolsillo de los

usuarios. A ello se agregó la opinión de que el Seguro Popular de Salud afecta el destino de fuentes tradicionales de financiamiento, particularmente de los ingresos obtenidos producto de las cuotas antes mencionadas.

Se estableció la necesidad de fortalecer la administración estatal de recursos financieros destinados a salud y la percepción que el personal operativo rechaza o tiene resistencias sobre el Seguro Popular de Salud dado que se desconocen los alcances del programa. Se señaló también en todos los Estados como una debilidad que el Seguro Popular de Salud genere gastos operativos que podrían ser una carga para el programa. A ello se agregó el que haya población que no podría tener capacidad de pago para acceder a servicios mediante el prepago, sobre todo en Estados bajo el patrón B y C. Finalmente, para el caso de Estados bajo el patrón A, se resaltó que los recursos financieros están orientados a la operación más que al crecimiento del sistema de salud, así como falta de capacidad para operar localmente el Seguro Popular de Salud.

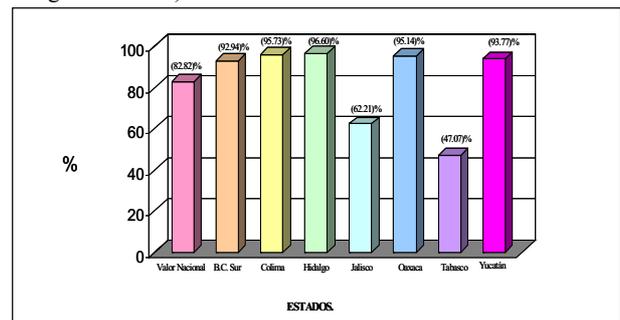
En cuanto al análisis cualitativo sobre cambios en los mecanismos de asignación, la información analizada mostró la referencia por parte de proveedores de servicios del uso de criterios históricos en la asignación financiera en todos los Estados. Estos criterios se refieren esencialmente a la asignación tomando como parámetro los ejercicios anteriores. En este caso, Estados bajo el patrón A y C refirieron mayor trabajo gubernamental relacionado con modificar la asignación financiera mediante el empleo de criterios técnicos (clínicos, epidemiológicos y económicos) en la asignación de los recursos; sobre todo a nivel jurisdiccional ante evidencias de brotes epidemiológicos.

Se refirieron iniciativas locales con el uso de criterios clínicos en la asignación de recursos. Particularmente en Jalisco, orientadas a mejorar la producción de servicios para población específica, en especial población que vive con cáncer. Este tipo de dinámicas han sido promovidas recientemente desde el nivel federal, promovándose la creación de un fondo sectorial orientado a prevenir los efectos de los gastos en salud de padecimientos que el sistema sanitario ha evaluado como costosos con efectos directos en la economía de los pacientes. La implantación de mecanismos económicos se encuentra aún en etapa de estudio en varios de los Estados.

Respecto al análisis cuantitativo, los hallazgos sobre el gasto per cápita en salud para población no asegurada, llaman la atención en el Estado de Baja California por el alto monto, mientras que los Estados de Oaxaca e Hidalgo por su bajo monto per cápita. Respecto al índice de corresponsabilidad financiera, es en los Estados de Jalisco y de Tabasco donde

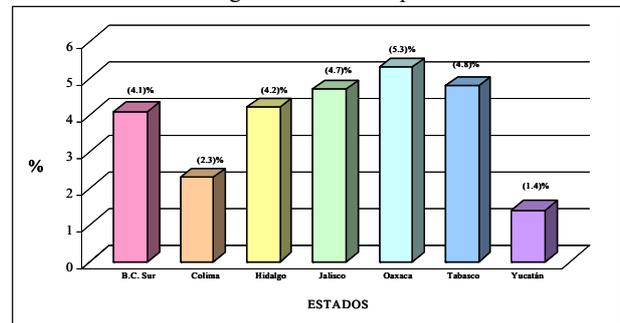
se encuentra un índice más favorable de acuerdo a los cambios esperados en estos momentos de la reforma de la salud; particularmente de la descentralización financiera en términos de equidad en la asignación de recursos para la salud (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Aportación Federal al Financiamiento en Salud (No Asegurados/2003).



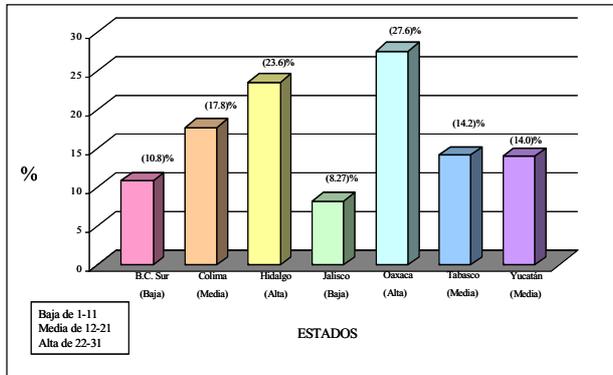
En lo referente al gasto catastrófico en salud a nivel nacional y diferenciando por tipo de población, las tendencias de mayor gasto están en la población no asegurada. Otro hallazgo que llama la atención es que contrario a lo que debería ser, es la población del quintil de menor ingreso familiar la que realiza un mayor gasto catastrófico en salud. Sobre las tendencias del gasto catastrófico en población no asegurada por Estado bajo estudio, Oaxaca resultó con el mayor gasto, mientras que Yucatán con el gasto menor (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Niveles del gasto catastrófico por Estado.



En la gráfica 3, se presentan los resultados del índice de inequidad en la asignación de recursos por Estado. Los estados que resultaron con el índice de mayor inequidad fueron Oaxaca e Hidalgo, seguidos en orden decreciente por Colima, Tabasco, Yucatán, Baja California Sur y Jalisco.

Gráfica 3. Índice de Inequidad en Salud en los 7 estados bajo estudio.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Tanto los resultados cualitativos como los resultados cuantitativos constituyen evidencias de los niveles y tendencias de la equidad en salud en las diferentes entidades federativas analizadas en este estudio. La hipótesis propuesta para la variable de equidad en esta investigación fue aceptada al verificar que cada Estado opera con diferentes niveles de equidad; esta verificación se constata al realizar tanto la evaluación cuantitativa como cualitativa.

Desde la perspectiva cualitativa, se presentaron diferencias importantes tanto en los criterios de asignación de recursos financieros como en el uso de la fórmula de equidad. La equidad en el financiamiento requiere de un mayor manejo de enfoques técnicos para mejorar la gestión de recursos y la diversificación de fuentes de financiamiento; en este sentido, resulta significativo evidenciar las mejoras descritas por los actores encuestados en cuanto a la conducción de los servicios estatales de salud, así como también reportaron una mayor orientación en la rendición de cuentas y a la optimización de los recursos. Así mismo resultó igualmente relevante que las nuevas estrategias de reforma como el sistema de protección social en salud hayan sido identificadas por diversos actores como áreas de oportunidad para lograr una mayor equidad tanto en la distribución y asignación de recursos como en la producción de servicios de salud.

Resulta conveniente resaltar que en cuanto a las debilidades más significativas en materia de equidad los actores muestran la necesidad de fortalecer la gestión de recursos mediante la diversificación de fuentes de financiamiento. Con ello, podría lograrse un efecto favorable en el corto plazo en cuanto a la disminución de gasto de bolsillo de los usuarios. De manera complementaria, se considera importante el establecimiento de mayores mecanismos de gestión de recursos y de

rendición de cuentas para fortalecer un uso más transparente y democrático de todos los recursos.

Así mismo, el análisis realizado muestra que, si bien el Seguro Popular de Salud representó para los actores diversas oportunidades para ampliar efectos de equidad en los sistemas de salud, el reto de su manejo técnico podría limitar oportunidades para la mejora de la gestión de recursos. Este punto se considera importante, puesto que para diversos actores, la puesta en marcha de un sistema de prepago afectaría el destino de fuentes tradicionales de financiamiento, en este caso nos referimos a las denominadas cuotas de recuperación.

Por otra parte, en cuanto a la fórmula de asignación de recursos desde la perspectiva de los proveedores, existe confusión tanto en los niveles conceptuales como en la operacionalización de la fórmula de asignación. Se maneja el supuesto integral que la nueva fórmula de asignación de recursos va a resolver el desequilibrio histórico entre las necesidades de salud y los recursos asignados a los diferentes Estados, sin embargo, el resultado final conlleva siempre hacia el mismo desequilibrio. La conclusión de los proveedores y directivos en los niveles estatales es que, o bien la fórmula de asignación no responde al objetivo de lograr un mayor equilibrio entre las necesidades de salud y asignación de recursos, o bien que dicha fórmula no es aplicada bajo principios y lineamientos de equilibrio e igualdad.

Los resultados cualitativos respecto a la desigualdad en la asignación de recursos fueron verificados a partir de la construcción del indicador de equidad utilizado en este estudio. En efecto, la asignación de recursos para la salud no responde a un equilibrio ni con el perfil epidemiológico del Estado en cuestión, ni con el peso relativo de diferentes aportadores del gasto estatal en salud. Las barreras a la atención de salud, como son los obstáculos geográficos, económicos y culturales necesitan tenerse en cuenta, aunque otros factores también influyen en el acceso y utilización de los servicios de salud. Llama la atención en este estudio que el gasto per cápita en salud en los Estados no guarda relación con el ingreso per cápita del Estado ni con el nivel de ingreso familiar anual de los usuarios.

Se rechaza la hipótesis que planteaba: “Los cambios en los mecanismos de asignación a partir de nuevos criterios técnicos no han significado un cambio en el financiamiento y equidad en salud”. Tanto en materia de financiamiento como de equidad se muestran evidencias muy sólidas como consecuencia de los cambios en los mecanismos de asignación financiera, particularmente en cuanto a equidad en salud con una amplia participación social. En efecto, los

resultados del estudio, permiten establecer espacios y elementos de colaboración para desarrollar las capacidades de los gobiernos locales, líderes comunitarios, sociedad civil, proveedores de la salud y gobiernos centrales, a efectos de contribuir a hacer más efectiva la descentralización y la mejora en equidad asociada con los cambios en el financiamiento del sistema de salud.

Tanto desde la perspectiva cualitativa como cuantitativa, fue posible identificar los criterios técnicos usados para mejorar la equidad en la asignación de los recursos a nivel nacional, estatal y municipal, en el contexto de la descentralización y la reforma del sector salud. La información presentada en la segunda etapa del proyecto sugiere que los actores entrevistados refieren la permanencia de criterios de asignación en donde se utilizan de manera recurrente los relacionados con dimensiones políticas y administrativas. En contraste, el uso de criterios técnicos fue referido de manera más discreta, lo que sugiere la necesidad de difundir de manera más amplia los alcances de estos criterios en materia de equidad para lograr mejoras más sustanciales en el financiamiento.

El marco desarrollado mostró que la actual reforma ubica al Sistema de Protección Social en Salud como el instrumento de política sanitaria mediante el cual habrá de lograrse mayor equidad fortaleciendo la gestión gubernamental y la participación social en materia de financiamiento del sistema estatal de salud. La equidad financiera tiene una relación directa con los mecanismos de asignación. En este sentido, los actores entrevistados en los Estados expresaron la importancia de modificar tendencias históricas en la asignación, así como la necesidad de orientar la asignación financiera a la atención de las necesidades de salud locales más apremiantes.

Por lo que respecta a la información proveniente de los usuarios de servicios de salud sobre la equidad, su discurso no reflejó conocimiento de los mecanismos y procedimientos técnicos orientados a crear oportunidades de equidad en la prestación de servicios de salud, centrándose en caracterizar la equidad como igualdad de oportunidades en el acceso a servicios de salud. De igual manera, diversos usuarios expresaron vivir situaciones de inequidad ante la vulnerabilidad que les produce no recibir servicios, hacer aportaciones económicas en materia de cuotas de recuperación y gastar cuando han de trasladarse a las unidades de atención.

Algunos representantes políticos establecieron que la equidad ha de ser encuadrada en la Ley General de Salud. Sin embargo, resultó particularmente relevante que si bien en este tipo de documentos se establecen los alcances de la

política sanitaria, no se estipulan claramente los mecanismos a través de los cuales habrán de concretarse estos alcances. En este nivel, el esquema bajo el cual se provee atención a la población fue conceptualizado como un ámbito que parece limitar las diversas oportunidades de acceso a distintos servicios de salud. La comparación con otras entidades permite establecer que en cada Estado existen condiciones intrínsecas que favorecen y/o limitan el acceso de la población a los servicios de salud. Un aspecto relevante en este contexto, fue que a nivel local se identificaron iniciativas locales en torno a las cuales se perfiló una participación orientada a ampliar el acceso de la población con criterios de mayor equidad.

Es importante señalar que algunos usuarios refirieron que estrategias con valoraciones positivas como las cuotas de recuperación pueden representar una barrera para algunos sectores sociales. Adicionalmente, estos sectores expresaron valoraciones positivas para algunos incentivos, particularmente descuentos. La información recopilada en campo mostró pocos cambios notables que para los informantes entrevistados. En este sentido, se destacaron dos situaciones particulares; en el primer caso pareció prevalecer la idea que la asignación presupuestal ha seguido criterios históricos, mientras que en el segundo se estableció la necesidad de orientar las asignaciones financieras con criterios técnicos fundamentados en la atención a las necesidades de salud.

Los incrementos en los montos financieros son más altos en unos Estados que en otros y esto no guarda relación estrecha ni con el gasto per cápita en salud ni mucho menos con las necesidades de salud de la población. Por ejemplo, Hidalgo y Oaxaca son de los Estados con mayor índice de marginación del país, sin embargo, son los menos favorecidos en cuanto a incremento del gasto en salud y tienen los menores gastos per cápita en salud. Estos mismos Estados también presentan los índices de inequidad más altos y los índices de corresponsabilidad financiera menos favorables. La población no asegurada de estas entidades, presentan los índices de gasto catastrófico más alto de los siete Estados bajo análisis. Contrariamente, Jalisco y Baja California Sur son los Estados de mayor ingreso y también los de menor índice de inequidad en la asignación de recursos y de menor gasto catastrófico en su población no asegurada.

Con relación a posibles efectos de los programas de servicios públicos de salud, como el SPS e IMSS –Oportunidades, en la reducción de la pobreza y la disminución de desigualdades, si bien es cierto aún no hay los alcances esperados, podemos hablar de algunos logros importantes. En el caso del SPS, en materia de equidad, no es muy evidente la diferencia con el sistema anterior de cuotas de recuperación, donde también

los usuarios de los deciles de menor ingreso recibían los servicios gratuitos; pero si es muy evidente el hecho de que la nueva estructura de financiamiento de este programa plantea un avance muy positivo en materia de asignación de recursos con mayor equidad: el financiamiento sigue al usuario, es decir que la cuota estatal y federal se va a donde se mueve el usuario, algo que anteriormente no sucedía.

En términos de equidad y protección financiera en salud, podemos hablar de la generación de efectos determinantes en la disminución del gasto catastrófico por los usuarios del decil 1, particularmente en los usuarios de Oaxaca e Hidalgo donde se presentan los mayores índices de gasto catastrófico por usuarios no asegurados y los mayores índices de inequidad en la asignación de recursos. El gasto catastrófico en estos Estados, como también lo demuestran análisis de la Encuesta Nacional de Salud, representa más de 2 salarios mínimos para una población que en el mejor de los casos puede tener de 1 a 2 salarios mínimos en su ingreso. Desde una perspectiva de mayor equidad, esta situación evidentemente tiene ya efectos sobre el abatimiento de la desigualdad aunque no necesariamente sobre la reducción de la pobreza. Para esto último habrá que esperar a una evaluación más sobre cambios en los índices de gasto catastrófico para el 2005-2006.

Los hallazgos empíricos que se presentaron para analizar las tendencias de acuerdo a las nuevas estrategias políticas, nos ayudan a evidenciar que la efectividad de la propuesta de cambios en las políticas de financiamiento para la SSA, queda en entredicho al contrastar los hallazgos incluidos en la sección de resultados del documento. Según los lineamientos de política del Plan Nacional de Desarrollo y del mismo Programa Nacional de Salud, se plantea una estrategia de protección financiera al usuario con menor ingreso; sin embargo, como se pudo ilustrar con evidencias empíricas, el usuario de menor ingreso es el que más paga por el consumo de servicios de salud. Mas aún, respecto a la población no asegurada en todo el país el mayor gasto catastrófico en salud se presenta en dos de los Estados más pobres de México: Oaxaca e Hidalgo.

Hay otras diferencias significativas en términos de cobertura, acceso y protección financiera en los programas de salud para la población de mayor marginación en México. Comparando servicios de salud de la misma SSA para los adscritos contra los no adscritos al SPS, existen diferencias en materia de protección financiera y de calidad de la atención. Desde la perspectiva de personal clave en salud, se observa un trato más personalizado en el SPS y mayores recursos en medicamentos y estudios en el primer nivel. En el segundo nivel hay Estados donde en el SPS hay limitaciones en el tratamiento médico y no se protege el pago de medicamentos.

También hay diferencias importantes en cuanto al tipo de intervenciones. En los adscritos al SPS se les ofrecen pocas intervenciones de tercer nivel en el SPS, mientras que los no adscritos pueden tener más opciones del tercer nivel. El IMSS-Oportunidades es el programa que ofrece menos intervenciones y todas se limitan al primer nivel de atención y excepcionalmente, al segundo nivel de atención.

Las inequidades en el acceso a los servicios de salud, medidas por la brecha entre las necesidades percibidas u observadas y la utilización de los servicios de salud observada, están inversamente relacionadas con los niveles de ingreso. Es decir, la población de menores ingresos tiende a tener brechas mayores entre necesidad y acceso a los servicios de salud. En México, por ejemplo, a pesar de que las necesidades de salud están distribuidas de manera equitativa entre los diferentes grupos socioeconómicos, el estudio encontró serias inequidades en la asignación de recursos para la salud y en materia de protección financiera.

El aumento del gasto directo de bolsillo, es el modo más regresivo de pagar por los servicios de salud y el que más expone a las personas al riesgo de catástrofe financiera asociada a daños a la salud. Desde esta perspectiva, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, a través del Programa de Protección Financiera en Salud, ha manifestado que los gastos de bolsillo que realiza la población con limitada capacidad de pago son por demás preocupantes. Dado su nivel de ingreso, estas familias no deberían incurrir en gastos de bolsillo que vulneran aún más su condición económica.

A partir de las conclusiones y discusión de resultados queremos cerrar este artículo con una lista de las 10 principales sugerencias que se proponen para avanzar en equidad en los sistemas estatales de salud:

1. Incluir en la fórmula federal de asignación de recursos financieros, indicadores de resultados de impacto en salud a nivel estatal y del peso relativo del presupuesto estatal en salud con relación al PIB estatal. De esta forma los recursos asignados serán más equitativos en función de necesidades estatales de salud y de los indicadores económicos en salud a nivel estatal. Además de dar mayor promoción a criterios epidemiológicos, organizacionales y económicos en la asignación de los recursos para la salud, incorporar nuevos criterios técnicos que consideren necesidades de salud, vulnerabilidad económica, productividad, complejidad de los niveles de atención, accesibilidad y capacidad financiera de los Estados en la asignación presupuestal.
2. Normar la política pública en el nivel estatal y federal para el diseño y la implementación de una fórmula de asignación equitativa de recursos discutida y avalada por una técnica de consenso con participación no sólo de los niveles de

gobierno municipal, estatal y federal sino también con la participación de todos los actores posibles del sistema de salud y de la sociedad.

3. Asegurar la congruencia en la asignación de recursos entre Federación y Estados, y entre los Estados y los Municipios, privilegiando la marginación social, el poder de compra de los usuarios, el rezago epidemiológico y la capacidad instalada.

4. Establecer los mecanismos y estrategias que garanticen la accesibilidad a los servicios de salud privilegiando criterios de justicia social y protección financiera en salud, sobre todo en los Estados con mayor índice de gasto catastrófico y mayores índices de inequidad.

5. Fortalecer los programas de ampliación de cobertura a población vulnerable reorientando el modelo de atención hacia la municipalización de los servicios de salud.

6. Diseñar e implementar un sistema de monitoreo entre los recursos asignados por tipo de programa de salud, destino final de los recursos, necesidades de salud y nivel del índice de inequidad en las jurisdicciones.

7. Privilegiar modelos de atención preventiva para modificar tendencias regresivas (reducción de los montos financieros) de gasto en salud en el primer nivel de atención.

8. Reorientar el Sistema de Protección Social en Salud priorizando la afiliación y el fortalecimiento de la oferta (mayores recursos a infraestructura) de servicios a población vulnerable.

9. Asegurar de manera permanente, o por lo menos con garantía de protección por 6 años, la protección financiera de población de los deciles I y II que no está incorporada al Sistema de Protección Social en Salud, y que responda a las necesidades de la población marginada y no a las metas de las autoridades federales / estatales.

10. Desarrollar mecanismos, acciones y estrategias para homogeneizar el manejo de conceptos e indicadores de equidad en salud y de protección financiera, tanto del usuario como del sistema de salud.

REFERENCIAS

1. WHO. 2000. World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Chapter 4: What resources are needed. World Health Organization. Geneva, 2000: 73-77.
2. Arredondo A. y Orozco E. Efectos de la descentralización en el financiamiento y gobernanza de la salud en México. *Saude Publica de Brasil* 2006; Vol 40: 121-129
3. Jørgensen K. Governance for sustainable development: the role of governments. 1st edition. Berlin: Freie Universität, 2004.
4. Lomas J, Fulop N, Gagnon D, Allen P. On being a good listener: setting priorities for applied health services research. *The Milbank Quarterly* 2003; 81:1-15

5. Secretaría de Salud. La Democratización de la Salud en México. México:SSA, 2001-2006. DF, 2001.

6. Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación* 2003; 15 de mayo:48-62

7. Arredondo A. Federalismo y Salud: estudio de caso del sistema de salud en México. En: *Federalismo y Políticas de salud, descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva internacional*. Primera edición, Canadá, 2003: 36-54.

8. Vargas I, Vazquez ML, Jane E. Equidad y Reformas de los Sistemas de Salud, *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, jul-ago, 2002. 18(4): 927-937.

9. Mitjavila M, Fernández J, Moreira C. Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State?, *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, jul-ago.2002. 18(4), 1103-1120,

10. Torres C, Mújica Oscar J. Salud, Equidad y los Objetivos de Desarrollo en el Milenio, *Rev. PANM Salud Publica*, 2004. 15(6): 430-439,

11. MacDemot F, Salud: Avances con desigualdad, *Economist Intelligence Unit, La Jornada* 2004. 25-26,

12. Brito P, Levcovitz E. Exclusión in health in Latin America and the Caribbean, *Pan American Health Organization, Series No.1*, 2004.

13. Iglesias E. Reformas y Equidad Social en América Latina y el Caribe, *Banco Interamericano de desarrollo*, Washington, D.C. 2004.

14. Medición de Desigualdades en salud: Coeficiente de Gini e Índice de concentración, *Boletín epidemiológico*, Marzo 2001; Vol.22 (1).

15. Molina R, Pinto M, Herderson P, Vieira C. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias, *Panam Salud Pública/ Pan Am) Public Health* 2000 8(1/2),

16. Musgrove P, Zeramdine R, Carrin G. Basic patterns in national health expenditure, *Bulletin of the world Health Organization* 2002; 80(2).

17. Bosset JT, Larrañaga O, Giedion U, Arbalaez JJ, Bowser MD. Decentralization and Equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile, *Bulletin of the world Health Organization* 2003; 81(2).

18. Vargas I, Vázquez ML, Jane E. Equidad y Reformas de los Sistemas de Salud en Latinoamérica, *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, jul-ago, 2002; 18(4): 927-937.

19. Porto MS. Equidad y Distribución Geográfica de Recursos Financieros en los Sistemas de Salud, *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, jul-ago, 2002. 18(4): 939-957,

20. Landmann C, Bastos F, Lourenco C. Medidas de desigualdad en salud: La discusión de algunos aspectos metodológicos con una aplicación para la mortalidad Neonatal en el Municipio de Río de Janeiro 2000, *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro jul-ago, 2002; 18(4): 959-970,

21. Xu Ke, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klauus J,

Murray C, Household Catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. The lancet July 12, 2003; Vol.362.

22. Armada F, Muntoner C, Navarro U. Health and Social Security Reforms in latin America: the Convergence of the world health Organization, the world bank and transnational corporations, International Journal of health services 2001. 31(4): 729-768.

23 Green A, Ali B, Naem A, Roos P. Resource allocation and budgetoty mechanisms for decentralized health systems: experiences from Belochistan, Pakistan, Bulletin of the world health Organization 2000; 78(8).

24. Frenk J, et al. Economía y Salud, Propuestas para el avance de los sistemas de salud en México. Funsalud 2004: 71-77.

XII FORO DE INVESTIGACIÓN DE PASANTES EN SERVICIO SOCIAL

La secretaría de Salud fomenta la investigación medica desde sus niveles de pregrado al realizar un programa de investigación en donde los pasantes en servicio social de medicina, enfermería, odontología, psicología y nutrición realizan un proyecto de investigación operativa en sus unidades durante su año de servicio social; el cual culmina con un evento donde presentan a las autoridades estatales los resultados de sus investigaciones.

Este año se celebró el XII foro de investigación de pasantes en servicio social el día 27 de julio del presente año. Dicho evento fue inaugurado por la Secretaria de Salud Dra. Hilda Santos Padrón y el director del Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Tabasco el Biol. Miguel O. Chávez Lomeli.

Participaron 63 pasantes de las carreras de medicina, enfermería y odontología con 38 trabajos presentados en la modalidad de cartel.

Los trabajos fueron realizados durante el año de servicio social en 14 Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Tabasco: Balancán (1), Cárdenas (10), Centro (1), Centla (2), Comalcalco (6), Cunduacán (3), E. Zapata (1), Huimanguillo (1), Jalpa de Méndez (7), Jonuta (1), Macuspana (3), Nacajuca (1) y tacotalpa (2).

Resultado premiados en 1er lugar el trabajo titulado "prevalencia de factores de riesgo para cardiopatía isquémica en mujeres mayores de 20 años en una población rural de cárdenas, Tabasco, en 2do. lugar el trabajo "factores predisponentes a hiperplasia epitelial focal en alumnos de la primaria Cuauhtemoc, Ranchería

Lagartera Comalcalco, Tabasco." y en tercer lugar el trabajo titulado "caracterización de las defunciones de niños menores de 5 años por enfermedades diarreicas agudas en Macuspana, Tabasco."



Fuente: Dirección de Calidad y Enseñanza en Salud, Depto. de Investigación.