



Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Evidencia para la política pública en salud

■ Cobertura efectiva en salud: reforzar la prevención y reducir la brecha socioeconómica

Introducción

Se ha definido la cobertura efectiva como el acceso oportuno a servicios de calidad que permitan asegurar la salud de la población. Una política central para incrementar la protección en salud en México es buscar la cobertura efectiva de toda la población, con énfasis en individuos que como consecuencia de su vulnerabilidad socioeconómica han contado históricamente con menor acceso. En ese sentido, eliminar las brechas en el acceso a intervenciones preventivas básicas es una tarea del sistema de salud, tomando en cuenta que quienes tienen mayores recursos tienen capacidad de acceder a intervenciones curativas con mayor facilidad.

Considerando como objetivo la cobertura efectiva con equidad, en este análisis se revisan la heterogeneidad en cobertura efectiva de un conjunto seleccionado de intervenciones preventivas, valorando las diferencias por condición de pobreza multidimensional y por nivel de ingreso.

Resultados

Para el análisis de la cobertura efectiva se utilizan cinco intervenciones en niños menores de cinco años: las vacunas SRP, DPT y BCG, que forman parte del esquema de vacunación en el país; la atención adecuada a niños que presentaron infecciones respiratorias (IRA) y la atención adecuada a niños que presentaron diarrea (EDA). Asimismo, seis intervenciones en adultos: realización de PAP, detección del virus del papiloma humano, realización de mamografía, aplicación de vacuna antiinfluenza, atención hospitalaria del alumbramiento y atención prenatal temprana. En todos los casos, cada indicador se construye para subgrupos de

edad específicos, de acuerdo con las recomendaciones sobre cada intervención.

Para la identificación de la pobreza multidimensional, se adaptó la metodología del CONEVAL para la ENSANUT 2012, a partir de lo cual se generaron las categorías: pobre multidimensional, vulnerable por carencias, vulnerable por ingreso y no pobre. Asimismo, se utilizó el indicador socioeconómico de la ENSANUT que busca aproximar el quintil de ingreso de los hogares de los individuos.

En lo que se refiere a la aplicación de vacunas en la infancia, los resultados confirmaron que se ha alcanzado en México una equidad en inmunización, en el sentido en que la proporción de niños a los que se les han aplicado no difirió por condición de pobreza multidimensional ni por nivel de ingreso (figura 1).

En lo que se refiere a la atención adecuada de IRA y EDA, los resultados cambian. Para el caso de EDA no se identificaron diferencias significativas, aunque parecería que la atención fue mayor entre los más vulnerables, la atención adecuada de las IRA fue significativamente mayor entre los no pobres con relación a los pobres multidimensionales y a los que presentaron vulnerabilidad por carencias (figura 2).

En cuanto a las intervenciones en adultos, en todos los indicadores las coberturas fueron mayores entre los no pobres y entre los de mayor nivel de ingreso, con la única excepción de la aplicación de la vacuna antiinfluenza en adultos mayores (figura 3), en la que se observó la misma equidad de inmunización que en los niños.

En el caso de la mamografía, por ejemplo, la diferencia entre no pobres y pobres multidimensionales fue de 2 a 1 (similar

Figura 1. Cobertura efectiva de vacunas SRP, DPT y BCG por condición de pobreza y por quintil socioeconómico, México, ENSANUT 2012

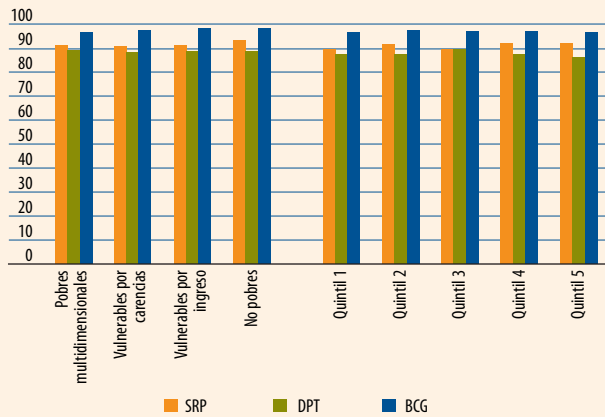


Figura 2. Cobertura efectiva de atención a infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años por condición de pobreza y por quintil socioeconómico, México, ENSANUT 2012

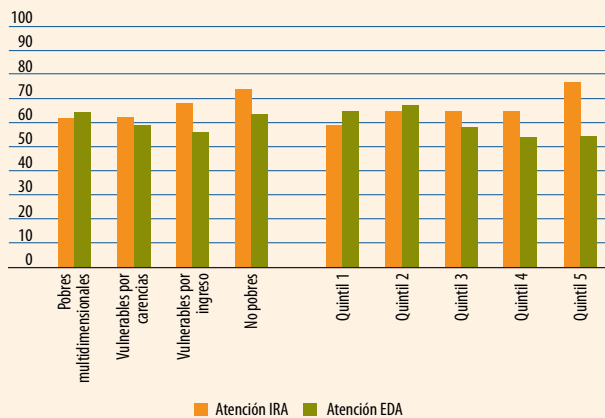


Figura 3. Cobertura efectiva de vacunación contra influenza en adultos mayores por condición de pobreza y por quintil socioeconómico, México, ENSANUT 2012

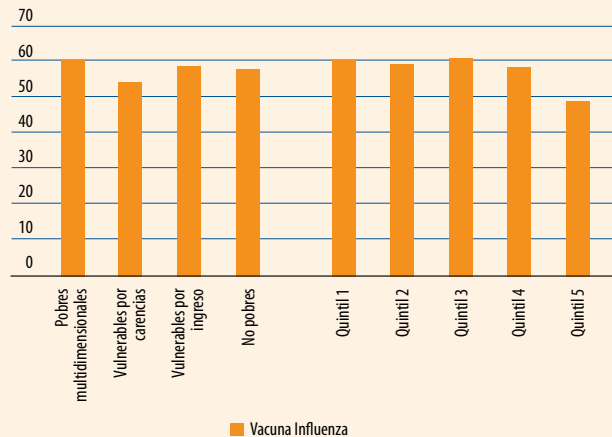
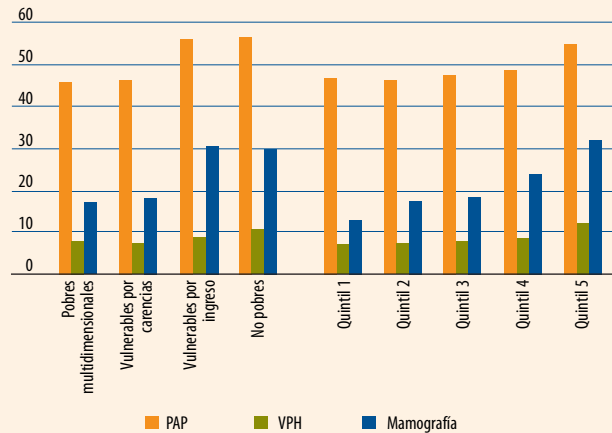


Figura 4. Cobertura efectiva de detección de cáncer cervical y mamario por condición de pobreza y por quintil socioeconómico, México, ENSANUT 2012

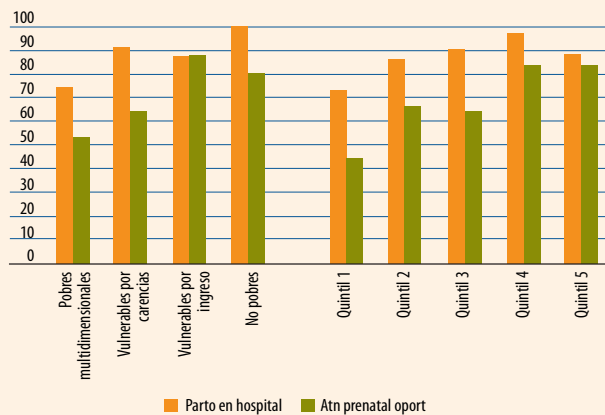


a la que se presentó entre los de mayor nivel de ingreso y los de menor nivel de ingreso); las diferencias para la realización del PAP y pruebas de VPH, sin ser extremas, igualmente mostraron heterogeneidades por ingreso y pobreza (figura 4).

Para las intervenciones relacionadas con la atención al embarazo y alumbramiento, fue también mayor la cobertura entre los no pobres y entre los de mayor nivel de ingreso, en comparación con los pobres multidimensionales y con los de menor nivel de ingreso. En lo que se refiere a la atención hospitalaria

del alumbramiento, la diferencia entre las mujeres no pobres y las pobres multidimensionales fue de 13 puntos porcentuales, en tanto que entre las del estrato de mayor ingreso y las del estrato de menor ingreso fue de 7.6 puntos porcentuales. Por lo que se refiere al inicio de la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo, estas diferencias fueron de 13.5 y 19.6 puntos porcentuales, respectivamente. (fig 5).

Figura 5. Cobertura efectiva de atención hospitalaria al nacimiento y atención prenatal en mujeres adultas por condición de pobreza y por quintil socioeconómico. México, ENSANUT 2012



Recomendaciones

Focalización de intervenciones

A través de las acciones de los programas sociales, como *Oportunidades*, es posible reforzar el componente de salud con estrategias de promoción de las intervenciones preventivas dirigidas hacia los más vulnerables. Los resultados en la cobertura de vacunación indican que es posible incrementar la cobertura entre los pobres, para eliminar las brechas en acceso a servicios preventivos de salud.

Responsable: Juan Pablo Gutiérrez.*

* Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. México

Reforzar la orientación preventiva

Si bien ha sido parte de la estrategia en salud el enfoque hacia lo preventivo y se ha discutido y promovido el giro hacia las acciones preventivas, es necesario generar los incentivos apropiados para los proveedores para convertir este discurso en acciones. Reconocer los centros y unidades de salud que alcancen mayor cobertura de acciones preventivas en la población de influencia es un mecanismo poderoso para lograrlo; asimismo, asegurar servicios culturalmente apropiados para incrementar la utilización entre todos los grupos.

Acciones

Incentivos a la cobertura de intervenciones preventivas efectivas: establecer mecanismos que permitan reconocer, incluso con estímulos económicos, las unidades de salud y jurisdicciones que alcancen coberturas elevadas de las intervenciones prioritarias.

Servicios culturalmente apropiados: generar esquemas de operación de los centros de salud que respondan a las particularidades culturales de la población que atienden para facilitar la utilización de los servicios.

Conclusiones

Las brechas asociadas a condiciones socioeconómicas tienden a reforzarse al disminuir la inversión en salud entre las poblaciones vulnerables. La eliminación de estas brechas, logrando la equidad en acceso, es una estrategia que favorece el desarrollo humano y que incide en el crecimiento económico.

La información contenida en este documento será publicada en extenso en un número próximo de la revista Salud Pública de México.

Para mayor información sobre ENSANUT 2012:

<http://ensanut.insp.mx>

