

¿Qué hacemos con la salud de los pobres?

/ Octavio Gómez Dantés

Las políticas de estabilización y ajuste diseñadas para enfrentar las crisis de las últimas dos décadas en América Latina se han asociado a un incremento inquietante de la pobreza y la iniquidad en la región. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, entre 1980 y 1990, el número de pobres en la región latinoamericana se incrementó de 135.9 a 195.9 millones, mientras que la incidencia de la pobreza aumentó de 41 a 46% de la población.¹ La concentración del ingreso también se exacerbó. Según Lustig, en la década de los ochenta, el 20% más rico de la población de la región tuvo ingresos 10 veces mayores que el 20% más pobre.² Estas cifras convirtieron a América Latina, en palabras de los analistas del Banco Interamericano de Desarrollo, "en la región del mundo donde los ingresos se distribuyen de la forma más inequitativa".³

Con el fin de enfrentar los efectos adversos más importantes de las crisis de los ochenta y de los respectivos procesos de reforma, los países latinoamericanos implantaron en los años noventa, con el apoyo de diversas agencias internacionales, programas para el alivio de la pobreza e inversiones de largo plazo en capital humano, en particular en educación y servicios de salud. La implantación de estos programas e inversiones reflejó la aceptación de dos hechos: 1) que las reformas estructurales habían tomado mucho más tiempo que el esperado en afectar positivamente el crecimiento económico y las tasas de pobreza, y 2) que este retraso podría eventual-mente influir en la sustentabilidad política de las medidas de ajuste.⁴

En México, la Secretaría de Salud (SSA) condujo en años recientes dos programas, financiados en su mayor parte con préstamos del Banco Mundial, dirigidos a atender las necesidades básicas de salud de los sectores más pobres de la población no asegurada. El primero, el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), implantado entre 1991 y 1995, tuvo como objetivo el fortalecimiento de la infraestructura de salud de la SSA en el Distrito Federal y cuatro de los estados más pobres de la Federación. El segundo, el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), planeado para el periodo 1996-2000, buscó ofrecer servicios básicos de salud a los 10 millones de mexicanos que en 1995 no contaban con acceso regular a este tipo de servicios.

En este trabajo se discuten la naturaleza y el impacto inicial de estos programas, con énfasis en el PAC. Dos son sus principales argumentos. Uno, que a diferencia de lo que sucedió con la reforma del IMSS, muy pocos grupos organizados siguieron el desarrollo del PASSPA y del PAC. Esto le permitió a las autoridades sanitarias generar una imagen triunfalista de estos programas que no ha ayudado a ubicar en su verdadera dimensión los actuales problemas de salud de los marginados y el esfuerzo de la sociedad para enfrentarlos. Y dos, que estas intervenciones, que bien podrían calificarse de sobrevivencia, deberán ampliarse y fortalecerse para permitirle a los pobres generar la *capacidad básica de salud*. Esta capacidad, a su vez, podría contribuir al desarrollo en estas poblaciones de las habilidades necesarias para procurarse y acrecentar sus medios de vida.

La salud y la atención a la salud de los pobres en México

Como todos los países de ingresos medios de la región latinoamericana, México está inmerso en un proceso de transición que está generando demandas inéditas para los servicios de salud. En

términos demográficos, su población está creciendo, pero su tasa de crecimiento se ha reducido considerablemente en las últimas dos décadas; la esperanza de vida está aumentando, y los adultos mayores ocupan un porcentaje creciente de la estructura poblacional. Desde el punto de vista epidemiológico, México enfrenta retos complejos. Las enfermedades transmisibles, aunque están disminuyendo, todavía no están del todo bajo control, mientras que los padecimientos no transmisibles y las lesiones representan ya las principales causas de muerte y discapacidad. El país es testigo también de problemas emergentes -como el sida y los efectos en la salud de la contaminación ambiental- e infecciones reemergentes -como el paludismo, el dengue, la tuberculosis y el cólera-, todos los cuales compiten por los escasos recursos de los servicios de atención a la salud.

El sistema mexicano de salud está constituido por tres componentes básicos. El primero incluye a aquellas instituciones encargadas de proporcionar servicios a la población no asegurada, que representan alrededor del 40% de la población nacional. La principal institución involucrada en la prestación de servicios para esta población es la SSA, que en 1996 terminó de delegar esta responsabilidad a los estados a través de un amplio proceso de descentralización iniciado a mediados de los años ochenta. El segundo y el mayor de los componentes, el sistema de seguridad social, proporciona servicios a alrededor del 50% de los mexicanos. Este componente incluye al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) -que hasta 1997 cubría sobre todo a los trabajadores de la economía formal- más una serie de agencias dedicadas a atender las necesidades de salud de los empleados de gobierno, las fuerzas armadas y los trabajadores de PEMEX. El tercer componente, el sector privado, está constituido por proveedores de servicios de salud que se concentran en hospitales, clínicas ambulatorias, consultorios y unidades de medicina tradicional, y que trabajan en su mayoría bajo un esquema lucrativo. En teoría, el sector privado debería proporcionar servicios a alrededor del 10% de la población nacional. Sin embargo, de acuerdo con datos aún no publicados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, el 16% de los derechohabientes de la seguridad social y alrededor del 20% de la población no asegurada reportan como fuente usual de atención ambulatoria a un prestador privado.

México gasta alrededor del 6% de su PIB en atención a la salud. Un poco más del 50% de estos recursos son públicos y el resto, privados. Las instituciones públicas en México se financian a través de tres mecanismos básicos. Las agencias dedicadas a atender a la población no asegurada reciben recursos casi exclusivamente del gobierno federal. La seguridad social, para los empleados de gobierno, las fuerzas armadas y otros grupos relacionados con el servicio público, se financia a través de contribuciones de los empleados y de un subsidio federal. Finalmente, el IMSS recibe contribuciones de los empleados y empleadores, y un subsidio del gobierno central. Por lo que toca al gasto privado, una gran proporción de los pagos son por servicio y hay un uso modesto pero creciente de seguros médicos privados (2% del gasto total en salud en 1994).⁵

El sistema de salud ha contribuido sin duda alguna a los enormes avances que en materia sanitaria se dieron en el país en la segunda mitad del siglo xx. La esperanza de vida se incrementó de 42 años en 1940 a 73 años en el año 2000. Hoy la tasa de mortalidad infantil es de sólo 26 por 1000 nacidos vivos, cuando a principios de siglo era superior a 200. Más del 95% de los niños mexicanos menores de 5 años cuentan con esquemas completos de vacunación, y hemos podido erradicar la viruela y eliminar del territorio nacional la poliomielitis y el sarampión.

Sin embargo, uno de los rasgos que no hemos podido desterrar de nuestro perfil de salud es la desigualdad. A pesar de los avances en las cifras promedio de nuestra población, los daños a la salud en México siguen siendo considerablemente mayores en el medio rural que en las áreas urbanas, en las entidades del sur que en los estados del norte y en los hogares de menores ingresos que en las familias con mayores recursos. En 1996, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en San Bartolo Tutotepec, Hidalgo, era de 71 por 1000 nacidos vivos, mientras que en San Nicolás de los Garza, Nuevo León era de sólo 11.6. La tasa de mortalidad materna en Oaxaca era de 8.4 por 10,000 nacidos vivos, mientras que en Baja California Sur y Nuevo León era de 1.0 y 1.5, respectivamente.⁷

Los recursos públicos, sin embargo, no se distribuyen de acuerdo con las necesidades de salud de nuestra población. De hecho, la mayor parte de los 10 millones de mexicanos que no contaban con acceso geográfico a servicios básicos de salud a principios de la administración del

presidente Zedillo eran miembros de las poblaciones indígenas que habitan las comunidades rurales dispersas de los estados del centro y sur del país. En 1996, en los estados de Chiapas, Hidalgo y Oaxaca había un médico por cada 1,108, 1,015 y 1,211 habitantes, respectivamente, en contraste con Nuevo León, en donde había un médico por cada 625 habitantes.⁸ Las diferencias al interior de los estados y entre niveles de marginación eran todavía más dramáticas. En el estado de Chiapas, los cinco municipios con bajo nivel de marginación contaban con un médico por cada 557 habitantes, mientras que los municipios con un porcentaje de población indígena mayor de 70% contaban con un médico por cada 3,246 habitantes. Asimismo, en los municipios de muy baja marginación del país, el 95% de los partos fue atendido por personal calificado, en contraste con menos del 50% en los municipios de muy alta marginación.

La reforma del sistema de salud

La pasada administración trató de mejorar la calidad, eficiencia y equidad de los servicios públicos de salud a través de una reforma que incluyó cambios tanto en el sistema de seguridad social como en las agencias dedicadas a atender a la población no asegurada. Los cambios más importantes en el IMSS fueron los siguientes:

- 1) La introducción de un nuevo esquema financiero dentro de esta institución que implicó un incremento muy importante de la participación gubernamental en su presupuesto, que pasó del 4 al 39 por ciento.
- 2) La desconcentración de esta institución mediante la creación de 139 áreas médicas que están recibiendo, desde enero de 1998, asignaciones presupuestales sobre la base de una fórmula capitada ajustada por edad y sexo. Estas áreas tienen la responsabilidad de ofrecer, con los recursos recibidos, servicios de primer y segundo nivel a todos sus derechohabientes.
- 3) La promoción de la afiliación al IMSS de los miembros de la economía informal con capacidad de pago a través de un nuevo plan (Seguro para la Familia) financiado con contribuciones de los trabajadores y un subsidio federal.

Dentro de las principales reformas de la SSA se incluyen:

- 1) La conclusión del proceso de descentralización de los servicios de salud para población abierta iniciado en 1986, que implicó la devolución de la responsabilidad de la prestación de servicios a los estados y, eventual-mente, la fusión a nivel estatal de todas las agencias dedicadas a atender a la población no asegurada.
- 2) La entrega de un paquete de 13 intervenciones, a través del PAC, a los 10 millones de mexicanos que hasta 1995 no contaban con acceso regular a servicios básicos de salud.*

El origen, la lógica y las perspectivas del PAC se discutirán a continuación.

El programa de ampliación de cobertura

Son varios los programas de ampliación de cobertura que se han ofrecido en México en los últimos 30 años: el Programa de Unidades Móviles de Salud para Zonas Áridas (1971); el Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Semiurbano (1976); el Programa IMSS-COPLAMAR (1979); el Programa de Salud Rural (1979); el Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes (1981), y la Estrategia de Extensión de Cobertura (1985). En la última década, en el contexto de las políticas de ajuste, se implantaron dos programas más, el PASSPA (1991-1995) y el PAC (1996-2000).

El principal objetivo del PASSPA fue fortalecer la infraestructura de salud de la SSA en el Distrito Federal y cuatro de los estados más pobres de la Federación (Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca). A través de este programa, financiado con un préstamo del Banco Mundial, se amplió en casi dos millones el acceso potencial a servicios básicos de salud.¹⁰ Sin embargo, fue muy poco lo que se llegó a saber sobre su impacto en las condiciones de salud y sobre la utilización real de los servicios. Como parte de los requisitos del préstamo del Banco Mundial, la SSA llevó a cabo una evaluación muy completa de este programa, pero sus resultados -particularmente útiles para quienes habrían de operar el siguiente programa de ampliación de cobertura, el PAC-nunca se dieron a conocer, ni siquiera al interior de la SSA. De hecho, la Dirección General de Evaluación y

Seguimiento, encargada de esta y otras actividades de evaluación, desapareció del organigrama de la SSA a mediados de la pasada administración. A la fecha se carece de información, por ejemplo, sobre las tasas de utilización de las unidades rehabilitadas y construidas por el programa, sobre la calidad de la atención proporcionada y sobre la disponibilidad de insumos básicos.

Por su parte, el PAC, como ya se mencionó, intentó extender la cobertura de servicios de salud a los 10 millones de mexicanos que en 1995 no contaban con acceso regular a este tipo de servicios. Este programa fue financiado también con un préstamo del Banco Mundial y con recursos de la SSA, y su herramienta básica, como ya también se señaló, fue un paquete de 13 intervenciones diseñado por el Consejo Nacional de Salud.

Cabe mencionar que la creación de este programa y la adopción del paquete como instrumento básico respondieron a dos hechos:

- 1) La presión internacional por un "ajuste con rostro humano" -generada por agencias como UNICEF-, que obligó a los bancos de desarrollo a revisar sus políticas con el fin de proteger a los grupos más vulnerables contra los efectos adversos de las reformas estructurales.
- 2) La creciente influencia de diversos grupos que en el terreno internacional impulsaron la implantación de intervenciones costo-efectivas en el sector salud, que en los países en vías de desarrollo benefician sobre todo a los pobres del campo.

El paquete se ofreció en 19 estados y en su operación se utilizaron dos estrategias: 1) extensión geográfica y 2) extensión funcional. La primera se dirigió a las comunidades rurales más dispersas que no contaban con unidades de salud e implicó la prestación de las 13 intervenciones a través de unidades y equipos móviles y técnicos de atención primaria a la salud, en su mayoría reclutados en las comunidades blanco del programa. La extensión funcional supuso el fortalecimiento de la infraestructura física, humana y organizacional de las unidades rurales existentes.

El 6 de junio de 2000, en la ceremonia de inauguración de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, y en presencia de la directora general de la Organización Mundial de la Salud, Gro Harlem Brundt-land, el presidente de México afirmó:"

"En seis años se habrán incorporado a los servicios de salud 18 millones de hombres y mujeres, tomando en cuenta el crecimiento natural de la población. Esto significa un aumento promedio de tres millones de personas por año. Al terminar este año, 99 de cada 100 personas en el país tendrán acceso a cuando menos los servicios esenciales de salud. El 1 % que quedará pendiente corresponde a personas que viven en localidades extremadamente pequeñas, dispersas y de muy difícil acceso."

En ese mismo acto se anunció que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) había "certificado" la cobertura universal de servicios de salud en 16 de los 32 estados de la Federación y que en el curso del 2000 certificaría a 13 entidades más.

Perspectivas del PAC

El esfuerzo que demandó el PAC en términos de movilización de habilidades políticas y recursos financieros, administrativos, profesionales y técnicos fue enorme. De hecho, con excepción del MSS-Solidaridad, no ha habido en la historia reciente del país un programa de ampliación de cobertura de esta magnitud. Los problemas que confrontó, además, fueron extraordinariamente complejos. En términos organizacionales no hay nada más difícil, demandante y potencialmente frustrante que la extensión de servicios de salud a comunidades rurales dispersas cuando se cuenta con recursos limitados. Sin embargo, también es un hecho que las cuentas que se entregaron a mediados del año 2000 fueron demasiado alegres, típicas historias de fin de sexenio que en nada contribuyen a ubicar en su justa dimensión los problemas de salud de los pobres y la respuesta de la sociedad para atenderlos.

En primer lugar cabría señalar que los problemas que intentó resolver el PAC se presentaron de tal manera que se subestimó la gravedad de una historia que no sólo requiere recursos adicionales sino también cambios estructurales en el sector público de la salud. Sin un cuadro detallado de los retos que este programa enfrentó y sin una discusión seria sobre sus posibles causas, será difícil evaluar su verdadero impacto y el grado de compromiso de nuestras instituciones con la salud de los grupos vulnerables.

Como ya se señaló, la iniquidad es un elemento persistente del sector salud mexicano. Sin embargo, este hecho ha sido poco enfatizado por nuestras autoridades, posiblemente debido a que las políticas de asignación de los recursos públicos -por las que nunca han tenido que entregar cuentas- han sido en buena parte responsables de esta situación. El gasto público en salud tradicionalmente ha favorecido a la población asegurada y, en términos geográficos, a la capital del país y a los estados del norte, las regiones menos necesitadas. Así, cuando se desagrega el gasto per cápita por tipo de institución se identifican diferencias de más de 20 veces, como sucede entre los derechohabientes de PEMEX y la población pobre que se atiende en la SSA.¹² Asimismo, el gasto per cápita de las agencias dedicadas a atender a la población no asegurada en la región norte es dos y tres veces mayor que en las regiones centro y sureste, respectivamente.¹⁵ Estas cifras sugieren que lo que determina la asignación de recursos en el sector salud en México es la importancia estratégica y las habilidades negociadoras de los estados. Estos datos también contradicen el principio que justifica la concentración de los recursos fiscales en el ámbito federal: su redistribución de las áreas más favorecidas a las más necesitadas.

Otra preocupación es que las instituciones dedicadas a atender a la población abierta, aunque han podido definir un mínimo social útil para la discusión al interior del sector, pueden limitarse a ofrecer sólo las 13 intervenciones del paquete, que son a todas luces insuficientes. De hecho, de no ampliarse este esfuerzo, no podrá superarse la iniquidad dentro del sistema, ya que los trabajadores de la economía formal -y ahora también los trabajadores de la economía informal con capacidad de pago- tienen acceso a una gama mucho mayor de servicios subsidiados con recursos públicos.

Finalmente, hubo alrededor del PASSPA y del PAC un problema serio de acceso a la información que impidió un monitoreo estrecho de su desarrollo e impacto. Aunque en ambos casos se contó con evaluaciones externas y exhaustivas, los resultados de estos ejercicios nunca se hicieron públicos y las autoridades de salud llegaron al extremo de manipular información para generar la imagen que de estos programas quisieron difundir. La cifra de 99% de cobertura de servicios básicos, por ejemplo, es muy difícil de creer y se sabe que los centros de salud de la SSA fueron equipados y dotados de medicamentos y otros insumos sólo para la certificación de la OPS.

Pero aun si se extendió la atención a la salud a casi todos los mexicanos, hay muchas más cosas que la opinión pública debe conocer. Se necesita saber, por ejemplo, si las poblaciones blanco del PAC están o no utilizando los servicios que se les ofrecen. Se necesita documentar el número de intervenciones a las que tienen acceso y la regularidad con la que las reciben. También se requiere información sobre la calidad técnica e interpersonal de los servicios y sobre la disponibilidad de insumos básicos, en especial, medicamentos esenciales. De hecho, en diversos estudios, que contradicen el optimismo de las autoridades sanitarias de la pasada administración, se ha demostrado la existencia de un problema serio y crónico de abasto de medicamentos en la gran mayoría de las unidades de primer nivel de la SSA.¹³

No obstante esto, es importante señalar que nadie en el país ha estado en contra de este programa, básicamente porque es un programa justo, pero también porque no afectó la distribución de recursos -en la medida en que se financió con un préstamo externo- ni lesionó a ninguno de los poderosos grupos de interés del sector (médicos, industria farmacéutica, sindicatos, prestadores de servicios). Sin embargo, tampoco hubieron grupos organizados, ni siquiera dentro de los partidos de izquierda, siguiendo específicamente su implantación e impacto, como sucedió, por ejemplo, con la reforma de la seguridad social. Aunque fue un programa dirigido a más de 10 millones de personas, se trata de una población que atrae muy poco la atención de los políticos debido a su enorme dispersión, falta de organización y baja intención de voto.

Conclusión

Son muchos y muy profundos los cambios que tendrían que darse para garantizar un acceso continuo de las poblaciones pobres de nuestro país a servicios integrales de salud de una calidad aceptable. El PASSPA y el PAC constituyen avances indiscutibles. Sin embargo, todavía hay un largo trecho por recorrer. Sin pretender ser exhaustivos, a continuación se presentan algunas ideas generales para avanzar en ese sentido.

En primer lugar parece necesario tratar de obtener recursos federales y estatales adicionales para

el sector salud en su conjunto. En segundo lugar será indispensable seguir avanzando en la corrección de las inequidades en la distribución de los recursos públicos entre instituciones. El reciente incremento de la participación del gobierno en el financiamiento de la seguridad social anticipa problemas a este respecto, ya que abre más todavía las brechas de gasto público entre las instituciones de seguridad social y las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada. Finalmente, dentro de la SSA, los patrones de asignación de recursos tendrán que modificarse para responder mejor a las necesidades de las poblaciones más marginadas.

En lo inmediato se requiere de un estrecho monitoreo de los programas dirigidos a los pobres, responsabilidad que no puede quedar sólo en manos del gobierno, que todavía no cuenta con una firme cultura de seguimiento y evaluación. Los partidos políticos, las organizaciones no gubernamentales y los grupos académicos tienen un claro papel que jugar en este sentido.

La primera obligación pública, decía Berlin, es evitar los extremos de sufrimiento. Por esta sola razón tendrían sentido los programas de atención de las necesidades básicas de salud de las poblaciones pobres. Sin embargo, lo que debe buscarse no es sólo garantizar la sobrevivencia de estas poblaciones, sino ofrecerles oportunidades reales de contar, a lo largo de toda la vida, con la *capacidad básica salud*. Esta capacidad no significa estar sano todo el tiempo, sino tener a la mano los medios de prevención de todo tipo de padecimientos y acceso, en caso de enfermedad o lesión, a un sistema primario de atención a la salud que reduzca al mínimo inevitable la pérdida de productividad relacionada con estos eventos.¹⁴

Un último comentario. Hay una frase de un famoso economista del bienestar que se ha convertido en un lugar común en la salud pública: "los servicios para los pobres son pobres servicios". Si queremos alejarnos de esta desalentadora realidad, será necesario diseñar mecanismos de financiamiento y prestación de servicios de salud que generen cierto traslape entre los intereses de las clases medias -que están más organizadas, tienen más voz y pueden generar mayores presiones políticas- y los intereses de los pobres.

Este texto es una versión resumida y actualizada de un trabajo que bajo el nombre de "Políticas de salud para los pobres en México" se presentó en el seminario Exclusión Social en América Latina, organizado por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres y el Instituto de Estudios Latinoamericanos de la misma universidad. Al momento de escribir este artículo, el autor era investigador de planeación y políticas de salud en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Nota

*Las 13 intervenciones del paquete son las siguientes: 1) saneamiento básico intradomiciliario; 2) planificación familiar; 3) atención prenatal, del parto y puerperio; 4) vigilancia de la nutrición y crecimiento de los niños; 5) inmunizaciones; 6) manejo de casos de diarreas en el hogar; 7) tratamiento antiparasitario de las familias; 8) manejo de infecciones respiratorias agudas; 9) prevención y control de la tuberculosis; 10) prevención y control de la hipertensión y la diabetes; 11) prevención de accidentes y tratamiento inicial de lesiones; 12) promoción comunitaria de la salud, y 13) detección temprana del cáncer cérvicouterino.

Referencias

- CEPAL, *Panorama social de América Latina: ¡993*, CEPAL, Santiago, 1993.
- Lustig en Karl T. "¿Cuánta democracia acepta la desigualdad?" *Este País*, diciembre de 1996, pp. 46-50.
- BID, *América Latina tras una década de reformas*, BID, Washington, DC, 1997, p. 76.
- Zuvekas C, "Latin America's struggle for equitable economic adjustment". *Research Review*, vol. 32, núm. 2, 1997, pp. 152-169.
- Knaul F., Parker S., Ramírez R., "El prepago por servicios médicos privados en México", en: Frenk J. (ed.) *Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*, Funsalud, México, 1997, pp. 195-214.
- SSA, *Cifras municipales de salud 1996*, SSA, México, 1997, pp. 6.
- Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud, *Anuario Estadístico*, SSA, México, 1998, pp. 157.
- Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud, "Información básica sobre recursos y servicios del Sistema Nacional de Salud", *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 6, pp. 590-591.
- Frenk J., Chiapas: las desigualdades internas", *La Jornada*, 26 de enero de 1998, p. 157.
- Lara A., Gómez-Dantés O., Urdapilleta O., Bravo M. L., "Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995", *Salud Pública de México* 1997, vol. 39, núm. 2, pp. 102-109.
- Pérez C, Cruz A., "Pobreza y aislamiento, retos del sector: Zedillo". *La Jornada* 2000, 6 de junio.
- Hernández P., Zurita B, Ramírez R., Alvarez F., Cruz C, "Las cuentas nacionales de salud", en: Frenk J. (ed.) *Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*, Funsalud, México, 1997, pp. 119-142.
- Reséndez C, Garrido F., Gómez-Dantés O., "Disponibilidad de medicamentos esenciales en unidades de primer nivel de la SSA de Tamaulipas, México", *Salud Pública de México* 2000, vol. 42, núm. 4, pp. 298-308.
- Trejo C, Jones C. (coords.), *Contra la pobreza. Por una estrategia de política social*, Cal y Arena, México, 1993.

Causas de muerte en el DF Hacia la construcción de un modelo I

Metodología y variables

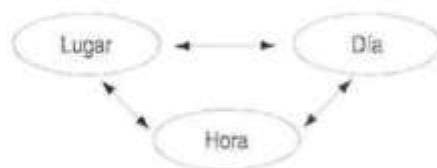
Como se menciona en el indicador de la página 59 ..., Asesorías en Sistemas Integrales de Salud (ASISA) realizó un estudio para la Secretaría de Salud sobre el problema de salud pública que representa la violencia en México. Como parte de dicha investigación se elaboraron varios modelos que ofrecen un perfil de las víctimas de homicidio en esta ciudad, con base en los datos proporcionados por el Servicio Médico Forense (SEMEFO) sobre homicidios en el DF durante 1996.

La técnica estadística utilizada fueron modelos loglineales. Estos modelos describen patrones de asociación entre variables categóricas. Las variables utilizadas para el análisis fueron: sexo, edad, escolaridad, intoxicación etílica, historia de agresión previa de la víctima, estado civil, tipo de problema (seguridad o convivencia), día de la semana (simplificado a si fue entre semana o en fin de semana), hora del día (simplificado a si fue de 7-19 horas o >19 y < 7 horas), y lugar de ocurrencia (si fue en la vía pública, en el hogar o en otro lugar).

Con el propósito de simplificar el análisis del homicidio en el DF, las distintas causas que lo desencadenaron se agruparon en dos rubros: los asesinatos que fueron consecuencia de un "problema de seguridad" (robo, violación, secuestro, delitos contra la salud, uso legítimo de la fuerza policiaca y aplicación de justicia extrajudicial) y los que ocurrieron por un "problema de convivencia" (riñas por insultos, celos o accidentes de tránsito, venganzas o casos de violencia intrafamiliar).

Primer modelo: riesgo de homicidio por momento del día

El primer modelo aplicado ofrece una explicación para el homicidio típico que ocurre en el DF, y señala que el riesgo de homicidios entre semana es mayor durante el día, mientras que en fin de semana es mayor durante la noche.



Segundo modelo: riesgo de homicidio por edad y tipo de problema

Este modelo explica el homicidio con relación a la edad de la víctima y el tipo de problema asociado. En general, a menor edad mayor riesgo de un problema de convivencia y a mayor edad mayor riesgo a un problema de seguridad.