

Accesibilidad y efectividad en México

Carmen García-Peña^{1*} y César González-González²

¹Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.; ²Instituto de Geriatría, Secretaría de Salud, México, D.F.

Resumen

Se presenta un análisis de dos de las dimensiones de un sistema de salud: la accesibilidad y la efectividad, cómo se definen y cómo pueden ser calificadas, tomando en cuenta que los objetivos de un sistema de salud (mejorar la salud de la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y garantizar seguridad financiera en materia de salud) no pueden ser alcanzados exclusivamente por el buen funcionamiento de un sistema salud y por la provisión de servicios médicos, ya que el nivel de salud se explica por múltiples factores y los determinantes sociales que tienen que ver con las diversas condiciones de las personas, así como sus conductas en salud y el nivel de corresponsabilidad individual. A pesar de los avances en el sistema de salud mexicano que ha mejorado notablemente las condiciones de salud de la población, existe un rezago en la inversión en salud, teniendo como retos principales la inversión como tal, la coordinación entre todos los niveles, la distribución de recursos humanos-tecnológicos-financieros, la preservación de la autonomía práctica de los profesionales, la innovación de esquemas de atención y modernización de sindicatos.

PALABRAS CLAVE: Reformas en salud. Equidad en salud. Inequidades en salud. Equidad en salud en México.

Abstract

This is an analysis of two of the dimensions of a health system: accessibility and effectiveness, taking account the objectives of a health system (improving the health of the population, provide appropriate treatment for users of health services and ensure financial security for health) cannot be achieved exclusively by a well-functioning health system and the provision of medical services, being that the health status is explained by many factors and social determinants that deal with the conditions of people and their health behaviors and the level of individual co-responsibility. Despite the advances in the Mexican health system which has greatly improved the health conditions of the population, there is a lag in investment in health, with the major investment challenges as such, coordination between all levels, distribution of human, technological and financial resources, the autonomy of professional practice, the innovation of attention schemes, and modernization of trade unions.

KEY WORDS: Health reforms. Health equity. Inequalities in health. Health equity in Mexico.

Correspondencia:

Carmen García-Peña
 Unidad de Investigación Epidemiológica
 y en Servicios de Salud, Área Envejecimiento
 Instituto Mexicano del Seguro Social
 Edificio CORCE, 3.^o
 Centro Médico Nacional Siglo XXI
 Avda. Cuauhtémoc, 330
 Col. Doctores, C.P. 06725, México, D.F.
 E-mail: carmen.garcia@imss.gob.mx,
 mcgarciapena@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 04-10-2011
 Fecha de aceptación: 11-10-2011

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud puede ser definido como «la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Esta estructura necesita personal, financiamiento, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, debe proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero»¹.

En ese sentido, la OMS señala que los objetivos finales, básicos o intrínsecos de los sistemas de salud son tres: a) mejorar la salud de la población; b) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y c) garantizar seguridad financiera en materia de salud¹.

Es claro que el objetivo de mantener o mejorar el estado de salud de la población no puede ser alcanzado exclusivamente por el buen funcionamiento de un sistema salud y por la provisión de servicios médicos, ya que el nivel de salud se explica por múltiples factores, y los determinantes sociales que tienen que ver con las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, sumadas a las conductas en salud y al nivel de co-responsabilidad individual², tienen, de hecho, un peso muy importante.

A pesar de esta consideración, el presente trabajo se limitará sólo a analizar dos de las dimensiones de un sistema de salud, la accesibilidad y la efectividad, cómo se definen y cómo pueden ser calificadas.

Modelo conceptual

Según el modelo de Aday, et al.³ (Fig. 1), modificado por los autores, el nivel de estructura está dado por las políticas de salud federales, estatales y locales que rigen los esquemas de provisión de servicios, que a su vez están afectados por la disponibilidad, la organización y los esquemas de financiamiento. La población y las necesidades de salud, en conjunto con las variables facilitadoras o predisposicionales, presuponen el acceso mismo que se concreta en la provisión de servicios de salud que integra el nivel de proceso. Efectividad, equidad y eficiencia proveen indicadores evaluativos del acceso a los sistemas de salud. Además, el modelo reconoce la importancia de los determinantes físicos, sociales, económicos, ambientales y

conductuales en los resultados finales en salud, ya sean a nivel comunitario o individual.

Acceso es un concepto ampliamente referido en la literatura. El artículo de Frenk⁴ trataba de restringir el término «acceso» a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios, y definía entonces accesibilidad como el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población en el proceso de búsqueda y obtención de la atención. La realidad es que, aún ahora, la distinción entre acceso y accesibilidad no es muy clara, y pareciera no muy importante e inclusive se utilizan ambos términos de manera indistinta. En el presente documento se considerará la accesibilidad como el grado de ajuste entre las características de la población y los recursos de atención a la salud^{5,6}.

En referencia a efectividad, existen diversos acercamientos para definir el término, pero la de Aday⁷ hace referencia a una perspectiva de sistema, y lo define como aquellos resultados alcanzados en la práctica real del sistema con pacientes y prestadores típicos o usuales.

Evaluación

Mejorar el desempeño de los sistemas de salud se ha convertido en un tema crucial para los países. Es indudable que el incremento en los niveles de salud refleja el nivel de desarrollo y el grado de bienestar general alcanzado; sin embargo, existe una importante discusión en torno a la manera y procedimientos de evaluar este desempeño. Desde el controvertido reporte de la OMS del año 2000⁸ hasta los más recientes de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), fundamentados en la eficiencia bajo el precepto de que contener las presiones en costo y obtener buenos resultados es importante⁹, no hay una respuesta definitiva.

En tanto, en México, las evaluaciones al sector salud se realizan sobre las funciones y se centran en medir logros en servicios y programas; se crean indicadores para medir el grado de alcance de los objetivos de estructura y proceso de estos servicios y programas, y su impacto sobre algunos indicadores de salud.

En uno u otro caso, resulta evidente la necesidad de contar con información relevante que fundamente el desarrollo de políticas; si bien no hay una relación directa y proporcional entre buena evidencia y buena política, los indicadores de salud pueden ser instrumentos de evaluación que determinen directa o indirectamente cambios en el estado de una condición.

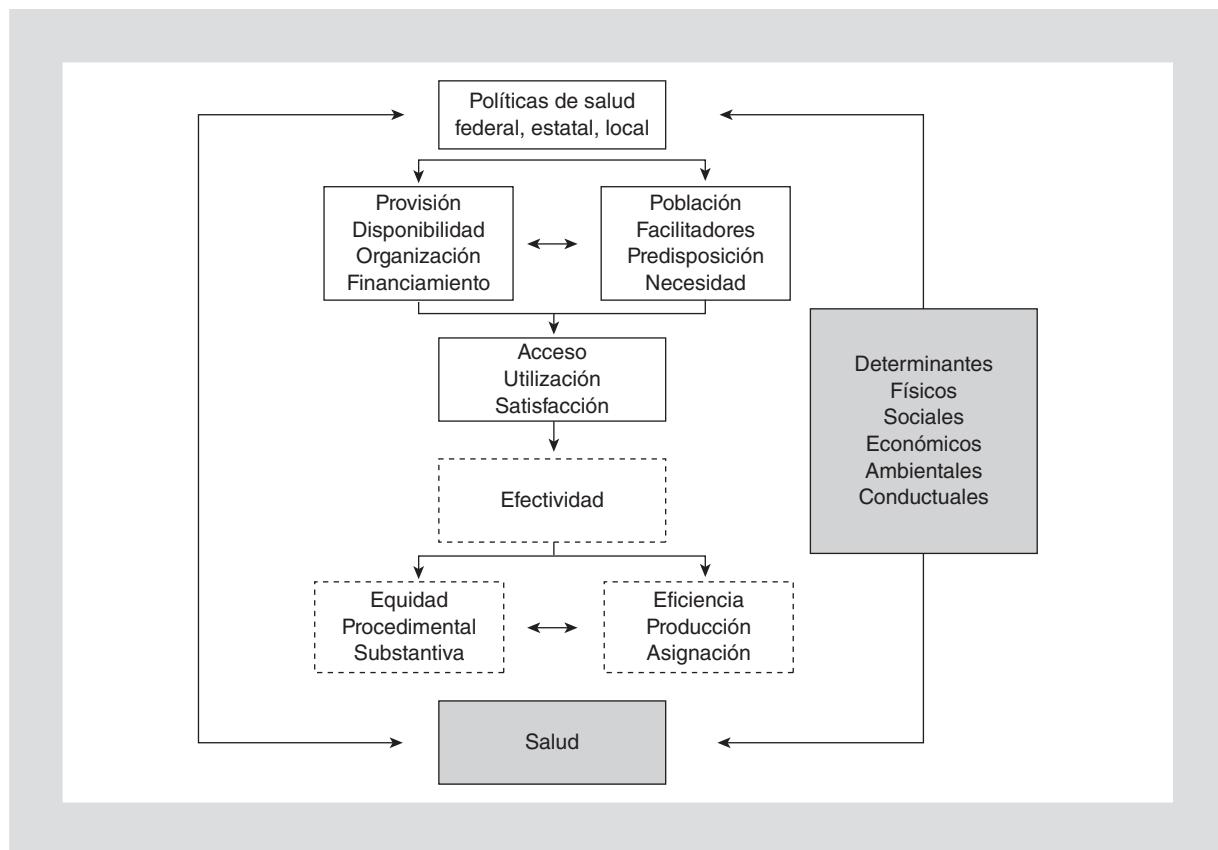


Figura 1. Marco conceptual de sistemas de salud (adaptado de Aday, et al.⁷).

Considerando los objetivos básicos de la OMS para un sistema de salud, se presenta entonces un análisis de variables que pueden ser a su vez causa y resultado en las dos dimensiones que nos ocupan, accesibilidad y efectividad del sistema.

Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud

Determinantes de las condiciones de salud

La infraestructura sanitaria adecuada es uno de los elementos clave para mejorar el estado de salud de la población; tener piso diferente de tierra, la disponibilidad de agua potable y drenaje, en gran medida, eliminan las enfermedades diarreicas y parasitarias que en décadas pasadas eran principales causas de morbilidad y mortalidad.

Las cifras del Censo de Población y Vivienda 2010 señalan que 93.9% de las viviendas en México tienen piso de cemento, madera, mosaico u otro recubrimiento, y 6.1% de las viviendas tienen piso de tierra. Los

resultados del Censo también indican que 88.2% de las viviendas cuentan con agua entubada dentro de la vivienda, energía eléctrica y disponen de drenaje conectado a la red pública¹⁰.

La educación es un indicador de bienestar; contar con escolaridad incrementa las posibilidades de un mejor empleo, acceso a seguridad social y prestaciones, así como un mejor cuidado de la salud. En México, según las cifras del Censo 2010, 92.3% de la población de 15 años y más es alfabeto; el grado promedio de escolaridad es de 8.6 años, la población de 20-24 años tiene el mayor promedio, con 10.4, y entre los adultos mayores, en el grupo de 60-64 años el promedio de escolaridad es 5.8, y para la población de 85 años y más es 2.7. Análisis por regiones y calidad educativa son indispensables para evidenciar las brechas que aún falta resolver.

Condiciones de salud

Una parte importante de la población mexicana se encuentra frente a niveles bajos de salud, falta de oportunidades de desarrollo y servicios de salud poco

resolutivos y de baja calidad, lo cual se refleja en las condiciones de salud actuales. A continuación se presentan algunos indicadores.

Las altas tasas de fecundidad tienen aspectos negativos, como son los embarazos a temprana edad, que ponen en riesgo la vida de las mujeres, y el alto número de abortos por embarazos no deseados. En la actualidad, en promedio, las mujeres tienen 2.3 hijos nacidos vivos, y la tasa global de fecundidad en 2010 es de 2.1 hijos por mujer, en 2000 era de 2.8 y en 1990 de 3.4; una disminución considerable en 20 años.

Las políticas de salud deberían basarse en las condiciones que representan una mayor carga para la población; la discapacidad es una de ellas. Discapacidad se define como la imposibilidad de realizar ciertas actividades o necesitar ayuda para hacerlas. Los resultados del Censo de 2010 indican que 4.0% de la población total declaró tener una condición que limita sus actividades; las condiciones consideradas son: caminar o moverse, ver, escuchar, hablar o comunicarse, atender el cuidado personal, poner atención, aprender, o problema mental. De la población que presenta discapacidad, 85.5% tiene una condición que limita la actividad; el resto, tanto como 14.5%, tienen dos o más condiciones¹⁰.

El bajo peso al nacer está relacionado con la mortalidad infantil; los bebés que nacen con esta condición pueden tener graves problemas de salud durante los primeros meses de vida, y su riesgo de sufrir discapacidades a largo plazo es mayor¹³. En México, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en 1999 representaba 9.5%, y para 2008 desciende para colocarse en 7.1%.

En los últimos 20 años la tasa de mortalidad general se ha mantenido alrededor de 5.0/1,000 habitantes, pero lo que ha sucedido es un desplazamiento de la mortalidad hacia la población en edades avanzadas. Lo anterior se puede confirmar con la disminución de la tasa de mortalidad infantil, uno de los indicadores más utilizados para medir el nivel de desarrollo de un país. Para México, en 1990 ocurrían 39 defunciones de menores de 1 año/1,000 nacidos vivos; para 2010 la tasa de mortalidad de menores de 1 año se situó en 14.2¹¹. En 2008 las principales causas de mortalidad son: enfermedades del corazón 17.1%, diabetes *meillitus* 14.0%, tumores malignos 12.4%, accidentes 7.2%, enfermedades del hígado 5.8%¹⁴.

La esperanza de vida al nacer (EVN) es un indicador que resume las condiciones de vida de la población, tanto individual como colectivamente; en este indicador se entremezclan componentes genéticos, factores

sociales, económicos y culturales. La EVN está estrechamente relacionada con la mortalidad; cuando se disminuye la mortalidad en los grupos de edad más jóvenes de la población, la EVN tiene sus mayores ganancias. En 2010 la EVN es de 75.4 años, 73.1 para hombres y 77.8 para mujeres. Se han ganado años de vida en la población mexicana, sin embargo, las ganancias no son iguales entre región, estados e incluso municipios; esto también aplica para los diversos grupos de población del país.

De acuerdo con estas cifras o indicadores presentados se muestra un avance en la mejora del estado de salud de la población en general; al comparar con los niveles de estos mismos indicadores de 10, 20 o 30 años atrás se hace notorio.

Objetivo 2. Ofrecer un trato adecuado

El trato adecuado es el resultado de las interacciones entre el usuario y el sistema de salud; está relacionado con las expectativas del usuario en los aspectos no médicos de dicha interacción.

La calidad de la atención, los tiempos de espera, el trato digno, entre otras, pueden inferirse tomando en cuenta indicadores que reflejen la efectividad y accesibilidad del sistema de salud. Por ejemplo, en 2008 había 149.9 médicos/100,000 habitantes. Entre 1996-2008 el personal médico/100,000 habitantes en instituciones del Sistema Nacional de Salud se incrementó de 112.1 a 149.9. En el mismo periodo el número de enfermeras/100,000 habitantes se incrementó de 183.7 a 201.9. En egresos hospitalarios el promedio de días estancia se ha mantenido entre 4.1-4.6 días entre 1995-2008. En 2007 el promedio de consultas por médico fue de 7.0, por cada consultorio el promedio de consultas diarias fue de 24.5. El número de camas censables/100,000 habitantes en 1990 era de 73.1, y para 2008 ascendió a 74.0; el número de consultorios/100,000 habitantes en instituciones del Sistema Nacional de Salud en 1996 era de 48.5, y para 2008 de 54.6⁹.

Las cifras permiten inferir que hay mayores recursos para atender a las necesidades de salud de la población general, sin embargo, una vez más, se debe recordar que los promedios nacionales no permiten ver las diferencias entre regiones, estados o municipios. Por ejemplo, la Secretaría de Salud en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 señala que en seis entidades (Distrito Federal, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Puebla y Veracruz) se concentra cerca del 50% de los médicos de toda la República. Mientras

estados como el Distrito Federal tienen un índice más alto de médicos, en este caso 2.5 médicos/1,000 habitantes, en estados como Puebla, Chiapas y el Estado de México esta cifra es menor a 1/1,000 habitantes¹⁵. Si consideramos, además, algunos comparativos internacionales, para el caso de camas/1,000 habitantes en 2008 comparando países miembros, México estaba en último lugar (1.7) por debajo de Turquía (2.4).

En términos de calidad técnica del sistema, México ha sido exitoso en lo que se refiere a prevención, particularmente lo relativo a los esquemas de inmunización y a programas relativos a enfermedades de transmisión sexual, el sistema de vigilancia epidemiológica para reporte de incidencia y los programas de planificación familiar.

En cuanto a las clínicas, hospitales y prestadores de servicios, hay esfuerzos para impulsar mejoras que eleven la calidad técnica, entre ellos el programa de certificación de unidades médicas o la estrategia Sicalidad de la Secretaría de Salud, siendo este último uno de los puntos críticos del sistema. Por las características que presenta el sistema de salud mexicano, se hacen indispensables esquemas de información que permitan el monitoreo del desempeño médico y paramédico, incluidos los errores, para que puedan ser utilizados como retroalimentación inmediata.

Objetivo 3. Garantizar protección financiera

«La salud de la población mexicana es requisito indispensable para alcanzar un desarrollo económico y social. El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 establece que, para mejorar la salud de la población, es necesario democratizar la atención a la salud; es decir, crear condiciones de acceso, calidad y financiamiento de los servicios, independientemente del lugar de residencia de la población y su capacidad económica»¹².

«Actualmente, México destina el 5.6% del producto interno bruto (PIB) al gasto en salud. De este porcentaje, el 3.1% es gasto privado y el 2.5 % lo constituye el gasto público»¹². Es decir, más del 50% del gasto en salud proviene de los «gastos de bolsillo».

Por las cifras presentadas parece que este objetivo está aún lejos de alcanzarse. Para lograrlo se requiere que el gasto en salud de los hogares respecto de su capacidad de pago no rebase el 30% de su ingreso total y que exista equidad en esos gastos.

En México se han hecho esfuerzos para disminuir los gastos de bolsillo en salud; en 2004 se creó el

Sistema de Protección Social en Salud, en el cual se incluye el Seguro Popular. El objetivo es otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.

Aun cuando el programa ha sido exitoso en términos de afiliación, el cumplimiento de las metas de los servicios o los programas no garantiza el mejoramiento de las condiciones de salud. Asimismo, el impacto positivo sobre ciertos indicadores simples de salud tampoco ha garantizado un impacto positivo sobre los indicadores de salud agregados (mortalidad infantil, esperanza de vida).

Nuevamente, a pesar de que algunos indicadores financieros en México han mostrado algunos avances, al comparar con cifras internacionales, los datos aún muestran rezagos. Entre los países de la OCDE México tiene la más baja inversión en salud; en 2008 representó el 5.8% del PIB, mientras que países como EE.UU. invierten cerca del 16.0%. En tanto, México es el país con el porcentaje en gastos de administración más alto (12%), mientras que España está por debajo del promedio (4%). En cuanto a los gastos de bolsillo, México tiene el porcentaje más alto, con 48.9% en 2009, cifra que se destaca pues en la mayoría de los países considerados el porcentaje no llega a 20 puntos.

Conclusiones

Sin dudar, en las últimas décadas México ha presentado una mejoría notable en las condiciones de salud. La EVN tuvo un incremento de 27 años entre 1950-2005. Se disminuyó la mortalidad infantil, y algunas enfermedades prevenibles por vacunación fueron erradicadas.

A pesar de estos avances, aún existe un largo camino por recorrer antes de que México alcance los niveles promedio de la OCDE en términos de salud. Los fallecimientos ocasionados por enfermedades infecciosas y por afecciones infantiles, a pesar de haber disminuido, siguen siendo altas en comparación de otros países; no digamos los padecimientos endocrinos, nutricionales y metabólicos, así como las muertes por causas externas (como suicidios, violencia y accidentes). Las cifras de mortalidad infantil y, en especial, la mortalidad materna, aún se sitúan en niveles bastante superiores al promedio de la OCDE.

También se observan grandes diferencias en los patrones de mortalidad y morbilidad entre estados,

que se relacionan con una gama de factores socioeconómicos. Los estados más ricos tienen patrones de mortalidad y morbilidad mejores, mientras que las entidades más pobres del centro y sur del país muestran niveles más parecidos a los de países mucho menos desarrollados. El sistema de salud, entonces, tiene que resolver el rezago y dar respuestas complejas a problemas complejos (p. ej. enfermedades crónicas).

Existe un rezago en la inversión en salud; eso compromete los objetivos básicos de trato adecuado y protección financiera. «El gasto en salud se incrementó de 5.8% del PIB en 2000 a cerca de 7.0% en 2010» (Fundación mexicana para la salud ([FUNSALUD]); aunque se trata de un aumento importante, aún está por debajo del promedio latinoamericano y más abajo del promedio de los países integrantes de la OCDE.

Por lo tanto, los retos del sistema de salud pasan por la inversión (pero reduciendo los altos costos administrativos); incrementar la inversión per cápita y como parte del PIB, la cual sigue siendo muy baja; reconciliar la necesidad de coordinación nacional y regional con la posibilidad de responder a las necesidades locales; abordar las necesidades urbanas y rurales, los problemas de distribución de recursos humanos-tecnológicos-financieros con respuesta parcial a las necesidades individuales, de la comunidad, de la población.

También los retos incluyen preservar autonomía de práctica de los profesionales pero mantener estándares nacionales, innovar en esquemas de atención y

modernizar los sindicatos. Se deben sortear las inconsistencias en las políticas, hacer esfuerzos integrales que aseguren la cobertura universal y que se traduzcan en resultados palpables en la mejora de las condiciones de salud de la población en México.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. En: Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Ginebra: OMS; 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. En: Comisión sobre determinantes sociales en Salud. Ginebra: OMS; 2009.
3. Aday L, Begley C, Lairson D, Slater C, Richard, Montoy I. A framework for assessing the effectiveness, efficiency, and equity of behavioral healthcare. *Am J Managed Care.* 1999;5(Suppl):25-44.
4. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública Mex.* 1985;27(5):438-53.
5. Hall A, Harris Lemak C, Steingraber H, Schaffer S. Expanding the definition of access: isn't just about health insurance. *J Health Care Poor Underserved.* 2008(19):625-38.
6. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973.
7. Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Balkrishnan R. Evaluating the health-care system: effectiveness, efficiency, and equity. 2nd ed. Chicago, IL: Health Administration Press; 1998.
8. Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet.* 2000;356:1598-601.
9. Jourard I, Andre C, Nicq A. Health care systems: efficiency and institutions. OECD Economics Department, Working Papers no. 769. OECD Publishing. doi:10.1787/5kmfp51f5f9t-en.
10. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.
11. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Indicadores demográficos básicos 1990-2030.
12. Secretaría de Salud. Programa de Protección Financiera. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, D.F. Tercera edición, 2001.
13. Información para la rendición de cuentas. México: Secretaría de Salud; 2006.
14. INEGI y Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, 2008.
15. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, D.F. 2007.