

NÚMERO 414

JOHN SCOTT

Salud, sistemas de salud y pobreza:  
Una síntesis de la literatura

DICIEMBRE 2007



[www.cide.edu](http://www.cide.edu)

• Las colecciones de **Documentos de Trabajo** del CIDE representan un medio para difundir los avances de la labor de investigación, y para permitir que los autores reciban comentarios antes de su publicación definitiva. Se agradecerá que los comentarios se hagan llegar directamente al (los) autor(es).

• D.R. © 2007. Centro de Investigación y Docencia Económicas, carretera México-Toluca 3655 (km 16.5), Lomas de Santa Fe, 01210, México, D.F.  
Fax: 5727•9800 ext.6314  
Correo electrónico: [publicaciones@cide.edu](mailto:publicaciones@cide.edu)  
[www.cide.edu](http://www.cide.edu)

• Producción a cargo del (los) autor(es), por lo que tanto el contenido como el estilo y la redacción son su responsabilidad.

---

## Agradecimientos

*Este trabajo forma parte del estudio Atención a la Salud de Grupos Vulnerables (M. A. González Block, M.B. Duarte-Gómez, L. Robles Silva y J. Scott, 2007, INSP, Consorcio de Investigación para el Desarrollo de los Sistemas Estatales de Salud). Los resultados del trabajo han sido presentados en el XII Congreso de Investigación de Salud Pública (INSP, 2007), la Academia Nacional de Medicina (20.06.07), y el Global Forum for Health Research (Beijing, 2.11.07), además de diversos talleres en el INSP en el marco del Consorcio de Investigación para el Desarrollo de los Sistemas Estatales de Salud (INDESES). Se agradecen los comentarios y sugerencias de diversos participantes en estos foros, y en particular de Miguel Ángel González Block y Víctor Becerril.*

## Resumen

---

*Este trabajo presenta una síntesis de la literatura internacional sobre los sistemas de salud y la población en condiciones de pobreza, motivada en contribuir a informar el proceso de reforma de las políticas de salud en México a partir de la mejor evidencia disponible sobre el tema en la actualidad. La síntesis cubre el desempeño de los sistemas de salud en términos de equidad y pobreza, acciones específicas para reducir desigualdades en salud, programas de salud dirigidos a la población pobre, conceptos y medidas de salud poblacional y de inequidad en estados de salud, en acceso a servicios de salud, y el financiamiento de la salud. En la primera parte del trabajo se reseña la literatura internacional, mientras que en la segunda se cubre la literatura sobre México.*

## Abstract

---

*This study presents a synthesis of the international literature on health systems and poverty, with the aim of contributing to inform health policy reforms in Mexico on the basis of the best current evidence available. The synthesis covers the performance of health systems in terms of equity and poverty, specific actions to reduce health inequities, health programs targeted at the poor, concepts and measures of population health, inequality in health, in access to health and in health financing. The first part of the paper reviews the international literature, while the second covers the literature on Mexico.*

## Introducción

---

El objetivo de este trabajo es ofrecer una síntesis de la literatura internacional sobre los sistemas de salud y la población en condiciones de pobreza con el fin de contribuir a informar el proceso de diseño y reforma de las políticas de salud en México, a partir de la mejor evidencia disponible sobre el tema en la actualidad. Dada la amplitud de la literatura internacional sobre salud y pobreza (y más generalmente, sobre desigualdades en salud asociadas a condiciones socioeconómicas de las personas), esta es una síntesis selectiva, no exhaustiva o “agregativa”.<sup>1</sup> Los criterios y métodos de selección se explican abajo (sección 1).

El interés científico y de la administración pública en la relación entre salud y pobreza se remonta por lo menos a la primera mitad del siglo XIX, gracias a la disponibilidad de registros de mortalidad diferenciados por clase social en Inglaterra (Whitehead, 2000), y a las campañas públicas por el saneamiento de las rápidamente crecientes conglomeraciones urbanas. Sin embargo, ha sido en las últimas dos décadas cuando se ha producido un crecimiento acelerado en la literatura internacional sobre pobreza y salud, equidad socioeconómica en estados de salud, en el acceso a los sistemas de salud, y en el financiamiento de la salud, con un enfoque creciente en países de ingresos medios y bajos (PIMBs). En el curso de los últimos 25 años la participación porcentual de artículos publicados en *Medline* con la palabra “equity” en el abstract ha aumentado en un 260% (O’Donnell, van Doorslaer *et al.*, 2006).

Un antecedente notable en esta tendencia fue la Conferencia sobre Servicios de Salud Primaria de Alma-Ata de 1978, y el objetivo de reducir las brechas de salud entre países ricos y pobres, y entre ricos y pobres al interior de los países, y asegurar “Salud para Todos” para el año 2000. Lejos de haberse alcanzado, estos objetivos han sido retomados, un cuarto de siglo después, en los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM) de la ONU.

La equidad de la salud se ha consolidado en el centro de la agenda de la investigación científica internacional, como en el de las políticas públicas a principios del siglo XXI, en gran medida gracias a una serie de iniciativas globales, desde organismos internacionales como el Banco Mundial (BM), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y otros organismos de Naciones Unidas (ONU).<sup>2</sup> Estas han sido complementadas, y en algunos casos anticipadas, por importantes

---

<sup>1</sup> Dixon-Woods *et al.* (2006).

<sup>2</sup> Banco Mundial (1993), OMS (1995, 2000, 2002), Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU).

proyectos regionales<sup>3</sup> y nacionales,<sup>4</sup> desarrollados de manera más intensa y consistente en los países de ingresos altos (PIA). Para los países de ingresos medios y bajos (PIMB), el BM y la OMS han jugado un papel particularmente importante en la formulación de la agenda sobre salud y pobreza en la segunda mitad del siglo XX. Entre los reportes recientes de mayor impacto hay que destacar el *Reporte de Desarrollo Mundial 1993: Invirtiendo en Salud*, del BM, y el *Reporte de la Comisión de Macroeconomía y Salud* de la OMS en 2001, *Macroeconomía y Salud: Invertir en pro del desarrollo económico*.

La copiosa literatura internacional surgida a partir de estos esfuerzos cubre desde los fundamentos éticos y técnicas de medición de la salud poblacional y su distribución,<sup>5</sup> hasta estudios empíricos comparativos sobre la desigualdad de la salud, del financiamiento de la salud y del acceso a los servicios de salud, a partir de la disponibilidad de bases de datos de creciente calidad para un número creciente de países.<sup>6</sup> La síntesis de la literatura que se presenta a continuación intentará identificar cuáles han sido las agendas de investigación de mayor relevancia para entender el círculo vicioso entre las brechas de salud y la pobreza, y en particular el impacto que pueden tener los sistemas de salud sobre este círculo.

La síntesis se estructura de la siguiente manera. La siguiente sección (1) describe la metodología de búsqueda y selección de la literatura que se ha utilizado para identificar sus principales líneas y contribuciones. La sección 2 sintetiza los resultados de la búsqueda de la literatura internacional, en tres áreas principales:

1. Desempeño de los sistemas de salud en términos de equidad y pobreza, acciones específicas para reducir desigualdades en salud, y programas de salud dirigidos a la población pobre.
2. Estados de salud y pobreza: Salud poblacional e inequidad en salud.
3. Inequidad en estados de salud, acceso a los servicios de salud, y financiamiento de la salud.

La sección 3 presenta una síntesis de la literatura disponible sobre México, estructurada en la misma forma que la sección anterior. A manera de conclusión, la sección 4 considera las oportunidades que se abren, y los retos que se imponen, en el proyecto de informar las políticas públicas en el campo

---

<sup>3</sup> Algunas iniciativas regionales incluyen EquiLAC (BID), ECuity Project (Comunidad Europea), y EQUITAP Project para la región Asia-Pacífico.

<sup>4</sup> Destaca el caso del Reino Unido, con tres reportes/estudios que se han convertido en clásicos en este campo: los "Whitehall Studies" de Marmot et al. (1978), el *Black Report* (Black et al. 1980), y el *Acheson Report* (Acheson 1998). OMS (2005), *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, analiza documentos oficiales y políticas recientes de 13 países de ingresos altos en este tema.

<sup>5</sup> Murray, et al. (2002), (2003).

<sup>6</sup> Wagstaff (2001, 2002).

de la salud en la evidencia sintetizada en este trabajo. La sección 6 presenta la bibliografía completa de la literatura que se ha revisado en esta síntesis.

### **1. Metodología de búsqueda y selección de la literatura**

La metodología de búsqueda y selección de la literatura para la presente síntesis se basó en los siguientes criterios (ver anexo). Se realizó una primera búsqueda macro (*scooping review*) con el motor de búsqueda *Collexis*, a partir de un perfil sobre determinantes y otro sobre políticas.<sup>7</sup> Esta arrojó en total más de mil citas (650 sobre determinantes, 355 sobre políticas, aunque en realidad las dos listas incluían artículos de ambos tipos). Se intentó una exploración preliminar de las primeras 100 citas (a partir de títulos, *abstracts* y los textos disponibles electrónicamente) en cada caso, pero no se encontró una priorización clara en el ranking de textos en función de relevancia, representatividad, generalidad, calidad, o sustento teórico y empírico, aún después de experimentar con variantes de los perfiles originales. También se encontró un grado importante de redundancia entre textos, y algunos textos de carácter más especulativo, sin un sustento teórico o empírico claro. En este sentido, el ranking de citas que arrojó el motor de búsqueda no facilitó una profundización sistemática en la literatura, por lo que se optó por complementar, acotar y ampliar esta búsqueda inicial a partir de una exploración estructurada bajo los siguientes criterios:

- A. Se hicieron búsquedas a partir de palabras clave en *PubMed (MEDLINE)*<sup>8</sup> y se consultaron las bases de estudios de los principales organismos internacionales con programas de investigación sobre pobreza y salud (Banco Mundial,<sup>9</sup> OMS,<sup>10</sup> PAHO,<sup>11</sup> ONU-WIDER<sup>12</sup>).
- B. Se privilegiaron textos “canónicos”, utilizados y citados ampliamente como puntos de referencia en la literatura, textos de carácter metodológico de calidad, que ofrecen un “mapeo conceptual” o tipología analítica y crítica de la literatura, y síntesis y revisiones recientes de la literatura, a menudo

---

<sup>7</sup> A) “Sociodemographic, economic and health characteristics and determinants of vulnerable population groups defined as those exposed to high health risks due to structural life conditions, especially due to poverty and inequality.” B) “Policies and health services, including social and economic analyses and evaluations thereof, targeting or benefiting vulnerable population groups defined as those exposed to high health risks due to structural life conditions, especially due to poverty and inequality.”

<sup>8</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>

<sup>9</sup> Poverty and Health:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0,,contentMDK:20278877~menuPK:460198~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476,00.html>

<sup>10</sup> *Health Systems Performance, World Health Report, Commission on Macroeconomics and Health, Commission on Social Determinants of Health.*

<sup>11</sup> <http://listserv.paho.org/Archives/equidad.html>

<sup>12</sup> *Advancing Health Equity*, UNO-WIDER Conference, September 2006.

generados como insumos básicos en el contexto de las iniciativas internacionales mencionadas anteriormente.

- C. Consistentemente con el ideal de un análisis basado en la *evidencia*, análogo a la *Cochrane Collaboration* en el ámbito clínico, se privilegió el análisis empírico a partir de técnicas rigurosas de medición, métodos cuantitativos y bases de datos.
- D. Dado el objetivo final de esta síntesis, se privilegió el tema de salud, equidad y pobreza referido a la evaluación de sistemas de salud y programas específicos dirigidos a la población en condiciones de pobreza.
- E. Para la literatura y evidencia específica al caso de México, donde la búsqueda original con Collexis arrojó un número muy limitado de resultados, se partió de una síntesis de la literatura y análisis de la evidencia disponible sobre desigualdad en salud, financiamiento y uso de servicios realizada recientemente por el autor (Scott, 2006), ampliada y actualizada a partir de los estudios y reportes de evaluación que han surgido alrededor de las reformas recientes al sistema nacional de salud.

## 2. Síntesis de la literatura internacional

La pobreza y la salud se relacionan en términos causales, y aún constitutivamente, de maneras múltiples y complejas. La tabla 1 resume algunas de las vías principales de esta relación. En su definición más general, el concepto de pobreza se refiere a la insuficiencia de recursos necesarios para alcanzar un mínimo de bienestar preestablecido (línea de pobreza). En su definición más común, los recursos se miden en términos de ingreso o consumo monetario, y el mínimo se establece a partir del costo de una canasta alimentaria mínima necesaria para sostener un nivel de funcionamiento adecuado en términos de actividades físicas, psicológicas y sociales.<sup>13</sup> En el caso de medidas multidimensionales de pobreza, la salud puede incluirse junto con otras dimensiones como un componente básico del bienestar de las personas. Un ejemplo de una medida de este tipo es el "Índice de Pobreza Humana" del PNUD (1999), que incluye medidas de mortalidad y expectativas de vida. En ambos casos, la salud representa un elemento *constitutivo* en la medición de la pobreza. En términos más generales, Sen (1998) ha propuesto utilizar índices de mortalidad como medidas de éxito o fracaso *económico* de los países, no sólo por representar un indicador más básico del bienestar, sino por su sensibilidad a las desigualdades socioeconómicas, en contraste con el Producto Interno Bruto.

---

<sup>13</sup> Para mayores detalles y la metodología oficial utilizada en México, ver Szekely (2006).



En términos causales, la pobreza monetaria limita la salud al limitar el poder de compra de bienes y servicios de salud, incluyendo copagos de servicios públicos y contribuciones a la seguridad social, pero también por las condiciones nutricionales, de salubridad, educativas, ambientales, geográficas, culturales, etc. asociadas a ella, que generalmente implican a la vez mayores riesgos a la salud y restricciones (no monetarias) al acceso y calidad de los servicios de salud. Los daños a la salud llevan a su vez a mayor pobreza, al reducir los ingresos laborales (por menor capital humano y jornadas de trabajo perdidas) y por los gastos que demandan en bienes y servicios de salud, que pueden llegar a absorber una proporción significativa del ingreso de los hogares (gastos catastróficos) y/o reducir el ingreso disponible de los hogares (neto de estos gastos) por debajo de la línea de pobreza (gastos empobrecedores).

Más allá de las definiciones científicas, la relación íntima entre pobreza y salud puede verificarse en la percepción generalizada de los pobres mismos, reportada en el proyecto del Banco Mundial, *Voices of the Poor* (ver WHO, 2002).

**TABLA 1: POBREZA Y SALUD**

| <b>POBREZA COMO DETERMINANTE DE LA SALUD</b>   |
|--|
| 1. <i>Determinantes no monetarios asociados a la pobreza:</i> nutrición, educación, condiciones sanitarias, ambientales, culturales, etc.  |
| 2. <i>Restricciones financieras:</i> capacidad de compra de servicios privados y primas de seguros privados, copago de servicios públicos y contribuciones a la seguridad social |
| 3. <i>Restricciones no financieras al acceso y uso de servicios:</i> geografía, discriminación, educación, culturales.   |
| 4. <i>Calidad de los servicios disponibles a los pobres.</i>   |
| <b>SALUD COMO DETERMINANTE DE LA POBREZA</b>   |
| 5. Productividad laboral, retornos a la salud como capital humano.   |
| 6. Pérdidas de jornadas laborales por enfermedad.  |
| 7. Gastos empobrecedores o catastróficos en salud.   |
| <b>SALUD COMO ELEMENTO CONSTITUTIVO DE LA POBREZA</b>  |
| 8. Línea de pobreza monetaria definida en función de mínimos nutricionales.  |
| 9. Componente en medidas no monetarias de pobreza.   |

En conjunto, estos factores implican un círculo vicioso entre pobreza y salud, que demanda un esfuerzo público coordinado y sostenido en múltiples frentes, no sólo desde el sistema de salud, también desde los programas de ataque a la pobreza y los otros ámbitos correlacionados con ambos problemas. Aquí consideramos este círculo entre pobreza y salud principalmente desde el punto de vista del sistema de salud. La síntesis de la literatura internacional se estructura en tres partes principales:

- 1) Desempeño de los sistemas de salud en términos de equidad y pobreza, acciones específicas para reducir desigualdades en salud, y programas de salud dirigidos a la población pobre.
- 2) Estados de salud y pobreza: Salud poblacional e inequidad en salud.
- 3) Inequidad en estados de salud, acceso a los servicios de salud, y financiamiento de la salud.

En cada caso consideramos:

- a) literatura de carácter teórico y metodológico relacionada con *conceptos y medidas* de las variables necesarias para evaluar el impacto de los sistemas de salud sobre la población en condiciones de pobreza, y
- b) literatura de carácter *empírico*, que presenta la evidencia disponible sobre estas variables.

### *2.1. Desempeño de los sistemas de salud en términos de equidad y pobreza, acciones específicas para reducir desigualdades en salud, y programas de salud dirigidos a la población pobre*

The movement towards basing health policy development and advice on rigorous scientific evidence has begun.

Gro Harlem Brundtland, 2003<sup>14</sup>

El esfuerzo más ambicioso por definir y generar medidas para evaluar el desempeño de los sistemas de salud a partir de evidencia empírica, privilegiando la equidad, surgió en el curso de la última década, desde la OMS. Aunque existe una larga tradición de antecedentes, una parte relevante de la literatura reciente en estos temas se ha generado a partir de este proyecto, tanto por los programas de investigación que ha producido como antecedentes técnicos y empíricos, como por las críticas y debates que ha provocado en la comunidad científica. Si bien estos debates han servido para estimular la investigación en el campo, también han expuesto dos retos importantes que enfrenta esta literatura. Primero, se han expuesto los retos de información que enfrenta cualquier proyecto de evaluación y diseño de políticas públicas en el campo de la salud, como en otros campos de políticas públicas, a partir de la evidencia científica. Segundo, las críticas han expuesto las limitaciones conceptuales específicas al proyecto de la OMS.

---

<sup>14</sup> Directora General de la OMS (1998-2003), cita tomada del Prefacio de Murray and Evans (2003).

Veremos que el proyecto resultó prematuro dada la información disponible, y paradójicamente insular en sus propuestas metodológicas, contrariamente al objetivo de generar consensos amplios. Las medidas de evaluación propuestas en OMS (2000) no han sido retomadas en ediciones posteriores del Reporte Mundial de la Salud, ni en los indicadores mundiales de salud de la OMS (WHI), que han revertido a las medidas más simples y mejor establecidas. A pesar de esto consideramos el proyecto en algún detalle no sólo por ser el intento más ambicioso y que mayor literatura metodológica ha generado sobre la evaluación de sistemas de salud en años recientes, sino por el impacto particular que ha tenido en el caso de México (ver sección 3).

El *Reporte Mundial de Salud 2000-Health Systems: Improving Performance* (OMS, 2000) y los documentos técnicos asociados a él representaron la “punta del iceberg” de esta iniciativa de la OMS por la atención y controversia que generó, pero la presentación más detallada y actualizada de sus fundamentos conceptuales (a la luz de estas controversias) se encuentra en dos compendios amplios de trabajos técnicos, editados por Murray *et al.* (2002) y Murray y Evans (2003), con cerca de 1700 páginas entre los dos. El primero se enfoca sobre el tema de medidas de salud poblacional, que retomamos abajo. El segundo, *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, considera el esquema de evaluación de desempeño adoptado en OMS 2000, y profundiza en cada uno de sus componentes y aplicaciones. Este compendio revisa la metodología de OMS 2000 a partir de un conjunto amplio de críticas metodológicas que se hicieron a este reporte, tanto por parte de los responsables de las políticas de salud de países miembros, como desde la comunidad científica internacional especializada en salud pública y economía de la salud.<sup>15</sup> Ante estas críticas, la OMS comisionó a un grupo de expertos independiente para evaluar la metodología de la OMS (Anand *et al.*, 2003), cuyas recomendaciones se consideran en los trabajos presentados en Murray y Evans (2003).

La literatura generada a partir de esta iniciativa de evaluación de sistemas de salud de la OMS es demasiado amplia para resumirse aquí, pero podemos extraer algunas conclusiones generales (ver Anand *et al.*, 2003 para una revisión balanceada de la literatura crítica y las respuestas del equipo responsable de OMS 2000). Existe un consenso amplio sobre la importancia de generar bases conceptuales y empíricas adecuadas para evaluar los sistemas de salud a partir de la evidencia, y un reconocimiento de la iniciativa de la OMS en esta dirección. Sin embargo, se ha reconocido también que este proyecto de evaluación enfrenta retos formidables, que en su fase inicial (OMS, 2000) están muy lejos de haberse resuelto satisfactoriamente.<sup>16</sup> Estos

---

<sup>15</sup> Ver, por ejemplo, Williams (2000, 2001), y el conjunto de artículos críticos citados en Anand *et al.* (2003).

<sup>16</sup> Por ejemplo, Pedersen (2002) ofrece el siguiente balance de la recepción de OMS (2000): “A recent editorial in the Bulletin of the World Health Organization [5] noted that the WHR 2000 has been received with mixed reactions. This is an understatement. From day one the WHR 2000 has been met by worldwide criticism from the

retos son de tres tipos: a) conceptuales y metodológicos, b) disponibilidad de información empírica, y c) relevancia práctica para los sistemas de salud.

a) *Conceptos y medidas*. OMS (2000) introduce un marco conceptual de evaluación del desempeño de los sistemas de salud a partir de tres objetivos “intrínsecos” de los sistemas de salud: i) la salud de la población (y su distribución), ii) la “responsividad” de los sistemas de salud (y su distribución), que se refiere a calidad de tratamiento en aspectos *no médicos*, y iii) la equidad financiera de los sistemas de salud. Estos objetivos se evalúan tanto en términos globales, o medios, como distributivos, excepto en el último caso, que se define directamente en términos de equidad. Para evaluar estos objetivos se definen cinco medidas (dos de nivel, y tres de equidad), que finalmente se agregan en un índice sintético único de desempeño. Los debates conceptuales se han enfocado sobre tres aspectos principales:

- 1) Selección de objetivos: se ha cuestionado la inclusión de los dos objetivos adicionales al de salud; en sentido opuesto, se ha cuestionado la ausencia de otros indicadores relevantes sobre los sistemas de salud, en particular sobre cobertura, acceso y uso de servicios (Anand *et al.*, 2003).
- 2) Definición de las medidas: para cada uno de los cinco objetivos (considerando nivel y equidad), se han introducido medidas innovadoras pero controversiales, que no han logrado generar un consenso en la comunidad internacional (ver abajo).
- 3) Definición de índice global de desempeño: se han cuestionado los ponderadores elegidos para los tres objetivos/medidas principales, que implican, por ejemplo, que una reducción de 5% en expectativas saludables de vida puede compensarse con un aumento de 10% en la amabilidad de los servicios (Williams, 2001). También se ha cuestionado el interés práctico de un indicador sintético único, como comentamos abajo.

---

scientific community, public officials, and politicians. Criticism has usually been prefaced by polite acknowledgement of the importance of the task and the enormity of the undertaking. The criticism has been published in scientific journals [6–8,2,9,1,10–13], including editorials [14–16], aired at meetings [17–19], working papers [20–23] and expressed in undisclosed correspondence between ministers of health and the secretary general of the WHO, e.g. the Danish Minister of Health. One must not forget, however, that part of the criticism undoubtedly stems from unfavourable rankings of a number of countries and problems with identifying national numbers in the statistical appendices of WHR 2000, but it may nevertheless contain valid points. One has to look long and hard to find anyone outside the WHO wholeheartedly endorsing central parts of the WHR 2000. Professor Martin McKee of the London School of Hygiene and Tropical Medicine, and a member of the regional reference group for the WHR 2000, notes a few positive points in his BMJ-editorial [14], for instance a useful conceptual framework and a need for a much better understanding of the impact of health systems on health. But he also notes that the WHR 2000 has not provided a valid answer to the question of whether one system is better than another. An editorial in the Lancet is careful in its wording, and paraphrases the implicit content of the articles: ‘while avoiding the alliterative ‘fatally flawed’ this week’s critics come close’ [15].

b) *Información empírica*. La crítica más seria y generalizada que se hizo al proyecto de la OMS tiene que ver con la disponibilidad de la información empírica para calcular las medidas propuestas para un conjunto amplio de países. Esta restricción obligó a imputar cerca de 60% de los valores de los indicadores de desempeño publicados en OMS (2000), a partir de covariables estimadas para subconjuntos pequeños de países con datos adecuados (William, 2001; Pedersen, 2002; Anand *et al.*, 2003). El caso más extremo fue la medición de responsividad y su distribución, donde en ausencia de datos comparables se optó por proyectarlos a partir de una encuesta a “informantes clave” aplicada a una pequeña fracción de los países miembros. Esto debilitó seriamente la credibilidad de las medidas globales de desempeño obtenidas. Para resolver el problema en el futuro de contar con los datos primarios requeridos para calcular los indicadores de desempeño para todos los países miembros se ha levantado una encuesta mundial de salud, el *World Health Survey*.<sup>17</sup>

c) *Relevancia práctica para los sistemas de salud*. Es claro por lo que ya se ha mencionado que la elección de las medidas de la OMS respondió más a un ideal conceptual de evaluación que a un análisis pragmático de la información disponible, sin duda con la esperanza de sentar las bases y el ímpetu para el levantamiento futuro de la información requerida. Pero aún si (y cuando) la información requerida estuviera disponible, se ha cuestionado la utilidad de las medidas de desempeño de la OMS como guía para el diseño y reforma de los sistemas de salud. Un índice sintético global puede ser útil para llamar la atención de la sociedad y sus gobernantes cuando el desempeño resulta (comparativamente) insatisfactorio, pero es de escasa utilidad para identificar las causas y retos a atacar. Sin embargo, tampoco la selección de las medidas que este índice agrega es relevante para guiar las políticas públicas, primero por la decisión de incluir sólo objetivos “intrínsecos”, no instrumentales, y segundo al optar por las medidas más generales posibles de estos objetivos, más que medidas que faciliten la evaluación de las políticas públicas. En el caso de los objetivos más básicos de salud poblacional y su distribución, por ejemplo, se seleccionaron medidas que agregan todas las causas de pérdida de salud (DALE) y todas las causas posibles de desigualdad (desigualdad total, o “pura”). Con ello se elimina la posibilidad de priorizar en la medición y evaluación en función de las causas de mayor relevancia para las políticas, por razones tecnológicas (causas atacables vs. causas inmunes a las políticas públicas) y/o éticas (causas involuntarias vs. causas sujetas a control voluntario). En particular, a pesar de su énfasis en equidad, el proyecto de evaluación de desempeño de los sistemas de salud de la OMS no da prioridad al impacto de estos sistemas sobre las poblaciones en condiciones de pobreza.

---

<sup>17</sup> Para los resultados disponibles actualmente de esta encuesta ver [www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html).

Posiblemente ante las limitaciones anteriores, la OMS no ha intentado repetir la medición de desempeño de OMS (2000) en años posteriores, y la investigación sobre salud y pobreza se ha desarrollado principalmente en proyectos y direcciones metodológicas alternativas, dentro y fuera de la OMS. A continuación consideramos algunos de los principales trabajos:

a) Los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODMs) propuestos por las Naciones Unidas, y adoptadas por 189 países en el 2000, que incluyen tres indicadores de salud entre sus ocho indicadores principales, han logrado generar un punto de referencia consensuado en los organismos internacionales y los gobiernos nacionales en esfuerzos para reducir las brechas entre países ricos y pobres en el curso de la próxima década. La limitación principal de las ODM en el contexto de esta síntesis es su inevitable generalidad: no se incluye como meta reducir brechas entre ricos y pobres al interior de los países, y las ODM constituyen guías demasiado gruesas para identificar las intervenciones requeridas para mejorar el impacto de los sistemas de salud sobre las poblaciones en condiciones de pobreza.

b) La *Comisión sobre Macroeconomía y Salud* de la OMS se enfocó en el ciclo vicioso entre la mala salud y la pobreza, y el impacto de la salud sobre el crecimiento de los países, y enfatiza la necesidad de aumentar significativamente los flujos financieros, domésticos e internacionales, para asegurar una inversión adecuada en salud (Sachs *et al.*, 2000; WHO, 2006).

c) En su fase inicial, la *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH) de la OMS (creada en 2005 bajo la dirección de Michael Marmot) ha producido una serie de revisiones amplias de estudios sobre desigualdades socioeconómicas en la salud (ver por ejemplo Doherty y Wilson, 2006).

d) El proyecto del *Copenhaguen Consensus* ha realizado estimaciones de costo-beneficio para identificar y priorizar problemáticas globales, identificando entre las oportunidades de mayor impacto potencial intervenciones directas o indirectas en la salud, en particular de las poblaciones en condiciones de pobreza (se incluye un ranking consensuado de costo-beneficio entre 17 proyectos considerados): control del SIDA (1) y malaria (3), provisión de micro nutrientes (2), tecnología de sanidad y agua (6-8), programas para reducir nutrición infantil (11) y nacimientos de bajo peso (12), y ampliación de servicios de salud primaria (13). (ver especialmente el análisis de enfermedades infecciosas y salud primaria en Mills y Shillcutt, 2004; Van der Gaag, 2004 y Evan, 2004).

e) Otra iniciativa internacional que es importante mencionar es la fundación de la *International Society for Equity in Health* en 2000, y su revista, el

*International Journal for Equity in Health*, cuyo primer número incluye una bibliografía anotada sobre el tema, entre 1980 y 2001 (Macinko and Starfield, 2002; ver también Starfield, 2006).

Los proyectos anteriores se sustentan a su vez en una literatura científica amplia sobre el impacto de intervenciones en salud sobre poblaciones pobres. Aunque aquí difícilmente podríamos resumir esta literatura, vale la pena destacar dos líneas de investigación importantes, y algunas de las contribuciones y conclusiones principales de la literatura.

Primero, se han identificado *paquetes de intervenciones prioritarias*, a partir de datos de carga de enfermedad (generalmente medidos en DALYs) y costos de tratamiento asociados a condiciones específicas. Estimaciones de este tipo han sido generadas en Jamison *et al.* (1993), BM (1993), OMS (2000), y el Reporte de la CMH (OMS, 2003) (ver también Tan-Torres Edejer *et al.*, 2003; y Disease Control Priorities Project, 2004). En general estas estimaciones se han hecho a nivel general o regional, sin tomar en cuenta diferencias epidemiológicas y en costos entre países (ver abajo, sección 4, para el caso de México). El ejercicio de la CMH, en particular, se enfoca sobre “mortalidad evitable”, definida como el riesgo de morir antes de cumplir 70, por encima del riesgo en una población de referencia, en este caso no fumadores en los países más ricos. La CMH encuentra que casi 90% de las muertes de niños menores a 5 años son evitables, y 84% de las muertes de mujeres entre 5 y 29 años de edad. Cerca de 90% de las muertes evitables son causadas por enfermedades infecciosas.

Segundo, se han hecho estimaciones de corte transversal a nivel macro del *impacto del gasto en salud sobre estados de salud en los países*. En general, existe un consenso sobre dos resultados principales en esta literatura (Filmer, *et al.*, 2000): a) se encuentra que casi toda la variación en estados de salud entre países se explica por variables socioeconómicas, y b) se encuentra un efecto pequeño o no significativo del gasto en salud sobre estados de salud (Filmer y Pritchett, 1999). Filmer *et al.* (2000) identifican restricciones en capacidad institucional y fallas de mercado en servicios (especialmente no básicos) como explicaciones principales de este último resultado. Por otro lado, Gupta *et al.* (2001) encuentran resultados positivos, aunque estiman que los países de ingresos bajos tendrían que incrementar el gasto público en salud de 2% del PIB (1999) a 12% en 2015 para lograr el ODM de reducir la mortalidad infantil a la mitad.

En un estudio más reciente, Baldacci *et al.* 2002 no encuentran un impacto significativo del gasto público en salud. Por otro lado, varios estudios han encontrado un impacto importante y significativo del gasto público en la salud *de los pobres* (Anand y Ravallion, 1993; Bidani y Ravallion, 1996).

Una conclusión general que puede derivarse de la literatura anterior, como del esfuerzo de evaluación de desempeño de OMS (2000), es que dada la

información disponible, los grandes estudios de corte transversal no ofrecen una guía particularmente útil para identificar intervenciones exitosas en salud para los pobres. Para ello ha sido necesario recurrir a estudios de caso sobre experiencias específicas. Algunas iniciativas internacionales de este tipo son:

a) la *Global Health Equity Initiative* de la *Rockefeller Foundation*, cuyo informe final, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (Evans, 2001), resume la experiencia en retos y políticas para reducir brechas en salud entre pobres y ricos de un conjunto de 13 países, incluyendo México (Lozano *et al.*, 2001),

b) los *Policy Reduction Strategy Papers* (PRSP) que requiere el BM y FMI para aceptar propuestas de condonación de deuda de países endeudados pobres; sin embargo, una evaluación reciente de los componentes de salud de los PRSP ha encontrado un énfasis limitado en poblaciones pobres (Laterveer *et al.*, 2003),

c) *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*, del Banco Mundial (Gwatkin, Wagstaff *et al.*, 2005), que incluye 11 estudios de caso, y describe algunos otros proyectos internacionales de este tipo.

Una limitación de estos estudios es la falta de comparabilidad y sistematicidad. En la conclusión del primer reporte, Whitehead *et al.* (2001) intentan identificar recomendaciones generales, pero la diversidad de experiencias y soluciones dificulta la obtención de conclusiones y recomendaciones de interés más general para informar los procesos de reforma de los sistemas de salud en otros países y contextos. En todo caso, en ausencia de métodos de comparación más sistemáticos, evidentemente la lista que se derive tiende a reflejar los preconceptos de quien haga la interpretación.

En el contexto de la CSDH, Doherty y Wilson (2006) ofrecen una síntesis de la literatura que identifican entre las áreas críticas de investigación:

i) reformas en financiamiento dirigidas a subsidios cruzados a favor de los más pobres: Doorslaer *et al.* (1999), y McIntyre y Gilson (2005) encuentran que los sistemas de financiamiento basados en impuestos generales tienden a ser los más pro pobres;

ii) asignación equitativa de los recursos y descentralización: uso de fórmulas de asignación geográfica basadas en necesidades (Bossert *et al.*, 2003, sobre experiencias exitosas en Chile y Colombia),



iii) presupuesto dirigido hacia servicios de atención primaria asegura mayor equidad: (Starfield, 2001, 2002, 2005; Starfield y Shi, 2004; Shi, Green y Kazakova, 2004; Tollman *et al.*, forthcoming).

Daniels *et al.* (2000) proponen un esquema para evaluar los sistemas de salud en el contexto de países en desarrollo a partir de un conjunto de metas (“benchmarks”) para evaluar la equidad de las reformas, sin pretender reducir estos a un indicador único de desempeño, ni generar indicadores comparables entre países.

WHO 2005, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, presenta un análisis de los documentos oficiales sobre políticas gubernamentales para reducir desigualdades en salud en 13 países desarrollados.

## 2.2. Estados de salud y pobreza: Salud poblacional e inequidad en salud

### 2.2.1. Salud poblacional

Para evaluar los sistemas de salud desde el punto de vista de la población pobre, y para identificar intervenciones prioritarias para esta población, es necesario contar con medidas de salud poblacional (MSP) y de desigualdad en salud relevantes. Existen literaturas amplias sobre ambos tipos de medidas. Existe una larga tradición de MSP, incluyendo el concepto de mayor uso por parte de economistas de la salud, *Quality-Adjusted Life Years* (QALY). Tomamos como punto de referencia las medidas propuestas por la OMS en el proyecto de evaluación que acabamos de sintetizar. La MSP propuesta para la evaluación de los sistemas de salud en OMS (2000) es el concepto de *Disability-Adjusted Life Expectancy* (DALE), posteriormente renombrado *Health-Adjusted Life Expectancy* (HALE), o *Esperanza de Vida Saludable* (EVISA).<sup>18</sup> Este concepto se origina en la medida de *Disability-Adjusted Life Years* (DALY), *Años de Vida Saludables* (AVISA), desarrollada como medida sintética de años de vida perdidos tanto por muerte prematura como por pérdida de calidad de vida asociada a la incidencia de enfermedades y discapacidades. Los AVISA fueron introducidos originalmente en un estudio conjunto del BM y la OMS para estimar el peso global de la enfermedad en el mundo —la pérdida anual total de años de vida por muerte prematura o enfermedad— y su distribución regional, para 1990 y proyectada para 2020 (BM 1993, Murray y López 1996, Murray 1996).<sup>19</sup> Las aplicaciones propuestas

---

<sup>18</sup> Respondiendo a críticas sobre el término “disabilities” por parte del grupo de dictaminadores externos de OMS (2000), los DALE han sido renombrados HALE (Murray y Evans 2003), y se incluyen en los indicadores mundiales de salud de la OMS (World Health Indicators, WHI).

<sup>19</sup> Esta ha sido actualizada para el 2002 y proyectada para el 2030 por Mathers y Loncan (2006).

para esta medida incluyen la evaluación de intervenciones y las asignaciones de recursos para la salud en términos de costo-efectividad.

La medida de AVISA y sus aplicaciones han recibido críticas desde la comunidad científica. Se han cuestionado los valores de los parámetros que la medida adopta, incluyendo los ponderadores variables a la edad de las personas, y los ponderadores seleccionados para distintas enfermedades,<sup>20</sup> y se ha criticado el hecho de que la medida sea una función aditiva, como el Producto Interno Bruto o el utilitarismo clásico, ignorando la distribución de la salud en la población (Anand y Hanson, 1997). Esta última crítica revive debates anteriores sobre los QALY<sup>21</sup> y los fundamentos éticos en salud más generalmente.<sup>22</sup> Murray *et al.* (2002) presentan la compilación técnica más completa disponible a la fecha sobre EVISA/AVISA, sus fundamentos y aplicaciones, y Anand, Peter y Sen (2004) presentan un compendio más crítico sobre las bases éticas y conceptuales de las MPS, en especial los AVISA.

Un punto de debate central en el presente contexto es cómo se debe incorporar la equidad, o dar mayor peso a la salud de la población en condiciones de pobreza, en la medición de la salud de una población. Una posibilidad es utilizar dos medidas separadas: una MSP aditiva para medir la salud en el agregado, y una medida de desigualdad para medir su distribución. Alternativamente, se podrían incluir criterios de equidad directamente en la definición de la MSP (Wagstaff, 1991; Lindholm *et al.*, 1998, Zhong and Rui, 2006). Por ejemplo, se podría dar mayor peso a AVISAS perdidos cuando estos se concentran en poblaciones que ya han sufrido pérdidas de salud o en poblaciones pobres o con deficiencias en otras dimensiones del bienestar, y cuando son fácilmente evitables por medio de intervenciones públicas costo-efectivas (Anand *et al.*, 2004). Más precisamente, desde esta perspectiva se podrían identificar las siguientes limitaciones de las MSP, como AVISAS:

- a) el uso de una medida única multidimensional y multifuncional, que agrega (equipara) la pérdida de salud por mortalidad prematura con las

<sup>20</sup> Formalmente, siguiendo la definición de Murray y Acharya (1997), la medida suma los años de vida perdidos por la incidencia de una condición  $j$  en un tiempo  $t$  para una persona  $i$ , como:

$$\int_{a_i^t}^{a_i^t + L(a_i)} D_j C x e^{-\beta x} e^{-r(x-a_i^t)} dx,$$

donde  $x$  es tiempo,  $D_j = (0,1)$  es el ponderador de la condición  $j$  (0 representa salud perfecta, 1 la muerte),  $\beta$  es el ponderador de la edad ( $C$  es una constante necesaria para que la elección de  $\beta$  no afecte el número global de DALYs),  $r$  es la tasa de descuento,  $a_i^t$  es la edad actual,  $a$  la edad de incidencia de la condición,  $L(a)$  su duración en el caso de enfermedades, o la expectativa de vida a la edad  $a_i^t$  en el caso de muerte (en su aplicación original, la expectativa de vida al nacer se calibró en 82.5 años para las mujeres y 80 para hombres, utilizando los valores nacionales más altos observados en 1990). Sumando, todas las condiciones sufridas desde  $t$  para todos los individuos de la población, se obtiene la medida agregada de AVISAS para una población en un tiempo  $t$ .

<sup>21</sup> Ver la compilación de Bell y Mendus (1988), especialmente los artículos de Lockwood, Broome y Harris.

<sup>22</sup> Ver, por ejemplo, Daniels (1985), Kamm (1993).

- pérdidas por enfermedades, es de menos utilidad para las políticas públicas que indicadores separados por causa de mortalidad y morbilidad,
- b) la medida ignora la distribución interpersonal de *estados de salud*,
  - c) la medida ignora la distribución interpersonal de la salud acumulada a lo largo del ciclo de vida, y
  - d) la medida ignora la distribución interpersonal de *oportunidades para acceder* a estados de salud.

La perspectiva adoptada en la mayor parte de la literatura ha sido la primera, aunque esta rara vez se justifica explícitamente.<sup>23</sup> Lo que es claro, sin embargo, es que esta perspectiva sólo es defendible, desde un punto de vista ético, si efectivamente se incluye y da un peso adecuado a una medida separada de equidad en salud. Este es el caso del esquema de evaluación de sistemas de salud de la OMS (aunque, como veremos, con serias limitaciones en la medida de salud propuesta), pero no necesariamente en otras aplicaciones de las MPS. Por ejemplo, una aplicación práctica importante de AVISAS, en combinación con estudios de costeo de intervenciones, ha sido en la definición de “paquetes esenciales de salud” (BM 1993; ver abajo, sección 4 para el caso de México). Sin embargo, la estimación de costo-efectividad de las intervenciones considera únicamente AVISAS por peso gastado, no la distribución de estos AVISAS. Es decir, dos intervenciones con AVISA/\$ comparables resultarían igualmente prioritarias independientemente de si en un caso se mejora la salud de poblaciones en condiciones de pobreza (y niveles asociados bajos de salud y otras dimensiones de bienestar) y en el otro la salud de poblaciones de ingresos (y salud) altos.

### *2.3. Inequidad en estados de salud, financiamiento de salud y utilización de servicios de salud*

#### 2.3.1. Inequidad en estados de salud

##### 2.3.1.1. Conceptos y medidas

La literatura conceptual, metodológica y empírica sobre desigualdades e inequidades en salud, financiamiento de la salud, y utilización de servicios de salud, se ha desarrollado en forma importante y consolidada en años recientes. Esta literatura cuenta con fundamentos firmes en la literatura económica y filosófica sobre desigualdad y justicia distributiva (Sen y Foster, 1997; Cowell, 2005; O’Donnell y van Doorslaer *et al.*, 2006).

En el caso de desigualdades en estados de salud, un debate central es si se considera la desigualdad total, o “pura” en salud, o solamente las

---

<sup>23</sup> Una excepción es Broome (2003, 2004), quien presenta un argumento formal para separar las dos medidas.

desigualdades asociadas a causas socioeconómicas. Esta diferencia se relaciona con la distinción que se hace comúnmente entre desigualdad e *inequidad*, donde este último término se reserva para aquellas desigualdades que son consideradas “injustas” en algún sentido definido.<sup>24</sup> En el caso de salud, este sentido se refiere en general a brechas “evitables”, definidas como tal por estar asociadas a condiciones socioeconómicas (por ejemplo, CMS, grupo de trabajo 5). Un concepto más establecido de la literatura filosófica, considera injustas únicamente aquellas desigualdades originadas en causas que están fuera del control voluntario de las personas (igualdad de oportunidades; Roemer, 1998), pero este ha tenido poco impacto en la literatura sobre salud (implicaría, por ejemplo, diferenciar DALYs perdidos por conductas evitables, como fumar o estilos de vida sedentarios).

La mayor parte de la literatura sobre medición de desigualdades en salud, financiamiento de la salud, y utilización de servicios de salud, se ha enfocado a desigualdades asociadas a causas socioeconómicas. La medida más comúnmente utilizada ha sido el *índice de concentración* (IC), o cuasi-Gini, que es idéntica al *índice de Gini*, excepto que el concepto utilizado para ordenar a los hogares o las personas (condición socioeconómica) es distinto a la variable cuya distribución se pretende medir (estado de salud, financiamiento de la salud o utilización de servicios de salud). El IC se define en el rango (-1,1), donde los extremos representan concentraciones totales de la variable de interés en los más pobres y ricos, respectivamente, y 0 es una distribución neutral —cada persona (o decil poblacional) obtiene la misma participación.<sup>25</sup>

El proyecto de evaluación de desempeño de la OMS introdujo nuevas medidas de desigualdad en salud y financiamiento de salud, que han generado algunos debates metodológicos interesantes en la literatura (Anand *et al.*, 2003). En el primer caso, el concepto y medida propuesta se refiere a la *desigualdad total* de salud (Gakidou y King 2002, Murray y Evans 2003, Capítulos 34-3). La relevancia de esta medida para la evaluación de los sistemas de salud ha sido cuestionada, al agrupar desigualdades asociadas a riesgos voluntarios o genéticos, con las causas socioeconómicas relevantes en términos de justicia distributiva y susceptibles a políticas públicas. El equipo responsable de la OMS ha defendido esta elección metodológica argumentando que las medidas permiten un análisis de descomposición para identificar la contribución relativa de cada factor a la desigualdad total (aunque este análisis de determinantes no fue incluido en OMS 2000). Un

---

<sup>24</sup> La OMS define inequidades en salud como “differences [in health status], which are unnecessary and avoidable, but in addition, are considered unfair and unjust.” Whitehead (1992).

<sup>25</sup> Para una crítica al IC en el contexto de salud y una propuesta alternativa basada en el Índice de Atkinson, ver Erreygers (2006). Wagstaff, Paci, y van Doorslaer (1991) relaciona el IC con otras medidas en la literatura epidemiológica.

segundo elemento innovador es la fórmula propuesta, basada en el índice generalizado de Gini:

$$\frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |s_i - s_j|^\alpha}{2n^2 \bar{s}^\beta},$$

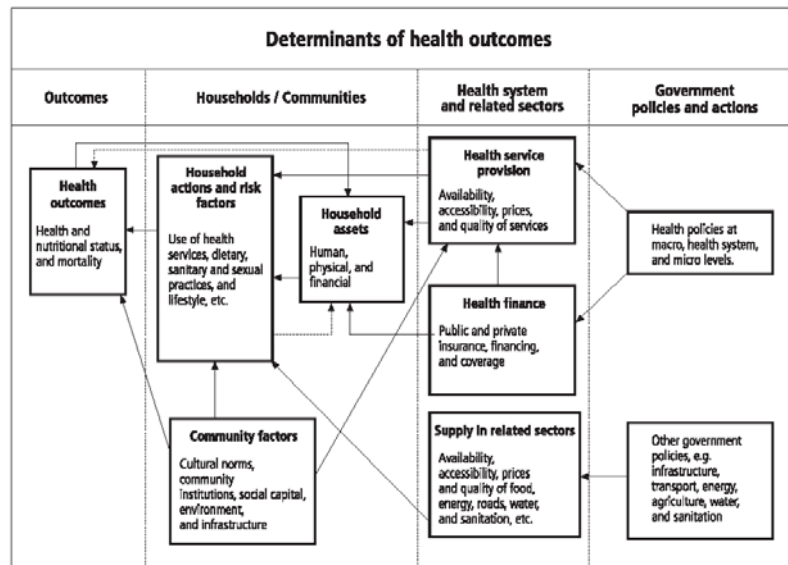
donde  $s_i$  denota en este caso la medida de salud de la persona  $i$ ,  $\bar{s}$  es la media de esta medida para la población,  $n$  es el tamaño de la población,  $\alpha$  es un parámetro de "aversión a la desigualdad" y  $\beta$  es un parámetro que define el carácter relativo vs. absoluto de la medida. Las medidas de la OMS postulan parámetros específicos (ver tabla), que implican una alta aversión a la desigualdad y una medida intermedia entre medidas relativas (como el IC) y absolutas puras. Sin embargo, la literatura sobre medición no ha desarrollado fundamentos para la interpretación y definición de estos parámetros, que en ausencia de estos resulta inevitablemente arbitraria. Ante esta indefinición, la práctica común en estudios económicos de desigualdad y pobreza en el ingreso, que aún no se ha incorporado en el ámbito de la salud, es algún tipo de análisis de sensibilidad (como dominancia estocástica), con rangos razonables de valores de los parámetros.

|     | $\alpha$ | $\beta$ | Concepto de ordenamiento |
|-----|----------|---------|--------------------------|
| IC  | 1        | 1       | Medida socioeconómica    |
| OMS | 3        | 0.5     | Medida de salud          |

Es importante mencionar la pertinencia de aplicar técnicas de estandarización demográfica (Wagstaff, 2001) para ajustar las medidas de desigualdad socioeconómica por diferencias demográficas entre grupos poblacionales.

Para pasar de la medición de las desigualdades a la explicación y a la propuesta de políticas públicas, se han propuesto diversos "modelos" o esquemas conceptuales generales. Recientemente, la *Commission on Social Determinants of Health* se ha enfocado a generar un esquema conceptual para analizar los determinantes sociales de la salud, aunque aún en términos más bien generales y conceptuales, y principalmente desde la perspectiva y problemática de los PIA (CSDH, 2005).

Un esquema más relevante para los PIMB es el siguiente, del *Poverty Reduction Strategy Sourcebook* del Banco Mundial (Claeson y Johnston *et al.*, 2001):



Claeson y Johnston *et al.* (2001).

Este esquema identifica tres niveles de determinantes:

- determinantes *directos o proximales* a nivel de los hogares (uso de servicios de salud, prácticas sanitarias y alimentarias, etc.) y sus comunidades (medio ambiente, etc.),
- determinantes *indirectos, o socioeconómicos*, incluyendo los activos financieros y humanos del hogar, y la accesibilidad de los servicios de salud, y factores comunitarios (normas culturales, infraestructura de transporte, etc.),
- finalmente, se consideran los determinantes de los determinantes indirectos, que representan los *determinantes últimos* de las desigualdades en salud, donde son de particular interés aquellos relacionados con el sistema de salud y las políticas que impactan sobre la salud desde otros ámbitos.

Un modelo utilizado en la literatura económica para explicar las desigualdades “originales” en el ingreso (es decir, antes de impuestos y transferencias), que podría aplicarse en el ámbito de la salud, aunque no se ha hecho aún (hasta donde la presente revisión de la literatura ha encontrado), es el *modelo de activos*, que explica la desigualdad en función de tres factores (ver, por ejemplo, Attanasio y Székely, 2002): a) la distribución de activos productivos, incluyendo capital humano, b) los retornos que estos activos logran en los mercados, y c) las tasas de uso de los activos productivos. En el ámbito de la salud, las categorías análogas podrían definirse como sigue: a) la distribución de los insumos proximales e indirectos para la salud, b) los “retornos” que estos insumos obtienen en el sistema de

salud, y c) las tasas de “uso” de estos insumos, incluyendo en particular el uso de servicios de salud disponibles a los hogares.

### 2.3.1.2. Evidencia

Como se ha mencionado antes, existe una larga tradición de estudios de desigualdad socioeconómica en salud para los países de ingresos altos (PIA), especialmente en el contexto de Europa. Estos estudios se han desarrollado en forma sistemática en años recientes, incluyendo un número creciente de estudios comparativos (ECuity projects, <http://www2.eur.nl/bmg/ecuity>; Van Doorslaer and Koolman X., 2004; Mackenbach J., 2006).

Aunque son más recientes los estudios enfocados a países de ingresos medios y bajos (PIMB), esta literatura también ha crecido en forma notable en años recientes (Gwatkin, 2000; Wagstaff, 2001; van Doorslaer, 2006). En contraste con la literatura sobre PIA, donde es común la utilización de medidas de estados de salud autorreportados, estas medidas han resultado de menos utilidad en el caso de PIMB, a menudo indicando distribuciones de salud neutrales o aun pro pobres, reflejando más bien problemas de acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones pobres y/o una mayor tolerancia a bajos estados de salud en estos estratos, producto de una mayor incidencia crónica de daños a la salud. Por ello se han utilizado principalmente indicadores objetivos, especialmente medidas antropométricas y de mortalidad infantil.

Aunque aún es limitada la disponibilidad de bases de datos que incluyan tanto indicadores de salud objetivos como indicadores socioeconómicos necesarios para un análisis distributivo, estas bases se han hecho más comunes en años recientes, gracias en gran parte a dos proyectos estadísticos del Banco Mundial: los *Living Standard Measurement Studies* (LSMS), y los *Demographic and Health Surveys* (DHS). A la fecha se han realizado 78 DHS para 56 países, 22 de los cuales cuentan con más de un levantamiento, permitiendo análisis de cambios en el tiempo. Estas bases han permitido estudios comparativos de desigualdades en salud infantil —principalmente mortalidad y desnutrición de menores de 5 años, e incidencia de diarrea y algunas otras enfermedades en esta población— para un número creciente de países:<sup>26</sup> Wagstaff (2000, 2001), Wagstaff and Watanabe (2000), Gwatkin *et al.* (2000, 2005). La última edición de *Indicadores Mundiales de Salud* (OMS 2006) reporta, a partir de estas bases, desigualdades en mortalidad y desnutrición de menores de 5 años para 67 países (50 de ellos por quintiles de riqueza).

Estos estudios revelan desigualdades amplias entre el quintil más pobre y el más rico, con variaciones importantes entre países. La mortalidad de

---

<sup>26</sup> Para ello se ha utilizado un índice de “riqueza” generado por Filmer y Pritchett (1999) a partir de las características de las viviendas y otros indicadores reportados en los DHS. Wagstaff y Watanabe (2003) han demostrado para algunos países que la medición de desigualdades socioeconómicas de salud para estos indicadores es robusta al uso de consumo vs. este índice de riqueza.

menores de 5 años en el quintil más pobre, respecto al más rico, varía regionalmente en un rango de 1.7 veces (África Sub-Sahara) hasta 2.6 y 2.8 veces (América Latina y Este Asiático y Pacífico, respectivamente),<sup>27</sup> y a nivel de los países entre 0.9 (Chad, el único caso con menor mortalidad en el quintil pobre) a 5.3 (Perú) veces (OMS 2006).

| MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS POR REGIÓN Y QUINTIL |                       |                         |                                 |                              |            |                    |
|--|-----------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------|--------------------|
|  | East Asia and Pacific | Europe and Central Asia | Latin America and the Caribbean | Middle East and North Africa | South Asia | Sub-Saharan Africa |
| Q1   | 36.3                  | 46.1                    | 35.2                            | 42.8                         | 64.9       | 104.7              |
| Q5/Q1  | 2.8                   | 1.8                     | 2.6                             | 2.4                          | 2.1        | 1.7                |

Fuente: Gwatkin *et al.*, 2005.

Para obtener las estimaciones de desigualdad en salud publicadas en OMS (2000) la OMS también recurrió a los datos de mortalidad infantil de los DHS (ante la disponibilidad limitada de datos distributivos de HALEs), estimando la medida de desigualdad descrita arriba para 50 países y proyectando por medio de covariables al resto de los países miembros (Gakidou y King, 2002).

La evidencia limitada disponible para analizar tendencias en el tiempo no permite identificar una trayectoria de progreso en la reducción de estas brechas. Por el contrario, Minujin y Delamonica (2004) observan que la reducción en tasas medias de mortalidad infantil en algunos casos se logran por avances en los quintiles más ricos, sin un avance correspondiente de los más pobres. Una tendencia de desigualdades crecientes se ha observado también en años recientes en PIA (Mackenbach, 2006), por supuesto en un contexto epidemiológico completamente distinto.

Una de las limitaciones principales de esta literatura comparativa es que son aún escasos los estudios que hayan trascendido de la descripción de las desigualdades al análisis de sus causas e implicaciones para las políticas públicas. Van Doorslaer y Colman (2004) presentan un análisis causal para los países europeos. Para PIMB, utilizando los datos de los DHS, Wagstaff (2002) encuentra que altos niveles de desigualdad en salud no están asociados con alta desigualdad en el ingreso o baja proporción del gasto en salud financiado públicamente, como podría esperarse, sino con mayores ingresos per cápita. Esto podría explicarse por la capacidad de los grupos de mayores ingresos de beneficiarse de los avances tecnológicos en salud asociados al crecimiento económico. Por otro lado, Wagstaff *et al.*, (2003) utilizan técnicas de descomposición de las medidas de desigualdad, y encuentran que el nivel de consumo del hogar y efectos comunitarios fijos asociados al nivel de consumo explican la mayor parte de la desigualdad de desnutrición infantil en Vietnam.

<sup>27</sup> Gwatkin *et al.* 2005.



El único estudio comparativo sobre desigualdades en salud en América Latina que hemos encontrado (Suárez-Berenguela, 2001), auspiciado por el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (EquiLAC), presenta curvas de concentración de enfermedad e índices de desigualdad para seis países de la región (Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, México y Perú). Sin embargo, el estudio utiliza medidas de salud autor reportada, por lo que coeficientes de concentración para el conjunto de países presentan un rango de variación mínimo alrededor de la línea de igualdad (-0.09, +0.02),<sup>28</sup> en contraste con los coeficientes de concentración de tasas de mortalidad obtenidos en los estudios citados anteriormente, por ejemplo, para Brasil y Guatemala (-0.28, -0.15).<sup>29</sup>

### 2.3.2. Inequidad en el financiamiento y beneficios de los servicios de salud

#### 2.3.2.1. Conceptos y medidas

Es claro que entre los principales determinantes de las desigualdades en estados de salud, y entre los de mayor interés para las políticas públicas, está el acceso a los servicios de salud. Existe un grado importante de unidad metodológica en la medición de la inequidad en el financiamiento y los beneficios de los servicios de salud con la medición de inequidades socioeconómicas en estados de salud. En estos casos es aún más claro el interés en desigualdades asociadas a condiciones socioeconómicas, y el índice que se utiliza más comúnmente es el IC. Sin embargo, surgen en estos dos contextos algunos problemas y medidas adicionales (para una descripción compacta de los conceptos y técnicas principales ver O'Donnell y van Doorslaer *et al.*, 2006).

En el caso del financiamiento y uso a servicios, interesa además de la *progresividad absoluta* de los pagos/beneficios, medida por el IC, la *progresividad relativa* al ingreso de los hogares, medida comúnmente por medio del *índice de Kakwani* (1977), y el impacto redistributivo, medido como un cambio de la desigualdad del ingreso asociada a los pagos realizados y (valor monetario de los) beneficios recibidos, comúnmente por medio del coeficiente de Gini. Adicionalmente a estas medidas de *desigualdad vertical*, puede ser de interés medir la *desigualdad horizontal* o la desigualdad entre iguales.

En el caso del financiamiento, hay dos conceptos adicionales que han sido de interés en la literatura, derivados de caídas en la capacidad de consumo del hogar asociadas a gastos ineludibles en salud: a) *gastos empobrecedores*, que provocan la caída de un hogar en la pobreza, o bien el empobrecimiento

---

<sup>28</sup> Suárez-Berenguela (2001). Los coeficientes de concentración presentados están estandarizados por características demográficas.

<sup>29</sup> Wagstaff (2000).

adicional de un hogar ya pobre, y b) *gastos catastróficos*, que implican una caída severa en la capacidad de consumo del hogar medida como proporción de su ingreso. Nótese que estos dos conceptos pueden interpretarse como una preocupación por desigualdades verticales (empobrecedor) y horizontales (catastrófico) extremas, respectivamente.

Esto es relevante también para la medición de la pobreza monetaria, pues un hogar obligado a desahorrar o endeudarse para realizar pagos por eventos de salud puede aparecer como menos pobre o no pobre en términos de consumo, por lo que se ha sugerido excluir gastos en salud para propósitos de medición de la pobreza (Citro y Michael, 1995 para EEUU y Scott, 2006a para México).

En el caso de los beneficios, se enfrentan algunos problemas metodológicos adicionales para estimar progresividad e impacto redistributivo, por medio del *análisis de incidencia de beneficios* (AIB), ya que, en contraste con los pagos, los beneficios recibidos son en general en especie —servicios y bienes de salud (Van de Walle y Nead, 1995; Van de Walle, 1998). La progresividad de servicios o intervenciones específicas se puede medir a partir del acceso o uso reportado en encuestas de hogares, pero para obtener estimaciones de impactos redistributivos de estas intervenciones, de los gastos agregados, y de la progresividad de *beneficios netos de pagos*, es necesario estimar su valor monetario. En el caso de bienes y servicios de salud provistos públicamente, donde no existen precios de mercado, sería necesario para ello estimar la disposición de pago de los hogares, pero comúnmente se utiliza el costo de provisión de estos servicios reportado en las cuentas públicas.

En la literatura metodológica y empírica se tratan por lo general en forma separada los análisis de pagos y de beneficios: los estudios de inequidad financiera tienden a ignorar la distribución de los beneficios (asumiendo implícitamente una distribución neutral), mientras que los estudios de incidencia de beneficios a menudo ignoran la incidencia de los pagos. Esto es desafortunado, ya que la inequidad e impacto redistributivo de la atención a la salud depende por igual de ambos componentes. Por ejemplo, un sistema de salud financiado en forma progresiva puede asignar el acceso a sus beneficios en forma igualmente “progresiva” (pro rica) —pagando principalmente los ricos, pero también siendo ellos los principales beneficiados— eliminando el objetivo redistributivo del financiamiento de la salud. Este es de hecho un escenario común en el contexto de PIMB (van Doorslaer, 2006). Además, por lo general, aunque independiente de esto en principio, el esquema de financiamiento de los servicios de salud afecta en forma determinante el acceso de los hogares a los mismos. La separación analítica se explica posiblemente por sus orígenes y desarrollos relativamente independientes de las dos perspectivas, y por la dificultad de obtener valores monetarios en el caso de los beneficios. Los primeros estudios de incidencia

de beneficios surgieron principalmente en el contexto de PIMB, hace casi tres décadas (Merman, 1979; Selowski, 1979). Aunque los estudios de desigualdad financiera tienen antecedentes claros en los estudios de incidencia fiscal, su desarrollo en el caso de la salud es más reciente (Wagstaff y van Doorslaer, 1993, 2000).

Una vez más, las elecciones metodológicas propuestas por el proyecto de evaluación de desempeño de la OMS se diferencian notablemente de la literatura establecida, pero han destacado más por la controversia que han generado que por su aceptación (Anand *et al.*, 2003). Primero, en las tres esferas de evaluación propuestas —salud, financiamiento y responsividad— no incluyen cobertura o acceso a servicios de salud, ni su distribución. Esta ausencia es sorprendente, pero se explica en la perspectiva conceptual del proyecto (Murray y Evans, 2003) por considerarse el acceso a bienes y servicios de salud un objetivo instrumental, no intrínseco, en la evaluación de los sistemas de salud. Sin embargo, como acabamos de notar, no es posible analizar la equidad financiera en salud sin considerar la distribución de beneficios. Pero aún independientemente del tema de financiamiento, el énfasis en objetivos intrínsecos vs. instrumentales es cuestionable cuando implica poner en el centro de la agenda indicadores intrínsecos secundarios (como responsividad), e ignorar en cambio objetivos instrumentales fundamentales (como el acceso a los servicios) para el objetivo intrínseco básico de promover la salud.

Segundo, ha sido criticado el indicador específico de inequidad en el financiamiento de la salud que propuso la OMS, que en contraste con el IC, es más sensible a desigualdades horizontales extremas (gastos catastróficos) que a las verticales, y en la medida en que considera estas últimas penaliza los sistemas progresivos por igual que los regresivos.<sup>30</sup>

#### 2.3.2.2. Evidencia

En el caso de los PIA, el financiamiento tiende a ser más neutral o ligeramente progresivo para los países con sistemas de salud financiados principalmente con impuestos, y regresivo para los sistemas con mayor participación privada (Wagstaff y van Doorslaer *et al.*, 1999; van Doorslaer y Wagstaff *et al.*, 1999). Sin embargo, los sistemas financiados principalmente por medio de impuestos generales no son siempre más progresivos que los sistemas financiados por medio de contribuciones a la seguridad social, y el financiamiento fiscal resulta más progresivo en EEUU, un país con un alto financiamiento privado, que en el RU, donde los impuestos representan la fuente principal del financiamiento, aunque en ambos mayor financiamiento público (vs. privado) fiscal (vs. contribuciones a la seguridad social), está asociado por supuesto a mayor equidad en el acceso a los servicios.

---

<sup>30</sup> El óptimo en esta medida son contribuciones idénticas como proporción de la capacidad de pago de los hogares, neta de gastos alimentarios.

El uso de servicios de salud en los PIA tiende a ser progresivo (pro pobre), y el tema de interés es si es suficientemente progresivo, una vez que se hace un ajuste por la distribución de necesidades de salud dadas las características demográficas de la población (tiende a serlo en caso de servicios de salud generales, pero no en el de servicios especializados).

Para los PIMB, existe una literatura amplia sobre la equidad en la cobertura de los servicios de salud, pero es comparativamente escasa la literatura sobre equidad financiera. Por un lado, desde los estudios pioneros de Meerman (1979) y Selowski (1979), se han realizado estudios de AIB de servicios educativos y de salud para un número creciente de PIMB, a partir de encuestas nacionales. Algunos reportes recientes de CEPAL (1994, 2001), BID (1998), y Banco Mundial (2001, 2003), incluyen tablas comparativas de la distribución del gasto público en salud, basadas en estos estudios.

Una limitación importante de estas comparaciones es que los estudios provienen de bases de datos nacionales y utilizan metodologías diversas, por lo que los resultados no siempre son comparables. Para ilustrar esto con un caso extremo, la siguiente tabla reporta la distribución del gasto público en salud para Brasil, tomada de dos de los reportes internacionales citados.

| DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN BRASIL:<br>DOS ESTIMACIONES (PARTICIPACIONES PORCENTUALES) |                      |                   |
|---|----------------------|-------------------|
| "Quintiles de Ingreso"  | Salud                | Salud y Nutrición |
|   | 1990                 | 1994              |
|   | Banco Mundial (2001) | CEPAL (2001)      |
| I (pobre)   | 8                    | 32                |
| II  | 18                   | 27                |
| III   | 30                   | 20                |
| IV  | 25                   | 14                |
| V (rico)  | 20                   | 8                 |

Fuente: World Bank (2001), Table 5.2 "Public spending on health by income quintile...", p. 81; CEPAL (2001), Cuadro IV.5, "Distribución del gasto social por estratos de ingreso..", p. 141.

Brasil presenta la distribución más regresiva de los 12 países incluidos en el reporte del Banco Mundial, pero la segunda más progresiva entre los 9 países representados en el de la CEPAL.<sup>31</sup> ¿Cuál de estas estimaciones es la correcta? De hecho, ninguna. Aunque los datos de Brasil se presentan como "quintiles" en BM (2001), en el estudio nacional original del que se toman estos datos (BM, 1995) se especifica claramente que la partición se refiere a grupos poblacionales de tamaño heterogéneo, definidos por rangos (fracciones y múltiplos) de salario mínimo. Por otro lado, aunque la tabla de CEPAL (2001) reporta la estimación bajo "Brasil", la cobertura del estudio en que se basa se

<sup>31</sup> El dato de la CEPAL incluye nutrición además de salud, pero esto no explica la diferencia entre las dos estimaciones ya que el gasto en nutrición representa apenas 8.5% del gasto en salud en Brasil (Banco Mundial 1995).

limita sólo a Sao Paulo (como se aclara en un pie de página), por lo que no considera las desigualdades regionales extremas que imperan en Brasil.

Más allá de estos errores crudos de presentación, los resultados de los estudios de AIB son sensibles a elecciones metodológicas razonables sobre a) la unidad individual analizada (personas, hogares, adultos equivalentes), b) el concepto de bienestar utilizado para ordenar estas unidades de menor a mayor bienestar (ingreso, consumo, o algún índice sintético basado en características no monetarias<sup>32</sup>), y c) la unidad utilizada para obtener particiones homogéneas ordenadas (*quantiles* de personas, hogares, o adultos equivalentes).

Una fuente de evidencia comparativa más homogénea son los DHS. Aunque limitados a algunas intervenciones específicas, estas son de particular relevancia para las poblaciones más pobres. Es notable aun para estas intervenciones, las asignaciones tienden a ser pro ricos: para 8 intervenciones reportadas en estas bases y comúnmente incluidas en paquetes básicos de salud primaria (atención prenatal, atención al parto, rehidratación oral, vacunación completa, tratamiento médico de infecciones respiratorias agudas, de diarrea, y de fiebre, y uso de contraceptivos modernos), y para 51-56 países, se reporta una cobertura en promedio dos tercios mayor para el quintil más rico que para el más pobre.

Filmer (2003) presenta una síntesis de esta literatura, para el *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. En 21 estudios reseñados por Filmer, el quintil más pobre recibe en promedio 15% del gasto en atención a la salud, mientras el quintil más rico recibe 25%. Sólo en cuatro países, principalmente Costa Rica y el Cono Sur, se observa una distribución progresiva de este gasto.

Se observan diferencias similares en el financiamiento de la salud, donde el peso del gasto de bolsillo —el componente más regresivo y empobrecedor del financiamiento de la salud— se correlaciona negativamente con el nivel per cápita de los países. Dos estudios comparativos que incluyen estimaciones de inequidad financiera además de desigualdad en el uso de servicios, Suárez-Berenguela (2001) para 6 países de América Latina, y O'Donnell, Van Doorslaer *et al.* (2005) para 13 países asiáticos, encuentran un patrón similar: distribuciones regresivas (pro ricas) del los servicios de salud, financiados en forma similarmente concentrada, por los grupos de mayores ingresos, en términos absolutos, y en la mayoría de los casos (asiáticos) también en términos relativos.

Observamos así un contraste interesante entre los PIA y los PIMB. En los primeros la neutralidad en el financiamiento de los servicios de salud tiene un impacto redistributivo mínimo o inexistente de recursos financieros, pero la progresividad en el uso de los servicios de salud implica una redistribución

---

<sup>32</sup> Un ejemplo de esto último es el índice de “riqueza” utilizando en los estudios de incidencia a partir de las DHS, siguiendo la metodología de Filmer y Pritchard (1998).

importante de recursos para la atención a la salud. Por el contrario, en los PIMB el financiamiento tiende a ser redistributivo, al concentrarse la carga financiera en los grupos de mayores ingresos, pero no se logra una redistribución en los recursos para la atención a la salud. En los términos de la literatura fiscal, el financiamiento de la salud en los PIMB parece regirse por al *principio de beneficios* que anula la función redistributiva del financiamiento público: se contribuye en función de los beneficios recibidos, y viceversa.

En conjunto, estos efectos implican que la brecha entre ricos y pobres en la distribución del acceso a bienes y servicios de salud es mucho más amplia en los PIMB que en los PIA, como lo es por supuesto el riesgo de incurrir en gastos catastróficos de salud. Son aún escasos los estudios sobre gastos catastróficos y empobrecedores en salud (ver Wagstaff *et al.* 2000, Wagstaff y Van Doorslaer (2003), aunque no para México. Sobre el impacto redistributivo del gasto de bolsillo, Wagstaff (2001) concluye: “the evidence that out-of-pocket payments in LMICs are highly regressive or drive households into poverty is not overwhelming”.

### ***3. Síntesis de la literatura sobre México***

Consideramos finalmente la representación de México en la literatura internacional sobre salud y pobreza, y la representación inversa, de la literatura internacional, en la investigación científica y las políticas públicas en México. En ambas direcciones, la literatura sobre salud y pobreza en México ha crecido en forma notable en años recientes, aunque como veremos persisten aún algunas lagunas y retos importantes.

Las iniciativas y estudios internacionales que hemos sintetizado arriba han tenido un impacto claro en el crecimiento de la literatura sobre salud y pobreza en México en los últimos años. Este ha sido el caso especialmente de las iniciativas recientes de la OMS, que han incidido en forma importante en el diagnóstico y diseño de las políticas públicas en salud, especialmente a partir del 2001. Existe por supuesto una amplia literatura sobre México anterior a 2000, que ha sentado las bases necesarias para estos últimos desarrollos, pero los desarrollos más recientes se explican en parte por la participación cercana del equipo responsable de las políticas de salud en México en la pasada administración en la concepción y desarrollo de las iniciativas de la OMS. Antes de fungir como Secretario de Salud de México (2001 y 2006), Julio Frenk jugó un papel importante como Vicepresidente de la OMS en el desarrollo del proyecto de evaluación de desempeño que hemos revisado arriba.<sup>33</sup> No debe sorprender por ello la incidencia del esquema

---

<sup>33</sup> Murray et al. (2003) reconocen esta contribución en el prefacio del libro que agrupa los trabajos técnicos de este proyecto: “A large part of the initial encouragement and intellectual stimulation for the World Health

general de evaluación de la OMS en los diagnósticos y propuestas oficiales recientes en esta materia. La iniciativa más importante de esta administración en materia de salud, la reforma a la Ley General de Salud (2004) que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud, o “Seguro Popular”, se motivó en el esquema de la OMS, especialmente en el problema de equidad financiera, que en el indicador reportado en OMS (2000) colocó a México en la posición 144, entre los 191 países miembros. Esto se puede apreciar desde el *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, que incluye un diagnóstico detallado sobre los retos de la equidad en salud y en el financiamiento de la salud. El impacto de este esquema en estas reformas, y de la recepción de las reformas en el ámbito internacional, puede apreciarse claramente en las contribuciones al reciente número especial sobre esta reforma en *The Lancet*, especialmente Frenk *et al.* (2006).

Desde la perspectiva internacional, el caso de México es de particular interés por tratarse de un país de ingreso *per cápita* medio-alto (en la clasificación del BM), con logros en salud aproximadamente correspondientes a este nivel de ingresos (con algunas excepciones notables, como mortalidad materna), pero con altos niveles de desigualdad económica, financiamiento público limitado de la salud, y un sistema de salud altamente fragmentado y desigual. En este contexto resulta de particular interés evaluar el impacto del sistema de salud sobre la población en condiciones de pobreza, medido en las tres dimensiones de desigualdad socioeconómica que hemos reseñado arriba — en estados salud, en el acceso a los bienes y servicios de salud, y en el financiamiento de la salud— y la posibilidad de reformar el sistema de salud a partir de este diagnóstico. Consideramos la literatura disponible sobre cada una de estas dimensiones en México, antes de retomar la evaluación del sistema de salud y programas específicos.

### *3.1. Salud poblacional y pobreza*

#### *3.1.1. AVISAS y la priorización de las intervenciones*

Sin duda alguna una de las aplicaciones de las medidas poblacionales de mayor relevancia práctica para las poblaciones pobres, es en la priorización de intervenciones de salud primaria a partir de estudios de costo-efectividad. Tras la aplicación del concepto de AVISAs para este propósito en BM (1993), México fue uno de los países pioneros en adoptar esta medida para definir un “paquete básico de salud” (Bobadilla, Frenk, *et al.*, 1994). Esta metodología ha sido ampliada y aplicada en la definición de una serie de paquetes básicos en el curso de la última década, primero para el *Programa de Ampliación de Cobertura* (PAC) que operó a partir de 1996, y se integró como componente

---

Organization’s work on health systems performance assessment originated with Julio Frenk, who played a key role in developing the framework that is the basis of this volume.”

de salud al programa *Progres*a (hoy *Oportunidades*), y finalmente para el *Seguro Popular* (Secretaría de Salud, 1998; González-Pier *et al.*, 2006). Actualmente, la Secretaría de Salud opera cuatro paquetes de intervenciones prioritarias, de creciente sofisticación y costo: a) el *Programa Ampliado de Vacunación* (PAV), b) el *Paquete de Servicios Básicos a la Comunidad* (PBSC), c) el *Paquete de Servicios Esenciales* (PSE), y d) el *Paquete de Atención de Alta Complejidad* (PAAC).<sup>34</sup> Los primeros tres paquetes se enfocan principalmente a servicios de atención primaria, y se han fundamentado adaptando las estimaciones internacionales más recientes de costo-efectividad de intervenciones en términos de AVISAS (Jamison, Breman *et al.*, 2006) a las actuales condiciones epidemiológicas de México. El último paquete responde al objetivo de protección financiera.

A pesar de la racionalización de las prioridades en salud que la definición de estos paquetes permite, esta historia también ilustra el crecimiento inevitable del gasto en salud, aún acotado a intervenciones definidas como prioritarias, ante la disponibilidad de nuevas tecnologías, recursos crecientes para la salud, y/o demandas sociales. Los dos paquetes más básicos (PAV + PBSC) han evolucionado de 6 intervenciones, con un costo anual per cápita de US\$0.8, en la propuesta original de Bobadilla *et al.* (1994), a 71 intervenciones a un costo estimado de US\$40.5, actualmente. El paquete original del PAC, que se convirtió en el PSE con la introducción del Seguro Popular, pasó de 34 intervenciones costeadas en US\$52 per cápita (1996), a 249 intervenciones a un costo de US\$156, una década más tarde. El costo total anual per cápita de los cuatro paquetes se estima actualmente en US\$231.5 (González-Pier *et al.*, 2006, figura 2).

Es claro el valor de estas definiciones para priorizar el sistema de salud hacia las intervenciones de mayor costo-efectividad, que en general coinciden con las necesidades de salud más urgentes para las poblaciones de menores recursos. Sin embargo, vale la pena mencionar dos limitaciones de la metodología de AVISAs en este contexto. Primero, como hemos notado antes, al ser una medida aditiva, la carga global de la enfermedad estimada no da mayor peso a los AVISAs "evitables", asociados a las condiciones de pobreza, que a cualquier otra causa, como la elección voluntaria de un estilo de vida y comportamientos riesgosos para la salud. Segundo, como también se ha mencionado, la definición de los ponderadores de las enfermedades tienen un elemento subjetivo importante, con algunas consecuencias sorprendentes. Por ejemplo, las estimaciones más recientes disponibles para México, de 2004 (González-Pier *et al.*, 2006, cuadro 1), sugieren que las enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza prácticamente han desaparecido entre los principales determinantes de esta carga, y la causa principal de pérdidas de AVISAs en la población es ahora la depresión unipolar severa. Dado el contexto

---

<sup>34</sup> González-Pier *et al.* (2006).



aún polarizado del ingreso y la salud en México (Frenk y Bobadilla *et al.*, 1989; Bobadilla y Frenk *et al.*, 1993), sería de interés hacer un estudio robusto de la carga de enfermedad enfocado específicamente a las poblaciones en condiciones de pobreza, y considerando AVISAS con ponderadores variables y otras medidas poblacionales de salud, para ver si se mantiene el resultado anterior.

Además de contar con una buena medida de salud poblacional, la priorización de intervenciones requiere estudios confiables de los costos de las intervenciones. Zurita, Cahuana *et al.* (2001) reseñan la literatura de sobre costos de intervenciones en México, junto con otros dos países de la región (Perú y República Dominicana), y encuentran que persisten retos formidables en esta materia en México y en la región (p. 1): “only a small percentage of the few available literature, published and unpublished, was directly usable for estimating unit costs of the CMH priority health interventions”.

### 3.1.2. Salud, desigualdad y crecimiento económico

Otra iniciativa de la OMS que ha tenido un impacto en México ha sido el *Reporte de la Comisión de Macroeconomía y Salud* (Sachs *et al.*, 2001), que México ha sido uno de los primeros países en replicar en el ámbito doméstico (Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006). Dos estudios recientes sobre este tema para México que vale la pena mencionar son Mayer-Foulkes (2006), que identifica trampas de pobreza y desarrollo asociadas a la salud y educación, y López-Alonso y Porras (2003), que analiza el desarrollo de México en el largo plazo (1870-1950), en términos de crecimiento, desigualdad económica y salud, a partir de evidencia antropométrica. A pesar de que este fue un periodo de industrialización y rápido crecimiento económico, encuentran sólo un avance modesto en la altura de la población en México, con desigualdades importantes entre clases sociales.

### 3.2. *Desigualdades en salud*

A pesar de los antecedentes anteriores, la literatura sobre desigualdades socioeconómicas en salud, acceso a servicios de salud, y financiamiento de la salud en México es reciente, y aún relativamente escasa (Scott, 2006c). Es notable la ausencia de México, o la debilidad de los datos que representan al país, en la mayoría de las bases internacionales y estudios comparativos reseñados arriba sobre desigualdades socioeconómicas en salud y acceso a servicios de salud (ver tabla).

**DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN SOBRE MÉXICO EN ESTUDIOS COMPARATIVOS  
SOBRE DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA EN ESTADOS DE SALUD Y EN ACCESO A SERVICIOS DE SALUD**

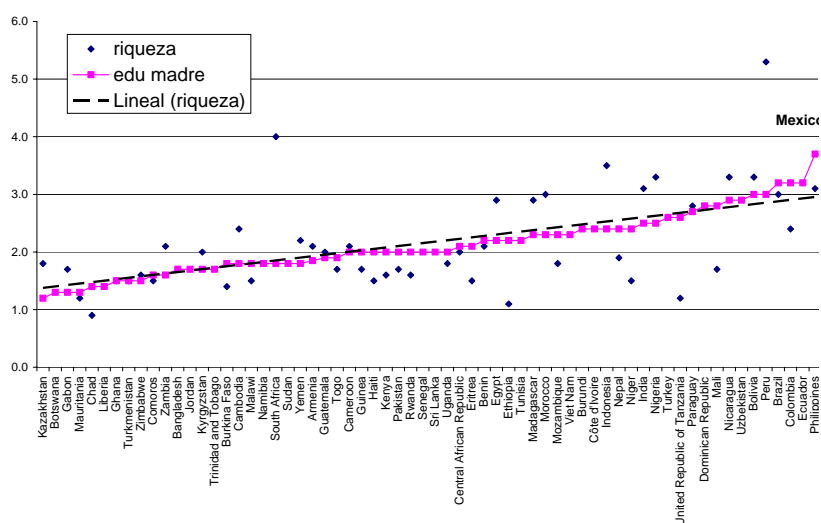
| BASES/ESTUDIOS   | ESTADOS DE SALUD   | ACCESO A SERVICIOS DE SALUD                                |
|--|--|--|
| <i>Demographic and Health Surveys</i> (DHS)<br>Fuente: First and Second Phase of World Bank Health and Poverty Country Report Program (Gwatkin <i>et al.</i> 2005);<br>Usos: a) World Health Statistics 2006, WHO (Inequities in Health); b) índice de equidad en salud de OMS (2000). | <b>No disponible por quintiles de riqueza;</b><br>datos disponibles para México: <b>1987</b> |  |
| Tablas comparativas de estudios nacionales de incidencia de beneficios: CEPAL (1994, 2001), BID (1998), BM (2000/2001, 2004)   | No Aplica  | <b>No disponible</b><br>(datos para mayoría de países LAC) |
| PAHO-EquiLAC<br>(México: González-Pier y Parker 2001)  | Enfermedad <b>autorreportada</b> (ENSA, 1994): desigualdad reportada baja, nula o pro pobre  | <b>No disponible</b>                                       |
| <i>Global Health Equity Initiative: Challenging Inequities in Health</i><br>(México: Lozano <i>et al.</i> , 2001)  | No disponible para hogares<br>(datos regionales)   |  |

En particular, aunque México aparece en la base de DHS, no aparece entre los 50 países que cuentan con información *por quintiles de riqueza*, y la base disponible para el país data de 1987. Por ello, México no aparece en ninguno de los estudios comparativos realizados a partir de estas bases, reseñados anteriormente.

A pesar de estas limitaciones, esta última base es la que se utilizó para estimar la desigualdad *total* de salud reportada para México en OMS (2000) (Gakidou y King, 2002), y es el dato que se reporta en la última edición disponible de World Health Statistics de la OMS (2006). En el estudio de la OMS, México resulta el quinto país con *menor* desigualdad (total) en supervivencia infantil, entre los 50 países analizados. Sin embargo, los datos comparativos de esta misma base reportados en OMS (2006) sugieren un cuadro muy distinto. México aparece como el segundo país de *mayor* desigualdad *socioeconómica* en mortalidad de menores de 5 años de edad entre los 67 países representados en la base, usando la educación materna como *proxy* de condiciones socioeconómicas (que, como puede apreciarse en la gráfica siguiente, está altamente correlacionado con el índice de riqueza), y la tasa entre las TM de los grupos de mayor y menor educación materna como medida de desigualdad. Sorprende la contradicción entre los dos resultados, obtenidos a partir de la misma base. Aunque la OMS mide desigualdad total, esto no explica una diferencia de esta magnitud,

especialmente en el caso de la TMI, cuya variación en el contexto de PIMB está determinada en gran medida por condiciones socioeconómicas.

**DESIGUALDAD EN TASAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS POR RIQUEZA Y EDUCACIÓN MATERNA: TASA DE QUINTIL MÁS POBRE (GRUPO CON MENOS EDUCACIÓN MATERNA) RESPECTO A TASA DE QUINTIL MÁS RICO (GRUPO CON MÁS EDUCACIÓN MATERNA)**



Fuente: WHI, OMS (2006), utilizando los DHS.

El caso de México está representado en el estudio comparativo de PAHO (Suárez-Berenguela, 2001; González-Pier y Parker, 2001), pero como hemos mencionado antes, las estimaciones de desigualdad en salud en este estudio se basan en datos de condiciones de salud autorreportadas (ENSA), por lo que se obtienen resultados sesgados que sugieren niveles mínimos o inexistentes de desigualdad (y en algunos casos desigualdades a favor de los pobres).

Sin una interpretación cuidadosa, las mediciones comparativas sobre desigualdad en salud para México presentadas en los estudios de OMS y PAHO podrían sugerir que la desigualdad en la salud en México es modesta y no representa un problema de particular urgencia para las políticas públicas y la reforma del sistema de salud. Por supuesto, como sugiere la gráfica anterior, existe evidencia abrumadora de otras fuentes de la persistencia de brechas amplias en la salud de ricos y pobres en México.

Existen en primer lugar estimaciones de inequidades en salud que utilizan datos objetivos de mortalidad registrada, por causas y grupos de edad, que no se basan en datos individuales, sino en datos agregados a nivel municipal. Por ejemplo, una medida simple pero dramática y multicitada de desigualdad en salud reportada en Secretaría de Salud (2001),<sup>35</sup> es la brecha entre la tasa de mortalidad infantil municipal más alta en México (103 muertes por cada 1000

<sup>35</sup> Citado en Barraza et al. (2002) y Scott (2006b).

nacidos vivos en 1999), y la tasa municipal más baja (9 muertes por cada 1000 nacidos vivos). Esta brecha de 11 veces es similar a la que separa a Bangladesh de los Estados Unidos.<sup>36</sup> Sin embargo, además de que la brecha relativa entre las dos observaciones extremas de una distribución constituye la medida de desigualdad más cruda posible, al ignorar todas las observaciones intermedias, hay que considerar que el polo de mayor mortalidad infantil está representado por un municipio de apenas 1078 habitantes en el año 2000 (San Martín Huamelúlpam, Oaxaca), por lo que el dato anual de mortalidad infantil difícilmente puede tener algún valor representativo.

Lozano *et al.* (2001), el estudio para México en el *Global Health Equity Initiative* mencionado anteriormente, ofrece un análisis detallado de desigualdades en salud utilizando datos municipales. Este estudio analiza desigualdades en años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) por tipo de causa y grupos de edad, ordenando a los municipios por medio del índice de marginación de CONAPO. Se reportan curvas de concentración y medidas de desigualdad relacionadas con el IC. Se encuentra una mayor concentración de mortalidad por todas las causas en los municipios más pobres, pero las desigualdades principales son por AVPPs por enfermedades infecciosas, maternal, perinatal, y nutricionales. Aunque para el análisis de desigualdad el estudio agrupa los municipios en deciles poblacionales, una limitación importante es que se ignoran las desigualdades al interior de los mismos, que en el caso de los municipios urbanos con grandes poblaciones pueden ser importantes. Esto implica que las medidas de desigualdad obtenidas no son estrictamente comparables con las medidas obtenidas para otros países a partir de datos individuales.

Un estudio más reciente de desigualdades a nivel municipal, que incluye indicadores de salud, entre otros indicadores de desarrollo humano, es el *Informe sobre Desarrollo Humano México 2002*, del PNUD en México.

Finalmente, el recientemente publicado Reporte de la CMMS (2006), *Macroeconomía y Salud*, reporta una variedad de datos sobre desigualdad en salud, incluyendo mortalidad infantil municipal y medidas antropométricas obtenidas de encuestas con datos individuales, utilizando las siguientes fuentes: *Encuesta Nacional de Nutrición* (ENN) 1999, *Encuesta Nacional de Salud* (ENSA) 2000, *Encuesta Nacional de Niveles de Vida de los Hogares* (ENNVH) 2002, y las bases municipales de mortalidad infantil y marginación publicadas por el *Consejo Nacional de Población* (CONAPO, 2001).<sup>37</sup> Para evaluar la desigualdad de la salud en México en un contexto comparativo, se comparan los IC obtenidos para México con los IC obtenidos de los países con DHS. Este análisis muestra que la desigualdad de la salud en México se incrementa notablemente cuando se utilizan medidas objetivas de salud,

---

<sup>36</sup> Utilizando las TMI reportadas para estos dos países en Banco Mundial (2001).

<sup>37</sup> Para más detalle, ver Scott (2006c).

como mortalidad y antropometría, y bases de datos con observaciones a nivel de los hogares. El análisis comparativo sugiere que México es un país de desigualdad relativamente alta en los indicadores de salud considerados, especialmente baja talla/peso e incidencia de diarrea, y mortalidad infantil.

### *3.3. Desigualdades en acceso a servicios de salud y financiamiento de la salud*

El análisis distributivo de los recursos para la salud en México puede clasificarse en cuatro temas principales: a) análisis de la segmentación del sistema público de salud y las desigualdades en gasto per cápita entre las principales instituciones, b) *equidad financiera*: análisis de la distribución del financiamiento de la salud, y análisis de la distribución de riesgos financieros por contingencias de salud, c) *equidad en acceso y beneficios de servicios de salud*: análisis del acceso y uso de servicios específicos de salud y AIB del gasto público en salud, y d) *evaluación de programas de salud dirigidos a la población en condiciones de pobreza*.

#### **a) Equidad de recursos a partir de datos sobre segmentación y desigualdad del sistema de salud**

Han existido múltiples análisis sobre la distribución de los recursos financieros, físicos y humanos entre instituciones de salud, niveles de gobierno, y unidades geográficas por lo menos desde hace dos décadas [Aspe y Beristáin (1984), Lustig (1989), Barraza *et al.* (2002), Banco Mundial (2004), SHCP (2004), OCDE (2005), CMMS (2006)]. En los estudios más recientes se han podido definir los flujos financieros con mayor precisión y detalle gracias al desarrollo de las *Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*, con datos disponibles a partir del año 2000 (en página Web de SS), y los informes financieros y actuariales que reporta el IMSS a partir de la reforma de 2001 (IMSS, 2006).

#### **b) Equidad financiera a partir de datos individuales**

Son más recientes los estudios de equidad financiera basados en datos a nivel de los hogares, principalmente utilizando la *Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares*, disponible desde 1984 hasta 2005. Podemos identificar dos tipos de estudios.

##### *i) Distribución del financiamiento de la salud*

Son aún escasos los estudios que analicen la desigualdad del financiamiento de salud, considerando todas las fuentes de financiamiento, público y privado, siguiendo los lineamientos metodológicos establecidos en la literatura internacional reseñada arriba. Gonzalez-Pier and Parker (2001), Scott (2006c).

ii) *Distribución de riesgos financieros* por contingencias de salud

En cambio, se ha desarrollado en forma notable en los últimos años la literatura sobre distribución de riesgos financieros en salud (gastos empobrecedores y catastróficos) en México, reflejando el interés y métodos generados en el tema a partir de OMS (2000), y ofreciendo bases empíricas para la reforma de la LGS y su componente central, el Seguro Popular. Knaul y Torres (2003), Knaul, Arreola *et al.* (2003), Pérez-Rico, Sesma-Vázquez, y Puentes-Rosas (2005), Sesma-Vázquez, Pérez-Rico *et al.* (2005), Knaul y Arreola *et al.* (2006), Knaul *et al.* (2006), Secretaría de Salud (2006).

c) **Equidad en el acceso y beneficios de servicios de salud (a partir de datos individuales y municipales)**

Podemos distinguir dos tipos de estudios en años recientes sobre este tema a partir de datos individuales (principalmente de ENIGH, ENSA y ENN), y municipales.

i) Acceso y uso de servicios específicos de salud

González-Pier y Parker (2001) y Lozano *et al.* (2001) incluyen estimaciones de desigualdad en recursos y acceso a intervenciones específicas, sin estimar la incidencia del gasto público en salud. En el primer trabajo se analiza la distribución de uso de servicios hospitalarios, de salud preventiva y de salud curativa a partir de la ENSA, y en el segundo se describe la distribución de recursos físicos y humanos y partos en hospitales, a partir de datos administrativos a nivel municipal de la SSA.

ii) AIB del gasto público en salud

Como en las bases internacionales de desigualdad en salud, el caso de México tampoco aparece entre los 27 países en desarrollo, 12 en América Latina y el Caribe (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Jamaica, Panamá, Perú, Nicaragua y Uruguay), cuyos análisis de incidencia del gasto público en salud y educación se comparan en los reportes internacionales de CEPAL, BID y Banco Mundial citados arriba. Esto se explica en parte por las limitaciones que existían en la información sobre el uso de los servicios públicos, como sobre los recursos presupuestales ejercidos en los mismos, que se han relajado parcialmente en el curso de la última década, gracias a la creciente transparencia del gasto público (Cuentas nacionales y estatales de salud) y mejoras graduales en la ENIGH (que identifica el uso de servicios de salud por institución pública sólo a partir de 1994).

Los estudios sobre AIB del gasto público en salud disponibles actualmente para México incluyen Scott (2000, 2004, 2006), Arzoz y Knaul (2003), Banco Mundial (2004a, 2004b), SHCP (2004), CMMS (2006). Scott (2002, 2006) incluye un análisis comparativo de la distribución del gasto en salud y su impacto redistributivo para América Latina.

#### d) Evaluación de programas de salud dirigidos a la población en condiciones de pobreza

Existe una creciente literatura técnica de evaluación de programas de salud dirigidos a la población en condiciones de pobreza en México. La aplicación de métodos rigurosos de evaluación de impacto para programas sociales es reciente, no sólo en México, sino internacionalmente. En el caso de México, los esfuerzos de evaluación de este tipo se han concentrado en un número limitado de programas.

El programa más intensamente y rigurosamente estudiado es Progresá/Oportunidades, que incluye por supuesto componentes importantes de salud y nutrición. Los resultados sobre salud de la primera fase de evaluación de Progresá, en su fase rural (1997-2000), a cargo de IFPRI, pueden encontrarse en los tomos sobre salud y alimentación en SEDESOL (2000) y [www.ifpri.org](http://www.ifpri.org). Los resultados sobre salud de la segunda fase, como Oportunidades (2001-2006), a cargo del INSP, pueden consultarse en Hernández y Hernández (2005).

Sepúlveda *et al.* (2006) presentan una reseña y evaluación positiva de las principales intervenciones a favor de la salud infantil en México en las últimas décadas, desde la introducción de la terapia de rehidratación oral y las campañas de vacunación hace dos décadas, hasta Oportunidades y programas más recientes como Arranque Parejo a la Vida, asociando estas intervenciones con la reducción acelerada que se ha logrado en tasas de mortalidad de los menores de 5 y de 1 año en este periodo, y especialmente en la década de los noventa (el estudio no intenta demostrar causalidad).

Grosh (1994), y Coady, Grosh y Hoddinott (2002) presentan evidencia comparativa sobre la focalización de programas y subsidios dirigidos, que incluye algunos programas nutricionales de México. Scott (2004, 2006) presenta un análisis de la focalización de algunos programas de salud dirigidos a poblaciones en condiciones de pobreza, incluyendo Oportunidades, IMSS-Oportunidades, el Seguro Popular y algunos programas nutricionales.

Existe una literatura incipiente de evaluación del SP, y está en curso una evaluación amplia a cargo de un equipo de la Universidad de Harvard. Algunos resultados preliminares de esta evaluación se reportan en Gakidou *et al.* (2006). La evaluación de los efectos del programa en equidad financiera ha recibido particular atención. Algunos de los trabajos sobre equidad financiera de Knaul y otros citados arriba incluyen estimaciones *ex ante* de efectos esperados del SP a nivel de los hogares. Para estimaciones *ex post* ver Banco Mundial (2006) y Secretaría de Salud (2006c), y los trabajos técnicos antecedentes (Scott, 2006d y 2006e, respectivamente). Estos últimos trabajos también incluyen un análisis de equidad financiera a nivel estatal.

## Conclusiones

---

El objetivo de la presente síntesis de la literatura es contribuir al diseño y reforma de los sistemas de salud para optimizar su impacto sobre la población en condiciones de pobreza, a partir de la evidencia científica disponible en el ámbito internacional y nacional. Como hemos visto, los orígenes de los estudios empíricos sobre pobreza y salud se remontan al siglo XIX, pero la literatura ha crecido en forma exponencial en años recientes, por lo que la presente síntesis, y los resultados y recomendaciones que destacamos aquí, son inevitablemente selectivos.

**Disponibilidad de bases de datos y estudios.** Hemos documentado un acervo creciente de bases de datos y estudios sobre desigualdades socioeconómicas en estados salud, en el financiamiento de la salud, y en el acceso a los servicios de salud. Persisten, sin embargo, retos de información para la mayoría de los países, especialmente los PIMB, y son aún escasos los estudios sistemáticos que pasen de la medición a las explicaciones causales de estas desigualdades, y sus implicaciones para las políticas públicas. La representación de México en los estudios internacionales comparativos ha sido limitada en el pasado, pero mejorará notablemente en los años próximos gracias a esfuerzos recientes en la transparencia y generación de información estadística en el sector.

**La literatura e iniciativas internacionales y México.** La representación inversa, de los estudios e iniciativas internacionales en México, ha tenido un impacto importante en las políticas de salud hacia los pobres, especialmente en años recientes. La influencia de las iniciativas internacionales, especialmente desde la OMS y el BM, ha sido relevante en la definición de paquetes básicos de salud, los programas de extensión de cobertura de servicios hacia la población abierta, y las reformas en el financiamiento de la salud, desde el *Programa de Ampliación de Cobertura* en la década pasada, hasta el *Seguro Popular*. Al mismo tiempo, el diseño e implementación de programas innovadores y exitosos de salud dirigidos a poblaciones pobres, como IMSS-Oportunidades, Progres/Oportunidades, y el Seguro Popular, han sido estudiados como casos relevantes para obtener lecciones para el diseño de las políticas de salud hacia los pobres en el ámbito internacional.

**Implementación y uso de evaluaciones.** Aunque México ha sido un país pionero en la evaluación de programas sociales como Progres/Oportunidades, la evaluación de los programas en el campo de la salud aún enfrenta algunos



retos importantes. Con la notable excepción de Oportunidades,<sup>38</sup> no es injusto afirmar que no se ha establecido aún una cultura y práctica generalizadas de evaluación de los programas de salud en México, a partir de métodos rigurosos y evaluadores independientes. Son aún pocos los programas sujetos a evaluaciones rigurosas de impacto, y aún en estos casos es común la participación activa de los equipos responsables de los programas en el diseño e implementación de las evaluaciones. Sorprendentemente, estos problemas no se limitan al ámbito nacional, y se observan inclusive en la literatura internacional. Vale la pena mencionar dos ejemplos, pues ilustran a la vez los retos que enfrentan esfuerzos de búsqueda y síntesis de la literatura internacional, como el presente, para extraer conocimiento objetivo de la literatura:

a) Una síntesis de la literatura internacional para la Comisión de Desigualdades Socioeconómicas de Salud de la OMS, Doherty *et al.* (2006) cita como un caso probado de éxito en ampliación de cobertura el programa de salud implementado por el gobierno de la Ciudad de México, citando como referencia y evidencia un artículo escrito por la responsable misma del programa (que a la fecha no ha sido sujeto a una evaluación independiente).<sup>39</sup>

b) El número especial sobre la reforma del sistema de salud de México de la prestigiosa publicación *The Lancet* (noviembre 2006) presenta evaluaciones no menos entusiastas de estas últimas reformas, principalmente escritas por miembros del equipo responsable de las mismas, y participantes cercanos. A pesar de que un tema común que se enfatiza en estas evaluaciones es la importancia de la evidencia empírica como base para las políticas públicas en salud, como en el caso anterior, la evidencia necesaria para poder ofrecer estas evaluaciones aún está pendiente (en este caso, como se mencionó antes, hay una evaluación en curso).

Afortunadamente, el panorama para el futuro de la evaluación de los programas de salud en México es alentador por dos razones importantes. Primero, la cantidad y calidad de la información disponible para estas evaluaciones ha crecido en forma notable en años recientes, a partir de bases de datos que permitirán un análisis más detallado de las desigualdades de salud en México, incluyendo la aplicación en México del *World Health Survey* de la OMS (WHS, 2003), la ENNVH 2005, y especialmente la ENSANUT 2005-2006 (Olaiz *et al.*, 2006). Segundo, en el ámbito amplio de políticas públicas,

---

<sup>38</sup> Existe también un proyecto de evaluación ambicioso del Seguro Popular, pero apenas se han dado a conocer algunos resultados preliminares.

<sup>39</sup> "Mexico City has recently embraced notions of equity and experienced considerable success in providing free health care and drugs to the poor, and food support to the elderly (Laurell, Zepeda and Mussot 2005). The free health care programme covered 65 percent of the target population after only three years." Doherty et al. (2006), p. 6.

y en particular en la política social, se ha consolidado en México en años recientes una tendencia clara e irreversible de creciente transparencia, evaluación y rendición de cuentas. En el ámbito más amplio, podemos citar la creación del *Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social* (CONEVAL), el antecedente *Comité Técnico para la Medición de la Pobreza* (Székely, 2005), y los esfuerzos crecientes de evaluación y transparencia en el ámbito educativo. En el ámbito de la salud, como hemos documentado en esta síntesis, México ha sido uno de los países pioneros en adoptar el proyecto de la OMS de fundamentar las políticas públicas, y su reforma, en la evidencia científica. Una posibilidad de reforma institucional para realizar este proyecto sería la creación de un órgano autónomo de evaluación de los programas de salud, un *Instituto Nacional de Evaluación en Salud*, análogo al INEE en el ámbito educativo, pero independiente, en contraste con este último, tanto de las autoridades responsables de los programas, como de los sindicatos de los trabajadores de los mismos.

También es importante mejorar el impacto de las evaluaciones, que actualmente, aun en el caso de Oportunidades, han sido más relevantes para verificar impactos positivos de los programas, que para identificar oportunidades de reforma para optimizar su impacto.

**Retos para extraer recomendaciones implementables de las experiencias internacionales exitosas: hacia la universalidad...** Hemos visto que son relativamente escasos los estudios internacionales comparativos de experiencias exitosas de programas de salud para las poblaciones en condiciones de pobreza. La utilidad práctica de estos estudios también se ve limitada por la heterogeneidad de los programas analizados, y su relevancia particular al contexto específico en el que se originan.

Más allá de los programas particulares, por otro lado, existe un consenso internacional amplio sobre la "arquitectura" general de los sistemas de salud que promueven la equidad en salud, asegurando un acceso adecuado a los servicios de salud a las poblaciones de menores recursos. Igualmente se ha generado en años recientes un consenso amplio en México sobre las características generales que debería tener el sistema nacional de salud en México para lograr una cobertura adecuada de servicios entre las poblaciones de menores recursos, como puede apreciarse en el *Reporte de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud*, y otros documentos de política recientes. Esto requiere un sistema de salud integral, con un financiamiento público adecuado en el agregado dadas las demandas de la salud, y una distribución de cargas y beneficios dirigida a promover la equidad en el acceso a servicios de salud y la progresividad en su financiamiento. Uno de los múltiples modelos posibles para lograr esto sería un *paquete básico universal* financiado por medio de impuestos generales, suplementado por esquemas contributivos, públicos o privados, adicionales. El paquete "básico" no implica

necesariamente un paquete *mínimo*, su amplitud y generosidad puede variar según los valores y elecciones de cada sociedad, en el límite de máxima equidad hasta absorber la gran mayoría de los recursos ejercidos en salud, como en algunas de las economías de bienestar europeas. Hemos visto que los sistemas típicos de los PIMB, especialmente en países de alta desigualdad económica, como México, tienden a concentrar el financiamiento, pero también los beneficios, en los grupos de mayores ingresos, y no están diseñados para lograr esta equidad en oportunidades básicas de salud. Donde la literatura sobre las experiencias internacionales no ofrece una guía clara, sin embargo, es sobre cómo *transitar* desde estos sistemas truncados y polarizados de salud, hacia un sistema integral y universal como acabamos de describir.

## Bibliografía

---

### Literatura internacional

- Acheson, D. (1998) *Independent Enquiry into Inequalities in Health*. The Stationery Office, London.
- Ajwad, M. and Wodon, Q., (2001), "Marginal benefit incidence analysis using a single cross-section of data", mimeo, World Bank.
- Anand and Ravallion, 1993 "Human development in poor countries: on the role of private incomes and public services", *Journal of Economic Perspectives*, 47.
- Anand, S. *et al.*, 2003, Report of the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment, Chapter 61, Murray and Evans (2003).
- Anand, S., Fabienne Peter, Amartya Sen, 2004, Public Health, Ethics, and Equity, OUP.
- Aronson, J. R., P. Johnson and P. J. Lambert (1994). "Redistributive effect and unequal tax treatment." *Economic Journal* 104: 262-270.
- Attanasio, O. y M. Székely, editors. 2002. *Portrait of the Poor: An Asset-Based Approach*. Baltimore, United States: Johns Hopkins University Press.
- Banco Mundial (1993), World Development Report 1993: Investing in Health
- Bartley M: Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods. Cambridge, UK: Polity Press; 2004.
- Bennett S. (forthcoming) Alternative approaches to reaching the poor. In: Mills A, Bennett S, Gilson L (eds). (forthcoming) Health, Economic Development and Household Poverty: From Understanding to Action. Routledge.
- Bidani, B. and Ravallion, M. (1997), "Decomposing Social Indicators using Distributional Data," *Journal of Econometrics*, 77:125-139.
- Black, D., Morris, J., Smith, C. and Townsend, P. (1980) Inequalities in Health: Report of a Research Working Group. Department of Health and Social Security, London.
- Bobadilla, J.L., Frenk, J. *et al.* 1993, "The epidemiological transition and health priorities", in Jamison, T. *et al.* (eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford.
- Bossert TJ, Larranaga O, Giedion U, Arbelaez JJ, Bowser DM. 2003. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bull World Health Orga*; . 81(2): 95-100.
- Bourguignon, F., Pereira, L., and Stern, N. (2002), "Evaluating the poverty impact of economic policies: some analytical challenges", mimeo, World Bank.
- Braveman, P., B. Starfield, and H. Geiger, (2001), "World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy", *British Medical Journal*, 323: p. 678-680.
- Broome, J. 2002, "All goods are relevant", Chapter 14.4 in Murray *et al.* (2002).
- Case, A., Angela Fertig, Christina Paxson, 2003, From Cradle To Grave? The Lasting Impact Of Childhood Health And Circumstance, Working Paper 9788, NBER

- Claeson M, Griffin CG, Johnston TA, McLachlan M, Soucat ALB, Wagstaff A, *et al.* Health, nutrition and population. Chapter 18, In: Poverty reduction strategy sourcebook. Washington (DC): World Bank; 2001.
- Daniels, N., Bryant, J., Castano, R.A., Dantes, O.G., Khan, K.S., and S. Pannarunothai (2000). Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 78(6):740-50.
- Doherty, J and Gilson, L, EQUINET, 2006, "Proposed areas of investigation for the KN: An initial scoping of the literature", Health Systems Knowledge Network (KN), Discussion Document No.1, Prepared for the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organisation's Commission on Social Determinants of Health.
- Doherty, J., Govender, R: The cost-effectiveness of primary care services in developing countries: A review of the international literature. Background paper: Disease Control Priorities Project: 48 (2004).
- Erreygers G, 2006, Beyond the Health Concentration Index: An Atkinson Alternative for the Measurement of the Socioeconomic Inequality of Health, UNU-WIDER Conference Advancing Health Equity, 29-30 September 2006, Helsinki, Finland.
- Evans, DB 2004, Comments on the Challenge Paper on Communicable Diseases, Copenhagen Consensus.
- Evans, T. *et al.*, eds. 2001, Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action, Oxford University Press, The Rockefeller Foundation.
- Filmer D, 2003. The incidence of public expenditures in health and education. Background note to World Development Report 2004, World Bank, Washington,
- Filmer, D. and L. Pritchett, The effect of household wealth on educational attainment: evidence from 35 countries. *Population and Development Review*, 1999. 25(1): p. 85-120.
- Filmer, D., Hammer, J., and Pritchett, L. (1998), "Health policy in poor countries: weak links in the chain", Policy Research Working Paper 1974, World Bank, Development Research Group.
- Gakidou E and King G, 2002, "Measuring total health inequality: adding individual variation to group-level differences", *International Journal for Equity in Health* 2002, 1:3
- Gupta, S., Verhoeven, M., Tiongson, E. 2003, Public spending on health care and the poor. *Health Econ.* 12: 685-696 (2003)
- Gwatkin D, Rutstein S, *et al.* 2000. Socio-economic differences in health, nutrition, and population—45 countries. Health, Nutrition, and Population Department, World Bank, Washington, DC.
- Gwatkin DR, 2000, The Current State of Knowledge. Targeting in Health: A Summary of the Evidence.
- Gwatkin DR, forthcoming, "Poverty and Inequalities in Health within Developing Countries," in D. Leon and G. Walt, eds. *Poverty, Inequality, and Health* (Oxford: Oxford University Press).
- Gwatkin DR, Rutstein S *et al.* 2005., *Socioeconomic differences in health, nutrition, and population*. 2nd ed. World Bank, Washington, DC.

- Gwatkin DR, Wagstaff A, Yazbeck AS, 2005, Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why, WB.
- Gwatkin, DR 2000. Health Inequalities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do? Bulletin of the World Health Organization, vol. 78, No. 1 (January 2000), pp. 3-17.
- Houweling, T.A.J., A.E. Kunst, J.P. Mackenbach (2001), "World Health Report 2000: inequality index and socioeconomic inequalities in mortality", THE LANCET, Vol. 357, May 26, 2001.
- Jamison D 1993, ed. Disease Control Priorities Project, Oxford University Press, Oxford.
- Jamison DT, Breman J, *et al.* eds. 2006, Disease control priorities in developing countries. 2nd edition. Disease Control Priorities Project.
- Jamison DT, Mosley WH, Meashem AR, Bobadilla JL, eds. 1993, Disease control priorities in developing countries. Oxford University Press for the World Bank, New York.
- Kakwani, A Wagstaff and E Van Doorslaer 1997, Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference, Journal of Econometrics, volume 77, 1997, p87-103
- Kelly, MP, *et al.* 2006, The development of the evidence base about the social determinants of health, Commission on Social Determinants of Health, WHO.
- Laterveer L., L. Niessen, and A. Yazbeck. 2003. Pro-poor health policies in poverty reduction strategies. Health Policy and Planning 18(2): 138-45.
- Le Grand, J. 1987. "Inequalities in health: some international comparisons." *European Economic Review* 31: 182-91.
- Le Grand, J. 1989. An international comparison of distributions of ages-at-death. In J. Fox, ed., *Health inequality in European countries*. Aldershot: Gower.
- Lindholm, L., M. Rosen, and M. Emmelin (1998). How many lives is equity worth? A proposal for equity adjusted years of life saved. Journal of Epidemiology and Community Health 52(12): 808-11.
- Macinko, JA and Starfield B, 2002, Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001, International Journal for Equity in Health, 1:1
- Mackenbach J. 2006, Health Inequalities: Europe in Profile An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU.
- Mackenbach JP, Kunst AE: Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with examples from Europe. Social Science and Medicine 1997, 44(6):757-771.
- Makinen M, Wilson H *et al.* 2000, Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition, Bull World Health Orga; 78(1).
- Marmot M, Wilkinson RG, eds: Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- Mathers, Colin D., Dejan Loncar, 2006, "Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030", PLoS Medicine Vol. 3, No. 11.
- Mills, A. and Sam Shillcutt, 2004, "Copenhagen Consensus Challenge Paper on Communicable Diseases", Copenhagen Consensus.
- Minujin, Alberto, and Enrico Delamonica. 2004. Socio-economic inequalities and health in the developing world. Demographic Research, special collection 2,

- article 13. <http://www.demographic-research.org/?http://www.demographic-research.org/special/2/13/>
- Murray CJL and DB Evan (2003), Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Geneva, World Health Organization.
- Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD (2002), Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurements and Applications. Geneva, World Health Organization.
- Christopher J.L. Murray, C. and D. B. Evans (2003). Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism, World Health Organization 2003
- Murray, C. and Julio Frenk, "Summary measures of population health in the context of the WHO framework for health system performance assessment," Chapter 1.1 in Murray *et al.* (2002).
- Murray, C. and Lopez, A.D. (eds) 1996a, The Global Burden Of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020, Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank.
- Murray, C. *et al.*, eds. Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications, WHO.
- Muurinen JM, Grand JL: The economic analysis of inequalities in health. Social Science and Medicine 1985, 20(10):1029-1035.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer, A. Wagstaff and M. Lindelow (2006). Quantitative Techniques in Health Equity Analysis. Washington DC, World Bank.
- OMS (2000), World Health Report 2000: Improving Performance.
- Pedersen KM, "The World Health Report 2000: dialogue of the deaf?", Health Econ. 11: 93-101 (2002)
- Sen, A. K. 1998, "Mortality as an indicator of economic success or failure", The Economic Journal, 108 (January).
- Starfield 2006, State of the Art in Research on Equity in Health, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 1.
- Suarez-Berenguela R, Pescetto C, Improving the measurement of poverty in the Americas Health adjusted poverty lines: background materials - a literature review. PAHO, Working Paper.
- Suárez-Berenguela, R.M. (2001), "Health systems inequalities in Latin America and the Caribbean" in *Investment in Health: Social and Economic Returns*, Pan American Health Organization.
- Tollman S, Doherty J, Mulligan J. (forthcoming) General Primary Care. In: Disease Control Priorities Project. 2005. Disease Control Priorities in Developing Countries (second edition). Geneva: The World Health Organisation, the World Bank and the Fogarty International Centre, US National Institutes of Health.
- UN Millennium Project. Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals. New York: United Nations.
- UNDP. 2003. Human Development Report 2003: Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. New York: UNDP.
- Van de Walle D. and Nead (1995), Public spending and the poor: what we know and what we need to know, The World Bank.

- Van de Walle, D. (1998), "Assessing the welfare impacts of public spending", *World Development*, 26(3): 365-379.
- van der Gaag J 2004, Comments on the Challenge Paper on Communicable Diseases, Copenhagen Consensus.
- Van Doorslaer E and AM Jones 2003, Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to measurement, published in *Journal of Health Economics*, Volume 22, Issue 1, January 2003, Pages 61-78
- Van Doorslaer E and X Koolman, 2004, "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries", *HEALTH ECONOMICS*, 13: 609-628.
- Van Doorslaer E and Masseria C, 2004. "Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries," *OECD Health Working Papers 14*, OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs
- Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F 1993: *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. In CEC Health Services Research Series. Edited by: Buxton R, Stein H, Kamper-Joergensen F. *et al.* Oxford: Oxford University Press; 1993.
- Van Doorslaer, E 1999, Equity in the Delivery of Health Care: Further International Comparisons, *Journal of Health Economics*,
- Van Doorslaer, E, X Koolman and F Puffer, 2002, Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved?, in *Measuring Up: Improving health systems performance in OECD countries*, OECD, Paris, France.
- Van Doorslaer, E, X Koolman, AM Jones, Forthcoming, Explaining income-related inequalities in health care utilisation in Europe: a decomposition approach, *Health Economics*.
- Van Doorslaer, E. 2006, "Measurement and explanation of inequality in health and health care in low-income settings", *UNU-WIDER Conference on Advancing Health Equity*, 29-30 September 2006, Helsinki.
- van Doorslaer, *et al.* 1999, The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries, *Journal of Health Economics*, volume 18, p291-313
- Wagstaff A 2002. *Inequalities In Health In Developing Countries: Swimming Against The Tide?* Policy Research Working Paper 2795. Washington, DC: World Bank, 2001.
- Wagstaff A and van Doorslaer E, 2000, Equity in health care finance and delivery, Chapter 34 of the *North Holland Handbook of Health Economics* (Edited by AJ Culyer and JP Newhouse)
- Wagstaff A, 2001, *Measuring Equity In Health Care Financing: Reflections On (And Alternatives To) The World Health Organization's Fairness Of Financing Index*. Policy Research Working Paper number 2550. Washington DC: The World Bank.
- Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E 1991: On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine* 1991, 33(5):545-557.
- Wagstaff A, van Doorslaer E 1993: *Equity in the delivery of health care: methods and findings*. In *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Edited by: van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. Oxford: Oxford University Press; 1993.



- Wagstaff A, van Doorslaer E, Paci P 1991: On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics* 1991, 10(2):169-205.
- Wagstaff, A and E van Doorslaer 2004, Overall vs. Socioeconomic Health Inequality: A Measurement Framework and Two Empirical Illustrations, *Health Economics*, Volume 13, Issue 3, Date: March 2004, Pages: 297-301
- Wagstaff, A. (2001), "Poverty and Health", Paper No. WG1: 5, CMH Working Paper Series, Commission on Macroeconomics and Health.
- Wagstaff, A. (2002). "Poverty and health sector inequalities." *Bulletin of the World Health Organization* 80(2): 97-105.
- Wagstaff, A. 1991. QALYs and the equity-efficiency trade-off. *Journal of Health Economics* 10(1): 21-41.
- Wagstaff, A. 2000, Socioeconomic Inequalities in Child Mortality: Comparisons across Nine Developing Countries, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, no. 1 (January 2000), pp. 19-29.
- Wagstaff, A. and E. Van Doorslaer (2003). "Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-98." *Health Economics* 12: 921-934.
- Wagstaff, A. and N. Watanabe (2003). "What difference does the choice of SES make in health inequality measurement?" *Health Economics* 12(10): 885-890.
- Wagstaff, A. and N. Watanabe, Socioeconomic inequalities in child malnutrition in the developing world, Policy Research Working Paper 2434. 2000, World Bank: Washington DC.
- Wagstaff, A. *et al.* 1999, Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, volume 18.
- Wagstaff, A., N. Watanabe, and E. van Doorslaer, *Impoverishment, insurance and out-of-pocket payments in the developing world*. 2000, The World Bank: Washington DC.
- Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L, 2001, "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective", in Evans (2001).
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 22(3): 429-45.
- Whitehead, M., William Farr's legacy to the study of health inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000. 78(1): p. 86-87.
- WHO 2002, DYING FOR CHANGE: Poor people's experience of health and ill-health
- WHO 2005, Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective, WHO.
- WHO 2005, Investing in Health: A Summary of the Findings of the Commission on Macroeconomics and Health.
- WHO 2006, Tough choices : investing in health for development : experiences from national follow-up to the Commission on Macroeconomics and Health
- WHO Commission on Social Determinants of Health, 2005, "Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health", Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, WHO.
- Williams A, Cookson R. 2000, Equity in health. In North Holland Handbook of Health Economics, Culyer AJ, Newhouse JP (eds). Elsevier: Amsterdam, 2000; 1863-1910.

- Williams, A. (1997). Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics* 6(2): 117-32.
- Zhong J and Rui H, 2006, *Distribution-Sensitive Measures of Population Health*, UNU-WIDER Conference Advancing Health Equity, 29-30 September 2006, Helsinki, Finland.

### Literatura sobre México

- Arzoz J y Knaul FM, Inequidad en el gasto del gobierno en salud, En Knaul F, Nigenda G (2003).
- Aspe, P. and Beristáin, J. (1984), "Distribution of educative and health services", in Aspe and Sigmund, eds. 1984, *The Political Economy of Income Distribution in Mexico* (Homes and Meier).
- Banco Mundial, 2004, *La Pobreza en México: una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia del gobierno*.
- Banco Mundial, 2004, *México Public Expenditure Review*, Report No 27894 - MX.
- Banco Mundial, 2005, *Generación de ingresos y protección social para los pobres*.
- Banco Mundial, 2006, *Descentralización y entrega de servicios para los pobres*.
- Barraza M., S. Bertozzi, E. González-Pier, and J.P. Gutiérrez (2002), "Addressing inequity in health and health care in Mexico", *Health Affairs*, Vol 21, No. 3.
- BID (1998), *Facing Up to Inequality in Latin America*, IADB Annual Report.
- Bobadilla, J.L., Frenk, J., *et al.*, 1994, "El Paquete Universal de Servicios de Salud", *Economía y Salud: documentos para el análisis y la convergencia*, #11, FUNSALUD, Mexico.
- Cepal (1994), "El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo". Cuadernos de la Cepal, No. 73.
- Cepal (2001), *Panorama Social de América Latina*, Cepal, ONU.
- Cetrángolo, O *et al.* 2006, *Social protection and health systems in Latin America and the Caribbean* Economic Commission for Latin America and the Caribbean
- Coady, D., M. Grosh and J. Hoddinott 2002, "The Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Experience and Lessons", *Social Safety Net Primer Series*, World Bank, April 16, 2002.
- Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006, *Macroeconomía y Salud: Invertir en salud para el desarrollo económico*, Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica.
- CNPSS (2006), *Comisión Nacional de Protección Social en Salud: Indicadores de Resultados, Segundo Semestre 2005*, Anexo estadístico.
- CONAPO (2001), *Índices de desarrollo humano, 2000*.
- Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud, 2001. México, SSA
- FUNSALUD (1995) *Health and the economy: proposals for progress in the Mexican health system. An overview*. Fundación Mexicana para la Salud, México.
- Frenk J, "Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico", *The Lancet* - Vol. 368, Issue 9539, 09 September 2006, Pages 954-961
- Frenk J, *et al.* González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM, "Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico", *The Lancet* - Vol. 368, Issue 9546, 28 October 2006, Pages 1524-1534

- Frenk J, González-Block MA, Lozano R (1998) Seis tesis equivocadas sobre las políticas de salud en el combate a la pobreza. *Este País* 84 marzo, pp. 28-36.
- Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, Knaul F, "Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico," *The Lancet* - Vol. 362, Issue 9396, 15 November 2003, Pages 1667-1671
- Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, Feehan DM, Lee DK, Hernández-Llamas H, Murray CJ, "Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card", *The Lancet* - Vol. 368, Issue 9550, 25 November 2006, Pages 1920-1935
- Gómez-Dantés D, ed. *Siete perspectivas. Seguro Popular de Salud*. México, D. F.: INSP, 2005.
- Gómez-Dantes O, Gómez-Jáuregui J, Inclán C. 2004. Equity and fairness in the Mexican Health System Reform. *Salud Publica de Mexico*; 46(5): 1-17.
- González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, Carvalho N, Loncich K, Dias RH, Kulkarni S, Casey A, Murakami Y, Ezzati M, Salomon JA, "Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health", *The Lancet* - Vol. 368, Issue 9547, 04 November 2006, Pages 1608-1618
- González-Pier, E. and Parker, S. (2001), "Equity in the finance and delivery of health care: results from Mexico", in *Investment in Health: Social and Economic Returns*, Pan American Health Organization.
- Grosh, Margaret, *Administering Targeted Social Program in Latin America: From Platitudes to Practice*. Washington, D.C.: The World Bank, 1994.
- Hernández, B. y M.,. Hernández eds. 2005, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades*, Tomo II, Salud, INSP, CIESAS.
- IMSS, 2006, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2005-2006.
- Knaul F, Nigenda G, eds. 2003, *Caleidoscopio de la Salud*. México, D. F.: FUNSALUD.
- Knaul F. y Torres AC, 2003, *Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000*. En Knaul F, Nigenda G (2003).
- Knaul F., Arreola H., Borja C., *et al.* (2003). "El sistema de protección social en México: Efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares". En Knaul F, Nigenda G (2003).
- Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Miranda-Muñoz M. "Preventing impoverishment, promoting equity and protecting households from financial crisis: universal health insurance through institutional reform in Mexico". *Innovations in health financing*, No.1. FUNSALUD-Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2006.
- Knaul FM, *et al.*, "Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico", *The Lancet* - Vol. 368, Issue 9549, 18 November 2006, Pages 1828-1841
- Laurell AS, Zepeda E, Musso L. 2005. *Eliminating economic barriers in health care: the Mexico City government's experience*. In: Mackintosh M, Koivusalo

- M. 2005. Commercialisation of health care: global and local dynamics and policy responses. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- López-Alonso M and Porras R, "The ups and downs of Mexican economic growth: the biological standard of living and inequality, 1870-1950", *Economics and Human Biology* 1 (2003) 169-186.
- Lozano R., Zurita B., Franco F., Ramírez T., Hernández P. (2001), "México: Marginality, need, and resources allocation at the county level" en *Challenging Inequities in Health. From Ethics to action*, Oxford University Press.
- Lustig, N. (1989), "Magnitud e impacto del gasto público en el desarrollo social de México", *Investigación Económica* 187, 1989.
- Mayer-Foulkes D, "The human development trap in México", *Innovations in health financing*, FUNSALUD-Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2006.
- OECD 2005, *OECD Reviews of Health Systems - Mexico*
- Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López P, Hernández M, Tapia R, Sepúlveda J. *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos*. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- Pérez-Rico R, Sesma-Vázquez S, Puentes-Rosas E. *Gastos catastróficos por motivos de salud en México: estudio comparativo por grado de marginación*. *Salud Pública Mex* 2005; 47 supl 1:S47-S53.
- PNUD 2002, *Informe sobre Desarrollo Humano México 2002*, PNUD, México.
- Presidencia de la República 2006, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio*.
- Puentes-Rosas E, Ruelas E, Martínez-Monroy T, Garrido-Latorre F. *Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios*. *Salud Publica Mex* 2005; 47 supl 1:S12-S21.
- Rivera Dommarco J, Shamah Levy T, Villalpando Hernández S, González de Cossío T, Hernández Prado B, Sepúlveda J. *Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2001.
- Scott JR 2000, "Who Benefits from the State in High-Inequality, Middle-Income Countries? The Case of Mexico", *Programa de Presupuesto y Gasto Público CIDE-FORD*. Junio 2000.
- Scott JR 2002, "High Inequality, Low Revenue: Redistributive Efficiency of Latin American Fiscal Policy In Comparative Perspective", *Fiscal Aspects of Social Programs, Studies On Poverty and Social Protection, Regional Policy Dialogue, Poverty Reduction and Social Protection Network*, Inter American Development Bank (IADB).
- <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=616098>  
(también disponible como Documento de Trabajo 236, División de Economía, CIDE)
- Scott, JR, 2004, "Eficiencia redistributiva de los programas contra la pobreza en México", Documento de Trabajo 330, División de Economía, CIDE (Trabajo de Investigación comisionado por SEDESOL).

- Scott, JR, 2005, "Seguridad Social y Desigualdad en México: De la Polarización a la Universalidad", Bienestar y Política Social, Vol. 1, Núm. 1, Pág. 59-82
- Scott JR, 2006a, "Transferencias Públicas (y Otros Ingresos) en Especie en la Medición de la Pobreza", Capítulo 18, *Números que Mueven al Mundo: La Medición de la Pobreza en México*, Miguel Székely (coordinador), Porrúa.
- Scott JR, 2006b, "Desigualdad de Oportunidades y Políticas Públicas en México", en *Pensando en México*, Enrique Florescano y Héctor Aguilar-Camín (editores), Fondo de Cultura Económica (FCE) y CONACULTA (en prensa).
- Scott JR, 2006c, "Desigualdad de la Salud y de la Atención de la Salud en México", Trabajo Técnico para el Reporte de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud; Documento de Trabajo, DE CIDE. Documentos de Trabajo 4, Innovación en el Financiamiento de la Salud, Funsalud-INSP;
- Scott, JR, 2006d, "Seguro Popular Incidence Analysis", Decentralization Service Delivery for the Poor, Mexico, Report No. 35682-MX, Volume II, The World Bank.
- Scott, JR, 2006e, "Evaluación Financiera del Seguro Popular: Desequilibrios Financieros a nivel de los Estados y los Hogares", Estudio para la Dirección General de Evaluación de Desempeño, Secretaría de Salud, Julio 2006.
- Sedesol 2000, Más oportunidades para las familias pobres: Evaluación de resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación: Salud, Secretaría de Desarrollo Social.
- Secretaría de Salud, (1998). Determinación de costos del Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS). Secretaría de Salud, Dir. General de Extensión de Cobertura, México.
- Secretaría de Salud (2001), Programa Nacional de Salud 2001-2006.
- Secretaría de Salud, 2006a, Salud: México 2001•2005. Información para la rendición de cuentas.
- Secretaría de Salud, 2006b, Indicadores de Resultado 2001-2005
- Secretaría de Salud 2006c, Sistema de Protección Social en Salud, Evaluación Financiera del Seguro Popular de Salud, octubre de 2006.
- Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED 2002-2003)
- Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Oláiz G, Partida V, García-García L, Valdespino JL, "Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach," *The Lancet* - Vol. 368, Issue 9551, 02 December 2006, Pages 2017-2027
- Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Sosa-Manzano CL, Gómez-Dantés O. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Publica Mex* 2005; 47 supl 1:S37-S46.
- SHCP (2004). Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares y personas. Resultados para el año de 2002.
- SSA, (Estimaciones Avisas)
- SSA, ENSANUT
- Suárez-Berenguela, R.M. (2001), "Health systems inequalities in Latin America and the Caribbean" in *Investment in Health: Social and Economic Returns*, Pan American Health Organization.

- Székely M 2005, (coordinador), *Números que Mueven al Mundo: La Medición de la Pobreza en México*, ANUIES-CIDE-SEDESOL-Miguel Ángel Porrúa.
- Zurita B, Lozano R, *et al.*, Desigualdad e inequidad en salud, En Knaul F, Nigenda G (2003).
- Zurita V, Cahuana L, *et al.* 2001, "Study on costs of scaling-up health interventions for the poor in Latin-American settings: final report", CMH Working Paper Series Paper No. WG5: 20.

## Anexo

### PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE REFERENCIAS PARA SÍNTESIS DE LITERATURA

| ETA-PA | PREGUNTA DE SÍNTESIS  | BASE DE DATOS O ACERVO                 | CRITERIOS DE BÚSQUEDA   |                | # REFERENCIAS | SELECCIÓN DE REFERENCIAS  |               | CLASIFICACIÓN TEMÁTICA DE REFERENCIAS SELECCIONADAS  | OBSERVACIONES   |
|--------|---|--|---|----------------|---------------|---|---------------|--|---|
|        |   |  | PERFIL / PALABRAS CLAVE   | METODOLOGÍA    |               | CRITERIOS Y METODOLOGÍA   | # REFERENCIAS |  |   |
| 1a     | Perfil A.<br>Determinantes. "Sociodemographic, economic and health characteristics and determinants of vulnerable population groups defined as those exposed to high health risks due to structural life conditions, especially due to poverty and inequality." | Medline a través del motor de Collexis | "Sociodemographic, economic and health characteristics and determinants of vulnerable population groups defined as those exposed to high health risks due to structural life conditions, especially due to poverty and inequality." | Scoping review | 650           | Revisión de primeras 100 citas a partir de títulos, abstracts y los textos disponibles electrónicamente | 20+           | 1. Desempeño de los sistemas de salud en términos de equidad y pobreza, 2. Acciones específicas para reducir desigualdades en salud, y programas de salud dirigidos a la población pobre. 3. Conceptos y Medición de Estados de Salud y Pobreza 4. Inequidades en Estados de Salud 5. Inequidades en Acceso a Servicios de Salud 6. Inequidades en Financiamiento de la Salud. | No se encontró una priorización clara en el ranking de textos en función de relevancia, representatividad, generalidad, calidad, o sustento teórico y empírico, aún después de experimentar con variantes de los perfiles originales. También se encontró un grado importante de redundancia entre textos, y algunos textos de carácter más especulativo, sin un sustento teórico o empírico claro. Se privilegió análisis empírico comparativo a partir de técnicas rigurosas de medición, métodos cuantitativos y bases de datos. |

| ETA-PA | PREGUNTA DE SÍNTESIS  | BASE DE DATOS O ACERVO   | CRITERIOS DE BÚSQUEDA   |   | # REFERENCIAS | SELECCIÓN DE REFERENCIAS   |               | CLASIFICACIÓN TEMÁTICA DE REFERENCIAS SELECCIONADAS | OBSERVACIONES   |
|--------|---|--|---|---|---------------|--|---------------|---|---|
|        |   |  | PERFIL / PALABRAS CLAVE   | METODOLOGÍA   |               | # REFERENCIAS  | # REFERENCIAS |   |   |
| 1b     | Perfil B. "Policies and health services, including social and economic analyses and evaluations thereof, targeting or benefiting vulnerable population groups defined as those exposed to high health risks due to structural life conditions, especially due to poverty and inequality." | Medline a través del motor de Collexis   | "Policies and health services, including social and economic analyses and evaluations thereof, targeting or benefiting vulnerable population groups defined as those exposed to high health risks due to structural life conditions, especially due to poverty and inequality." | Scoping review  | 355           | Revisión de primeras 50 citas a partir de títulos, abstracts y los textos disponibles electrónicamente |               |   | Se encontró que una proporción importante de las referencias la lista anterior (determinantes) incluye políticas, y las referencias resultaron de mayor relevancia que las que arrojó este perfil de búsqueda, por lo que la búsqueda se centró en el anterior. |
| 2      | Poverty and health inequality."   | Bases de estudios de los principales organismos internacionales con programas de investigación sobre pobreza y salud: Bnco Mundial, <sup>40</sup> OMS, <sup>41</sup> PAHO, <sup>42</sup> ONU-WIDER <sup>43</sup> |   |   |               |  |               |   |   |
| 3      |   | Textos canónicos y síntesis de la literatura.  |   | Revisión estructurada de la literatura internacional a partir de textos "canónicos" y |               |  |               |   | Textos "canónicos", utilizados y citados ampliamente como puntos de referencia en la literatura, textos de carácter metodológico de calidad, que ofrecen  |

<sup>40</sup> Poverty and Health:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0,,contentMDK:20278877~menuPK:460198~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476,00.html>

<sup>41</sup> *Health Systems Performance, World Health Report, Commission on Macroeconomics and Health, Commission on Social Determinants of Health.*

<sup>42</sup> <http://listserv.paho.org/Archives/lequidid.html>

<sup>43</sup> *Advancing Health Equity, UNO-WIDER Conference, September 2006.*



Salud, sistemas de salud y pobreza: Una síntesis de la literatura

| ETA-PA | PREGUNTA DE SÍNTESIS  | BASE DE DATOS O ACERVO   | CRITERIOS DE BÚSQUEDA   |  | # REFERENCIAS | SELECCIÓN DE REFERENCIAS |               | CLASIFICACIÓN TEMÁTICA DE REFERENCIAS SELECCIONADAS | OBSERVACIONES  |
|--------|---|--|---|--|---------------|--------------------------|---------------|---|--|
|        |   |  | PERFIL/PALABRAS CLAVE   | METODOLOGÍA                                      |               | CRITERIOS Y METODOLOGÍA  | # REFERENCIAS |   |  |
| 4      | Búsquedas a partir de palabras clave para la literatura sobre México: "Poverty and health in Mexico", "Inequality and health in Mexico" | PubMed (MEDLINE) <sup>44</sup>   |   | síntesis y revisiones recientes de la literatura |               |                          |               |   | un "mapeo conceptual" o tipología analítica y crítica de la literatura, y síntesis y revisiones recientes de la literatura.<br>Para obtener literatura sobre México se hizo una búsqueda tradicional palabras clave.   |
| 5      |   | Textos canónicos, síntesis de la literatura, estudios y reportes de evaluación alrededor de las reformas recientes al sistema nacional de salud. | Revisión estructurada de la literatura sobre México a partir de textos "canónicos" y síntesis y revisiones recientes de la literatura |  |               |                          |               |   | Se partió de una síntesis de la literatura y análisis de la evidencia disponible sobre desigualdad en salud, financiamiento y uso de servicios realizada recientemente por el autor (Scott 2006), ampliada y actualizada a partir de los estudios y reportes de evaluación que han surgido alrededor de las reformas recientes al sistema nacional de salud. |

<sup>44</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>



## Novedades

---

### DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

- Cejudo, Guillermo, *Critical Junctures or Slow-Moving Processes? The Effects of Political and Economic Transformations...*, DTAP-186
- Sour, Laura, *Un repaso de conceptos sobre capacidad y esfuerzo fiscal, y su aplicación para los gobiernos locales mexicanos*, DTAP-187
- Santibañez, Lucrecia, *School-Based Management Effects on Educational Outcomes: A Literature Review and Assessment of the Evidence Base*, DTAP-188
- Cejudo, Guillermo y Sour Laura, *¿Cuánto cuesta vigilar al gobierno federal?*, DTAP-189
- Cejudo, Guillermo, *New Wine in Old Bottles: How New Democracies Deal with Inherited Bureaucratic Apparatuses...*, DTAP-190
- Arellano, David, *Fallas de transparencia: hacia una incorporación efectiva de políticas de transparencia en las organizaciones públicas*, DTAP-191
- Sour, Laura y Munayer Laila, *Apertura política y el poder de la Cámara de Diputados durante la aprobación presupuestaria en México*, DTAP-192
- Casar, Ma. Amparo, *La cultura política de los políticos en el México democrático*, DTAP-193
- Arellano, David y Lepore Walter, *Economic Growth and Institutions: The Influence of External Actors*, DTAP-194
- Casar, Ma. Amparo, *Los gobiernos sin mayoría en México: 1997-2006*, DTAP-195

### DIVISIÓN DE ECONOMÍA

- Castañeda, Alejandro y Villagómez Alejandro, *Ingresos fiscales petroleros y política fiscal óptima*, DTE-382
- Dam, Kaniska, *A Two-Sided Matching Model of Monitored Finance*, DTE-383
- Dam, Kaniska, Gautier Axel y Mitra Manipushpak, *Efficient Access Pricing and Endogenous Market Structure*, DTE-384
- Dam, Kaniska y Sánchez Pagés Santiago, *Deposit Insurance, Bank Competition and Risk Taking*, DTE-385
- Carreón, Víctor, Di Giannatale Sonia y López Carlos, *Mercados formal e informal de crédito en México: Un estudio de caso*, DTE-386
- Villagómez, Alejandro y Roth Bernardo, *Fiscal Policy and National Saving in Mexico, 1980-2006*, DTE-387
- Scott, John, *Agricultural Policy and Rural Poverty in Mexico*, DTE-388
- Hogan, William, Rosellón Juan y Vogeslang Ingo, *Toward a Combined Merchant-Regulatory Mechanism for Electricity Transmission Expansion*, DTE-389
- Roa, Ma. José y Cendejas José Luis, *Crecimiento económico, estructura de edades y dividendo demográfico*, DTE-390
- Kristiansen, Tarjei y Rosellón Juan, *Merchant Electricity Transmission Expansion: A European Case Study*, DTE-391

## DIVISIÓN DE ESTUDIOS INTERNACIONALES

- Schiavon, Jorge y Velázquez Rafael, *El 11 de septiembre y la relación México-Estados Unidos: ¿Hacia la securitización de la agenda?*, DTEI-150
- Velázquez, Rafael, *La paradiplomacia mexicana: Las relaciones exteriores de las entidades federativas*, DTEI-151
- Meseguer, Covadonga, *Do Crises Cause Reform? A New Approach to the Conventional Wisdom*, DTEI-152
- González, Guadalupe y Minushkin Susan, *Líderes, opinión pública y política exterior en México, Estados Unidos y Asia: un estudio comparativo*, DTEI-153
- González, Guadalupe y Minushkin Susan, *Leaders, public opinion and foreign policy in Mexico, the United States, and Asia: a comparative study*, DTEI-154
- González, Guadalupe y Minushkin Susan, *Opinión pública y política exterior en México*, DTEI-155
- González, Guadalupe y Minushkin Susan, *Public opinion and foreign policy in Mexico*, DTEI-156
- Ortiz Mena, Antonio, *El Tratado de Libre Comercio de América del Norte y la política exterior de México: lo esperado y lo acontecido*, DTEI-157
- Ortiz Mena, Antonio y Fagan Drew, *Relating to the Powerful One: Canada and Mexico's Trade and Investment Relations with the United States*, DTEI-158
- Schiavon, Jorge, *Política exterior y opinión pública: México ante el mundo*, DTEI-159

## DIVISIÓN DE ESTUDIOS JURÍDICOS

- Fondevila Gustavo, *Estudio de percepción de usuarios del servicio de administración de justicia familiar en el Distrito Federal*, DTEJ-14
- Pazos, Ma. Inés, *Consecuencia lógica derrotable: análisis de un concepto de consecuencia falible*, DTEJ-15
- Posadas, Alejandro y Hugo E. Flores, *Análisis del derecho de contar con un juicio justo en México*, DTEJ-16
- Posadas, Alejandro, *La Responsabilidad Civil del Estado /Análisis de un caso hipotético*, DTEJ-17
- López, Sergio y Posadas Alejandro, *Las pruebas de daño e interés público en materia de acceso a la información. Una perspectiva comparada*, DTEJ-18
- Magaloni, Ana Laura, *¿Cómo estudiar el derecho desde una perspectiva dinámica?*, DTEJ-19
- Fondevila, Gustavo, *Cumplimiento de normativa y satisfacción laboral: un estudio de impacto en México*, DTEJ-20
- Posadas, Alejandro, *La educación jurídica en el CIDE (México). El adecuado balance entre la innovación y la tradición*, DTEJ-21
- Ingram, Matthew C., *Judicial Politics in the Mexican States: Theoretical and Methodological Foundations*, DTEJ-22
- Fondevila, Gustavo e Ingram Matthew, *Detención y uso de la fuerza*, DTEJ-23

## DIVISIÓN DE ESTUDIOS POLÍTICOS

- Lehoucq, Fabrice E., *Structural Reform, Democratic Governance and Institutional Design in Latin America*, DTEP-188
- Schedler, Andreas, *Patterns of Repression and Manipulation. Towards a Topography of Authoritarian Elections, 1980-2002*, DTEP-189
- Benton, Allyson, *What Makes Strong Federalism Seem Weak? Fiscal Resources and Presidential-Provincial Relations in Argentina*, DTEP-190
- Crespo, José Antonio, *Cultura política y consolidación democrática (1997-2006)*, DTEP-191
- Lehoucq, Fabrice, *Policymaking, Parties and Institutions in Democratic Costa Rica*, DTEP-192
- Benton, Allyson, *Do Investors Assess the Credibility of Campaign Commitments? The Case of Mexico's 2006 Presidential Race*, DTEP-193
- Nacif, Benito, *Para entender las instituciones políticas del México democrático*, DTEP-194
- Lehoucq, Fabrice, *Why is Structural Reform Stagnating in Mexico? Policy Reform Episodes from Salinas to Fox*, DTEP-195
- Benton, Allyson, *Latin America's (Legal) Subnational Authoritarian Enclaves: The Case of Mexico*, DTEP-196
- Hacker, Casiano y Jeffrey Thomas, *An Antitrust Theory of Group Recognition*, DTEP-197

## DIVISIÓN DE HISTORIA

- Pipitone, Ugo, *Aperturas chinas (1889, 1919, 1978)*, DTH-34
- Meyer, Jean, *El conflicto religioso en Oaxaca*, DTH-35
- García Ayuardo Clara, *El privilegio de pertenecer. Las comunidades de fieles y la crisis de la monarquía católica*, DTH-36
- Meyer, Jean, *El cirujano de hierro (2000-2005)*, DTH-37
- Sauter, Michael, *Clock Watchers and Stargazers: On Time Discipline in Early-Modern Berlin*, DTH-38
- Sauter, Michael, *The Enlightenment on Trial...*, DTH-39
- Pipitone, Ugo, *Oaxaca prehispánica*, DTH-40
- Medina Peña, Luis, *Los años de Salinas: crisis electoral y reformas*, DTH-41
- Sauter, Michael, *Germans in Space: Astronomy and Anthropologie in the Eighteenth Century*, DTH-42
- Meyer, Jean, *La Iglesia católica de los Estados Unidos frente al conflicto religioso en México, 1914-1920*, DTH-43

## Ventas

---

El Centro de Investigación y Docencia Económicas / CIDE, es una institución de educación superior especializada particularmente en las disciplinas de Economía, Administración Pública, Estudios Internacionales, Estudios Políticos, Historia y Estudios Jurídicos. El CIDE publica, como producto del ejercicio intelectual de sus investigadores, **libros, documentos de trabajo, y cuatro revistas especializadas: *Gestión y Política Pública, Política y Gobierno, Economía Mexicana Nueva Época* e *Istor*.**

Para adquirir alguna de estas publicaciones, le ofrecemos las siguientes opciones:

### VENTAS DIRECTAS:

Tel. Directo: 5081-4003  
Tel: 5727-9800 Ext. 6094 y 6091  
Fax: 5727 9800 Ext. 6314

Av. Constituyentes 1046, 1er piso,  
Col. Lomas Altas, Del. Álvaro  
Obregón, 11950, México, D.F.

### VENTAS EN LÍNEA:

Librería virtual: [www.e-cide.com](http://www.e-cide.com)

Dudas y comentarios:  
[publicaciones@cide.edu](mailto:publicaciones@cide.edu)

**¡Nuevo!**

Adquiera el CD de las colecciones completas de los documentos de trabajo de la División de Historia y de la División de Estudios Jurídicos.



**¡Próximamente!** los CD de las colecciones completas de las Divisiones de Economía, Administración Pública, Estudios Internacionales y Estudios Políticos.