

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**



**TESIS**

**“EVALUACIÓN DE LA EQUIDAD EN SALUD COMO POLÍTICA  
PÚBLICA. CASO NUEVO LEÓN”**

**QUE PRESENTA**

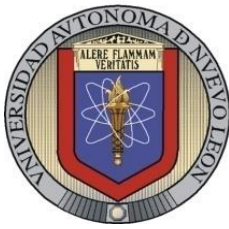
**MARÍA DELIA TÉLLEZ CASTILLA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE**

**DOCTOR EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN CIENCIAS POLÍTICAS**

**Monterrey, Nuevo León, México,**

**Febrero 2015**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y  
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



TESIS

“EVALUACIÓN DE LA EQUIDAD EN SALUD COMO POLÍTICA PÚBLICA.  
CASO NUEVO LEÓN”

QUE PRESENTA

MARÍA DELIA TÉLLEZ CASTILLA

PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTOR EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN CIENCIAS POLÍTICAS

DIRECTORA DE TESIS

DRA. KARLA ANNET CYNTHIA SÁENZ LÓPEZ

Monterrey, Nuevo León, México, Febrero 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y  
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ACENTUACIÓN EN CIENCIAS POLÍTICAS

Los integrantes del H. Jurado examinador de la sustentante:

MARIA DELIA TÉLLEZ CASTILLA

Hacemos constar que hemos revisado y aprobado la tesis titulada:

“Evaluación de la equidad en salud como política pública. Caso Nuevo León”

FIRMAS DEL HONORABLE JURADO

---

Dra. Karla Annet Cynthia Sáenz López  
presidente

---

Dr. José Segoviano Hernández  
Secretario

---

Dra. Mónica Blanco Jiménez  
Primer Vocal

---

Dra. Rosa Enelda López Fuentes  
Segundo Vocal

---

José Salvador Alvidrez Villegas  
Tercer Vocal

Unidad Mederos, Monterrey, Nuevo León, Febrero de 2015

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD**

Declaro firmemente que la presente investigación es original y fruto de mi trabajo, en donde de manera respetuosa he citado las ideas e investigaciones de otras personas, debidamente mencionadas en la bibliografía.

Los estudios aquí presentados no contienen material que haya sido aceptado para otro otorgamiento de cualquier otro grado o diploma de alguna universidad o institución.

El instrumento de este estudio y los datos resultados de los mismos, son plenamente obtenidos de un largo y exhaustivo análisis científico realizado por más de tres años.

Sustento que todo lo antes mencionado es obra única y exclusiva de mi autoría con apoyo de mis asesores.

---

María Delia Téllez Castilla

La sustentante

Febrero 2015

## **DEDICATORIA**

Con Amor para mi mejor equipo:  
Mario, Ga y Dany

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a la vida que me ha dado tanto...

## ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	i
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ABREVIATURAS.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1 Planteamiento de problema de investigación.....	4
2 Declaración del problema.....	6
3 Pregunta de investigación.....	7
4 Importancia y justificación del estudio.....	7
5 Objetivo general de la investigación.....	10
6 Objetivos específicos.....	10
7 Hipótesis de investigación.....	11
8 Mapa conceptual.....	12
9 Modelo de investigación.....	16
10 Diseño de la investigación.....	16

11 Muestra .....	18
12 Matriz de congruencia .....	20
CAPÍTULO II LAS POLÍTICAS PÚBLICAS .....	22
1 Las políticas públicas y su proceso.....	23
2 El desarrollo de las políticas públicas en México.....	25
3 La política social .....	27
4 Las políticas públicas de salud .....	29
CAPÍTULO III POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD, UN ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO .....	31
1 Antecedentes del Sistema de Salud en México .....	33
2 Los subsectores del sistema de salud .....	38
3 Los indicadores de salud en México .....	40
4 La transformación del sistema de salud .....	44
5 Los recursos financieros del sistema de salud.....	47
6 El sistema de salud en el Estado de Nuevo León.....	51
CAPÍTULO IV CONTEXTO DE LA EQUIDAD EN SALUD .....	56
1 Bases sociales de la equidad en salud .....	57
2 Conceptualizando la equidad en salud .....	61



3 ¿Para qué sirve la equidad en salud? .....	68
4 La equidad y la justicia social .....	73
5 El valor ético de la equidad .....	80
<b>CAPÍTULO V LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD .....</b>	<b>85</b>
1 La accesibilidad como concepto .....	87
2 Barreras geográficas .....	90
3 Barreras económicas.....	91
4 Barreras administrativas .....	92
5 Barreras Culturales.....	93
<b>CAPÍTULO VI LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD .....</b>	<b>96</b>
1 Definiendo la calidad .....	97
2 Progreso de las condiciones de vida .....	99
3 Calidad de los cuidados para la salud .....	101
4 Satisfacción del usuario .....	102
<b>CAPÍTULO VII LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....</b>	<b>104</b>
1 ¿A qué se refiere la cobertura de los servicios de salud?.....	105
2 Infraestructura y Suministros de los servicios de salud.....	107

3 Cobertura Universal de Salud .....	110
CAPÍTULO VIII APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO .....	113
1 Aproximación metodológica de la investigación .....	113
2 Descripción del instrumento.....	115
3 Análisis de resultados .....	119
4 Discusión de resultados .....	128
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS.....	134
CURRICULUM VITAE DEL AUTOR.....	139
REFERENCIAS .....	140
ANEXOS.....	I
ANEXO 1. Informe ético .....	I
ANEXO 2. Prueba piloto primera versión .....	IV
ANEXO 3. Prueba piloto segunda versión.....	V
ANEXO 4. Instrumento definitivo .....	VI

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Numeralia del estado de Nuevo León

Tabla 2. Codificación de variables

Tabla 3a. Matriz de congruencia (primera parte)

Tabla 3b. Matriz de congruencia (segunda parte)

Tabla. 4 Identificación de los encuestados

## ABREVIATURAS

BM	Banco Mundial
FMI	Fondo Monetario Internacional
HPR	Hospital Privado
HPU	Hospital Público
HSS	Hospital de Seguridad Social
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IDH	Índice de Desarrollo Humano
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
MDM	Metas del Desarrollo del Milenio
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PFP	Proceso de formulación de políticas

PIB	Producto interno bruto
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SSA	Secretaria de Salud
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la infancia
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

## INTRODUCCIÓN

Los temas relacionados con la salud pública, las políticas públicas y la administración pública, son temas que actualmente están en debate, están en análisis por los expertos en Ciencias Sociales. Con esto en consideración se proyectó la realización de una investigación bibliográfica y de campo en el estado mexicano de Nuevo León. Evaluando la equidad en salud como política pública en la entidad.

La presente tiene como objetivo comprender las acciones de los tres órdenes de gobierno en el estado de Nuevo León en relación a la prestación de servicios de salud, a fin de analizar las políticas públicas que propician la equidad en salud. En el primer capítulo se describe la metodología de esta investigación que incluye planteamiento del problema, preguntas de investigación, objetivos general y específicos, importancia y justificación del estudio, se plantea la hipótesis y se describe el diseño de la investigación.

Las políticas públicas son el hilo conductor de este entramado ya que el área social y en específico la salud, siempre ha sido uno de los rubros indispensables de todo gobierno cuando decide tomar acción, cuando decide poner en práctica el propósito de todo gobierno que es brindar bienestar social a sus gobernados y para explicar estos conceptos utilizamos el capítulo II.

El sistema de salud en México ha ido evolucionando y con ello también ha ido transfiriendo competencias y funciones a los distintos órdenes de gobierno, intentando con ello descentralizar acciones y mejorar resultados. En el capítulo III se describe el sistema de salud mexicano, desde sus orígenes hasta nuestros días para tratar de comprender como ha evolucionado y hacia dónde se dirige, dedicando un especial énfasis al aspecto referente a la equidad en salud.

Para comentar la importancia de la equidad en salud y describir su contexto partiendo de la premisa de que no es exclusivo de países pobres, ni responsabilidad del sector médico de forma aislada, más bien es un tema multidisciplinario que afecta a la mayoría de los países se utiliza el capítulo IV. Además de analizar los factores que inciden en la equidad en salud en el estado de Nuevo León. Se estudia la toma de decisiones en el contexto de las políticas públicas.

Considerando que el acceso adecuado de la población a los servicios de salud es indispensable para que se les brinde la atención que requieren se aborda el tema de la accesibilidad a los servicios de salud en el capítulo V. El incremento en el interés por la calidad en México también se ve reflejado en el sector salud, lo cual nos lleva a adentrarnos en este tema y en el capítulo VI ahí se analiza la calidad existente en los servicios de salud. En el capítulo VII se hace referencia a la cobertura en la prestación de los servicios de salud y su impacto en la salud de la población. Todos ellos considerados como las categorías de análisis en esta investigación.

Se utiliza el método cualitativo para observar el impacto de los factores que afectan a la equidad en salud en el estado de Nuevo León en el período actual. En el capítulo VIII se aborda el tema a través de la entrevista semiestructurada con expertos, que fueron realizadas en Monterrey durante el primer semestre de 2013. El análisis y discusión de resultados se tienen en un capítulo aparte, donde se explica el contenido de las entrevistas, como se analizaron las preguntas y como se llegó a los resultados expuestos.

Finalmente se exponen las conclusiones, recomendaciones y propuestas. Considerando que el diseño se puede replicar a través de la aplicación del instrumento diseñado a otros actores como es el caso de las autoridades sanitarias o los usuarios.



## **CAPÍTULO I METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

*La ciencia, como persecución de la verdad, será igual, pero no superior al arte.*

*Bertrand Russell*

En el presente capítulo se incluye el planteamiento del problema de investigación, se enfatiza la necesidad de explorar los principales factores que inciden en la equidad de la salud. Se presenta también la declaración del problema, la pregunta de investigación y los objetivos que deberán alcanzarse al culminar la investigación. Además, se incluye un apartado de importancia y justificación del estudio y por supuesto las hipótesis. Con esta propuesta se espera vincular las políticas públicas, la administración pública y la salud pública, para comprender el papel de la equidad en salud.

### **1 Planteamiento de problema de investigación**

Desde el siglo pasado se ha tenido la intención de descentralizar el sistema de salud mexicano (Homedes Beguer & Ugalde, 2008: 30). La Ley General de Salud (LGS) en sus últimas reformas publicadas en abril de 2010 refiere en el artículo cuarto que “las autoridades sanitarias son el gobierno federal y los gobiernos estatales”. Sin embargo, en esta normatividad no se está contemplando al gobierno municipal como autoridad

sanitaria. La LGS hace referencia a los municipios solo en el artículo noveno, al hablar de que la federación auxiliará, cuando lo soliciten los estados, en las acciones de descentralización a los municipios. No obstante los municipios en general colaboran con acciones de medicina preventiva y saneamiento básico, dejando la atención médica hospitalaria al nivel estatal.

Las competencias del gobierno estatal en materia de salud están inscritas en la Ley General de Salud, estas competencias se han incrementado conforme avanza el proceso descentralizador cuya ejecución lleva más de 25 años y aún no logra consolidarse. El último intento de traspaso de funciones del gobierno central a los gobiernos locales se produjo en la administración 2000-2006, que planteó el Plan Nacional de Administración llamado Federalismo Cooperativo. Su objetivo era terminar con la distribución de funciones que incluía entre otras cosas la municipalización de los servicios, aunque como ya se ha expuesto no llegó a ser aprobado (Homedes Beguer & Ugalde, 2008: 38).

Al centrarse en el caso del estado de Nuevo León, se observa que existe la cobertura de salud que ofrece el gobierno estatal además de una amplia oferta que brindan los servicios privados. Sin embargo muchos de estos servicios solo se ofrecen a quien paga por ellos. Es decir, que mientras algunas personas se ven ampliamente favorecidas, otras sufren por la baja cobertura de los servicios de salud. Esta fragmentación de la atención en salud, favorece la duplicidad del servicio para algunos, la mínima atención para otros, y el empobrecimiento de un sector de la población que tiene que pagar directamente el servicio pues no puede conseguirlo de otra forma.

## **2 Declaración del problema**

Las políticas públicas son cursos de acción tendentes a la solución de problemas públicos, definidos a partir de la interacción de diversos sujetos sociales, en medio de una situación de complejidad social y de relaciones de poder, que pretenden utilizar de manera más eficiente los recursos públicos y tomar decisiones a través de mecanismos democráticos (Canto & Castro, 2002: 70). Es decir que las políticas públicas son las acciones o inacciones del gobierno y en este caso aplicadas a salud son el objeto de estudio de esta investigación.

El sistema de salud en el estado de Nuevo León parece tener un problema de inequidad, por lo que existe la necesidad de determinar cuáles son los factores y sus efectos, que inciden y dificultan que el estado disfrute de la equidad en salud. Para contar con un diagnóstico situacional que nos permita incidir en las políticas públicas de salud en el estado.

Si bien muchos de los estudios sobre equidad en salud se enfocan en los determinantes sociales de la salud y otros factores externos como la participación ciudadana, en este estudio nos concentraremos en el análisis de factores intrínsecos del sector salud en el estado de Nuevo León en el período del 2000 al 2012. Sin abordar los temas del desarrollo social, ni de políticas públicas sociales; sino que abordaremos exclusivamente las políticas públicas de salud y los factores directos del sector salud. Independientemente de considerar que la salud es parte del área social.

A diferencia del modo como las técnicas cuantitativas definen su problema, creando una condición de pureza situacional cuyo ideal es el laboratorio, las cualitativas lo hacen introduciéndolo lo más posible en la situación en el contexto. La definición es situacional más que operacional, al contrario de lo que sucede en las cuantitativas o los experimentos (Ruiz Olabuénaga, 2009: 52).

### **3 Pregunta de investigación**

Considerando las circunstancias actuales en nuestro entorno:

¿Cuáles son los factores por nivel de atención, que inciden en las políticas públicas y mejoran Equidad en salud del estado de Nuevo León en el período comprendido de 2000 a 2012?

### **4 Importancia y justificación del estudio**

¿Por qué la equidad en salud es tan importante? Para apreciar la importancia de luchar por la equidad en relación a la salud, es necesario que se concienticen de cuán extensas son las diferencias en salud en las que se encuentran las comunidades, y por qué una persona de posición económica alta y que vive en área urbana tiene mayor esperanza de vida que una persona de estrato socioeconómico bajo y que además vive en el área rural (Whitehead, 1991: 3).

En México durante los años ochenta se pretendía reducir la pobreza modificando las desigualdades en la distribución del ingreso y para ello se implementaron algunas reformas estructurales, que no fueron efectivas. Las condiciones de salud reflejaron esta pobreza y desigualdad, sobre todo en las poblaciones más pobres, específicamente en el acceso a los recursos y servicios para la salud (Gomez-Dantés, Gómez-Jáuregui, & Inclán, 2004: 400) estos esfuerzos infructuosos nos fundamentan una vez más que para lograr la equidad en salud se requiere abordar el problema desde una perspectiva mucho más amplia.

Hablar de igualdad en salud implica la ausencia de diferencias injustas y evitables entre grupos definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Las enormes desigualdades en salud, en muchos casos, son la causa del exceso de mortalidad y morbilidad, superando al resto de los factores de riesgo (Borrell & Artazcoz, 2008: 465). Por ello la importancia de incluir el tema de la equidad en el ámbito de la salud, porque se habla de seres humanos, se habla de enfermedad, de vida, de muerte y no solo de una política pública cualquiera.

En el sector salud esta crisis se observa en los problemas de accesibilidad y cobertura así como en el deterioro de la salud de la población. El colapso de los sistemas de salud de la región es evidente por la pérdida de capacidad para gobernar el sector y mantener la estabilidad. Los países Latinoamericanos están tratando de adaptarse a la globalización económica emprendiendo procesos de reforma y reestructuración como la modernización del aparato público, la descentralización político-administrativa y la participación ciudadana (Perez Lugo, 2007: 44). Es indudable que entre más grande sea la brecha entre los conocimientos sobre la salud y las decisiones políticas, más lejos estaremos de la equidad en salud (Abel, 2010: 233). México tiene la oportunidad de transitar a la

modernidad implementando políticas públicas tendientes a disminuir esta brecha. Nuevo León como uno de los estados líderes está en franca ventaja para ser modelo en la implementación de políticas públicas favorecedoras de la salud y lograr con ello una permanente equidad en salud.

Sin embargo, quienes integran los Sistemas de Salud requieren advertir que la salud no es exclusivamente la ausencia de enfermedad, que incluye además la prevención, promoción y protección. Que es un estado de bienestar físico, mental y social y que su satisfacción se basa en la justicia social como un compromiso político (Perez Lugo, 2007: 48). Si el gobierno adopta esta visión holística de la salud serán más efectivas sus intervenciones y sus políticas públicas estarán mejor dirigidas hacia sus objetivos. No obstante si el gobierno mantiene centralizadas todas sus acciones, no podrá responder con la presteza necesaria en estos temas.

Es por ello que los gobernantes deben tener claras las funciones a descentralizar para dotar de herramientas necesarias que permitan la implementación adecuada y las estrategias compensatorias para evitar en lo posible las inequidades en los entes descentralizados (Homedes Beguer & Ugalde, 2008: 41) y poder ser efectivos al momento de la implementación de las políticas.

## **5 Objetivo general de la investigación**

El objetivo que pretende el presente estudio es:

- Evidenciar los factores que mejoran la equidad en salud en el estado de Nuevo León en el período comprendido de 2000 a 2012, como diagnóstico inicial que permita la construcción de propuestas novedosas de políticas públicas que impacten positivamente en el sector.

## **6 Objetivos específicos**

6.1 Detectar las prácticas políticas y las acciones del gobierno estatal en materia de equidad en salud en el estado de Nuevo León.

6.2 Analizar la accesibilidad como factor que mejora la equidad en salud en el primer nivel de atención, en el estado de Nuevo León.

6.3 Analizar la calidad como factor que mejora la equidad en salud en el segundo nivel de atención, en el estado de Nuevo León.

6.4 Analizar la cobertura como factor que mejora la equidad en salud en el tercer nivel de atención, en el estado de Nuevo León.

## **7 Hipótesis de investigación**

El presente estudio plantea la hipótesis derivada de la teoría existente en relación a la Equidad en salud:

Hi1 El factor que mejora la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León es la accesibilidad a los servicios de salud en el primer nivel de atención.

Hi2 El factor que mejora la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León es la calidad en la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención.

Hi3 El factor que mejora la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León es la cobertura de los servicios de salud en el tercer nivel de atención.



## 8 Mapa conceptual

Las variables presentadas en la hipótesis se definen en este trabajo como a continuación se describe:

**8.1 Equidad en salud:** Para Margaret Whitehead (1991: 4) el término inequidad tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables pero que además, se consideran arbitrarias e injustas. Amartya Sen (2002: 303) considera que la equidad en salud es inevitablemente multidimensional. Sin embargo, en relación a esta investigación equidad en salud se tomará como la igualdad de oportunidades, independientemente de su situación –edad, sexo, nivel socioeconómico, etc.– para recibir los servicios de salud que considere necesarios.

**8.2 Accesibilidad:** Para Ricardo de Miguel Ibáñez (2010: 44) el concepto de accesibilidad está relacionado con la facilidad con la que los servicios de salud se pueden obtener, en función de ciertas barreras. Mientras que Enrique Ruelas-Barajas (2011: 511) comenta que la accesibilidad no se trata solamente de tener acceso a la atención curativa, sino también a medidas preventivas. Para el presente trabajo accesibilidad a los servicios de salud se considera como la posibilidad de acercar los servicios de salud a las personas que así lo requieran.

**8.3 Calidad:** la calidad en la prestación de los servicios de salud en esta investigación será considerada como el hecho de garantizar un servicio óptimo brindado por el personal de

salud, que cuenta con la capacidad profesional y logra la satisfacción del usuario. Para la Dra. Jiménez-Cangas (1996: 15) la calidad incluye actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; con unas presentaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida.

**8.4 Cobertura:** de los servicios de salud ha sido considerada en esta ocasión como la capacidad que tiene el sistema de salud para dar servicio a toda la población que así lo requiera, también considerada como capacidad instalada para brindar el servicio. No obstante para la Organización Mundial de la salud (2009: 71) los indicadores de cobertura de los servicios de salud reflejan la medida en que las personas que lo necesitan reciben de hecho intervenciones de salud importantes.

**8.5 Niveles de atención:** Según la OMS los sistemas de salud internacionalmente se dividen en tres niveles de atención, en el **Primer nivel de atención** se atienden pacientes de forma ambulatoria –en consultorio, dispensario, brigadas– de padecimientos simples, además de brindar servicios de promoción y prevención de enfermedades, también llamado de primer contacto. Es el sitio de ingreso al sistema. La Dra. Leonor Jiménez-Cangas (1996: 15) define la atención primaria de salud como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria.

**Segundo nivel de atención** es una atención de medicina especializada que puede ser ambulatoria u hospitalaria idealmente referida del primer nivel, con un nivel diagnóstico y terapéutico más complejo, brinda las especialidades básicas y se apoya en el laboratorio y la imagenología para el diagnóstico. Mientras que el **Tercer nivel de atención** se especializa en padecimientos de alta complejidad diagnóstica y maneja tratamientos que requieren personal altamente capacitado, así como equipamiento sofisticado, incluyendo actividades de investigación diagnóstica y terapéutica, clínica y básica.

**8.6 Nuevo León:** es uno de los estados norteros de la República Mexicana que ocupa el 3.3 % del territorio nacional y se encuentra dividido en 51 municipios. Tiene cerca de cinco millones de habitantes de los cuales cerca del 70 % cuenta con seguridad social, ya que es un estado eminentemente industrializado y empresarial a nivel internacional. En Nuevo León existen 695 unidades médicas de los tres niveles de atención, considerando solo el segundo y tercer nivel la entidad cuenta con 97 hospitales debidamente registrados. Calculando la capacidad instalada –camas censables– de los servicios hospitalarios del sector salud en el estado de Nuevo León, el 19 % corresponde al subsector público distribuidas en 10 hospitales, 47 % al subsector de seguridad social distribuidas en 16 hospitales y el restante 34 % al subsector privado, distribuidas en 71 hospitales.

Tabla 1. Numeralia del estado de Nuevo León

Concepto	Nuevo León	República Mexicana
Superficie continental (Km2)	64,220 (3.3 %)	1, 959,247 (100 %)
Población total 2010	4, 653,458 (4.14 %)	112, 336,538 (100 %)
Pob. Derechohabiente a servicios de salud 2010	3, 589,417 (4.95 %)	72, 514,513 (100 %)
% de población derechohabiente	77	64.5
Personal médico 2010	7,918 (4 %)	195,728 (100 %)
Unidades médicas 2010	695 (3.14 %)	22,135 (100 %)

Fuente: elaboración propia con datos de INEGI 2013

## **9 Modelo de investigación**

Para comprobar las hipótesis se revisan diversas fuentes de información tales como libros y revistas especializadas, además se efectúa una investigación transversal durante 2013. Este estudio es no experimental, su diseño es explicativo. Se solicita la aprobación de la comisión de ética de la Facultad de Ciencia Política y Administración Pública de la UANL. Para la recolección de la investigación se utiliza un enfoque cualitativo. Se solicita el consentimiento verbal a las personas participantes para llevar a cabo la investigación.

## **10 Diseño de la investigación**

Esta investigación utiliza la metodología cualitativa, la cual pretende ubicarse entre la ciencia rígida tradicional y la riqueza de recursos y procedimientos que emplea el arte, especialmente para ser sensible a la complejidad de las realidades de la vida moderna y a la vez ser dotadas de procedimientos rigurosos, sistemáticos y críticos, es decir, poseer una alta respetabilidad científica (Martínez, 2006: 11).

El estudio emplea la técnica de campo, entrevista en profundidad semiestructurada. Los análisis cualitativos, por lo general, estudian un individuo o una situación, unos pocos individuos o unas reducidas situaciones. Mientras que el estudio cuantitativo pretende generalizar algún aspecto, el cualitativo pretende más bien profundizar algún aspecto (Ruiz Olabuénaga, 2009: 63).

El criterio de selección fue que los sujetos a entrevistar ocuparan puestos directivos en hospitales de la entidad. Se realiza a través de una serie de preguntas abiertas con la intención de conocer la opinión de los expertos en sus propias palabras, este método es una conversación cara a cara dirigida por el entrevistador hacia un experto previamente seleccionado y que accedió a realizarla. La selección se realiza mediante un plan sistemático de recogida de datos, no es una entrevista casual.

En la entrevista cualitativa los cuestionarios no contienen preguntas cerradas, por el contrario la intención es entender cómo ven el mundo los sujetos. La finalidad fue brindar el espacio para que los entrevistados se expresaran sobre la situación actual de la equidad en salud y su impacto como política pública en el estado de Nuevo León, México. Con estas entrevistas se pretende generalizar, toda vez que la generalización es posible porque lo general solo se da en lo particular. No se trata de estudios de casos, sino de estudios en casos o situaciones (Martínez, 2006: 73).

Para el diseño del instrumento, de entrevista en profundidad semiestructurada, se realiza codificación de vocablos en relación a las variables de la investigación, que se muestran en la Tabla 2, encontrando para la variable equidad las codificaciones: igualdad, justicia, equitativo, equilibrio, respeto y semejanza. Para la variable accesibilidad tenemos como palabras asociadas: penetrabilidad, asequible, ingreso y posible. La variable calidad tiene asociadas las palabras: excelencia, perfección, eficacia, aptitud, actitud y disposición. Finalmente para la variable cobertura encontramos las palabras: protección, garantía, beneficio y apoyo.

Tabla 2. Codificación de variables

Variable	Palabra asociada
Equidad	igualdad, justicia, equitativo, equilibrio, respeto, semejanza
Accesibilidad	penetrabilidad, asequible, ingreso, posible
Calidad	excelencia, perfección, eficacia, aptitud, actitud, disposición
Cobertura	protección, garantía, beneficio, apoyo

Fuente: elaboración propia

## 11 Muestra

Algunos teóricos señalan el muestreo probabilístico como el único tipo de muestreo. Sin embargo el muestreo no probabilístico es tan útil y válido como aquel, y su aplicación resulta con frecuencia insustituible en los estudios cualitativos, también suele llamársele muestreo intencional. El muestreo teórico no acaba hasta que dejan de aparecer nuevos conceptos o categorías, es decir, hasta que alcanzan el nivel de saturación, mientras que el estadístico acaba cuando una muestra seleccionada de antemano ha sido analizada. El muestreo teórico va orientado a la comprensión del significado (Ruiz Olabuénaga, 2009: 65-66).

La selección de los participantes se realiza en base a las autoridades vigentes al momento de la selección y la disponibilidad de cada uno de ellos. Como criterio de selección se decidió que los entrevistados fuesen directivos de hospitales importantes en el estado de Nuevo León de los tres subsectores: públicos, de seguridad social y privados.

Es importante señalar que a priori, un investigador no puede fijar el número de entrevistas necesarias para el desarrollo de la investigación. Pues la metodología cualitativa se caracteriza más por ser un proceso de encuentro que de búsqueda, el investigador tendrá que determinar, en el proceso mismo de captura de la información, la muestra que abarque su estudio (Sierra, 1998: 312).

Para lograr la saturación de los datos en esta investigación, se consideró adecuada una muestra que incluyó un número de 12 entrevistas. La saturación de los datos se da cuando ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante (Martinez-Salgado, 2012: 617).



## 12 Matriz de congruencia

Tabla 3a. Matriz de congruencia (primera parte)

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS
<p>El sistema de salud en el estado de Nuevo León parece tener un problema de inequidad, por lo que existe la necesidad de determinar cuáles son los factores y sus efectos, que inciden y dificultan que el estado disfrute de la equidad en salud.</p>	<p>¿Cuáles son los factores por nivel de atención, que inciden en las políticas públicas y mejoran Equidad en salud del estado de Nuevo León en el período comprendido de 2000 a 2012?</p>	<p>Evidenciar que existen factores que mejoran la equidad en salud en el estado de Nuevo León en el período comprendido de 2000 a 2012, como diagnóstico inicial que permita la construcción de propuestas novedosas de políticas públicas que impacten positivamente en el sector.</p>	<p>1 Detectar las prácticas políticas y las acciones del gobierno estatal en materia de equidad en salud en el estado de Nuevo León.</p> <p>2 Analizar la accesibilidad como factor que mejora la equidad en salud en el primer nivel de atención, en el estado de Nuevo León.</p> <p>3 Analizar la calidad como factor que mejora la equidad en salud en el segundo nivel de atención, en el estado de Nuevo León.</p> <p>4 Analizar la cobertura como factor que mejora la equidad en salud en el tercer nivel de atención, en el estado de Nuevo León.</p>

Tabla 3b. Matriz de congruencia (segunda parte)

MARCO TEÓRICO	HIPÓTESIS	VARIABLES	MÉTODO	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
<p>Equidad en salud: Whitehead, Evans, Diderichsen, Bhuiya, &amp; Wirth; Sen; La Rosa-Salas &amp; Tricas Sauras; Arteaga, Thollaug, Nogueira, &amp; Darras.</p> <p>Accesibilidad: Gomez-Dantés, Gómez-Jáuregui, &amp; Inclán; García-Peña &amp; González-González; Comes; Ruelas-Barajas; Garrocho-Rangel &amp; Campos –Alanís.</p> <p>Calidad: Donabedian; Guix Oliver; Schwartzmann; Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar, &amp; Nigenda-López; Jiménez-Cangas, Báez-Dueñas, Pérez-Maza, &amp; Reyes-Alvarez; Mesquita, Pavlicich, &amp; Benitez.</p> <p>Cobertura: Malher; Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, &amp; Knaul; Torres Arreola &amp; Constantino Casas.</p>	<p>Hi1 El factor que mejora la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León es la accesibilidad a los servicios de salud en el primer nivel de atención.</p> <p>Hi2 El factor que mejora la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León es la calidad en la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención.</p> <p>Hi3 El factor que mejora la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León es la cobertura de los servicios de salud en el tercer nivel de atención.</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Y1 Equidad en Salud</p> <p>Variables independientes</p> <p>X1 Accesibilidad a los servicios de salud en el primer nivel de atención</p> <p>X2 Calidad en la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención</p> <p>X3 Cobertura de los servicios de salud en el tercer nivel de atención</p>	<p>Cualitativo.</p> <p>El estudio emplea la técnica de entrevista en profundidad semiestructurada.</p>	<p>Se elaboró una entrevista semiestructurada en cuatro secciones de cinco a seis preguntas por sección.</p> <p>Se realizaron varias pruebas piloto quedando el instrumento definitivo en su tercera versión.</p>

## CAPÍTULO II LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

*En política pública el diseño es fundamental, y la evaluación, insustituible; pero la magia está en la implementación.*

*Salomón Chertorivski*

La historia de América Latina en cuanto a su desarrollo económico y social ha sido marcada por la búsqueda de nuevos paradigmas, distintas alternativas para las políticas que han de adoptar los gobiernos (Banco Interamericano de Desarrollo, 2006: 3). Es así como los gobiernos han pasado desde la posguerra hasta el Consenso de Washington buscando el bienestar de sus pueblos y la búsqueda de paradigmas continúa.

Las acciones de gobierno o el hacer gubernamental, siempre enfocado al interés público y con la intención de que exista utilidad común es lo que llamamos política pública. Las políticas públicas tienen dos dimensiones, la política y la técnica. Para que las políticas públicas puedan tener una articulación armónica es necesario contar con suficiente aceptación social y además producir los resultados aceptados (Aguilar, 2010: 17). En nuestro entorno es frecuente observar que no siempre existe esta armonía de componentes y terminamos con resultados lamentables porque imperó alguno de ellos; siendo lo menos importante si el problema fue político o técnico, ya que al final el resultado esperado no se logró.

## **1 Las políticas públicas y su proceso**

El campo de la política, se ha vuelto más consciente de que el proceso de la política, de su elaboración y realización, es objeto de estudio por derecho propio, para intentar aumentar la racionalidad de las decisiones (Lasswell, 1951: 80). Convencionalmente se considera que el estudio de la política pública se refiere a las actividades del Estado en el seno de la sociedad y ello puede acometerse desde disciplinas diversas. La actuación o gestión pública es entendida como el conjunto de reglas y decisiones, de coordinación o motivación de acciones de las personas que están dirigidas a alcanzar unas determinadas metas o fines, mediante procedimientos y mecanismos contractuales, que corresponden a la organización estatal (Déniz, 2012: 25). Hablar de política pública es hablar del quehacer de todo gobierno, pero para actuar con responsabilidad hay que planear las acciones a realizar, desde el análisis y el diseño hasta la implementación y la evaluación de cada política pública que la administración decida realizar.

El proceso de formulación de políticas (PFP) incluye discusión, aprobación e implementación de las políticas públicas; con la participación de distintos actores políticos profesionales —presidentes, legisladores, gobernadores, burócratas, líderes de partido, jueces— así como también grupos privados, sindicatos, medios de comunicación y otros miembros de la sociedad civil (Banco Interamericano de Desarrollo, 2006: 18). La interacción que estos actores políticos desarrollen y el escenario en el que se desenvuelvan indudablemente incidirán directamente en el PFP. También es importante señalar que la variación de políticas durante los cambios de gobierno, en especial cuando no existe continuidad son un obstáculo para el desarrollo de los países.

No obstante las variaciones generadas por los cambios de gobierno, no llegan a ser verdaderas revoluciones, ni siquiera cambios drásticos, si bien tan solo es salir del paso o el llamado incrementalismo (Lindblom, 2007: 227) algunos autores sostienen que la única forma de avanzar es a través de pequeños pasos, tesis esencial del incrementalismo, sin embargo otros proponen los cambios radicales como la mejor vía para el cambio. Cabe señalar que no existe una única forma correcta de lograr dichos cambios y que las políticas públicas implementadas por los gobiernos pueden combinar estrategias.

En México hemos visto, en lo que respecta a salud, que la vía utilizada en la mayoría de las ocasiones ha sido la de salir del paso y por ende con una evolución paulatina. “Partimos de que la política pública no es solamente un campo de teorías, sino también una práctica que demanda habilidades específicas de los actores involucrados” (Mariñez Navarro, 2011: 24). Es por ello que tanto los actores, como sus acciones definen el rumbo de las políticas públicas y los resultados que éstas puedan generar. Es ésta la clave del éxito o fracaso de políticas públicas exportadas de otros contextos.

El análisis para el proceso de elaboración de políticas públicas también tiene dificultades para cubrir la exigencia de que sea finalizado a tiempo y con los recursos disponibles. La mayoría de las decisiones políticas se realizan utilizando simplemente un análisis elemental porque las decisiones no pueden esperar hasta que se conozcan todos los datos. Un análisis serio exige no sólo horas, días o semanas sino meses o años (Lindblom, 1991: 36). Es por ello que los decisores no siempre pueden esperar y toman decisiones con la información de que dispongan, así que es menos riesgoso mantenerse en el camino del incrementalismo antes que lanzarse al peligroso camino del cambio radical.

## 2 El desarrollo de las políticas públicas en México

En la República Mexicana durante los últimos 30 años el PFP y la implementación de éstas ha transitado por el neoliberalismo, adoptando criterios mercantilistas como la atención focalizada de la salud. Para posteriormente adoptar formas novedosas de gestión por resultados como la calidad total y la planeación estratégica, por citar algunas, afectando el terreno de la implementación de las políticas públicas (Guerrero Olvera & García Garnica, 2013: 8). El conflicto en el terreno de la salud, así como en otras áreas sociales, es que se tiene que trabajar con los diversos grupos sociales, con lo urgente y lo imprevisto, además de atender los programas preestablecidos, pues las personas enfermas no deben esperar para adaptarse a los programas, son éstos los que deben adaptarse al momento o situación.

Para el diseño y elaboración de las políticas públicas es importante equilibrar el aspecto técnico y político, por ello se requiere que los poderes ejecutivo y legislativo trabajen en coordinación. Cuando el presidente puede contar con el apoyo de un partido mayoritario o una coalición disciplinada, la función de la legislatura puede ser limitada. En México antes de 1997 los presidentes mexicanos dominaban el PFP porque el PRI tenía sólidas mayorías en ambas Cámaras del Congreso. A partir de esa fecha las legislaturas se han convertido en un participante mucho más activo en el PFP (Banco Interamericano de Desarrollo, 2006: 53). En la medida en que las legislaturas mantengan un equilibrio en su composición, como se ha visto en años recientes, con tres partidos fuertes integrando ambas Cámaras y no termine en el extremo de partidos muy fragmentados, en México el PFP contará con las legislaturas como actores políticos importantes.

El sector público mexicano debe fortalecer significativamente la gestión de sus recursos humanos para mejorar el diseño de políticas y garantizar que la prestación de servicios públicos sea más eficiente, efectiva y competitiva. La experiencia de los países de la OCDE muestra que una administración pública profesional fomenta el diseño y la implementación adecuados de las políticas públicas, la prestación efectiva de servicios, la rendición de cuentas, la capacidad de respuesta y la transparencia en el uso de los recursos públicos (OCDE, 2012: 18). Pero además de fortalecer los recursos humano, es indispensable fomentar la participación de la sociedad civil, la participación ciudadana, para que el espacio público de México sea un lugar de encuentro y se fomente con ello la democracia.

Pero para hablar de sociedad civil en un sentido democrático, es requisito que éstas estén fuera de la tutela estatal; es decir que la sociedad civil surge cuando puede estructurar y coordinar la acción de las asociaciones que la conforman. Complementariamente, la fuerza de la sociedad civil se mide por la cohesión asociativa y por la capacidad de resistir el intento de ser incorporada por los agentes estatales y por las fuerzas del mercado (Fernández Santillán, 2007: 34). Haciendo hincapié en que la democracia incluye sociedad y Estado como dos entes independientes y nunca subordinados uno al otro. Dos entes que interactúan y se complementan respetándose ambas esferas. No es deseable que la esfera estatal manipule a la sociedad civil, como tampoco se espera que la sociedad civil actúe nulificando al Estado.

### **3 La política social**

Política social es la intervención pública que incide en el bienestar de las personas, ya sea cambiando, manteniendo o facilitando sus condiciones de vida. Trata de mejorar el bienestar humano a través de la cobertura de las necesidades de los ciudadanos en aspectos como la educación, la salud, la vivienda y la protección social en general (Montagut, 2008: 19). Sin embargo, hablar de política social no es de ninguna manera hablar de caridad, si bien ese puede ser el origen del cual evolucionó. Actualmente su preocupación esencial es el proveer protección social.

Los individuos en tanto seres históricos, no construyen el conocimiento con independencia de su contexto social, por lo que es evidente la importancia de la naturaleza social del pensamiento en la vida. En todo caso, el pensamiento está atravesado por la relación entre lo individual y lo social. Cada ser humano al nacer está inserto en una realidad concreta, ya existente, formando parte de un sistema político y económico (Déniz, 2012: 30). Sistemas que el Estado está comprometido a mantener o mejorar en beneficio de sus ciudadanos. No obstante el gobierno y la ciudadanía pueden, si así lo desean, cambiar el régimen establecido, si bien no es lo usual.

Los orígenes de la intervención social de los poderes públicos nos remiten al conjunto de transformaciones que tuvieron lugar a partir del final del feudalismo y los inicios del capitalismo. El florecimiento de las ciudades, el desarrollo del comercio, el crecimiento demográfico, el surgir de la burguesía y, en fin, los inicios de configuración del Estado moderno, crearon nuevas necesidades que obligaron a replantear la pobreza y la



asistencia (Montagut, 2008: 53). Es así como llega a desarrollarse el Estado de Bienestar, si bien es menester recalcar que los países industrializados tienen un alto grado de bienestar, no sucede lo mismo en los países del tercer mundo, subdesarrollados o recientemente clasificados como países del sur.

Para medir objetivamente el bienestar de los pueblos, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) propuso a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que mide no solo el aspecto económico como antaño se hacía para clasificar a los países, sino que combina tres elementos para evaluar el progreso de los países en materia de desarrollo humano: el Producto Interno Bruto (PIB) por habitante, la salud y la educación. Cada uno con la misma ponderación (López-Calva & Székeley, 2006: 16). Cabe señalar que de los 189 países clasificados, México ocupa el lugar 61 en la estimación del año 2012. Y cuando se desagrega la información por entidades federativas, el estado de Nuevo León ocupa el segundo lugar más alto entre las 32 entidades que componen el país. Todo este concepto fue inspirado por Amartya Sen al referirse a la desigualdad de las capacidades.

La prestación de políticas públicas básicas incluye a la educación, la salud y el empleo entre otras muchas, pero como en general no cubren las necesidades satisfactoriamente y mucho menos alcanzan grados de mínimos de bienestar, los actores sociales tienen una baja confianza en sus instituciones públicas (Déniz, 2012: 40). Es importante hacer hincapié en el hecho de que México tiene una conformación muy diversa, y ello repercute en las evaluaciones generales que sobre el país se realizan.

El IDH puede servir de base para construir un indicador de carencias de desarrollo de una región a partir de las cuales se puede concebir su necesidad de recursos. Así, la distancia entre el máximo IDH y el observado correspondería a una carencia de desarrollo que podría estar asociado a una mayor asignación presupuestal (Torre, 2008: 261). Aún y cuando técnicamente el concepto de distribución presupuestal es simple, la decisión política no necesariamente es tomada bajo esta premisa y pueden incluso verse discrepancias abismales; ya que la discrecionalidad, opacidad y falta de equidad del gasto público comentado por de la Torre, en particular el correspondiente al desarrollo social limita el espacio público.

#### **4 Las políticas públicas de salud**

Lo público de las políticas, es lo de interés o utilidad común a todos, lo que atañe al colectivo, lo que concierne a la comunidad y, por ende, la autoridad de allí emanada, en contraposición a lo privado como aquello que se refiere a la utilidad y el interés particular (Rabotnikof, 2008: 28). Así se habla de la salud pública como la salud de todos, la salud responsabilidad del Estado en contraposición con la salud específica de un ciudadano o el servicio de salud ofrecido por un particular.

El Seguro Popular, establecido en 2004, ha ampliado la cobertura de atención médica básica a toda la población mexicana, alcanzando a los más de 50 millones de personas que antes carecían de acceso a la seguridad social. Los avances hacia la cobertura universal de salud han sido extraordinarios. El Seguro Popular es innovador en muchos sentidos. En primer lugar, su mecanismo de financiamiento promueve la transferencia de recursos de

los estados más ricos a los más pobres. En segundo, ofrece tratamiento para un número limitado de enfermedades y no pone en riesgo la sostenibilidad fiscal del sistema (OCDE, 2012: 33). En estos 10 años el seguro popular logro superar el número de afiliados que el IMSS reunió en 60 años. Aunque cabe aclarar que actualmente el Seguro Popular solo cubre un número limitado de padecimientos e intervenciones médicas.

La oferta de servicios de salud en México sigue siendo fragmentada, con un sector privado grande y en su mayor parte no regulado, y un sector público dividido en varias instituciones integradas verticalmente que financian y ofrecen atención médica a distintos segmentos de la población (OCDE, 2012: 33). Mientras el país no logre unificar criterios y posteriormente servicios, será difícil brindar la tan anhelada universalidad de los servicios de salud.

Al menos tres rasgos caracterizan las orientaciones de las reformas de los sistemas de seguridad social, iniciadas primero en el campo de las pensiones y posteriormente en el de la salud: a) la vinculación entre contribuciones y beneficios, b) cambios en la composición público-privada que permita mayor juego de agentes privados en el financiamiento y la provisión, y c) énfasis en el mercado para promover la eficiencia del Estado regulador y garante de beneficios a grupos vulnerables (Titelman, Uthoff, & Jiménez, 2000: 113). Sin estas tres características difícilmente se puede lograr el éxito en las coberturas de salud, siendo parte del fracaso, el desequilibrio financiero, la poca o ineficiente cobertura, y la incapacidad de brindar el servicio satisfactoriamente.

### **CAPÍTULO III POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD, UN ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO**

*El sistema de salud mexicano tiene dos características que afectan su desempeño y que repercuten directamente en los servicios que recibe la población: la segmentación y fragmentación.*

*Organización Panamericana de la Salud*

Aristóteles y Platón tenían como tendencia fundamental la formación de buenos e ilustrados gobernantes. En nuestros días esta tendencia de los grandes filósofos del año 350 antes de nuestra era, cobra actualidad a fin de implementar políticas innovadoras para mejorar la salud y con ello disminuir la inequidad en su población. México, país de contrastes y contradicciones, con áreas urbanas de grandes concentraciones humanas y área rural dispersa, se enfrenta hoy a estructuras y prácticas políticas caducas y en este contexto complejo se lleva a cabo la reforma de la asistencia sanitaria mexicana (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 301). Sin embargo esta situación no es exclusiva de México, estos contrastes pueden ser observados en casi cualquier país en desarrollo. Por ello el país no está solo en la búsqueda de reformas sanitarias para mejorar la salud de su población, existen organismos internacionales que colaboran en estas labores e incluso algunos financian la implementación modelos específicos.

La globalización en que ahora vivimos nos acoge y nos obliga a la interacción y además tiene varias dimensiones y una de ellas es precisamente la salud. Al hablar de salud global estamos hablando de que la exposición a riesgos y enfermedades pueden afectar a todos los habitantes del planeta. Cada vez es más patente que muchos de los problemas de salud pueden atenderse mucho mejor a través de programas conjuntos de colaboración y cooperación (De la Fuente & Kuri Morales, 2011: XI) por ello es catastrófico cuando los pueblos se niegan a la interacción con el resto del mundo, pues hoy en día con la movilidad existente las epidemias son responsabilidad de todos y la apuesta por la salud también lo es.

En años recientes, el tema de equidad e inequidad en salud ha ido tomando importancia en foros políticos, académicos y civiles a nivel internacional; y prácticamente en todos los países, el eje conductor de la equidad es el de abatir las desigualdades en salud entre los grupos sociales, y México no es la excepción (Arredondo, Orozco, Luna, & Aldaz, 2006: 416). El propósito de este capítulo es analizar el sistema de salud mexicano y sus políticas públicas a través de la historia y hasta nuestros días en cuanto a su evolución y repercusiones en la salud de los mexicanos enfatizando los problemas de la inequidad en la salud.

## **1 Antecedentes del Sistema de Salud en México**

La historia de la prestación de los servicios de salud en México se remonta al siglo XIX cuando era otorgada por el municipio, los religiosos y los particulares. Posteriormente la responsabilidad pasó a los estados y ya a finales de siglo, durante la dictadura de Porfirio Díaz el responsable era el gobierno central. Después de la revolución hubo cambios y se promulgó la constitución de 1917 estableciendo responsabilidades. Los constituyentes esperaban que los estados y municipios tomaran responsabilidades en el tema de salud, pero no fue así y el proceso de centralización política continuó. Después de la gran depresión de los años 30 se promulgó la ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad y se crearon los Servicios Coordinados de Salud cuyo titular era nombrado por el gobierno federal aunque se desempeñaban en los estados y actuaba como intermediario entre el estado y la federación (Homedes Beguer & Ugalde, 2008: 27-28). Esta falta de compromiso para priorizar la salud ha mantenido al país con un sistema de atención a la salud deficiente y la coordinación que desde inicios del siglo pasado existe en la teoría no se ha visto reflejada en los hechos, pues las distintas instituciones de salud trabajan independientes y sin supletoriedad de servicios, como sería en caso de que existiera una estrecha coordinación.

Desde sus orígenes el sistema mexicano de salud ha estado organizado basándose en el modelo segmentado, predominante en América Latina, caracterizado por la separación del derecho a la atención médica entre los asegurados del sector formal y los no asegurados (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007: S24). Aun hoy en día el sistema mexicano de salud mantiene esta organización pero con el atenuante de

que los no asegurados también llamados población abierta están siendo congregados en el seguro popular, del cual hablaremos más tarde.

En 1943 durante la segunda guerra mundial, la economía mexicana tuvo un período de auge, lo que llevó a reorganizar el sector salud, creándose la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). El sistema de seguridad social de México tiene su origen en la constitución de 1917 en el artículo 123, pero la ley no se aprobó hasta 1942 y la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se realizó al año siguiente, como un derecho de todo trabajador. Después de éste vinieron otros sistemas de seguridad social para empleados de grupos específicos. Esta fragmentación de servicios de salud trae como resultado que una misma familia pueda recibir servicios de salud de dos o más sistemas (Homedes Beguer & Ugalde, 2008: 29). Además de que es precisamente esta fragmentación la que conlleva la duplicidad de servicios y con ello la posibilidad de inequidad en el servicio al tener personas que reciben varios servicios y otros sin servicio médico.

A partir de la década de los setenta el crecimiento del gasto público, particularmente el sanitario, se convirtió en una importante preocupación para los gobiernos, la aplicación fundamental de la economía en el campo sanitario se orienta hacia el análisis de la producción y consumo de bienes y servicios para obtener la máxima cantidad de salud posible con los recursos disponibles (Ortún Rubio & Meneu de Guillema, 2006: 492). Pero la falta de apoyo derivó en el aumento de problemas de salud, que al no ser atendidos en un inicio se complican hasta llegar a ser un grave problema de salud pública, pues un pueblo enfermo siempre será un lastre para cualquier gobierno. El gasto público en salud

debe verse como una inversión y no como un gasto poco redituable, sin embargo en esta época la visión global es a la inversa.

Como resultado de la crisis económica de los años 70 y del análisis de la situación mundial, en 1989 el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Departamento del Tesoro de Estados Unidos crearon “el Consenso de Washington”. De ahí derivaron “recomendaciones” para tratar de reducir drásticamente el gasto público —el propósito era reducir la inflación y la deuda de los países— además de la privatización gradual de los servicios de educación y salud. Un poco antes en 1987 el BM había publicado un documento con propuestas para reestructurar los servicios de salud, privilegiando su privatización, creando seguros médicos y descentralizando, entre otras cosas. Todo esto al margen de la Organización mundial de la salud (OMS). Para 1993 el BM se convirtió en la principal institución financiera de los programas de salud (De la Fuente & Kuri Morales, 2011: 2). El punto a resaltar es que los países en desarrollo estaban en una situación de poca posibilidad de negociar ya que los préstamos eran a condición de llevar a cabo las “recomendaciones” que finalmente no eran otra cosa, más que obligaciones que había que cumplir, sin posibilidad de otras opciones. Los países estaban obligados a obedecer y acatar las recomendaciones.

En el período de gobierno 1994-2000, los préstamos recibidos tanto del Banco Mundial como del Banco Interamericano de Desarrollo obligaban a la política de salud nacional a adoptar la agenda bancomundialista, es decir la reforma neoliberal en el sector salud caracterizada por la asistencia minimalista eso implicaba la reducción de la atención, de las instituciones a la población pobre, mediante paquetes básicos de prestaciones, privatización de pensiones y promoción de seguros (López-Arellano & Blanco Gil, 2008:



323). Todo esto derivó en población mal atendida, privilegiando la medicina curativa sobre la medicina preventiva y haciendo inaccesible la atención para la población más desprotegida.

Se esperaba que las políticas públicas actuaran tanto para proporcionar la acumulación de salud como para minimizar su merma en caso de enfermedad. En México el gobierno federal implementó desde 1997, el programa de desarrollo humano “Oportunidades” —antes Progresá— enfocado a la nutrición, salud materno-infantil y educación, con una transferencia condicionada de dinero en efectivo. Este programa buscaba romper con el círculo vicioso de la pobreza. La acción pública pretende erradicar enfermedades endémicas y prevenir epidemias, además de reducir algunas causas de las trampas de la pobreza (Lusting, 2007: 812). Sin embargo, el problema con el que tuvo que lidiar este tipo de programas fue la tentación de utilizarlos con fines partidistas y con la corrupción que se genera al tener la discrecionalidad para utilizar grandes sumas de dinero. La ventaja en cambio, que tiene el programa es que ya está institucionalizado y las reglas de operación son ampliamente conocidas por los beneficiarios, blindando en lo posible de las desventajas antes expuestas.

El gobierno de Fox (2000-2006) rompió con 70 años de hegemonía priista. Dentro de su programa de gobierno se contemplaba un plan nacional fue “el federalismo cooperativo” que incluía completar la descentralización de la Secretaría de Salud (SSA), municipalizar los servicios, repartir los fondos federales de forma equitativa y desconcentrar el IMSS. Sin embargo, no tener la mayoría en el congreso, contar con sindicatos de salud muy fuertes enfrente y un sistema de seguridad muy desarrollado hizo imposible este proyecto. Así que se optó por implementar el Seguro Popular que estaría cofinanciado por el gobierno

federal, los gobiernos estatales y las familias que se afiliasen, siendo gratuito para las familias más pobres (Homedes Beguer & Ugalde, 2008: 38). No obstante que el cofinanciamiento incluye la aportación de las familias, en la práctica la afiliación ha sido para las familias pobres –motivo por el cual, no están obligadas a pagar el servicio– por lo que son los gobiernos federal y estatal los que están financiando el programa de forma total.

México a inicios del siglo XXI tenía la mitad de su población sin aseguramiento en salud y se enfrentaba a un gran dilema: si bien la salud es la clave en la lucha contra la pobreza, muchas familias se empobrecían como consecuencia de los gastos de bolsillo para la atención en salud y su tratamiento. Derivado de ello se llevó a cabo una gran transformación en el ámbito de la salud en 2003, implementando reformas cuyo fin último era el acceso universal a los servicios de salud de alta calidad y con protección social para todos (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007: S14). Fue así como en 2003 el congreso mexicano aprobó la reforma que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud que aumentaba la financiación pública de la salud en un uno por ciento del producto interno bruto de 2003 y por siete años, para implementar el seguro médico universal, conocido como Seguro Popular; el cual está integrado por las familias pobres, antes excluidas de la seguridad social y ahora con acceso garantizado por ley, a una amplia gama de prestaciones de salud (Frenk, Gómez-Dantés, & Knaul, 2009: S42). Desde entonces el seguro popular ha sido de gran ayuda para todo este sector de familias en pobreza, permitiendo que el gasto de bolsillo sea menor, aunque sigue estando debido a que este seguro no cubre el 100 % de los padecimientos.

El sector salud mexicano de 1982 a 2011 ha puesto en marcha: la transformación de la Secretaría de Salud incrementando su función rectora y disminuyéndola como prestadora de servicios; descentralización de servicios a los estados; autorización de cuotas de recuperación; paquetes asistenciales a grupos en extrema pobreza; separación de funciones para permitir la participación del sector privado; puesta en marcha de un seguro popular no obligatorio dirigido a los carentes de seguridad social —los integrantes del mercado informal y expuestos a gastos catastróficos—, financiado por el gobierno federal y en menor grado por el gobierno estatal y los beneficiarios (Abrantes Pego, 2011: 7).

## **2 Los subsectores del sistema de salud**

La organización de los sistemas de salud presentan tres subsectores: el subsector público, que cubre fundamentalmente a los indigentes; el subsector de la seguridad social, que cubre a los trabajadores del sector formal y en algunos casos a sus dependientes; y el subsector privado, que generalmente atiende a los sectores de mayores recursos (Madies, Chiarvetti, & Chorny, 2000: 34).

Otra forma de describir el sistema mexicano de salud es dividiéndolo en tres componentes: la seguridad social, la secretaría de salud y el sector privado. El primer componente atiende a poco más del 40 % de la población e incluye al IMSS que tiene a su cargo a los empleados de la economía formal; y otras organizaciones como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende a los empleados públicos, también están los empleados de Petróleos Mexicanos (PEMEX), y los

integrantes de las fuerzas armadas entre otros (Gomez-Dantés, Gómez-Jáuregui, & Inclán, 2004: 406).

El segundo componente atiende alrededor del 50 % de la población —en su mayoría pobres del campo y la ciudad— e incluye a las instituciones que brindan servicios a la población no asegurada especialmente la propia secretaría de salud. El tercer componente es el sector privado —incluye aseguradoras privadas, clínicas, consultorio y hospitales particulares— en su mayoría sobre una base lucrativa; este componente es utilizado por la población de clase media y alta (Gomez-Dantés, Gómez-Jáuregui, & Inclán, 2004: 406).

En nuestro país, el derecho a la salud se encuentra reglamentado en el artículo 4°, párrafo tercero de la Carta Magna. No obstante a que este derecho es reconocido constitucionalmente no es ejercido por toda la población, debido a la dificultad de la exigibilidad jurídica. Este derecho a la salud también está reglamentado en la Ley General de Salud en su primer numeral. También hace referencia de los integrantes del sistema de salud en su artículo 5°, quienes integran el sistema son las dependencias y entidades de la administración pública a nivel federal y estatal, así como los prestadores públicos y los particulares (Mendizábal Bermúdez, 2010: 24-27).

La fragmentación institucional y la falta de coordinación se han incrementado y algunos actores —el sector privado en especial— han aumentado su interés, lo que hace menos probable la unificación del sistema y dificulta el control epidemiológico. El sector salud queda conformado por una diversidad de instituciones: las secretarías de los estados; el

seguro popular; instituciones de seguridad social; sector privado de aseguramiento; hospitales particulares; todos junto a la Secretaría de Salud, con poco poder de veto y control (Abrantes Pego, 2011: 8). Sin embargo resulta muy conveniente que en los esquemas de planeación para el desarrollo de la salud se planteen metas a nivel subnacional, es decir estatal e incluso municipal (Lusting, 2007: 818).

Para enfrentar los retos de ampliar cobertura, elevar calidad, favorecer la equidad atendiendo a los pobres y enfrentar las enfermedades que se constituyen en problemas de salud pública, se propuso el seguro popular, cuyo concepto base es el pluralismo estructurado. Con ello el gobierno mexicano continúa la reforma neoliberal iniciada en los años ochenta y poner a la salud como un bien privado y convertir su atención en un servicio diferenciado, en el que los pobres son atendidos con paquetes básicos de prestaciones costo-efectivas y los no pobres son atendidos por el mercado (López-Arellano & Blanco Gil, 2008: 323).

### **3 Los indicadores de salud en México**

El sistema de salud mexicano ha mejorado, si tomamos como ejemplo la esperanza de vida podemos observar que a inicios de siglo XX era de 30 años, para 1970 ya habíamos rebasado los 61 años y al iniciar este siglo llegamos a los 75 años; si consideramos el índice de mortalidad infantil, que se refiere a la cantidad de niños menores de cinco años que muere por cada mil nacidos vivos, tenemos que a mediados del siglo XX era de 140 y a inicios del siglo XXI es de solo 17, según datos del Banco mundial; aun y cuando estos son

buenos datos los desafíos todavía son muchos, entre ellos las diferencias de cobertura, equidad y eficiencia (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 302).

México al igual que la mayoría de los países de ingresos medios se encuentra en transición demográfica y epidemiológica. La transición epidemiológica está muy avanzada, aún y cuando el proceso ha sido complejo y prolongado. Aunque las infecciones comunes han disminuido rápidamente, no han sido controladas del todo, sin embargo las enfermedades no transmisibles y las lesiones forman parte ahora de las principales causas de mortalidad y discapacidad. Esto ha abrumado al sistema de salud al tener que enfrentar simultáneamente el rezago de las enfermedades transmisibles y los problemas de salud reproductiva que aquejan a la población más pobre y dispersa geográficamente, y por otro lado el incremento de padecimientos no transmisibles y costosos que afectan a toda la población (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007: S25).

Los mexicanos en extrema pobreza, como es de esperarse, sufren en gran medida enfermedades evitables y transmisibles, pero además con una población que envejece se enfrentan a las enfermedades no transmisibles y los estilos de vida no saludables favorecen las lesiones, es decir que sufren una triple carga de enfermedades: transmisibles, no transmisibles y lesiones, exacerbando las desigualdades en salud (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 302).

El marco jurídico normativo de todos los países de la región ha incluido la cobertura legal del total de la población, esto es un progreso importante. Sin embargo la concreción de

los valores de universalidad, solidaridad, sostenibilidad y equidad sobre los que se apoya la visión de una cobertura real del cien por ciento de la población, requiere de su incorporación a las metas y acciones de la comunidad (Madies, Chiarvetti, & Chorny, 2000: 41). Más allá del comportamiento promedio nacional, el problema grave de México son los grandes contrastes entre regiones, etnias y grupos sociales (Lusting, 2007: 799).

El sistema de salud mexicano desde su creación ha estado segmentado, el sector privado atiende a la población de ingresos medio y alto, el sistema de seguridad social es utilizado por los trabajadores de las empresas integrantes de la economía formal, sin embargo el sector de la población que trabaja en la economía informal tiene dificultades en el acceso a la asistencia sanitaria y de atenderse lo hace en los servicios públicos que ofrecen un servicio de menor calidad y eficacia (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 303).

No obstante entre los países desarrollados no existe una relación directa entre las sociedades más ricas y un mejor estado de salud, serían las economías más igualitarias y no las más ricas las que registran mejores niveles de salud (López-Casasnovas & Rivera, 2002: 106) estos argumentos permiten que países como México puedan basar su estrategia de salud, en el diseño de políticas públicas que incidan en la equidad y no solamente en el reparto de la financiación.

En México existe una estrecha relación entre los municipios rurales y la pobreza por lo tanto el índice de marginalidad también nos refiere en gran medida el ruralismo del

municipio, así que podemos argumentar que entre más rural sea mayor pobreza existirá. Siguiendo esta dinámica podemos predecir estadísticamente que en los municipios ricos existe mayor porcentaje de lesiones —homicidios, accidentes de tránsito, caídas—, mientras que en las zonas más pobres la mortalidad está concentrada en el grupo de enfermedades transmisibles, maternas y de deficiencias nutricionales —diarreas, neumonías, desnutrición, procesos perinatales y maternos, así como enfermedades propias de la infancia— mostrando una desigualdad entre municipios comparados según su nivel de marginalidad (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 304).

La asamblea general de la ONU en el año 2000 adopta la Declaración del Milenio, plasmada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Incluyendo objetivos y metas cuantitativas de desarrollo que deberán alcanzarse en el año 2015 por los países en desarrollo, contiene ocho objetivos, 18 metas y 48 indicadores para medir estas metas. Incluyen los temas de pobreza, educación primaria, igualdad de género, reducción de mortalidad infantil y materna, así como del SIDA preservación del medio ambiente y acceso al agua potable y servicios sanitarios (Alarcón, Zepeda, & Ramírez, 2006: 92).

La Unicef ha identificado a 60 países prioritarios y México es uno de los siete que está en vías de alcanzar la meta de Desarrollo del Milenio relacionadas con la sobrevivencia infantil, también ha logrado ya una cobertura superior al 95% con uno de los esquemas de vacunación más completos del mundo, la siguiente meta es abatir la tasa de mortalidad materna, que es uno de los ODM que requiere un mayor esfuerzo por parte del país. El descenso permanente durante los últimos años se ha logrado gracias a la nueva ley que además de financiar las intervenciones de nivel primario y secundario, y los incrementos presupuestales ahora se ha podido extender la cobertura a un mayor número de



intervenciones de alto costo. El tratamiento del SIDA ha sido objeto de una vía de cobertura universal acelerada especial. Gracias a ello, toda persona no asegurada que tenga necesidad de estos tratamientos es elegible para afiliarse al Seguro Popular (Frenk, 2007: S18).

México, como país de renta media, está en condiciones de alcanzar los ODM programados para 2015, no obstante los retos que tiene que superar como la pobreza que aqueja a una proporción importante de la población. Pues el cumplimiento de los ODM pasa necesariamente por la reducción de la desigualdad (Alarcón, Zepeda, & Ramírez, 2006: 93).

#### **4 La transformación del sistema de salud**

Cuando la OMS evaluó el desempeño de los sistemas de salud, en el comparativo internacional, México obtuvo resultados muy pobres en lo referente a justicia financiera debido a su alto grado de gasto de bolsillo. Estos resultados estimularon el análisis detallado nacional en el año 2001 en el cual se reportó que los gastos catastróficos eran realizados en los hogares pobres y no asegurados (Frenk, 2007: S16).

El sistema de salud mexicano no ha logrado adaptarse a las necesidades y riesgos demográficos y epidemiológicos, debido en gran parte a siete puntos en particular: la inexigibilidad jurídica del derecho a la salud, la desarticulación del sistema de salud, la prevalencia de la medicina curativa sobre la preventiva, pobre cobertura de salud,

financiamiento deficiente, falta de acciones en el tema de salud-medio ambiente y la precaria atención a la salud desde el contexto de la globalización (Mendizábal Bermúdez, 2010: 20).

Durante estos últimos años en México se ha realizado una gran transformación de las políticas de salud que dieron como resultado un importante cambio en su sistema de salud. Incluso cuando la Constitución reconoció formalmente el derecho social de la protección a la salud hace dos décadas, en la práctica, no todas las personas habían tenido la misma posibilidad para ejercerlo. La atención médica es un derecho humano, según el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales de la ONU. Mientras México avanzó en el ejercicio de los derechos políticos y civiles, aún faltaba mejorar la desigualdad social mediante la garantía del ejercicio universal del derecho a los servicios de salud. En este contexto la palabra “universal” tiene dos connotaciones: cubrir a todos y hacerlo sin discriminación alguna, este fue el marco ético para la reforma de salud (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007: S27).

La reforma de salud que permitió la creación del seguro popular, se dio en un contexto de graves problemas entre los que se enfatizan la desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad, el financiamiento público insuficiente, la inequitativa distribución de recursos y la nula protección financiera frente a los gastos catastróficos causados por graves enfermedades (López-Arellano & Blanco Gil, 2008: 323).

El desempeño de los sistemas de salud es diferente en cada país, incluso entre los que tienen una inversión similar, y a partir de este desempeño cada sociedad entra en un ciclo virtuoso o vicioso entre su nivel de desarrollo y el funcionamiento de su sistema de salud. Concluyendo con ello a aseverar que las políticas de salud son simplemente opciones sociales y el éxito o fracaso depende en gran medida de la formulación e implementación. Además de adaptarla a la realidad social, financiera y cultural de la región (Frenk, 2007: S15).

La reorganización financiera y operativa del sector salud surgida con el seguro popular pretende debilitar los monopolios públicos, estimular la transferencia de fondos públicos a entidades privada, además de diversificar los prestadores de servicios, para enfrentar más eficientemente la mermada capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud (López-Arellano & Blanco Gil, 2008: 323).

El mejoramiento de las condiciones básicas de salud aumentó la sobrevivencia y con ello la posibilidad de padecer enfermedades no transmisibles, lesiones, violencia, tabaquismo, obesidad, trastornos mentales y otros factores de riesgo; y no sólo las infecciones, desnutrición y problemas de salud reproductiva característicos de los países en desarrollo. La necesidad de la reforma mexicana nació de las presiones —por la doble carga de enfermedades— ejercidas sobre el sistema de salud, y las reformas se crearon para corregir esta paradoja (Frenk, 2007: S15).

Al igual que México, la mayoría de los países en desarrollo enfrentan el doble reto que implica la combinación de una rápida transición epidemiológica y un sistema de salud subfinanciado e incapaz de responder a las circunstancias. En este contexto es menester diseñar e implementar propuestas de reforma integrales basadas en los tres pilares de las políticas públicas: ético, técnico y político. En relación al primero mencionaremos que la reforma se basó en la idea de que la atención de la salud no es una mercancía o privilegio, sino un derecho social. El segundo pilar incluye los marcos conceptuales, los métodos estandarizados y las herramientas analísticas. El tercer pilar se refiere al desarrollo de consensos para lograr objetivos. Finalmente, la estrategia para introducir la reforma se organizó bajo un enfoque gradual (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007: S35).

La salud no puede ser considerada solo como un sector específico de la administración pública, debe verse como un objetivo social. Por tanto las políticas de salud no pueden desarrollarse en estricto sentido sectorial, pues se necesita que éstas movilicen intervenciones de otros sectores para lograr una mejor salud. La Secretaria de Salud inició una reorganización profunda con la finalidad de que la nueva agenda de salud pública incluya la protección contra los riesgos a la salud (Frenk, 2007: S19).

## **5 Los recursos financieros del sistema de salud**

El hecho de que los programas públicos con el objetivo de alcanzar la “Salud para Todos” propuesta en Alma Ata —La Declaración de Alma Ata organizada por la OMS es el mayor pronunciamiento internacional en salud que hasta ahora haya tenido lugar en el mundo—

han sido gradualmente sustituidos por otros con financiamiento privados hacen que las políticas internacionales en materia de salud se vean ampliamente influenciadas. Aunque las necesidades sigue siendo las mismas: asegurar el acceso universal a los servicios básicos de salud, en especial los grupos más pobres y vulnerables; reforzar los sistemas de salud con mejor infraestructura y organización, e invertir en la formación y capacitación de recursos humanos (De la Fuente & Kuri Morales, 2011: 3).

Muchos países de ingresos medios —México incluido—están inmersos en procesos de transformación demográfica, epidemiológica, económica y de la salud. Uno de los retos que enfrentan en materia de salud es generar mecanismos de financiamiento eficientes, justos y sustentables que brinden una protección financiera universal (Knaul, y otros, 2007: S71). No hay prioridad sin recursos financieros que le den sustentabilidad. Por tanto la salud deja de ser prioritaria si carece de base legal, política, técnica y administrativa que respalde los recursos financieros necesarios para producir servicios de atención médica (Arredondo, 2002: 11).

México ingreso al siglo XXI con un sistema de salud incapaz de ofrecer protección financiera en salud a más de la mitad de su población. Esto como resultado y causa de las desigualdades sociales características del proceso de desarrollo en el país. Consiente de todo ello se inicia una reforma estructural para mejorar el desempeño del sistema de salud siendo la principal innovación el Seguro Popular en Salud (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007: S23).

La falta de protección financiera es una enfermedad de los sistemas de salud de reciente reconocimiento, después de identificar las elevadas tasas de Gasto Catastrófico y Empobrecedor en Salud (GCES) en muchos países —gasto catastrófico se define como el 30% aproximado del ingreso de la familia una vez descontado el gasto de alimentos—, el problema fue reconocido internacionalmente. La característica más evidente es que las familias no solo sufren la carga de la enfermedad, sino también la ruina económica y el empobrecimiento causado por financiar la atención médica con sus propios recursos. México fue uno de los primeros en reconocer este problema de GCES derivado del pago de los mismos con gasto de bolsillo, así como responsabilizar como primera causa a la falta de protección financiera y proponer una reforma al sistema de salud. Las tendencias y el análisis econométrico sugieren una asociación entre la reducción del gasto de bolsillo y el gasto catastrófico por parte de los hogares y la expansión del Seguro Popular, aunque los datos no son suficientes para atribuir una causalidad a esta asociación, pero se están realizando estudios al respecto (Knaul, y otros, 2007: S71).

La actual reforma del sistema de salud está dirigida a los 50 millones de mexicanos —12 millones de familias— no asegurados, excluidos de la seguridad social durante más de 60 años. El subsidio público es inversamente proporcional al ingreso familiar y el 20 % más pobre de las familias está exento de pago. La ley que establece el nuevo sistema se aprobó en abril de 2003 y entro en funciones en enero de 2004, con la meta de alcanzar la cobertura universal en materia de aseguramiento en salud en el año 2010 (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007: S24).

El gobierno mexicano se ha caracterizado en años recientes por la inversión sustancial en investigación para el diseño, reforma, monitoreo de progreso, implementación y

evaluación de resultados. Es decir que se emplea la ciencia para promover el cambio social mediante la combinación de dos valores de la investigación: la excelencia científica y la pertinencia en la toma de decisiones. Las evidencias deben ayudar al diseño, la implementación y la evaluación de los programas en los gobiernos, para lograr un desarrollo más equitativo a través de una mejor formulación de políticas de salud (Frenk, 2007: S20).

Dentro de un sistema de salud equitativo se espera que cada persona contribuya al financiamiento de acuerdo a su capacidad de pago y que llegado el momento de requerir atención de salud, estos no le generen gastos excesivos. En relación al financiamiento del sistema de salud, México tiene un pobre desempeño (Gomez-Dantés, Gómez-Jáuregui, & Inclán, 2004: 409).

Después de la última reforma de 2003, la lógica utilizada es separar el financiamiento en dos grandes rubros: los bienes públicos de salud y los servicios personales de salud. Los bienes públicos de salud incluyen la función rectora —planeación estratégica, información, evaluación, investigación y desarrollo de recursos humanos—, además de los servicios de salud comunitaria. Los servicios personales de salud —el seguro popular— se refieren a los servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención médica, con la intención del aseguramiento para proteger a los pacientes contra la incertidumbre financiera en caso de enfermarse (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007: S28).

## **6 El sistema de salud en el Estado de Nuevo León**

En 1851 en el estado de Nuevo León se expidió el Decreto Gubernamental que instauraba el Consejo de Salubridad del Estado, iniciando con ello la prestación de los Servicios de Salud pública, posteriormente se establecen delegaciones regionales y para 1928 se transforma en la Delegación Federal de Salubridad, creando los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, los cuales en 1935 dividen el estado en ocho circunscripciones sanitarias —actualmente llamadas jurisdicciones Sanitarias— las cuales contaban con centros de higiene. Para 1983 los Servicios Coordinados de Salud Pública sufren una reestructuración orgánica motivada por la descentralización de funciones (Gobierno del Estado de Nuevo León).

Un año más tarde el 7 de febrero de 1984 se expide la Ley General de Salud, que incluye a los gobiernos de las entidades federativas como autoridades sanitarias —descentralizando con ello la responsabilidad de brindar los servicios de salud a todos los estados de la república— dejando la coordinación del sistema Nacional de Salud a cargo de la Secretaría de Salud. Mientras que a los gobiernos de las entidades federativas se les instruye a planear organizar y desarrollar en sus respectivas circunscripciones territoriales, y sistemas estatales de salud en coordinación con el Sistema Nacional de Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2013).



Ante esta descentralización de funciones en el Estado de Nuevo León se lleva al cabo la creación de la Secretaría Estatal de salud en 1985, creada en la Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Nuevo León, en la que se integran los Servicios Coordinados de Salud Pública y los prestados por el IMSS-COPLAMAR —sistema de salud en el cual el Instituto Mexicano del seguro social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, brindaban servicio médico a la población no asegurada y de escasos recursos— bajo la operación del gobierno estatal (Gobierno del Estado de Nuevo León).

Según se menciona en la ley orgánica de la administración pública para el estado de Nuevo León en su Artículo 27.- La Secretaría de Salud es la dependencia encargada de la coordinación del Sistema Estatal de Salud, así como de impulsar integralmente los programas de salud en el Estado, y le corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

- I. Ejercer las funciones que a las entidades federativas señale la Ley General de Salud, y las normas relativas a la salubridad local. Así como las que previene la Ley Estatal de Salud y las que en virtud de convenios sean descentralizadas al Estado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal;
- II. Proponer al Ejecutivo del Estado, las políticas y los programas de coordinación con las autoridades federales y municipales en materia de salud, prevención específica y atención médica social;
- III. Organizar y controlar los centros y demás instituciones públicas de salud del Estado;
- IV. Programar y realizar las campañas sanitarias tendientes a prevenir y erradicar enfermedades y epidemias en el territorio del Estado, en coordinación con las autoridades federales y municipales competentes;
- V. Planear, desarrollar, dirigir y vigilar los servicios de salud que se proporcionen en el Estado en los términos de la legislación correspondiente;
- VI. Impulsar la desconcentración y descentralización a los municipios de los servicios de salud, mediante los convenios que al efecto se suscriban, en el marco de la Ley Estatal de Salud;
- VII. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Gobernador del Estado;

- VIII. Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias, entidades e instituciones de salud del Estado, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;
- IX. Coordinar la programación de las actividades de salud en el Estado, acorde con las leyes aplicables;
- X. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;
- XI. Coadyuvar en el ámbito de sus atribuciones, con las dependencias federales competentes en lo relativo a la transferencia de tecnología en el área de la salud;
- XII. Promover el establecimiento de un sistema estatal de información básica en materia de salud;
- XIII. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;
- XIV. Coadyuvar en la formación y capacitación de recursos humanos para la prestación de los servicios de salud en el Estado;
- XV. Promover e impulsar la participación de la comunidad en la realización de programas orientados al cuidado de la salud;
- XVI. Vigilar, en el ámbito de sus atribuciones, la aplicación de las normas oficiales mexicanas que emitan las autoridades competentes, en materia de salud;
- XVII. Vigilar que el ejercicio de los profesionales, técnicos, auxiliares y de los demás prestadores de servicios de salud, se ajuste a las prescripciones de la Ley, en el ámbito de sus atribuciones como autoridad local; así como apoyar su capacitación y actualización;
- XVIII. En coordinación con las demás dependencias y entidades competentes, realizar acciones de prevención y control para el cuidado del medio ambiente, cuando pueda resultar afectada la salud de la población; así como atender las denuncias que en su caso se presenten en esta materia;
- XIX. Dictar, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables, las medidas de seguridad sanitaria que sean necesarias para proteger la salud de la población;
- XX. Imponer y aplicar sanciones en los términos de las leyes, reglamentos y demás disposiciones aplicables en la materia, a los prestadores de servicios de salud que no observen dichos ordenamientos;
- XXI. Conocer y resolver, en el ámbito de su competencia, de los recursos administrativos que interpongan los particulares en contra de los actos emanados de esta Secretaría;
- XXII. Coordinar, supervisar y evaluar las actividades y resultados de las entidades sectorizadas a la Secretaría; y
- XXIII. Los demás que le señalen las leyes, reglamentos y otras disposiciones legales aplicables (Gobierno del Estado de Nuevo León).

Durante los siguientes diez años siguieron varias reestructuraciones, pero es en 1996 cuando se expide la Ley que crea el Organismo Público descentralizado llamado Servicios de salud de Nuevo León encargado de prestar los servicios de salud a la población abierta,

dejando a la Secretaría estatal de salud la parte rectora (Gobierno del Estado de Nuevo León).

Se han realizado nuevas reformas, la última en 2009 pero solo ha cambiado la estructura de las áreas y no han sido cambios radicales, pues los Servicios Estatales de Salud siguen teniendo como misión el mejorar el nivel de salud de la población neoleonesa a través de la cobertura total en salud, con servicios integrales de calidad y el fortalecimiento de acciones a los grupos de mayor riesgo; y la Secretaría Estatal de salud tiene como misión elevar la calidad de vida de los habitantes del Estado de Nuevo León, procurando la salud en todos sus ámbitos como motor del desarrollo físico, psicológico y social de los individuos, conjuntando los esfuerzos de las instituciones públicas y privadas (Gobierno del Estado de Nuevo León).

México al igual que muchos de los países en desarrollo ha evolucionado su sistema de salud para tratar de compensar las deficiencias existentes y brindar a su población el derecho constitucional de acceso a la salud de calidad. No obstante las reformas que ha realizado, sigue en la búsqueda de estrategias, pues la salud como la define la OMS es el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad.

Este nuevo siglo ha visto un avance significativo por acercar la salud a todos los individuos, y aunque en México se habla de que hemos alcanzado la cobertura universal, realmente solo hemos logrado el acceso universal a los servicios de salud, quedando a deber la

cobertura completa, ya que aún estamos lejos de lograr la atención de todos los padecimientos y con la mayor calidad.

Indudablemente la reforma sanitaria en México está en marcha, aunque falta precisar conceptos, replantear políticas públicas y definir la orientación de presupuestos.

En el Estado de Nuevo León se ha avanzado significativamente, al comparar los indicadores de salud con el resto del país y además se tiene un sistema de salud estructurado sin embargo existen deficiencias en algunos indicadores de salud, que analizaremos más adelante.

## CAPÍTULO IV CONTEXTO DE LA EQUIDAD EN SALUD

*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social.*

*Organización Mundial de la Salud*

La equidad en salud no es un tema que corresponda única y exclusivamente al sector médico. Para lograr la tan anhelada equidad es necesario incluir los aspectos sociales, legislativos, políticos y económicos entre otros. No es tampoco un tema exclusivo de países pobres, pues en los países ricos también puede haber inequidad en salud. Así que como veremos en este capítulo el tema es multidisciplinario e internacional. Si bien es relativamente reciente la inclusión de este tema en la agenda de los gobiernos, que cobró importancia mundial en últimas fechas, no son pocos los investigadores que están tratando de identificar, cuáles son los conceptos fundamentales que deben analizarse para lograr al menos disminuir las inequidades en salud y con ello aumentar la calidad de vida de la población, y que ésta pueda disfrutar de una vida feliz.

Si ningún país tiene como programa de gobierno la inequidad ¿por qué es tan persistente y generalizada la inequidad de salud? Si todos tienen como meta la equidad, independientemente de que sean países pobres, de medianos recursos o países desarrollados, porque no pueden conseguirla. Los organismos de la ONU sostienen que la causa raíz de la enfermedad es la pobreza tanto en el ámbito internacional como el

nacional y que la visión con la que hay que abordar a la equidad es la macroscópica, pues la solución global de la inequidad está en este nivel (Sonis, 2000: 360). No obstante, la educación también juega un rol principal en este tema de la equidad en salud, que no habrá que soslayar.

## **1 Bases sociales de la equidad en salud**

La enfermedad y la salud deben tener un lugar primordial en los análisis sobre la equidad y la justicia social. Pero la equidad es mucho más que solo salud, debe abordarse desde el ámbito de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución y la libertad humana. La equidad en salud es inevitablemente multidimensional (Sen, 2002: 303). El concepto de equidad en salud tiene una enorme amplitud y riqueza, y está particularmente radicado en el orden filosófico, ético, político y práctico que identifican la discusión contemporánea sobre el tema (Arteaga, Thollaug, Nogueira, & Darras, 2002: 375).

La identificación de la salud como un fenómeno multidimensional, que no depende exclusiva ni mayoritariamente del acceso a los servicios de salud, ha permitido importantes avances en el campo de los análisis y las acciones en el ámbito de la salud, entre ellos la legitimación del trabajo interdisciplinario; la desmitificación de la tecnología como la panacea para la resolución de todos los males; la valoración de las disciplinas distintas de la medicina en su contribución a la salud; y el reconocimiento de la necesidad

de abordar las interrelaciones de los distintos sectores o componentes de lo que podría entenderse como condiciones de vida (Ferrer Lues, 2003: 116).

Desde una perspectiva política, es probable que el mejoramiento de la salud de los individuos requiera un enfoque multidisciplinario que aborde los factores socioeconómicos determinantes de la salud, las políticas sociales y económicas que afectan la distribución del ingreso, así como los aspectos de los servicios de salud que fortalecen la atención primaria (Starfield, 2001: 11).

La equidad en salud nos ayuda a definir necesidades a cubrir en una población dada y promover con esto la elaboración de políticas públicas, de bienestar y salud. La ley general de salud promueve no solo el derecho a la salud, sino que también refiere la necesidad de incluir el criterio de equidad en los servicios. Cabe aclarar que la operacionalización de estas normas no se ha desarrollado (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991: 10).

América Latina y el Caribe es la región más inequitativa del mundo en lo que se refiere a distribución de la riqueza; en consecuencia, no sorprende que también prevalearan las desigualdades en materia de salud. Esta falta de igualdad y equidad en la salud constituye un grave problema de justicia, y en ello radica su importancia. Uno de los principales problemas de salud en los inicios del siglo XXI es la persistencia de desigualdades injustas, evitables e innecesarias. En estos últimos años muchos países lograron mejorar las condiciones de salud, observadas en el aumento de la esperanza de vida y mejorías de la supervivencia infantil, no obstante al desagregar los datos nacionales aparecen

disparidades inquietantes por ejemplo en Sudáfrica la mortalidad infantil en los negros es cinco veces mayor que en los blancos (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 3). Podemos concebir entonces que la equidad es un factor que aumenta la estabilidad social y la productividad económica, a la vez que disminuye la tensión y el conflicto; esta idea de equidad demanda a la sociedad a inclinar la toma de decisiones para favorecer la equidad y no la inequidad (Arteaga, Thollaug, Nogueira, & Darras, 2002: 375).

El papel que juega la educación como uno de los determinantes de la salud está ampliamente documentado y hablando en términos generales la probabilidad de sobrevivencia es mayor en las clases mejor educadas. Es común encontrar un paralelismo entre la posición social-profesional elevada y la buena salud, así como también se encuentra asociada la pobreza y marginación a la mala salud. Los beneficios sanitarios asociados a la educación se prolongan a lo largo de la vida y las generaciones futuras, es decir que los que permanecen en la escuela, transitan a una vida de oportunidades a la que difícilmente tienen acceso quienes no tienen educación (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 8).

Las intervenciones públicas orientadas a mejorar la distribución de los determinantes de la salud se convierten en condiciones necesarias para mejorar la salud de la población. El reconocimiento de la importancia de los determinantes de la salud no implica olvidarnos de los servicios de atención de salud, ya que aun cuando tengamos una justa distribución de los determinantes de la salud, la población seguirá enfermándose y necesitando atención médica (Ferrer Lues, 2003: 124).



Si bien es cierto que en la segunda mitad del siglo pasado y el inicio de éste las condiciones de salud han mejorado rápidamente en muchos países, considerando indicadores como esperanza de vida, mortalidad infantil y mortalidad materna entre otros, es inquietante que al desagregar los datos nacionales existan grandes disparidades entre grupos, independientemente de si los países son ricos o pobres. Todas las sociedades tienen disparidades en salud que pueden ser modificadas mediante políticas específicas, por tanto podemos afirmar que son evitables (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 11). Pero lo que no se ha alcanzado es a cerrar la brecha entre las clases sociales, pues los programas de promoción de la salud mejoran los indicadores, pero su impacto es mayor en las clases favorecidas y la distancia entre clases se mantiene, motivo por el cual se recomienda evaluar las políticas de salud teniendo en cuenta su impacto sobre la equidad (Sonis, 2000: 360).

La revolución científica de la globalización lleva inmersa la semilla de la injusticia sanitaria, una fuente de inequidad es el hipotético crecimiento de la división digital de la salud ya que este acceso digital depende en gran medida de una alfabetización básica, educación primaria al menos, ingresos suficientes para acceder a los sistemas digitales, una infraestructura electrónica básica y un entorno social que lo permita (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 44).

La pobreza y la inequidad a largo plazo son factores que ahogan el desarrollo de las sociedades, pero además distorsionan su funcionamiento pues obstruyen la gobernabilidad. La inequidad no solo acarrea consecuencias visibles y demostrables por

medio de indicadores socioeconómicos y sanitarios, sino también psicológicos. Éstos se pueden apreciar en el plano personal como depresión y hostilidad, pero en el nivel colectivo se denota la falta de cohesión social y una pobreza en la formación del capital social que dificulta el progreso de un país. Sin embargo la falta de equidad influye fuertemente en la salud de una población, independientemente del grado de pobreza y tiene consecuencias importantes que se manifiestan en ingresos insuficientes, desocupación, un nivel de vida precario y diferencias en relación al género, origen étnico o grupo de edad (Sonis, 2000: 361). Es decir que las inequidades en salud aparecen fuertemente influidas por las profundas desigualdades de las sociedades en especial las latinoamericanas, por lo tanto las estrategias tendrán que centrarse en alcanzar los logros en salud (Sen & Klinksberg, 2007: 124).

## **2 Conceptualizando la equidad en salud**

El concepto de equidad ha sido precariamente aclarado y comprendido, por tanto se ha mal interpretado en muchos de los casos, sin embargo existe el consenso en torno al tema que aborda: la compleja relación entre las necesidades sociales y la respuesta social al problema de salud-enfermedad. Distribución y necesidades son los ejes rectores de la equidad según (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991: 12). Conceptualizar la equidad en salud es muy complejo, motivo por el cual es un campo muy complicado para la investigación, sin embargo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que la equidad implica: en una situación de salud, reducir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas, además de recibir atención en relación con las necesidades —equidad de cobertura, accesos y uso— y cooperar de acuerdo a la capacidad de pago —equidad financiera— (Arteaga, Thollaug, Nogueira, & Darras, 2002: 375).

La salud es esencial no solo para nuestro bienestar, sino además para ejercer nuestras libertades y posibilidades de acción. Porque no podemos hacer muchas cosas si estamos discapacitados o muy afectados por la enfermedad y menos aún si no estamos vivos. Padecer una enfermedad puede afectarnos no solo en la pérdida del bienestar, puede afectarnos al limitar nuestra libertad para realizar lo que consideramos nuestras responsabilidades y compromisos. La salud y la supervivencia son esenciales para entender la calidad de vida y además para que uno haga lo que quiere. Por lo tanto difícilmente se puede exagerar la importancia de la equidad en salud para la justicia social en general (Sen, 2002: 306).

Equidad no es lo mismo que igualdad. Equidad implica ver la desigualdad desde una óptica de justicia, pues la equidad en salud refleja la justicia social predominante en esa sociedad. Para debatir sobre equidad habrá que tomar en cuenta los conceptos sobre lo sano y lo enfermo de esa sociedad (Hernandez-Álvarez, 2008: 73).

En muchas discusiones sobre la equidad, la confusión se debe a que algunas personas están hablando de las desigualdades en el nivel y la calidad de la salud de los diferentes grupos de la población, mientras que otros tratan de las desigualdades en el suministro y distribución de los servicios de salud, sin hacer una distinción entre los dos (Whitehead, 1991: 4).

El concepto de equidad es dinámico en tiempo y espacio, y su evolución toma como elemento central el reconocimiento de las necesidades sociales, las necesidades de salud (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991: 14). Motivo por el cual se llega a considerar que la equidad significa la ausencia de diferencias sistemáticas entre poblaciones o subgrupos poblacionales definidas socialmente, demográficamente o geográficamente, en uno o más aspectos de salud (Starfield, 2001: 7).

A menudo, el término desigualdades en salud se utiliza como sinónimo de las inequidades en salud, tal vez porque la desigualdad también puede tener un tono sentencioso, o moralmente acusatorio. Sin embargo, es importante el reconocimiento de la diversidad, sin que ello proporcione una razón para la discriminación (La Rosa-Salas & Tricas Sauras, 2008: 358).

La equidad en el cuidado de la salud se define como: la igualdad de acceso a la atención para igual necesidad, la igual utilización para igual necesidad y la misma calidad de atención para todos (Whitehead, 1991: 8).

Además, la OMS definió la inequidad como las diferencias —en el estado de salud— que son innecesarias y evitables, pero además se consideran injustas. Algunas disparidades son resultado de la variación genética y otros factores no modificables (La Rosa-Salas & Tricas Sauras, 2008: 359).

La equidad en salud se puede definir según Braveman & Gruskin (2003: 256) como la ausencia sistemática de las disparidades en la salud —o en los principales determinantes sociales de la salud— entre los grupos sociales que tienen diferentes niveles de ventaja/desventaja social subyacente, es decir, diferentes posiciones en la jerarquía social. Pero la definición según (Whitehead, 1992: 5) es la ausencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables. De lo anterior obtenemos al menos dos conclusiones: primero, la equidad se relaciona con lo justo, y la justicia no es un principio unívoco. Segundo: lo justo tiene implicaciones en lo individual y en lo colectivo, es decir tiene consecuencias políticas (Hernández-Álvarez, 2008: 74).

El concepto de equidad corresponde a aquello que consideramos justo y por tanto su significado depende de los valores o enfoques de sociedad, justicia social, que adopten los individuos, grupos o gobiernos. Para el estudio de la equidad en las políticas de salud la diferencia fundamental se encuentra en el enfoque igualitarista o neoliberal, considerado el primero como el que formula los objetivos de la equidad en términos de igualdad y el segundo el expresado en términos de niveles mínimos y maximación del bienestar agregado. En las políticas de reforma de los sistemas de salud, el análisis de la equidad se puede realizar en dos aspectos fundamentales, la equidad en la financiación y la equidad en la prestación de servicios de salud (Vargas, Vazquez, & Jané, 2002: 929).

Hemos visto distintos enfoques filosófico-morales de la equidad en salud basados en el utilitarismo, el igualitarismo, la prioridad y la cooperación justa, sin embargo es importante señalar que no son mutuamente excluyentes, pues pese a sus diferentes puntos de vista, pueden encontrarse consensos sustanciales sobre el momento en que una desigualdad social se convierte en inequidad. Como la limitación de los recursos es un

problema general, son necesarios mucho más esfuerzos para ampliar los conocimientos y proporcionar ciertas directrices. El enfoque utilitarista asume que el logro de la máxima salud de la población implica que cada persona debe alcanzar el nivel más alto de salud, independientemente de que sea rico o pobre, y potenciar al máximo la suma de bienestar individuales. El enfoque igualitarista se centra en consideraciones distributivas sin valorar la salud total. El enfoque de la prioridad pretende que los beneficios se asignen a los más enfermos y no necesariamente a los más pobres. Por último el enfoque de cooperación justo, considera las desigualdades en salud como consecuencia de desorganización social e identifica como injustas las desigualdades en la estructura básica de la sociedad (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 34).

Al hablar de equidad en salud pensemos que el turno equitativo debe definirse en términos de esperanza de vida al nacer ajustada por calidad, y que debemos estar preparados para hacer algún sacrificio con el fin de reducir esa desigualdad. Mediante este procedimiento, se plasma el importante problema de equidad relacionado con el hecho de que puede haber diferencias muy grandes entre las diferentes clases sociales en cuanto a la probabilidad de obtener un turno equitativo. No hay duda de que este enfoque tiene mucho que elogiar y que, en particular, parece tratar de forma completa las desigualdades entre clases. No obstante, todavía se puede preguntar si esto es todo lo que se necesita plasmar al aplicar la idea de equidad en salud (Sen, 2002: 307).

Las desigualdades en salud nos hablan de las diferencias que existen entre los grupos en referencia a la salud y sin incluir juicios de valor sobre la justicia de estas. Las inequidades en cambio se refieren a las desigualdades que se consideran injustas, la definición de injusticia implica valorar si estas desigualdades son o no evitables. Pero además de las

demandas morales de injusticia y evitabilidad, existen otras dimensiones de la disparidad sanitaria como son el alivio del dolor y el sufrimiento de los menos sanos; y todo ello constituyen razones trascendentales para la movilización y la acción políticas (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 4).

Para comprender efectivamente los logros y posibilidades de salud no podemos enfocarnos solamente en la distribución y prestación de la atención sanitaria, pues la equidad en salud no puede entenderse como simple distribución de la atención sanitaria; además de que las desigualdades tanto en el logro como en la atención de sanitaria son importantes para la justicia social y la equidad en salud (Sen, 2002: 304).

La equidad y las necesidades son inseparables en tanto que pretenden ser calificadas en cuatro enfoques a saber, equidad de acceso a servicios ante necesidades iguales, equidad de utilización ante necesidades iguales, equidad de funcionamiento de los servicios y por ultimo equidad en el bienestar social y la salud (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991: 11).

Entre las causas fundamentales de las inequidades en salud podemos considerar a la pobreza y la marginación pues podemos ver por ejemplo que las tasas de mortalidad en cada etapa de la vida afectan a los municipios más marginados, a los de ingresos más bajos, a los de infraestructura de vivienda más pobre, a los de mayor proporción de población analfabeta o indígena; a lo largo de la vida se van acumulando efectos sanitarios adversos consecuencia de vivir en la pobreza. Que la pobreza y la marginación sean

factores modificables que se asocian a la mala salud las convierte en focos de atracción para mejorar la equidad en salud (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 6).

La equidad en salud es una disciplina amplia e inclusiva, de modo que si lo consideráramos unifocal muy seguramente excluiríamos muchos aspectos importantes. La equidad en salud tiene muchos aspectos y lo mejor es considerarla como un concepto multidimensional, pues incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, la distribución de la atención sanitaria, la justicia de los procesos, la prestación de la asistencia sanitaria, además de la justicia social entre otras dimensiones; por todo ello podemos argumentar que la equidad en salud es una disciplina extensa y reconocer este hecho básico debe tener preferencia sobre cualquier criterio estrecho (Sen, 2002: 308).

En la equidad en salud el enfoque igualitarista se apoya en el concepto de justicia social, que considera la solidaridad y la unidad social como algo bueno en sí mismo. En este caso se contaría con sistemas de salud financiados públicamente y basados en el principio de capacidad de pago, es decir cuánto puede pagar el paciente y no cuanto consumió en servicios de salud. En cambio el enfoque neoliberal de la justicia social parte de tres premisas: el individualismo, el igualitarismo —de oportunidades y no de resultados— y la libertad. Este enfoque liberal es el de niveles mínimos, en donde los individuos son libres para adquirir los bienes adicionales que deseen comprar, ya que el sistema de salud garantiza a la población pobre un nivel básico mínimo de asistencia en salud este es el enfoque del Banco Mundial (Vargas, Vazquez, & Jané, 2002: 928).



### **3 ¿Para qué sirve la equidad en salud?**

El sistema de salud de cualquier país tiene como meta mejorar la salud de su población y aumentar la esperanza de vida y para lograrlo está en la búsqueda continua de mejores formas de financiar, organizar y proveer los servicios de atención a la salud. Uno de los elementos centrales de los procesos de reforma, es precisamente la búsqueda de la equidad (Vargas, Vazquez, & Jané, 2002: 928).

En Septiembre del 2000 en la cumbre del milenio convocada por la ONU y realizada en la ciudad de Nueva York adoptaron la declaración base de la formulación de los ODM, los cuales forman parte de un listado de iniciativas emprendidas por los gobiernos, la ONU y las instituciones internacionales de financiamiento dirigidas a reducir la pobreza en el mundo (Torres & Mújica, 2004: 430).

Previo a la cumbre del milenio en el año 2000, durante los diez años anteriores hubo muchas conferencias sobre diversos temas como medio ambiente y desarrollo, sobre la mujer, sobre población y desarrollo, sobre desarrollo social, sobre discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia entre otras. El resultado más visible de estas reuniones fue el establecimiento de la voluntad política necesaria para buscar soluciones coordinadas entre los países desarrollados y los países en desarrollo. Otro resultado fue incorporar a las agencias técnicas de cooperación multilateral como contraparte de los organismos de financiamiento. Además se incorporó a la agenda internacional el tema de la pobreza como obstáculo para el desarrollo.

Todas estas iniciativas previas están vinculadas a los ODM que se establecen en ocho objetivos: 1.- erradicar la pobreza y el hambre, 2.- lograr la universalización de la enseñanza primaria, 3.- promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, 4.- reducir la mortalidad infantil, 5.- mejorar la salud materna, 6.- combatir la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el sida, el paludismo y otras enfermedades, 7.- garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y 8.- fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Además se establecieron metas de desarrollo del milenio (MDM) e indicadores precisos para facilitar el seguimiento (Torres & Mújica, 2004: 431).

Las teorías sociales tienen un lugar en la medicina, tal y como lo tienen en los temas de la salud global. Las ciencias sociales y la medicina habrán de consolidar esta nueva interfase de estudio y reflexión colectiva. Las MDM representan el pacto político más importante para el desarrollo internacional y la fecha trazada para alcanzar las metas es el año 2015, aunque no se cumplirán, el hecho indiscutible es que ha habido ya avances significativos en varios de estos rubros (De la Fuente & Kuri Morales, 2011: 6).

Una de estas asambleas mundiales de salud en la que particular se abogó por la justicia social y se adoptó la meta de salud para todos fue la realizada en 1977, en ella el Dr. Halfdan Mahler, en ese momento director general de la OMS, propuso esta meta pues creía firmemente en la posibilidad de provocar a las naciones para que vieran las vergonzosas diferencias de salud entre las sociedades y entre los países, posteriormente en 1978 en la ciudad de Alma Ata se reunieron los representantes de todos los países,

para definir como política pública universal: salud para todos. Este concepto de salud para todos englobaba tres ideas: primero la incorporación de la salud a los derechos humanos, segundo el concepto de ética aplicado a los grupos de población y menos a las personas en particular, y tercero la noción de equidad concebida como justicia (Alleyne, 2002: 292). Esta fue la primera vez que los problemas de atención a la salud de los países más pobres fueron tomados seriamente en cuenta, con la importancia que ameritaban. La salud y el desarrollo social quedaron así vinculados y se reafirmó el concepto de salud como un estado de bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de enfermedad (De la Fuente & Kuri Morales, 2011: 1).

El fin último de cualquier sistema de salud es contribuir a la mejora de la salud de la población y hacerlo de la manera más eficiente posible, con un aumento en la esperanza de vida, además de una búsqueda continua de mejores formas de financiar, organizar y proveer los servicios de atención a la salud. La búsqueda de la equidad es un punto central de los procesos de reforma del sector salud (Vargas, Vazquez, & Jané, 2002: 928).

La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente primordial de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Lo realmente crítico como injusticia es que algunas personas pueden carecer de la oportunidad de lograr una buena salud debido a acuerdos sociales —como pobreza o epidemias graves— y no a decisiones personales de no atender su salud. Es importante distinguir entre el logro y la posibilidad, y las facilidades sociales ofrecidas para dicho logro (Sen, 2002: 303). Tan importante es el tema de la salud para la ONU que dentro de los ODM la establecen en tres de los ocho objetivos, 8 de las 18 metas y 18 de los 48 indicadores. Pero aunque las MDM establecen solo tasas nacionales, sin hacer referencia a la equidad, de su espíritu

se desprende que la prioridad es mejorar las condiciones de vida de las personas en los segmentos más pobres de la población (Torres & Mújica, 2004: 431).

El objetivo de la política para la equidad y la salud no es eliminar todas las diferencias de la salud para que todos tengan el mismo nivel y la calidad de la salud, sino más bien para reducir o eliminar las que resultan de factores que se consideran tanto evitables y desleales (Whitehead, 1991: 7).

Las desigualdades en salud son las diferencias de salud entre grupos, sin considerar la justicia de estas. Mientras las inequidades reflejan las desigualdades injustas. La justicia se mide en el hecho de si las desigualdades son o no evitables. Además de estas demandas morales de injusticia, existen otras dimensiones que forman justificaciones importantes para la movilización y acción políticas, entre ellas el alivio del dolor y el sufrimiento de los menos sanos, así como las amenazas de que las enfermedades graves conducen al empobrecimiento. Sin embargo, en la intención de responder efectivamente no se debe olvidar que existen factores ajenos al sector salud que afectan profundamente el estado de salud y su distribución como por ejemplo los determinantes sociales, económicos y políticos (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 4).

El quebrantamiento de la equidad en salud no puede ser juzgado exclusivamente en función de la desigualdad en salud, pues la magnitud de la desigualdad en salud no puede proporcionarnos información suficiente para evaluar la equidad en salud (Sen, 2002: 305). Existen evidencias cada vez mayores que asocian la atención primaria con mejores

resultados en salud, es decir, que los países con deficiente infraestructura de atención primaria tienen mayores costos y resultados más pobres (Starfield, 2001: 9). Las principales metas de la equidad de acceso a los servicios de salud son cinco: maximizar la elección del consumidor, ofrecer los mismos servicios a todos sin considerar su condición social ni su capacidad de pago, asegurar estándares mínimos para todos, responder a las necesidades de salud de la población y asegurar la calidad de la atención (Torres Arreola & Constantino Casas, 2003: 360).

Quienes buscan la igualdad o la equidad no plantean disminuir las diferencias mediante la disminución de los niveles de salud de los miembros de los estratos socioeconómicos más favorecidos, sino a través del mejoramiento de las condiciones de los grupos menos favorecidos. El énfasis en la pobreza implica la necesidad de redefinir los objetivos de salud planteándolos no en términos de indicadores promedio nacionales o regionales, sino en términos de los grupos menos favorecidos de la sociedad. Esto implica la necesidad de generar información y formas de medición para el diseño y evaluación de políticas públicas de salud, tareas todas que implican una evaluación ética de los instrumentos y los resultados (Ferrer Lues, 2003: 122). Sin embargo, en el ámbito individual, la distribución de la salud será siempre desigual. La inevitabilidad de las variaciones de salud en el ámbito individual puede ser aceptable en tanto estas se encuentren distribuidas al azar entre los grupos sociales (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 29).

Los esfuerzos nacionales en materia de educación, vivienda, mejora en la producción y abasto de alimentos, entre otros satisfactores, favorecen el desarrollo humano con mayor equidad. La apertura de nuevas formas de autocuidado para la salud va a transformar los esquemas actuales de atención (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991: 15). La

efectividad en los servicios de salud puede ser definida como una medida de impacto en los indicadores de salud resultado de la eficiencia y calidad de los servicios y de la atención médica (Torres Arreola & Constantino Casas, 2003: 361).

#### **4 La equidad y la justicia social**

Porque la justicia social y la equidad se pueden interpretar de manera diferente por diferentes personas en diferentes lugares, se necesita una definición que pueda llevarse a la práctica sobre la base de medir criterios (Braveman & Gruskin, 2003: 254).

Algunos posicionamientos sobre justicia a través del tiempo son los siguientes: Aristóteles propuso dos niveles para entender la justicia, la justicia conmutativa aplicable a las relaciones entre iguales y la justicia distributiva, cuando alguien con el poder para hacerlo —el gobernante— debe repartir algún bien entre otros. Para Aristóteles la distribución más justa sería la que diera a cada quien lo suyo, en función de su lugar natural; sin embargo para los antiguos griegos, los seres humanos ocupaban un lugar en la naturaleza que los hacía, en sí mismos, desiguales. Durante la edad media, el cristianismo desplazó esa idea con la de la voluntad de un solo Dios verdadero, así que la distribución era proporcional al lugar dado por Dios a cada ser humano en la tierra (Hernandez-Álvarez, 2008: 74).

La separación entre lo natural, humano y divino, condujo en el siglo XVII a John Locke a su planteamiento central de justicia como “libertad contractual” y propuso la libertad, la propiedad y la integridad personal para trabajar como derechos humanos inalienables. Además de que si se le confiere el poder al gobernante, a través del “contrato social”, solo debe ser para garantizar tales derechos. La crítica central de Marx a la posición liberal era en el sentido del reconocimiento de la desigualdad entre los seres humanos. En salud el socialismo se realizó mediante los servicios de puertas abiertas, regionalizado y por niveles, para atender a las personas según su necesidad. En el siglo XX la seguridad social se basó un poco en los aportes socialistas pero desde un fundamento ético que no partía de la abolición de la propiedad privada. El incremento de los costos de la atención en salud en “la crisis de los Estados de Bienestar”, reactivó la discusión de lo justo en salud durante la década del 70. Y para 1993 el Banco Mundial ya hablaba de “invertir en salud” como expresión del utilitarismo en salud. Contra la perspectiva utilitarista Amartya Sen prefiere hablar de “capacidades” humanas y de una justicia distributiva que pueda brindar igualdad de “oportunidades” para desarrollar esas capacidades (Hernandez-Álvarez, 2008: 77).

En todas las sociedades existen diferencias de salud que pueden modificarse mediante políticas dirigidas específicamente a ello, es decir, no son inevitables. El desafío no es solo la producción de salud, sino que todos tengan las mismas oportunidades de alcanzarla (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 11). Para alcanzar las MDM se requiere de una reingeniería de las políticas dirigidas a reducir la inequidad en materia de salud en la región, pero hay que rediseñar las políticas y los programas de salud en función de los grupos vulnerables, y centrarse en los menos favorecidos (Torres & Mújica, 2004: 436). Las políticas sociales representan un elemento de análisis importante en la

delimitación de las áreas de responsabilidad estatal y su articulación con lo privado (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991: 14).

En un entorno de permanente escasez de recursos, es crucial que el cuidado sanitario se entregue sin desperdiciarlo. Cualquier teoría sobre la distribución de recursos debe subordinarse al objetivo mayor de promover el bien de la comunidad, cuestión que resulta obvia cuando nos percatamos que muchos de los recursos que podríamos utilizar en salud se desvían hacia otras áreas sociales como la educación, el transporte, la vivienda, etc. (Zúñiga Fajuri, 2008: 181). Por lo tanto es indispensable que la equidad se enfoque en alcanzar las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos, un abordaje desde una perspectiva económica puede analizarse desde dos dimensiones: la equidad horizontal en donde las premisas son: igual gasto, igual utilización e igual acceso para igual necesidad, un ejemplo de ello sería igual número de días de ocupación de cama por condición de salud; en franco contraste con la equidad vertical que considera diferente tratamiento para diferente necesidad: por ejemplo, diferente tratamiento para pacientes de enfermedades simples contra pacientes con enfermedades más graves. Sin embargo lo esencial es que la equidad debe enfocarse en alcanzar las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (Torres Arreola & Constantino Casas, 2003: 360).

Al hablar de la equidad en la financiación, los igualitaristas también hacen la distinción entre equidad horizontal y vertical. En la equidad horizontal —tratamiento igual para iguales— se refieren a que los que poseen recursos iguales realicen pagos iguales, independientemente de otras características como el sexo, la raza, etc. Y en la equidad vertical —tratamiento desigual para los desiguales— se refieren a que aquellos con desigual capacidad de pago realicen pagos distintos al sistema, para que con esto salgan



recursos de los más ricos hacia los más pobres. La equidad vertical equivaldrá entonces a una financiación progresiva, es decir que un individuo paga más conforme aumente su renta (Vargas, Vazquez, & Jané, 2002: 929).

La literatura en expansión de la nueva salud pública, explora el nexo entre justicia social y salud. El noción es que la equidad en salud no puede ser un concepto apolítico, acultural y tecnocrático, limitado al campo de la asistencia sanitaria y de la salud pública. La salud no es simplemente una norma biológica, sino el producto de complejas valoraciones sociales y biológicas. Inevitablemente, el concepto de salud es el punto de partida fundamental para cualquier análisis de la equidad en salud. Aunque existen limitaciones biológicas y son muchos los impactos sociales adversos para la salud, también hay un amplio campo de acción para las políticas sociales dirigidas a mejorarla. Los progresos de la nutrición y de las condiciones de vida, así como la educación universal han contribuido a mejorar la salud en estos últimos años y la mala salud es una amenaza enorme para el bienestar social y económico (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 29).

La salud es esencial para el bienestar y la superación de otros efectos de desventaja social. El concepto de equidad en salud centra la atención en la distribución de los recursos y otros procesos que conducen a un tipo particular de desigualdades en salud, es decir, una desigualdad sistemática en materia de salud —o en sus determinantes sociales— entre más o menos favorecidos estén los grupos sociales, en otras palabras, una desigualdad en salud que es injusta o abusiva (Braveman & Gruskin, 2003: 255). Por otra parte, el logro de la equidad a través de la igualdad de algo entre personas o grupos puede requerir la desigualdad en otra cosa entre las mismas personas o grupo (La Rosa-Salas & Tricas Sauras, 2008: 358).

Los efectos adversos de la enfermedad son mayores para los pobres, al estar expuestos a riesgos más elevados y condiciones peligrosas, por lo que tienen una mayor probabilidad de enfermar y recuperarse más lentamente, sobre todo debido al escaso acceso a los cuidados médicos (López-Casasnovas & Rivera, 2002: 106).

Las enormes disparidades del estado de salud constituyen una afrenta al concepto básico de justicia. La salud no es tan solo un problema individual de cargas genéticas o comportamientos personales, es ante todo dependiente de las circunstancias sociales y de una amplia gama de políticas públicas (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 27). Para lograr un cambio efectivo en las condiciones de salud de los sujetos como individuos y como colectivos, es necesario poner en el centro de las políticas y las acciones la construcción de ciudadanos, ciudades y ciudadanía concibiendo a la persona como sujeto ético (Chapela Mendoza, 2008: 91).

Aunque la relación existente entre salud y factores sociales se conoce desde hace más de 150 años, en los últimos tiempos ha ocurrido un cambio dramático en el reconocimiento del impacto de una amplia variedad de influencias sociales y políticas sobre la salud (Starfield, 2001: 7).

América Latina y el Caribe es la región que presenta mayores inequidades, lo cual obliga a realizar un análisis complementario para elevar los valores medios nacionales de los indicadores de salud y como las MDM están dirigidas a mejorar la situación de los grupos

más vulnerables, es importante redirigir los esfuerzos adecuadamente e identificar las poblaciones objetivo ya que según distintas fuentes una nueva característica de las poblaciones afectadas por la pobreza es que se han trasladado de las zonas rurales a las ciudades elevando el nivel de indigencia que reina en sus ciudades, otra característica actual de la pobreza es que se ha feminizado, además de que ha aumentado el porcentaje de niños y jóvenes pobres, también los hogares de una sola persona, particularmente un adulto mayor son más vulnerables (Torres & Mújica, 2004: 433).

Los análisis revelan que los factores relacionados con la mala salud tienden a agruparse en los extremos inferiores de la jerarquía social y el hecho de que la pobreza y la marginación aparezcan junto a la mala salud y que además sean situaciones injustas y modificables las hacen factores fundamentales para la equidad en salud (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 5).

Esto no es ajeno a la revalorización de la democracia como sistema político, al ejercicio de la ciudadanía como derecho de las personas y a la participación social como necesaria para el desarrollo. Tampoco es ajeno al reconocimiento del desarrollo como distinto del crecimiento económico; al reconocimiento de la necesidad de respetar a las minorías y a las identidades nacionales; a la valoración de la equidad de género. Aunque muchos de estos reconocimientos se dan más a nivel de discurso que en la práctica concreta, no es casual que estos aspectos sean también incluidos en los análisis de inequidad en salud. (Ferrer Lues, 2003: 116).

Más allá de la importancia de definir salud como requisito para el diseño de políticas públicas, la definición de salud es, en sí misma, un asunto relativo a la justicia. La definición de salud como multidimensional, el énfasis en los determinantes de la salud y el papel cada vez menos importante que se le ha asignado a los servicios de atención de salud en las condiciones de salud de la población, ha permitido importantes avances pero, a la vez, ha generado cierta confusión. El énfasis en la influencia que las condiciones sociales y económicas tienen en las condiciones de salud, en detrimento de los servicios de atención de salud, tiene como conclusión lógica que tanto más justa es una sociedad, más saludable es su población (Ferrer Lues, 2003: 124).

Las disparidades del sector salud son un insulto al concepto básico de justicia, pues la salud no es sencillamente un problema individual exclusivo del componente biológico, más bien depende en gran medida del entorno social y especialmente de las políticas públicas implementadas (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 27).

La bioética enfatiza su atención en la asistencia médica y los derechos particulares de cada paciente dejando de lado los temas relacionados con la justicia o los patrones sociales de la salud. La equidad en salud no puede ser un concepto apolítico, acultural, tecnocrático limitado a la salud pública pues si partimos de la definición de salud según la OMS, ésta es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, definición que nos obliga a cubrir todas las esferas mencionadas (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 28).

## 5 El valor ético de la equidad

En general, a través de los siglos, la salud se ha considerado una condición previa para la felicidad. Descartes afirmó que la salud es el bien más elevado. En Discursos del Método, Descartes escribe: ...la preservación de la salud es sin lugar a dudas... la primera buena música y el fundamento de todos los demás bienes de esta vida (La Rosa-Salas & Tricas Sauras, 2008: 362).

La discusión sobre la ética nuevamente está siendo impulsada por la ciudadanía después de que en las últimas décadas estuviera en desuso por el enfoque economicista, que demostró ser un enfoque limitado. La falta de un debate ético permanente ha facilitado la corrupción. En América latina hay una sed de ética (Kliksberg, 2005: 20).

La equidad supone que la salud es un derecho fundamental del ser humano. Este concepto nos envía al aspecto legislativo para amparar el derecho a buscar y utilizar los recursos de salud, así como a elegir el momento y el tipo de servicios que se desee (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991: 12).

Al hablar de equidad se está hablando del derecho a la salud, en donde la justicia es el principio ético. De acuerdo a este principio tenemos varias teorías sobre la equidad: la teoría del derecho, la igualitaria, la basada en necesidades y la utilitaria. Todas con base en el principio de justicia, en el derecho que cada persona tiene de acceder a los servicios

de salud. Pero también el concepto de equidad se vincula al hecho de que los recursos de salud se distribuyan de tal forma entre los diversos grupos de población con la intención de minimizar las diferencias en los estados de salud (Torres Arreola & Constantino Casas, 2003: 360).

La equidad en salud es un valor ético, inherentemente normativo, basado en el principio ético de justicia distributiva y en consonancia con los principios de derechos humanos. Como la mayoría de conceptos, la equidad en salud no se puede medir directamente, pero hemos propuesto una definición de la equidad en salud que puede ser operacionalizado sobre la base de criterios significativos y mensurables (Braveman & Gruskin, 2003: 254). El alcance de estos problemas de equidad debemos entenderlos desde una concepción teórica y ética: la equidad en salud precisa que idealmente todos deberían tener la misma oportunidad para atender su salud y esta equidad en la atención en salud implica igual acceso, utilización y calidad de atención para todos (Martínez, Rodríguez, & Agudelo, 2001: 14).

La desigualdad tiene dimensiones morales y éticas. Se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables y además injustas. Así, para describir una determinada situación como injusta, la causa tiene que ser examinada y considerarla improcedente en el contexto de lo que está pasando en el resto de la sociedad. A esto se suma el problema de la traducción en algunos idiomas, donde sólo hay una palabra para cubrir tanto la desigualdad como la inequidad. Para evitar confusiones, los términos equidad e inequidad han sido elegidos para la salud por la Organización Mundial de la Salud para todas las estrategias. En resumen, la inequidad término utilizado en documentos de la OMS se

refiere a las diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideran desleales e injustas.

Es ampliamente conocido que un gran segmento de la población disfruta de un mayor status de salud y de una mayor calidad de cuidados para su salud que otros. Para resolver este problema, priorizar es inevitable, sin embargo el problema surge al pensar en la manera de llevar a cabo estas prioridades. Lo más racional sería buscar la equidad entre toda la población, la manera en que toda la gente reciba el mismo cuidado para la misma necesidad. Equidad en el cuidado de la salud es un imperativo ético no sólo por el valor intrínseco que tiene el poseer una buena salud, sino que sin una buena salud las personas serían incapaces de disfrutar de otros beneficios que la vida les puede proporcionar (La Rosa-Salas, 2008: 356).

Al revisar la literatura sobre filosofía moral o política poco existe sobre equidad en salud, igual sucede con las teorías de justicia social que tampoco la incluyen. La bioética tendía a centrarse en la asistencia médica y en los derechos de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en la salud. Al revisar el campo de la medicina, la base social de la salud es prácticamente ignorada (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 27). Sin embargo el derecho tiene como fin la justicia considerando a la equidad como elemento básico e íntimamente relacionado con un principio ético. Pero la búsqueda de la equidad se ve influenciada por las transformaciones en la percepción de la naturaleza del bien jurídico.

Si bien las normas jurídicas deben transformarse con la intención de adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad, en el caso de la salud no se debe perder de vista su carácter bien público y su asociación con la justicia distributiva. En la mayoría de las constituciones de los países de esta región se reconoce a la salud como un derecho y en algunos casos lo elevan a la categoría de bien público bajo la tutela del Estado (Bolis, 2002: 445).

Lograr la equidad en salud es uno de los más importantes desafíos éticos a nivel mundial. El reconocimiento de que el acceso a los servicios de atención de salud es sólo un factor que incide en las condiciones de salud, permite ahora legitimar el trabajo de la bioética en el tema de la equidad en salud (Ferrer Lues, 2003: 116). Pues no es fácil separar el tema de la equidad del de la ética, ya que el concepto de equidad en salud implica algunos juicios morales que son la esencial del pensamiento ético sobre la salud de la población. La inequidad representa la existencia de diferencias de salud entre poblaciones o particulares y cuya corrección puede realizarse de algún modo (Alleyne, 2002: 293).

Los ODM constituyen una oportunidad para establecer las condiciones que faciliten a muchísimos habitantes mejorar sus condiciones de vida y alcanzar una mayor equidad en el acceso a los servicios. Pero el esfuerzo que habrá de realizar cada gobierno para alcanzar los indicadores propuestos no se debe desviar del objetivo final de eliminar la desigualdad que sufren segmentos importantes de la población (Torres & Mújica, 2004: 438).



Como puede apreciarse a lo largo de este capítulo una de las cuestiones a debate en torno al objetivo de la equidad es la de si todas las personas deben tener el mismo acceso a los servicios de salud de acuerdo a sus necesidades, este es el llamado enfoque igualitarista; o si se debería definir un grupo de servicios básicos limitados de forma gratuita para los desposeídos, el llamado enfoque de niveles mínimos. Es importante señalar que es casi imposible que la salud se distribuya uniformemente en todos los individuos, sin embargo se espera que estas variaciones se distribuyan al azar entre los grupos sociales.

Aunque para la salud existen limitaciones biológicas e impactos sociales desfavorables, también existe la posibilidad de mejorarla a través de políticas públicas adecuadas y dirigidas a ello, pues la mala salud es una amenaza enorme para el bienestar social y económico. Cabe aclarar que a pesar de que la mayoría de los países de América Latina tiene dentro de sus reformas la cobertura universal de salud, muy pocos países han alcanzado esa tasa universal o casi universal de cobertura. México aún no lo logra en cuanto a los padecimientos que cubre, no obstante ya logró la meta en cuanto a las personas que hoy en día son beneficiarias del servicio; sin embargo el gobierno ha sentado las bases, con el trabajo legislativo correspondiente; y trabaja arduamente con la visión de lograr esa cobertura universal a la que está comprometido al igual que el resto de países integrantes de la OMS.

## CAPÍTULO V LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

*No por conocido es menos verdad el hecho de que el disfrute o el acceso a distintos servicios básicos es uno de los principales condicionantes de la calidad de vida en los espacios rurales.*

*Ana Isabel Escalona*

Según la Organización Mundial de la Salud un sistema de salud se define como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyos objetivos básicos son: mejorar la salud, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y garantizar seguridad financiera en materia de salud (García-Peña & González-González, 2011: 505). Sin embargo para mejorar la salud es menester contar con un buen servicio de salud y el acceso adecuado para disponer de él en caso necesario.

Los países en general han tomado el tema de la mejora continua en sus sistemas de salud como algo prioritario, pues el incremento en los niveles de salud, el nivel de desarrollo y el grado de bienestar general hacen competitivo a un país. En tanto, en México, las evaluaciones del sector salud se centran en medir logros de programas, lo que hace necesario cambiar el enfoque para contar con información relevante que permita el desarrollo de políticas públicas tendientes a mejorar los indicadores de salud (García-Peña & González-González, 2011: 505).

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 propone, en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2007: 5).

Para mejorar el estado de salud de la población es fundamental que se cuente con infraestructura sanitaria adecuada, no solo en el centro de salud, sino también en las casas particulares —se requiere por ejemplo tener piso que no sea de tierra, disponibilidad de drenaje y agua potable— para disminuir o incluso eliminar las enfermedades diarreicas y parasitarias, principales causas de mortalidad y morbilidad (García-Peña & González-González, 2011: 506).

En el censo de población y vivienda 2010 se reporta que en México las viviendas con piso de tierra son tan solo 6.1% y las que carecen de agua entubada, energía eléctrica y drenaje conectado a la red pública son 11.8% (INEGI, 2010).

Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, en el modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, al sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de

gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales (Organización Mundial de la Salud, 2008: 2).

La salud pública está subordinada o depende en gran medida de la política, por eso es preciso la actuación intencional y desarrollada de forma congruente, con la finalidad de conseguir los resultados políticos deseados (Pérez-Maza, 2007: 3).

### **1 La accesibilidad como concepto**

La forma en que los servicios de salud son acercados a la población y la eliminación de las barreras que pudieran interferir con ello es a lo que llaman la accesibilidad. También la definen como una relación entre los servicios y los sujetos, en la que contendrían en sí mismos la posibilidad o no de encontrarse, es decir que la accesibilidad es un vínculo entre el sujeto y los servicios. La “accesibilidad inicial” es cuando el sujeto tiene la posibilidad de ingresar al sistema y la “accesibilidad ampliada” es cuando se abarca todo el proceso de atención en salud (Comes, y otros, 2006: 205).

Efectividad, equidad y eficiencia sirven como indicadores de evaluación del acceso a los sistemas de salud. Otro concepto de accesibilidad podría ser, el grado de ajuste entre las características de la población y los recursos de atención a la salud (García-Peña & González-González, 2011: 505).

Los conceptos de accesibilidad y calidad adquieren sentido en relación al momento histórico en que se revisen, pues si bien en el siglo pasado el enfermo esperaba la visita del médico, ahora es el paciente el que se desplaza hacia el consultorio u hospital, con lo cual el concepto de accesibilidad cobra relevancia (Ruelas-Barajas, Calidad y accesibilidad, 2011: 512).

El crecimiento poblacional se ha convertido en un fenómeno urbano asociado a las regiones menos desarrolladas y estos cambios demográficos traen consigo nuevos retos, entre ellos el de la atención a la salud de los grupos asentados irregularmente en la periferia de los centros urbanos. La inequidad social provoca que en las ciudades se incrementen las áreas de extrema pobreza. Las condiciones de marginalidad y pobreza exponen a estos grupos a muchos riesgos para su salud, que no son identificados por sus dificultades en el acceso a los servicios de salud (Reyes-Morales, y otros, 2009: 329).

Según el diccionario de geografía humana de Brian Goodall (Garrocho-Rangel & Campos - Alanís, 2006: 353) propone que accesibilidad es la facilidad con la que se puede alcanzar un cierto sitio —destino—, desde otros puntos en el territorio —orígenes—, por lo que sintetiza las oportunidades de contacto e interacción entre determinados orígenes y destinos. La accesibilidad a los servicios tiene dos aproximaciones, la de accesibilidad potencial y la accesibilidad revelada. La primera se centra en la potencialidad de la oferta —unidades de servicio— y la segunda considera los datos de utilización del servicio.

Según Aday y Andersen el concepto de acceso a la atención médica se integra en un marco que considera en primer lugar la política de salud, además de su énfasis en las características del sistema de atención de salud y de la población en situación de riesgo todo esto con el fin de lograr cambios en la utilización de los servicios de atención de la salud, y en la satisfacción de los consumidores de esos servicios. Se proponen reunir todos estos conceptos en dos indicadores para la medición de los diversos aspectos pertinentes de acceso: Las características del sistema y de la población como indicadores de procesos, y la utilización y la satisfacción como indicadores de resultado (Aday & Andersen, 1974: 208).

El acceso según Penchansky y Thomas se presenta como un concepto general que resume un conjunto de dimensiones más específicas que describen el ajuste entre el paciente y el sistema sanitario. Las dimensiones específicas son la disponibilidad, accesibilidad, capacidad del sistema, asequibilidad y capacidad financiera de la población (Garza-Elizondo, y otros, 2008: 1575).

La accesibilidad se entiende como la facilidad de acceder y recibir la atención médica que se necesite, de manera integral y oportuna; la lista de espera, el orden de llegada, son medidas administrativas para adecuar de alguna forma la demanda con la capacidad real existente en los servicios (Pérez-Maza, 2007: 1).

## 2 Barreras geográficas

Existen barreras que se interponen en la accesibilidad a los servicios de salud entre los que destacan las geográficas que son los problemas para trasladarse al servicio médico por un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (Comes, y otros, 2006: 202).

En este rubro de accidentes geográficos podemos hablar de las situaciones en las que la accesibilidad se ve obstruida por ríos o montañas que hacen difícil el poder llegar al servicio médico de forma directa. Situaciones como esta obligan a realizar recorridos mucho más largos para acceder a la atención requerida, incluso puede existir un problema mayor de accesibilidad cuando se torna imposible franquear esa barrera geográfica.

Hablando de las barreras geográficas construidas por el hombre podemos citar el ejemplo de una carretera de cuota que al tener delimitado el acceso impide el paso libremente, obligando a rodear ese obstáculo o encontrar alguna forma —un puente si existiera— para cruzar y llegar al servicio de salud. Dentro de una ciudad podríamos encontrar que una empresa delimite su territorio con una barda e impida que los habitantes de cierta colonia cuenten con fácil acceso a su centro de salud que quedo del lado contrario de la empresa.

El desplazamiento del paciente hacia su servicio de salud es un elemento clave de accesibilidad geográfica (Garza-Elizondo, y otros, 2008: 1575). Podemos encontrar casos en los que la localización del servicio médico no se encuentre con barreras de distancia u

obstáculos —naturales o contruidos por el hombre— sin embargo, se encuentra con el problema de no puede llegar al servicio porque no tiene transporte en que trasladarse y su estado de salud les limita el libre desplazamiento.

La accesibilidad geográfica depende de la organización territorial de los servicios, de características de la red de comunicaciones y de medios de transporte empleados por la población (Garza-Elizondo, y otros, 2008: 1575).

### **3 Barreras económicas**

Las barreras económicas son aquellas que impiden el acceso motivadas por la falta de dinero ya sea para pagar el transporte o la atención.

El sistema de salud mexicano tiene que resolver el rezago que implica el tener estados con patrones de mortalidad y morbilidad mejores, similar a los de países desarrollados, y entidades más pobres con niveles de salud parecidos a países mucho menos desarrollados. Los retos incluyen desde el aumento en la inversión hasta la innovación de esquemas de atención y modernización de sindicatos, para asegurar la cobertura universal y que se traduzca en resultados palpables en la mejora de las condiciones de salud (García-Peña & González-González, 2011: 509).



Las inequidades en salud pueden afectar las oportunidades de las personas de llevar la vida que desean, al restringírseles su capacidad de participar en algunas dimensiones como por ejemplo el acceso a servicios de salud, debido a barreras del lado de la oferta o de la demanda. Las barreras económicas suponen un obstáculo importante, de modo que aunque la persona llegue a la consulta, tiene problemas para continuar y finalizar de forma adecuada el proceso (Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur, & Tamayo-Ramírez, 2007: 28).

Al hablar de barreras económicas nos encontramos a México haciendo esfuerzos para disminuir los gastos de bolsillo, que en 2009 accedían a 48.9% y lo colocaban como el más alto entre todos los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), esto a pesar de que en 2004 se creó el Seguro Popular, con el objetivo de otorgar cobertura de servicios de salud, para personas de bajos recursos que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social. No obstante el éxito en la afiliación del programa, no se garantiza el mejoramiento en las condiciones de salud, —y menos en tan corto plazo— que debería reflejarse en los indicadores de salud (García-Peña & González-González, 2011: 508).

#### **4 Barreras administrativas**

Al analizar la accesibilidad a los servicios de salud, debe necesariamente tomarse en cuenta la complejidad de factores que involucran tanto los usuarios como los servicios solicitados considerando en especial la subjetividad de los usuarios, de lo contrario el concepto queda vacío de contenido y por ende las estrategias de respuesta podrían no ser las adecuadas (Comes, y otros, 2006: 208).

Las barreras administrativas son aquellas que impiden el acceso debido a cuestiones relacionadas con la burocracia interna de cada servicio de salud, es decir, son las dificultades a las que se enfrenta un paciente cuando pretende consultar y tiene para ello que llegar muy temprano al servicio para conseguir un turno —el cual puede ser para recibir atención varias horas más tarde— y tratar de solucionar su problema de salud (Garza-Elizondo, y otros, 2008: 1575).

Los usuarios también pueden tener barreras administrativas ocasionadas por los horarios de atención, que aunados a los turnos, provocan graves conflictos que no necesariamente se ajustan a las necesidades de los pacientes.

## **5 Barreras Culturales**

Las barreras culturales —también llamadas simbólicas— están centradas en las diferencias culturales entre el paciente y el servidor de salud, éstas se encuentran en el imaginario de las personas —como cuando el enfermo se siente inferior o indigno de recibir algún servicio y por tanto no solicita la atención— y es entonces cuando se convierten en barreras reales (Comes, y otros, 2006: 202). Es en este punto donde las autoridades sanitarias deben poner especial atención —en la percepción real e imaginaria de los pacientes— para tratar de minimizarlas en lo posible. Considerando que esta barrera es la que implica menor costo económico al tratar de eliminarla.

En lo referente a las barreras culturales encontramos que a mayor nivel de escolaridad, se incrementan las posibilidades de un mejor empleo, acceso a seguridad social y prestaciones, logrando con ello un mejor cuidado de la salud. Así que analizar el nivel educativo de cada región nos permitirá evidenciar las brechas que aún existen en el tema de equidad y accesibilidad a los servicios de salud (García-Peña & González-González, 2011: 506).

Los servicios de salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población, dando pie a construir ideas o creencias (Comes, y otros, 2006: 208).

La utilización y la accesibilidad de los servicios de salud en los países desarrollados reflejan que los distintos grupos socioeconómicos han logrado una utilización similar en servicios de atención primaria y hospitalaria a igual grado de necesidad, sin embargo la diferencia se observa en los servicios preventivos. También es importante señalar que las personas con doble cobertura —pública y privada— es mayor en los individuos de mayor nivel de estudios y/o mayor nivel de ingresos (Lostao, Regidor, Calle, Navarro, & Dominguez, 2001: 124).

La accesibilidad como concepto se centra en la posibilidad que tiene una persona de ser atendida en un centro de salud, cuando así lo considere necesario. Para lograrlo necesita superar las distintas barreras existentes, entre las cuales se encuentran las barreras geográficas, las barreras económicas, las barreras administrativas y las barreras culturales.

Una vez franqueadas todos los obstáculos es importante analizar si el servicio recibido es satisfactorio para el paciente.

Se espera que el sistema de salud produzca la mejor salud posible y deseable, y que la calidad y satisfacción individual sean óptimas. Es aquí donde la percepción de los obstáculos cobra mayor relevancia, sobre todo aquellos de carácter subjetivo. La satisfacción va a depender en gran medida de esta percepción.

La accesibilidad y la equidad en salud son temas que están íntimamente relacionados, frecuentemente los obstáculos para acceder a los servicios de salud son a la vez inequitativos por razones de edad, condición social y género entre otros aspectos.

## CAPÍTULO VI LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*Elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país.*

*Eje principal del Plan Nacional de Salud 2001-2006*

El acelerado crecimiento del interés por la calidad en México y en otros países se ha presentado de diversas maneras, pero todas parten de una misma idea: la calidad como requisito indispensable de sobrevivencia económica, responsabilidad social e integridad moral (Ruelas-Barajas & Zurita-Garza, 1993: 235). En la actualidad, tanto en instituciones públicas como privadas del sector salud, existe una efervescencia por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención, y evaluarla desde la perspectiva del usuario, es cada vez más frecuente (Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar, & Nigenda-López, 1998: 2). Es por este motivo que la calidad se debe medir desde diferentes perspectivas para finalmente llegar a un veredicto.

La evolución del control de la calidad en los servicios de salud ha pasado a través del siglo veinte, desde la tendencia a la inspección de la calidad —mediante normas y medidas— para pasar luego al control estadístico, y de ahí migrar al aseguramiento de la calidad —mediante programas y sistemas— llegando hasta nuestros días a lo que llamamos administración estratégica de la calidad (Jiménez-Cangas, Báez-Dueñas, Pérez-Maza, & Reyes-Alvarez, 1996: 15). Más de un siglo nos ha llevado conceptualizar y medir la calidad de la atención en salud.

## **1 Definiendo la calidad**

Al hablar de mejorar la estrategia de la calidad total es importante puntualizar cuatro rubros a saber, primero se requiere obtener un consenso en lo relativo a la terminología; el segundo punto es sistematizar los variados métodos a utilizar; en tercer lugar es necesario describir resultados concretos, así como costos, efectividad y eficiencia de los métodos; por último se requiere realizar esfuerzos para mejorar la calidad, tanto de la atención como de los profesionales de la salud (Ruelas & Zurita, 1993: 236). Todos estos flancos que existen al hablar de la calidad nos obligan a ampliar el panorama y no centrarnos en un único rubro de estudio.

Durante mucho tiempo la calidad fue un concepto implícito de la atención proporcionada por el médico, sin embargo en años recientes el concepto se fue aplicando a los servicios de atención médica, si bien es cierto que mediante el rigor académico pueden separarse los conceptos, en la práctica son consustanciales (Ruelas-Barajas, *Calidad y accesibilidad*, 2011: 511).

La calidad de la atención se refiere a las actividades encaminadas a garantizar servicios accesibles y equitativos; con profesionales óptimos, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida (Jiménez-Cangas, Báez-Dueñas, Pérez-Maza, & Reyes-Alvarez, 1996: 15). Cuando nos referimos a los profesionales de la salud es necesario, no sólo que conozca su campo de

acción y que brinde un excelente servicio, sino que además esto sea percibido por el usuario y se sienta satisfecho con la atención, tornando aún más difícil el encuadrar el concepto.

La calidad de la atención a la salud no sólo involucra al personal técnico y profesional, sino que incluye a todos —dentro de la institución, programa, servicio o contexto— los que tengan incidencia directa o indirecta con los resultados (Jiménez-Cangas, Báez-Dueñas, Pérez-Maza, & Reyes-Alvarez, 1996: 16).

La calidad de atención podría definirse como la capacidad de los servicios de salud de dar respuestas aptas, adecuadas y que correspondan con las necesidades y demandas de salud (Mesquita, Pavlicich, & Benitez, 2008: 12), es decir que la percepción de la calidad va aparejada con el buen trato personal y la mejoría de la salud.

Esencialmente el concepto de calidad significa conformidad con normas —que no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra— que pueden dividirse en tres componentes de la atención a la salud, a saber, la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención. La evaluación de cada uno de ellos permite valorar la calidad de la atención brindada (Donabedian, 1990: 114).

Hablar de calidad en salud implica, en primer término el conocimiento de necesidades, además de un modelo de referencia con el cual compararse, y finalmente conseguir la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente (Guix Oliver, 2005: 325).

Calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona entre otras cosas con el grado de satisfacción personal, con su situación física, emocional, familiar, amorosa, social, así como con el sentido que le imprima a su propia vida (Schwartzmann, 2003: 11).

Otro concepto de calidad de atención sanitaria es la satisfacción de las necesidades y las expectativas de los usuarios con el máximo de beneficios y el mínimo de riesgos (Martínez-Ramírez, Chávez-Ramírez, Cambero-González, Ortega-Larios, & Rojas-Jimenez, 2008: 205).

## **2 Progreso de las condiciones de vida**

Las trascendentes transformaciones políticas y económicas y especialmente las reformas del sector salud —realizadas en la mayoría de los países americanos— no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida, ni en el modo de promover la equidad en las condiciones de salud de la población (Schwartzmann, 2003: 10). Todas estas reformas se enfocan principalmente a los aspectos materiales, descuidando el aspecto humano, es decir que dejan fuera las opiniones ciudadanas, la percepción personal de bienestar.



La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y el empleo, además de situación económica, lo que conlleva a una sensación de bienestar muy personal (Velarde-Jurado, 2002: 350). Si bien es importante cumplir con todos estos satisfactores, es igualmente importante evaluar el sentir de las personas.

Al hablar de la calidad de vida como una percepción subjetiva, se hace hincapié en la esencia del concepto, que es el reconocimiento de que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, mental, social y espiritual depende de sus propios valores y creencias, su contexto cultural y su historia personal. La confusión entre estado de salud y calidad de vida ha dado origen a dilemas éticos, técnicos y conceptuales. Especialmente después de tener evidencias de que muchas personas al adaptarse a una enfermedad progresiva, se consideran con una calidad de vida buena aunque su estado de salud no sea el más óptimo (Schwartzmann, 2003: 13).

El concepto de calidad de vida es bastante relativo, pues tiene al menos tres marcos de referencia a saber, el primero es el histórico —en diferentes épocas la calidad de vida se mide con parámetros distintos—, en segundo lugar tenemos lo cultural —aquí observamos que tienen diferentes parámetros en virtud de sus tradiciones— y el tercer marco de referencia es la clase social a que pertenece —las expectativas de vida van en relación con su clase social—aquí es pertinente comentar que no sería ético dejar, a quien vive en la pobreza y no tiene mayores expectativas por no conocer otra realidad, en las

mismas condiciones precarias. Tanto la sociedad como el Estado deben de colaborar para aumentar la calidad de vida (Schwartzmann, 2003: 16).

### **3 Calidad de los cuidados para la salud**

En un estudio reciente realizado en Paraguay para analizar la percepción de la calidad, los encuestados atribuían, como factor preponderante en la calidad de la atención —personalizada y humanizada— al buen trato personal, a la buena revisión del paciente y a las explicaciones claras brindadas sobre el problema (Mesquita, Pavlicich, & Benitez, 2008: 11) se habla del interés — como persona— que muestra todo el personal de salud hacia el paciente y no solo el médico.

Podríamos decir que la medicina también tiene el compromiso de optimizar las situaciones que permitan conseguir una calidad de vida razonable, incluyendo la promoción de bienestar a través de intervenciones psicosociales dentro de los tratamientos habituales (Schwartzmann, 2003: 13).

El análisis de la calidad, propuesto por Donabedian, a partir de tres dimensiones —estructura, proceso y resultado— ha sido una contribución extraordinaria que permite medir las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Al hablar de estructura se hace hincapié en las comodidades, instalaciones físicas y la organización. El proceso engloba los aspectos de procedimientos y acciones realizadas en la consulta. Finalmente cuando se habla de resultado, se hace referencia a los cambios en el estado de salud y la

percepción general de la atención recibida (Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar, & Nigenda-López, 1998: 2).

La calidad de los servicios de salud se puede entender como el grado en el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud (Mijares-Seminario, 2012: 111).

#### **4 Satisfacción del usuario**

Al diagnosticar y tratar desde el nivel biomédico exclusivamente —utilizando alta tecnología y mejorando sin duda la sobrevivencia del paciente— se ha dejado de lado la aproximación holística del cuidado de la salud, que incluye no solo el combate de la enfermedad, sino la promoción del bienestar (Schwartzmann, 2003: 10).

La mala calidad de la atención es definida por los largos tiempos de espera y el corto tiempo de consulta, la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico, insuficiencia de baños y falta de medicamento en la farmacia. Otros aspectos que afectan la satisfacción del paciente son la insuficiente capacitación de los médicos, los diagnósticos inadecuados, las negligencias, la no resolución del problema de salud, la carencia de información y la no aclaración de dudas respecto a su padecimiento. Con base en lo anterior, es importante señalar la relación médico-paciente como elemento clave para brindar una atención de calidad (Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar, & Nigenda-López, 1998: 8).

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está poderosamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos para afrontar las distintas situaciones y el soporte social. Estos aspectos son precisamente los más relevantes para cada uno de los pacientes, a la hora de evaluar su calidad de vida y decidir sobre la satisfacción del servicio recibido (Schwartzmann, 2003: 11).

La salud con calidad conlleva tener en cuenta la ética como principio de las acciones profesionales, el respeto a la voluntad de los pacientes, la no discriminación de las personas y utilizar modelos motivacionales para acercarlos a la salud (March & Prieto, 2001: 59).

Durante la última década del siglo anterior, el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud pretende incluir en las evaluaciones en salud, la percepción de los usuarios respecto de su bienestar; porque si bien es cierto que tradicionalmente se evaluaban solo los datos objetivos que el equipo médico observaba, ha ido tomando importancia el aspecto subjetivo de la percepción del paciente y sus sentimientos de bienestar o malestar y su estilo de vida (Schwartzmann, 2003: 12). La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo que se ha asociado a la salud y al estilo de vida, pero principalmente se ha asociado a la sensación de satisfacción del paciente con su estado de salud y de bienestar desde un punto de vista holístico —físico, mental, social, espiritual, etc.—.

## CAPÍTULO VII LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*La Cobertura Universal de Salud no es un sueño imposible, de hecho ya es una realidad en varios países.*

*Margaret Chang*

En países como México, en el cual existe un sistema de salud segmentado, se puede observar una brecha importante en cuanto a la cobertura real y la teórica (Torres Arreola & Constantino Casas, 2003: 363). México al ser uno de los Estados Miembros de la OMS tiene el objetivo oficial de “salud para todos en el año 2000” sin embargo sigue siendo un sueño porque su sistema de salud —al igual que en la mayoría de los países en desarrollo— tropieza con varios problemas: primero, los recursos destinados al sector salud son escasos; segundo, estos escasos recursos atienden necesidades del 10 a 15% de la población; tercero, los países más ricos atraen a los médicos de los más pobres; y en cuarto lugar, las personas apenas vigilan su propio estado de salud, dificultando el adoptar decisiones sobre su propia salud (Malher, 2009: 3). Por todo ello, lograr la cobertura de los servicios de salud no es empresa fácil, no obstante México está decidido a lograrlo acercando médicos, medicinas y centros de salud a la población. Una de las acciones más recientes ha sido la implementación del seguro popular, como política pública que busca acercar la salud a todos, aun y cuando no pudo ser para el año 2000 como marcaba el reto internacional.

## **1 ¿A qué se refiere la cobertura de los servicios de salud?**

Durante el siglo XX México inició el desarrollo del sistema de salud con una lógica de crecimiento industrial, asociando la cobertura de protección en salud con esquemas de seguridad social por condición de empleo, esto es, servicios de salud con prepago provistos en un esquema público para los trabajadores en el sector formal de la economía. La realidad del desarrollo económico del país, distanciado de las proyecciones, generó un escenario con una elevada proporción de población en la economía informal, que al mismo tiempo se encontraba expuesta a choques económicos relacionados con gastos excesivos en salud que generaban empobrecimiento (Gutierrez, 2013: 153). Mas de la mitad de la población por tanto estaba desprovista de la protección en salud y con ello la generación del terrible gasto de bolsillo, empobrecedor comprobado de las familias.

El acceso a una adecuada seguridad social y a la protección de la salud son dos derechos humanos fundamentales; sin embargo, a comienzos del siglo XXI, menos del 25% de la población mundial tenía acceso a una cobertura de seguridad social adecuada (Solís, y otros, 2009: 136). La cobertura efectiva se refiere a la cobertura cruda —mide la proporción de la población con una necesidad en salud y que recibe determinada intervención— ajustada por calidad. Es un indicador que se relaciona con tres conceptos discutidos en la literatura: 1) la cobertura de las acciones en salud, 2) la utilización de atención y 3) el acceso a los servicios (Martínez, y otros, 2011: S79). Como puede apreciarse, si bien la cobertura puede definirse de diversas formas al referirnos a la cobertura de los servicios de salud en esta investigación, la referencia es a la capacidad existente para brindar dicho servicio. No a la población cubierta por los programas y

actividades de salud, ni a la cobertura geográfica que refieren cuando se habla de accesibilidad geográfica a los servicios de salud.

En México el derecho a la cobertura de los servicios médicos de seguridad social, se relaciona directamente al hecho de contar con un trabajo asalariado y con las prestaciones derivadas de éste (Nájera-Aguilar, Ramírez-Sánchez, & Cantoral-Uriza, 1995: 5). Siendo los principales aseguradores el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX). Empero existen en el país un amplio grupo de personas en la economía informal o desempleadas que quedan sin protección social y de requerirlo tendrían que acudir al servicio que brinda la secretaría de salud o acudir a la medicina privada. Sin embargo la cobertura se ve limitada en las áreas rurales debido a la dispersión de la población, en especial en el segundo y tercer nivel de atención, alejando la equidad en salud de estos grupos poblacionales.

La base de un proceso de equidad sanitaria entendida esta como la igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos disponibles y el diseño de unas políticas de salud no discriminatoria y en beneficio de toda la comunidad, es un conjunto de reformas que tienen como objeto avanzar hacia la cobertura universal, hacia la implantación progresiva de redes de servicios cuyo eje sea la atención primaria en zonas donde no existen por su lejanía o por su dispersión o por segmentación social y al reemplazo de servicios de salud mercantilizados e individualizados (Brommet, Lee, & Serna, 2011: 382). Este conjunto de reformas ya se ha venido implementando desde 2004 con el sistema de protección social en salud, mejor conocido como Seguro Popular, empero a casi 10 años aun no logra una cobertura total.

## 2 Infraestructura y Suministros de los servicios de salud

En la República Mexicana según datos de 2007 hay 4354 hospitales, de los cuales 3172 son privados —la mayoría de estos son pequeñas maternidades— además hay 464 hospitales de seguridad social y 718 hospitales del sector público (Gómez-Dantés, y otros, 2011: S227). Cabe señalar que en el estado de Nuevo León también guardan igual relación los hospitales, es decir 73% son hospitales privados, 16.5% son hospitales de seguridad social y el 10.5% restante corresponde a hospitales públicos.

La salud es un derecho humano fundamental. El acceso a la atención de salud, que incluye el acceso a los medicamentos esenciales, es un requisito previo para hacer efectivo ese derecho. Los medicamentos esenciales desempeñan un papel crucial en muchos aspectos de la atención de salud. Si están disponibles, son asequibles y de buena calidad y se usan debidamente, los medicamentos pueden ofrecer una respuesta sencilla y económicamente eficiente para muchos problemas de salud (Organización Mundial de la Salud, 2001: 3). Pues si bien es cierto, en México tenemos dificultades para brindar ese derecho fundamental a la salud. Encontrando en algunos de los casos que se puede tener el acceso al hospital pero no necesariamente a los medicamentos, en especial si pertenecen al grupo cubierto por el seguro popular, que como ya se ha mencionado, no cubre todos los padecimientos, y por ende tampoco cubre todos los tratamientos.

Sin embargo, no hay duda de que el tema de la política farmacéutica se ubica actualmente entre las más altas prioridades del sector salud mexicano. México está en un proceso de reforma importante: la creación de un nuevo esquema de seguro —Seguro Popular— para



la mitad de la población que no había sido previamente asegurada. Esta reforma política de salud ha tenido un gran impacto sobre la política farmacéutica: está incrementando significativamente el gasto en medicamentos, demanda la creación de una nueva infraestructura para la adquisición y suministro de medicamentos al nivel federal así como en los estados (Wirtz, Reich, & Hernández-Avila, 2008: S427). Pero como se ha visto, este reto que se pretendía para 2012 aun no es meta cumplida, pues faltan por incluir no solo usuarios del sistema, sino la totalidad de los padecimientos y con ello la cobertura total de medicamentos.

En América Latina se avanzó más en el acceso de las personas a los servicios médicos que a los medicamentos esenciales para el cuidado de su salud. La provisión pública y gratuita de medicamentos fundamentales a la población constituye una poderosa herramienta para promover el acceso y uso racional de los medicamentos (Tobar, 2008: S464). El acceso a servicios de salud suficientes, oportunos y de buena calidad —distribuidos con equidad y organizados con eficiencia— es un requisito indispensable para mantener condiciones de salud adecuadas. El acceso a los medicamentos tiene también un alto impacto sobre los servicios, ya que son un insumo básico del proceso terapéutico. No obstante, en México aún existen poblaciones que carecen de acceso oportuno y suficiente a las medicinas. El desabasto de medicamentos fue frecuente en México hasta hace pocos años, debido a las crisis económicas, la desorganización y la falta de transparencia del sector. En los últimos años el desabasto de medicamentos ha disminuido, pero sigue siendo un problema en las zonas rurales y las regiones marginadas (López-Moreno, Martínez-Ojeda, López-Arellano, Jarillo-Soto, & Castro-albarrán, 2011: S446). Así que el gasto de bolsillo sigue presente precisamente en estos grupos de población, empobreciéndolos aún más, haciéndolos caer en las trampas de la pobreza, cada vez que un evento catastrófico se presenta.

Estudios recientes muestran que los gastos excesivos —catastróficos y empobrecedores— por motivos de salud disminuyeron de 4.1% a 2.7% entre 2004 y 2008. Sin embargo hay gran variación en la prevalencia de estos gastos. En la población rural, 3.92% de los hogares presentaron gastos catastróficos por motivos de salud en 2008 contra sólo 2.05% en los hogares urbanos (Gómez-Dantés, y otros, 2011: S226). Si bien se puede observar que la mayoría de la población, al contar ahora con mayor protección financiera—gracias al seguro popular— ya no requiere hacer una erogación excesiva de su dinero al enfermar algún miembro de la familia, todavía existe un grupo que sí sigue haciendo gasto de bolsillo, ya sea por no tener seguro popular, porque un padecimiento no está dentro de la cobertura o por desabasto en el hospital.

La Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos, convocada por la Organización Mundial de la Salud en Nairobi en 1985, definió el uso racional de la siguiente manera: Usar racionalmente los medicamentos significa que “los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un período adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 1985). Esta definición hoy en día está lejos de ser realidad en México, toda vez que la cobertura del seguro popular no incluye todos los padecimientos y por ende todos los tratamientos. Además de que en el sistema de seguridad social también se reportan deficiencias, quedando tan solo el sector privado como único proveedor de todo tipo de fármacos siempre y cuando se cubra el costo de ellos.

Para lograr un suministro adecuado de medicamentos es indispensable fortalecer la rectoría de la SSA mediante el establecimiento de una política nacional de medicamentos que incluya la participación de medicamentos genéricos, el mantenimiento de precios bajos de los medicamentos de patente, la optimización en el tránsito del suministro de recursos, capacitación al personal y adecuación permanente del Cuadro Básico y Catalogo de Medicamentos basada en las necesidades vigentes expresada en la prescripción basada en la evidencia científica (Granados-Cosme, Tetelboin-Henrion, Garduño-Andrade, Rivera-Marquez, & Martínez-Ojeda, 2011: S469).

### **3 Cobertura Universal de Salud**

En México, la protección en salud se identifica con un elemento necesario para llevar a la práctica el derecho a la protección de la salud establecido en 1983 en el artículo 4 de la Constitución mexicana. La reforma que dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud en 2003, y la implementación del Seguro Popular, fortalecido en 2007 con el Seguro Médico para una Nueva Generación ha buscado proporcionar este acceso a la población que no está dentro de los esquemas de seguridad social desarrollados para los trabajadores asalariados de la economía formal. La proporción de la población mexicana sin protección en salud en el 2000 era de 58.6 % y para 2012 disminuyó a 21.4% (Gutierrez & Hernández-Avila, 2013: S84). Sin embargo, y a pesar de todos estos esfuerzos la cobertura total aun no es una realidad. Es decir, que el derecho a la protección de la salud sigue siendo tarea pendiente en un grupo de la población, por cierto cada vez menor. Parte importante en este avance es la medición que ahora se lleva a cabo.

Realizar una evaluación comparativa del desempeño de los sistemas de salud es importante para la rendición de cuentas, el monitoreo del progreso, la identificación de determinantes de éxito y fracaso y la creación de una cultura de la evidencia. Desde 2001, la Secretaría de Salud de México ha estado desarrollando un sistema estatal de evaluación comparativa del desempeño, emitiendo informes anuales y ha utilizado un modelo de evaluación comparativa del desempeño que incluye la medición de la cobertura efectiva del sistema de salud (Lozano, y otros, 2007: S54). Gracias a ello es posible contar actualmente no solo con información general de la cobertura en salud, sino con información específica que ayuda a redefinir, reorientar o mantener las políticas públicas.

La desigualdad social ha provocado reacciones científicas de la más diversa índole y las ciencias de la salud no son la excepción. Las desigualdades se manifiestan en el acceso a satisfactores entre los que figuran los recursos para la salud y la preocupación por la “brecha de la cobertura” de los servicios de salud se complica pues el sector salud tiene una capacidad limitada para contrarrestar los daños que el propio modelo de desarrollo provoca en la salud de la población. En México dada su diversidad cultural, existen obstáculos adicionales al acceso y aceptación de los servicios, y la disparidad no solo se presenta en la cobertura, sino también en la calidad de la atención y en la tecnología disponible (Hernández Peña, Zapata, Leyva, & Lozano, 1991: 10). Empero esa diversidad cultural, México avanza en la cobertura universal de salud, si bien no se logró para el 2012 como estaba planeado, existe un gran avance y en breve pudiera darse esta meta.

La cobertura universal de salud implica tres etapas a saber: la afiliación universal, que garantiza el acceso a servicios de salud; la cobertura universal, que implica un acceso regular a un paquete de servicios de salud; y la cobertura efectiva universal, que garantiza

a todos igualdad, calidad y protección financiera. Es importante señalar que estas etapas son progresivas y además se traslapan a medida que avanza (Knaul, y otros, 2013: 208). Esto se debe en primera instancia a que la afiliación se ha realizado durante estos diez años y aun continua, pero además en el inicio la cantidad de enfermedades incluidas era muy limitada, conforme avanza el programa el numero de padecimientos a atender ha ido en aumento y si bien, aun no cubre todos, cada día se acerca a esa cobertura efectiva universal.

Las condiciones de salud en México han mejorado en forma drástica en los últimos 50 años. Aumentando la esperanza de vida al nacer y las disminuyendo las tasas de mortalidad infantil. No obstante, el constante aumento en el nivel promedio de salud de la población se ha acompañado de desigualdades persistentes en diferentes segmentos de la misma. La transición epidemiológica en México presenta nuevos desafíos a un sistema de salud que tradicionalmente ha priorizado los programas dirigidos a enfermedades transmisibles y a la salud reproductiva. A pesar de un crónico subfinanciamiento, se han obtenido logros sustanciales en esta agenda tradicional a través de una atención especial a las intervenciones de salud comunitaria, que han demostrado ser altamente costo-efectivas (González-Pier, y otros, 2007: S38). Estos logros se espera mejoren, una vez implementado el Seguro Popular, pues cubriendo a la mitad de la población menos favorecida económica y socialmente, se está protegiendo al grupo más vulnerable y con índices de enfermedades más altos. Estas políticas de salud aun deben ser implementadas en su totalidad, para evaluarlas y medir resultados. Indudablemente las autoridades harán los ajustes necesarios, para el rediseño basado en evidencias y mantener el ciclo de las hechas de las políticas.

## CAPÍTULO VIII APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

*Los problemas importantes que enfrentamos hoy no pueden resolverse con el mismo nivel de pensamiento en el que nos encontrábamos cuando los creamos.*

*Albert Einstein*

La técnica de campo utilizado en esta investigación es la entrevista en profundidad semiestructurada. Una de las formas más antiguas existentes hoy en día para la obtención de información es la entrevista, ésta es una conversación entre dos personas o más. Existen diversas categorías dependiendo de los objetivos o necesidades del investigador, sin embargo en todas sus variantes es un instrumento que permite la obtención de información valiosa. Este capítulo permitirá identificar las características específicas del instrumento y el contenido específico de éste. Pero más interesante aun será el análisis y la discusión.

### **1 Aproximación metodológica de la investigación**

La entrevista en profundidad es una de las tres grandes técnicas de investigación cualitativa –además de la observación y el análisis de contenido– implica siempre un proceso de comunicación, donde se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar

respuestas. Es la herramienta metodológica favorita del investigador cualitativo pues permite que un individuo transmita oralmente su definición personal de la situación (Ruiz Olabuénaga, 2009: 165).

La entrevista puede servirnos para afinar preguntas. La intención es captar el significado de las cosas y no necesariamente describirlas, es una técnica interpretativa. Por entrevista definimos, habitualmente, una conversación verbal entre dos o más seres humanos (entrevistador y entrevistado), cuya finalidad es lo que en verdad le otorga el carácter. Es decir en un sentido amplio, la entrevista es una conversación que establece un interrogador y un interrogado para un propósito expreso (...) es una forma de comunicación interpersonal orientada a la obtención de información sobre un objeto definido (Sierra, 1998: 281-282).

Se utiliza esta técnica sobre todo para afinar las preguntas que se puedan realizar a un grupo reducido de los integrantes del grupo muestra, y una vez afinado se aplica a todo el grupo. El utilizar este método en la investigación nos permite conocer la opinión de las autoridades relacionadas al tema de salud en el estado de Nuevo León, sobre la equidad en salud. Los datos pueden ser clasificados en categorías para un análisis objetivo y además para poder aplicarlo con precisión al conjunto de información. Para este fin se elaboran guías y observaciones con base en el marco conceptual de equidad de salud.

Además este instrumento permite también cierta subjetividad que servirá para enriquecer la investigación pues se pretende hablar con expertos en el tema, y sus opiniones siempre

serán valiosas de recolectar y analizar, pero estos resultados no deberán quedar en lo explícito expresado, sino que permite ir más allá, es decir a las intenciones del experto en cuestión. El tiempo estimado de cada entrevista será no más de 30 minutos.

El registro en grabadora de la entrevista garantiza la concentración del entrevistador al no tener que tomar constantemente notas, pudiendo así retener lo dicho en la interacción conversacional. Como lo señala Sierra (1998: 320) el uso de grabadora permite al entrevistador captar mucha más información que si se recurre a la memoria o al cuaderno de campo. Se realizan entrevistas semiestructuradas, se graban y se transcriben las respuestas para analizar, interpretar, reinterpretar y redactar las conclusiones o informe final de la investigación.

## **2 Descripción del instrumento**

El instrumento que se utilizó en esta investigación es la entrevista a profundidad semiestructurada, método cualitativo ampliamente manejado en las investigaciones sociales. Una vez realizada la codificación de variables, se prosiguió con el diseño y elaboración del guion o las preguntas del instrumento. Este guion se convierte en un medio, más que en un fin, que permite construir el marco de relación en el que el entrevistado y entrevistador interactuarán (Olaz, 2008: 30). La entrevista fue semiestructurada, no obstante se permitió agregar comentarios.



Para la presente investigación se llevaron a efecto dos pruebas piloto del instrumento con un guion preliminar –todo ello con la intención de comprobar la comprensión del mismo por parte de los entrevistados– antes de llegar al instrumento definitivo.

El cuestionario se diseñó bajo la base de cuatro unidades de análisis, las cuales permanecieron hasta la versión final, sin embargo las preguntas si sufrieron modificaciones. En la primera prueba piloto –anexo 2– se realizaron 17 preguntas que a continuación se describen, para la primera variable de estudio – **accesibilidad** a los servicios de salud en el primer nivel de atención– las cinco preguntas fueron:

1. ¿en su opinión como considera la distancia que tienen los centros de salud en relación a la población objetivo? ¿Qué es cerca/lejos?
2. ¿Cómo considera usted el costo de la consulta?
3. ¿si el costo de la consulta incide en la accesibilidad?
4. ¿Qué barreras considera que afectan la accesibilidad a los servicios de salud pública?
5. ¿Cuáles considera son los más graves problemas para que las personas tengan acceso a los servicios de salud?

Para la segunda variable de estudio – **Calidad** en la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención– se realizaron cuatro preguntas:

1. ¿Cuál es su opinión en relación a la calidad de los cuidados que reciben los pacientes en el segundo nivel de atención?

2. ¿Cómo considera la satisfacción del usuario por los servicios recibidos en el segundo nivel de atención?

3. ¿Qué opina de la capacidad del personal que atiende el segundo nivel?

4. ¿Considera que existe suficiente personal en el segundo nivel de atención?

La tercera variable en cuestión –**Cobertura** de los servicios de salud en el tercer nivel de atención– se evaluó a través de cinco preguntas:

1. ¿considera que la infraestructura, del tercer nivel de atención, existente en el estado de N.L. es suficiente para dar cobertura?

2.- ¿Cuál es su opinión sobre los suministros existentes en el tercer nivel?

3. ¿cree usted que el personal contratado es suficiente para brindar el servicio?

4. ¿Cuál es su opinión sobre la invasión de competencias (de los tres órdenes de gobierno) en el sector salud?

5. ¿Cuál es su opinión sobre la cobertura universal de salud?

La cuarta variable de estudio –**Equidad en salud**– fue valorada por medio de tres cuestiones:

1. ¿Cuál es su opinión de equidad en salud?

2. ¿Para qué sirve la equidad en salud, según su opinión?

3. ¿Qué papel juega la ética en este tema de la equidad en salud?

Luego de hacer pruebas con el instrumento se decide realizar la prueba piloto dos –anexo 3– pues se consideró necesario agregar una pregunta a cada variable de estudio. En la primera parte se agregó la pregunta ¿cómo podría mejorar la accesibilidad a los servicios de salud en el primer nivel de atención? En la variable dos se agregó la pregunta, ¿Qué se requiere para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención? La tercera variable incluyó la pregunta ¿Cómo mejoraría la cobertura en el tercer nivel de atención? Para la cuarta variable la pregunta fue ¿de qué forma podría mejorar la equidad en salud?

Después de revisar la información recabada con la prueba piloto dos, se constató que era necesario hacer ajustes para facilitar la comprensión de las preguntas por parte de los entrevistados, llegando al guion definitivo –anexo 4–, las modificaciones fueron las siguientes: en la variable de accesibilidad se rediseñó la pregunta uno quedando como a continuación se cita ¿Qué opina de la distancia entre los centros de salud y la población que atiende? Sobre la pregunta dos y tres se decidió unirlos quedando así ¿Qué opina del costo de la consulta en relación al poder adquisitivo de la población? Las preguntas cuatro y cinco también fueron modificadas quedando así ¿A qué dificultades se enfrenta un ciudadano para que sea atendido por un médico en un centro de salud, si se siente enfermo? y ¿Cómo afectan los aspectos culturales a un ciudadano para acercarse a un servicio de salud?

Variable de calidad, las preguntas que fueron rediseñadas para su mejor comprensión. La tres y cuatro quedaron con la siguiente redacción ¿Qué opina de la capacitación del personal que atiende el segundo nivel? y ¿Qué opina en relación a la cantidad de personal que existe en el segundo nivel de atención?

De la variable cobertura se modificaron las preguntas uno, tres y cuatro, las definitivas son: 1. ¿Cómo considera la infraestructura, del tercer nivel de atención, existente en todo el estado de N.L.? 3. ¿Qué opina de la cantidad de personal contratado para brindar el servicio en el tercer nivel? Y 4. ¿Cuál es su opinión sobre la invasión de competencias entre el gobierno municipal, estatal y federal?

En la variable equidad solo se rediseñó la pregunta uno quedando con la siguiente redacción: ¿Cómo define usted el concepto de equidad en salud?

### **3 Análisis de resultados**

Con la versión definitiva del instrumento ya afinada se realizaron doce entrevistas individuales, semiestructuradas basadas en un cuestionario de 20 preguntas abiertas. Previo a las entrevistas se obtuvo el consentimiento verbal de cada entrevistado y se garantizó la confidencialidad de la información.

Los entrevistados fueron cuatro del sexo femenino y ocho del sexo masculino. Cabe hacer mención que en la localidad existen más hombres que mujeres en los puestos directivos. Los hospitales se dividen en tres categorías, a saber, hospital público (HPU), hospital privado (HPR) y hospital de seguridad social (HSS).

Tabla. 4 Identificación de los encuestados

Número del entrevistado	Sexo del entrevistado	Tipo de hospital
E01	F	hospital público
E02	M	hospital público
E03	M	hospital privado
E04	M	hospital de seguridad social
E05	F	hospital público
E06	F	hospital público
E07	F	hospital público
E08	M	hospital privado
E09	M	hospital privado
E10	M	hospital de seguridad social
E11	M	hospital de seguridad social
E12	M	hospital de seguridad social

Fuente: elaboración propia

La entrevista se dividió en cuatro ejes temáticos: la accesibilidad a los servicios de salud en el primer nivel de atención, la calidad en la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención, la cobertura de los servicios de salud en el tercer nivel de atención y la equidad en salud. Realizando de cuatro a seis preguntas por eje tratado. Para el análisis se operacionalizaron las variables en categorías y subcategorías, construidas en función de la teoría revisada y a continuación se detallan.

### **1 Categoría: Accesibilidad a los servicios de salud, en el primer nivel de atención**

Dentro de esta categoría se identificaron las siguientes subcategorías: a) Factores geográficos, b) factores económicos, c) factores administrativos y d) factores culturales.

#### **1.1 Subcategoría: Factores geográficos**

Se pudo apreciar que la mayoría de las personas participantes en este estudio consideran que la distancia entre los centros de salud y los usuarios es razonablemente mayor a la deseada, sin embargo una minoría de los entrevistados —E04 HSS, E09 HPR, E11 HSS Y E12 HSS— opinan que es adecuada, pero con algunas deficiencias en fines de semana y turno nocturno, obligando a los usuarios a desplazarse grandes distancias.

#### **1.2 Subcategoría: Factores económicos**

Existe contradicción en la percepción del costo del servicio, por parte de los expertos, mientras la mitad —E02 HPU, E03 HPR, E04 HSS, E08 HPR, E09 HPR, E10 HSS— lo consideran adecuado, la otra mitad de los entrevistados lo consideran elevado. Sin

embargo, al considerar la respuesta “no representa un costo significativo, pero cuando existen patologías que no están cubiertas por el seguro popular, pues si crea una brecha importante el poder adquisitivo de los pacientes”.

### **1.3 Subcategoría: Factores administrativos**

Se encontró que a excepción de solo dos de los participantes —E04 HSS Y E09 HPR— el resto opina que existe un problema de insuficiencia de médicos. Por ejemplo, el participante E02 HPS expone que la dificultad refiere a que actualmente “no existe médicos... que cubran ciertos centros de salud”. Otro de los participantes E07 HPU comenta que “son muy pocos médicos, entonces a veces los pacientes no alcanzan fichas y no se les atiende”.

### **1.4 Subcategoría: Factores culturales**

En general los expertos consideran que los aspectos culturales afectan mucho a los ciudadanos para acceder a un servicio de salud. Por ejemplo, uno de los entrevistados —E02 HPU— menciona que los aspectos culturales de los pacientes influyen “bastante, no se hallan en un hospital”, otros participantes —E03 HPR, E06 HPU, E07 HPU Y E12 HSS— coinciden en señalar que “si afecta y no tienen una mentalidad preventiva”. El experto E11 HSS comenta que en particular los pacientes masculinos tienen menos cultura de prevención.

## **2 Categoría: Calidad en la prestación de los servicios de salud, en el segundo nivel de atención**

Dentro de esta categoría se identificaron las siguientes subcategorías: a) Calidad de los cuidados para la salud, b) satisfacción del usuario, c) capacitación del personal y d) cantidad de personal.

### **2.1 Subcategoría: Calidad de los cuidados para la salud**

Cuando se preguntó sobre la calidad de los cuidados para la salud hubo una coincidencia de diez de los participantes que la considera buena o adecuada, sin embargo dos de los expertos —E11 HSS Y E03 HPR —la considera por debajo de lo esperado, es decir que no se brinda la calidad que se requiere.

### **2.2 Subcategoría: Satisfacción del usuario**

Se encontró que la mitad de los entrevistados opinan que los usuarios están satisfechos, a considerar por sus respuestas “buena, adecuada, se van contentos, en general es buena, hemos mejorado mucho y satisfacción de 95%”, mientras los otros participantes comentan que la calidad es “mala, sigue existiendo deficiencias, van porque no tienen de otra”. El entrevistado E12 HSS considera la satisfacción mixta, es decir que los que se si recibieron el servicio están satisfechos, pero existe otro grupo de pacientes frustrados porque no le cumplen en el segundo nivel de atención. El experto E07 HPU expone que “es un sesgo en cuanto a satisfacción, que una cosa es, que desde el momento todas tus



necesidades van a estar siendo satisfechas, y que no te sientas satisfecho porque al final ya te pudieron dar la atención”.

### **2.3 Subcategoría: Capacitación del personal**

Al indagar sobre la capacitación del personal que brinda el servicio, las opiniones se dividen sin embargo la mayoría de los expertos la considera buena. Solo tres expertos — E01 HPU, E05 HPU, E06 HPU— opinan que existen áreas de oportunidad importantes en este renglón.

### **2.4 Subcategoría: Cantidad de personal**

La opinión de los expertos, en relación a la cantidad de personal que atiende el segundo nivel, se divide y una tercera parte lo considera buena pero con algunas precisiones. El entrevistado E01 HPU dice que “cumplimos en cierto modo en el turno matutino, pero desprotegemos el vespertino” y el entrevistado E06 HPU comenta “estamos cubriendo 85-90% de la demanda... no tenemos donde meter tanta gente”. Pero para la mayoría de los expertos la cantidad de personal es insuficiente. Los entrevistados E02 HPU y E08 HPR comentan que falta personal de enfermería. Mientras E04 HSS Y E07 HPU hacen referencia a la falta de especialistas y su mala distribución geográfica, además de especialidades médicas saturadas y otras áreas sin desarrollar.

### **3 Categoría: Cobertura de los servicios de salud, en el tercer nivel de atención**

Dentro de esta categoría se identificaron las siguientes subcategorías: a) Infraestructura para la atención médica, b) suministros de los servicios de salud, c) suficiencia de personal calificado y d) cobertura universal

#### **3.1 Subcategoría: Infraestructura para la atención médica**

En la cuestión de infraestructura en el tercer nivel de atención solo cuatro de ellos —E02 HPU, E03 HPR, E04 HSS Y E11 HSS la considera buena, mientras la mayoría opina que aún falta infraestructura en áreas específicas. El experto E07 HPU hace una precisión al comentar “vamos a separar lo público de lo privado, en Nuevo León las áreas privadas creo que están muy bien. Área pública, creo que el recurso humano es muy capaz pero hospitales públicos de tercer nivel son pocos”. El experto E08 HPR afirma “área privada es muy adecuada, rurales seguimos siendo deficiente privada y pública; y pública urbana hay muchas deficiencias”.

#### **3.2 Subcategoría: suministros de los servicios de salud**

Al preguntar sobre los suministros existentes en el tercer nivel de atención siete de los expertos considera que faltan, en particular los más costosos y no es suficiente la inversión en este rubro. Otros tres —E07 HPU, E09 HPR, E12 HSS— comentan que es ocasional cuando no hay suministros. El entrevistado E04 HSS comenta que se manejan muy buenos materiales en ese nivel pues “tiene que ser eso o no funciona” y tan solo uno de los entrevistados E02 HPU considera suficientes los suministros.

### **3.3 Subcategoría: suficiencia de personal calificado**

Cuando se habló de la cantidad de personal contratado para atender el tercer nivel, una tercera parte de los entrevistados consideran que es suficiente con el personal existente, sin embargo uno de ellos —E11 HSS— hace la siguiente comentario “tenemos suficiente personal, pero no todos están con base —contrato permanente— yo creo que es un punto que debería de mejorarse”. El entrevistado E08 HPR refiere “privados si es suficiente y adecuado, pero en salubridad pues no”. No obstante la mayoría de los entrevistados considera que es insuficiente el personal en especial en el renglón de enfermería y el experto E12 HSS comenta que falta formación de ciertas especialidades.

### **3.4 Subcategoría: cobertura universal**

En el tema de la cobertura universal de salud, si bien todos coinciden en que es lo ideal, solo una tercera parte de los participantes la considera buena actualmente. La mayoría hace hincapié en que “es un buen principio, pero no se cumple con todas las expectativas y no es la solución al problema de equidad pues existe duplicidad en la cobertura”.

## **4 Categoría: Equidad en salud**

Dentro de esta categoría se identificaron las siguientes subcategorías: a) Igual oportunidad, b) utilidad de la equidad y c) rol de la ética

#### **4.1 Subcategoría: Igual oportunidad**

Los expertos definen la equidad como tener el mismo derecho a la salud en frases como estas: “que todos tiene derecho a atención y deberían recibir una buena atención; la igualdad que tenemos todos los mexicanos a recibir un derecho; tener acceso a los mismos servicios; debe ser salud para todos; todos tengan la misma independientemente de su edad, genero, raza, nivel socioeconómico; que tengan derecho al mismo nivel de salud; brindarle la misma oportunidad a cualquier individuo; darle a cada quien lo que necesite”. Estas respuestas nos permiten definir la igualdad de oportunidades como: el derecho de los pacientes a recibir la atención en salud con oportunidad y calidad independientemente de su situación.

#### **4.2 Subcategoría: Utilidad de la equidad**

Al preguntar para qué sirve la equidad las respuestas fueron las siguientes: “para que puedan desarrollarse como ciudadanos... que busquen el bien común; al tener niños sanos pues van a crecer saludables, van a tener una mente abierta, van a ser capaces de estudiar y luego ser productivos con el país; que tengan las mismas garantías como ciudadanos o como individuo; todos somos iguales y todos debemos de recibir un trato digno del personal médico; para tener una población más sana, la medicina tiene que ser preventiva; para universalizar el servicio médico; para dar una respuesta a las necesidades específicas de los grupos de población”. Después de analizar estas respuestas se puede puntualizar que la equidad en salud sirve para tener una población saludable, con capacidad plena para estudiar o trabajar, según sea su situación o deseo.

### **4.3 Subcategoría: Rol de la ética**

Todos los entrevistados coinciden en que la ética juega un papel fundamental y muy importante. El participante E01 HPU dice que la finalidad es dar una buena atención. El experto E03 HPR comenta “si queremos ser éticos, se debe atender a todos”. Finalmente el entrevistado E05 HPU hace hincapié en que no haya desvío de fondos. En base al análisis de las opiniones aquí vertidas se puede deducir que la ética es un factor indispensable no solo en el tema salud, sino en todos los aspectos de la vida.

## **4 Discusión de resultados**

Los resultados obtenidos en las entrevistas y analizados previamente nos permiten inferir que la accesibilidad a los servicios de salud, en el primer nivel de atención, es deficiente pues los centros de salud no están cerca de los usuarios, tienen horarios restringidos de lunes a viernes y los fines de semana permanecen cerrados en su mayoría. En el concepto de costo del servicio, encontramos discrepancia por parte de los participantes: la mitad lo considera adecuado y la otra mitad lo considera alto. Sin embargo se pudo observar que lo consideran de bajo costo para el paciente, siempre que éste sea cubierto por el servicio, pero muy costoso si el paciente es quien debe pagar.

El problema importante del sistema de salud mexicano es que debido a los largos tiempos de espera y la baja calidad de los servicios de las instituciones públicas y de seguridad social, tanto las familias aseguradas como las no aseguradas de todos los niveles de ingresos suelen utilizar servicios privados pagando de su bolsillo en el momento de recibir

la atención (Frenk, y otros, 2004: 18). Actualmente en Nuevo León, todavía es frecuente el gasto de bolsillo, es decir que las personas siguen pagando directamente atención y tratamiento médicos.

Además se señala que una de las dificultades principales es la insuficiencia de médicos, así mismo otra de las dificultades, pero en relación a la población, es que se sienten incomodos en los hospitales y no tienen una cultura de prevención. La prevención y control de las enfermedades crónicas representan un reto para los responsables de la salud pública del país, pues es el resultado de estilos de vida no saludables como los hábitos de alimentación deficientes y el sedentarismo. Éstos, sumados a la carga genética, el estrés psicosocial, tabaquismo y consumo excesivo de bebidas alcohólicas, constituyen los principales determinantes que inciden en el desarrollo de la enfermedad (Córdova-Villalobos, y otros, 2009: 42).

Parece claro que no existe una cultura de prevención entre la población. Si bien este fenómeno sólo puede explicarse mediante la conjunción de múltiples factores socioculturales, es indudable que la falta de educación de la población juega un papel muy importante. En consecuencia, es necesario incrementar los esfuerzos educativos para solucionar el problema de la ausencia de cultura preventiva en materia de salud de la población (Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda, & Oviedo, 1997: 449). Los expertos hicieron énfasis en la medicina preventiva como condicionante para mantener la salud.

En la categoría de Calidad en la prestación de los servicios de salud, en el segundo nivel de atención. Estas entrevistas permiten observar que en relación a la calidad de los cuidados y la satisfacción del usuario por los servicios recibidos en el segundo nivel de atención es

coincidentalmente buena por lo cual los pacientes se sienten satisfechos en su gran mayoría; sin embargo cuando se exploró el rubro de la capacidad del personal encontramos opiniones divididas, pues algunos consideran que existen áreas de oportunidad y definitivamente hace falta personal de enfermería además de un cambio de cultura y actitud de servicio, personal proactivo, responsable, comprometido.

Esto coincide con lo expresado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos al referirse a la insuficiente calidad de los servicios de salud que se debe en parte al bajo número de médicos y camas de hospital. Pese al gran aumento de la oferta registrado desde 1990, en 2009 México tenía dos médicos por cada 1,000 habitantes, en comparación con la media de 3.1 de la OCDE, mientras que la proporción de camas de hospital era de aproximadamente la tercera parte del promedio de la Organización (OCDE, 2012: 34).

En lo correspondiente a la categoría de Cobertura de los servicios de salud, en el tercer nivel de atención prevalece la opinión de que la cobertura universal de salud es incipiente, por lo que no se cumple con todas las expectativas. En relación a la invasión de competencias se puede concluir que si existe y provoca duplicidad en muchos de los casos. El Seguro Popular, a través de su Catálogo Universal de Servicios de Salud — Causes— financia la atención médica de 284 intervenciones de primer y segundo nivel de atención, lo que representa una cobertura de más de mil 500 enfermedades. Esto se traduce en la atención del 100 por ciento de padecimientos por los que se acude a una clínica o centro de salud —primer nivel de atención— y más del 90 por ciento de los diagnósticos terapéuticos de segundo nivel, es decir aquellos que por lo general requieren hospitalización. Pero solamente la cobertura de 58 intervenciones de alta especialidad —

tercer nivel de atención— agrupadas en 17 enfermedades (Comisión Nacional de protección social en salud/ Seguro Popular, 2012: 15). Y es precisamente en este tercer nivel donde nuestros expertos coinciden en la poca cobertura de salud.

Prevalece la falta de infraestructura, específicamente hospitales de tercer nivel en el sector público, dentro y fuera del área metropolitana. Además hay falta de médicos de ciertas especialidades y específicamente falta personal de enfermería. Aunque también faltan insumos. Los gastos en medicamentos por lo general tienen menos cobertura que otros gastos de salud, sea por el sector público o por los seguros de salud públicos o privados, particularmente en los países en desarrollo. Por tal motivo, el gasto en medicamentos representa una sobrecarga desproporcionadamente grande al presupuesto doméstico de las familias más pobres (Vieira, 2002: 426). Sin embargo en muchas ocasiones no pueden costear estos gastos por lo que su atención se ve obstruida.

Cuando los entrevistados se expresaron del concepto de equidad en salud, lo definieron en general como tener el mismo derecho a recibir lo necesario para conservar su salud y así mantener una población sana con menos pobreza extrema y que sean mejores ciudadanos. La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las “causas de las causas”, tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio (Ávila-Agüero,



2009: 72). Así que mientras persista la inequidad en salud, difícilmente se podrá mantener a la población sana y tampoco se podrán implementar las medidas preventivas necesarias.

La equidad efectiva es consustancial a la salud pública y no es posible mejorar la salud de la población en su conjunto si no hay equidad. No es sólo un requisito ético, sino además una necesidad práctica, ya que las sociedades cuyas políticas han tendido a la equidad obtienen un mayor rendimiento en todos los sentidos (Hernández Aguado, 2010: 1). La equidad en salud queda plasmada como un requisito indispensable para el buen desarrollo de las sociedades.

A continuación se presenta la validación de hipótesis planteadas en esta investigación de acuerdo a la interpretación de modelo propuesto:

#### Hipótesis 1

El factor que mejora la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León es la accesibilidad a los servicios de salud en el primer nivel de atención.

No se Comprueba. Al analizar el efecto de este factor se encontró que la accesibilidad a los servicios de salud en el primer nivel de atención incide negativamente en la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León.

## Hipótesis 2

El factor que mejora la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León es la calidad en la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención.

No se Comprueba. Al analizar el efecto de este factor se encontró que la calidad en la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención incide negativamente en la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León.

## Hipótesis 3

El factor que mejora la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León es la cobertura de los servicios de salud en el tercer nivel de atención.

No se Comprueba. Al analizar el efecto de este factor se encontró que la calidad en la cobertura de los servicios de salud en el tercer nivel de atención incide negativamente en la equidad en salud dentro del estado de Nuevo León.

## CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

*Ninguna variación de la salud de los estados europeos es fruto del azar; es el resultado directo de las condiciones físicas y políticas en las que viven las naciones.*

*William Farr*

En este apartado se incluyen las conclusiones en relación a la pregunta de investigación, los objetivos y las hipótesis diseñadas en esta investigación. Se plantean algunas propuestas y se marcan futuras líneas de investigación.

Desde el punto de vista cualitativo, con el cumulo de respuestas obtenidas se pudo dar respuesta a la pregunta de investigación, además de constatar que la equidad en salud es vulnerable a los tres factores proyectados en las hipótesis.

Los resultados permiten señalar, basados en la experiencia empírica, que la equidad en salud es un problema vigente en el estado de Nuevo León y que la equidad en salud está aún deficiente. Los retos para lograr la equidad en salud en el estado de Nuevo León son difíciles pero no inalcanzables.

También se observó al buscar a los entrevistados, que existen más hombre que mujeres en los puestos directivos de los diferentes hospitales. Esto nos permite inferir que no hay paridad —igualdad entre hombres y mujeres— en los puestos directivos, limitando el aporte que la visión femenina puede ofrecer en un tema tan coyuntural como la salud.

Algunas recomendaciones que pueden transformarse en políticas públicas son las siguientes:

1. Una forma de mejorar la accesibilidad en el primer nivel es transformando el sistema de atención, acercándolo a la comunidad en contraposición al sistema de citas que actualmente se utiliza.
2. Para mejorar la calidad es primordialmente un cambio de cultura y actitud de servicio, personal proactivo, responsable, comprometido en especial los directivos, aumentar el número de enfermeras y médicos especialistas y cuidar el bolsillo de los pacientes.
3. Para mejorar la cobertura en el tercer nivel de atención es menester una revisión exhaustiva para llegar a consensos que permitan descentralizar manejos y adecuarlos por región, crear nuevos hospitales, mejorar el servicio de referencia y canalización de pacientes, aumentar la cobertura del seguro popular y crear

centros de tercer nivel en los diferentes estados, pues en Nuevo León se reciben pacientes de estados vecinos.

Es de suma importancia para mejorar la equidad en salud, implementar medidas como una buena capacitación al personal médico; cambiar la cultura de los gobernantes y el personal de salud, aplicar más recursos económicos a los hospitales y mejorar la seguridad del estado; así como reestructurar el proceso de atención, hacer medicina preventiva, unificar sistemas de salud; fortalecer el primer nivel, educar al pueblo y finalmente evitar la corrupción en cualquier nivel.

Comparada con la medicina por especialidades, la atención primaria requiere menos trabajo y capital y tiene una organización menos jerárquica. Por consiguiente, es más flexible y puede responder más rápidamente a las cambiantes necesidades de la salud en la sociedad. También es más accesible, a nivel organizacional y psicológico, que la atención médica especializada. Estas consideraciones teóricas han sido respaldadas por sólidas evidencias empíricas que muestran la mayor efectividad y eficiencia de una buena atención primaria comparada con la atención por especialidades y, más recientemente, debido a la importancia de la atención primaria en el mejoramiento de la equidad en salud. Por consiguiente, ahora podemos agregar a la importancia de la política social, la importancia de la política de salud (Starfield, 2001: 8).

Para los directivos de hospitales de la entidad, la equidad en salud es un tema aún pendiente en el estado de Nuevo León. Siendo la salud un tema prioritario para la sociedad es necesario construir políticas públicas que incidan positivamente. Pues si bien

el estado de Nuevo León actualmente posee un buen nivel en la atención médica, aún existe un problema de equidad en su sistema de salud.

El principal aporte teórico es el modelo utilizado en la investigación y los resultados cualitativos del presente estudio. La amplia revisión de literatura y los ajustes realizados después de los primeros resultados permitieron pulir el instrumento. El cual podrá ser utilizado en futuros proyectos.

En cuanto a las aportaciones prácticas, estos hallazgos permiten tener un panorama actual del contexto de la equidad en salud en el estado de Nuevo León y esta evidencia empírica puede ser el soporte para diseñar o rediseñar políticas públicas de salud que mejoren el bienestar de los nuevoleonenses.

Las limitaciones de este estudio consisten en que los resultados son sólo para el estado de Nuevo León y no para los restantes estados de la república mexicana, ya que no necesariamente comparten los mismos indicadores o nivel de salud. Además de que el concepto de Equidad en salud solo se analizó en sus factores intrínsecos y no en los externos que incluirían a los determinantes sociales de la salud.

Las futuras líneas de investigación servirán para profundizar en el análisis de la equidad en salud con un estudio similar a éste, pero haciendo cambio de actores. En la presente investigación se entrevistó a los directivos de hospitales de la entidad, que son los proveedores del servicio.

Algunas propuestas de nuevas investigaciones, utilizando el mismo instrumento podrían realizarse con:

1. Directivos de la secretaría de salud
2. Diputados de la comisión de salud
3. Médicos otorgante de la atención médica
4. Pacientes usuarios de los servicios

También podría realizarse una réplica de este estudio en otra área geográfica.

Además otras investigaciones futuras podrían incluir los factores extrínsecos que inciden sobre la equidad en salud, como por ejemplo la participación ciudadana.

## **CURRICULUM VITAE DEL AUTOR**

La autora es médico cirujano y partero, y maestra en Gestión Pública por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro Numerario de la Asociación Mexicana de Ciencias Políticas. Miembro Activo del Colegio de Médicos Cirujanos del estado de Nuevo León. Autora de diversas publicaciones. Ha sido servidora pública durante doce años en la Administración Pública Municipal. Profesora de la Licenciatura y la Maestría en Ciencias Políticas de la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la UANL. Profesora de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad TecMilenio. Profesora de Licenciatura en Nutrición y Maestría en Gestión Directiva de Salud en la Universidad Valle de México. Correo electrónico: [tellezdelia@yahoo.com.mx](mailto:tellezdelia@yahoo.com.mx)

© Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.



## REFERENCIAS

- Abel, T. (2010). Social determinants of health: working continuously towards change. *International Journal of Public Health*, 233-234.
- Abrantes Pego, R. (julio-diciembre de 2011). La reforma del sector salud en México y la deuda pendiente con los desasistidos. *Rev. Gerenc. Polit.*, 10(21), 5-8.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*, 9(3), 208-220.
- Aguilar, L. F. (2010). *Política Pública*. México: Siglo Veintiuno.
- Alarcón, D., Zepeda, E., & Ramírez, B. (2006). México ante los objetivos de desarrollo del milenio. *Investigación económica*, 91-148.
- Alleyne, G. (2002). La equidad y la meta de salud para todos. *revista panamericana de salud pública*, 11(5/6), 291-296.
- Aristóteles. (2000). *Ética Nicomaquea*. México: Porrúa.
- Arredondo, A. (2002). *el financiamiento a partir de la descentralización del sistema de salud en México: cambios, tendencias y evidencias, 1990-2000*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Arredondo, A., Orozco, E., Luna, G., & Aldaz, V. (2006). Equidad e inequidades en salud en México: niveles, tendencias y evidencias en el contexto de la reforma. *Salud en Tabasco*, 12(2), 415-424.
- Arteaga, Ó., Thollaug, S., Nogueira, A. C., & Darras, C. (2002). Información para la equidad en salud en Chile. *Rev Panam Salud pública*, 11(5/6), 374-385.

- Ávila-Agüero, M. (2009). Hacia una nueva Salud pública: determinantes de la salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71-73.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2006). *La política de las políticas públicas*. México: Editorial Planeta.
- Bolis, M. (2002). Legislación y equidad en salud. *Revista panamericana de salud pública*, 11(5/6), 444-448.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Policies to reduce health inequalities. *Gaceta sanitaria*, 465-473.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 254-258.
- Brommet, A., Lee, J., & Serna, J. (2011). Atención primaria: una estrategia renovada. *Colombia Médica*, 42(3), 379-387.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C., & Oviedo, J. (1997). Del "cuanto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 39(005), 442-450.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2013). *Leyes vigentes*. Obtenido de Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
- Canto, M., & Castro, O. (2002). *Participación ciudadana y políticas públicas en el municipio*. México: Movimiento ciudadano por la democracia.
- Chapela Mendoza, M. C. (2008). *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

- Chapela Mendoza, M. d. (2008). *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vazquez, A., . . . Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anu. investig*, 201-209.
- Comisión Nacional de protección social en salud/ Seguro Popular. (2012). *Catálogo universal de servicios de salud CAUSES 2012*. México: Gobierno Federal. Secretaría de Salud.
- Córdova-Villalobos, J., Lee, G., Hernández-Avila, M., Aguilar-Salinas, C., Barriguete-Melendez, J., Kuri-Morales, P., . . . Molina-Cuevas, V. (2009). Plan de prevención clínica de las enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012 y sistema de indicadores de diabetes en México. *Revista mexicana de cardiología*, 20(1), 42-45.
- De la Fuente, J. R., & Kuri Morales, P. (2011). *Temas de salud global con impacto local*. México: UNAM.
- Déniz, J. (2012). *Políticas públicas y actores del desarrollo. Reflexiones generales*. En Vidal, G. y Déniz, J. (Dirs.). *Actores del desarrollo y Políticas Públicas*. México: Fondo de cultura económica.
- Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México*, 32(2), 113-117.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Washington: The Rockefeller Foundation/Organización Panamericana de la Salud.

- Fernández Santillán, J. (2007). *Democracia y sociedad civil. En Mariñez Navarro, F. Ciudadanos, decisiones públicas y calidad de la democracia.* México: Limusa.
- Ferrer Lues, M. (2003). Equidad y justicia en salud implicaciones para la bioética. *Equidad y justicia en salud, IX(1)*, 113-126.
- Ferrer Lues, M. (2003). Equidad y justicia en salud implicaciones para la bioética. *Equidad y justicia en salud, IX(1)*, 113-126.
- Frenk, J., Gómez-Dantés, B., & Knaul, F. M. (2009). The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bull World Health Organ, 87*, 542-548. doi:10.2471/BLT.08.053199
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A., & Knaul, F. M. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *salud pública de méxico, S23-S36.*
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A., & Knaul, F. M. (2007). Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Salud pública de México, 14-22.*
- Frenk, J., Knaul, F., Gómez-Dantés, O., González-Pier, E., Hernández, H., & Lesama, M. (2004). *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México.* México: Secretaría de Salud.
- García-Peña, C., & González-González, C. (2011). Accesibilidad y efectividad en México. *Gaceta Médica de México, 147(6)*, 504-509.

- Garrocho-Rangel, C., & Campos -Alanís, J. (2006). Un indicador de accesibilidad a unidades de servicio clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseños y aplicación. *Economía, Sociedad y Territorio*, VI(22), 349-397.
- Garza-Elizondo, M. E., Salinas-Martinez, A. M., Nuñez-Rocha, G. M., Villarreal\_Ríos, E., Vasquez\_Treviño, M. G., & Vasquez\_Salazar, M. G. (2008). Accesibilidad geográfica para detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas. *Rev Med Chile*, 1574-1581.
- Gobierno del Estado de Nuevo León. (s.f.). *Antecedentes: Servicios de Salud de Nuevo León*. Obtenido de Gobierno del Estado de Nuevo León: [http://www.nl.gob.mx/?P=serv\\_salud\\_ant](http://www.nl.gob.mx/?P=serv_salud_ant)
- Gobierno del Estado de Nuevo León. (s.f.). *Atribuciones: Secretaría de Salud*. Obtenido de Gobierno del Estado de Nuevo León: [http://www.nl.gob.mx/?P=serv\\_salud\\_atrib](http://www.nl.gob.mx/?P=serv_salud_atrib)
- Gobierno del estado de Nuevo León. (s.f.). *Estadísticas de Nuevo León*. Obtenido de Gobierno del estado de Nuevo León: [http://www.nl.gob.mx/?P=nl\\_estadisticas](http://www.nl.gob.mx/?P=nl_estadisticas)
- Gobierno del Estado de Nuevo León. (s.f.). *Legislación: Gobierno del Estado de Nuevo León*. Obtenido de Gobierno del Estado de Nuevo León: [http://www.nl.gob.mx/pics/pages/sec\\_des\\_leyes.base/26.pdf](http://www.nl.gob.mx/pics/pages/sec_des_leyes.base/26.pdf)
- Gomez-Dantés, O., Gómez-Jáuregui, J., & Inclán. (2004). La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *salud pública de méxico*, 46(5), 399-416.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), S220-S232.

- González-Pier, E., Gutierrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréns, M., Porrás-Condey, R., Carvalho, N., . . . Salomon, J. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública de México, 49*(1), S37-S52.
- Granados-Cosme, J. A., Tetelboin-Henrion, C., Garduño-Andrade, M., Rivera-Marquez, J. A., & Martínez-Ojeda, R. H. (2011). Análisis cualitativo del abasto de medicamentos en México. Evaluación en los servicios a población no asegurada. *Salud Pública de México, 53*(4), S458-S469.
- Guerrero Olvera, M., & García Garnica, A. (2013). *Políticas Públicas: entre la teoría y la práctica*. México: Fontamara.
- Guix Oliver, J. (2005). Calidad en salud pública. *Gaceta Sanitaria, 19*(4), 325-32.
- Gutierrez, J. P. (2013). Cobertura universal de salud en México: las brechas que persisten. *Salud Pública de México, 55*(2), I53-I54.
- Gutierrez, J. P., & Hernández-Avila, M. (2013). Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Publica de México, 55*, S83-S90.
- Hernández Aguado, I. (2010). Equidad en salud: un reto para Europa. *Rev Esp Salud Publica, 84*(1), 1-2.
- Hernández Peña, P., Zapata, O., Leyva, R., & Lozano, R. (1991). Equidad y salud: necesidades de investigación para la formulación de una política social. *Salud pública de México, 33*(1), 9-17.

- Hernandez-Álvarez, M. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista de salud pública, 10*(1), 72-82.
- Homedes Beguer, N., & Ugalde, A. (2008). 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, 7*(15), 26-43.
- Ibañez, R. d., Palomo, J. C., Saied, S., Alonso, J., Rodriguez, J. M., Blanco, C., & Escribano, F. (2010). Study of accessibility costs and satisfaction comparing a MAS united incorporated in Hospital versus a theoretical model in a peripheral centre. *Elsevier España, 42*-54.
- INEGI. (2010). *Presentación de resultados*. Obtenido de censo de población y vivienda 2010: <http://www.censo2010.org.mx>
- Jiménez-Cangas, L., Báez-Dueñas, R. M., Pérez-Maza, B., & Reyes-Alvarez, I. (1996). Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública, 22*(1), 15-16.
- Kliksberg, B. (2005). *Más ética, más desarrollo*. Argentina: Temas grupo editorial.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Mendez-Carniado, O., Bryson-Cahn, C., Barofsky, J., Maguire, R., . . . Sesma, S. (2007). Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud pública de méxico, 49*(1), S70-S87.
- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., . . . Nigenda, G. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública de México, 55*(2), 207-235.

- La Rosa-Salas, V., & Tricas Sauras, S. (2008). Equity in health care . *Cuadernos de Bioética*, XIX(066), 355-368.
- Lasswell, H. (1951). *La orientación hacia las políticas*. En: Luis Aguilar. *El estudio de las políticas públicas*. México: Porrúa.
- Lindblom, C. (1991). *El proceso de elaboración de Políticas Públicas*. Madrid: Ministerio para las administraciones públicas.
- Lindblom, C. (2007). *Todavía tratando de salir del paso*. En Aguilar, L. *La hechura de las políticas*. México: Porrúa.
- López-Arellano, O., & Blanco Gil, J. (2008). Caminos divergentes para la protección social en salud en México. *Salud colectiva*, 4(3), 319-333.
- López-Calva, L., & Székeley, M. (. (2006). *Medición del desarrollo humano en México*. México: Fondo de cultura económica.
- López-Casasnovas, G., & Rivera, B. (2002). Las políticas de equidad en salud y las relaciones entre renta y salud. *Hacienda pública española/Revista económica pública*, 99-126.
- López-Moreno, S., Martínez-Ojeda, R. H., López-Arellano, O., Jarillo-Soto, E., & Castro-albarrán, J. M. (2011). Organización del abasto de medicamentos en los servicios estatales de salud. Potenciales consecuencias de la mezcla público-privada. *Salud Pública de México*, 53(4), S445-S457.
- Lostao, L., Regidor, E., Calle, M. E., Navarro, P., & Dominguez, V. (2001). Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. *Rev Esp Salud Pública*, 75(2), 115-128.



- Lozano, R., Soliz, P., Gakidou, E., Abbott-Klafter, J., Feehan, D., Vidal, C., . . . Murray, C. (2007). Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. *Salud Pública de México, 49*, S53-S69.
- Lusting, N. (2007). Salud y Desarrollo Económico. El caso de México. *El Trimestre Económico, LXXIV*(269), 793-822.
- Madies, C., Chiarvetti, S., & Chorny, M. (2000). Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública, 33*-42.
- Malher, H. (2009). El sentido de "la salud para todos en el año 2000". *Revista cubana de salud pública, 35*(4), 3-28.
- March, J., & Prieto, M. A. (2001). La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial, 57*-60.
- Mariñez Navarro, F. (2011). *Hagamos entre todos la política pública*. México: Porrúa.
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Martínez, P., Rodríguez, L. A., & Agudelo, C. (2001). Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Revista Salud Pública, 3*(1), 13-39.
- Martínez, S., Carrasquilla, G., Guerrero, R., Gómez-Dantés, H., Castro, V., Arreola-Ornelas, H., & Bedregal, P. (2011). Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud Pública de México, 53*(2), S78-S84.
- Martínez-Ramírez, A., Chávez-Ramírez, S., Cambero-González, E. G., Ortega-Larios, É. K., & Rojas-Jimenez, Z. (2008). Detección y análisis de los factores inhibidores de la calidad en los servicios de salud (FICSS). *Rev Calidad Asistencial, 23*(5), 205-15.

- Martinez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.
- Mejía-Mejía, A., Sánchez-Gandur, A., & Tamayo-Ramírez, J. C. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev. salud publica*, 9(1), 26-38.
- Mendizábal Bermúdez, G. (2010). *La atención a la salud en México*. México: Fontamara.
- Mesquita, M., Pavlicich, V., & Benitez, S. (2008). Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. *Pediatr. (Asunción)*, 35(1), 11-17.
- Mijares-Seminario, R. (2012). Sistema político, políticas públicas y calidad de la atención médica a las enfermedades cardiovasculares: caso de estudio en Caracas-Venezuela. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 11(22), 107-122.
- Montagut, T. (2008). *Política social*. Barcelona: Ariel.
- Nájera-Aguilar, P., Ramírez-Sánchez, T., & Cantoral-Uriza, L. (1995). Cobertura de las instituciones de salud en el Estado de México. Análisis comparativo entre la población asegurada y la no asegurada. *Salud Pública de México*, 37, 4-11.
- OCDE. (2012). *Serie "Mejores políticas" México mejores políticas para un desarrollo incluyente*. México: Organización para la cooperación y el desarrollo económico.
- Olaz, Á. (2008). *La entrevista en profundidad*. España: Septem ediciones.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra, Suiza: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (1985). *Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de Medicamentos*. Nairobi, Kenia: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Cobertura de los servicios de salud. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, 71-81.
- Ortún Rubio, V., & Meneu de Guillema, R. (2006). Impacto de la economía en la política y gestión sanitaria. *Revista española de salud pública*, 80(5), 491-504.
- Perez Lugo, J. (2007). La necesaria reforma de los sistemas de salud en américa latina. *Gaceta laboral*, 13(1), 43-57.
- Pérez-Maza, B. (2007). La equidad en los servicios de salud. *Rev Cubana Salud Pública*, 33(3), 1-9.
- Rabotnikof, N. (2008). *Discutiendo lo público en México*. En Merino, M. *¿Qué tan público es el espacio público en México?* México: Fondo de cultura económica.
- Ramírez-Sánchez, T., Nájera-Aguilar, P., & Nigenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 40(3), 3-12.
- Reyes-Morales, H., Gómez-Dantés, H., Torres-Arreola, L., Tomé-Sandoval, P., Galván-Flores, G., González-Unzaga, M., & et-al. (2009). Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas en México. *Rev Panam Salud Pública*, 25(4), 328-36.
- Ruelas, E., & Zurita, B. (1993). Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública de México*, 35(3), 235-237.

- Ruelas-Barajas, E. (2011). Calidad y accesibilidad. *Gaceta médica de México*, 510-513.
- Ruelas-Barajas, E., & Zurita-Garza, B. (1993). Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública de México*, 35(3), 235-237.
- Ruiz Olabuénaga, J. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, IX(2), 9-21.
- Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista panamericana de salud pública*, 302-309.
- Sen, A., & Klinksberg, B. (2007). *Primero la gente*. Barcelona: Ediciones Deusto.
- Sierra, F. (1998). *Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social*. En J. Galindo Cáceres, *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Pearson.
- Solís, R., Sánchez, S., Carrión, M., Samatelo, E., Rodríguez-Zubiarte, R., & Rodríguez, M. (2009). Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 26(2), 136-144.
- Sonis, A. (2000). Discurso del Dr. Abraam Sonis, ganador del Premio Abraham Horwitz 2000 para la Salud Interamericana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(5), 359-362.

- Starfield, B. (2001). Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. *Revista gerencia y políticas de salud*, 1(1), 7 - 16.
- Titelman, D., Uthoff, A., & Jiménez, L. (2000). Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad. *Rev Panam Salud Pública*, 8(1/2), 112-117.
- Tobar, F. (2008). Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. *Salud Pública de México*, 50(4), S463-S469.
- Torre, R. d. (2008). *Lo público del gasto público. El caso de la equidad del gasto social*. En Merino, M. *¿Qué tan público es el espacio público de México?* México: Fondo de cultura económica.
- Torres Arreola, L. d., & Constantino Casas, N. P. (2003). Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales. *Rev. med IMSS*, 41(4), 359-364.
- Torres, C., & Mújica, O. (2004). Salud, equidad y los objetivos de desarrollo del milenio. *Revista panamericana de salud pública*, 15(6), 430-439.
- Vargas, I., Vazquez, M., & Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4), 927-937.
- Velarde-Jurado, E. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-61.
- Vieira, C. (2002). Globalización, comercio internacional y equidad en materia de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), 425-429.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *WHO Regional Office for Europe*, (European Health for All Series No. 1) 1-18.

Wirtz, V. J., Reich, M. R., & Hernández-Avila, M. (2008). Investigación para sustentar políticas farmacéuticas. *Salud Pública de México*, 50(4), S427-S428.

Zúñiga Fajuri, A. (2008). Entre la igualdad y la eficiencia en materia sanitaria. *Acta Bioethica*, 14(2), 176-184.

## ANEXOS

### ANEXO 1. Informe ético

#### Sección I: Detalles del Proyecto

1. Título del proyecto:

Evaluación de la equidad en salud como política pública. Caso Nuevo León

#### Sección II: Detalles del Solicitante

2. Nombre del investigador: María Delia Téllez Castilla

3. Estatus (por favor señale el adecuado): Estudiante de doctorado

4. Email: tellezdelia@yahoo.com.mx

5. Dirección de contacto: UANL, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública. Unidad Mederos, Ave. Praga y Trieste, Col. Las Torres, C. P.: 64930 Monterrey, N. L., México

6. Número de teléfono: 8329-4000 ext 2992

#### Sección III: Lista de revisión de la investigación

Por favor, conteste cada pregunta en la casilla adecuada

	SÍ	NO
1. ¿El estudio involucra a participantes que sean particularmente vulnerables o a los que sea imposible ofrecerles información para su consentimiento? (por ejemplo niños, personas con discapacidades educativas, sus propios estudiantes)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- |  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| 2. ¿Requerirá el estudio la cooperación de un colaborador que facilite el acceso inicial a los grupos o individuos que sean reclutados? (por ejemplo estudiantes en escuela, miembros del mismo grupo de investigación)      | <input type="checkbox"/> | x |
| 3. ¿Será necesario que los participantes tomen parte en el estudio sin su conocimiento y su consentimiento ? (por ejemplo en una observación de personas en lugares no públicos)   | <input type="checkbox"/> | x |
| 4. ¿Implicará el estudio un debate sobre temas sensibles (por ejemplo la actividad sexual, el uso de drogas)?  | <input type="checkbox"/> | x |
| 5. ¿Deben ser administradas drogas, placebos u otras sustancias (por ejemplo comida, vitaminas) a los participantes de estudio o será necesario utilizar procedimientos en cierta forma intrusivos o potencialmente dañinos? | <input type="checkbox"/> | x |
| 6. ¿Se obtendrán muestras de sangre o tejido de los participantes?   | <input type="checkbox"/> | x |
| 7. ¿Es probable que como consecuencia del estudio se provoque dolor o algún tipo de malestar suave?  | <input type="checkbox"/> | x |
| 8. ¿El estudio podría inducir en algún grado tensión nerviosa psicológica o ansiedad, daño o repercusiones negativas más allá de los riesgos posibles en la vida normal de los participantes?                                | <input type="checkbox"/> | x |
| 9. ¿Implica el estudio una experimentación prolongada o repetitiva?  | <input type="checkbox"/> | x |
| 10. ¿Se ofrecerán incentivos financieros (aparte de los gastos razonables y la compensación para el tiempo) a los participantes por su colaboración en el estudio?   | <input type="checkbox"/> | x |



Si usted ha respondido "NO" a todas las preguntas, sólo será necesario que **envíe información sobre la realización de su investigación al Director de su Departamento y al Servicio de Investigación, para su registro.**

Si usted ha contestado "Sí" a *cualquiera* de las preguntas en Sección III, necesitará describir con más detalle las implicaciones éticas de su investigación. **Esto no quiere decir que usted no pueda hacer la investigación, sólo que su propuesta necesitará ser aprobada por el Comité de Ética de la Universidad.** Para ello, es necesario que rellene con detalle el impreso número 2, y que la envíe posteriormente al Comité.

---

María Delia Téllez Castilla

## ANEXO 2. Prueba piloto primera versión

VARIABLE	PREGUNTAS GUÍA
Accesibilidad a los servicios de salud (en el Primer nivel de atención)	1.- ¿en su opinión como considera la <b>distancia</b> que tienen los centros de salud en relación a la población objetivo? ¿Qué es cerca/lejos?
	2. ¿Cómo considera usted el <b>costo</b> de la consulta?
	3. ¿si el <b>costo</b> de la consulta <b>incide</b> en la accesibilidad?
	4. ¿Qué <b>barreras</b> considera que afectan la accesibilidad a los servicios de salud pública?
	5. ¿Cuáles considera son los más <b>graves problemas</b> para que las personas tengan acceso a los servicios de salud?
Calidad en la prestación de los servicios de salud (en el segundo nivel de atención)	1. ¿Cual es su opinión en relación a la <b>calidad de los cuidados</b> que reciben los pacientes en el segundo nivel de atención?
	2. ¿Cómo considera la <b>satisfacción del usuario</b> por los servicios recibidos en el segundo nivel de atención?
	3. ¿Qué opina de la <b>capacidad del personal</b> que atiende el segundo nivel?
	4. ¿Considera que existe <b>suficiente personal</b> en el segundo nivel de atención?
Cobertura de los servicios de salud (en el tercer nivel de atención)	1. ¿considera que la <b>infraestructura</b> , del tercer nivel de atención, existente en el estado de N.L. es suficiente para dar cobertura?
	2.- ¿Cuál es su opinión sobre los <b>suministros</b> existentes en el tercer nivel?
	3. ¿cree usted que el <b>personal</b> contratado es <b>suficiente</b> para brindar el servicio?
	4. ¿Cuál es su opinión sobre la <b>invasión de competencias</b> (de los tres ordenes de gobierno) en el sector salud?
	5. ¿Cuál es su opinión sobre la <b>cobertura universal</b> de salud?
Equidad en salud	1. ¿Cuál es su opinión de <b>equidad en salud</b> ?
	2. ¿ <b>Para que sirve</b> la equidad en salud, según su opinión?
	3. ¿Que papel juega la <b>ética</b> en este tema de la equidad en salud?

### ANEXO 3. Prueba piloto segunda versión

VARIABLE	PREGUNTAS GUÍA
Accesibilidad a los servicios de salud (en el Primer nivel de atención)	1.- ¿en su opinión como considera la <b>distancia</b> que tienen los centros de salud en relación a la población objetivo? ¿Qué es cerca/lejos?
	2. ¿Cómo considera usted el <b>costo</b> de la consulta?
	3. ¿si el <b>costo</b> de la consulta <b>incide</b> en la accesibilidad?
	4. ¿Qué <b>barreras</b> considera que afectan la accesibilidad a los servicios de salud pública?
	5. ¿Cuáles considera son los más <b>graves problemas</b> para que las personas tengan acceso a los servicios de salud?
	6.- ¿como podría <b>mejorar la accesibilidad</b> a los servicios de salud en el primer nivel de atención?
Calidad en la prestación de los servicios de salud (en el segundo nivel de atención)	1. ¿Cual es su opinión en relación a la <b>calidad de los cuidados</b> que reciben los pacientes en el segundo nivel de atención?
	2. ¿Cómo considera la <b>satisfacción del usuario</b> por los servicios recibidos en el segundo nivel de atención?
	3. ¿Qué opina de la <b>capacidad del personal</b> que atiende el segundo nivel?
	4. ¿Considera que existe <b>suficiente personal</b> en el segundo nivel de atención?
	5. ¿Qué se requiere para <b>mejorar la calidad</b> en la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención?
Cobertura de los servicios de salud (en el tercer nivel de atención)	1. ¿considera que la <b>infraestructura</b> , del tercer nivel de atención, existente en el estado de N.L. es suficiente para dar cobertura?
	2.- ¿Cuál es su opinión sobre los <b>suministros</b> existentes en el tercer nivel?
	3. ¿cree usted que el <b>personal</b> contratado es <b>suficiente</b> para brindar el servicio?
	4. ¿Cuál es su opinión sobre la <b>invasión de competencias</b> (de los tres ordenes de gobierno) en el sector salud?
	5. ¿Cuál es su opinión sobre la <b>cobertura universal</b> de salud?
	6. ¿Cómo <b>mejoraría la cobertura</b> en el tercer nivel de atención?
Equidad en salud	1. ¿Cuál es su opinión de <b>equidad en salud</b> ?
	2. ¿ <b>Para que sirve</b> la equidad en salud, según su opinión?
	3. ¿Que papel juega la <b>ética</b> en este tema de la equidad en salud?
	4. ¿de que forma podría <b>mejorar la equidad en salud</b> ?

#### ANEXO 4. Instrumento definitivo

VARIABLE	PREGUNTAS GUÍA
Accesibilidad a los servicios de salud en el Primer nivel de atención	1. ¿Qué opina de la <b>distancia</b> entre los centros de salud y la población que atiende?
	2. ¿Qué opina del <b>costo</b> de la consulta en relación al poder adquisitivo de la población?
	3. ¿A qué <b>dificultades</b> se enfrenta un ciudadano para que sea atendido por un médico en un centro de salud, si se siente enfermo?
	4. ¿Cómo afectan los <b>aspectos culturales</b> a un ciudadano para acercarse a un servicio de salud?
	5. ¿Cómo podría <b>mejorarse la accesibilidad</b> a los servicios de salud en el primer nivel de atención?
Calidad en la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención	1. ¿Cuál es su opinión en relación a la <b>calidad de los cuidados</b> que reciben los pacientes en el segundo nivel de atención?
	2. ¿Cómo considera <b>la satisfacción del usuario</b> por los servicios recibidos en el segundo nivel de atención?
	3. ¿Qué opina de <b>la capacitación del personal</b> que atiende el segundo nivel?
	4. ¿Qué opina en relación a la <b>cantidad de personal</b> que existe en el segundo nivel de atención?
	5. ¿Qué se requiere para <b>mejorar la calidad</b> en la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención?
Cobertura de los servicios de salud en el tercer nivel de atención	1. ¿Cómo considera la <b>infraestructura</b> , del tercer nivel de atención, existente en todo el estado de N.L.?
	2.- ¿Cuál es su opinión sobre los <b>suministros</b> existentes en el tercer nivel?
	3. ¿Qué opina de la <b>cantidad de personal</b> contratado para brindar el servicio en el tercer nivel?
	4. ¿Cuál es su opinión sobre la <b>invasión de competencias</b> entre el gobierno municipal, estatal y federal?
	5. ¿Cuál es su opinión sobre la <b>cobertura universal</b> de salud?
	6. ¿Cómo <b>mejoraría la cobertura</b> en el tercer nivel de atención?
Equidad en salud	1. ¿Cómo define usted el <b>concepto de equidad</b> en salud?
	2. <b>¿Para qué sirve</b> la equidad en salud, según su opinión?
	3. ¿Qué papel juega la <b>ética</b> en este tema de la equidad en salud?
	4. ¿De qué forma podría <b>mejorar la equidad</b> en salud?