

La equidad en los servicios de salud en México

Equity in health services in Mexico

Lilia Maricela Mendoza Longoria¹ y Esteban Picazzo Palencia²

Resumen: En México, existen por lo menos tres enfoques que enmarcan a las políticas públicas en salud: el igualitarista, los niveles mínimos y el neoliberal-utilitarista. La concepción del desarrollo humano se propone como un impulsor de la igualdad de capacidades y libertades de las personas para tener la vida que desean y valoran. El objetivo de este trabajo es medir el nivel de equidad en el gasto de los servicios de salud por parte del estado mexicano, utilizando un Índice denominado de Necesidades Insatisfechas del Gasto y la asignación de recursos en Salud (INIGS).

Abstract: According to the World Health Organization (WHO), the role of any health system is the protection, prevention and improvement of the health of the population. And to achieve this, it uses different financing mechanisms, organization and ways of providing care services. In this context, equity emerges as a variable that determines the possibility of access to them. In Mexico, there are at least three approaches that frame public health policies: the egalitarian, the minimum levels and the neoliberal-utilitarian. These lead to marked differences in the interpretation of the concept of equity in the design and management of health policies, which, in turn, influence the progress of health systems, financing and the provision of services. However, the egalitarian approach is considered

Palabras clave: derecho en salud; desarrollo humano; equidad en salud; gasto en salud; servicios de salud

Introducción

El desarrollo humano, desde su concepción teórica, es un proceso de ampliación de capacidades y opciones para que las personas puedan ser y lograr hacer lo que valoran. Colocando en el centro de sus postulados, la expansión de las libertades y la superación de las privaciones que limitan las posibilidades reales de alcanzar el desarrollo de las personas (PNUD, 2007). En este sentido, entre las principales privaciones de esas libertades están los efectos negativos en la salud que provocan las debilidades y la inequidad en los servicios de salud, así como otros determinantes

¹ Doctorante en Ciencias Sociales con orientación en Desarrollo Sustentable del Instituto de Investigaciones Sociales (IINSO) de la UANL. Email: lmmlongoria@hotmail.com

² Profesor investigador del Instituto de Investigaciones Sociales (IINSO) de la UANL. Email: epicazzo@yahoo.com

sociales de ésta.

Por lo tanto, una persona con mayores capacidades tiene más oportunidades de elegir y por ende, tiene mayor libertad. Desde esta concepción, la salud se constituye y surge como una de las libertades instrumentales necesarias para el desarrollo, la cual debe estar relacionada estrechamente con la cuestión de los derechos y la justicia social, de cuya mano va la noción de equidad (Sen, 2000; 2002). Entonces, trabajar con un enfoque de desarrollo humano que tenga en cuenta el mejoramiento de la salud, requiere de una visión integral y colectiva de los problemas y las soluciones, así como el reconocimiento del lazo que une a las libertades con las instituciones sociales y económicas, y con los derechos políticos y humanos.

Examinada desde esta visión, la salud no sólo constituye un instrumento o medio para el desarrollo, sino también como lo menciona Sen (1999) “la salud es una parte constitutiva del desarrollo” (p. 8), “la salud forma parte integrante de un buen desarrollo.” (p. 8). De manera que, una de las libertades de mayor importancia de la que puede gozar el ser humano, es la de no estar expuesto a enfermedades y causas de muertes evitables (Sen, 1999).

Así, un mejor nivel de vida influye en el desarrollo de las capacidades de los individuos, el cual es determinante para la calidad de vida. En este contexto, la salud representa una simbiosis entre calidad de vida y capacidad. La salud es una pieza clave o una aptitud (Sen, 1980, 1985, 1993) para vivir mejor y la falta de ella es una amenaza para el bienestar social y económico. Por eso, tener vida duradera y saludable es uno de los elementos fundamentales del desarrollo humano, que se valora en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) mediante la esperanza de vida al nacer.

Una vida duradera y saludable supone que los individuos de una sociedad cuentan con las capacidades que les permiten satisfacer las necesidades básicas y disfrutar de buena salud física, mental y de una relación social satisfactoria. Por lo tanto, la salud puede vislumbrarse desde dos ámbitos distintos, aunque a la vez complementarios: el primero en el sentido individual y el segundo en el social. La primera acepción enmarca a la salud como el buen funcionamiento biológico del organismo y la ausencia de enfermedades. La segunda, como plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), trasciende el aspecto individual para abarcar un estado completo de bienestar físico, mental y social.

Ambos ámbitos son complementarios en el sentido de que la salud no se limita a la

ausencia de afecciones o enfermedades sino que precisa de condiciones sociales apropiadas para el adecuado desarrollo del ser humano (Brena, 2004). En este sentido, Frenk (1993) señala que en materia de salud concurre lo biológico y lo social, asimismo aspectos del individuo y de la comunidad, al igual que lo público y lo privado.

El desarrollo humano y la expansión de las capacidades, y su visión más integral: la libertad en materia de salud, plantea el desafío de disminuir las brechas sociales, el rezago epidemiológico acumulado y mejorar el acceso y la calidad de la atención. Desde esta perspectiva, la salud de las personas no sólo está en riesgo cuando son amenazadas por enfermedades, sino que múltiples aspectos de su vida cotidiana también constituyen peligros para el desarrollo de su libertad. En este marco, la pobreza, la violencia, el deterioro ambiental, la falta de alimentos y trabajo, la inseguridad laboral, la falta de acceso a agua potable y viviendas adecuadas, y el analfabetismo, entre otras violaciones de los derechos humanos, constituyen una amenaza para la salud de las personas. Por consiguiente, “el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse (...) universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo” (Sen, 1999 p.1).

Por otro lado, Whitehead (1992) menciona que los factores que pueden afectar los logros y/o fracasos en materia de salud van mucho más allá de los servicios de salud, ya que pueden influir distintos factores como: la genética de las personas, los ingresos, los hábitos alimenticios y los estilos de vida, el entorno ambiental y epidemiológico, y las condiciones laborales.

De esta forma, para alcanzar el desarrollo es de suma importancia que se garantice el derecho a la salud en todos los ámbitos que converjan en ella. Al respecto, la Organización Panamericana de Salud (OPS) ha mencionado que los tres pilares básicos para alcanzar un desarrollo humano favorable son la nutrición, la atención de la salud y la educación.¹

En México, la Secretaría de Salud (2005) ha planteado que la salud es un requisito primordial para lograr el bienestar de la sociedad. En donde, si no se tiene salud no se puede disfrutar de la libertad en su significado más amplio. Además, señala que la salud es una prestación de un vasto conjunto de bienes y servicios que pueden ir dirigidos a la colectividad o a individuos particulares, pero finalmente ésta convergerá en mejorar el bienestar de la población.

Por ende, enmarcar la salud dentro del desarrollo, y en particular, en el desarrollo humano implica ubicarla en términos de una concepción integral con categoría universal y de bien

público, con alto grado de justicia social y equidad. Dejando así de lado, la visión economicista y utilitarista del sistema económico, para darle una visión social, en donde se incluya como una libertad que el hombre debe tener, cuidar y defender. Por lo tanto, el ser humano debe ser participe del cambio y no quedarse sólo como paciente, “la pasividad y la apatía pueden ser sancionadas con la enfermedad y la muerte” (Sen, 1999 p.9).

Por ello, el enfoque del desarrollo humano considera que en materia de salud, más no es lo mismo que mejor, que el desarrollo económico es una condición necesaria más no suficiente para garantizar la salud; y finalmente, que consumir en mayor grado los servicios de salud no implica mejor salud, si éstos no se proveen con el debido nivel de accesibilidad y calidad. Consecuentemente, “la salud es un producto intersectorial y depende del desarrollo global. Las decisiones económicas no deben perder de vista que la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar, y que el hombre no es sólo un medio de la economía sino su fin, su destino, su sentido y su razón de ser” (OPS/OMS, 1973 p.4).

El Estado como protector del derecho a la salud

Los derechos humanos pueden ser vistos como un conjunto de demandas éticas y entre ellas están el derecho al desarrollo, a la educación básica, a la salud y nutrición, entre otros (Sen, 2006). Para el desarrollo humano, la salud no sólo es una libertad sino también un derecho y, por tanto, el Estado debe garantizarlo de forma eficiente y equitativa e impulsar la participación de su población en beneficio de este derecho. Estos requisitos hacen imprescindible la rectoría estatal del sistema, así como su intervención, en mayor o menor medida, en la provisión de los servicios de salud.

En este sentido, la OMS en su declaración de 1977, reconoce a la salud como un derecho fundamental y un objetivo social. Asimismo, la conferencia realizada en Alma Ata (Kazajistán) en 1978, reconoce a la salud como un problema de derechos, no de mercado, donde la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud para todas las personas.

Cabe señalar, que la salud no ha estado libre de las concepciones utilitaristas y neoliberales del mercado, en las que se concibe al mercado como la vía más efectiva para redistribuir los ingresos en una sociedad. Desde esta visión, la salud se ha convertido en una

mercancía con una fuerte incidencia de los agentes privados de la economía en la organización y provisión de los servicios de salud.

De forma tal que cuando se privilegia el mercado para la organización de los servicios de salud, se están creando las condiciones que limitan las garantías de la salud como un derecho. Dando como resultado la disminución del gasto público en salud y el desinterés para invertir en ésta, lo que ha abierto las brechas sociales, provocando el deterioro en las condiciones de vida de la población más vulnerable y empobrecida (García, 2005).

Entonces, abordar la salud desde las leyes del mercado traería un significativo debilitamiento de lo público y de sus instituciones, e incrementaría la ineficiencia del sector público y, a su vez, aumentaría el gasto privado realizado por las familias en materia de salud, llevándolas en algunas ocasiones al empobrecimiento.

Por lo tanto, pensadores como Amartya Sen han permitido replantear críticamente el desarrollo, poniendo énfasis en las libertades que la sociedad promueva para las personas en forma individual y colectiva, y no tanto en la utilidad de los mercados, resaltando a la salud no sólo como una capacidad del ser humano para su libertad universal sino también como un derecho.

En el mismo tenor, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1942 en su artículo 25 afirma: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”*.

Así, la salud además de ser un derecho fundamental que tiene la humanidad, debe considerarse como una piedra angular de las políticas sociales y económicas que pone en práctica el Estado, que permita un desarrollo más equitativo, solidario y con mayor justicia social para la población en un entorno sustentable y equitativo.

En México, a partir de 1983 se elevó a rango constitucional el derecho a la protección a la salud, mediante la introducción del párrafo tercero en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos², en el cual se establece que: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a*

los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general... ”.

Esta legislación se sustenta en un marco normativo, la Ley General de Salud. En ella, se externaliza que el derecho a la protección en salud tiene las siguientes finalidades³: i) el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; ii) la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana; iii) la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; iv) la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; v) el disfrute de los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; vi) el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y vii) el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica tecnológica para la salud.

Con lo anterior, se puede señalar que la salud, en lo que respecta al acceso a los servicios de salud, es una tarea del gobierno que debe promover, cuidar y gestionar en la que debe participar la comunidad organizada, dado que constituye uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza y mejoramiento de las capacidades que ayudan a elevar el grado de equidad y justicia en la sociedad. Y es primordial para promover una igualdad de capacidades y libertades en el desarrollo y en pro de los derechos.

En este sentido, Sen y Dreze (1989) plantean dos diferentes procesos que el Estado puede trazar a través de las políticas públicas para proveer de un mejor nivel de salud y de calidad de vida a la sociedad y reducir las tasas de mortalidad en la población. Estos procesos son de dos tipos, los “mediados por el crecimiento” y los que son “impulsados por el apoyo”. El primero de ellos actúa a través del crecimiento económico acelerado y su éxito depende que este crecimiento sea distribuido en una extensa base de la sociedad y tenga una marcada orientación hacia el empleo, además que el ingreso generado por el crecimiento económico sirva para aumentar los servicios y oportunidades sociales más importantes, en particular, la atención de la salud, la educación y la seguridad social. Por otro lado, los proceso “impulsados por el apoyo”, no se van por el cauce de las políticas impulsoras del crecimiento económico, sino mediante políticas y programas de apoyo social profundos en materia de salud, educación, entre otras.

Es así como este proceso no se centra en el crecimiento económico a través del aumento espectacular en los ingresos per cápita, sino que su prioridad está centrada en la prestación de servicios sociales y capacidades básicas como la salud, a través de la atención sanitaria, y la educación básica, etc. Permitiendo que la población aumente su calidad de vida y se reduzcan las tasas de mortalidad; en este marco de acción el Estado surge como ente social de la protección al derecho a la salud, y no sólo de los procesos de crecimiento económicos, en donde el mercado es el mecanismo distribuidor de las oportunidades sociales, en particular del acceso a la salud.

La equidad en el gasto de los servicios de salud en México

Detrás de cualquier sistema de salud se encuentra como objetivo la protección, prevención y mejoramiento de la salud de la población, para ello, éstos utilizan diferentes mecanismos de financiamiento, organización y formas de proveer los servicios de atención. Por lo tanto, un elemento crucial y central de los procesos de reforma de los sistemas de salud es la equidad (Solimano et al, 1999).

Asimismo, la equidad en los sistemas de salud surge como una variable que determinará la posibilidad de acceso a los servicios en esta materia. En este contexto, destacan tres enfoques en donde son enmarcadas las políticas públicas en salud y la equidad. El primero de ellos se refiere al enfoque igualitarista, en donde la equidad figura como la igualdad que tienen los individuos para tener acceso a los servicios de salud según sus necesidades. Al respecto, cabe señalar que el enfoque del desarrollo humano y de las capacidades se presenta como un impulsor de la igualdad de las capacidades y libertades del ser humano para tener la vida que desea y valora, en este caso, la posibilidad de estar sano a través del acceso a los servicios de salud. El segundo enfoque es el de los niveles mínimos⁴ donde la equidad se presenta como la cobertura de las desigualdades para el mejoramiento de las condiciones de la población más desfavorecida y de bajos recursos (Pereira, 1988), de esta manera se define como un conjunto limitado de servicios básicos de salud (atención primaria, vacunación, entre otros) de acceso gratuito. Por último, se encuentra el enfoque neoliberal-utilitarista en el que la equidad surge de la búsqueda de la maximización del bienestar y del estado de salud de la población a nivel agregado sin importar su distribución.

Como se observa, hay diferencias claras entre las políticas públicas de salud que toma

cada una de estas perspectivas. Las políticas basadas en el enfoque igualitarista parten de la justicia social como base de la equidad, la solidaridad y la unidad social como algo bueno en sí mismo (Barr, 1993; Wagstaff y Van Doorslaer, 1992). De tal manera que bajo estas políticas, se tendería a sistemas de salud financiados públicamente y basados en el principio de la capacidad de pago, es decir, la aportación del individuo debe estar relacionada con lo que puede pagar y no con la cantidad consumida de servicios de salud ni con cualquier otra variable. Este tipo de enfoque es el utilizado en la búsqueda de la universalización de la cobertura de los sistemas de salud.

Por otro lado, se encuentran las políticas basadas en el enfoque de niveles mínimos, las cuales sólo garantizan a la población pobre un nivel básico mínimo de asistencia sanitaria. Y finalmente, están las políticas neoliberales utilitaristas que parten de tres principios fundamentales: i) el individualismo; ii) el igualitarismo, entendido como la igualdad de utilidad y no de resultados; y iii) la libertad que tiene el individuo de buscar sus intereses y preferencias, sin importar el efecto en los demás (Pereira, 1988). Con esta idea, el enfoque conlleva a establecer sistemas de salud donde la salud es financiada principalmente por el sector privado, por lo tanto, el factor importante radica en la capacidad de beneficio, es decir, el pago está relacionado al beneficio que le ofrezca el consumo de los servicios de salud, el cual es una elección individual. Este principio se fundamenta en el objetivo de la eficiencia económica ignorando objetivos sociales como la redistribución de los recursos y capacidades.

Por lo antes dicho, el enfoque igualitarista se presenta como la mejor opción para desarrollar el concepto de equidad en el diseño y gestión de las políticas públicas en salud, las cuales influirán en el progreso de los sistemas de salud, asimismo en aspectos como el financiamiento y la prestación de los servicios.

En consecuencia, para medir el nivel de equidad en los servicios de salud en México, y poder comprobar qué tan equitativo es el gasto en los servicios de salud por parte del Estado. Se utilizará un índice que será calculado a nivel estatal que medirá que tan equitativo es el gasto y la asignación de recursos en salud para cubrir el acceso y necesidades en salud de la población en la república mexicana.

Método

El índice tomará el nombre de Índice de Necesidades Insatisfechas del Gasto y la asignación de recursos en Salud (INIGS), éste se construyó con base en un procedimiento sencillo y estadísticamente robusto, que consiste en normalizar o estandarizar todas las unidades de los indicadores en una sola. Para su realización se aplica la fórmula de normalización de los Z score que se utiliza comúnmente en la medición y caracterización de los individuos o variables con respecto a la población de interés. Este análisis se realiza para el periodo de 2000-2010.

Los Z score se calculan a partir de la siguiente formula:

$$Z_i = (X_i - \mu) / \sigma$$

Donde:

Z_i = es el valor de Z score de cada indicador a nivel estatal

X_i = es el valor del indicador a nivel estatal

μ = es el valor promedio del indicador a nivel nacional

σ = es la desviación estándar del indicador a nivel nacional

Así, el INIGS para cada Estado se define con la siguiente formula:

$$INIGS_n = \sum_{i=1}^I Z_i$$

Los indicadores de gasto de salud que se utilizaron a nivel estatal para calcular el índice son:

- 1) Gasto Federal como % del gasto total en salud.
- 2) Gasto Estatal % del gasto total en salud.
- 3) Gasto Público en Salud como % del PIB estatal.
- 4) Gasto Privado en Salud como % del PIB estatal.
- 5) Gasto Público en Salud como % del gasto total en salud.
- 6) Gasto Público en salud como % del gasto público total.
- 7) Gasto de bolsillo en salud per cápita como % del gasto total en salud per

cápita.

Un aspecto importante que se tiene que considerar en la estimación de los Z score, es la dirección de los indicadores, para que el índice tenga una sola orientación. Así, cada indicador debe alinearse para una sola dirección, positiva o negativa. Por ejemplo, al utilizar el gasto de bolsillo en salud per cápita como % del gasto total en salud per cápita, si algún estado tiene un valor alto, esto significaría que hace falta mayor cobertura del gasto por parte del Estado y tiene mayor necesidad para cubrir la salud, por otro lado, al utilizar el gasto público en salud como % del PIB estatal y éste tiene un valor alto, significaría que la población se encuentra en una situación de baja necesidad en gasto público en salud. Por lo tanto, al utilizar los dos indicadores en la estimación del índice, se tiene que cambiar la orientación de uno de ellos, es decir, el signo, para mantener la orientación de que entre mayor sea el índice menor será la necesidad en salud y que el gasto cubre en mayor medida la cobertura en salud en el estado.

Resultados

Al aplicar la metodología planteada para calcular el índice, se observa que para el año 2000, los estados que tienen una mayor necesidad que debe cubrir el gasto aplicado a la salud por parte de la Federación y del Estado son: Michoacán, Puebla, Baja California, Edo. México, San Luis Potosí, Chiapas, Sinaloa, Zacatecas, Guanajuato, DF (Ciudad de México) y Oaxaca. Para el año 2010, Michoacán se mantiene como el estado que requiere mayor atención para incrementar los presupuestos en salud, sin embargo estados como Chiapas, Baja California y DF son estados que empeoran en su indicador y estados como Nuevo León y Jalisco entran en mayor grado de necesidad en materia de salud que no es cubierta por el gasto de salud aplicado por las instituciones gubernamentales. En ambos años del estudio, estados como Campeche, Yucatán y Tabasco son entidades que presentan menor necesidad de cobertura del gasto en salud aplicado por el gobierno (ver tabla 1).

Al observar el comportamiento del INIGS en el periodo 2000-2010 por entidad federativa, se puede referir que la mitad de las entidades federativas de México empeoraron su situación de equidad y de falta de cobertura de necesidades en salud por parte del gasto público. Cabe señalar que estados como Quintana Roo, Baja California, Nuevo León y Aguascalientes, presentaron la

mayor variación del índice, empeorando su situación de equidad en el gasto aplicado a la salud.

Tabla 1
Condición de la situación del I

ESTADO	INIGS				DIFERENCIA INIGS 2000-2010	CONDICIÓN
	2000	LUGAR	2010	LUGAR		
Michoacán	10.45	1	8.96	1	-1.49	mejoró
Baja California	4.57	3	6.24	2	1.67	empeoró
Chiapas	2.31	6	3.46	3	1.15	empeoró
Puebla	6.47	2	3.23	4	-3.24	mejoró
San Luis Potosí	3.32	5	3.21	5	-0.11	mejoró
México	3.68	4	2.90	6	-0.78	mejoró
Distrito Federal	2.11	10	2.62	7	0.51	empeoró
Jalisco	1.31	14	2.58	8	1.27	empeoró
Sinaloa	2.31	7	2.49	9	0.18	empeoró
Guanajuato	2.18	9	1.99	10	-0.19	mejoró
Nuevo León	-0.03	19	1.49	11	1.52	empeoró
Tlaxcala	1.79	12	1.06	12	-0.73	mejoró
Zacatecas	2.19	8	0.98	13	-1.21	mejoró
Durango	1.08	15	0.64	14	-0.44	mejoró
Tamaulipas	0.88	16	0.64	15	-0.24	mejoró
Guerrero	-1.03	21	0.01	16	1.04	empeoró
Chihuahua	-1.25	22	-0.18	17	1.07	empeoró
Nayarit	-0.35	20	-0.46	18	-0.11	mejoró
Oaxaca	2.08	11	-0.51	19	-2.59	mejoró
Morelos	-1.65	24	-0.62	20	1.03	empeoró
Aguascalientes	-2.22	25	-0.74	21	1.48	empeoró
Veracruz	0.42	17	-1.00	22	-1.42	mejoró
Baja California Sur	-1.32	23	-1.02	23	0.30	empeoró
Querétaro	0.35	18	-1.06	24	-1.41	mejoró
Hidalgo	1.77	13	-1.96	25	-3.73	mejoró
Coahuila	-3.42	27	-2.00	26	1.42	empeoró
Sonora	-3.49	28	-2.21	27	1.28	empeoró
Quintana Roo	-5.92	29	-2.39	28	3.53	empeoró
Colima	-3.14	26	-3.01	29	0.13	empeoró
Campeche	-7.89	30	-6.93	30	0.96	empeoró
Yucatán	-8.45	31	-8.48	31	-0.03	mejoró
Tabasco	-9.13	32	-9.91	32	-0.78	mejoró

NIGS 2000-2010 por entidad federativa

Fuente: Cálculos propios con base en información de la Secretaría de Salud.

Comentarios finales

En términos generales, el comportamiento del INIGS durante el período 2000-2010 muestra que la mitad de los estados del país mejoró sus condiciones, y la otra mitad, empeoró su situación de equidad y de falta de cobertura de necesidades en salud por parte de las instituciones gubernamentales, reflejando una marcada disminución del gasto público en salud, y por ende, una gestión deficiente por parte del Estado relacionada con el gasto público e inversión en el sistema nacional de salud. Lo que consecuentemente sostiene las brechas sociales, y el aumento del gasto privado realizado por las familias en esta ámbito, generando en algunos casos el empobrecimiento.

Con lo anterior, se puede señalar que en México pese a las reformas emprendida en materia de equidad, aún falta mucho por hacer con respecto a la justicia financiera aplicada en el gasto en salud. El Estado requiere mejorar no sólo sus estrategias de inversión y financiamiento en salud, si no fortalecer a sus instituciones y su política intersectorial que permita la expansión de los entornos en los que se desenvuelve su población, potencializando las capacidades que ayuden a elevar el grado de equidad y justicia en la sociedad.

Bibliografía

- Barr, N. (1993). *The economics of the Welfare State*. Oxford University Press
- Brena, I. (2004) *El derecho y la Salud: Temas a reflexionar*. UNAM, México
- Frenk, J. (1994). *Hacia un México más saludable*. Nexos 17, 23-32. México
- García, J. (2005). *Finanzas públicas, salud y desarrollo humano*. Secretaria de Salud, México
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946). *Constitución de 1946*. Ginebra
- OPS (1973). *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Washington D.C.
- Pereira, J. (1988). *La interpretación económica de equidad en salud y atención sanitarias*. En VIII Jornadas de Economías de la Salud, Anales. Madrid.
- PNUD (1990-2007) *Informes de Desarrollo Humano 1990-2007*. Recuperados de: http://hdr.undp.org/xmlsearch/reportSearch?y=*&c=g&t=*&k=
- Secretaria de Salud (2005). *Hacia una política farmacéutica integral para México*. México.
- Sen, A. (1980). *Equality of what*. en *Tanner Lectures on Human Values* McMurrin, S. (comp.) Cambridge University Press.

- _____ (1985). *Commodities and capabilities*, North-Blackwell. Oxford.
- _____ & J. Drèze(1989). *Hunger and Public Action*. Oxford, Oxford University Press.
- _____ & Van Doorslaer, E. (1992). *Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions*. En Wagstaff, A., Van Doorlaer, E. & Rutten, F. (Eds.), *Equality in the finance and delivery of health care an international perspective*. Oxford University Press.
- _____ & Martha C. Nussbaum (comp.) (1993). *La calidad de vid.*, México, Fondo de Cultura Económica.
- _____ (1999). *Invertir en la infancia: su papel en el desarrollo*. Ponencia presentada en el ciclo de conferencias *Romper el ciclo de la pobreza: invertir en la infancia del Banco Interamericano de Desarrollo*, el 14 de marzo de 1999.
- _____ (2000). *Desarrollo y Libertad*, Barcelona, Editorial Planeta. (Traducción del *Development as Freedom* (1999), London, Oxford University Press).
- _____ (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Mayo/Junio, 11(5), 302-309. USA.
- _____ (2006). *Human Rights and Development*. En Stephen, P. & Bard, A. (Eds.) *Development as a Human Rights*. Harvard University Press.
- Solimano, G., Vergara, M. & Isaacs, S. (1999). *Las reformas de salud en América Latina: fundamentos y análisis crítico*. Corporación de Salud y Políticas Sociales, Chile.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. & Paci, P. (1991). *Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-Country comparisons*. En McGuire, A., Fenn, P. & Mayhew, K., *Providing Health Care : the economics of alternative systems of financing and delivery*. Oxford University Press.
- Whitehead, M. (1992). *The health divide, Inequalities in Health*. Inglaterra.

Notas _____

¹ OPS (1998)

² H. Cámara de Diputados, versión actualizada de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta el año 2007, se puede consultar en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/>

³ En la Ley General de Salud, esto se plantea en el artículo 2°.

⁴ Este enfoque ha sido desarrollado ampliamente por Rawls (1972).