

# Desempeño económico, determinantes sociales de la salud

Giota Panopoulou/Eduardo González Pier\*

Con los datos que hoy existen en México ¿qué podemos saber sobre las desigualdades en las condiciones de salud y la utilización de servicios médicos, y cuáles son los determinantes sociales de salud que afectan esas desigualdades?

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud identificó un objetivo, que es subsanar las desigualdades sanitarias en una generación.

Para poder hacer eso, la comisión puso en la mesa tres recomendaciones: la primera es mejorar las condiciones de vida; la segunda es luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y la tercera es medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de la intervención.

En relación con las dos primeras recomendaciones, mi opinión personal es que México ha hecho grandes avances a través de la universalización del seguro médico y de un reparto más justo de los recursos públicos en el sector salud entre todos los ciudadanos mexicanos.

Me refiero de manera más explícita a la introducción del Seguro Popular en 2004. Existen opiniones que dicen que el Seguro Popular contribuyó a una mayor fragmentación del sistema, y esa es una opinión aceptable.

Desde otra perspectiva, el Seguro Popular se propuso colocar a los ciudadanos mexicanos en un mismo nivel. Sin embargo, sabemos bien que los derechohabientes de la seguridad social gozan tanto de distintos recursos como de distintos beneficios.

Es muy difícil hablar de un sistema único cuando incluye a quienes no tienen nada y a quienes tienen mucho. Quizá para lograr llegar a este sistema único se requiera primero homologar a los distintos grupos poblacionales, y creo que eso es lo que está haciendo el Seguro Popular; le queda mucho por hacer, pero no es un programa vertical; más bien, es un puente hacia un sistema universal de salud en México.

Y después de este pequeño paréntesis, quiero regresar a la tercera recomendación sobre la medición de la magnitud del problema.

Me referiré al proyecto Equilac, que es un proyecto de medición y explicación de las desigualdades en salud y atención de la salud; es liderado por la Organización Panamericana de la Salud y comprende varios países de América Latina y del Caribe, entre ellos México.

---

\* Director de Finanzas – Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este proyecto tiene dos etapas: la primera etapa se desarrolló en el periodo 1998 a 1999, y la segunda diez años después, de 2009 a 2010. El doctor González Pierre fue uno de los principales investigadores para Equilac I, y quien esto escribe, para Equilac II.

¿Y qué es lo que se encontró?, ¿cuáles son los resultados de este estudio? En este estudio se emplearon dos tipos de variables: las condiciones de salud y la utilización. La aproximación a las condiciones de salud se realizó a través de tres variables: el estado de salud, las limitaciones físicas y los problemas crónicos. Todas esas variables son auto-reportadas; esto quiere decir que la propia gente a través de encuestas en sus hogares, reporta los resultados. Tenemos dos tipos de encuestas: la Encuesta Nacional de la Salud de 2000 y la Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición de 2006.

¿Existen desigualdades en salud en México? La respuesta es sí; existen desigualdades en contra de la gente pobre y en contra de la gente de mayores ingresos.

La población más pobre presenta peores condiciones de salud, de acuerdo con las variables del estado de salud y de limitaciones físicas, mientras que la población de mayores ingresos presenta una mayor incidencia de problemas crónicos.

¿A qué se debe esto? Es probable, y esta es una explicación económica y no una explicación médica, que se deba a que hay una mayor probabilidad de detección de problemas crónicos entre poblaciones de mayores ingresos.

Otra cosa que observamos a través de ese análisis es la evolución de las desigualdades en el tiempo. En el cuadro 1 vemos que para los años de 2000 a 2006 se estimó un índice de concentración, cuyo valor va de menos 1 a 1. Si la variable que estamos mirando está distribuida de manera absolutamente equitativa entre una población, toma el valor de cero; si es más concentrada en los pobres, adquiere un valor negativo, y si está concentrada entre gente de mayores ingresos, adquiere valores positivos.

Vemos aquí que, como acabamos de mencionar, tanto para estado de salud como para limitaciones físicas, tenemos una concentración en la población más pobre.

La variable de los problemas crónicos la tenemos sólo para el año 2006, y por eso no hay una comparación. Como podemos ver, las desigualdades en salud han aumentado significativamente entre 2000 y 2006, y ese aumento es significativo.

Los pequeños asteriscos quieren decir que hay una diferencia en términos económicos entre esos dos valores.

**Cuadro 1**  
**Desigualdades en salud en México. 2000-2006**

Variable	2000		2006		Diferencia 2006-2000	Estadística de prueba t
	IC	Estadística de prueba t	IC	Estadística de prueba t		
Índice de activos						
Condiciones en salud						
Estado de salud	-0.0843	-16.031	-0.0989	-19.767	0.015	2.013*
Limitaciones físicas	-0.0262	-2.234	-0.0633	-7.434	0.037	2.559*

Fuente: Encuesta Nacional de la Salud 2000, Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición 2006, INSP, México.

\* Diferencia económica entre estos dos valores

Aclaremos que para poder clasificar en gente pobre y gente de mayores ingresos pueden utilizarse diversos tipos de variables. Nosotros usamos dos: el ingreso y un índice de activos, el cual indica qué es verdaderamente lo que tienen las personas en su casa. El aumento es significativo sólo cuando utilizamos el índice de activos. Cuando usamos el ingreso, esa diferencia no es significativa ¿Qué quiere decir eso? Quiere decir que, en el peor de los casos, las desigualdades en materia de salud han aumentado, y en el mejor de los casos no han cambiado.

En lo general, los economistas siempre prefieren presentar los resultados que son estadísticamente significativos, pero me parece más justo presentar y comentar todo aquello que encontramos.

Por lo que respecta a la utilización de servicios médicos encontramos que el uso es mayor entre la población de mayores ingresos, aun si toda la población tuviera las mismas necesidades de salud.

Podría pensarse que si hemos controlado para ciertas características, como la edad y el sexo, habría diferencias entre los dos grupos; por ejemplo, las personas de mayor ingreso podrían ser de mayor edad, o el número de mujeres podría ser mayor que el de hombres. Sin embargo, vemos que a fin de cuentas las personas de mayor ingreso son las que más utilizan los servicios de salud.

¿Qué ha pasado entre 2000 y 2006? Las desigualdades en la utilización de servicios de salud han disminuido entre 2000 y 2006, independientemente del tipo de variable que utilicemos para clasificar a la gente en pobre y rica, según su ingreso o según su índice de activos.

Ahora bien, ¿cuáles son las variables de los determinantes sociales de salud que pueden llegar a contribuir más en esas desigualdades? En relación con las condiciones de salud hay dos variables: el estándar de vida, ya sea por el ingreso o por el índice de activos, y el nivel de educación. Esas son las variables que más contribuyen a la concentración de las mejores condiciones de salud entre la población de mayores ingresos.

En lo tocante a la utilización médica, las dos mismas variables (estándar de vida y nivel de educación) tienen un efecto positivo sobre la desigualdad, pero aparece una tercera variable que es la condición de aseguramiento, la cual igual contribuye a una mayor concentración de la utilización médica entre la población de mayores ingresos; y eso se debe simplemente a que en México no toda la gente tiene acceso al seguro médico.

¿A qué se debe que el aseguramiento médico afecte a la utilización de los servicios pero no a la salud? Un seguro médico brinda acceso a un servicio de salud; sin embargo, eso no quiere decir necesariamente que va a cambiar el estado de salud de las personas.

Algo que resulta bastante interesante es que, mediante este tipo de análisis, llamado análisis de descomposición, podemos ver cómo afectan los distintos tipos de aseguramiento a la desigualdad.

El Seguro Popular sí ha disminuido esa desigualdad entre pobres y ricos, mientras la seguridad social, como el IMSS y el ISSSTE, es un factor que contribuye a ella.

El análisis no puede concluir que el Seguro Popular es el responsable que haya menor desigualdad en la utilización de servicios de salud; se trata simplemente de una indicación, de una relación.

Para terminar, me quisiera enfocar en tres puntos: primero, lo que vemos es que sí hay evidencia en México de que ciertos determinantes sociales en salud afectan a las desigualdades, tanto en las condiciones de salud como en la utilización de servicios médicos.

El segundo es que los resultados sugieren que los beneficios que hemos tenido a través de una mayor inversión en salud y una mejor distribución de recursos aún no han logrado permear y traducirse en mayor equidad en la utilización de servicios médicos y condiciones de salud.

Teóricamente, toda sociedad quiere encontrarse en la línea de equidad, y nosotros estamos no lejos; sin embargo, no estamos en esa línea y tenemos que movernos hacia ella.

Y el último punto, que ya se mencionó anteriormente, es que salud es un tema multidisciplinario. La implementación de una política no basta por sí sola para ofrecer salud a la población. Si bien los sistemas de salud tratan de dar aseguramiento universal a todos los ciudadanos, éste no es el único factor que afecta a las desigualdades en salud en los países.

Lo que se ha demostrado a través de Equilac II es que tenemos que enfocarnos en otro tipo de políticas, por ejemplo políticas hacendarias que afectan la distribución de ingreso, y políticas educativas.