

# SALUD Y DESIGUALDAD

## *Las cuentas pendientes*

Mario Bronfman Pertzovsky\* y Sergio López Moreno\*



A lo largo del último siglo México ha experimentado una serie de transformaciones políticas, económicas y sociales que podrían suponer una constante mejoría en el bienestar general de la población. No obstante, la persistencia y profundización de la desigualdad económica entre los mexicanos ha determinado que la inequidad sanitaria que caracterizó al país en el siglo XX continúe y que, en algunos casos, incluso se acentúe.

La población mexicana creció más de siete veces en el siglo, pasando de 13.5 a casi 100 millones entre 1900 y 1999.<sup>1</sup> En las últimas tres décadas este incremento se caracterizó por la disminución del porcen-

taje de menores de cinco años y el aumento en la proporción de adultos y ancianos, dando paso a una estructura poblacional que tiende al envejecimiento. Las proyecciones indican que este envejecimiento poblacional será aún más importante en los próximos 30 años y que si las condiciones sociales, económicas y sanitarias del país no cambian, muchos de los 16 millones de ancianos que vivirán en México en el año 2030 serán pobres y enfermos. Este fenómeno de envejecimiento con pobreza y enfermedad afectará todas las áreas del desarrollo social y económico (estructura de la familia, niveles de empleo, volumen de impuestos) y seguramente tendrá repercusiones en los demás grupos de edad.

La mortalidad general en México descendió casi diez veces entre 1900 y 1997, pasando de 35 a 4.9 defunciones por cada mil habitantes. Estos cambios en la magni-

tud de la muerte se han acompañado de una modificación de sus causas, configurando una transición epidemiológica caracterizada por la disminución de las enfermedades transmisibles y el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas (véase cuadro). Entre 1955 y 1997 el porcentaje de defunciones debido a infecciones intestinales, por ejemplo, disminuyó de 17.5 a 1.6%, mientras que las enfermedades del corazón aumentaron de 7.1 a 15.4%. Lo mismo ha ocurrido con la contribución de cada grupo de edad a la mortalidad general: en 1950 la mitad de las muertes ocurría en los menores de 5 años y el 15% en los mayores de 65 años; en 1997, en cambio, casi la mitad de las defunciones ocurrió en este último grupo, mientras que los menores de 5 años concentraron el 11%. La velocidad de estos cambios, empero, varía entre cada región y grupo social. Actualmente existen regiones del país en donde la mortalidad todavía está altamente asociada a la falta de alimento y agua potable, el hacinamiento, la educación deficiente y las condiciones adversas de la vivienda.

La estrecha relación que existe entre las condiciones de vida y la enfermedad hace que las brechas sanitarias se amplíen a medida que las condiciones socioeconómicas de una parte de la población mejoran mientras se deterioran en el resto. Es por eso que la mortalidad de las regiones ricas del país tiene un patrón de mortalidad similar al de los países desarrollados, mientras que en las más necesitadas este patrón se asemeja al de los países pobres. En 1990, por ejemplo, la tasa de mortalidad por diarreas en adultos del medio rural de Oaxaca fue más alta que la de la India, mientras que en Nuevo León esa causa tuvo una tasa similar a la de varios países europeos. Ese año, Chiapas y Oaxaca tenían la misma esperanza de vida que aquel estado veinte años antes y el 30% de los años saludables perdi-

\* Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

<sup>1</sup> Consejo Nacional de Población. *La situación demográfica de México*. México: CONAPO, Secretaría de Gobernación, México, 1998.

Cuadro  
Cambios en las diez principales causas de muerte en México  
1955-57, 1980 y 1997

1955-57 <sup>(1)</sup>			1980 <sup>(2)</sup>			1997 <sup>(3)</sup>		
Causa de Muerte	Tasa	%	Causa de Muerte	Tasa	%	Causa de Muerte	Tasa	%
Gastroenteritis	227.5	17.5	Enfermedades del corazón	74.9	11.6	Enfermedades del corazón	71.8	15.4
Influenza y neumonía	202.0	15.5	Accidentes	71.1	11.0	Tumores Malignos	54.1	11.6
Enfermedades de la infancia	135.3	10.4	Influenza y neumonía	56.9	8.8	Diabetes mellitus	38.0	8.2
Enfermedades del corazón	91.4	7.1	Enteritis y otras diarreas	55.1	8.6	Accidentes	37.9	8.2
Paludismo	66.4	5.1	Tumores malignos	39.2	6.1	Enfermedad cerebrovascular	26.1	5.6
Accidentes	48.1	3.8	Afecciones perinatales	39.2	6.0	Cirrosis	24.1	5.2
Homicidios	38.0	2.9	Enfermedades cerebrovasculares	22.6	3.5	Influenza y neumonía	21.0	4.5
Tumores malignos	37.8	2.9	Cirrosis	22.1	3.4	Afecciones perinatales	20.9	4.5
Bronquitis	31.7	2.4	Diabetes mellitus	21.7	3.4	Homicidio	14.3	3.1
Tuberculosis	31.2	30.0	Nefritis y síndrome nefrótico	10.5	1.6	Nefritis y síndrome nefrótico	10.8	2.3
Todas las demás causas	390.0	32.5	Todas las demás causas	231.6	36.0	Todas las demás causas	145.9	31.4

Fuentes: <sup>(1)</sup> y <sup>(2)</sup> Frenk J, Bobadilla JL y Sepúlveda J. *La transición de la salud en México: un modelo propio*. Revista **Demós** No. 1, 1988, pág. 29  
<sup>(3)</sup> INEGI: *Estadísticas Vitales. Estados Unidos Mexicanos. 1997*. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1998.

dos en México se hubiesen evitado si las condiciones del país fueran como las de Nuevo León. En la actualidad los cinco estados más pobres tienen el doble de mortalidad que los cinco más ricos y los hijos de las mujeres pobres tienen un riesgo de morir antes del año de edad 2.5 veces mayor que los hijos de las no pobres.<sup>2</sup> Es claro que el descenso de la mortalidad infantil alcanzado en el siglo (de 220 a 26 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados entre 1921 y 1998)<sup>3</sup> no ha sido proporcional en todos los grupos. La población indígena, por ejemplo, presentó en 1995 una tasa de mortalidad infantil de 48.3, lo que superó en un 58.4% a la tasa nacional.

En materia de morbilidad las principales diferencias se observan en los padecimientos infecciosos y agudos, que aún presentan una elevada incidencia en las regiones más pobres. El peso de las enfermedades infecciosas en las zonas rurales es más del doble que en las zonas urbanas, y la desnutrición es 4 veces mayor entre los niños pobres del Sur que entre los niños no pobres del Norte.

Los problemas de salud descritos se acompañan de una mala distribución de los recursos sanitarios, lo que se manifiesta como carencia en unas partes y exceso en otras. Al iniciar este sexenio, casi 10 millones de mexicanos no tenían acceso regular a ningún tipo

de servicio de salud, aunque algunos estados (Distrito Federal, Baja California Sur y Nuevo León) contaban con servicios suficientes para atender potencialmente al 150% de su población.<sup>4</sup> El gasto *per capita*, por su parte, también está desigualmente distribuido: por cada 4 pesos gastados en la salud de la población asegurada se gasta un peso en la no asegurada. Al analizar este gasto por institución se observa que en 1995 los servicios médicos de PEMEX gastaron \$ 1,708 anuales por persona, la Secretaría de la Defensa Nacional \$ 858, el IMSS \$ 628, el ISSSTE \$ 315, la SSA \$ 161 y el IMSS-Solidaridad \$ 105. Ese mismo año, en los nueve estados con la mayor mortalidad infantil el presupuesto *per capita* osciló entre \$ 93 y \$ 169, mientras que en las seis entidades con la menor mortalidad infantil osciló entre \$ 205 y \$ 469.<sup>5</sup> Esto indica una relación inversa entre el gasto *per capita* y las necesidades sanitarias de los estados.

México ha realizado recientemente cambios en la estructura y funcionamiento de su sistema de salud, descentralizando los servicios de atención de la población abierta, promoviendo la autonomía de los servicios estatales e incorporando un Paquete Básico de Salud para las poblaciones más vulnerables. Aunque este proyecto ha logrado dotar de servicios regulares a casi 6 millones de mexica-

nos que no los tenían en 1994, todavía no es posible saber si estos cambios han reducido la desigualdad en las condiciones de salud y la inequidad en el acceso a los servicios.

Como en la mayoría de los países, México se ha propuesto modificar la legislación para permitir una mayor participación del sector privado en la prestación de la atención médica. A pesar de sus posibles ventajas en cuanto a la eficiencia del sector y la calidad de los servicios, es indudable que los efectos de esta política en la salud de la población podrían ser negativos, especialmente entre la población más pobre, si ello significara desconocer, en alguna medida, la responsabilidad del Estado para proporcionar a toda la población aquellos bienes poco atractivos para el sector privado, que son indispensables para asegurar servicios médicos integrales, efectivos y de alta calidad. En consecuencia, las metas de eficiencia económica y administrativa de la reforma del sector salud deben supeditarse al propósito de promover una distribución más adecuada de los recursos sanitarios, basada en las necesidades de los más vulnerables y dirigida a los sectores que hasta ahora han permanecido al margen del desarrollo nacional. Salvo la educación, probablemente no exista ninguna inversión más justa que la que se puede hacer en este campo. **Demós**

<sup>2</sup> Frenk J. (Coordinador). *El observatorio de la salud*. México: Funsalud, 1997.

<sup>3</sup> Secretaría de Salud. *Compendio histórico de estadísticas vitales 1893-1993*. México: DGEI, SSA, 1994. E Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Principales causas de mortalidad por entidad federativa de residen-*

*cia habitual, y grupos de edad del fallecido, 1997*. México: INEGI, 1999.

<sup>4</sup> Olaíz F. G., Gómez D. H. y López M. S. *Cobertura de los servicios de salud: el reto de la equidad*. Cuadernos de salud, No. 1, México: SSA, 1994.

<sup>5</sup> Frenk J., *op cit*.

