

2016

OBSERVATORIO NACIONAL DE INEQUIDADES EN SALUD

1. Introducción y antecedentes

Identificadas como uno de los retos globales en los recientemente aprobados Objetivos de Desarrollo Sostenible, las desigualdades sociales se han planteado como barreras al progreso; los importantes logros que se han documentado en las condiciones de vida de la población en el mundo no se han distribuido de forma homogénea entre la población, y las brechas entre las poblaciones desfavorecidas y las que gozan de un mayor acceso a recursos se han mantenido e incluso en algunos casos se han incrementado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde su *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 - Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*, estableció la responsabilidad que tienen los sistemas de salud para contribuir a reducir las desigualdades, a través de mejorar la salud de aquellos grupos que se encuentran en condiciones de desventaja. En otras palabras, se debe alcanzar el mejor nivel posible de salud y, al mismo tiempo, procurar que existan las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos¹.

El reconocimiento a este reto se ha expresado de forma clara por el Gobierno de México en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), que estableció entre sus Ejes centrales el llamado México Incluyente, orientado hacia el logro de los derechos sociales de toda la población y el cierre de las brechas de desigualdad que en diferentes ámbitos persisten en el país. A su vez, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA), para dar cumplimiento a los compromisos del PND, estableció como su Objetivo 4 Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. Si bien en México en los últimos años se han logrado mejorar la cobertura de las intervenciones sanitarias y el nivel de salud de la población de forma agregada, las diferencias entre grupos de población persisten y, en algunos casos, se han ampliado.

De acuerdo al abordaje sobre determinantes sociales de la salud impulsado por la OMS y documentado ampliamente (incluso en el caso de México), el origen de las heterogeneidades en acceso y resultados en salud se encuentran en las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, estudian, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, a través del cual se establecen las políticas que son parte del mismo contexto. Este entorno que incide en la salud plantea la necesidad de un abordaje amplio, que considere el rol de los diferentes sectores en la generación de salud, pero al mismo tiempo reconozca el papel de la salud para el desarrollo del país.

El enfoque en las desigualdades en el caso de la salud se ha abordado a partir de aquellas que pueden considerarse como injustas, esto es, las no relacionadas con procesos biológicos como el envejecimiento, sino relacionadas con factores socioeconómicos, que son evitables e injustos, mismas que también han sido denominadas inequidades en salud. Como se ha propuesto y documentado, existen pruebas consistentes de que los grupos más desfavorecidos tienen menos oportunidades de supervivencia, una menor esperanza de vida y en general menor calidad de vida en comparación con los más favorecidos. También se experimenta de forma muy diferente la enfermedad entre los menos vulnerables y los más vulnerables, quienes sufren una mayor carga de la enfermedad y experimentan el comienzo de enfermedades crónicas y discapacidad a edades más tempranas.

Un paso relevante para el diseño e implementación de acciones dirigidas a atender las inequidades es la identificación y cuantificación de las mismas, es decir, conocer cuáles son y

¹OMS (2000), Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud, pg. 28-29.

cuál es su magnitud para el país. Esta medición no es trivial, y se ha discutido ampliamente sobre los abordajes para hacer operativa la medición de la inequidad, en tanto que requiere la identificación de un estado óptimo, el cual se considera la referencia sobre lo esperable para el conjunto de la población. Identificar este estado óptimo implica la consideración sobre lo sostenible, esto es, el mejor estado posible en un momento dado no puede ser tal que implique el consumo de los recursos naturales totales, por plantear un escenario posible.

Un primer acercamiento a esta medición es enfocarse en la documentación de las desigualdades en salud, como las diferencias en indicadores de acceso y resultados en salud entre grupos definidos a partir de estratificadores sociales, culturales y socioeconómicos. Es decir, plantear las heterogeneidades que pueden ser vistas de forma general como injustas, aun si no se ha identificado el nivel óptimo del resultado.

Documentar la heterogeneidad permite en un primer momento visibilizar las desigualdades, y llevar a la discusión amplia los argumentos sobre la necesidad de la vigilancia en paralelo de los resultados globales y de los que se obtienen entre diferentes grupos sociales/socioeconómicos. Esta documentación realizada de forma sistemática y permanente es un elemento relevante para informar acciones y como mecanismo de rendición de cuentas con relación al compromiso de atender las desigualdades.

Para ello se ha impulsado de forma global la conformación de observatorios nacionales de inequidades en salud. En México se han desarrollado diversos esfuerzos para la documentación de las desigualdades y el monitoreo de las mismas, entre los que destaca la realización en la Ciudad de México del Taller de Inequidades en Salud en México: Conceptualización y Medición, en abril de 2015, el cual contó con la participación de representantes de las instituciones más relevantes tanto del gobierno federal, como de la academia y la sociedad civil.

Como resultado de este taller, se acordó la conformación del Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS), como un medio para monitorizar las inequidades observables entre personas y grupos que experimentan distintas realidades socioeconómicas, dotando así a los tomadores de decisiones y estudiosos del tema, de evidencia sólida para diseñar y redirigir políticas encaminadas a la reducción de brechas.

En su inicio, el observatorio medirá desigualdades en salud; sin embargo, su fin es transitar hacia la medición de inequidades, a través del análisis y la determinación de marcos conceptuales y herramientas metodológicas sólidas, con la participación del grupo técnico multisectorial que para esos fines se ha conformado.

2. Marco normativo

La existencia del Observatorio Nacional de Inequidades en Salud se fundamenta en diversas disposiciones legales y normativas en el ámbito nacional e internacional:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- En el artículo 1° se establece el derecho a la igualdad de todos los mexicanos: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.
- En el artículo 4° se establece, entre otros derechos sociales, el derecho a la protección de la salud.

Ley General de Salud

- El artículo 2o. habla sobre las finalidades que tiene el derecho a la protección de la salud que, vinculado al artículo 4° de la Constitución, se concluye que la oportunidad de alcanzar las finalidades de la protección de la salud deben ser para todos los mexicanos por igual.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

- Meta nacional México Incluyente. Propone enfocar la acción del Estado en garantizar el ejercicio de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad social que aún nos dividen. El objetivo es que el país se integre por una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Busca consolidar plataformas de movilidad social que contribuyan a cerrar las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país. En este sentido, se plantea guiar la acción del gobierno en torno a cinco objetivos:
 - Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población
 - Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente
 - Asegurar el acceso a los servicios de salud
 - Ampliar el acceso a la seguridad social
 - Proveer un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna

Programa Sectorial de Salud 2013-2018

- Objetivo 4 Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. La atención de las personas que viven en condición de vulnerabilidad requiere además de las acciones de salud y de la asistencia social, la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes de gobierno para lograr incidir en los determinantes sociales para reducir las inequidades en salud a través de políticas intersectoriales.
- Objetivo 6 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. El Gobierno de la República se compromete a lograr que la población mexicana esté protegida continuamente por un esquema de aseguramiento público, para que reciban una atención más homogénea. El objetivo final es que las personas reciban una atención de salud en cualquier condición —estando sano, enfermo o lesionado, o en rehabilitación— continua e integrada sin importar su condición social o laboral.

Ámbito internacional

- Resolución WHA62.14, OMS 2009. En materia de salud, México se ha comprometido, mediante la resolución WHA62.14 de la OMS de 2009 sobre la reducción de inequidades sanitarias actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud, a medir y actuar contra las inequidades en salud².

² "WHA62.14 Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud", OMS, 2009, URL=http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf, revisado el 10 de febrero de 2016, p. 22-26

3. Objetivo y alcance

El Observatorio Nacional de Inequidades en Salud tiene como objetivo principal el monitoreo de las desigualdades e inequidades en salud en México, para reorientar y plantear políticas públicas enfocadas en su reducción y eliminación. Para lo anterior, se deben definir tanto los indicadores relevantes como los abordajes metodológicos apropiados a partir de la revisión de la literatura, las recomendaciones internacionales y la discusión técnica entre los integrantes del mismo.

Si bien el objetivo último es el monitoreo de inequidades, tanto como un insumo previo como por la necesidad de desarrollar un abordaje metodológico apropiado, el ONIS hará asimismo el monitoreo de desigualdades en salud, con énfasis en la identificación de aquellas que pueden ser catalogadas como injustas y evitables. En 2013, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2013) apuntaba que la inequidad en salud se trata de un concepto normativo, por tanto representa un reto su medición y monitoreo, pero en su lugar, las desigualdades en salud sí pueden ser medidas y monitoreadas en lo inmediato, y sirven como un medio indirecto para evaluar la inequidad en salud.

Para el logro de este objetivo, el ONIS contará con una amplia participación del sector académico, ya que, si bien el objetivo del Observatorio se encuentra hacia la definición de políticas públicas, privilegiando la socialización de la evidencia y la posibilidad de abordajes metodológicos paralelos, el Observatorio debe también servir como un vínculo entre la investigación académica y su traducción en políticas públicas específicas que sirvan para atender las desigualdades. Asimismo, no deberá limitarse a utilizar solamente el conocimiento ya generado, sino que también fomentará la generación de nuevo conocimiento que permita entender mejor la relación entre los determinantes sociales de la salud y las diferencias en los niveles de salud entre distintos grupos de población en nuestro país.

El Observatorio no espera que todos los mexicanos tengan el mismo nivel de salud, sino que parte de la premisa de que existen diferencias que no se consideran inequitativas ni evitables, y que por lo tanto no representan el problema de fondo al que busca contribuir. En este sentido, el impacto final de éste es el de contribuir a eliminar las diferencias que sean evitables e injustas entre diferentes grupos poblacionales.

4. Estructura del observatorio

Para su operación, el ONIS contará con un Comité Técnico, presidido por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y un Secretariado Técnico, instancias responsables de la organización y difusión de las actividades del ONIS. El Comité Técnico estará integrado por un número no de expertos.

El ONIS se organizará en mesas de trabajo, coordinadas por el Comité Técnico y facilitadas por el Secretariado, con una participación intra y multisectorial, y un rol amplio para el sector social. Asimismo, se buscarán sinergias con experiencias similares y con las agencias internacionales relevantes para la temática.

En la Figura 4.1, se mencionan las instituciones que han participado desde las primeras actividades del ONIS, sin que este listado sea restrictivo para la incorporación de alguna otra instancia interesada.

Las siguientes, son las principales características de la integración del ONIS:

- Enfoque multisectorial coordinado por la Secretaría de Salud.
- Participación de todas las instituciones del sector salud.
- Inclusión del sector social.
- Validación y apoyo de instituciones internacionales.
- Integración y papel fundamental de la academia.

Figura 4.1 Principales integrantes del ONIS



5. Actividades iniciales

Las funciones del Observatorio deben estar contenidas en el ciclo de monitoreo:

1. Identificar indicadores de salud relevantes
2. Obtener la información de los indicadores
3. Analizar la información identificando la magnitud de las brechas y gradientes de desigualdad
4. Reportar los resultados
5. Generar recomendaciones y propuestas de cambios

El Instituto Nacional de Salud Pública desarrolló el documento “Abordaje Metodológico para la Medición de la Carga de la Inequidad”, que se utiliza como base para diseñar el “método de estimación de carga de inequidad y su distribución poblacional y geográfica, con monitorización oportuna en el tiempo”.

Las mediciones del Observatorio no se limitarán a identificar y presentar diferencias entre grupos poblaciones, sino que también incluirán la medición de la magnitud de esas diferencias. En la sección 9 de este documento se mencionan con mayor detalle las técnicas existentes para la medición de desigualdades, por tipo, nivel de complejidad e interpretación.

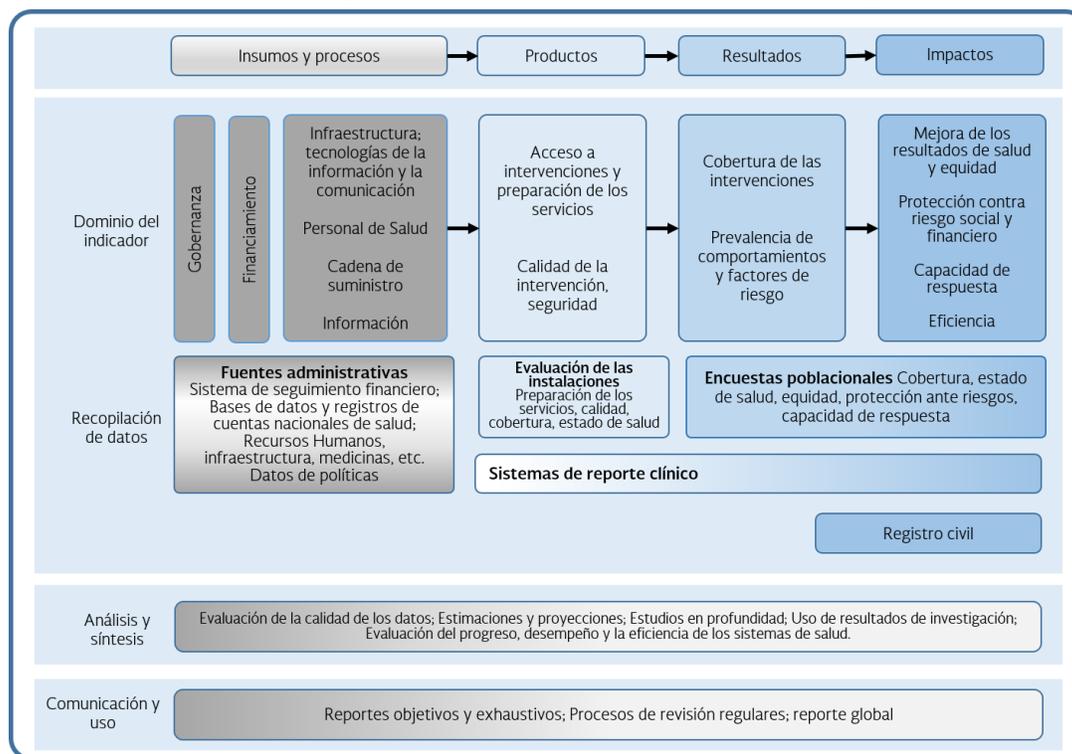
Asimismo, la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud actualmente está implementando el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA), el cual permitirá una integración más eficiente y eficaz de la información en materia de salud de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud, para proceder a su intercambio. Adicionalmente, el proyecto contempla la integración de información nominal de los usuarios de los servicios de salud y la integración de nuevas variables a los sistemas, con lo cual se podrán realizar mediciones a nivel más desagregado de lo que es posible hoy en día.

Conforme vaya avanzado el desarrollo del SINBA, el Observatorio utilizará la información que proporcione este sistema para integrar los indicadores utilizados para la medición de inequidades. Se contempla la liberación de todos sus componentes en 2018.

6. Indicadores de salud

Mostrar las diferentes partes de un sistema de salud como una secuencia permite identificar dónde se originan las fallas que se ven reflejadas en un menor estado de salud de la población. Por ello se plantearon indicadores que formarán parte de cada una de las cuatro secciones identificadas por el modelo desarrollado por la International Health Partnership (IHP). Este modelo se deriva de un grupo de trabajo establecido en conjunción con el Banco Mundial y la OMS, para establecer un marco conceptual que sirviera para monitorear y evaluar (M&E) el desempeño y el progreso de los sistemas de salud y de estrategias para enfrentar enfermedades específicas. Ver Figura 6.1

Figura 6.1 Modelo para Monitorear y Evaluar el Desempeño de los Sistemas de Salud – Desarrollado por la International Health Partnership (IHP)



Fuente: Traducción propia del Modelo presentado en "Monitoring, Evaluation and Review of National Health Strategies", WHO (2011).

El modelo es una representación lógica secuencial de los resultados y de los componentes principales de los sistemas de salud. Comprende cuatro grandes grupos de indicadores (dominios) organizados en: insumos y procesos, productos (outputs), resultados e impacto. El marco conceptual muestra cómo los insumos del sistema (e.g. infraestructura, financiamiento) y los procesos (e.g. cadenas de suministro) se ven reflejados en productos (e.g. disponibilidad de servicios e intervenciones) que se convierten en resultados (e.g. la cobertura efectiva de las intervenciones y servicios) y en un impacto en la salud de las personas (e.g. tasas de mortalidad).

De esta forma, para cada sección podemos plantearnos preguntas como:

- Insumos y procesos: ¿Hasta qué punto existe el financiamiento y la infraestructura ideales y qué tipo de implementación permiten?

- Productos: ¿Hasta qué punto la movilización de los recursos ha sido efectiva?
- Resultados: ¿Hasta qué punto las estrategias y servicios han logrado sus objetivos?
- Impacto: ¿Hasta qué punto el sistema de salud ha impactado en la salud de la población?

Una vez considerados estos dominios, la estrategia para la propuesta de los indicadores contempló primordialmente la revisión de literatura a partir de la cual se identificaron documentos relevantes sobre la medición de la equidad en salud. Se consultó la colección de 100 indicadores básicos para la salud (*Global Reference List of 100 Core Health Indicators*), los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como las experiencias de otros países que han medido la equidad en salud. A partir de dicha revisión, se consideró la justificación y relevancia de los indicadores para el caso particular de México. Cabe aclarar que en este ejercicio, siempre se consideró a los indicadores, a partir de su capacidad para identificar diferencias injustas y evitables como principal criterio para ingresar en esta propuesta.

Así, como resultado de la primera reunión de los grupos técnicos para la conformación del Observatorio, se determinó la siguiente lista de indicadores, bajo el marco propuesto en esta sección:

Figura 6.2 Indicadores para la medición de inequidades dentro del Modelo de la IHP+



Cuadro 6.1. Indicadores y fuentes

Indicador	Justificación	Fuente	Periodicidad	Desagregación	Observaciones
Insumos y procesos					
Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total	Mide la aportación de los gobiernos dentro del financiamiento a la salud, que se puede ver reflejado en la provisión de servicios de salud.	SICUENTAS 1990-2013	Anual	Nacional, Estatal	
Gasto público en salud	Sirve para medir la prioridad que dan los gobiernos al tema de financiamiento de la salud, incluyendo los municipios y entidades, así como grupos poblaciones a los que se les destina un mayor presupuesto.	SICUENTAS 1990-2013	Anual	Nacional, Estatal	
Población sin carencia por acceso a los servicios de salud	El indicador mide la proporción de población que cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, PEMEX, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados.	ENIGH / CONEVAL	Bienal	Nacional, Estatal, Sexo	
Médicos por habitante	Forma parte del conjunto de recursos y suministros que son importantes para la satisfacción de las necesidades de salud.	SINERHIAS 2001-2014	Anual	Nacional, Estatal	
Enfermeras por habitante	Forma parte del conjunto de recursos y suministros que son importantes para la satisfacción de las necesidades de salud.	SINERHIAS 2001-2014	Anual	Nacional, Estatal	
Unidades médicas por habitante (consulta externa y hospitales)	Forma parte del conjunto de recursos y suministros que son importantes para la satisfacción de las necesidades de salud.	SINERHIAS 2001-2014	Anual	Nacional, Estatal	
Camas hospitalarias por habitante	Forma parte del conjunto de recursos y suministros que son importantes para la satisfacción de las necesidades de salud.	SINERHIAS 2001-2014	Anual	Nacional, Estatal	
Productos					
Porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica	Este indicador es uno de los componentes de la medición de acceso a la atención médica proporcionada por el sector público bajo el marco del Sistema Nacional de Salud Universal.	ENIGH 2010-2014	Bienal	Nacional, Estatal	
Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas	Refleja el acceso y la disponibilidad de los servicios de atención sanitaria a través de la distribución y provisión de medicamentos entre diferentes regiones y grupos. Permite evaluar la calidad de los servicios de salud al proveer no sólo la atención sino los elementos necesarios para mejorar la salud de las personas.	ENSANUT/Encuesta PROSESA 2015	Sexenal	Nacional, Estatal	
Tiempo de espera para recibir servicios médicos curativos ambulatorios	Mide la distribución de personal médico e infraestructura entre diferentes regiones que impacta en la calidad de la provisión de servicios de salud.	INDICAS/Aval ciudadano		Nacional, Estatal, Jurisdiccional, Establecimiento	

Indicador	Justificación	Fuente	Periodicidad	Desagregación	Observaciones
Resultados					
Promedio de consultas prenatales	Refleja las deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios de atención a la salud materna que son ofrecidos a la población, ya que el seguimiento temprano es clave para un buen embarazo.	SINAC Nacimientos ocurridos 2008-2014	Anual	Nacional, Estatal, Grupos de edad, Escolaridad	
Porcentaje de mujeres embarazadas que acudieron a su primera consulta en el primer trimestre de gestación	Asume que las mujeres embarazadas que acuden de forma temprana a su primera consulta de control presentan menor riesgo de morbilidad y mortalidad materna.	SIS 2000-2013	Anual	Nacional, Estatal, Grupos de edad, Escolaridad	
Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo al año de edad	Es un indicador que refleja la persistencia de enfermedades que se podrían haber evitado con el acceso a estrategias disponibles para la prevención de las enfermedades, es decir, con una vacuna.	Sistema Institucional de Registro de Vacunación	Anual	Nacional, Estatal, Sexo	Para el periodo 1990-2008 la población de un año de edad con esquema básico completo en el año, se toma del Sistema de información de dosis aplicadas del Sistema de Información de Vacunación (PROVAC) del Centro Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia (CENSIA). A partir de 2009, se reporta el número de dosis aplicadas registradas en los Sistemas de Vacunación de cada institución: SIS-Salud, Ro SIAIS-IMSS, SISPA-IMSS Oportunidades y SIEMP- ISSSTE, se cuenta además con información de instituciones privadas.
Cobertura de vacunación en adultos mayores	Es un indicador que refleja la persistencia de enfermedades que se podrían haber evitado con el acceso a estrategias disponibles para la prevención de las enfermedades, es decir, con una vacuna.	ENSANUT	Sexenal	Nacional, Estatal, Sexo	(Vacunas EC, TD, Anti Influenza, Anti neumococo)
Cobertura de mastografías	Refleja el acceso regular a los servicios de atención sanitaria, ya que la detección oportuna es clave para reducir la mortalidad por cáncer de mama.	ENSANUT	Sexenal	Nacional, Estatal, Mujeres de 25 años y más	
Cobertura de detección de cáncer cérvico uterino	Refleja el acceso regular a los servicios de atención sanitaria, ya que la detección oportuna es clave para reducir la mortalidad por cáncer cérvico-uterino.	ENSANUT, SICAM	Sexenal	Nacional, Estatal, Mujeres de 25 años y más	
Desnutrición crónica en menores de 5 años	Aunque la desnutrición crónica infantil es un fenómeno de origen multifactorial, es un indicador utilizado para vigilar los logros de las intervenciones en salud y nutrición. De ocurrir, la desnutrición crónica infantil genera daños permanentes e irreversibles después del segundo año de vida en la población.	ENSANUT	Sexenal	Nacional, Estatal, Sexo	

Indicador	Justificación	Fuente	Periodicidad	Desagregación	Observaciones
Porcentaje de la población con acceso a fuentes apropiadas de agua	El acceso al agua apta para el consumo humano es un derecho fundamental y una necesidad básica y esencial para la salud. La falta de acceso y baja calidad afectan directamente la vida y la salud de la población.	ENIGH	Bienal	Nacional, Estatal, IRS	<ul style="list-style-type: none"> • Agua entubada dentro de la vivienda • Agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno • Agua entubada de llave pública (o hidrante) • Agua entubada que acarrear de otra vivienda • Agua de pipa • Agua de pozo, río, lago, arroyo u otra
Prevalencia de consumo de alcohol	Es un indicador de comportamiento que significa un riesgo para la salud de la población, ya que muestra la exposición de las personas hacia ambientes insalubres. Ayuda a determinar las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud entre diferentes grupos poblacionales.	ENA 2003 / 2008/2011		Nacional, Estatal, Grupos de edad, Sexo	
Prevalencia de consumo de tabaco	Es un indicador de comportamiento que significa un riesgo para la salud de la población, ya que muestra la exposición de las personas hacia ambientes insalubres. Ayuda a determinar las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud entre diferentes grupos poblacionales.	ENA 2003/ 2008/2011		Nacional, Estatal, Grupos de edad, Sexo	
Prevalencia de sobrepeso y obesidad	El indicador mide el efecto de las acciones de prevención como la "Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes". Además, refleja la falta de acceso a un entorno de vida saludable, que incluye el acceso y disponibilidad a una dieta saludable y equilibrada, a la práctica de actividad física y a un ambiente seguro (física y ecológicamente).	ENSANUT 2000/2006/ 2012	Sexenal	Nacional, Estatal, Grupos de edad, Sexo	
Prevalencia de actividad física	Es un indicador de comportamiento que significa un riesgo para la salud de la población ya que conduce a la progresión de un problema de salud ya existente o hacia un resultado desfavorable. Va de la mano con el hecho de que las personas no puedan realizar actividad física por su ocupación (no tienen tiempo) o por la inseguridad de su ambiente (no poder realizar actividades al aire libre o en ciertos horarios).	ENSANUT	Sexenal	Nacional, Estatal, Grupos de edad, Sexo	

Indicador	Justificación	Fuente	Periodicidad	Desagregación	Observaciones
Porcentaje de embarazo en adolescentes	El embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, como una mayor mortalidad materno-infantil. Además, conduce a menores oportunidades de desarrollo y favorece el círculo vicioso (entrampamiento) de pobreza.	SIS Nacimientos ocurridos 2008-2014	Anual	Nacional, Estatal, Grupo de 10-19 años	
Tasa específica de fecundidad en adolescentes	El indicador refleja el inicio temprano de la maternidad, lo cual repercute de manera negativa en la salud y en las posibilidades de permanecer en la escuela, limitando con ello, las oportunidades de desarrollo personal y social.	CONAPO	Anual	Nacional, Estatal Grupo de 10-19 años	
Impacto					
Razón de mortalidad materna	El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. Asimismo es un indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que permite la comparación entre países. Finalmente, es un indicador que refleja la brecha social entre diferentes grupos sociales que viven en condiciones de vulnerabilidad.	Muertes Maternas 2002-2013 / SINAC Nacimientos ocurridos 2008-2014	Anual	Nacional, Estatal, Grupos de edad, Escolaridad, IRS	
Cáncer cérvico-uterino (incidencia o mortalidad)	Refleja las diferencias relacionadas con el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento dentro y entre las comunidades, y entre las mujeres de razas, grupos étnicos y antecedentes socioeconómicos distintos.	INEGI-SS 1979-2013 / POBLACIÓN CONAPO 1990-2030	Anual	Nacional, Estatal, Mujeres de 25 años y más	
Mortalidad infantil	El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de enfermedades en los menores de un año. Asimismo es un indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que permite la comparación entre países. Finalmente, es un indicador que refleja la brecha social entre diferentes grupos sociales que viven en condiciones de vulnerabilidad.	INEGI-SS 1979-2013 / SINAC Nacimientos ocurridos 2008-2014	Anual	Nacional, Estatal, Sexo, IRS	
Mortalidad por suicidios	Es un indicador que refleja el estado de la salud mental. Las tasas elevadas de suicidio se asocian principalmente a trastornos mentales como la depresión y la esquizofrenia; a la dependencia del alcohol y las drogas. Debido a que el suicidio tiene más probabilidad de ocurrir en situaciones de crisis socioeconómica, familiar e individual, el indicador expresa la respuesta que el sistema de salud ofrece a la población en términos de acceso y disponibilidad a los servicios de salud mental.	INEGI-SS 1979-2013 / POBLACIÓN CONAPO 1990-2030	Anual	Nacional, Estatal, Grupos de edad, Sexo	

Indicador	Justificación	Fuente	Periodicidad	Desagregación	Observaciones
Mortalidad por homicidios	Entre los crímenes violentos, los homicidios son la forma extrema de expresión de graves problemas sociales, económicos, de salud pública y de seguridad ciudadana; y tienen un impacto importante en la carga global de muerte prematura.	INEGI-SS 1979-2013 / POBLACIÓN CONAPO 1990-2030	Anual	Nacional, Estatal, Grupos de edad, Sexo	
Mortalidad por diabetes	La diabetes es una de las principales causas de defunción en México, la utilidad de incluir este indicador es que captura las disparidades en el acceso y la disponibilidad de la atención médica, en términos de las acciones para la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento.	INEGI-SS 1979-2013 / POBLACIÓN CONAPO 1990-2030	Anual	Nacional, Estatal, Grupos de edad, Sexo	
Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	La mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón es una de las principales causas de defunción en México. La relevancia de incluir este indicador es que captura las disparidades en el acceso y la disponibilidad de la atención médica, en términos de las acciones para la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento	INEGI-SS 1979-2013 / POBLACIÓN CONAPO 1990-2030	Anual	Nacional, Estatal, Grupos de edad, Sexo	
Tasa de Mortalidad por VIH	Refleja especialmente la detección oportuna de la enfermedad y el acceso al tratamiento adecuado. De igual forma mide el acceso oportuno a servicios de salud para grupos de población vulnerables.	INEGI-SS 1979-2013 / POBLACIÓN CONAPO 1990-2030	Anual	Nacional, Estatal, Grupos de edad, Sexo	
Incidencia de tuberculosis pulmonar	Refleja las condiciones en las que viven las personas; las que viven en condiciones de pobreza, hacinamiento, desnutrición e inadecuada ventilación son más susceptibles de contraer tuberculosis y también tienen mayores probabilidades de carecer de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento.	(SINAVE/ SUIVE)/ Población CONAPO	Anual	Nacional, Estatal, Grupos de edad, Sexo	
Años de vida saludable (AVISAS)	Contabiliza los años que se pierden debido a muertes prematuras y que se viven con una discapacidad en un enfoque integrador de las condiciones de salud de la población, tanto en términos de los riesgos, daños y pérdidas en salud, como a través del tiempo.	Estudio de la carga mundial de la enfermedad 2013, IHME		Nacional, Estatal, Grupos de edad, Sexo	
Esperanza de vida al nacer	Ofrece evidencia sobre el nivel de desarrollo económico y social de los grupos poblacionales, así como de la calidad de vida de la población.	CONAPO	Anual	Nacional, Estatal, Sexo	
Esperanza de vida saludable	Es un indicador que resume en una medida los años que en una población se esperaría vivir con plena salud a diferentes edades.	Estudio de la carga mundial de la enfermedad 2013, IHME		Nacional, Estatal	
Gasto de bolsillo en salud como proporción del ingreso familiar	El indicador proporciona información sobre la equidad financiera, a través de presentar el gasto en salud en el que la población incurre, derivado de la abstención del uso de los servicios públicos o privados.	ENIGH	Bienal	Nacional, Estatal, IRS	

Indicador	Justificación	Fuente	Periodicidad	Desagregación	Observaciones
Percepción de la calidad de la atención	Mide la satisfacción de las expectativas no médicas del sistema de salud, específicamente de la percepción del valor de la atención médica recibida. Esta percepción puede ser el reflejo de diferencias en la provisión de servicios de salud a diferentes grupos poblaciones.	ENCIG 2013 e INDICAS	Bienal / 2011, 2013 Cuatrimestral	Nacional, Estatal, Jurisdiccional, Establecimiento	
Satisfacción con el trato recibido	Mide la forma en que se garantiza el respeto y la dignidad de las personas, que corresponde a la satisfacción de las expectativas no médicas del sistema de salud, mismas que pueden ser el reflejo de diferencias en la provisión de servicios de salud a diferentes grupos poblaciones.	ENCIG 2013 e INDICAS	Bienal / 2011, 2013 Cuatrimestral	Nacional, Estatal, Jurisdiccional, Establecimiento	

7. Estratificadores de desigualdad

Así como los indicadores fueron seleccionados dentro de un marco teórico, los estratificadores forman parte de la propuesta hecha por la OMS en 2013, que resume los determinantes sociales como **PROGRESS** (acrónimo en inglés) y son:

- Lugar (**P**lace)/ de residencia
- Etnicidad (**R**aza)
- **O**cupación
- **G**énero (sexo)
- **R**eligión (no significativo para el caso de México)
- **E**ducación
- Estado **S**ocioeconómico
- Capital **S**ocial y recursos

Cabe aclarar que no toda la lista de las variables estratificadoras a emplear en la evaluación de las inequidades en salud puede ser totalmente relevante en general, es decir, cuando se refiere al grupo poblacional de estudio. En el mismo sentido, la relevancia de los estratificadores se determina en conjunto con cada indicador. Esto se refiere a la coherencia en la selección del estratificador, por ejemplo en términos del número de unidades médicas por habitante se involucra una serie de aspectos diferenciales a nivel del lugar de residencia o la etnicidad, pero no de acuerdo al género de la población.

Cuadro 7.1 Justificación de los estratificadores

Estratificador	Justificación	Fuente	Periodicidad	Desagregación	Observaciones
Lugar de residencia					
Tamaño de localidad (Urbano/Rural)	A pesar de que el crecimiento urbano siempre se ha considerado signo de expansión económica y prosperidad, los centros urbanos conllevan a un aumento de las inequidades en barrios pobres de las ciudades. Además, aumentan la propagación de entornos que no son propicios para la salud y que pueden llevar a un modo de vida sedentario y a la adopción de regímenes alimentarios malos para la salud.	SINAVE/SUIVE, ENA, ENCIG, ENIGH, ENSANUT, Encuesta PROSESA 2015, INEGI-SS, SICUENTAS, SINAC, SINNERHIAS			
Entidad/Municipio de residencia	Mide diferencias regionales de desarrollo.	SINAVE/SUIVE, ENA, ENCIG, INDICAS, ENIGH, Estudio de la carga mundial de la enfermedad, ENSANUT, INEGI-SS, SICUENTAS, SINAC, SINNERHIAS			
Etnicidad					
Auto-adscripción indígena	La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud. Asimismo, la etnicidad tiene un componente de exposición heterogénea a factores de riesgo (como consumo de tabaco, contaminación del aire u oportunidades para realizar actividad física) o a experiencias diferenciales con los servicios de salud.	ENA, ENIGH, ENSANUT, Encuesta PROSESA 2015, INEGI-SS			Depende de la disponibilidad en la fuente del indicador, de no existir, se pueden revisar opciones para usar fuentes externas (p.ej. Censo)
Auto-adscripción afrodescendiente		Encuesta Intercensal			Depende de la disponibilidad en la fuente del indicador, de no existir, se pueden revisar opciones para usar fuentes externas
Ocupación					
Ocupación actual (categorías)	Está relacionada con el ingreso y también refleja la posición social de una persona, ambas cosas que pueden impactar con el acceso a servicios de salud. Asimismo, ciertas ocupaciones están expuestas a riesgos específicos de salud como la minería o manejar automóviles.	ENA, ENCIG, ENIGH, ENSANUT, Encuesta PROSESA 2015, INEGI-SS, SINAC,			Depende de la disponibilidad en la fuente del indicador, de no existir, se pueden revisar opciones para usar fuentes externas (p.ej. Censo)

Estratificador	Justificación	Fuente	Periodicidad	Desagregación	Observaciones
Género (sexo)					
Hombre/Mujer	El sexo es importante ya que determina cuestiones de género con que se establecen jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios. El valor diferencial asignado a esas funciones se traduce en asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos de protección social fundamentales como la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social. Además, el género da cuenta de la exposición diferenciada a los factores de riesgo (como consumo de tabaco, contaminación del aire u oportunidades para realizar actividad física).	ENA, ENCIG, ENIGH, ENSANUT, Encuesta PROSESA 2015, Estudio de la carga mundial de la enfermedad, INEGI-SS, SINAC, CONEVAL			
Educación					
Años completos de educación	Asume que cada año más de educación contribuye de forma similar al desarrollo de las personas. Afecta el empleo futuro de las personas y por lo tanto en su ingreso. Además puede afectar la comprensión de mensajes de salud y el acceso a mejores servicios de salud.	ENA, ENCIG, ENIGH, ENSANUT, Encuesta PROSESA 2015, INEGI-SS			
Último nivel de estudios	Asume que los diferentes niveles de educación afectan de forma diferencial, es decir, solamente existe un impacto sobre el desarrollo de las personas cuando completan un nivel educativo.	ENA, ENCIG, ENIGH, ENSANUT, Encuesta PROSESA 2015, INEGI-SS			
Estado Socioeconómico					
Índice de rezago social	Es una medida en la que un solo índice agrega variables de educación, de acceso a servicios de salud, de servicios básicos en la vivienda, de calidad y espacios en la misma, y de activos en el hogar. Es decir, proporciona el resumen de cuatro carencias sociales de la medición de pobreza del CONEVAL. Permite identificar y estratificar la población por su vulnerabilidad (rezago), y por lo tanto las desigualdades en el acceso a servicios de salud y condiciones de vida saludables.	CONEVAL (Censo/Conteo/Encuesta Intercensal)	Quinquenal	Nacional, Estatal	
Indicador de nivel socioeconómico de la ENSA/ENSANUT	Es una imputación del nivel de ingreso de los hogares a partir de indicadores demográficos y socioeconómicos ordenados por quintil.	ENSA / ENSANUT	Sexenal	Nacional, Estatal	

Estratificador	Justificación	Fuente	Periodicidad	Desagregación	Observaciones
Índice de marginación	La marginación se asocia a la carencia de oportunidades sociales y a la ausencia de capacidades para adquirirlas o generarlas, pero también a privaciones e inaccesibilidad a bienes y servicios fundamentales para el bienestar. Es un parámetro coadyuva a la identificación de sectores del país que carecen de oportunidades para su desarrollo y de la capacidad para encontrarlas o generarlas.	CONEVAL (Censo/Conteo/Encuesta Intercensal)	Quinquenal	Nacional, Estatal	
Ingreso del hogar per cápita: Población con un ingreso inferior a la Línea de Bienestar Población con un ingreso inferior a la Línea de Bienestar Mínimo	Está relacionado con la capacidad de pago de las personas para acceder a ciertos servicios de salud y afrontar problemas de salud (gasto de bolsillo). Tener cuidado porque puede existir causalidad invertida, donde el estado de salud de las personas afecta su ingreso.	ENIGH/CONEVAL	Bienal	Nacional, Estatal	
Porcentaje de la población en pobreza, pobreza moderada y pobreza extrema	Puede servir como como indicador relativo del ingreso de las personas.	ENIGH/CONEVAL	Bienal	Nacional, Estatal	
Coefficiente de Gini	Mide el grado de desigualdad de la distribución del ingreso o la desigualdad de la riqueza de una región. No refleja el monto del ingreso de las personas, sino la distribución y concentración del mismo entre diferentes grupos poblacionales.	ENIGH/CONEVAL	Bienal	Nacional, Estatal	
Otros					
Edad	Tras considerar la existencia de necesidades diferentes, puede servir como un indicador que sustente la necesidad de focalizar acciones programáticas.	ENA, ENCIG, ENIGH, ENSANUT, Encuesta PROSESA 2015, Estudio de la carga mundial de la enfermedad, INEGI-SS, SINAC, CONEVAL			
Condición de acceso y uso a servicios públicos de atención médica	Es un indicador que refleja la disponibilidad, el acceso y uso de la atención médica como mediador para alcanzar los resultados en salud	ENIGH	Bienal	Nacional, Estatal	Se refiere a tres categorías: carencia por acceso a servicios, que tienen acceso y usan los servicios, y que tienen acceso NO usan los servicios.

8. Fuentes de información

Las principales fuentes de información tanto para indicadores como estratificadores las constituyen los registros administrativos, las encuestas, los censos, los conteos de población, las proyecciones de población, los índices de estatus socioeconómico y los estudios especializados.

Los registros administrativos con que cuenta México son sólidos y permiten medir de forma precisa ciertos indicadores, principalmente las mortalidades a través de la base de datos consolidada por la Secretaría de Salud y el INEGI.

Además, existen diferentes encuestas sobre temas de salud que permiten medir otros indicadores. Sin embargo, para algunas encuestas no existe una temporalidad fija que permita medir de forma constante los indicadores; mientras que para otras la temporalidad entre ediciones es grande, lo que también limita la disponibilidad de información.

Asimismo, el INEGI lleva a cabo otras encuestas con regularidad de las cuales se pueden obtener un número más limitado de indicadores, ya que estas encuestas no están diseñadas para levantar información sobre temas de salud. A pesar de ello, estas encuestas pueden ser una de las principales fuentes para obtener estratificadores, junto con los censos de población y vivienda. Adicionalmente, existen encuestas realizadas por diferentes instituciones, que recopilan información sobre el estado de salud que pueden ser útiles para algunos indicadores o estratificadores, con la inconveniencia que al no ser realizadas por el gobierno, no se tiene injerencia sobre qué tipo de información generar o con qué periodicidad.

Finalmente, se considera una importante fuente de información el Estudio de la carga mundial de la enfermedad, realizado por el Instituto para la Métrica y la Evaluación en Salud de la Universidad de Washington.

En algunos casos, los indicadores y los estratificadores no provienen de la misma fuente primaria, con lo cual, se hace necesario realizar cruces de información entre fuentes. Para ello, es necesario conocer a fondo las fuentes y el nivel de desagregación de las variables que presentan.

9. Algunas medidas de desigualdad

Una vez determinadas las variables de salud y sus estratificadores, es necesario medir la magnitud de las desigualdades, a través de medidas resumen. Algunas de las más usadas se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 9.1 Medidas de desigualdad

Denominación	Complejidad	Interpretación	Valor de no desigualdad
Medidas absolutas			
Índice absoluto de concentración	Compleja	Los valores positivos (negativos) indican concentración del indicador entre los más favorecidos (desfavorecidos). Entre más grande el valor absoluto del ICA, mayor la desigualdad.	Cero
Varianza entre grupos	Compleja	Sólo toma valores positivos. Entre más grande el valor, mayor desigualdad.	Cero
Diferencia media del subgrupo con el mejor desempeño	Compleja	Sólo toma valores positivos. Entre más grande el valor, mayor desigualdad.	Cero
Diferencia media del promedio	Compleja	Sólo toma valores positivos. Entre más grande el valor, mayor desigualdad.	Cero
Riesgo atribuible poblacional	Compleja	Sólo toma valores positivos para indicadores de intervenciones favorables en salud y valores negativos para indicadores de resultado en salud negativos. Entre más grande el valor absoluto, mayor desigualdad.	Cero
Diferencia de rangos	Simple	Entre más grande el valor absoluto de este indicador, mayor la desigualdad.	Cero
Índice de desigualdad de la pendiente	Compleja	Para indicadores de salud favorables, un valor positivo (negativo) indica concentración entre los más favorecidos (desfavorecidos), y los valores negativos indican concentración entre los menos favorecidos (más favorecidos). Entre más grande el valor absoluto del IDP, mayor el nivel de desigualdad.	Cero

Denominación	Complejidad	Interpretación	Valor de no desigualdad
Medidas relativas			
Índice de disparidad	Compleja	Sólo toma valores positivos. Entre más grande el valor, mayor desigualdad.	Cero
Razón de rangos o tasas	Simple	Sólo toma valores positivos. Entre más grande la RR en comparación con 1, mayor nivel de desigualdad, ya que 1 es la igualdad entre grupos.	Uno
Índice relativo de concentración	Compleja	El IRC se encuentra entre -1 y +1 (o -100 y +100 si se multiplica por 100). Valores positivos (negativos) indican una concentración del indicador entre los más favorecidos (menos favorecidos). Entre más grande el valor absoluto, mayor desigualdad.	Cero
Índice relativo de desigualdad	Compleja	Para indicadores de salud favorables (adversos), los valores positivos indican una concentración entre los más favorecidos (desfavorecidos), y los valores negativos indican concentración entre los menos favorecidos (más favorecidos). Entre más grande el valor absoluto del IRD, mayor el nivel de desigualdad.	Cero
Índice de Theil	Compleja	Entre más grande el valor absoluto del IT, mayor el nivel de desigualdad.	Cero

Fuente: Elaboración propia con base en revisión de bibliografía

10. Bibliografía

- Braveman P, Krieger N, Lynch J. Health inequalities and social inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(2):232–234.
- Dávila-Cervantes CA, Pardo-Montaño AM. Magnitud y tendencia de la mortalidad por homicidios en Colombia y México, 2000–2011. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 36(1):10–6.
- Domínguez E. Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Rev Cubana Endocrinol* 2013; 24(2): 200-213.
- IHP, WHO. Monitoring, evaluation and review of national health Strategies. (2011). Geneva: World Health Organization.
- Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities. An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU. Madrid: Ministry of Health and Social Policy of Spain; 2010
- Munoz-Arroyo R, Sutton, M. Measuring Socio-Economic Inequalities in Health: A Practical Guide. Scottish Public Health Observatory; 2007.
- OPS. Determinantes e inequidades en salud. En: Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen regional. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
- OPS. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2014.
- Presidencia de la República. Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informes de avances, 2015.
- Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, Roca Anne. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2002: 12(6), 398-414.
- Scrivens K, Smith C. Four Interpretations of Social Capital: An Agenda for Measurement. *OECD Statistics Working Papers*, No. 2013/06, OECD Publishing, Paris: 2013.
- Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
- Spinakis A, Anastasiou G, Panousis V, Spiliopoulos K, Palaiologou S, Yfantopoulos J. Expert review and proposals for measurement of health inequalities in the European Union - Full Report. (2011) European Commission Directorate General for Health and Consumers. Luxembourg.
UCL. Institute of Health Equity. [website]
- Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *Int J Equity Health*. 2013 Jul 19; 12:54
- Victora C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008; 371(9609):340-57.
- Whitehead, Margaret. Los conceptos y principios de la equidad en salud (1991). Copenhagen, Oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.
- WHO. Global Reference List of 100 Core Health Indicators. (2014). Geneva: World Health Organization.

WHO. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income Countries. (2013) Luxembourg: World health Organization.

Zurita B, Lozano R, Ramírez T, Torres JL. Desigualdad e inequidad en salud. En: Condiciones de salud. Caleidoscopio de la salud. () 29-39.