

Introducción

Alejandro de Humboldt, representante de la Ilustración alemana y uno de los más agudos observadores que haya visitado México, escribió en el siglo XVII sobre la necesidad de entender “todos los fenómenos como un entero, como una totalidad”. De su *Ensayo político sobre el reino de la Nueva España* no deja de sorprender la amplitud de sus conocimientos, la cual lo llevó a describir las condiciones del país de la siguiente manera: “México es el país de la desigualdad. Acaso en ninguna parte la hay más espantosa en la distribución de fortunas, civilización, cultivo de la tierra y población [...] La capital y otras muchas ciudades tienen establecimientos científicos que se pueden comparar con los de Europa [...] todo anuncia, un extremo de esmero, que se contrapone extraordinariamente a la desnudez, la ignorancia y la rusticidad del populacho” (Humboldt, 1978).

El problema de la desigualdad social es un tema tan viejo como la historia misma de la nación. La Revolución mexicana enarboló el propósito de buscar una mejor distribución de la riqueza; los gobiernos posrevolucionarios retomaron a la justicia social como una de sus principales banderas y se dedicaron por años a combatir las enormes desigualdades existentes. Sin duda, dentro de los rezagos sociales la salud cobró con el paso del tiempo un papel cada vez más relevante en las políticas sociales impulsadas por el moderno Estado mexicano: el servicio social a las comunidades rurales en los años treinta; el surgimiento y la consolidación de la seguridad social en las décadas de los cuarenta y cincuenta; la puesta en marcha de programas nacionales de vacunación y de

control contra enfermedades transmisibles, son algunos de los logros que tuvieron las políticas de salud bajo el impulso que dio la etapa de crecimiento y consolidación del sistema económico mexicano durante el periodo del llamado “milagro mexicano” o desarrollo estabilizador.

Ante el agotamiento de este modelo en los años setenta, los recursos petroleros marcaron la salida a la crisis mexicana a principios de los ochenta. Los ingresos frescos y abundantes procedentes de las exportaciones de los hidrocarburos posibilitaron que se estableciera un nuevo compromiso para atender las necesidades de los sectores más marginados, a través, entre otras acciones, de la ampliación de los servicios de salud mediante la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar). La caída de los precios del petróleo y las altas tasas de interés, aunadas a un crecimiento desmedido del endeudamiento de los sectores público y privado, desencadenaron y agravaron el conflicto de la deuda externa en la década de los ochenta, lo que terminó por marcar el final de un modelo económico y la necesidad de buscar nuevas opciones para resolver los problemas sociales y de salud de los más pobres.

En los años ochenta, se planteó por primera vez la necesidad de conformar un sistema de salud que coordinara y normara las acciones de las diversas instituciones y evitara su creciente duplicidad de funciones, centralización y segmentación. Así surgió la Reforma en Salud, que proponía elevar el derecho a la salud a rango constitucional, conformar un sistema de salud rector del conjunto de las instituciones, así como establecer un programa de descen-

tralización y modernización del sector. No obstante, el enorme peso de la deuda externa, la creciente inflación y los sismos de 1985 en la ciudad de México limitaron en gran medida los alcances de dicha reforma.

La década de los noventa se caracterizaría por un cambio estructural que marcó el paso de una economía cerrada hacia una que se insertaba en la economía global. La firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte con Estados Unidos y Canadá, la venta de empresas paraestatales y el apoyo de las empresas maquiladoras son algunas de las acciones que trazaron el inicio del nuevo modelo económico, dirigido esta vez a fortalecer el intercambio comercial de bienes y servicios con otros países. En materia de salud se reforzó de manera importante el Programa Nacional de Vacunación, con el cual se lograron coberturas casi universales. El sector salud participaría, conjuntamente con otras dependencias, en las acciones del recién instaurado Programa Nacional de Solidaridad, dirigido a atender las necesidades de los sectores más marginados. En esos años, la cifra de mexicanos sin acceso a servicios de salud se estimaba en 10 millones de habitantes.

A finales de 1994 y principios de 1995, una devaluación de la moneda a destiempo propició una masiva fuga de capitales nacionales e internacionales que llevó a una de las crisis más profundas de la historia reciente: el producto interno bruto (PIB) cayó siete puntos porcentuales, se perdieron más de un millón de empleos y quebró el sistema nacional bancario, cuyo posterior rescate implicó un costo de más de 100 mil millones de dólares. En estos años tuvo lugar una nueva etapa de reformas en salud, que continuaría el proceso de descentralización iniciado en los años ochenta e introduciría el Programa de Ampliación de Cobertura que, en conjunto con las acciones del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), habría de incorporar a los 10 millones de mexicanos sin servicios de salud.

El presente estudio sobre las desigualdades en salud se ubica en el periodo de 1990 a 1996, años que comprenden una etapa de relativo crecimiento económico y control de la inflación, seguida de una nueva crisis económica, lo que dio como resultado que el crecimiento de la economía fuera inferior al crecimiento de la población y que el número de pobres reconocido oficialmente se estimara en 40 millones de personas. Este grupo poblacional encuentra su sustento, en buena medida, en el sector informal, el cual tuvo un gran crecimiento en ese entonces, hasta representar entre 40 y 50% de la economía nacional.

El análisis de las desigualdades sociales y en el campo de la salud ha adquirido importancia de nueva cuenta ante la evidencia creciente de que, lejos de desaparecer, estas condiciones aún permanecen y en algunos países se han incrementado. Por ejemplo, en las repúblicas que conformaban la Unión Soviética, la esperanza de vida disminuyó en el lapso de 1993 a 1996; en la Sudáfrica posterior al *apartheid*, la mortalidad infantil era cinco veces más alta entre la población negra que en la población blanca; en Estados Unidos, un estudio preparado por Murray que comparó condados con mortalidad muy baja y alta, encontró una brecha en la esperanza de vida de 13 años en las mujeres y de 16 en los hombres, patrón estrechamente ligado a las condiciones de pobreza y residencia de minorías étnicas en esas localidades (Diderichsen *et al.*, 2001).

En este contexto, preocupados por las inaceptables diferencias en salud que existen en el mundo, un grupo de trabajo de más de 100 investigadores de cerca de 15 países –entre los que estuvo México–, auspiciados por la Fundación Rockefeller, propuso en 1996 la Iniciativa Global de Equidad en Salud. Una de las primeras reflexiones del grupo giró en torno a la necesidad de monitorizar los avances en los indicadores de salud, a partir no sólo de los promedios o de las cifras más generales, sino de observar su distribución al interior de los distintos grupos, clases, etnias o minorías que conforman la

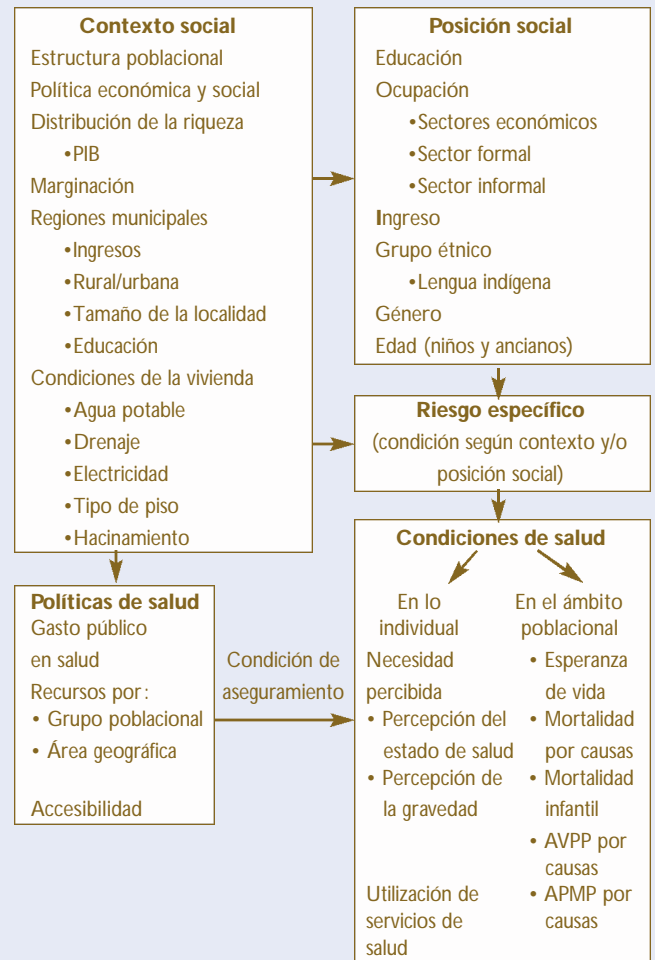
sociedad. Ante ello, se señaló la importancia de revisar de nuevo el tema de la desigualdad y las inequidades en salud desde otros enfoques teóricos, con nuevos indicadores para su medición, con el objetivo de buscar evidencias empíricas que muestren la magnitud que tienen en el campo de la salud en distintos contextos sociales.

Evaluación de los sistemas de salud sobre la base de la equidad

En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado en su agenda la iniciativa global de promover y apoyar la puesta en práctica de políticas y acciones tendentes a reducir las brechas sociales en materia de salud y atención (WHO, 1996). La iniciativa parte del hecho de que los logros promedio alcanzados por los sistemas de salud no pueden considerarse como un indicador suficiente para evaluar el desarrollo conjunto de un país en esta materia. Ante ello, el estudio de las desigualdades en salud y el enfoque de equidad aparecen como componentes de una estrategia central para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.

La discusión sobre el tema de la equidad parte del reconocimiento de que no es posible dar un trato igual a todos los sujetos de una sociedad en condiciones que inicialmente son desiguales. Para Margaret Whitehead (1992) la equidad se define como la posibilidad de ofrecer idealmente a todo el mundo la oportunidad de realizar su máximo potencial. La autora distingue entre las desigualdades aceptables (es decir, aquellas que provienen de la libre elección de los individuos); las injustas e innecesarias (que resultan de una desigual distribución de los determinantes de salud y escapan, por lo general, al control de los individuos), y las inevitables (las cuales son consecuencia de la distribución desigual de ciertos factores, como los genéticos). Frenk *et al.* (1998), por su parte, cuando se refieren a la equidad en la distribución de los servicios, mencionan que ésta debe

Figura 1. Modelo conceptual para el análisis de la desigualdad en México



Adoptado de: Diderichsen *et al.*, 1998.

Preocupados por las inaceptables diferencias en salud que existen en el mundo, un grupo de trabajo de más de 100 investigadores de cerca de 15 países –entre los que estuvo México–, auspiciados por la Fundación Rockefeller, propuso en 1996 la Iniciativa Global de Equidad en Salud

realizarse en forma proporcional a las necesidades de salud de la población, y señalan la importancia de alcanzar una igualdad de esfuerzos en la búsqueda de más recursos que mejoren los servicios de salud que recibe la sociedad.

Uno de los modelos conceptuales surgidos al interior de la iniciativa global es el propuesto por Diderichsen *et al.* (1998), quienes intentan esclarecer los mecanismos a través de los cuales se producen y refuerzan las desigualdades en salud a partir de la influencia que tienen en las condiciones de salud tanto el contexto social como las políticas sociales en distintos momentos: a) la influencia de la estratificación social para definir la posición social del individuo, lo que a su vez modificará su movilidad social; b) el papel de las políticas sociales para modificar o aminorar los grados de exposición del individuo a condiciones de pobreza, insalubridad, condiciones laborales, etcétera; c) la influencia que tienen las políticas de salud en la modificación directa de los efectos o resultados de tales condiciones en la exposición a distintos riesgos específicos por parte del grupo social (figura 1).

Inequidades e insuficiencias del sistema de salud

La manera como se ha desempeñado el sistema de salud en México en los últimos años puede ser caracterizada de inequitativa e insuficiente.

Las inequidades

Históricamente el gasto en salud per cápita (privado y público) según la institución ha sido mayor en los estados con una transición epidemiológica más avanzada (aquellos con menores necesidades de salud) que en las entidades con rezago extremo (con mayores necesidades de salud). Por ejemplo, en 1995 en el Distrito Federal y Nuevo León el gasto en salud per cápita fue mayor a los dos mil pesos; en contraste, en los estados de Guerrero, Chiapas y Oaxaca fue menor a 500 pesos por persona (figura 2).

Los recursos destinados para la salud entre 1990 y 1996, según el decil del PIB per cápita del municipio, fueron distribuidos de manera desigual. Así, en el caso del decil 1 (el más pobre y con mayores necesidades de salud) tanto el número de médicos y camas disponibles como la proporción de partos hospitalarios es de cuatro a cinco veces menor con relación a lo observado en los municipios clasificados en los deciles de ingreso más alto. Es decir, los municipios con mayores ingresos económicos concentraron la mayor cantidad de recursos y productos relacionados con la salud (figura 3).

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares realizada 1996, los gastos catastróficos –definidos como el pago directo de servicios de salud que realiza una familia por una cantidad mayor a 50% de los ingresos que destina normalmente al consumo no alimentario– fueron mayores en la población con menores recursos: de 18% en el decil 1 y de 8% en el 2. Por su parte, en el extremo de familias con mayores recursos, dicho gasto fue considerablemente más bajo: de 1% en el decil 9 y menor aún en el decil 10. A su vez, 10% de los hogares más pobres destinaron 4.4% de su ingreso total a la salud, en comparación con el gasto que hizo la población más rica, que fue de 2.5%.

Las insuficiencias

Desde 1970, el gasto en salud como porcentaje del PIB ha tenido cambios que están relacionados de forma estrecha con las fluctuaciones de la economía mexicana. En los años setenta el gasto público experimentó su máxima expansión en relación con el gasto privado: a mediados de esa década, tanto el gasto público como el privado alcanzaron una proporción superior a 5% del PIB. Después de 1976, el gasto público en salud se redujo paulatinamente. En la década de los ochenta se presentó la mayor caída del gasto público (en particular en los años de 1981 y 1982, en que los precios internacionales del petróleo bajaron); al final de ese decenio ocurrió un ligero aumen-

to en la proporción del gasto público.

Los primeros años de la década de los noventa marcaron un importante repunte del gasto público en salud, que cayó de nuevo en 1995 –cuando el PIB nacional disminuyó cerca de siete puntos porcentuales– pero volvió a crecer en los dos siguientes años. En 1998 el gasto público en salud llegó a representar alrededor de 2.5% del PIB, porcentaje muy por debajo del 3% alcanzado en 1976.

El comportamiento del gasto privado también tuvo variaciones ligadas a las crisis económicas, pero se ha venido incrementando de manera paulatina: pasó de representar 2% del PIB en 1970, a 3% en 1998. En suma, la mayor proporción del gasto en salud proviene directamente del bolsillo de los ciudadanos, mientras que el gasto público ha presentado una subversión ya crónica en el sector.

La marginación como eje de análisis de la desigualdad social

La marginación se ha definido como la exclusión de un sector o población en relación con las condiciones en que viven y se reproducen el resto de los grupos de una sociedad; asimismo, puede verse como una expresión del grado de desigualdad social que tiene una sociedad. La marginación también puede entenderse como un fenómeno estructural múltiple que describe la manera en que se integra o se excluye a distintos grupos sociales del acceso a una serie de bienes y satisfactores sociales, como son la educación, el empleo, la calidad de la vivienda y la riqueza (Conapo, 1993).

El estudio del contexto social constituye una tarea compleja. Durante varios años, el Consejo Nacional de Población (Conapo) ha construido el indicador de marginación,¹ que incluye variables que se

¹ El índice fue construido para el ámbito municipal a partir de seis variables: la proporción de población analfabeta, la proporción de personas con educación primaria, la proporción de personas que ganan menos de dos salarios mínimos, la proporción de personas que habitan localidades menores de 2 500 habitantes y la proporción de hogares sin agua potable, electricidad ni drenaje, y con piso de tierra.

Figura 2. El gasto en salud per cápita en México es mayor en los estados con mayor rezago epidemiológico

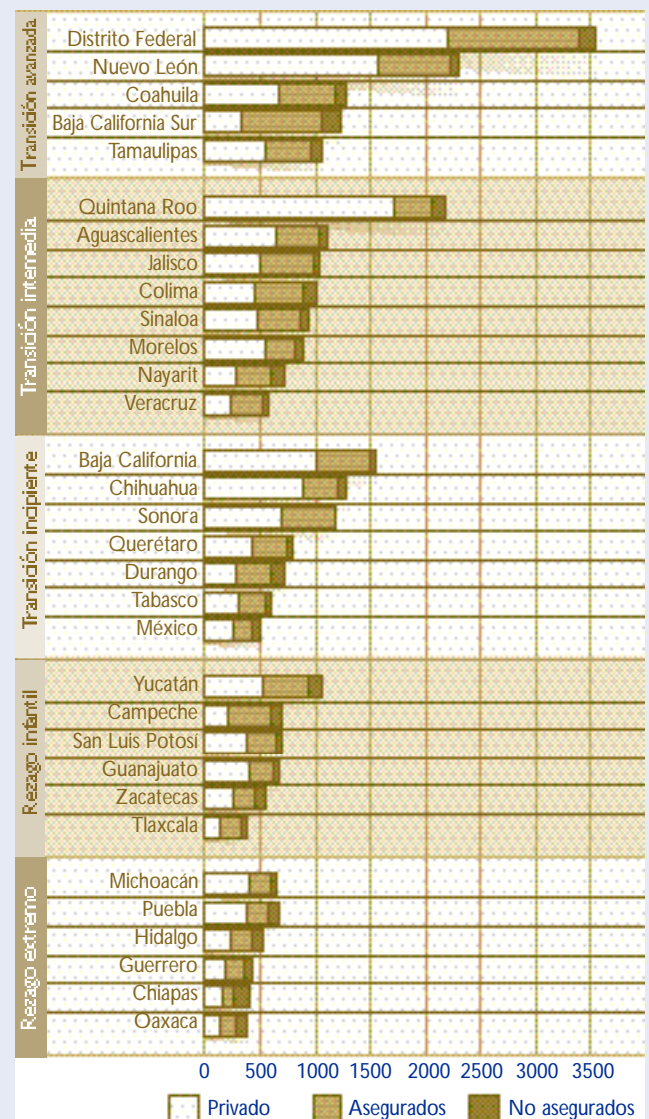
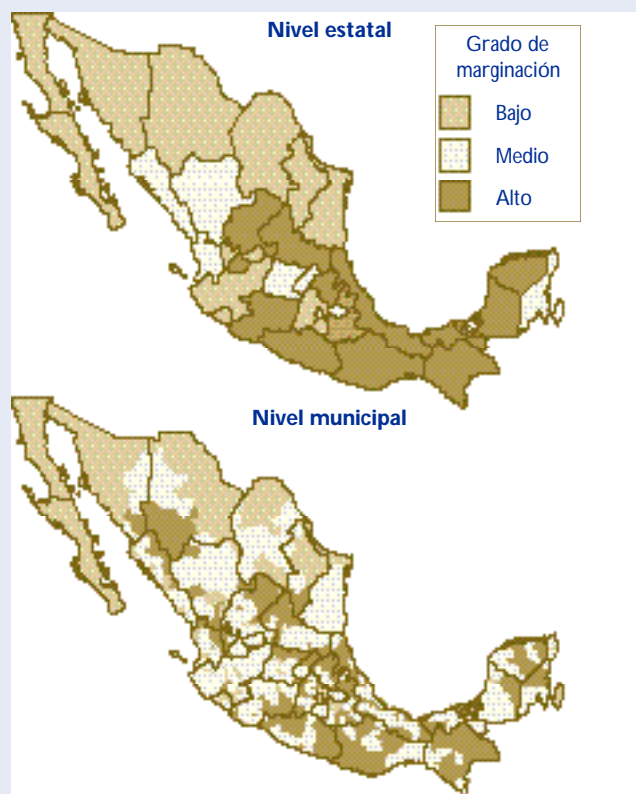


Figura 3. Los recursos en la salud son menores en los municipios más pobres



* Los municipios fueron organizados en deciles del PIB per cápita

Figura 4. Los mayores grados de marginación se ubican en los estados del sur del país; no obstante, en el ámbito municipal existen enormes contrastes al interior de cada entidad



FUENTE: Estatal: Estimaciones del Conapo sobre la base al Censo de Población de 1995. Municipal: FUNSALUD, 1990-1996.

Los primeros años de la década de los noventa marcaron un importante repunte del gasto público en salud, que cayó de nuevo en 1995 –cuando el PIB nacional disminuyó cerca de siete puntos porcentuales– pero volvió a crecer en los dos siguientes años

aproximan a la forma como se ha distribuido la riqueza en México y que permite mostrar algunos de los logros o limitaciones que han tenido las políticas económicas y sociales a lo largo del tiempo. Es posible estimar este indicador tanto en el ámbito estatal como en el municipal.

Un primer acercamiento al análisis del contexto social es el examen geográfico de la marginación en el nivel estatal, lo cual muestra, por una parte, la concentración de la marginación alta y muy alta en los estados del sur de México. En la categoría de alta marginación se encontraron 12 entidades: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Hidalgo, Yucatán, Puebla, Campeche, San Luis Potosí, Tabasco, Zacatecas y Michoacán. En tanto, los estados considerados en la categoría baja de marginación están mayoritariamente en el norte y centro del país, y son el Distrito Federal, Nuevo León, Baja California, Coahuila, Aguascalientes, Sonora, Baja California Sur, Chihuahua, Estado de México, Colima, Jalisco, Tamaulipas y Morelos.

El análisis en el nivel estatal refleja la marginación promedio de la región, que en ocasiones oculta las diferencias extremas dentro de cada entidad. Así, al observar el indicador de marginación y otras variables sobre el acceso a los servicios de salud (número de médicos y enfermeras, número de camas y gasto en salud) para cada uno de los 2 429 municipios, se conformaron regiones municipales a fin de contar con un número suficiente de población que permitiera construir tablas de vida para el estudio de la mortalidad. El resultado de esta agrupación fue de 713 microrregiones municipales, las cuales se ilustran en la figura 4. Ahí se observa que el resultado es contrastante en varios aspectos: primero, los municipios de marginación baja y muy baja se concentran en el norte y tienen frontera con Estados Unidos; segundo, algunas entidades, como Nuevo León y Chihuahua, que en el nivel estatal tienen muy baja marginación, comprenden a municipios de cada una de las tres categorías. Por otra parte, es posible apreciar que la geografía estatal de la marginación no sólo predomi-

na en la zona sur del país, sino que se extiende a gran parte del territorio nacional, donde alcanza la región sur de los estados del norte. Asimismo, en casos como los de Chiapas y Oaxaca, por ejemplo, las capitales estatales aparecen como islas de baja marginación, rodeadas de una amplia zona muy pobre.

La brecha social existente entre los distintos municipios del país puede ilustrarse al comparar tres municipios del país con distintos grados de marginación. En San Juan Cancuc, Chiapas, municipio con población mayoritariamente indígena, donde el analfabetismo alcanza a 67% de la población, el promedio educativo es bajo y no se llega a completar la educación primaria, y la disponibilidad de agua es de apenas 4% de la población. En contraste, en el municipio de San Nicolás de los Garza, área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, el analfabetismo no rebasa 2%, el promedio de años de educación es casi de secundaria completa y la disponibilidad de agua es superior a 90%. Las disparidades en lo relativo al gasto público en salud en 1995 fueron dramáticas: mientras que en San Juan Cancuc se gastaron 19 pesos per cápita, en el municipio de Nuevo León esta cifra fue de 522 pesos: 27 veces mayor que en el municipio chiapaneco. Por su parte, los indicadores para el municipio de marginación media, en este caso Paso de Ovejas, Veracruz, son: 14% de analfabetismo, promedio educativo de 5.7 años, disponibilidad de agua en la población de 73%, con un gasto público en salud per cápita de 68 pesos.

Las desigualdades en salud

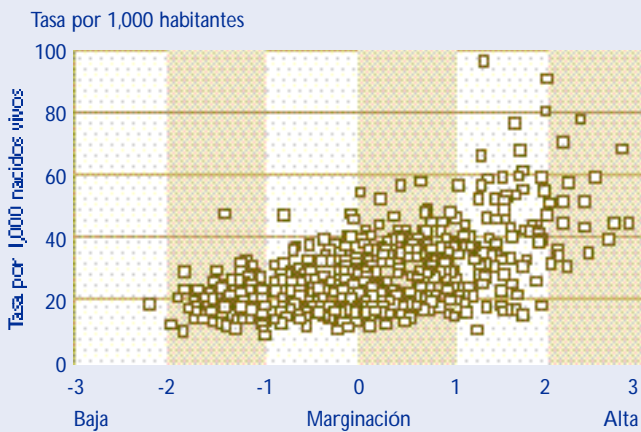
Como se sabe, la esperanza de vida al nacer (EVN) es un buen indicador del estado de salud de una población y de su grado de desarrollo. De esta manera, las poblaciones con mayores recursos sociales y económicos tienen mejores cifras de EVN. Preston y Hines (1981) describieron una relación estrecha entre el aumento del PIB per cápita y la EVN. Esta asociación también puede encontrarse si se utiliza, en forma más específica, el PIB per cápita en salud. Entre los

resultados del estudio de referencia (Lozano *et al.*, 2001) se encontró que Chiapas se ubicó en 1995 como la entidad con el menor ingreso per cápita en salud y la menor esperanza de vida; en tanto que Nuevo León y el Distrito Federal, por ejemplo, con mayor gasto, tuvieron a su vez mejores expectativas de vida.

El análisis realizado en las 713 microrregiones municipales mostró que la EVN entre 1990 y 1996 tuvo un rango de 13 años entre los municipios con el valor más alto y los que tuvieron el valor más bajo: el municipio con la EVN más baja (58 años, cifra semejante al promedio nacional que se tenía en los años sesenta) se encontró en la sierra de Puebla, mientras que el municipio con la EVN más elevada (71 años) fue San Nicolás de los Garza, Nuevo León

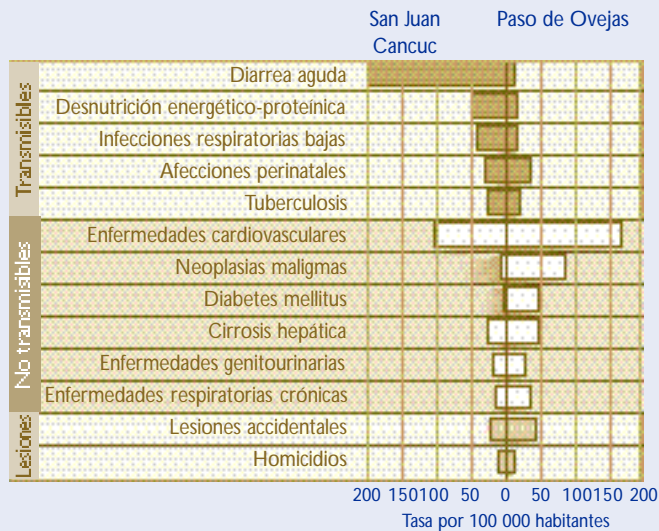
Otro indicador de salud, tradicionalmente asociado a las condiciones de desarrollo social, es la tasa de mortalidad infantil (TMI). La figura 5 muestra esta tasa para cada una de las 713 microrregiones municipales. En ella se observa que los municipios de baja marginación tuvieron en general tasas bajas de mortalidad infantil, pero a medida que la marginación aumentó, la mortalidad infantil también creció. Si bien la relación encontrada no es lineal –como sucedería en un modelo matemático o en variables biológicas–, la figura muestra un patrón característico de dispersión, en donde las muertes infantiles se incrementan a medida que la marginación es mayor. Este patrón ha sido descrito en la literatura internacional especializada como el *efecto trompeta* y se ha asociado a condiciones notorias de desigualdad social e inequidad en las condiciones de salud. En la misma figura 5 es posible observar que si bien la mayoría de las regiones municipales tendía a concentrarse alrededor de una tasa de mortalidad de 20 por mil nacidos vivos, subsistía una significativa cantidad de regiones municipales cuyas tasas eran superiores a 40 por mil, cuyos valores crecen y se dispersan a medida que la marginación es más intensa. Incluso, es posible ubicar tres regiones con tasas de mortalidad infantil superiores a 80 por mil nacidos vivos.

Figura 5. Las muertes infantiles en las regiones municipales son mayores a medida que aumenta el índice de marginación



FUENTE: Base regional (n=713 regiones del país), 1990-1996. Procesado por FUNSAUD, México, 1999

Figura 6. Principales causas de mortalidad en dos municipios de México, 1990-1996



FUENTE: Procesado por FUNSAUD, 1998.

En otro trabajo (Frenk *et al.*, 1998) se hace alusión a la **doble carga epidemiológica** que enfrentan los núcleos más pobres: un perfil de enfermedades en donde subsisten los males infectocontagiosos y de la nutrición, pero a la vez se incrementa la importancia de los padecimientos crónico-degenerativos.

A partir del análisis realizado para este capítulo es posible señalar que la categoría de la **doble carga epidemiológica** define mejor lo que ocurre en el promedio de todas las regiones municipales. Sin embargo, cuando se analizan las condiciones de salud de las regiones ubicadas en los extremos de marginación es probable que la categoría que mejor describa lo que sucede en estos casos sea la de la **transición epidemiológica polarizada** , lo cual ocurre en los estados más pobres –ubicados generalmente en el sur del país–, donde se presentan tasas de mortalidad elevadas por causas transmisibles (como las diarreas), mientras que en las entidades del norte predominan las causas no transmisibles (como las enfermedades cardiovasculares). A unas se les ha llamado **enfermedades de la pobreza** y a las otras, **enfermedades del desarrollo** .

La figura 6 muestra las diferentes causas de muerte en dos municipios: San Juan Cancuc, Chiapas, ubicado en una zona de alta marginación, y Paso de Ovejas, Veracruz, con una marginación media. Las diferencias son notables, pues mientras en el municipio más pobre la mayor incidencia de decesos se debe a enfermedades transmisibles, en el municipio de Veracruz se halla en el grupo de las no transmisibles.

Este contraste es mayor si se atiende a algunas causas específicas: la diarrea aguda tiene una tasa excesivamente elevada en la región más pobre; también la desnutrición y las infecciones respiratorias tienen tasas muy altas. En tanto, las tasas de muertes por neoplasias malignas, diabetes y accidentes son sustantivamente superiores en el municipio con menor marginación.

Si se compara el municipio de marginación media con uno de los que presentan mejores condiciones de desarrollo, se encuentran también diferencias

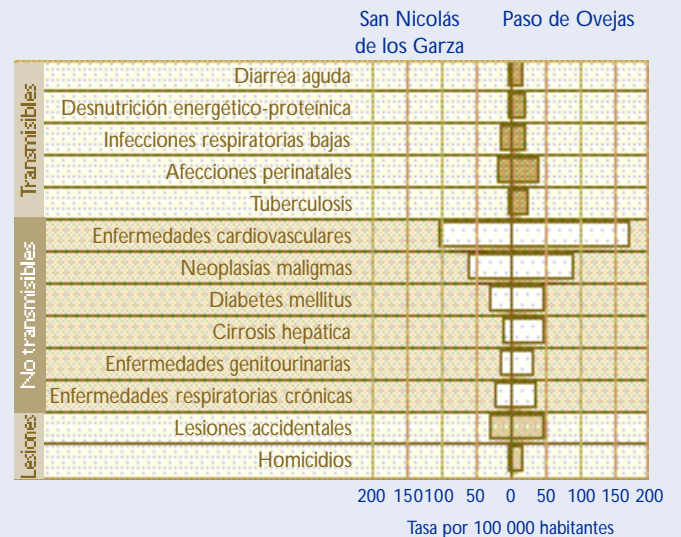
interesantes. Como era de esperarse, las variaciones subsisten en el grupo de enfermedades transmisibles, que son mayores en el municipio más pobre. El grupo de enfermedades no transmisibles representa la mayor fuente de mortalidad en ambos municipios. Sin embargo, las tasas de las seis causas que comprende este rubro (cardiovasculares, neoplasias, diabetes, cirrosis, genitourinarias y respiratorias crónicas) resultaron en todos los casos ser mayores en el municipio con menor desarrollo (figura 7).

Como se sabe, establecer el ideal de igualdad en las sociedades termina por ser una utopía. Diversos indicadores, como el índice de Gini, fueron construidos a partir de considerar que una sociedad puede lograr una igualdad plena; sin embargo, dada su fácil comprensión, este índice tiene una utilidad práctica, ya que permite identificar las desigualdades existentes. A partir de esta herramienta se ha elaborado una serie de indicadores semejantes en otros campos distintos al de la economía. Para el estudio de las desigualdades en las condiciones de salud de México se utilizó el indicador de los *años de vida perdidos por muerte prematura* (AVPP), que es una medida de la diferencia entre el límite de vida de una población (por lo general la esperanza de vida) y la edad de los individuos al momento de morir.

Este indicador fue estimado para cada una de las regiones municipales y analizado según su grado de marginación, mediante el uso de dos nuevos indicadores propuestos recientemente en la literatura del tema (Wagstaff, 1991): el *índice de inclinación de la desigualdad* que mide la variación absoluta (*slope index of inequality*, SII) y el *índice relativo de desigualdad* (*relative index of inequality*, RII), a partir de lo cual se graficaron las curvas de concentración que se presentan en la figura 8.

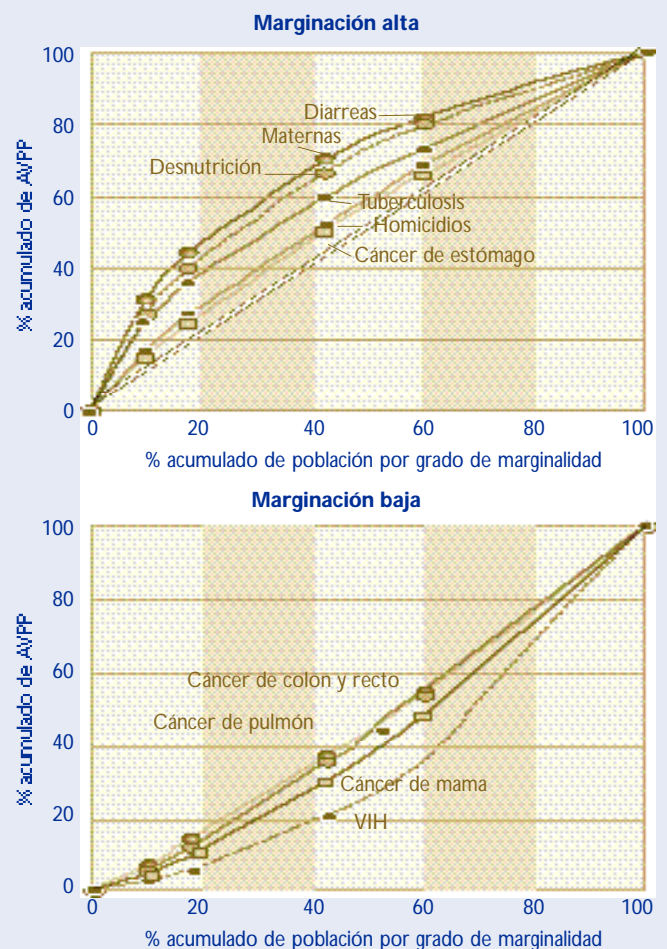
Las gráficas muestran la dirección y magnitud de las condiciones de salud en la medida en que éstas cambian. Así, una línea recta representará una completa igualdad, mientras que la máxima curvatura significa una mayor desigualdad para cada causa de muerte. Las principales desigualdades por causa de

Figura 7. Principales causas de mortalidad en dos municipios de México, 1990-1996



FUENTE: Procesado por FUNSAUD, 1998.

Figura 8. Curvas de concentración de AVPP por causas de muerte seleccionadas, México 1990-1996



muerte en las zonas marginadas fueron las enfermedades diarreicas, la mortalidad materna, la desnutrición, la tuberculosis, los homicidios y el cáncer de estómago. Por su parte, las causas de muerte con mayor desigualdad en los municipios más ricos fueron la infección por VIH, el cáncer de mama, el cáncer de pulmón, la diabetes mellitus y el cáncer de colon.

Cabe mencionar que la utilidad de estos nuevos indicadores de desigualdad estriba en que al medirla en distintas condiciones de marginación social permite mostrar en dónde es más marcada. Por ejemplo, el hecho de que por su baja magnitud las muertes maternas no aparezcan por lo general en los análisis sobre mortalidad, es muestra de que se trata de una causa de muerte sumamente desigual. Conclusiones semejantes puede señalarse para los casos del VIH y el cáncer de mama, en el otro extremo.

Conclusiones

La diferencia de 13 años en la esperanza de vida encontrada al comparar los datos de un estado del sur (Puebla) y otro del norte (Nuevo León) no hace sino confirmar la brecha que persiste entre las entidades de ambas regiones. Frente a ello es necesario emprender acciones de desarrollo social, dentro de las cuales la salud debe seguir siendo parte esencial.

La disparidad entre los estados del norte y del sur subsiste en otros indicadores de salud: gasto y recursos tanto humanos como materiales. Tal situación, producto de inercias y prácticas burocráticas en la asignación de personal, bienes y dinero deberá revertirse en los siguientes años mediante la puesta en práctica de políticas que asignen los recursos municipales en función de sus necesidades de salud y con criterios de equidad que mejoren el reparto presupuestal.

Los datos aquí presentados señalan la importancia de impulsar el estudio de las desigualdades en el campo de la salud así como emplear el enfoque de equidad como una estrategia central para la evaluación del desempeño del sistema de salud. Por esto,

es necesario buscar nuevos indicadores (como el SII y el RII) que ayuden a los tomadores de decisiones en la distribución de los recursos de salud entre la población.

A finales de los años noventa, México se encontraba en una etapa de recuperación del crecimiento económico y estaba considerado dentro de las 12 economías más grandes del mundo. Había firmado sendos tratados de libre comercio con Centroamérica y Europa, y era uno de los países de América Latina en donde más se incrementaban el PIB y las exportaciones. Sin embargo, la creciente interdependencia con la economía estadounidense, junto a una mayor competencia comercial con otras naciones, condicionó que la desaceleración de la economía de Estados Unidos, en un contexto de bajo crecimiento económico mundial, afectara seriamente el crecimiento económico.

Para el año 2002 la economía mexicana era la número nueve de todo el mundo; la inflación, una de las más bajas en la historia nacional, y el grado de inversión otorgado por las principales agencias consultoras no era sino el reconocimiento de la gran cantidad de inversiones extranjeras atraídas por la estabilidad económica del país. No obstante, la economía está lejos de crear el millón y medio de empleos nuevos que se requieren año con año. La falta de crecimiento económico acorde con el aumento de la población continúa siendo uno de los principales retos que deberá sortear la economía mexicana en los próximos años. De no ocurrir así, la economía informal –alternativa de millones de personas que no encuentran acomodo en la economía formal– seguirá en ascenso. Precisamente, este incremento se ha convertido en uno de los mecanismos de exclusión de la seguridad social y de los servicios de salud. Es una de las nuevas formas de marginación social que deberá ser inscrita en la construcción futura de este tipo de indicadores. Ante esto, será necesario buscar mecanismos que incorporen a la población a los servicios de salud sobre la base del principio de ciudadanía y no sólo del empleo.

Bibliografía

- Conapo (1993) Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, 1990. Primer informe técnico del proyecto Desigualdad regional y marginación municipal en México. México, Consejo Nacional de Población.
- Conapo (1999) Diferencias regionales de la marginación en México, 1970-1995. En: *La situación demográfica de México*. 1999.
- Diderichsen F, Evans T, Whithead M (2001) The social basis of disparities in health. En: *Challenging inequities in health. From ethics to action*, Oxford University Press.
- Diderichsen F, Whitehead M, Burström B, Åberg M, Östlin P (1998) Studying policy context and health equity by class and gender: a conceptual framework. GHE internal document.
- Frenk J (1998) 20 años de salud en México. *Nexos* 21(241), pp. 85-91.
- Frenk J, González-Block MA, Lozano R (1998) Seis tesis equivocadas sobre las políticas de salud en el combate a la pobreza. *Este País* 84 marzo, pp. 28-36.
- Humboldt A (1978) Ensayo político sobre el reino de la Nueva España. México, Editorial Porrúa, S. A.
- Lozano R, Zurita B, Franco F, Ramírez T, Hernández P (2001) México: Marginality, need, and resources allocation at the county level. En: *Challenging Inequities in Health. From Ethics to action*, Oxford University Press.
- Preston SH, Hines MR (1981) *Effects of industrialization and urbanization on mortality in developed countries*. 19th International Population Conference, Manila, Liege, IUSSP.
- Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer EV (1991) On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med* 1991 33(5), pp. 545-557.
- Whitehead M (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 11 (3), pp. 429-445.
- WHO (1996) *Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative*. Suiza, World Health Organization.
- Zurita B, Colín R, Villoro R, Gamble A, Cruz C. (1995) Situación actual de las necesidades y la oferta de servicios de salud: 227 municipios de extrema pobreza, mimeo. México, PASSPA-SSA.

