



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

DESIGUALDAD SOCIAL EN SALUD: EL INGRESO COMO DETERMINANTE EN  
EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN DE YUCATÁN, 2010

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:  
FABIOLA CRUZ RAMÓN

TUTOR(A):  
DR. MIGUEL LISBONA GUILLÉN  
CENTRO DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS SOBRE CHIAPAS Y  
LA FRONTERA SUR (CIMSUR)-UNAM

MÉRIDA, YUC., JUNIO DE 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice General

Índice de Figuras.....	4
Índice de Tablas .....	5
<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Breve historia sobre la medicina y las desigualdades en salud en el mundo y la situación del proceso salud-enfermedad en Yucatán.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1. Antecedentes.....</b>	<b>13</b>
<i>1.1.1 La medicina europea y su influencia en la península de Yucatán.....</i>	<i>15</i>
<i>1.1.2 Las desigualdades en la salud .....</i>	<i>16</i>
<b>1.2. Planteamiento del problema y justificación .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3. Objetivos .....</b>	<b>21</b>
<b>1.4. Metodología .....</b>	<b>22</b>
<b>2. La salud en México: Estado, pobreza y desigualdad.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1. Salud y salud pública .....</b>	<b>28</b>
<i>2.1.1 Salud, un concepto en mutación .....</i>	<i>28</i>
<i>2.1.2 Salud pública .....</i>	<i>30</i>
<i>2.1.3 ¿Qué es política pública y política social?.....</i>	<i>31</i>
<b>2.2. Del Estado de bienestar al neoliberal en el campo de la salud.....</b>	<b>32</b>
<b>2.3. Ingreso y pobreza económica.....</b>	<b>33</b>
<i>2.3.1 Distribución del ingreso .....</i>	<i>33</i>
<i>2.3.2 Perspectiva sobre la Pobreza .....</i>	<i>36</i>
<b>2.4. La desigualdad social en el campo de la salud .....</b>	<b>37</b>
<i>2.4.1 Equidad vs. Desigualdad en salud.....</i>	<i>38</i>
<i>2.4.2 Características de la desigualdad en salud .....</i>	<i>40</i>

2.4.3 Modelos explicativos sobre los determinantes sociales en la desigualdad en salud.....	42
<b>3. El sistema de salud nacional y estatal .....</b>	<b>46</b>
<b>3.1 Internacional. Marco jurídico sobre el derecho a la salud.....</b>	<b>46</b>
<b>3.2 México. El derecho y el sistema de salud .....</b>	<b>47</b>
3.2.1 El derecho humano a la salud en México .....	47
3.2.2 El sistema de salud y la protección social.....	48
<b>3.3 Yucatán .....</b>	<b>52</b>
3.3.1 Perfil sociodemográfico y epidemiológico .....	52
3.3.2 Recursos materiales y humanos en salud .....	56
3.3.3 Perfil socioeconómico y crecimiento económico y su distribución .....	58
<b>4. Desigualdad social en salud en las regiones de Yucatán .....</b>	<b>64</b>
<b>4.1. Regiones: breve contextualización sobre la condición de vida y social..</b>	<b>64</b>
4.1.1 Características básicas de la vivienda .....	64
4.1.2 Población de habla indígena .....	65
4.1.3 Educación .....	66
4.1.4 Composición y sectores de la actividad económica .....	67
4.1.5 Población con seguridad social.....	69
4.1.6 Mortalidad general .....	71
<b>4.2. Resultados del Índice de Concentración y curva de concentración: caso Yucatán .....</b>	<b>73</b>
<b>4.3. Análisis del IC y su curva para cada una de las regiones.....</b>	<b>75</b>
<b>4.4. Comparación de la desigualdad socioeconómica entre las regiones .....</b>	<b>87</b>
<b>Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>90</b>
<b>Propuesta de intervención sobre los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad en Yucatán.....</b>	<b>93</b>

<b>Apéndices.....</b>	<b>100</b>
<b>A Clasificación de los municipios del estado de Yucatán según regiones COPLADE .....</b>	<b>100</b>
<b>B Aspectos de diferentes modelos de la determinación de la salud.....</b>	<b>101</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>102</b>

## Índice de Figuras

Figura 1. Clasificación de los municipios de Yucatán por región COPLADE .....	23
Figura 2. Principales determinantes de salud. ....	42
Figura 3. Marco conceptual de la CDSS. ....	44
Figura 4. Sistema de salud y su organización en México.....	49
Figura 5. Evolución de la pirámide poblacional según sexo, 2000 y 2010 .....	53
Figura 6. Población ocupada según ingreso por trabajo en Yucatán, 2010.....	59
Figura 7. Evolución del PIB estatal (miles de pesos), 2003-2010.....	61
Figura 8. Pobreza en Yucatán, 2008 y 2010.....	63
Figura 9. Tasa bruta y estandarizada de la mortalidad general, según regiones de Yucatán, 2010 .....	72
Figura 10. Curva de concentración de la mortalidad infantil ordenada por el valor del Ingreso per cápita anual (dólares PPC). Yucatán, con y sin el municipio de Mérida, 2010 .....	74
Figura 11 . Curva de concentración de la región I Poniente.....	76
Figura 12. Curva de concentración de la región II Noroeste.....	78
Figura 13. Curva de concentración de la región III Centro. ....	80
Figura 14. Curva de concentración de la región IV Litoral Centro .....	82
Figura 15. Curva de concentración de la región V Noreste.....	83
Figura 16. Curva de concentración de la región VI Oriente.....	85
Figura 17. Curva de concentración de la región VII Sur.....	87
Figura 18. Índices de Concentración (IC) para cada región de Yucatán, 2010.....	89

## Índice de Tablas

Tabla 1 . Principales causas de morbilidad en Yucatán, 2010 .....	54
Tabla 2. Principales causas de mortalidad general en Yucatán, 2010 .....	55
Tabla 3. Principales causas de mortalidad infantil, 2010 .....	56
Tabla 4. Condiciones básicas de la vivienda y ocupantes en las regiones de Yucatán, 2010 .....	64
Tabla 5. Población de habla indígena en las regiones de Yucatán, 2010 .....	65
Tabla 6. Condición de alfabetismo, grado escolar y nivel educativo superior al básico, 2010 .....	66
Tabla 7. Distribución de la actividad económica y de la población ocupada en los sectores económicos, 2010 .....	68
Tabla 8. Población derechohabiente según institución de seguridad social, 2010 .....	70
Tabla 9. Comparativo de la Tasa de Mortalidad Bruta y Estandarizada, 2010 .....	71
Tabla 10. Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región I Poniente .....	75
Tabla 11. Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región II Noroeste ...	77
Tabla 12. Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región III Centro .....	79
Tabla 13. Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región IV Litoral Centro .....	81
Tabla 14. Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región V Noreste .....	82
Tabla 15. Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región VI Oriente ....	84
Tabla 16. Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región VII Sur .....	86
Tabla 17. Ingreso per cápita anual (en dólares PPC) y TMI, de cada región de Yucatán, 2010 .....	88

## Introducción

En el presente trabajo se abordan las diferencias en la condición de salud de la población del estado de Yucatán. Una forma de medir la salud es a través de indicadores objetivos indirectos y en un sentido negativo, como la mortalidad infantil; a su vez uno de los principales parámetros de las condiciones de vida de una población y reflejo del acceso a servicios básicos en la vivienda. Se relaciona la salud con el ingreso municipal *per cápita* mediante el Índice de Concentración (IC) y curvas derivadas para cada una de las siete regiones en que se divide geográficamente al estado en el año 2010.

La mortalidad ha sido aceptada como un indicador sensible de las condiciones de salud de un país. Una consecuencia de la calidad y oportunidad de los servicios de salud y los programas de prevención y cuidado de la salud se refleja en los patrones de la mortalidad en hombres y mujeres (INEGI, 2010, 79). Bajo este entendido, la mortalidad infantil es la que da cuenta de la calidad de los servicios de atención destinados tanto a la madre como al recién nacido, entre otros aspectos sociales y culturales de cada región como pueden ser: educación, disponibilidad de los servicios básicos, recursos económicos y las características propias de cada individuo (Secretaría de Salud, 2012, 17).

Los indicadores sobre las condiciones de salud proporcionan evidencia sobre los rezagos y dan señales acerca de cómo pueden mejorarse los resultados en este renglón de forma más eficaz. Sin embargo, las condiciones de salud son resultado de una amplia variedad de factores, además de la calidad y la eficacia de la atención, lo pueden ser el ingreso, la educación, la alimentación y el medio ambiente, todos determinantes importantes.

México se caracteriza por ser un país con elevada desigualdad en la distribución del ingreso; el ingreso elevado se concentra en un reducido grupo de la población, mientras la mitad de la población gana menos de 3 salarios mínimos, pues, no siempre desempeñar una actividad productiva implica percibir un salario, ni que la retribución es proporcional a la producción generada. Tampoco estar ocupado es garantía de que el salario será lo suficiente para cubrir todas las necesidades de un individuo o familia. De forma cotidiana suele usarse como sinónimos carencia y necesidad, lo que conlleva a enlistar una serie de bienes y

servicios, en el sentido de falta de X o Y. V.gr., el diseño de metodologías para medición de la pobreza, que usa una canasta básica para clasificar a las personas en dicha situación. Empero, existen diferencias entre ambos conceptos.

La carencia es aquella falta de bienes y servicios, que se soluciona con su posesión. Son una subcategoría de las necesidades. Las necesidades<sup>1</sup> pueden interpretarse como aquello intangible que se anhela, un deseo, implica una satisfacción temporal y persistente –por bienes (in)tangibles, inducidas por la sociedad y el entorno- (Ballester, 1999, 17). Inducidas porque se nace y se crece dentro de un sistema armonizado, con reglas, prejuicios, roles, estratos sociales, en mayor o menor medida con limitaciones para libertad de expresión, entre otros condicionamientos que influyen en la formación de una visión propia y pura de cada individuo.

Ante el surgimiento y visibilización de ciertas necesidades expresadas por la sociedad nacen Organizaciones Internacionales Gubernamentales (OIG) como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre otras, para abonar en el logro y satisfacción de las mismas. Se trata de Organismos con fines específicos, que establecen las pautas a seguir por los Estados-nación y desarrollan sus propios enfoques y metodologías para la medición del desarrollo humano, bienestar y calidad de vida. Dicha medición incluye en su mayoría indicadores sociales objetivos como tasas de mortalidad, índice de desarrollo humano, nivel educativo, Producto Interno Bruto (PIB) *per cápita*, entre otros.

La calidad de vida es un concepto inacabado, multidimensional. Si bien es cierto que no existe una definición clara a qué se refiere ni mucho menos consenso a nivel global. La calidad de vida puede ser entendida como capacidades o funcionalidad (habilidades) del

---

<sup>1</sup> Existen tres modelos convenciones sobre las necesidades : i) individualismo: se centra en el individuo, la primacía del sujeto sobre el objeto, ser racional independiente de las formas de vida de cada sociedad, libre y consciente, las necesidades son individuales –antropocentrismo-; ii) esencialismo humanista (sociedad): el hombre es autor de sus propias ideas y acciones (conciencia y voluntad), carencia de algo, la esencia humana resultado de la influencia social, jerarquización de necesidades (Maslow), necesidades vitales y sociales (Malinowski): preponderancia en la cultura y iii) objetivismo: posición realista, necesidades medibles (métodos) y relativas, necesidades sentidas o autopercebidas y normativas (estándares), juicios de valor y uso determinado por la sociedad, valoración profesional (tecnócratas y políticos) y análisis costo-beneficio y/o efectividad (Ballester, 1999, 24-38).

ser humano para transformar su entorno, con la libertad de elección del individuo para tomar sus propias decisiones, siempre y cuando existan ciertas condiciones estructurales y sociales a favor, que no restrinjan dicho derecho (Sen, 1989). Desde otro enfoque, es la posesión de bienes materiales, acceso a bienes y servicios, estatus económico y un nivel estándar de vida, es decir, una visión antropocéntrica<sup>2</sup> prevaleciente en la sociedad actual.

### *Principales indicadores de salud en México y la salud pública*

Durante el siglo XX, México experimentó transiciones tanto demográfica<sup>3</sup> como epidemiológica.<sup>4</sup> En sesenta años, la población total del país creció cuatro veces y medio; de 25 millones de habitantes en 1950 a más de 112 millones en 2010. También disminuyeron las tasas de fecundidad y de mortalidad general e infantil y aumentaron la esperanza de vida y la emigración. En medio siglo, las enfermedades prevenibles por vacunación e infecto-contagiosas fueron paulatinamente desplazadas por las enfermedades crónico-degenerativas, los pacientes mentales, las lesiones y las adicciones (López y Puentes, 2011, 34).

El descenso sostenido de la mortalidad general e infantil permitió a México alcanzar una tasa de 5 defunciones por cada mil habitantes en 2010, cifra 30% menor a la registrada en 1980 (7 defunciones por cada mil habitantes) (idem, 35). Los niveles de mortalidad general dependen en gran parte de las estructuras etáreas de la población, que a su vez son definidas principalmente por las tasas de fecundidad. En ese sentido la mortalidad refleja el grado de envejecimiento de su población, también las condiciones de vida y los recursos disponibles para la salud (Secretaría de Salud, 2012).

La esperanza de vida al nacer (EVN) pasó de 70.42 años a 73.97 años, de 1990 al 2010. Considerado y usado como uno de los principales indicadores del proceso salud-enfermedad de una población y de su grado de desarrollo. En donde, las poblaciones con

---

<sup>2</sup> Existen dos tipos de indicadores sociales para medir el bienestar individual (Andrews, 1974): a) indicadores objetivos, que se refiere a la medición de diversos fenómenos dados, es una medida indirecta y también cuantifican diferentes variables y dimensiones, pero que no son comparables; y b) indicadores subjetivos, que se relaciona con las percepciones y sentimientos de las personas, pero carecen de validez y utilidad.

<sup>3</sup> En la década de 1940 se emplea el término de transición demográfica (TD) cuando ocurría una variación en conjunto de la tasa de fecundidad, la tasa bruta de mortalidad y la esperanza de vida (Gómez, 2001, 3).

<sup>4</sup> A cerca del debate iniciado en la década de 1970 en la salud pública sobre las dos teorías de la transición: epidemiológica (propuesta por Omran) y sanitaria (propuesta por Julio Frenk y colaboradores), puede revisarse el breve y claro artículo de Gómez, R. D. (2001).

mayores recursos sociales y económicos tienen mejores cifras de EVN (Zurita *et al.*, 2003). Sin embargo, entre las consecuencias del incremento en la esperanza de vida está el aumento de las enfermedades crónico degenerativas como los tumores malignos; la mortalidad por estas causas va en ascenso, afectando principalmente a la población femenina y siendo el cáncer de mama la principal causa de muerte (INEGI, 2010, 81).

El riesgo de perder un año de vida saludable es mayor en los municipios de alta marginación que en los de baja. En las mujeres el riesgo es 1.5 veces mayor y en los hombres 1.7 veces más elevado. El grupo de edad que más explica este diferencial es el de menores de 5 años y, en general, son las enfermedades propias del rezago<sup>5</sup> las que más contribuyen a estas brechas. Las personas más pobres tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas que el resto de la población (Secretaría de Salud, 2007, 37). La salud de la sociedad mexicana refleja, pues, las desigualdades sociales y económicas del país.

La continuidad en las políticas de salud, la inversión en la educación de las mujeres, la protección social y una mayor cobertura en los servicios de agua y saneamiento han contribuido en el descenso de la tasa de mortalidad infantil en 60% en veinte años, la disminución fue de 39.9 a 15.2 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos estimados (de 96,918 a 28,865 defunciones) de 1980 al año 2010. La disminución de la mortalidad infantil ha sido uno de los más grandes logros de la Salud Pública en el país, sin embargo, los avances alcanzados no son homogéneos en todos los estados. En el año 2010, los niveles de mortalidad variaron entre las tasas cuyos valores extremos iban de 20.9 a 8.4 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos. Al respecto cabe mencionar que las entidades federativas que presentan las tasas más altas son: Puebla, Tlaxcala, México, Distrito Federal y Zacatecas; mientras que los estados con bajas tasas de mortalidad de menores de un año son Sinaloa, Nayarit, San Luis Potosí, Guerrero y Aguascalientes (Secretaría de Salud, 2012).

La mortalidad materna es un grave problema de Salud Pública que puede y debe evitarse a través de su priorización. La prevención de la mayoría de las muertes depende

---

<sup>5</sup> Son las enfermedades también denominadas del grupo de enfermedades infecciosas, de nutrición y de la reproducción. Se consideran prevenibles, con intervenciones de bajo costo y afectan a los pobres con problemas de acceso a los bienes y servicios básicos, como pueden ser los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2007, 35).

directamente de la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Desde 1980 al 2010 se lograron avances en la reducción del número de defunciones maternas (57%); la muerte de 992 mujeres, significa que por cada 100 mil nacimientos fallecieron más de 5 mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio en el año 2010 (Secretaría de Salud, 2012).

Desde hace algunos años, las defunciones ocurren de manera preponderante por causas crónicas degenerativas, lo que da lugar a un conjunto de eventos que con frecuencia implican una pérdida gradual de las capacidades físicas y sociales y que terminan finalmente con la muerte en edades avanzadas. Las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos se posicionaron como las principales causas de muerte durante el año 2010, mismas que para 1980 ocuparon el 4º, 9º y 5º lugar respectivamente (ídem).

La persistencia de severas desigualdades regionales en términos de distribución de unidades, equipamiento, personal de salud y recursos para operar, sumada al incremento de la pobreza observado en el país en los tres últimos años, limita la capacidad de las personas para enfrentar los problemas de salud (López y Puentes, 2011, 34-38).

#### *Panorama de la salud en Yucatán*

La tasa bruta de mortalidad en el estado de Yucatán pasó de 6.0 a 5.1 defunciones por cada mil habitantes en el periodo de 1990 y 2000, cifras por encima de las defunciones del país – 5.1 y 4.3, respectivamente (INEGI, 2001). En Yucatán los indicadores de las condiciones de salud muestran que, la expectativa de vida al nacer aumentó de 71.62 años a 72.39 años para los hombres y de 76.80 años a 77.54 años en el caso de las mujeres, del 2000 al 2010. De acuerdo a los datos de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, se sabe que del 2000 al 2012, la Razón de Mortalidad Materna disminuyó, al pasar de 82.69 a 50.06 defunciones de mujeres por cada mil nacidos vivos, en la mayoría de los años que comprenden ese periodo se encuentra por debajo de la media nacional. Únicamente, en cuatro años: 2000, 2002, 2007 y 2012 ha superado al nacional.

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) pasó de 16.82 a 9.16 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados (NVR), del 2000 al 2012.<sup>6</sup> Anteriormente en 1990 y 1999 las

---

<sup>6</sup> La cifra del 2012 es una estimación por parte de la Secretaría de Salud.

defunciones fueron 41.2 y 26.0 por cada mil nacidos vivos registrados (INEGI, 2001), respectivamente; siempre con una tendencia a la baja aunque por arriba de los datos a nivel nacional.

La atención de la enfermedad más que la priorización por la salud se ha centrado en el individuo como ente aislado sin tener resultados tan favorables para los mismos sujetos, por lo se requiere pasar del individualismo (entendido como la intervención enfocado solo al individuo) a una dimensión bio-psicosocial integral, es decir, conocer y abordar al hombre según las relaciones sociales, su ubicación de clase y los roles dentro de la sociedad (Quesada et al, s.f.). Hay que ampliar la mirada hacia “los procesos relacionales de individuos”, considerando el objeto del trabajo como “todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos ordenados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal”<sup>7</sup> (Zamanillo, 1999 citado en Navarro, s.f., 34). Así como, el aspecto histórico<sup>8</sup> para comprender el objeto de estudio y en dado caso intervenir; identificar la ruptura biográfica del sujeto (Carballeda, 2016).<sup>9</sup>

La desigualdad en salud es un tema de interés personal que surgió de la experiencia laboral durante los procesos de programación y seguimiento de los programas de salud en sector público del estado de Yucatán, en donde de forma recurrente se hacía evidente el desconocimiento sobre el fenómeno del proceso salud-enfermedad en el área local y de investigación que lo sustente. Asimismo en diversos momentos de la formulación de programas se desconocía la situación en las áreas geográficas, sea Jurisdicción Sanitaria, región, municipio o localidad, aunado a que en la operación se continúan realizando prácticas de antaño sin cambios sustanciales ni acordes a la necesidades y/o demanda de la población.

Todos estamos inmersos de alguna u otra forma en la salud como fenómeno social. Los altibajos en el proceso salud-enfermedad inciden en el bienestar del individuo (limitando su desarrollo físico y cognitivo) y en el bienestar económico, por lo que es imprescindible un

---

<sup>7</sup> La génesis socio estructural es el origen social de los problemas del individuo y, la vivencia personal las causas individuales que originan desajuste de las personas en el medio (Navarro, s.f.:34).

<sup>8</sup> Teorías de la desigualdad en Acemoglu y Robinson (2012).

<sup>9</sup> Dr. Alfredo Carballeda, Taller “La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social”, impartido en el marco del X Aniversario de la Maestría en Trabajo Social de la UNAM, en la Ciudad de México, D.F.(octubre 2015).

diagnóstico sobre las condiciones de salud y de vida de la población de Yucatán, como un primer paso para distinguir las inequidades en salud y a partir de ello tomar las decisiones pertinentes tanto en materia de política pública como a nivel individual y/o colectivo.

Es así que se vislumbra un área de oportunidad para el trabajador social, considerando que para realizar cualquier plan de acción o intervención se requiere previamente de la investigación sobre el problema en cuestión y la elaboración de un diagnóstico (juicio fundado), pues con ello el profesional en trabajo social sabría a qué atenerse, cuáles son las bases que justifiquen un cierto plan y no otro diferente para un determinado problema social (Di Carlo, 1997, 299). Asimismo, el objeto del trabajador social debe formularse a partir de a quién (el individuo desajustado, oprimido o explotado) se dirige la disciplina; bajo el entendido de que el Profesional no resuelve de forma directa un problema sino que se encarga de propiciar aquellas condiciones controlables o recursos sociales para conseguir una solución en conjunto (García, 1998, 39).

# **1. Breve historia sobre la medicina y las desigualdades en salud en el mundo y la situación del proceso salud-enfermedad en Yucatán**

## **1.1. Antecedentes**

El origen de la medicina nos remonta al sistema curativo más antiguo del mundo, la ayurvédica o ayurveda<sup>10</sup> –hace aproximadamente 5,000 años. Tuvo influencia sobre diferentes sistemas de medicina en el mundo, de occidente –antigua Grecia- a oriente: en la medicina china, tibetana, mesopotámica, hedónica, por mencionar algunas. Cada cultura tenía una forma particular de conceptualizar la salud, así como su atención. La medicina ha evolucionado tanto en la técnica, tecnología y tratamiento de las enfermedades como en la práctica médica.

Las ideas de Hipócrates- considerado por algunos el padre de la medicina- fueron el referente en el saber y ejercicio de la medicina durante la Edad Moderna, al igual que las ideas de Galeno –quien siguió la doctrina hipocrática (Guerrero y León, 2008, 620 y 621). Con usuales prácticas como la purga y sangría –incisión del cuerpo para hacerlo sangrar por periodos cortos- para prevenir enfermedades, así rechazo de las intervenciones quirúrgicas. A mediados del siglo surge el uso de las plantas medicinales en medio de críticas y rechazos (Chávez, 2013, 60-65).

Es hasta mediados del siglo XVIII con el rey Carlos III de España que se da una apertura a las ideas ilustradas francesas, que transformaron el pensamiento europeo. Se difunde la idea de separar ciencia, supersticiones y religión. A pesar de los avances médicos, éstos no eran de rápida divulgación ni aceptación en Europa, así como tampoco de llegar a la península de Yucatán. Por lo que las ideas renacentistas y medievales se seguían recomendando hasta el siglo XIX y en la Nueva España durante el periodo colonial (ídem).

Durante el siglo XVIII la preocupación era mejorar la salud a través de la medicina curativa, conociendo la patología -sin conocer el agente patógeno- se proporcionaba el tratamiento (enfocado al organismo), periodo en que las enfermedades preponderantes eran de tipo infeccioso. Con el avance de la ciencia, específicamente con el desarrollo de la

---

<sup>10</sup> Sistema curativo que trata tanto el cuerpo como la mente y el espíritu (Guerrero y León, 2008,614).

microbiología, se identificaron los agentes (bacterias y virus) para enfermedades específicas. Así como la aparición de la primera vacuna de la viruela (en 1776), como método de prevención. Con ello se da paso a la medicina preventiva (Núñez, 2011, 97-100).

Después, con los avances de la genética y la predicción de ciertas enfermedades de aparición tardía surge la medicina predictiva, aunque eso no implicaba que se pudiese curar una enfermedad, ante la falta de un tratamiento. Es decir, se podía identificar alguna posible enfermedad, pero no necesariamente había un tratamiento. Pero la genética fue más allá, dando la posibilidad de obtener genotipos que se adapten mejor a las necesidades del hombre según ciertas circunstancias. Asimismo, surgen la medicina del bienestar (se relaciona con los cambios en la sociedad), la medicina basada en la evidencia (por las nuevas tecnologías), la medicina holística (influenciado por la aparición de la Psicología humanista, se trata de una medicina integral) y la medicina personalizada (adecuación de los tratamientos a cada individuo según la mutación de la patología) (ídem, 101-110).

En el siglo XX, en la década de 1930, Cannon tiene una visión más amplia: ya no centrarse únicamente en el individuo sino en la población, en la salud colectiva. Plantea que “la salud depende del equilibrio armónico de todos los elementos que dan cohesión a la sociedad” –homeostasis social- (Guerrero y León, 2008, 626).

En ese mismo siglo, se considera que los beneficios en la salud humana se deben a diversos factores, como la dinámica demográfica y epidemiológica, el aumento de la productividad, la urbanización, el aumento del suministro de alimentos, los adelantos de la ciencia médica y las transformaciones institucionales, así como a mejoras en las condiciones de vida, acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad y drenaje y mejor nutrición (Jamison et al., 2006; López et al., 2011).

También, se afirma que el desarrollo económico y el crecimiento del ingreso son factores que ayudan a explicar las mejoras de la salud. Sin embargo, para el caso de Europa, el descenso de la mortalidad no tuvo una correlación tan fuerte con los periodos de crecimiento económico en el siglo XIX y principios del siglo XX. En este mismo sentido, en estudios más recientes, lugares como Cuba, Sri Lanka y el estado de Kerala en la India mostraron grandes logros en la salud sin que necesariamente tuvieran un ingreso elevado o en rápido aumento. “El ritmo de las mejoras sanitarias en países tan diferentes en distintos

niveles de desarrollo económico y con tasas dispares de crecimiento del ingreso demuestra que otros factores pueden intervenir y desempeñar un papel protagónico” (Jamison et al., 2006).

### *1.1.1 La medicina europea y su influencia en la península de Yucatán*

Mónica Chávez en *Cuerpo, enfermedad y medicina en la cosmología maya del Yucatán colonial* publicado en el 2013, relata claramente sobre el proceso de aprendizaje e intercambio de saberes médicos y/o formas de cuidar el cuerpo a partir de la Colonia en la península de Yucatán, derivado de la revisión y análisis de diversos documentos escritos en dicha época; es así que se conoce que, a mediados del siglo XVI los españoles inician el proceso colonizador y control de territorios habitados por los indígenas mayas, con ello el impulso de instituciones: económicas, políticas y religiosas según sus ideas. A lo que se sumó la convivencia con los esclavos negros. Derivado de este contacto entre poblaciones diversas, europeas y africanas, se transmiten enfermedades trasatlánticas a América, ante lo cual los mayas no eran inmunes. Con ello surgen epidemias que causaron la muerte de indígenas, situación que descendió a mitad del siglo XVIII (Chávez, 2013,31-32).

Con la llegada de los españoles a la península de Yucatán se imponía a la población maya el uso de recomendaciones médicas europeas a través de la religión cristiana, obligándolos abandonar sus creencias paganas. Sin embargo, algunos mayas<sup>11</sup> tuvieron la apertura para incorporar aquello que les era útil y mejorar las condiciones de vida, así como lo hicieron en la época prehispánica con la adaptación de las novedades provenientes del centro del México actual.

Esta adaptación de las ideas ajenas, resistencia no manifiesta hacia los españoles, permitió la retroalimentación de la cultura maya al darse un intercambio entre los indios en zonas conquistadas y aquellos territorios fuera del control de los españoles (territorios libres). Pero estas prácticas no fueron del todo rechazadas, algunos extranjeros, españoles y africanos percibieron la eficiencia de éstas. Asimismo, en algunas etapas de la Colonia se recurrió a los dioses y santos cristianos para aliviar problemas, por ejemplo, la recuperación

---

<sup>11</sup> Los mayas consideraban el cuerpo como aquel sitio de manifestación de las fuerzas sagradas. Lo psicológico y lo corporal estaban relacionado con las vivencias (pensar, imaginar, sentir y conocer estrechamente vinculados) (Chávez, 2013).

de la salud. Lo que significa que no solo los españoles llegaron a imponer sus creencias sobre la medicina, sino que algunos de ellos adoptaron las creencias indígenas desde los primeros años de la conquista. Por lo que algunos españoles fueron a juicio por participar en el culto y práctica de la medicina maya, lo cuales estaban prohibidos por las autoridades. En estas actividades también participaban mestizos, mulatos y negros durante los siglos XVII y XVIII (Chávez, 2013, 55-65)

Por su parte el oficio médico en la península de Yucatán, aunque aparentemente estaba legalmente permitido tanto para indígenas como para africanos y españoles, en la práctica, sólo algunos europeos ejercían dicha labor – se debía aprobar un examen, ante el Tribunal de Protomedicato, al que pocos podían aplicar- y, aquellos especialistas que tenían la aprobación de las autoridades españolas eran reducido y poco accesibles incluso para los propios españoles, a inicios de la colonia. Con ello la aparición y aceptación del ejercicio médico no oficial, pero vigilados y castigados según las reglas católicas por el mencionado Tribunal y el Santo Oficio desde el inicio de la colonia hasta 1812. Terapeutas indios, negros y españoles fueron procesados por idolatrías durante la labor médicas (ídem, 31 y 32)

En el siglo XIX se da la abolición del Santo Oficio, dando paso al desarrollo de una nueva visión medicinal en México. Posterior a la Independencia, se suscitaron diversos cambios como iniciativas para las reformas hacia la ciencia moderna, la higiene pública, la cirugía. En la península de Yucatán se instala la primera Junta de Sanidad del Estado, la Escuela de Medicina y Farmacia en Mérida – con profesores preparados en Europa-, nuevas exigencias para el ejercicio de la medicina, que obligaron a las parteras certificarse para no ser sancionadas.

### *1.1.2 Las desigualdades en la salud*

Diversas investigaciones, en el mundo y en periodos diferentes, coinciden en los beneficios que la salud tiene para el desarrollo humano e incluso decisivo para el aumento del crecimiento económico de un país – aunque no ocurre necesariamente lo mismo en sentido inverso, es decir, un mayor crecimiento económico no se traduce en mejor salud (Jamison et al., 2006).

Por su parte, Wagstaff (2002) menciona que los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas (Wagstaff *op cit.*, 2002; Scott, 2006). Esta asociación refleja una relación de causalidad que funciona en los dos sentidos: la pobreza genera problemas de mala salud, y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres. Asimismo, los principales hallazgos en la literatura sobre los datos empíricos en la medición de las desigualdades socioeconómicas en el campo de la salud sanitarias son: 1) las desigualdades sanitarias son casi siempre en perjuicio de los pobres. Los pobres tienden a morir antes y a presentar mayores niveles de morbilidad que quienes tienen más dinero; 2) las desigualdades tienden a ser más pronunciadas con los indicadores objetivos de mala salud, como las medidas antropométricas de malnutrición y la mortalidad, que con los indicadores subjetivos; 3) hay grandes variaciones entre los países con respecto a la magnitud de las desigualdades sanitarias, aunque estas variaciones en sí mismas son según los indicadores sanitarios y socioeconómicos utilizados y 4) las desigualdades socioeconómicas en el campo de la salud parecen estar aumentando, en vez de disminuir, en el mundo en desarrollo y en el mundo industrializado. Adicionalmente, las desigualdades en salud son mayores para las mujeres que para los hombres (Safaei, 2007).<sup>12</sup>

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Dicha Comisión tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud. La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera (OMS, 2008; Wagstaff, 2002). Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política (OMS, 2008).

---

<sup>12</sup> Llevó a cabo un estudio con un grupo de 122 países, para los cuales observa variaciones respecto a las desigualdades en salud en función del tipo de análisis estadístico, regresión, descomposición o elasticidades.

Alleyne et al. (2001) ilustran la aplicación de algunos de los métodos más usados para medir las desigualdades y a la vez proporciona pruebas de que hay desigualdades de salud entre los países de la Región de las Américas –los instrumentos empleados se basan en datos de morbilidad, mortalidad y factores asociados al estado de salud. Igualmente señala que,

El índice de concentración [IC] de la mortalidad infantil en 1997 en las Américas fue de  $-0,32$ , y el de la mortalidad materna en el período de 1992 a 1997 fue de  $-0,48$ . En ambos casos, la mortalidad se concentra en los grupos socioeconómicos más pobres. Casi 35% de las defunciones de menores de un año se producen en el quintil más pobre, es decir en el 20% más pobre de la población de nacidos vivos. En el otro extremo, el quintil más rico aporta solo 2% de las muertes maternas (73).

En el año 2000, México fue uno de los 50 países para los que la OMS calculó la medida de desigualdad en estados de salud a partir de datos de mortalidad infantil obtenidos de encuestas de demografía y salud. En donde, a pesar de las brechas municipales, México fue el quinto país con menor desigualdad en supervivencia infantil entre los 50 países analizados. Dicha medida se refiere a la desigualdad total en salud.<sup>13</sup> También se encontró que la desigualdad económica en la salud representa una fracción de la desigualdad total en salud, es decir, que no necesariamente hay una correlación entre la medida de desigualdad total y económica (Scott, 2006). Pero, el ingreso es la variable que principalmente contribuye al total de las desigualdades en salud, luego la educación (de la madre) y la urbanización, y en menor medida: el nivel de hacinamiento, el tipo de aseguramiento, el número de unidades médicas de primer nivel y los servicios médicos *per cápita* (Aguilera et al, 2005; Scott, 2006). Dichas desigualdades se consideran previsibles y no equitativas.

Asimismo, la “desigualdad de la salud en México se incrementa cuando se utilizan medidas objetivas de salud, como mortalidad y antropometría, y bases de datos con observaciones a nivel de los hogares” (Scott, 2006, 17). Se sugiere que México es un país con desigualdad relativamente alta en los indicadores de salud considerados, especialmente en baja talla/peso, incidencia de diarrea y mortalidad infantil (Scott, 2006).

---

<sup>13</sup> Una crítica que se ha hecho a las medidas de desigualdad total en la salud es que ignora la diferencia entre causas voluntarias, determinantes genéticos y desigualdades en oportunidades y recursos para la salud, elemento fundamental para conceptos de justicia distributiva y para la instrumentación de políticas redistributivas en el ámbito de la salud.

Por su parte, Aguilera et al. (2005), en su estudio realiza una comparación de la desigualdad en salud en niños menores de 5 años a nivel de municipio usando el índice de concentración (IC) y las curvas asociadas. Concluye que, como era de esperarse y que ha sido documentado en otros trabajos, la desigualdad en salud desfavorece a la población menos aventajada, es decir a los municipios más pobres. También, se ha disminuido la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5)<sup>14</sup> de forma importante y esta disminución ha venido a la par de una reducción drástica en las desigualdades entre municipios. “La TMM5 años pasó de 9.6 por mil en 1990 a 3.7 por mil en el 2002. A su vez, el IC pasó de -0.175 en 1990 a -0.109 en 2002, después de un ligero incremento en 1995”.

La desigualdad en salud en México sigue siendo importante. Las *buenas* noticias son que la desigualdad medida por la mortalidad de niños ha disminuido a la par de la disminución en la tasa de mortalidad en doce años (1990-2002). Sin embargo, esta disminución se ha observado de forma más importante en los niños menores de un año y en los centros de población, de forma tal que la mortalidad de niños entre poblaciones pequeñas, rurales y pobres puede llegar a ser de 5 veces mayor que la de poblaciones grandes (Aguilera et al., 2005).

Desde una perspectiva socio-espacial para México, el análisis de la marginación resulta una opción para el estudio de las desigualdades sociales. En el estudio de González et al. (2008) se obtuvo que: a) a mayor grado de marginación hay un aumento de las tasas de mortalidad (o disminución de la disponibilidad de recursos y servicios), es decir, que la marginación social desempeña un notable papel para explicar las desigualdades sanitarias en el plano socio-espacial; b) los niveles de pobreza, las brechas, las inequidades y las diferencias de oportunidades entre la población son características del México actual, que persiste a lo largo de las últimas décadas; c) existe una mayor asociación de las condiciones

---

<sup>14</sup> Dado que la mortalidad en la niñez está fuertemente influenciada por las condiciones socio-ambientales y de acceso a los bienes y servicios del niño y de la madre, este indicador revela más claramente una brecha de implementación del derecho a la salud y del derecho a una salud que considere las especificidades culturales de cada pueblo. Es un indicador fundamental para el diseño y seguimiento de programas de salud (Del Popolo, Oyarce y Ribotta, 2005).

socioeconómicas con la mortalidad prevenible que con las causas de muerte difícilmente evitables, debido a que el conocimiento que existe para prevenir de manera oportuna un problema de salud puede ser aprovechado mejor por aquellos que viven en una situación socialmente ventajosa y disponen de más recursos económicos y mejor acceso a los servicios de salud.

## **1.2. Planteamiento del problema y justificación**

### *Pregunta de investigación*

¿Cuál es la relación entre la distribución del ingreso y la condición de salud de la población en los municipios de cada región del estado de Yucatán?

### *Justificación de la investigación*

El perfil epidemiológico que caracteriza al país está dominado por enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, y obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos. La demora en la atención de aquellas enfermedades provoca un doble costo social: incrementa, por un lado, el peso de la discapacidad en personas que viven más años, y, por el otro, hace aún mayor el costo de su tratamiento. Persiste un inaceptable círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza, potenciado por la desigualdad de oportunidades para el desarrollo cabal de los individuos (SS, 2007).

En los sectores más rezagados socialmente conviven al mismo tiempo las llamadas enfermedades del subdesarrollo (por ejemplo, enfermedades respiratorias agudas en niños, infecto contagiosas) y las del desarrollo (como enfermedades crónicas degenerativas, mentales, adicciones, cáncer), lo que complica todavía más las soluciones. La infraestructura para el tratamiento de las enfermedades asociadas a comunidades económicamente desfavorecidas es muy distinta a la que atendería enfermedades características de personas con niveles de vida apreciables.

Los hogares más pobres están cubiertos en menor medida por la seguridad social que los hogares más ricos y una mayor proporción de la población pobre también enfrenta gastos en salud catastróficos y empobrecedores (OCDE, 2005).

Los datos también muestran que, una vez que se controla por variables socioeconómicas, algunos estados de la República Mexicana tienen un desempeño en gran medida mejor que otros. Por ejemplo, para cualquier nivel de gasto público per cápita en salud, se observan grandes diferencias en las tasas de mortalidad infantil y materna entre estados. Durante el año 2000, al interior del país, las entidades federativas que presentaron las tasas de mortalidad más altas en la población menor de cinco años fueron Chiapas, Puebla, Estado de México, Oaxaca, Tlaxcala, Guanajuato y Querétaro; y en el 2005 se sumó Yucatán (SS, 2007).

En general, la salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado en los estados del sureste del país, en las regiones rurales, en las comunidades indígenas y en las zonas más marginadas. Ante estas disparidades en la condición de salud que presentan los diversos grupos poblacionales en el país, es necesario identificar la situación de la población al interior del estado de Yucatán, que aunque comparte determinadas características con el país, hay elementos que lo diferencian del resto, como la seguridad social, cultura, empleo, organización política, participación, etcétera. Lo anterior, con el fin de que todos los habitantes tengan la misma oportunidad de disfrutar un estado de salud aceptable mediante la implementación de estrategias y políticas públicas en las regiones prioritarias, ya sea en el sector salud o en el sector que corresponda (económico, social, etcétera).

### **1.3. Objetivos**

#### *Objetivo general*

Determinar la magnitud de la desigualdad en el proceso salud-enfermedad de la población según el nivel socioeconómico en los municipios del estado de Yucatán.

### *Objetivos específicos*

- a) Conocer el marco legal que sustenta a la salud como un Derecho Humano, así como la organización del sistema de salud mexicano para identificar obligaciones y derechos sobre la protección social en salud.
- b) Describir el contexto sociodemográfico, socioeconómico y de salud del estado de Yucatán y sus regiones como punto de partida para el análisis de las desigualdades.
- c) Identificar la variable económica (variable independiente) y la variable de salud (variable dependiente) disponibles e idóneas en la medición de las desigualdades del proceso salud-enfermedad.
- d) Evaluar la asociación entre el ingreso *per cápita* y la tasa de mortalidad infantil por región y la magnitud de la desigualdad en el proceso salud-enfermedad entre los niveles socioeconómicos de los municipios de cada región.
- e) Elaborar una propuesta de intervención para la formulación de políticas sociales desde la perspectiva del trabajo social.

## **1.4. Metodología**

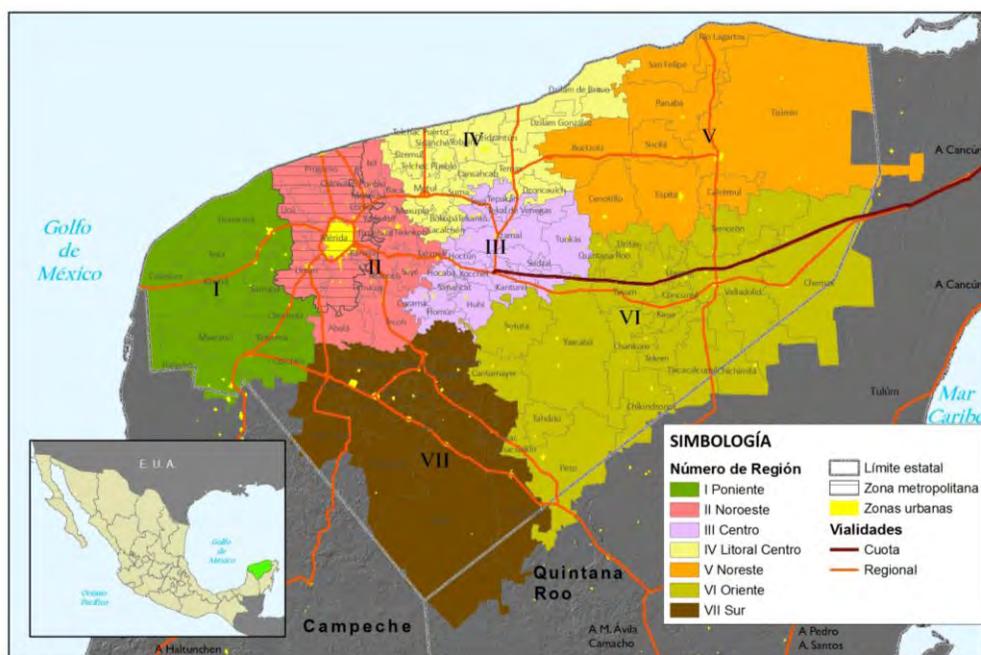
### *Diseño del trabajo*

El presente proyecto se aborda desde el paradigma positivista. Es una investigación cuantitativa de corte transversal, referente al periodo 2010; y es de diseño no experimental. Se considera como variable independiente económica: el ingreso (renta) *per cápita* anual y variable dependiente de salud: la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI).

Por su parte, la unidad de análisis fue el municipio. En el Diario Oficial del Gobierno del Estado en el Decreto Número 122 con fecha 2 de Octubre de 2008, se ubica la reforma al Reglamento del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Yucatán (COPLADE), en su artículo número diecisiete establece la división regional del Estado de Yucatán: ... el territorio de Yucatán se divide en siete regiones, en cada una de las cuales funcionará un subcomité regional, con sede en sus respectivas cabeceras... región I

Poniente, II Noreste, III Centro, IV Litoral Centro, V Noreste, VI Oriente y VII Sur.<sup>15</sup> Con las regiones se realizó el análisis estadístico con sus respectivos municipios y el comparativo entre las regiones.

De acuerdo al COPLADE<sup>16</sup>, el territorio de Yucatán se divide en siete regiones: Poniente, Noreste, Centro, Litoral Centro, Noreste, Oriente y Sur; en cada una de las cuales funcionará un subcomité regional, con sede en sus respectivas cabeceras (véase Figura 1).<sup>17</sup> La distribución de los municipios en cada región puede consultarse en el *Apéndice A*.



Fuente: Gobierno del Estado de Yucatán, 2008.

**Figura 1.** Clasificación de los municipios de Yucatán por región COPLADE

<sup>15</sup> La atención a las disparidades regionales fue una de las prioridades de la Administración anterior, que en el Plan Estatal de Desarrollo 2007-2012 se presenta en el Pilar II Desarrollo Regional para el Crecimiento Equilibrado, con el que el Gobierno del Estado compromete mecanismos e instrumentos que permitan la atención con un enfoque integral a las regiones. El propósito primordial de la regionalización es aprovechar los recursos y oportunidades que ofrecen las regiones, para alcanzar mejores niveles de bienestar, una producción más eficiente y un espacio más ordenado y sustentable.

<sup>16</sup> Art. 17 del Reglamento del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Yucatán, en su reforma publicada en el Diario Oficial del Gobierno del Estado en el Decreto Número 122 con fecha 2 de Octubre de 2008.

<sup>17</sup> La atención a las disparidades regionales fue una de las prioridades de la Administración anterior, que en el Plan Estatal de Desarrollo 2007-2012 se presenta en el Pilar II Desarrollo Regional para el Crecimiento Equilibrado, con el que el Gobierno del Estado compromete mecanismos e instrumentos que permitan la atención con un enfoque integral a las regiones. El propósito primordial de la regionalización es aprovechar los recursos y oportunidades que ofrecen las regiones, para alcanzar mejores niveles de bienestar, una producción más eficiente y un espacio más ordenado y sustentable.

Las fuentes de información fueron secundarias, por una parte, el Censo de población y vivienda 2010, que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) a nivel nacional. Así como, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2010 para los municipios de México, publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el 2014; indicador del bienestar que resume los logros en tres dimensiones básicas para el desarrollo de las personas: salud, educación e ingreso. En este caso, sólo se utilizaron los datos de la dimensión del ingreso.

Tanto la variable económica de este estudio como el periodo estuvieron condicionados a la información disponible y publicada por el PNUD. En el año 2010, el PNUD modificó la metodología del IDH, incluido el índice de ingresos: en el año 2000 la variable relacionada con el ingreso fue el PIB *per cápita* (en dólares ajustados) y en el 2010 fue el Ingreso *per cápita* anual (dólares estadounidenses Paridad de Poder de Compra del 2005). De igual manera, se requería una variable económica que estuviese desglosada por municipio, para luego hacer la agrupación por región, y que además permitiera ser ordenada. La variable que cumplía con dichas características fue el ingreso municipal *per cápita* anual expresado en dólares estadounidense PPC.<sup>18</sup> Al no disponer de variables homogéneas a lo largo del tiempo se optó por usar la más reciente para la construcción del indicador de desigualdad en salud.

Las desigualdades en salud pueden darse en dos sentidos: en la situación de salud y en los servicios de salud (acceso). En este caso, únicamente se abordó la situación de salud de la población de Yucatán, utilizando datos estadísticos de mortalidad infantil (datos oficiales). Se identificaron diversas fuentes de información estadística en salud para Yucatán: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), Sistema de Información en Salud (SIS) de los Servicios de Salud de Yucatán (SSY) e INEGI. Sin embargo, si se revisan los registros para una variable determinada, se observa que las bases de datos difieren entre sí. Por ejemplo, el total de nacimientos que se reportaron en el SINAIS varía con lo que aparece en INEGI.

---

<sup>18</sup> Paridades de Poder de Compra (PPC). “Son tipos de conversión de monedas y deflatores espaciales de precios. Convierten diferentes monedas a una moneda común y, en el proceso de conversión, igualan su poder de compra al eliminar las diferencias en los niveles de precio entre países... reflejan sólo diferencias relativas en los volúmenes de bienes y servicios comprados en los países”. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/INP/PPC/Presentacion.aspx>

Se utilizaron datos estadísticos de nacimientos (año de nacimiento no de registro) del Censo de Población del INEGI y las defunciones del SINAIS de la Secretaría de Salud (SS); y otras estadísticas vitales del SINAIS y del sector salud del estado: base de datos del Sistema de Información en Salud (SIS), de los Servicios de Salud de Yucatán (SSY). Como variable de salud, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) mide el riesgo de morir en el primer año de vida y su fórmula es:

$$TMI = \frac{\text{Total de defunciones de menores de una año en } t}{\text{Total de Nacidos Vivos Registrados en } t} (1,000 \text{ NVR})$$

donde:  $t$  es el periodo y  $NVR$  son los nacidos vivos registrados.

En cuanto a los Nacidos Vivos se consideró pertinente usar el dato del año de nacimiento y no de registro del menor, pues los padres suelen posponer dicho trámite, y con ello generar un subregistro. Dicha medida fue para disminuir el sesgo en la información.

Adicionalmente, se participó en el taller de actualización sobre la codificación de las causas de enfermedad y mortalidad, que se basa en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Dicho taller fue dirigido al personal de estadística de los Servicios de Salud de Yucatán (tanto de Oficina Central como de los hospitales). En donde se observó la baja calidad de la información del sector salud derivado del desconocimiento del CIE-10 y/o errónea clasificación de las causas de morbilidad y mortalidad. De tal forma que se generan mayores sesgos en la información del sector y en los resultados.

La técnica usada fue el análisis estadístico y el método basado en las curvas e índice de concentración (IC). Según Wagstaff (2002), solamente el índice relativo de desigualdad (IRD) y el índice de concentración (IC) cumplen los requisitos necesarios para la medición de las desigualdades: 1) reflejan la dimensión socioeconómica de las desigualdades en el campo de la salud; 2) utilizan la información de toda la población y 3) son sensibles a la redistribución de la población entre los diferentes grupos sociales.

La ventaja del IC es que al ordenar la población o las unidades geográficas según el estatus socioeconómico, y no según una variable de salud, se consigue incluir la dimensión socioeconómica en el análisis. El índice de concentración toma valores entre  $-1$  y  $+1$ . Los

valores son negativos cuando la curva se encuentra por encima de la diagonal y positivos cuando se encuentra por debajo.

*Método: Índice de Concentración (IC) y la curva de concentración*

El índice de concentración se deriva de la curva de concentración. La muestra de interés es ordenada según su situación socioeconómica. De tal forma que, si la renta es utilizada como la variable relevante para ordenar a los individuos, el eje horizontal comienza con el individuo más pobre en la sociedad y progresa a través de la distribución de la renta hasta el individuo más rico en dicha sociedad. Este ranking relativo según el nivel de renta se representa gráficamente frente a la proporción acumulada de la salud en el eje vertical. Esto asume que existe una medida cardinal de la salud, que puede ser comparada y agregada entre individuos. La línea de igualdad es una línea de 45 grados, a lo largo de la cual la salud de la población es proporcional a la renta. Cuando el valor del índice es positivo la curva de concentración tiene una forma convexa y se ubica por debajo de la línea de igualdad. La desigualdad concentrada en los más pobres se ilustra con la curva cóncava de la curva de concentración y un IC negativo (O'Donnell, Doorslaer & Wagstaff, 2007; Wagstaff, 2002; Scheiner, 2002).

El hecho de que la curva de concentración esté situada por encima de la línea de igualdad perfecta indica que hay desigualdad en la salud concentrada en los más pobres. El tamaño de la desigualdad puede ser resumido por el índice de concentración de salud, que corresponde a dos veces el área entre la curva de concentración y la línea de 45 grados. Hay varias formas de expresar el índice de concentración (C) algebraicamente. En este caso se usó a fórmula de Brown (Scheiner, 2002, 411):

$$G = \sum_{i=0}^{k-1} (Y_{i+1} + Y_i)(X_{i+1} + X_i)$$

donde  $Y_i$  es la proporción acumulada de la variable de salud hasta el grupo  $i$ ,  $X_i$  representa la proporción acumulada de la población hasta el grupo  $i$ , e  $i$  son los grupos socioeconómicos.

Escribiendo el índice de concentración de esta forma se enfatiza que es un indicador del grado de asociación entre el nivel de salud del individuo y su posición relativa en la distribución de la renta. El procedimiento se describe enseguida:

- i. Ordenar las unidades geográficas por la variable socioeconómica, de la peor a la situación mejor.
- ii. Transformar la tasa en variable continua.
- iii. Calcular las frecuencias acumuladas de las dos variables.
- iv. Graficar la curva de concentración, representando en el eje de las abscisas (x) la frecuencia acumulada de la población, ordenada por la variable socioeconómica, y en el eje de las ordenadas (y) la frecuencia acumulada del número de eventos de la variable salud.
- v. Calcular el índice de concentración.

## 2. La salud en México: Estado, pobreza y desigualdad

### 2.1. Salud y salud pública

#### 2.1.1 Salud, un concepto en mutación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como aquel “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y es considerado como uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano (WHO, 1985,1). Salleras añade que además de bienestar, la salud se refiere a la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (citado en Torres et al, 2008, 46 y 47).

Por su parte Amartya Sen (2001, 306) interpreta que “la salud es esencial para nuestro bienestar y que las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer dependen de nuestros logros en salud”. Por lo que, ante la enfermedad se pierde bienestar, pero sobre todo la libertad para llevar a cabo lo que consideramos nuestros compromisos y responsabilidad, pensemos en que ambos tendrían que ser por libre elección y no imposiciones de la sociedad misma, producto de la socialización.

Una crítica a la definición propuesta por la OMS, es sobre tres aspectos:

- es subjetiva, por considerar sinónimos bienestar y salud, sin embargo, no siempre sentirse bien es equiparable a tener salud.
- es utópico al hablar de un “completo bienestar”, puesto que es difícilmente alcanzable.
- es estática, pues considera la salud como un estado, en lugar de un proceso en constante cambio. Es un ir y venir, ya que una vez lograda –estar saludable- no implica que el individuo permanecerá con esa condición (Guerrero y León, 2008, 630 y 631).

De acuerdo a lo anterior, se propone considerar el carácter dinámico de la salud; como un proceso con diversos gradientes o niveles –desde el nivel más elevado de bienestar físico, mental, social y espiritual (lo óptimo) hasta la muerte prematura –muerte evitable (Guerrero y León, 2008, 631); en donde la salud y la enfermedad pueden considerarse

partes indisociables de un solo fenómeno denominado “proceso salud-enfermedad”-. Para que dicho proceso sea comprensible debe analizarse en conjunto con el devenir histórico de las sociedades (Laurell, 1982 citado en López et al., 2011, 58). Almeida y Silva (1999) lo consideran como el proceso salud-enfermedad-cuidado, desde su propuesta de una nueva perspectiva de la salud colectiva.

Asimismo, hay que reconocer el doble carácter de la salud: a) el objetivo: la capacidad de funcionamiento o autonomía y se refiere a que el nivel de salud está relacionado con la posibilidad de vivir con el mínimo posible de limitaciones y de dependencia de los demás y b) el subjetivo: en concordancia al bien estar, el bien ser y el bien sentir en relación con sí mismo y con el entorno (Guerrero y León, 2008, 631).

Como se ha señalado, la salud está relacionada con la enfermedad, visto por algunos como un proceso. Por lo que, a pesar de tener presente que las causas que originan las enfermedades pueden ser: la biología y la genética, los hábitos o conductas personales y el uso de los servicios sanitarios, según la ideología sanitaria dominante (Benach y Muntaner, 2005, 95); estas causas tiene menor incidencia para determinar la salud y la enfermedad como lo pueden ser los factores sociales, ambientales y económicos que se originan en la estructura de cada sociedad y grupo social, según la teoría de la producción eco-social de la enfermedad (ídem, 100).

En una definición más contemporánea, desde el paradigma de los determinantes sociales de la salud, se reduce la salud a:

la cantidad y calidad de los recursos que una sociedad pone a disposición de sus miembros. Estos recursos incluyen -pero no están limitados a- las condiciones de la niñez, el ingreso, la educación, la disponibilidad de alimentos, la vivienda, el empleo y las condiciones laborales, la cohesión social, los valores culturales y los servicios de salud y sociales (Safaei, 2007, 21).

Es evidente que no hay un consenso sobre el concepto de la salud, sin embargo se puede reconocer que la salud es un proceso dinámico (atemporal) entre el sentirse y estar en condiciones para funcionar en la sociedad y con libertad, pero para lograrlo se requiere de recursos sociales, económicos, culturales y políticos. Asimismo, es complejo lograr que cada individuo y población goce de buena salud pues existen factores inherentes a la

persona y el entorno en los cuales es difícil incidir, por ejemplo, que por genética se padezca una enfermedad no curable, la contaminación o riesgos ambientales.

En la práctica se ha optado por operacionalizar el término de salud con la finalidad de poder ser medida y coadyuve a la toma de decisiones en materia de políticas públicas en la búsqueda de una mejor salud de la población. La medición se hace de forma indirecta ya que tratar de medir el bienestar o la calidad resulta compleja, y se enfoca en indicadores (objetivos y/o subjetivos)<sup>19</sup> negativos, como la enfermedad (morbilidad) y mortalidad, en lugar del sentido positivo, la salud. Algunos indicadores objetivos más usados son: tasas de mortalidad (infantil, materna, según grupo etáreos, etcétera), tasas de morbilidad, tasas de morbi-mortalidad por causa específica, índice de trato digno, entre otros.

### *2.1.2 Salud pública*

La salud pública es parte integral del sistema de salud. Éste último incluye el sistema de atención y de los servicios de atención en salud, de la que a su vez forma parte la asistencia médica. Las funciones esenciales del sistema de salud son: la rectoría, la generación de recursos, el financiamiento y la prestación de servicios (personales y a la comunidad); todo encaminado al cumplimiento de tres objetivos: protección financiera, trato adecuado y mejor estado de salud (SS, 2006; OPS, 2002).

Se puede entender a la salud pública en un sentido amplio, multidisciplinar, por incluir otras disciplinas que se (pre)ocupan de la salud de ser humano, como la medicina, biología, medicina social, salud colectiva, epidemiología, entre otros. Voltea la mirada hacia el individuo como parte de la sociedad e influenciado por el entorno.<sup>20</sup> Se diferencia de otras disciplinas en el área de la salud porque se basa en una perspectiva poblacional, es decir, su nivel de análisis son las poblaciones<sup>21</sup> y tiene como objetos de análisis las

---

<sup>19</sup> La percepción del propio individuo.

<sup>20</sup> Julio Frenk (1993) propone continuar usando el término de salud pública y no de la denominada “nueva salud pública” u otros planteamientos alternativos, v.gr. salud colectiva, medicina social, epidemiología, entre otros, pues lo que realmente es relevante el cambio en los modelos y teorías que respaldan dicha disciplina, no sólo la conceptualización del término. La salud pública tiene dos campos, la investigación y la acción. En el campo de la investigación es multidisciplinaria, conjuga las ciencias sociales, biológicas y de la conducta en el estudio de fenómenos de salud en poblaciones humanas.

<sup>21</sup> Se prefiere usar el término población en lugar de comunidad y/o colectividad, pues sólo se refieren a la organización social. En cambio, con población se incluye la dimensión social de los grupos humanos y la biológica, es más extenso (Frenk, 1993, 47).

condiciones de salud y la respuesta social organizada a dichas condiciones. Su esencia estriba en la salud pública, que incluye la organización de instalaciones y del personal para dar servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En el campo de investigación de la salud se hace referencia a las condiciones como aquellos “procesos de carácter biológico, psicológico y social que definen la situación de salud de un individuo o una población” (Frenk, 1993, 43). Cualquier proceso vital puede considerarse como una condición de salud. Por ejemplo, el nacimiento, la muerte, el desarrollo, el crecimiento, enfermedades. Por su parte, la respuesta externa es instrumentada por la sociedad para mejorar las condiciones de salud, con énfasis en la forma como se estructura dicha respuesta. Si y solo si una necesidad de salud requiere de atención por consenso de una sociedad es que puede considerarse una condición (íbid, 43-60).

El mismo autor señala que las necesidades son vistas desde lo normativo, aquello que debería ser, sin embargo se podría caer en el peligro de que ese *debería ser* fuese equivocado o no aplicable a todos los grupos sociales, pues hay otros factores (y en magnitud diversa) que inciden en que las necesidades varíen, por lo que habría que considerar que los bienes y servicios requeridos para satisfacerlas sean en función a las características propias del grupo demandante.

### 2.1.3 ¿Qué es política pública y política social?

Béjar (2011, 33-38) cuando se habla de política pública se hace referencia a una serie de criterios orientadores del comportamiento del Estado en relación a la población. Lo que involucra tres elementos: población, Estado y políticas sociales. En donde la población es concebida como un factor pasivo o población objetivo (en un sentido tradicional) o como actor o promotor (en un sentido contemporáneo). Por su parte el Estado, ya sea visto como administración pública o gobierno, es un actor o puede ser aquel espacio en donde la población ejerce presión o influye. Y finalmente, las políticas sociales es el medio de comunicación de los anteriores, integrado por un conjunto de criterios y líneas de acción.

---

Por su parte, Roth (2002, 27) considera que además del Estado, hay otros elementos: percepción del problema, definición de objetivos y proceso. En donde la política pública se da cuando el gobierno asume total o parcialmente la tarea de determinados objetivos deseados o necesarios, a través de un proceso enfocado al cambio de una situación problemática. Asimismo, es aplicable a un área específica de intervención y en uno o varios espacios -subterritorios o subdivisiones-. Es “una construcción social y de construcción de un objeto de investigación” (Muller y Surel, 1998, citado en Roth, 2002, 28). Cumplir con los objetivos de una acción requerirá de la planificación, entendida como la elaboración de los planes, programas y proyectos, pero sobre todo como un proceso continuo en los diversos planes y para una población determinada o en general (Ander-Egg, 1991).<sup>22</sup>

Se puede diferenciar entre política y políticas (policies), siendo la primera aquel espacio o escenario (des)cubierto donde se puede negociar entre los agentes sociales y económicos, individuales o colectivos. En cambio, las políticas son los criterios que gobiernan las soluciones específicas sobre cómo manejar los diversos asuntos públicos, para su adopción y aplicación se requiere del poder coercitivo del gobierno; también las políticas se caracterizan por su congruencia con un objetivo y contribuyen a alcanzarlo, prevén problemas, su flexibilidad y son definidas por consenso (Béjar, 2011, 33-38).

Las políticas sociales “tienen que ver con las condiciones de vida de las personas que comparten una sociedad” (Béjar, 2011, 43). Sus dimensiones son: valorativa (valores existentes y compartidos de la sociedad), funcional (forma de legitimar la existencia del Estado y de facilitar la reproducción de la estructura social), histórico procesal (resultado de los procesos en donde los actores entran en contradicciones) y normativa y legal (se expresa en leyes, decretos supremos y legislativos y otros soportes legales) (idem, 45).

## **2.2. Del Estado de bienestar al neoliberal en el campo de la salud**

En los últimos 50 años, en México, se ha pasado de una economía enfocada del mercado interno (1963-1984) al modelo económico neoliberal. La adopción del nuevo modelo económico de desarrollo—globalización económica neoliberal— genera efectos negativos

---

<sup>22</sup> La planificación está estrechamente ligada a: la racionalidad (de los recursos escasos, la selección de alternativas y desarrollo de programas y políticas), conocimiento de la realidad (diagnóstico) y adopción de decisiones (Ander-Egg, 1991, 23-25).

como la crisis laboral, con ello la desintegración de la sociedad; da prioridad al capital por encima de los derechos y protecciones sociales a los trabajadores, fomenta al individualismo, genera la falta de cohesión social, la emigración a diversos países como Estados Unidos (donde las personas no son reconocidos como ciudadanos), el trabajo precario e informal, la pérdida de la ciudadanía en relación a la falta del reconocimiento de los derechos universales, el ejercicio del voto y participación activa en la política, así como aumento de personas en situación de pobreza (Vite, 2006).

Se ha pasado de un Estado del bienestar –centrado en la redistribución del ingreso, en una sociedad del trabajo, solidaridad institucional, etcétera- hacia un Estado asistencialista –con funciones punitivas<sup>23</sup> como principal eje-, y programas focalizados - paliativos- (Alonso, 2010). Por ejemplo, los programas de salud que no se actualizan ni se diseñan en función del territorio donde serán implementados, no permiten la participación de la comunidad, se enfocan a la atención del individuo y estrategias comunitarias sin mayor impacto. Ahumada (citado por Wagstaff, 2002) menciona que:

... la crisis actual de la salud pública, el deterioro de los sistemas de salud y el incremento de las desigualdades e inequidades de salud, se encuentran en las políticas de ajuste fiscal desarrolladas a partir de la década de los ochenta en los países latinoamericanos que tienen un impacto negativo en el sector productivo y sobre las condiciones sociales y la equidad en salud, a expensas de un beneficio cada vez mayor de los grandes grupos financieros.

### **2.3. Ingreso y pobreza económica**

#### *2.3.1 Distribución del ingreso*

La distribución personal de la renta<sup>24</sup> es la distribución de la renta entre los individuos o familias de la sociedad -después de haberse descontado impuestos y cuotas sociales y agregadas las transferencias económicas que se realicen a los hogares de los poderes

<sup>23</sup> En una sociedad acostumbrada a una noción de poder como coerción, y a su ejercicio por medio de relaciones adversarias o de competencia, el desarrollo de un modelo alternativo de ciudadanía y poder requiere un proceso de cambio cultural profundo (Duhart, 2006, 35).

<sup>24</sup> La distribución de la renta puede analizarse desde cuatro perspectivas: funcional (contempla el reparto de la renta que se genera en una economía entre todos los factores de producción: trabajo, capital, las rentas mixtas y las rentas obtenidas por el sector público), personal, espacial (diferencias en los niveles de renta desde la perspectiva territorial) y sectorial (los cambios estructurales en el Producto Interno Bruto, entre los sectores económico) (Cuadrado, 1995, 405 y 406).

públicos como son las pensiones y subvenciones-. Los principales determinantes de dicha distribución son las diferencias en la retribución del trabajo, la herencia -trátase de la material, genética o cultural-, la inversión en la acumulación de factores como el capital físico y humano, y otros factores sociales (Cuadrado, 1995, 406).

La distribución del ingreso o renta personal comprende la forma como se distribuye el poder de compra entre las personas, las familias o alguna definición semejante de unidad de gasto. El ingreso familiar generalmente lo componen los ingresos que provienen del trabajo (sueldos y salarios), del capital (posesión de la propiedad: interés, renta) y de las transferencias (de diferentes fuentes de ingreso como pensiones, lotería, regalos, donativos, etcétera).<sup>25</sup> El ingreso total de las familias esta sistemáticamente relacionado con las características personales de sus miembros: la edad, la localización geográfica, la naturaleza del trabajo, y el nivel educativo entre otros (Gollás, 1982). “El ingreso es considerado como un permiso para ejercer poder sobre los recursos o como una medida del estatus socio-económico” (Safai, 2007, 22).

La desigual distribución de la riqueza<sup>26</sup> condiciona las diferencias en cuanto a las rentas de la propiedad. La acumulación de riqueza (capital) permite obtener rentas que aumenten las desigualdades de la distribución personal. Dicha acumulación puede ser por herencia, por el ahorro e inversiones de alto riesgo (Cuadrado, 1995,408).

Es así que tanto la riqueza (acervo o stock) como el ingreso (flujo de dinero) son los principales factores del nivel económico de los individuos. También hay otros factores que contribuyen a una situación de desigualdad social como la capacidad, habilidad y potencialidades del individuo en el trabajo; ocupación de los trabajadores en puestos poco remunerados, como el sector primario y terciario (servicios); la intensidad del trabajo (tiempo); el nivel educativo, una mayor preparación hace posible tener mayores oportunidades de empleo y mejor remuneración; y la demanda en el mercado laboral -tanto del sector privado como público, las crisis mundiales y la discriminación y exclusión

---

<sup>25</sup> Mediante los procedimientos de descomposición se puede calcular la contribución de cada tipo de ingreso a la desigualdad total de forma como esta depende de la desigualdad en cada tipo de ingreso (Gollás, 1982).

<sup>26</sup> La riqueza es el valor monetario neto de los activos que posee un individuo o una familia en un momento dado del tiempo. Un acervo de valor como: herencia, propiedad de inmuebles, etc. En donde la riqueza de un país está en función de la generación de valor por parte de las empresas y cuya distribución tiene que ver con el principio social: de propiedad privada (Vargas, 2002, 22-2).

laboral (Vargas, 2002, 22-4 y 22-5). La distribución del ingreso puede ser explicado desde tres enfoques (Vargas, 2002):

a) Teoría Neoclásica

Es un enfoque marginalista de la producción, que se refiere a que la generación del ingreso depende de la producción marginal e intensidad de los factores usados, trabajo y capital, en el proceso productivo con una tecnología dada. La distribución del ingreso se hace entre ambos factores según su productividad marginal –distribución funcional-, con lo que se llegará a una asignación eficiente de los recursos.

A largo plazo se logra una mejor distribución del ingreso a medida que el ingreso per cápita aumenta; es decir cuando el acervo de capital aumenta en relación con la fuerza de trabajo, el producto marginal de la mano de obra aumenta y el del capital disminuye, a menos que ocurra un cambio tecnológico que afecte esta tendencia de manera importante (Gollás, 1982).

b) Teoría Neokeynesiana

Se basa en la función de la demanda,<sup>27</sup> en el consumo de los asalariados (hay una relación positiva directa entre consumo y renta, es decir, la demanda de consumo aumenta debido a un incremento del nivel de renta corriente) y el ahorro (y posterior inversión) de los capitalistas (función de inversión). Es decir, la distribución del ingreso está en función del gasto tanto en consumo como en inversión. Es resultado de la demanda agregada (consumo y ahorro), de su nivel, su composición, la acumulación del capital y la manera en que capitalistas y asalariados utilizan sus utilidades o salario real, respectivamente.

c) Teoría Marxista

Tiene como premisa la corriente del pensamiento marxista, por lo que en una economía capitalista existen dos clases antagónicas, el asalariado y el capitalista. Éste último como dueño de los medios de producción y quien concentra el ingreso, se apropia de la plusvalía (para consumo o acumulación) que genera el trabajo. Tiene como supuestos

---

<sup>27</sup> La función de la demanda de un bien depende de cuatro factores: el precio, la renta del consumidor, el precio de los demás bienes -sustitutos o complementarios- y las preferencias del consumidor.

que los salarios serán tan bajos o de subsistencia mientras exista mano de obra no empleada (desempleo). Aunque la economía se encuentre en cierto ritmo de crecimiento, la acumulación de capital se concentra en los capitalistas y hay una polarización del ingreso.

### *2.3.2 Perspectiva sobre la Pobreza*

Además, del impacto económico de la distribución del ingreso, desde un punto de vista social, la polarización del ingreso se refleja en degradación de las condiciones de vida de la población menos favorecida, en aquellos estratos de ingresos bajos y en extrema pobreza (Vargas, 2002, 22-9).

Se considera como pobres a las familias que tienen un nivel de ingreso insuficiente para satisfacer las necesidades básicas y servicios. Una forma de medir la pobreza<sup>28</sup> es con las Líneas de pobreza (o medición de la pobreza monetaria), que examina el potencial de consumo de las familias a partir de su ingreso corriente. Este método se enmarca en el enfoque bienestarista, que supone que con el ingreso percibido las familias adquieren una combinación de bienes y servicios, que les permite maximizar su utilidad de acuerdo a sus preferencias.

Se integra por dos parámetros, la Línea de Indigencia (LI) que se estima a partir del valor de una canasta que sólo incluye artículos alimenticios. Si a esa misma canasta se agrega el valor de otros bienes y servicios se obtiene la Línea de pobreza (LP). En los análisis empíricos bajo este enfoque indirecto<sup>29</sup> se utiliza tanto la LI como la LP, las familias con ingresos mensuales inferiores al valor de la LI son denominados como indigentes o pobres extremos, y las que se ubican por debajo de la LP, pobres (Boltvinik, 2003).

El ingreso regular sigue siendo la mejor forma de medir la pobreza pues permite comparar los ingresos bajos con los más altos (ingreso relativo) y también se puede

---

<sup>28</sup> Una síntesis de las diferentes estrategias y recursos metodológicos que se utilizan para medir a pobreza se presentan en Feres, Juan Carlos y Xavier Mancero (1999) y Boltvinik, Julio (2003).

<sup>29</sup> El enfoque indirecto se caracteriza por clasificar como pobres a aquellas personas u hogares que no cuentan con los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas. Cuatro métodos son los que más se utilizan bajo esta perspectiva metodológica: el de consumo calórico, el basado en el costo de necesidades básicas, el método relativo y el método subjetivo. En este sentido, el método "indirecto" evalúa el bienestar a través de la capacidad para realizar consumo.

comparar con una línea mínima de ingreso, debajo de la cual se está en la pobreza absoluta (Huerta, 2010, 70).

#### **2.4. La desigualdad social en el campo de la salud**

Acemoglu y Robinson (2012) consideran que la desigualdad no está condicionada únicamente por la cultura, ubicación geográfica (clima, fauna y vegetación) ni la ignorancia de los políticos (desconocimiento de cómo hacerse ricos<sup>30</sup> y las fallas del mercado) de cada país o lugar. Sino por las relaciones entre las instituciones políticas y económicas, en donde las segundas están supeditadas a las primeras, al poder. Es el proceso político que determina bajo qué instituciones económicas se vivirá y son las instituciones políticas las que determinan cómo funciona este proceso (Acemoglu y Robinson, 2012, 35). Es en las instituciones donde se expresa y organiza la interacción entre los activos económicos, las oportunidades, las fuerzas políticas y los procesos socioculturales (Prats, 2009,44).

En América Latina parte de los problemas sociales como la exclusión social, pobreza y desigualdad, van acompañadas por la falta de instituciones políticas formales (eficiencia en la administración de los recursos, asegurar el Estado de derecho, proveer servicios y políticas universales), elevado nivel de corrupción y partidos políticos fragmentados. Que lejos de fomentar la calidad democrática alimentan instituciones políticas informales, principalmente el clientelismo (Prats, 2009, 41 y 42).

Las desigualdades se consideran multidimensionales y pueden presentarse como desigualdades sociales, económicas y de salud. Donde las dos primeras inciden sobre la salud. Las desigualdades en salud se expresan tanto en los servicios de salud como en las condiciones de salud (o sanitarias). Entender que las desigualdades en la salud no son sino el espejo de las desigualdades sociales generadas por un sistema económico y social como es la globalización neoliberal capitalista, que a su vez se rige por la enorme desigual distribución del poder político y económico (Benach y Muntaner, 2005,15).

---

<sup>30</sup> En este mismo sentido se pronuncia Bell (2006, 414): “por mucho que los procesos sociales puedan tener un carácter técnico, los puntos cruciales decisivos en una sociedad se producen en el terreno político. No es el tecnócrata el que tiene al final el poder, sino el político”.

### 2.4.1 *Equidad vs. Desigualdad en salud*

La equidad en salud son aquellas diferencias en la sociedad a nivel de las necesidades y de la respuesta social organizada (Hernández et al, 1991,10). Por lo que, nadie debe ser discriminado en su intención de alcanzar el pleno desarrollo de su salud; su no consecución, se considera una inequidad, esto es, las diferencias en salud calificadas como innecesarias, injustas y evitables (Benach y Muntaner, 2005, 22; Whitehead, 1991) y arbitrarias (Whitehead, 1991, 4).

La equidad indudablemente está ligada con las necesidades, por ello, su objeto está en función de su direccionalidad con base en cuatro enfoques: “la equidad de acceso a servicios ante necesidades iguales, la equidad de utilización ante necesidades iguales, equidad en el funcionamiento de los servicios y equidad en el bienestar social y la salud” (Hernández et al, 1991,11). Es en este último enfoque donde se incorporan los determinantes sociales y, de acuerdo a sus enfoques la equidad se orienta hacia la distribución de los recursos.<sup>31</sup>

Adicionalmente, para Linares y López (2008) la conceptualización de la equidad puede ser desde dos campos: a) ámbito de la salud (accesos de servicios de salud, calidad de la atención y resultados de salud) – que se podría relacionar con los primeros tres enfoques de Hernández et al- y b) ámbito societal de la salud (determinantes económicos, sociales, políticos y culturales, expresados en condiciones de vida y trabajo de grupos sociales particulares).

La OMS (1986) propone que una definición adecuada de equidad en salud es: “todos deben tener una oportunidad justa de lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello puede evitarse” (citado por Whitehead, 1991, 7). Por lo tanto la equidad “se refiere

---

<sup>31</sup> La concepción de justicia social es debatible, no existe un consenso al respecto, pues cada comunidad debe establecer los parámetros. Linares y López (2008) presentan los conceptos de desigualdad e inequidad desde la justicia social y enfoques contemporáneos sobre la equidad en salud. La concepción de justicia en el campo de la salud ha sido analizada desde las corrientes: liberales, utilitaristas, contractualistas e igualitarias, así como el enfoque rawlsiano (equidad social en salud). Cuya similitud es su preocupación por la distribución.

a la creación de las mismas oportunidades para la salud,...[y] la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible” (idem).

De acuerdo a los planteamientos anteriores, se puede aseverar que equidad va de la mano con la justicia social y su preocupación por la distribución de los recursos. La justicia social ofrece y garantiza más servicios a los que tienen peor salud (Eibenschutz, 2008). Como se mencionó anteriormente, la inequidad incluye una “una dimensión moral y ética”. “Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables” y además “arbitrarias e injustas” (Whitehead, 1991, 4). Whitehead (1991) identifica siete factores determinantes principales en los diferenciales de salud. Donde los primeros tres no son inequidades en salud: 1) variaciones biológicas, naturales; 2) conductas que dañan la salud elegidas libremente y 3) ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro cuando ese grupo adopta conductas promotoras de salud. Por su parte las diferencias en salud derivadas de los determinantes: 4) conductas dañinas a la salud en la cual el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido; 5) exposición a condiciones no saludables, vida estresante y condiciones laborales dañinas y 6) acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos, son “evitables y las desigualdades en salud resultantes injustas”. El séptimo determinante: 7) selección natural o movilidad social relacionada con la salud que tiende a que las personas enfermas descendan en la escala social, es inevitable e injusta, pues la mala salud original es inevitable y la situación de pobreza de las personas enfermas podría ser prevenible e injusta.

Decidir cuáles diferencias en salud resultante son injustas está en función de que la gente pueda elegir la situación que causó la mala salud [enfermedad] o si estuviese fuera de su control directo (Whitehead, 1991, 5). La equidad en salud implica “una responsabilidad ético-política frente a las desigualdades en salud” (Eibenschutz, 2008). En otro sentido, la desigualdad en salud es un “término empleado comúnmente en algunos países para indicar diferencias sistemáticas, evitables e importantes”. Algunos lo emplean en un sentido de justicia y otros como una cuestión matemática. (Whitehead, 1991, 4).

Tanto Margaret Whitehead, Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth, Metzger y la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud concuerdan que la desigualdad en salud se puede interpretar como aquella diferencia en salud que puede darse

entre individuo o grupos sin que implique algún tipo de valoración moral o ética (Linares y López, 2008). Aquellos aspectos susceptibles de cuantificación que varía entre individuos o según agrupamientos socialmente relevantes (Arcaya et al, 2015). Con la medición de las desigualdades se busca evidenciar que los factores y las condiciones o situaciones por las que atraviesa un individuo o población son heterogéneas entre quienes comparten un mismo espacio y/o lugar. Su limitación es la capacidad para determinar si aquello que lo produjo pudiera ser clasificado como justo o injusto socialmente.

La desigualdad implica pensar que hay una relación con respecto a otro (comparar) y, por otro lado, determinar qué es injusto o evitable está en función de los valores, la percepción y la cultura de cada individuo y grupo de personas según el momento histórico y cada sociedad, a lo que se sumaría el entorno (Benach y Muntaner, 2005, 23). Entonces puede decirse, que lo que hoy se considera injusto o evitable mañana puede no serlo si así lo convienen los individuos, grupos o sociedad en su conjunto (equidad o inequidad).

Se sugiere la utilización de desigualdad para describir perfiles epidemiológicos de clases y grupos sociales y equidad en relación con la distribución y el acceso de los servicios de atención a la salud (Eibenschutz, Támez y Camacho, 2008). Actualmente, desde la perspectiva de la Equidad de la Salud Colectiva,<sup>32</sup> las desigualdades-inequidades en salud pueden ser en términos de resultados finales de salud; en los determinantes de la enfermedad, en su distribución entre poblaciones y grupos sociales; y en las respuestas que brindan los sistemas de atención para combatir la enfermedad y promover la salud (Scott, 2006; Jamison et al., 2006).

#### *2.4.2 Características de la desigualdad en salud*

Se identifican cinco elementos clave de las desigualdades en salud (Benach y Muntaner, 2005, 60-67): enormes, graduales, crecientes, adaptativas e históricas. Se dice que las desigualdades con enormes en el sentido de que, la cantidad de personas que tiene peor salud es mayor que quienes tienen mejor posición socio-económica y viven en las áreas privilegiadas, es decir, la magnitud de la desigualdad. La gradualidad es que la desigualdad

---

<sup>32</sup> La desigualdad e inequidad son abordados a partir de la (re)construcción/comprensión de lo social, sus procesos y mediadores y tiene expresiones tanto en los procesos de salud/enfermedad, como en los procesos de atención/cuidado (Scott, 2006).

permea o está presente en toda la escala social (suponiendo que existe una sociedad estratificada, clases sociales), en donde los de más abajo o base de la pirámide tienen peor salud comparado con los de más arriba (pensando en una especie de pirámide social y en el nivel de riqueza o educación). Es decir, que las desigualdades están presentes en una u otra medida en cualquier nivel de la escala social.

Así mismo, las desigualdades aumentan a pesar de que exista un cambio en la sociedad, de que las enfermedades varíen (ejemplo, que el perfil epidemiológico pase de enfermedades transmisibles a crónico degenerativas) y los servicios sanitarios muestren una mejoría. En cuanto a que son adaptativas, funciona como una especie de ley inversa de atención sanitaria, donde el uso y la calidad de la asistencia sanitaria (servicios sanitarios o de salud) es cada vez menor y peor para quienes tienen mayor necesidad.

Por último, se dice que las desigualdades son históricas puesto que cambian a lo largo del tiempo, es decir, que posiblemente los factores que dieron origen a la desigualdad en determinado periodo no son los mismos años posteriores, por lo que se hace necesario estudiarlas por largos periodos para comprender las circunstancias tan complejas. Tres modelos teóricos explicativos en la integración teórica-metodológica de la desigualdad-inequidad son (Linares y López, 2008 y López, 2005):

- a) Modelos socioepidemiológicos funcionalistas.<sup>33</sup> En donde la desigualdad social y económica son factores de riesgo. Considera la teoría del estrés y teoría de la modernización y salud.
- b) Modelos socioepidemiológicos marxistas. Teorías sociales del conflicto<sup>34</sup> y la contradicción.
- c) Modelos etnoepidemiológicos (epidemiología del modo de vida). Análisis de modos culturales y sociales, y de modos y condiciones de vida.

---

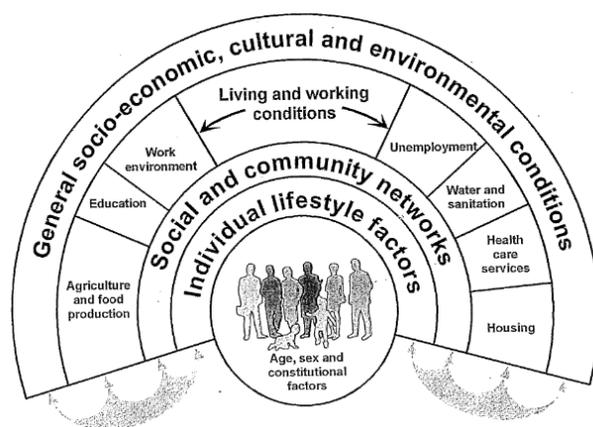
<sup>33</sup> Se enfoca en las teorías de consenso-especialmente de la sociología funcionalista-, señalando que la desigualdad socioeconómica es resultado tanto del sistema de valores de cada sociedad, de los roles y posiciones que pueden ocupar los individuos en ellas así como del valor que se le da a los roles según la sociedad en cuestión (López, 2005,5).

<sup>34</sup> Considera que la desigualdad socioeconómica se deriva de la organización social, de la producción colectiva, de la apropiación privada y de la distribución inequitativa de la riqueza. La diferencia es injusta e inaceptable (López, 2005,5).

La desigualdad socioeconómica puede entenderse como aquellos diferenciales entre personas y grupos; y la apropiación desigual en términos económicos y sociales (López, 2005,4).

#### 2.4.3 Modelos explicativos sobre los determinantes sociales en la desigualdad en salud

La preocupación por la desigualdad y la equidad en salud ha llevado a la realización de estudios en una amplia gama de países, que diferencian entre países desarrollados y en vías de desarrollo, para los cuales se han presentado diversas teorías y modelos explicativos sobre los determinantes de la salud. Una de las primeras propuestas, de donde se han derivado otros modelos para entender las desigualdades, la que realizaron Dahlgren y Whitehead en 1990 para el caso europeo. Este modelo implica diversos niveles de influencia (Figura 2), que va desde lo más general representado por el entorno estructural; pasando por las condiciones materiales y sociales en que se vive y trabaja, y que están en función a los sectores como la educación, vivienda, salud, etcétera. En un siguiente nivel se ubican las relaciones sociales y de comunidad –sea entre familia, vecinos y/o comunidad local. En el nivel más bajo, las acciones de los individuos, que se relaciona con estilos de vida y hábitos de alimentación. También se considera la influencia de la edad, sexo y genética; sin embargo, se reconoce el poco control sobre ellos (Dahlgren y Whitehead, 2007). Esto implica que para cada nivel de determinantes debe corresponder acciones diferentes de intervención para la solución de inequidades en el proceso salud-enfermedad.



**Figura 2.** Principales determinantes de salud.

Fuente: Tomado de Dahlgren y Whitehead (2007), actualización de la primera edición de 1991.

El modelo holístico de Laframboise-Lalonde se integra a partir de los factores relacionado con la biología humana, el medio ambiente, los hábitos y estilos de vida y la organización de los servicios de salud (este último factor no se había señalado explícitamente en otros modelos). Álvarez y col. añaden que los determinantes de salud no deben generalizarse a todas las poblaciones, pues cada país adopta cierto sistema social, ideología y cultura dominante que hace particular la presencia de los factores que inciden en el proceso salud-enfermedad. En el caso estudiado, Cuba, la salud estuvo en función de la participación de la sociedad, voluntad política y acción intersectorial (Caballero, Moreno, Sosa, Figueroa, Vega y Columbié, s.f.). Otros modelos propuestos a nivel internacional corresponden a Wagstaff (2000), Adler et al (2007) y Solar & Irvin (2005 y 2010).

En el 2005 Solar e Irvin desarrollan para la OMS un marco conceptual para la segunda reunión de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Se basaron en los modelos propuestos por: Dahlgren y Whitehead (1991); Diderichsen y Hallqvist (1998, posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead 2001), Mackenbach (1994); Marmot y Wilkinson (1999)<sup>35</sup> (Solar e Irvin, 2005,11). En el 2010 realizan una actualización del modelo con base en las teorías de la producción social de la salud: enfoques psicosociales; producción social de la enfermedad / economía política de la salud y marcos eco-sociales. Éstas tres teorías no son mutuamente excluyentes y coinciden en la relevancia que tiene la posición social en los determinantes sociales de las desigualdades en salud. El marco conceptual de la Comisión se integra primordialmente por (determinantes estructurales e intermedios):

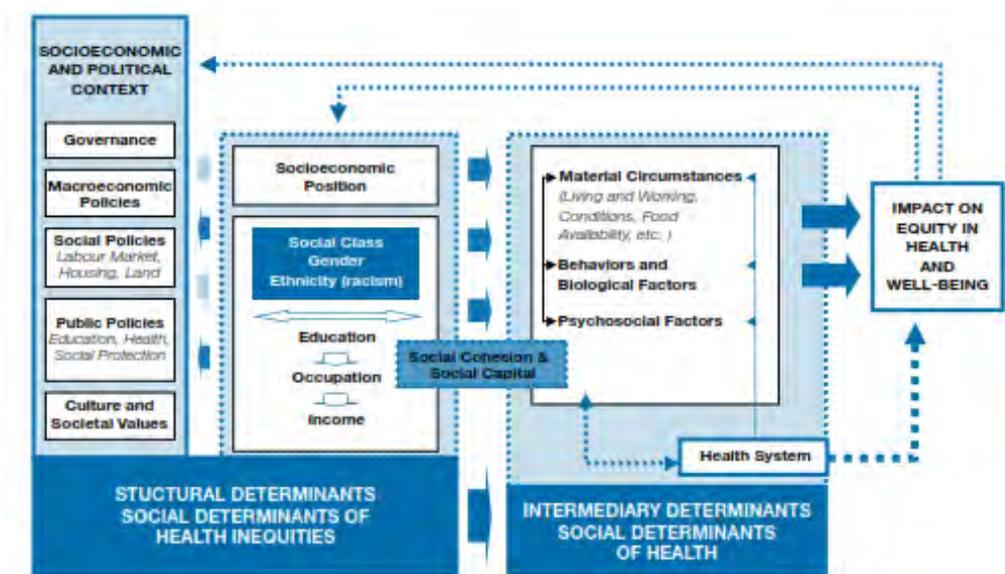
1. Contexto socioeconómico y político (mecanismos sociales, políticos y económicos, incluyendo políticas macroeconómicas).

---

<sup>35</sup> Diderichsen y cols. proponen un modelo de estratificación social y producción de las enfermedades, quienes señalan que la estratificación social y la posición social de los individuos está en función al contexto social; a su vez la posición social determina las oportunidades en salud. Derivado de la estratificación social se presentan diferencias en la exposición a las condiciones perjudiciales de la salud, en la vulnerabilidad y, por lo tanto, en las consecuencias de la mala salud entre grupos más o menos favorecidos. El modelo de la selección y causalidad de Mackenbach y cols. Diferencian entre los factores durante la etapa de adulto y la niñez y su interrelación. Que dividen en dos procesos: selección y causalidad. En el primero, la salud en la etapa de la niñez y adulta inciden sobre la posición socioeconómica en la vida adulta y también la salud durante la niñez afecta a la salud en la adultez. Los mecanismos de causalidad se integran por tres grupos de factores de riesgo: modo de vida, estructurales o ambientales y psicosociales; los cuales juegan un papel entre la posición socioeconómica y los problemas de salud. Por su parte, Wilkinson y Marmot proponen abordar los factores que inciden en la salud a lo largo de la vida del individuo a través de las políticas públicas y con ello la configuración del entorno social (WHO, 2005).

2. Posición socioeconómica (estratificación de acuerdo a la educación, ocupación e ingreso, así como por el género, raza, etnia, entre otros).
3. Determinantes o factores intermediarios. las circunstancias materiales;<sup>36</sup> circunstancias psicosociales;<sup>37</sup> factores de comportamiento y / o biológicos;<sup>38</sup> y sistema de salud.

El contexto socioeconómico y político son los principales determinantes de las desigualdades en salud y existe una continua retroalimentación (intercambio favorable y/o desfavorable) entre el contexto y la posición social. El contexto incluye aquellos mecanismos tanto sociales como políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales: mercado de trabajo, sistema educativo, instituciones políticas, valores culturales y sociales. De estos factores, el estado de bienestar y las políticas redistributivas tienen mayor incidencia sobre la salud. Es decir, que se otorga a los mecanismos estructurales la responsabilidad en la generación de la estratificación y división social en la sociedad y también definen la posición socioeconómica individual respecto al poder, prestigio y acceso a los recursos (Solar & Irvin, 2010).



**Figura 3.** Marco conceptual de la CDSS.

Fuente: Tomado de Solar & Irvin (2010).

<sup>36</sup> La vivienda y la calidad del vecindario, el potencial de consumo y el entorno físico de trabajo.

<sup>37</sup> Estrés psicosocial, circunstancias y relaciones de vida estresantes, y el apoyo social y estilos de afrontamiento (o su falta).

<sup>38</sup> Nutrición, actividad física, consumo de tabaco y el consumo de alcohol. Así como factores genéticos.

A su vez, los factores socio-económicos de tipo absoluto<sup>39</sup> dentro de un país se dan de forma diferente en la generación de desigualdades en salud según el nivel o ámbito de actuación: escala macro, meso y micro. A escala macro o global, las causas son el ambiente, la ecología, la forma de organización de la sociedad, el sistema de producción económico y la distribución del poder político entre ciudadanos. A nivel meso o intermedio, los factores sociales son el medio laboral, ambiental, familiar y cultural, así como el bajo nivel de ingreso familiar, la pobreza, el desempleo, la precariedad y malas condiciones laboral y vivienda, la explotación infantil, la falta de agua potable y alimentos, contaminación ambiental, el analfabetismo y la falta de apoyo familiar o social. Finalmente, a nivel micro, se consideran dos tipos de factores psicosociales, que pueden ser por el estrés socioeconómico derivado de la vida cotidiana, factores psicosociales y/o estrés en el medio laboral -un nivel elevado de exigencias o una baja capacidad de control y apoyo social, entre otros- (Idem, 106-111).

En el caso de México, Zurita et al (2003) retoman a Diderichsen et al (1998) para su modelo conceptual en el análisis de la desigualdad. Sobresalen como determinantes en la posición social: marginación (rural o urbana) y grupo étnico. Derivado de la revisión documental de los diversos modelos explicativos sobre los determinantes sociales de la salud (*Apéndice B*), Caballero, Moreno, Sosa, Figueroa, Vega y Columbié (s.f.) encuentran que los determinantes más mencionados son: la situación económica, las redes de apoyo social, el empleo y condiciones de trabajo, el entorno psicosocial y demográfico, los estilos de vida, el género y la exclusión. Por lo tanto, de se deben realizar estrategias para disminuir las inequidades sanitarias.

En lo que corresponde al presente estudio, únicamente se abordará la desigualdad en el campo de la salud en sus resultados finales y según uno de sus determinantes, el ingreso. Así como una sola de sus características, la gradualidad (desigualdad relativa), sin llegar a conocer su evolución en diversos periodos debido a la heterogeneidad de la información económica de las fuentes secundarias.

---

<sup>39</sup> Los factores sociales y económicos que inciden en la desigualdad en salud pueden ser de dos tipos: *absolutos*, cuando el nivel de recursos globales del que dispone cada sociedad y grupo social influye en la salud de ésta; y *relativo*, cuando ese nivel de recursos está en función del contexto de un lugar determinado (Benach y Muntaner, 2005, 111).

### 3. El sistema de salud nacional y estatal

#### 3.1 Internacional. Marco jurídico sobre el derecho a la salud

A nivel internacional, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>40</sup> (1948) en el art. 25, se reconoce que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que incluye la salud, asistencia médica, servicios sociales y protección social. En la Declaración de Alma-Ata se ratifica la salud como objetivo el grado más alto de salud en todo el mundo mediante el enfoque de la atención primaria de la salud -la promoción y protección de la salud (OMS, 1978). En 1986 en la Carta de Ottawa, firmada por diferentes Estados, se establece como objetivo “Salud para Todos en el año 2000”. En la Declaración de Yakarta (OMS, 1997) se señala que, “la salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico”.

Posteriormente, en el 2005, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) determina los Objetivos del Desarrollo de Milenio (ODM), algunos relacionados con la salud y especifica las metas de indicadores de salud que deberán lograr los países en el año 2015. Sin embargo, dichos objetivos no fueron cumplidos, por lo que en este año (2016) se pone en marcha la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible,<sup>41</sup> donde se plantean 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluidos los de salud.

Desde la Declaración de Alma-Ata a la actualidad, la salud adquiere una connotación diferente, deja de ser el objetivo principal o fin, para el cual se trazarían políticas, estrategias, esfuerzos coordinados, cooperación y solidaridad entre los Estados y organizaciones no gubernamentales (OMS, OPS, UNICEF, entre otros), transformándose en un medio para la búsqueda del desarrollo o progreso tanto personal como económico y social. “Un medio para la realización personal y colectiva”<sup>42</sup> (Frenk, 2011, 1).

Al igual que el concepto de salud, el Derecho a la Salud es un derecho social universal pero inexacto; pues su conceptualización es variada, en función de los actores y se va transformando según las demandas sociales de los ciudadanos. El derecho a la salud

---

<sup>40</sup> Véase <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

<sup>41</sup> Disponible en <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>

<sup>42</sup> Frenk *op cit.* considera que, la salud es un punto de encuentro. Ahí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica.

es desarrollado a profundidad en los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), cuyo Comité amplió el enfoque del derecho a la salud, al pasar de curar la enfermedad a incorporar la prevención, lo que significa que el entorno físico y social cobra relevancia e implica mayor protección del ser humano, más compromiso administrativo y económico para los Estados (Montiel, 2004).

Por lo que en la Observación General N°14 del DESC, se puntualiza cómo debe entenderse el Derecho a la salud. No debe ser visto como aquel para asegurar que el individuo sea saludable, sino que es “un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud” (ibid).

### **3.2 México. El derecho y el sistema de salud**

#### *3.2.1 El derecho humano a la salud en México*

En 1983, en México se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud y un año más tarde se promulgó la Ley General de Salud,<sup>43</sup> la cual instituyó formalmente el Sistema Nacional de Salud (López y Puentes 2011, 38). La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Artículo 4° enuncia que,

...Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y 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.

La protección se refiere a vivir con sistemas que proporcionen seguridad, caracterizadas por ser construcciones complejas y a la vez frágiles, con el riesgo de que fallen en su objetivo y no cumplir con las expectativas bajo las cuales fueron creadas. Esa sensación de inseguridad surge debido a la incapacidad efectiva de una sociedad para poner en funcionamiento las protecciones que fueron construidas socialmente por ésta misma (Castell, 2008, 13). Sin embargo, dejar éstas protecciones supeditadas al empleo, se reproduce las desigualdades entre los individuos pues quienes no logran tener un trabajo quedan desprotegidos y en riesgo.

---

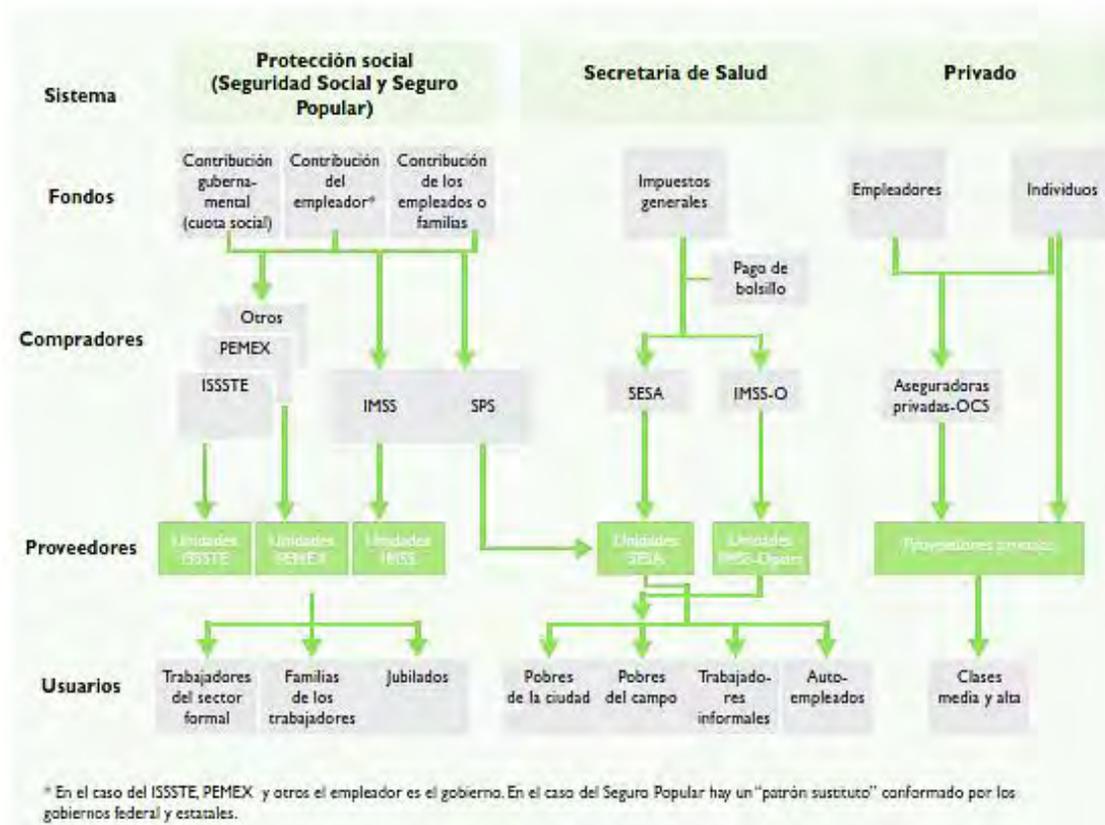
<sup>43</sup> Diario Oficial de la Federación. 2015. Ley General de Salud. Disponible en [http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66\\_D\\_4165\\_12-11-2015.pdf](http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66_D_4165_12-11-2015.pdf)

Cabe señalar, que en 1995 y 1997 se llevaron a cabo las reformas sanitarias, en donde ya no es obligatorio aportar al Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), con la posibilidad de aportar a empresas de seguros privados, es decir, se amplía la gama de opciones para la atención médica. Con esto se rompe el principio básico de la solidaridad y se privatiza la atención a la salud de los trabajadores de las grandes empresas. Estas reformas y los cambios al IMSS, la salud se transformó en una mercancía, dando pie al crecimiento del sector privado a través de los seguros privados de salud, dio por resultado un sistema de atención diferenciado y desarticulado (Eibenschutz, Támez y Camacho, 2008, 129 y 130).

El marco jurídico es sólo un instrumento que dirige el actuar del hombre más no lo define. En algunas ocasiones no es claro y puede ser interpretado a conveniencia. Tampoco especifica lo que está permitido o qué corresponde a cada individuo, la falta de reconocimiento del Otro (Touraine, 1997).

### *3.2.2 El sistema de salud y la protección social en salud*

El sistema de salud en México se compone por: instituciones públicas que atienden a la población no asegurada (Servicios Estatales de Salud (SESA) e IMSS-Oportunidades), instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), Secretaría de Marina (SM) y Petróleos Mexicanos (PEMEX)) y sector privado (SS, 2006, 13). Empero, se trabajaba de forma desarticulada, por lo que se planteó integrar funcionalmente éstos tres componentes y sus unidades médicas a través del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS).



**Figura 4.** Sistema de salud y su organización en México.

Fuente: Secretaría de Salud (2006, 14).

El Sistema Nacional de Salud del país (DOF, 2015) establece que los servicios de salud<sup>44</sup> son de tres tipos: la atención médica, salud pública y asistencia social. La atención médica son servicios dirigidos al individuo e incluye acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas y de urgencias. Dicha atención puede ser a través de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX), al cual acceden los trabajadores formales (derechohabientes); el servicio social o privado, de libre acceso en función de la disposición a pagar y el poder adquisitivo o por la contratación de seguros individuales o colectivos y, los servicios públicos a la población en general (a la población abierta sin seguridad social y afiliados al Seguro Popular) bajo el esquema del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en las unidades médicas de los Servicios Estatales de

<sup>44</sup> Son aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad (DOF, 2015, 12).

Salud (SESA), en el caso de Yucatán las unidades médicas forman parte de los Servicios de Salud de Yucatán (SSY).

Respecto a la atención médica, se sigue el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), diseñado en 1985 y actualizado en 1995<sup>45</sup>. Adicionalmente, en 2006 se propuso el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), que busca integrar<sup>46</sup> las diversas instituciones del sector salud tanto a nivel estatal como federal así como normar la prestación de servicios en los Servicios Estatales de Salud. Esto no significa que, el MIDAS sustituya al anterior, el MASPA, pues lo concerniente a la atención de la población se sigue rigiendo por dicho Modelo.

Los servicios de salud pública son las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia de asistencia social. Enfocado a la protección de la salud humana ante los riesgos y daños dependientes de las condiciones del ambiente y labores; educación para la salud, adopción de hábitos saludables, etc.

Finalmente, la asistencia social son aquellas acciones dirigidas a grupos vulnerables (como apoyos económicos o en especie). En Yucatán, la Administración de la Beneficencia Pública de Yucatán (APBY),<sup>47</sup> considera como población objetivo a las personas de escasos recursos, a quienes apoya en especie con material médico o subsidios.

También hay que considerar que, aunque existan leyes, normas y reglas sobre el derecho a la salud y sobre todo el acceso a los servicios de salud no es sinónimo de inclusión, ni que se ejercerá dicho mandato. Por ejemplo, las personas con Seguro Popular tienen restringido ciertos servicios médicos, su afiliación sólo cubre determinados padecimientos, servicios, medicamentos, etcétera y por lo general, solo se proporciona atención hasta el segundo nivel; en caso de requerir servicios más especializados -de tercer

---

<sup>45</sup> EL MASPA es un instrumento que norma y operacionaliza la prestación de los servicios en las unidades de los Secretaría de Salud en el país, los gobiernos estatales y municipales y para aquellas instituciones que presten servicios de salud a la población sin seguridad social o población abierta. Contemplaba la cobertura universal con énfasis a los grupos vulnerables, calidad en el servicio, incremento de la productividad de los servicios, flexibilidad para su adaptación en las entidades federativas y la participación comunitaria en los programas de atención a la salud (fundamental) (Secretaría de Salud, 1995).

<sup>46</sup> Integración en cuanto a “los servicios personales y no personales de salud, flujos de atención, capacidad de respuesta e instituciones prestadoras de servicios” (SS, 2006, 16).

<sup>47</sup> Puede visitarse <http://www.beneficiayucatan.org/>

nivel de atención-, este Seguro ya no los cubre por lo que deberán ejercer gasto de bolsillo –donde los estudios de diagnóstico o tratamientos son más costosos-, lo que restringirá la atención médica requerida.

Adicionalmente, si un paciente ha sido objeto de una atención inadecuada en cualquier institución de salud, puede acudir ante la Comisión de Arbitraje Médico de Yucatán (CODAMEDY),<sup>48</sup> para la resolución de conflictos entre el médico y paciente –por ejemplo, negligencia médica. Es decir, que a pesar de que se dispone un marco jurídico, éste no es sinónimo de igualdad ni de trato digno, pero sobre todo no hay estrategias que aseguren la atención oportuna y de calidad.

La cobertura y efectividad de los programas de salud pública, sin importar su calidad, es distinta entre los diferentes municipios, regiones y grupos sociales. Existen regiones y grupos poblacionales en los que tanto la atención médica como la salud pública son muy efectivas y eficientes, en particular en materia de protección específica y prevención de enfermedades. Sin embargo, éste no es el caso para todos los mexicanos (López y Puentes 2011, 174).

Desde hace cerca de treinta años, en México la salud pública está obligada a operar en un contexto de desigualdad y pobreza. A pesar de que en las últimas décadas el país ha logrado avances en rubros fundamentales para la vida en comunidad y la convivencia. La existencia de millones de mexicanos sin acceso regular a los servicios de salud es una limitante estructural de los beneficios potenciales de la salud pública. Así, la desigualdad estructural, que caracteriza la vida social en el país, se refleja también en la salud pública (*ibid*).

---

<sup>48</sup> Visitar <http://codamedy.ssy.gob.mx/>

### 3.3 Yucatán

La autoridad sanitaria en el sector salud del estado está representada por los Servicios de Salud de Yucatán (SSY).<sup>49</sup> Quien desempeña funciones similares a la Secretaría de Salud, nivel federal, incluye la implementación de los programas y proyectos de salud en lo que corresponde a las acciones de prevención y evitar riesgos sanitarios para toda la población y en la parte de atención médica sólo se otorgan servicios a la población abierta -sin seguridad social y afiliada al Seguro Popular.

#### 3.3.1 Perfil sociodemográfico y epidemiológico

En el año 2010 la población en el estado de Yucatán ascendía a 1,955,577 habitantes, 963,333 hombres y 992, 244 mujeres, lo que implica que habían 97.1 hombres por cada 100 mujeres (INEGI, 2011). Así mismo es innegable presencia de población indígena con prevalencia de quienes hablan lengua maya. De acuerdo al Censo de población y Vivienda 2010, en este mismo periodo 544, 927 personas de 3 años y más hablaban alguna lengua indígena (51% hombres y 49% mujeres), representa al 30% de la población en esa edad (INEGI, 2010).

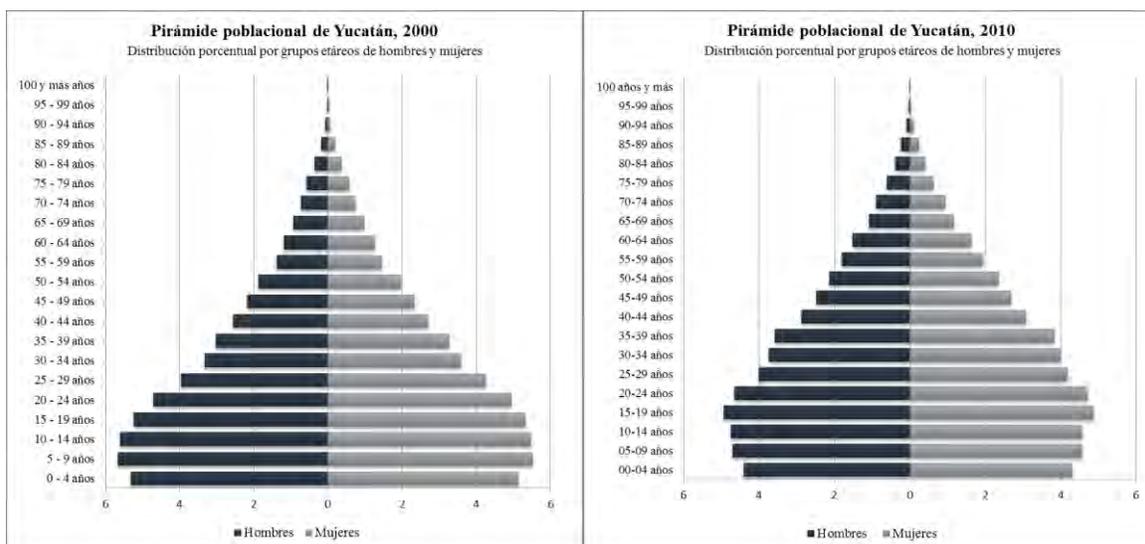
La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) se incrementó de 72.95 a 74.90 años para la población en general, así como por sexo: los hombres pasaron de 70.32 a 72.39 años y las mujeres de 75.71 a 77.54 años; siendo mayor la EVN para las mujeres respecto a los hombres, con un diferencial persistente a través del tiempo de aproximadamente 5 años (CONAPO, s.f.). Una de las consecuencias del incremento en la esperanza de vida es el aumento de las enfermedades crónico degenerativas entre las que se encuentran los tumores malignos (INEGI, 2010, 81).<sup>50</sup>

La pirámide poblacional nos permite conocer el comportamiento demográfico, las variaciones en la mortalidad y natalidad de un lugar determinado, así como su evolución cuando se usan periodos diferentes. Considerando la forma de la pirámide en la figura 5,

---

<sup>49</sup> Se crea en diciembre de 1996 bajo la personalidad jurídica de Organismo Público Descentralizado. De acuerdo al art. 7 de Ley de Salud del Estado de Yucatán (julio de 2007), el Sistema Estatal de Salud, está constituido por las Dependencias, entidades y organismos públicos, así como de las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud en el Estado.

ésta es una pirámide progresiva, que inicia ancha en la parte de abajo respecto a la cima, alcanzando su máximo en el grupo etáreo de 15 a 19 años, para posteriormente conforme aumenta la edad ésta se reduce. Como la gráfica inicia un poco más estrecha que el siguiente escalón, se puede deducirse la existencia de un fenómeno relacionado con la mortalidad en menores de 5 años. Del grupo de 5 a 9 años al de 15 a 19 años hay un incremento de la población, lo que indica una mayor supervivencia de la población > de 5 años. La situación antes descrita es similar tanto en hombre como en mujeres. Contrastando la distribución de la población del 2000 y 2010, en este último año aumentó la población del grupo etáreo de 15 a 19 años, que a su vez representa la mayor concentración de la población –anteriormente se concentraba entre el grupo de 5 a 9 años y de 10 a 14 años, que se traduce en la mejora en las condiciones de vida de la población. Asimismo, hay un incremento de los adultos mayores, más de 60 años, lo que implica demanda de más servicios de salud y enfermedades de elevado costo de tratamiento, como las enfermedades crónicas degenerativas.



**Figura 5.** Evolución de la pirámide poblacional según sexo, 2000 y 2010

Fuente: Elaboración propia con base al XXI Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados Básicos [en línea] y Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico [en línea], INEGI.

*Perfil epidemiológico*

*Principales causas de morbilidad.* De acuerdo al diagnóstico en salud, las diez principales causas de morbilidad en Yucatán se encabezan por las infecciones respiratorias agudas (con una frecuencia de 65.17%), seguida por las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas con 9.82%, las infecciones de vías urinarias con 6.31%, entre otras. Es así que, el grupo de las enfermedades transmisibles predomina como causa de morbilidad entre la población. El total de casos registrados sumaron 1,050, 966 en el año 2010 (*Tabla 1*).

**Tabla 1 . Principales causas de morbilidad en Yucatán, 2010**

<b>Principales causas de morbilidad</b>	<b>Defunciones</b>	<b>%</b>
Infecciones respiratorias agudas	684,913	65.17
Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	103,204	9.82
Infección de vías urinarias	66,316	6.31
Úlceras, gastritis y duodenitis	24,255	2.31
Asma y estado asmático	16,989	1.62
Amibiasis intestinal	14,855	1.41
Traumatismo superficial de la cabeza	11,844	1.13
Hipertensión arterial	11,687	1.11
Otitis media aguda	10,815	1.03
Intoxicación aguda por alcohol	10,056	0.96

Nota: Usa la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS), Servicios de Salud de Yucatán (SSY),

*Principales causas de mortalidad general.* En el 2010, en Yucatán las causas de mortalidad entre la población son encabezada por las enfermedades isquémicas del corazón (14.80%), seguido por la diabetes mellitus (10.88%) y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (6.85%), principalmente (*Tabla 2*). Causas que pertenecen al grupo de enfermedades no transmisibles, y que indican la transición epidemiológica presente en el estado. Pero, a la vez, persisten enfermedades transmisibles como las infecciones respiratorias agudas bajas, que ocupa el quinto lugar como causa de muerte, con 3.86%. Es decir, no hay una transición completa hacia el otro grupo de enfermedades, lo que implica

llevar a cabo estrategias de salud pública en ambos sentidos. En total, en el estado se registraron 11,153 muertes en el periodo mencionado<sup>51</sup>.

**Tabla 2.** Principales causas de mortalidad general en Yucatán, 2010

Principales causas de mortalidad	Defunciones	%
Enfermedades isquémicas del corazón	1,651	14.80
Diabetes mellitus	1,213	10.88
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	764	6.85
Enfermedad cerebrovascular	712	6.38
Infecciones respiratorias agudas bajas	431	3.86
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	362	3.25
Nefritis y nefrosis	237	2.12
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	203	1.82
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	196	1.76
Enfermedades hipertensivas	192	1.72

Nota: Usa la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS), Servicios de Salud de Yucatán (SSY),

*Principales causas de mortalidad infantil.* En el año 2010, se registraron 418 defunciones de menores de 1 año de edad. Las cinco principales causas de la mortalidad en éste grupo etáreo fueron: asfixia y trauma al nacimiento (24%), malformaciones congénitas del corazón (13%), bajo peso al nacimiento y prematuridad (8%), infecciones respiratorias agudas bajas (5%) y enfermedades infecciosas intestinales (4%). El grupo de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales concentra más de la mitad de las defunciones de los menores de 1 año de edad. Seguido por las enfermedades no transmisibles con 34% y, en menor medida con 1% cada una, las causas externas de morbilidad y mortalidad y las causas mal definidas.

<sup>51</sup> Del 2000 al 2010 las 10 principales causas de defunciones son similares, encabezadas por las enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, enfermedades cerebrovasculares, infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, nefritis y nefrosis y accidentes de vehículo de motor. En el 2010 ascienden en la lista de causas los suicidios y las enfermedades hipertensivas (comparado con 10 años atrás). Por su parte, las causas por desnutrición calórica proteica y asfixia y trauma al nacimiento son desplazadas por las causas anteriormente mencionadas, cuando en el año 2000 ocupaban el 7° y 9° lugar.

**Tabla 3.** Principales causas de mortalidad infantil, 2010

Principales causas de mortalidad infantil	Defunciones de < 1 año	%
Asfixia y trauma al nacimiento	102	24
Malformaciones congénitas del corazón	55	13
Bajo peso al nacimiento y prematuridad	35	8
Infecciones respiratorias agudas bajas	20	5
Enfermedades infecciosas intestinales	16	4

Nota: Usa la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Fuente: Elaboración propia con datos del Cubo de Defunciones 1979-2011[en línea], DGIS.

### 3.3.2 Recursos materiales y humanos en salud

#### *Recursos de las instituciones del sector público.*

En el año 2010, en el estado de Yucatán se dispone de 407 unidades médicas de salud de diferentes niveles de operación (INEGI, 2011) correspondiente a las diversas instituciones del sector público: IMSS (31), ISSSTE (16), SEDENA (4), SEMAR (1), IMSS Oportunidades (98), SSY (177) y DIF (80).<sup>52</sup> Cada nivel de operación difiere en su capacidad de resolución de un problema de salud. En el primer nivel de atención médica, son 388 las unidades médicas que prestan servicios de consulta externa a la población en el estado -atención primaria-; en el segundo nivel de atención son 15 unidades de hospitalización general, que atiende a los pacientes referenciados de las diversas unidades médicas de primer nivel y proporciona servicios de laboratorio, estudios de gabinete, intervenciones quirúrgicas, urgencias, consulta externa entre otros. Finalmente, en el tercer nivel son 4 unidades de hospitalización especializada, que prestan servicios médicos especializados acorde a problemas de enfermedad específicos. Asimismo, en algunos

<sup>52</sup> Incluye: una unidad médica (Cree), 66 unidades básicas de rehabilitación, 8 CADI, 3 CDF, 1 CAIMEDE y las instalaciones ubicadas en el edificio central del DIF (INEGI, 2011).

municipios del estado la Secretaría de Salud (SS) pone a disposición de la población 126 casas de salud y 380 Técnicas en salud.<sup>53</sup>

Adicionalmente, los recursos materiales de estas unidades médicas del sector son 1,548 camas censables, 1,299 camas no censables y 1,085 consultorios, principalmente (INEGI, 2011). Dos de los principales indicadores de los recursos materiales en las instituciones públicas, los consultorios y camas censables, son insuficientes. De 1980 al 2008 los consultorios pasaron de 29.2 a 49.2 por cada 100 mil habitantes y las camas censables de 72.6 a 78.4, cada uno con los vaivenes a través de dichos años.

En cuanto a los recursos humanos en salud, el personal de salud ha tenido un comportamiento al alza de 1980 al 2008 al pasar de 81.4 a 244 enfermeras por cada 100 mil habitantes (2.4 enfermeras por cada mil habitantes, empero la OMS establece que deben ser 8.8 enfermeras por cada 1,000 habitantes) y de 60.1 a 161.2 médicos por cada 100 mil habitantes (3.2 médicos por 100 mil habitaciones, según estándar de la OMS), exceptuando las caídas en los años 1987 (117 enfermeras y 85 médicos) y 2003 (191.3 enfermeras y 88.6 médicos) en ambos indicadores.

#### *Establecimientos privados de servicios de salud.*

En el sector privado, 31 establecimientos particulares prestan servicio de hospitalización –segundo nivel de atención-, cuyo personal médico asciende a 138 empleados en nómina<sup>54</sup>, entre personal en contacto directo con el paciente (134) y personal en otras labores (4). Los recursos materiales son 111 consultorios generales y de especialidad, 451 camas censables, 182 camas no censables, principalmente (INEGI, 2011).

En el 2010, se atendieron 28 mil egresos hospitalarios, cerca de un 25% comparado con los egresos hospitalarios del sector público (106, 955 egresos hospitalarios). Esto nos deja ver que existe una demanda considerable por los servicios de los establecimientos particulares, pero sin saber las razones de la decisión del paciente por atenderse en dichas

---

<sup>53</sup> Se refiere a las personas oriundas de las propias comunidades, líderes que gozan de prestigio y reconocimiento y que están capacitadas para otorgar servicios básicos de salud, independientemente si existe o no casa de salud en su municipio (INEGI, 2011).

<sup>54</sup> El personal médico en nómina es el registrado en la plantilla del establecimiento, y es pagado por el hospital cubriendo una jornada laboral (INEGI, 2011).

instituciones en lugar de la institución del sector público en caso de que fuese derechohabiente en alguna de ellas. O su preferencia por las instituciones privadas –calidad en el servicio, atención oportuna y resolutive, entre otros-; así como en el poder adquisitivo de los pacientes; las prestaciones laborales y de salud - seguro médico para atención en establecimientos particulares; o si acaso fue por la incapacidad y/o la saturación de las instituciones públicas.

#### *Parteras y médicos tradicionales.*

Una de las costumbres de la población -principalmente de la población rural y que habla lengua maya- es, en algunos casos, atenderse con médicos locales, es decir, médicos tradicionales y parteras. Los Servicios de Salud de Yucatán en coordinación con el Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya (INDEMAYA) llevaron a cabo el Censo de Parteras Tradicionales 2015, en el que registraron 196 parteras, con una edad promedio de 62 años y en promedio 28.3 años de servicio (SSY, s.f.).

De igual manera, según el Censo de médicos tradicionales 2015 (SSY, s.f.), se han identificado 155 médicos tradicionales, 67 hombres y 88 mujeres, en 33 municipios del estado de Yucatán. La edad promedio de los médicos tradicionales es de 64 años, quienes se especializan en mínimo una de las siguientes actividades: sobador, x-men (espiritual), hierbatero, huesero, J'mens y/o culebrero. El 59% de las parteras y 46% de los médicos tradicionales se concentran en la región VI Oriente, seguido por la región VII Sur con presencia de 18% y 19%, respectivamente. Únicamente, en la región IV Litoral Centro no hay registro de algún médico tradicional.

### *3.3.3 Perfil socioeconómico y crecimiento económico y su distribución*

#### *Población ocupada y salarios*

La capacidad de trabajar es el activo más importante que posee la mayoría de las personas (Vargas, 2002), la obtención de un empleo e ingreso constituye un medio para acceder a los satisfactores esenciales. El salario es la percepción por realizar un trabajo, es la contrapartida que recibe un empleado por su fuerza de trabajo. Una de las fuentes de

ingreso total de una familia –las otras es la propiedad, el capital y las transferencias del gobierno.

En el año 2010, la población ocupada en Yucatán ascendió a 777 mil 466 personas de 12 años, 60% de la población ocupada recibió máximo 3 salarios mínimos (Figura 6). También puede observarse que, 13.74% de la población percibe máximo 1 salario mínimo (s.m.), superior a la población con ese ingreso a nivel nacional; y 10.65% de los yucatecos no recibió un ingreso (INEGI, 2010).



**Figura 6.** Población ocupada según ingreso por trabajo en Yucatán, 2010

Nota: Se expresa en salario mínimo mensual (s.m.).

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Ampliado, INEGI.

De la población ocupada y asalariada en Yucatán (511,295 personas) tan sólo 68.23% tiene prestaciones laborales y/o sociales, y no todos gozan de ellas en su totalidad: 80% está cubierto por el servicio médico y recibe aguinaldo, 70% tiene vacaciones pagadas, 50% reparto de utilidades o prima vacacional y apenas 62% dispone de ahorro para el retiro (INEGI, 2010).

Lo anterior sólo considera a la población que labora en la formalidad, por lo que habrá que pensar en las personas que se encuentran trabajando en la informalidad – que no aparecen en las estadísticas ni fuentes de información oficiales-, quienes no tienen siquiera el mínimo de esas prestaciones. Quienes que con su ingreso tienen que solventar sus gastos

médicos y de salud (con la posibilidad de inscribirse al Seguro Popular, pero que está limitado al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) además de las deficiencias del sistema de salud, como la calidad, trato, tiempo de espera, accesibilidad y desabasto de medicamentos), alimentación, educación, entre otras necesidades básicas.

### *Productividad en los sectores económicos*

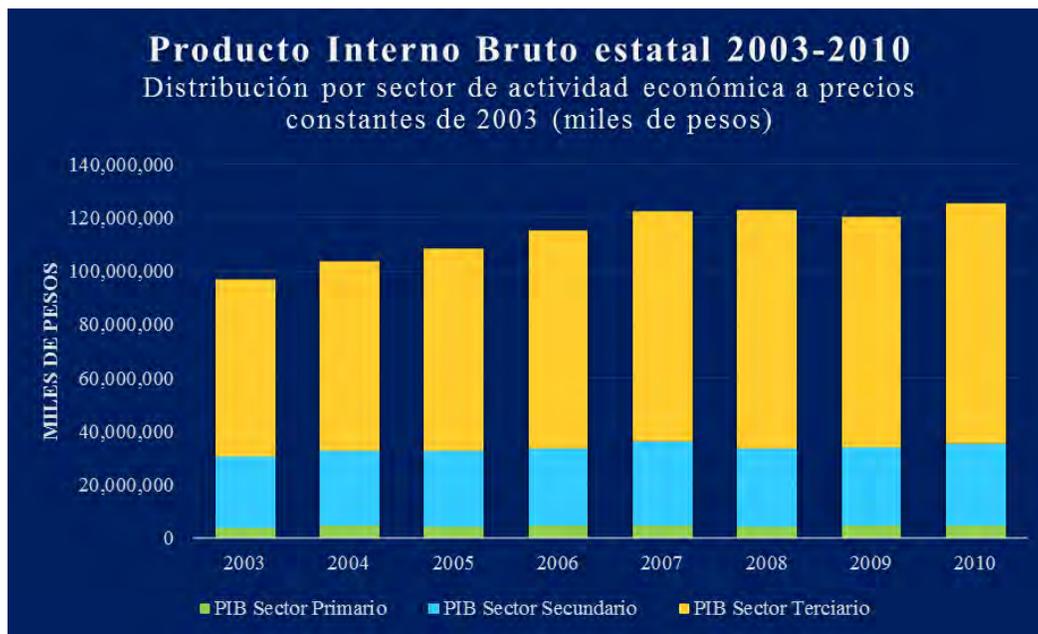
Cuando se habla de Producto Interno Bruto se está haciendo referencia al valor de todos los bienes y servicios finales producidos por un país a lo largo de un determinado periodo, que generalmente es de un año. No incluye los bienes y servicios que se utilizan de nuevo para producir otros bienes y servicios. Existen tres métodos diferentes de estimarse: del ingreso,<sup>55</sup> del gasto o la demanda y del valor añadido o agregado o de la producción. En este último método se considera que, para producir bienes de consumo final se requieren de insumos o de bienes intermedios; por tanto, mediante este método se suman los valores añadidos (a los bienes intermedios) en cada fase del proceso productivo y en cada sector de actividad económica: primario, secundario y terciario (Ramales, 2010; Méndez, 1996). De acuerdo a esto es que el INEGI obtiene el PIB a nivel nacional y estatal.

El PIB del estado (a precios constantes del 2003)<sup>56</sup> se ha incrementado del 2003 al 2010, así lo demuestran los datos del Banco de Información del INEGI, al pasar de 95,956,498 a 122,963,277 miles de pesos con 28% de variación porcentual en ese lapso. Es el sector del comercio y servicios (sector terciario) el que más aporta al PIB total y también el que más creció, 36% (en promedio 4.45% anual). Del 2008 al 2009 la actividad económica decreció -2.39%, debido a la disminución en la producción del sector terciario, mientras que los otros dos sectores: primario y secundario continuaron su tendencia de aumento de la producción aunque cada vez con incrementos decrecientes, es decir, que aumenta su producción pero en menor proporción a los periodos anteriores (*Véase Figura 7*).

---

<sup>55</sup> Las familias, las empresas y los dueños de la tierra. Las familias trabajadoras reciben sueldos y salarios por la venta de su fuerza de trabajo a las empresas, las empresas obtienen beneficios (o ganancias) por las actividades productivas que realizan y también pagos de intereses en caso de empresas financieras (como bancos, casas de bolsa, casas de cambio, etc.).

<sup>56</sup> El PIB a precios constantes indican que se valoraron las cantidades anuales de cada bien y servicio producido por los precios que se registraron en el año “base”, que este caso fue el año 2003. Con lo que se reducen las posibles fluctuaciones en el precio y permite conocer los incrementos efectivos en las cantidades producidas, y de esta forma se pueden hacer comparaciones (INEGI, 2012).



**Figura 7.** Evolución del PIB estatal (miles de pesos), 2003-2010

Nota: Distribución del PIB estatal por sector de actividad económica precios constantes de 2003 (miles de pesos).

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI: Banco de Información [en línea].

Si se considera que para lograr una mayor productividad uno de los factores es la utilización de la fuerza de trabajo, en el caso del sector terciario, 62.21% de la población ocupada del estado desempeñaba actividades en dicho sector, en el año 2010. Situación similar se observa en 4 de las 7 regiones del estado, que se muestra más adelante.

Aunque, por otra parte, sería engañoso pensar que el sector terciario es más productivo que los otros dos, hay que considerar el precio de los bienes y/o servicios producidos en uno y otro sector son valorados de formas diferentes. Por lo general los precios son más bajos en el sector primario, ejemplo, una tonelada de chile o maíz suele tener un menor valor en el mercado que un lote de ropa maquilada. Es decir, el valor agregado de los bienes del sector primario es menor comparado con los otros dos sectores.

De acuerdo a lo anterior, se podría suponer que, con un estado reposicionado económicamente existe relación positiva en cuanto a las mejores condiciones laborales, de salud y de vida de los trabajadores y sus familias.

### *Distribución del ingreso y la población en situación de pobreza*

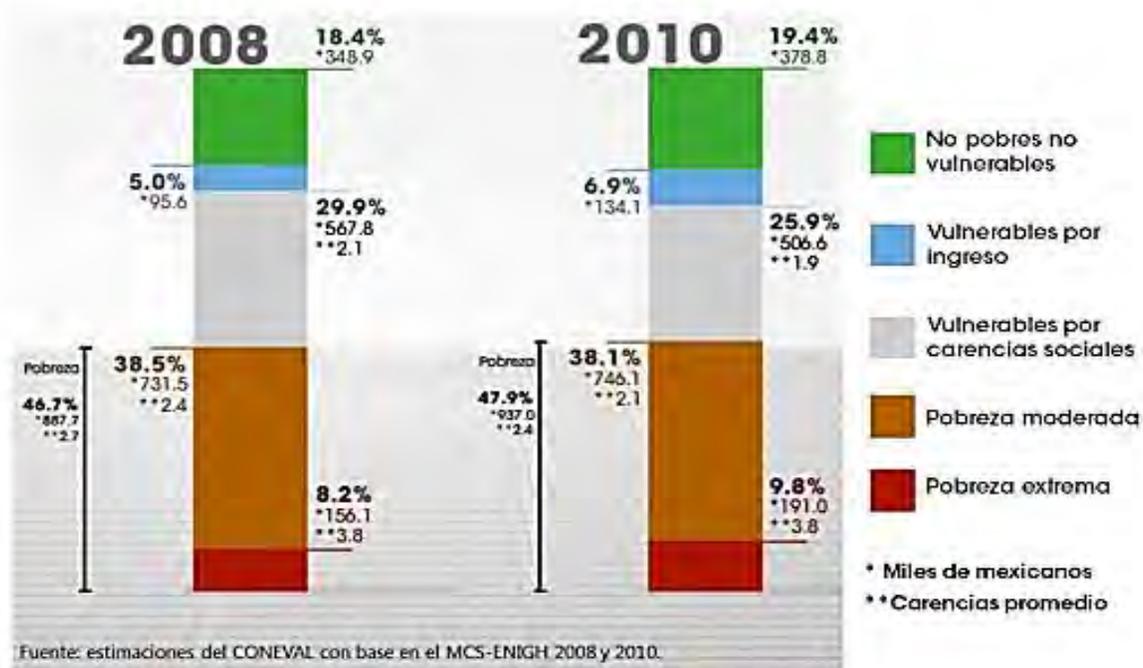
En México la institución oficial de la medición de la pobreza es el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), que clasifica a la población en función a cinco categorías: los pobres, los pobres extremos, los vulnerables por ingreso, los vulnerables por carencias sociales y finalmente los que no son pobres ni vulnerables.<sup>57</sup>

De acuerdo a los datos publicados, del 2008 al 2010, la población que no era pobre ni vulnerable aumentó 5.43% -pasó de 348.9 a 378.8 mil personas. En términos generales en Yucatán, la pobreza (moderada y extrema) creció, de 46.7% a 47.9%, es decir, habían 49, 363 personas pobres más en el 2010, aunque las carencias disminuyeron de 2.7 a 2.4 en promedio. Dentro de este rubro, es la pobreza extrema la que aumentó de 8.2% a 9.8% - una variación porcentual de 19.5- mientras que la pobreza moderada se contrajo de 38.5% a 38.1% -descenso de 1.04%- (CONEVAL, 2012, 19). Si se consideran ambos niveles de pobreza, cerca de la mitad de la población del país se encuentra en dicha situación.

Por su parte la población vulnerable por ingreso también aumentó de 5.0% a 6.9%. En sentido opuesto, quienes se consideraron como vulnerables por carencias sociales descendieron, aunque representan un poco más del 25% de la población del país (Figura 8).

---

<sup>57</sup> El CONEVAL establece que: 1) una persona se encuentra en situación de pobreza cuando presenta al menos una carencia social y no tiene un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades (su ingreso es inferior al valor de la línea de bienestar); 2) una persona se encuentra en pobreza extrema cuando presenta 3 o más carencias sociales y no tiene un ingreso suficiente para adquirir una canasta alimentaria (su ingreso es inferior al valor de la línea de bienestar mínimo); 3) una persona es vulnerable por carencias sociales si presenta una o más carencias sociales pero tiene un ingreso superior a la línea de bienestar; 4) una persona es vulnerable por ingresos si no presenta carencias sociales pero que su ingreso es inferior o igual a la línea de bienestar y 5) una persona no es pobre y no vulnerable si su ingreso es superior a la línea de bienestar y no tiene carencias sociales (CONEVAL, 2012, 52)



**Figura 8.** Pobreza en Yucatán, 2008 y 2010.  
Fuente: Tomada de CONEVAL, 2012.

## 4. Desigualdad social en salud en las regiones de Yucatán

### 4.1. Regiones: breve contextualización sobre la condición de vida y social

#### 4.1.1 Características básicas de la vivienda

Como se puede observar en la Tabla 4, el promedio de ocupantes por vivienda es similar en las siete regiones, sólo dos regiones, el IV Litoral Centro y V Noreste se ubican por debajo del promedio estatal (3.85 ocupantes por vivienda); más del 90% de los ocupantes de las viviendas tienen acceso al agua entubada; asimismo, predomina el cemento o firme (50%) como material en pisos en las regiones a excepción de la II Noroeste –donde más del 70% de las viviendas tienen como piso madera, mosaico u otro recubrimiento.

**Tabla 4.** Condiciones básicas de la vivienda y ocupantes en las regiones de Yucatán, 2010

Región	Promedio de ocupantes por vivienda	Porcentaje de ocupantes en viviendas que disponen de agua entubada <sup>1</sup>	Porcentaje de ocupantes que disponen de excusado y drenaje <sup>2</sup>	Material en pisos en las viviendas <sup>3</sup> (%)		
				Tierra	Cemento o firme	Madera, mosaico u otro recubrimiento
I Poniente	3.97	93.83	51.75	4.07	69.71	25.96
II Noroeste	3.91	95.91	68.55	1.02	27.41	70.37
III Centro	3.80	97.21	56.35	2.95	68.93	27.53
IV Litoral Centro	3.61	93.29	72.31	1.86	61.75	36.11
V Noreste	3.77	98.09	76.90	8.03	59.71	31.89
VI Oriente	4.44	98.16	51.62	7.43	63.66	28.55
VII Sur	4.19	98.71	61.58	5.26	54.95	39.61
Yucatán	3.85	97.24	78.27	2.78	41.33	55.04

Nota (s):

<sup>1</sup>Incluye las viviendas particulares habitadas con agua entubada dentro de la vivienda o en el terreno, la que se acarrea de otra vivienda o de un hidrante o llave pública.

<sup>2</sup>Incluye las viviendas particulares habitadas con cualquier drenaje.

<sup>3</sup>La suma de los diversos tipos de material de piso posiblemente no sume el total de viviendas, se excluye la información no especificada.

Fuente: Elaboración con datos del INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

#### 4.1.2 Población de habla indígena

Considerando a la población de 3 años y más de edad se sabe que las regiones con más mayahablantes son VI Oriente y VII Sur, con 71% y 59% respectivamente. De las personas que hablan lengua indígena más del 80% de la población también habla español. Por el contrario, en la región II Noroeste y IV Litoral Centro más del 70% de su población no habla alguna lengua indígena, es decir, predomina como lengua el español (Tabla 5).

**Tabla 5.** Población de habla indígena en las regiones de Yucatán, 2010

Región	Población de 3 años y más	Condición de habla indígena (%)					
		Habla lengua indígena				No habla lengua indígena	No especificado
		Total	Habla español	No habla español	No especificado		
I Poniente	101,669	39.20	93.97	3.93	2.10	60.48	0.32
II Noroeste	1,063,076	12.91	95.79	1.07	3.14	86.35	0.74
III Centro	76,421	47.10	93.09	3.94	2.96	52.70	0.20
IV Litoral Centro	87,786	24.97	95.79	1.11	3.09	74.82	0.21
V Noreste	114,699	40.71	92.78	5.54	1.68	59.08	0.21
VI Oriente	214,641	71.22	82.38	17.01	0.61	28.57	0.21
VII Sur	184,241	59.92	90.27	8.81	0.91	39.96	0.12
Yucatán	1,842,533	29.57	90.34	7.89	1.77	69.91	0.52

Fuente: Elaboración con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

Llama la atención que en la región VI Oriente una parte representativa de su población es monolingüe, solo habla lengua indígena, 17.01%; seguido por la VII Sur con 7.89%. Por lo que sería imprescindible disponer de bienes y servicios de salud, personal, actividades de prevención y promoción, y demás satisfactores de salud para este grupo de población.

### 4.1.3 Educación

En educación, las regiones VI Oriente y VII Sur el 21% y 17% de su población de 15 años y más es analfabeta (Tabla 6), respectivamente. Nuevamente, las regiones II Noroeste y IV Litoral Centro presentan la menor proporción de su población analfabeta. Lo común en las regiones es que las mujeres son más analfabetas comparadas con los hombres. La región II Noroeste tiene a la población con el mayor grado escolar, 7.23 años en promedio; así mismo en esta Región, 22.90% de la población de 18 años y más tiene un nivel educativo superior al básico, es decir, que aprobaron el bachillerato y otros estudios académicos como una licenciatura y/o posgrado. También en la región IV Litoral Centro 22.53% de su población de 18 años y más continúa la escuela después de la secundaria.

**Tabla 6.** Condición de alfabetismo, grado escolar y nivel educativo superior al básico, 2010

Región	Condición de alfabetismo (%)						Promedio de Grado Escolar (Años)	P18YM_PB (%)
	Alfabeta			Analfabeta				
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres		
I Poniente	85.55	52.08	47.92	13.96	41.99	58.01	6.36	15.84
II Noroeste	89.56	51.18	48.82	10.03	41.15	58.85	7.23	22.90
III Centro	81.56	51.91	48.09	17.96	43.32	56.68	5.94	13.16
IV Litoral Centro	87.42	51.40	48.60	12.17	47.58	52.42	6.84	22.53
V Noreste	86.02	50.67	49.33	13.42	49.00	51.00	6.24	17.03
VI Oriente	78.41	52.69	47.31	21.18	42.35	57.65	5.68	10.79
VII Sur	82.14	50.18	49.82	17.49	42.91	57.09	6.05	14.94
Yucatán	90.00	49.53	50.47	9.23	41.03	58.97	8.22	34.20

Fuente: Elaboración con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

#### *4.1.4 Composición y sectores de la actividad económica*

La Población Económicamente Activa (PEA) es aquella población de 12 años y más disponible para trabajar. En contraparte está la población no económicamente activa que se integra por este mismo grupo poblacional pero que no pueden trabajar como los jubilados, pensionados, amas de casa, estudiantes, etcétera y que representa el 50% de la población en las regiones III, IV, V y VI. De la PEA están los ocupados –quienes tienen un empleo o al menos laboraron una vez en la semana de la encuesta del Censo 2010 del INEGI- en todas las regiones asciende a más del 95% de la población de 12 años y más de cada región (Tabla 7).

Las dos regiones con menor porción de desocupación de su población son la VII Sur y II Noroeste, 1.93% y 2.25%. Es probable que esto se deba a la cercanía de las regiones, en donde la población de la región VII Sur pudiese ser que se desplace hacia la II Noroeste, donde se ubica la ciudad de Mérida y mayores opciones de empleo e infraestructura productiva. Aunque el Censo no especifica si considera que el lugar de residencia sea el mismo que el de trabajo.

En cuanto al sector donde se emplean se tiene que: en las regiones I Poniente, II Noroeste y III Centro un tercio de la población ocupada realiza actividades en el sector secundario y otro tercio en Servicios. En el caso del IV Litoral Centro un tercio de los trabajadores se desarrollan en el sector servicios y casi 25% en el secundario y 28% en el sector primario (en la pesca, considerando su ubicación geográfica y orografía). Mientras que, en el V Noreste y VI Oriente predomina la actividad en el sector primario –posiblemente en la ganadería. En la región Sur población se ocupa en el sector primario y secundario, 33% y 31%, respectivamente.

**Tabla 7.** *Distribución de la actividad económica y de la población ocupada en los sectores económicos, 2010*

Región	Condición de actividad económica (%)				Población ocupada según			
	Población económicamente activa			Población no económicamente activa	sector de actividad económica (%)			
	Total PEA	Ocupada	Desocupada		Primario <sup>1</sup>	Secundario <sup>2</sup>	Comercio	Servicios <sup>3</sup>
I Poniente	49.68	97.30	2.70	49.89	23.18	33.28	12.75	30.39
II Noroeste	52.44	97.75	2.25	47.12	11.90	33.01	15.72	38.81
III Centro	45.35	96.76	3.24	54.06	25.53	31.95	10.81	31.19
IV Litoral Centro	47.09	97.64	2.36	52.42	28.27	23.68	11.99	35.66
V Noreste	48.08	96.94	3.06	51.25	44.46	17.12	13.77	24.25
VI Oriente	47.28	97.66	2.34	52.03	44.53	25.66	8.67	20.79
VII Sur	51.93	98.07	1.93	47.54	33.46	31.95	10.99	23.24
Yucatán	52.49	97.42	2.58	46.84	12.20	24.96	18.56	43.65

Nota (s):

<sup>1</sup> Agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca.

<sup>2</sup> Minería, extracción de petróleo y gas, industria manufacturera, electricidad, agua y construcción.

<sup>3</sup> Transporte, gobierno y otros servicios.

Fuente: Elaboración con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

#### *4.1.5 Población con seguridad social*

El estado de Yucatán ha logrado aumentar la población derechohabiente del 2000 al 2010, esto en su mayor parte por la afiliación de las familias a los programas denominados Seguro Popular y Nueva Generación, que están enfocados a la población abierta de escasos recursos. Por lo que en dicho periodo se pasó de 53.9 a 24.1 % de población sin derechohabiencia a servicios de salud. En cuanto al aseguramiento por sexo había 107.2 y 107 mujeres aseguradas por cada 100 hombres asegurados, respectivamente -similar al nacional: 107.8 y 107.3-, que es comprensible pues, como se mencionó, es mayor la población femenina (INEGI, 1990-2010).

Las regiones con más derechohabientes son la IV Litoral Centro (80.91%) y V Noreste (83%), y las dos con menos población asegurada son el I Poniente (69.94%) y II Noroeste (71.96%), a pesar de que esta última región es donde se ubica la capital del estado y mayor concentración de población así como de servicios médicos. Aproximadamente, una cuarta parte de la población del estado carece de afiliación a algunas de las instituciones de servicios de salud. Entre las Instituciones de seguridad en salud es el IMSS la de mayor población derechohabiente – para las primeras cuatro regiones del Tabla 8-, seguido por el Seguro Popular- recordando que limita su atención a un Catálogo de Servicios y cuya población objetivo son las personas sin seguridad social, es decir, población abierta. Del 75% al 89% de la población de las regiones IV Noreste, V Oriente y VI Sur se encuentra afiliada al Seguro Popular. En general, entre las siete regiones, máximo 3% de la población tiene un seguro en salud en alguna institución privada (*Véase Tabla 8*).

**Tabla 8.** Población derechohabiente según institución de seguridad social, 2010

		Condición de derechohabiencia a servicios de salud (%)								
		Derechohabiente <sup>1</sup>							No derechohabiente	
Región	Total Derechohabiente	IMSS	ISSSTE	ISSSTE estatal	Pemex, Defensa o Marina	Seguro Popular o para una Nueva Generación <sup>2</sup>	Institución privada	Otra institución <sup>3</sup>		
I	Poniente	69.94	53.02	2.84	0.08	0.23	41.01	1.10	2.43	29.77
II	Noroeste	71.96	64.40	3.91	0.13	0.78	27.28	2.90	1.23	27.38
III	Centro	73.09	47.26	2.22	0.08	0.07	46.27	2.15	2.59	26.32
IV	Litoral Centro	80.95	46.15	5.21	0.08	0.42	45.44	2.14	1.80	18.69
V	Noreste	83.32	21.37	3.15	0.13	0.11	75.58	0.57	0.25	16.49
VI	Oriente	79.76	7.42	2.18	0.06	0.20	89.88	0.49	0.52	19.86
VII	Sur	78.62	16.75	4.98	0.18	0.15	78.89	0.59	0.61	21.13
Yucatán		74.87	51.99	6.35	0.22	0.91	38.43	2.35	1.21	24.08

Nota (s):

\*La población total incluye una estimación de población a nivel estatal de 12 117 personas que corresponden a 4 039 viviendas sin información de ocupantes.

<sup>1</sup> La suma de los derechohabientes en las distintas instituciones de salud puede ser mayor al total por aquella población que tiene derecho a este servicio en más de una institución de salud.

<sup>2</sup> Incluye al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que coordina la Secretaría de Salud (SSA).

<sup>3</sup> Incluye instituciones de salud pública o privada.

Fuente: Elaboración con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

#### 4.1.6 Mortalidad general

*Tasa de mortalidad general.* La tasa de mortalidad bruta indica que las regiones con mayor índice de defunciones son el Centro y Litoral Centro con 7.27 y 7.23 defunciones por cada 1,000 habitantes, respectivamente. Éste indicador permite comparar las defunciones de manera interna para cada región, según su propia población. Sin embargo éste tipo de medidas es sesgada para hacer comparaciones entre regiones. Por lo que se obtuvo la tasa de mortalidad estandarizada, cuya principal característica es disminuir aquellos factores como las diferencias en la distribución de las defunciones por grupos quinquenales de edad y de la población entre las regiones.

Es así que, una vez estandarizada la mortalidad, la región con mayor proporción de muertes es la Centro con 6.09 defunciones por cada 1,000 habitantes. Seguido por las regiones Poniente y Noreste con 5.77. También se ha identificado una similitud en las tres regiones: más del 60% de la población ocupada desempeña sus actividades en el sector secundario y terciario. A su vez, podría considerarse que están expuestos a un mayor riesgo laboral, estrés y contaminación urbana.

**Tabla 9.** *Comparativo de la Tasa de Mortalidad Bruta y Estandarizada, 2010*

Región	TM bruta <sup>1/</sup>	TME <sup>2/</sup>
I Poniente	5.41	5.77
II Noroeste	5.73	5.77
III Centro	7.27	6.09
IV Litoral Centro	7.23	5.73
V Noreste	6.06	5.63
VI Oriente	5.00	5.60
VII Sur	5.31	5.54
Yucatán	5.74	NA

Nota (s):

1/ Tasa de mortalidad bruta (TM bruta).

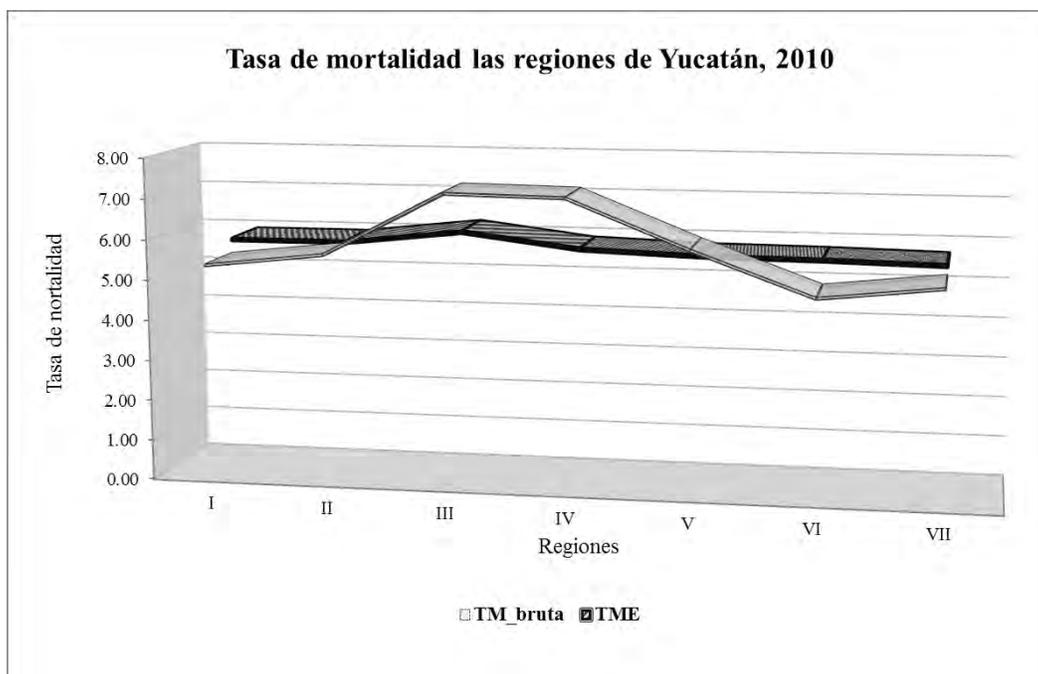
2/ Tasa de mortalidad estandarizada (TME).

\*Defunciones quinquenales según al año de registro y municipio de residencia.

\*\*Tasa de mortalidad por cada 1,000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos de los Cubos dinámicos de DGIS y el Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico, INEGI.

La diferencia en el uso de una u otra tasa puede visualizarse mejor en la siguiente Figura 9, donde la tasa de mortalidad estandarizada presenta una curva más suavizada que la tasa bruta de mortalidad – picos pronunciados en la región III Centro y IV Litoral Centro, que harían pensar amplia divergencia entre las regiones.



**Figura 9.** Tasa bruta y estandarizada de la mortalidad general según regiones de Yucatán, 2010

Fuente: Elaboración propia con datos de los Cubos Dinámicos de la DGIS y Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico, INEGI.

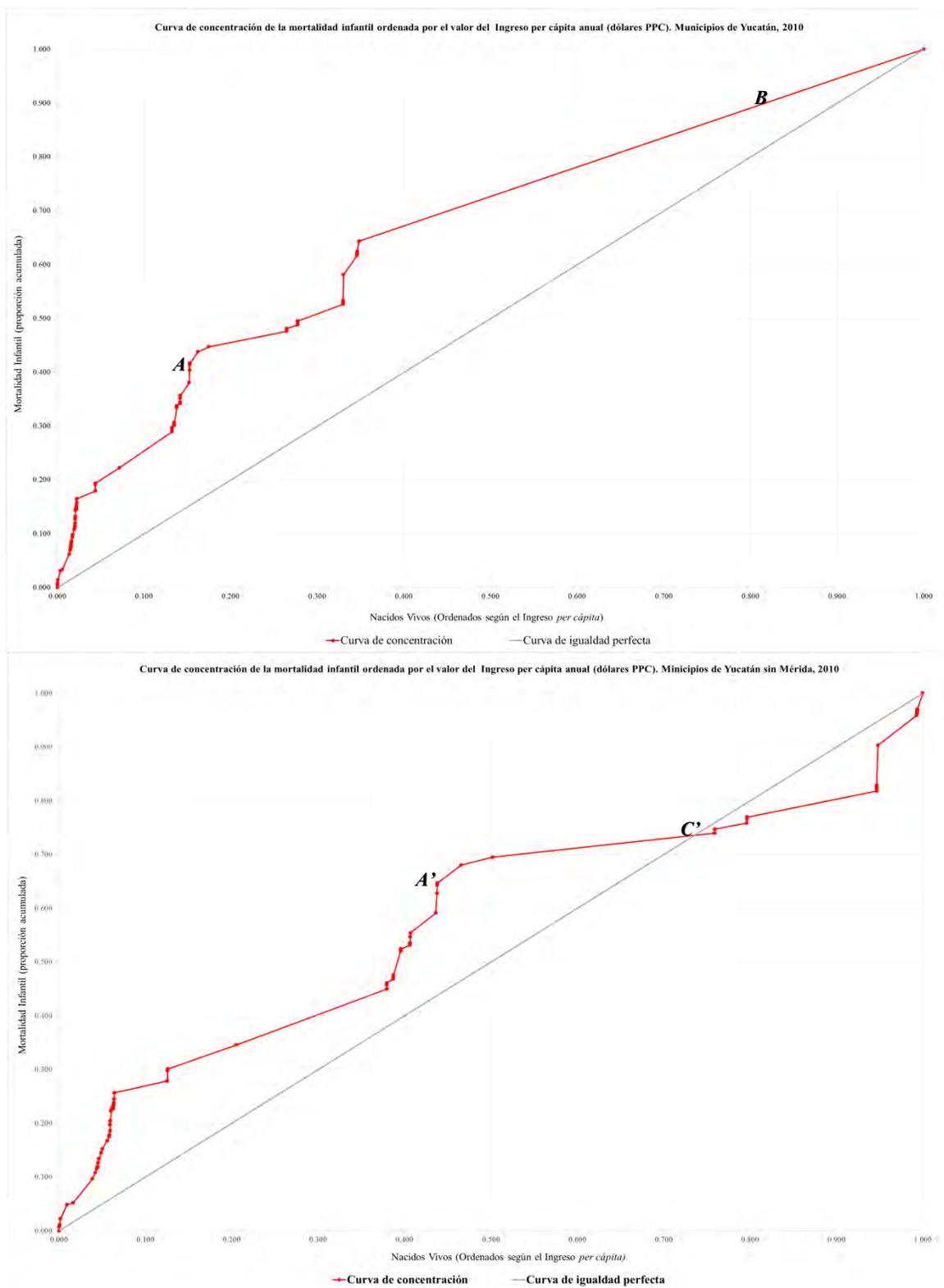
#### 4.2. Resultados del Índice de Concentración y curva de concentración: caso Yucatán

##### *Cálculo del IC del estado*

Teniendo como unidad de análisis los 106 municipios del estado de Yucatán se obtiene una curva de concentración con forma convexa y un IC de -0.3287. Esto indica la desproporcionada distribución de la mortalidad infantil por el diferencial en el ingreso *per cápita*, de tal forma que, hay una mayor concentración de la mortalidad entre la población con menor ingreso *per cápita*. En el punto *A*, de la Figura 9, 40% de las muertes de menores de 1 año sucedieron en el 15% de pobres de la población de nacidos vivos. Mientras que, 10% de las defunciones se encuentra entre al 20% de la población más rica (punto *B*).

Adicionalmente, se consideraron las mismas unidades de análisis, pero excluyendo al municipio de Mérida, área geográfica donde reside cerca de la mitad de la población del estado (aproximadamente 800 mil hab. de 2 millones de hab. del estado), con el mayor registro de los nacidos vivos de la entidad (65%) y cerca de un tercio de las muertes de menores de 1 año de edad, así como con los ingresos más elevados. Es así que con 105 municipios, el IC resultó de -0.1419, menor al IC anterior cuando se consideró a los 106 municipios, representa una mejor distribución de los eventos perjudiciales de la salud entre la población de los nacidos vivos, es decir, escasa desigualdad.

Como se puede observar la segunda gráfica de la Figura 10, hay cambios en la forma de la curva de concentración, inicia cóncava y en el último cuarto de la horizontal (eje x) se vuelve convexa. Justo en el punto *C'*, donde sucede dicho cambio se podría hablar de una igualdad casi perfecta, que es cuando la Curva de Concentración es igual a la diagonal de igualdad, donde el 25% de las defunciones se concentra en el 25% de la población con mayor ingreso. De igual manera, se puede ver el desplazamiento del punto *A* (gráfica de arriba) al punto *A'* (en la gráfica de abajo), éste último, el 65% de las muertes infantiles ocurre en el 45% de los nacidos vivos más pobres.



**Figura 10.** Curva de concentración de la mortalidad infantil ordenada por el valor del Ingreso per cápita anual (dólares PPC). Yucatán, con y sin el municipio de Mérida, 2010

### 4.3. Análisis del IC y su curva para cada una de las regiones

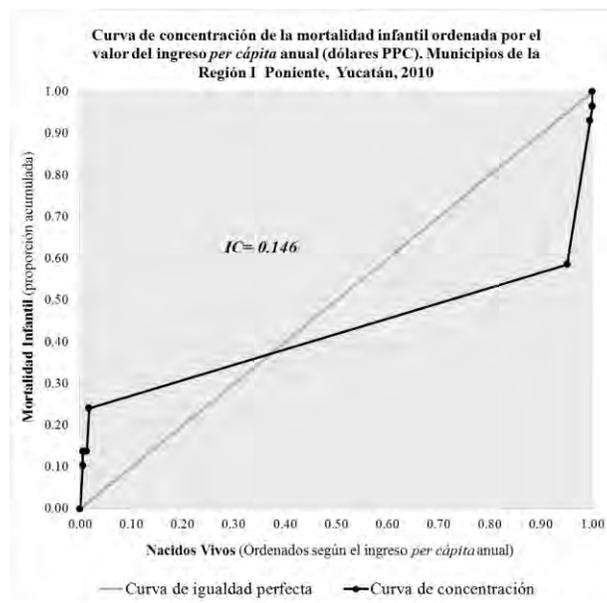
**Región I Poniente.** En el año 2010, en esta Región, se registró el nacimiento de 405 niños; en el municipio de Maxcanú ocurre la mayor cantidad de nacimientos. Por su parte, las defunciones ascendieron a 29 menores de 1 año de edad. De acuerdo a la columna de frecuencias acumuladas de muertes (FAM), en Maxcanú y Hunucmá se concentran las defunciones del grupo etéreo estudiado. En cuanto al aspecto económico, el ingreso anual de una persona oscilaba entre \$6,056 y \$11,477 dólares PPC; cuya población ocupada se desempeñaba especialmente en el sector secundario (33%) y terciario (43%). Véase *Tabla 10*

**Tabla 10.** Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región I Poniente

Municipio	Ingreso per cápita anual (dólares PPC)	NV	Muertes	FANV(X')	FAM(Y')
Celestún	\$ 6,056.07	2	3	0.49%	10.34%
Opichén	\$ 6,526.42	0	1	0.49%	13.79%
Tetiz	\$ 6,916.37	0	0	0.49%	13.79%
Kinchil	\$ 7,198.36	1	0	0.74%	13.79%
Samahil	\$ 8,070.39	2	0	1.23%	13.79%
Halachó	\$ 8,116.26	2	3	1.73%	24.14%
Maxcanú	\$ 8,392.59	378	10	95.06%	58.62%
Hunucmá	\$ 8,402.14	18	10	99.51%	93.10%
Kopomá	\$ 10,896.98	2	1	100.00%	96.55%
Chocholá	\$ 11,477.46	0	1	100.00%	100.00%

De acuerdo a lo anterior, se obtuvo un IC de 0.146 para los 10 municipios que integran esta Región, con una curva de concentración que inicia cóncava y termina convexa (Figura ##). Sin embargo, la mayor área formada entre la curva de igualdad y de concentración se da en la población con mejores ingresos. En el 5% de los nacidos vivos, los de mayor ingreso, se concentra el 40% de las defunciones de los menores de 1 año de edad. En cambio, en 1.7% de la población de los nacidos vivos y con menor ingreso per cápita anual<sup>58</sup> ocurre 24.1% de la mortalidad infantil, es decir, hay una relación más proporcional.

<sup>58</sup> Celestún, Opichén, Tetiz, Kinchil, Samahil y Halachó.



**Figura 11.** Curva de concentración de la región I Poniente.

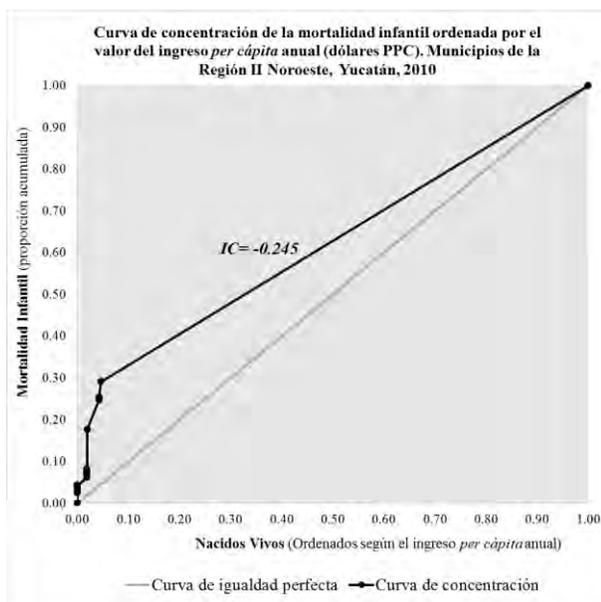
En este caso, no es en los menos aventajados donde se concentran los peores problemas de salud. Esto no quiere decir, que deba desatenderse éste grupo socioeconómico de población. Sino que hay que desarrollar e implementar estrategias específicas previo diagnóstico minucioso sobre los factores (físicos, psicológicos, sociales, económicos, laborales, etc.) que puedan estar influyendo en la salud de la población.

**Región II Noroeste.** En esta región el ingreso *per cápita* anual va de \$7, 156.70 a \$12,321, para luego dar un salto hasta alcanzar los \$19, 878.49 dólares PPC (sólo el municipio de Mérida logra este máximo de ingreso en todo el estado). En cuanto a la salud, la mayoría de los nacimientos sucede en Mérida y de igual manera es el municipio dónde más menores de 1 año de edad mueren.

**Tabla 11.** Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región II Noroeste

Municipio	Ingreso per cápita anual (dólares PPC)	NV	Muertes	FANV(X')	FAM(Y')
Abalá	\$ 7,156.70	4	5	0.02%	2.38%
Timucuy	\$ 7,501.75	0	2	0.02%	3.33%
Seyé	\$ 7,694.35	0	1	0.02%	3.81%
Tecoh	\$ 8,496.24	3	1	0.03%	4.29%
Ucú	\$ 8,510.45	0	0	0.03%	4.29%
Acanceh	\$ 9,293.64	469	4	1.88%	6.19%
Ixil	\$ 9,501.06	0	2	1.88%	7.14%
Tahmek	\$ 9,547.83	0	0	1.88%	7.14%
Tixpéhual	\$ 10,161.93	0	1	1.88%	7.62%
Yaxkukul	\$ 10,383.96	0	1	1.88%	8.10%
Kanasín	\$ 10,665.95	19	20	1.96%	17.62%
Umán	\$ 10,814.46	579	15	4.25%	24.76%
Tixkokob	\$ 11,013.18	5	1	4.27%	25.24%
Baca	\$ 11,022.33	0	0	4.27%	25.24%
Chicxulub Pueblo	\$ 11,588.75	0	0	4.27%	25.24%
Mocochá	\$ 11,630.16	1	0	4.28%	25.24%
Conkal	\$ 11,744.74	1	0	4.28%	25.24%
Progreso	\$ 12,321.73	78	8	4.59%	29.05%
Mérida	\$ 19,878.49	24,097	149	100.00%	100.00%

Esta región se integra por 19 municipios y el IC fue -0.245; la interpretación que puede darse es que los problemas de salud se concentran en la población con menos recursos económicos. Al observarse la *Figura 12* se constata que, 30% de las defunciones de los menores de 1 año de edad se concentra en el 5% de los nacidos vivos con menor ingreso, es decir, en los 18 municipios restantes de la región, exceptuando Mérida.



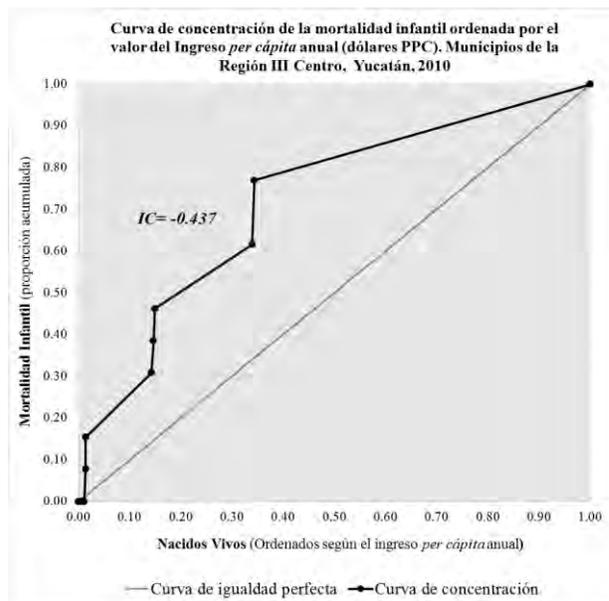
**Figura 12.** Curva de concentración de la región II Noroeste

**Región III Centro.** El nivel de ingreso *per cápita* anual oscila entre \$5,249 y \$9,552 dólares PPC, en los 15 municipios que integran la región. En Izamal ocurrieron más de la mitad de los nacimientos de la Región y cerca de un cuarto de las defunciones de menores de 1 año de edad. Adicionalmente, Hocabá, Homún y Tekantó son los municipios que más contribuyen a las defunciones de la región.

**Tabla 12.** Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región III Centro

Municipio	Ingreso per cápita anual (dólares PPC)	NV	Muertes	FANV(X')	FAM(Y')
Sudzal	\$ 5,249.72	0	0	0.00%	0.00%
Tunkás	\$ 6,265.91	3	0	0.42%	0.00%
Kantunil	\$ 6,390.96	3	0	0.83%	0.00%
Xocchel	\$ 6,504.42	0	0	0.83%	0.00%
Teya	\$ 6,680.94	2	0	1.11%	0.00%
Tekal de Venegas	\$ 7,018.25	0	0	1.11%	0.00%
Huhí	\$ 7,271.33	2	1	1.39%	7.69%
Tepakán	\$ 7,508.98	0	1	1.39%	15.38%
Hocabá	\$ 7,552.82	93	2	14.27%	30.77%
Hoctún	\$ 7,583.11	3	1	14.68%	38.46%
Cuzamá	\$ 7,604.09	2	1	14.96%	46.15%
Homún	\$ 7,716.60	137	2	33.93%	61.54%
Sanahcat	\$ 8,064.98	0	0	33.93%	61.54%
Tekantó	\$ 8,116.96	3	2	34.35%	76.92%
Izamal	\$ 9,552.53	474	3	100.00%	100.00%

En esta región del estado se observa una elevada desigualdad en salud, su IC ascendió a -0.437, aunque no es precisamente en los más pobres donde se concentra los mayores problemas de salud, sino que se encuentra distribuido a lo largo de los diversos niveles socioeconómicos. Por ejemplo, el 15% de las defunciones ocurrió en el 1% de los nacidos vivos de familia con menores recursos económicos. Por su parte, al acumulado del 34% de los nacidos – que incluye al sector de la población ingresos medios- les corresponde el 60% de las defunciones, es decir, el índice de supervivencia de la población que perciben un ingreso medio es bajo, y éstos se ubican en los municipios de Hocabá, Homún y Tekantó.



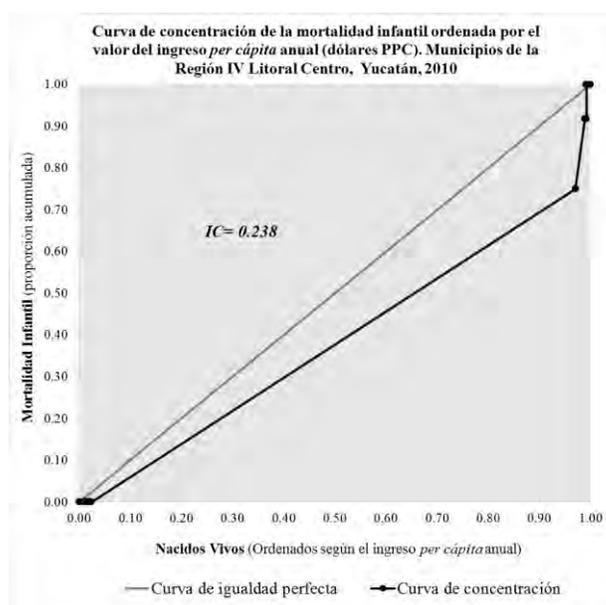
**Figura 13.** Curva de concentración de la región III Centro.

**Región IV Litoral Centro.** El municipio con mayor crecimiento poblacional es Motul, tan solo en el 2010 registró el 94% de los nacimientos de la Región. De igual manera, en dicho municipio se suscitó la mayor cantidad de defunciones de menores de 1 año de edad de la Región, 9 de 12 defunciones.

**Tabla 13.** Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región IV Litoral Centro

Municipio	Ingreso per cápita anual (dólares PPC)	NV	Muertes	FANV(X')	FAM(Y')
Dzoncauich	\$ 5,561.70	0	0	0.00%	0.00%
Yobain	\$ 6,233.90	3	0	0.80%	0.00%
Temax	\$ 7,067.15	2	0	1.34%	0.00%
Suma	\$ 7,571.58	1	0	1.60%	0.00%
Sinanché	\$ 7,749.01	1	0	1.87%	0.00%
Dzilam González	\$ 8,091.88	0	0	1.87%	0.00%
Dzilam de Bravo	\$ 8,716.86	2	0	2.41%	0.00%
Motul	\$ 9,063.73	354	9	97.06%	75.00%
Cansahcab	\$ 9,827.14	7	2	98.93%	91.67%
Telchac Puerto	\$ 9,978.03	0	0	98.93%	91.67%
Muxupip	\$ 10,027.28	0	0	98.93%	91.67%
Bokobá	\$ 10,089.93	1	0	99.20%	91.67%
Cacalchén	\$ 10,642.85	0	1	99.20%	100.00%
Dzemul	\$ 11,199.51	0	0	99.20%	100.00%
Telchac Pueblo	\$ 11,767.54	1	0	99.47%	100.00%
Dzidzantún	\$ 13,245.74	2	0	100.00%	100.00%

En esta región, con una extensión basta de playa, el IC fue 0.238, lo que confirma que hay desigualdad en salud entre la población, cuyos ingresos oscilan del mínimo de \$5,561 dólares PPC hasta un valor máximo de \$13,246 dólares PPC anual. Empero, las peores condiciones de salud se concentran entre quienes perciben ingresos más o menos elevados en la región. Es así que 25% de las muertes infantiles se da en el 3% de los nacidos vivos con mejor ingreso.



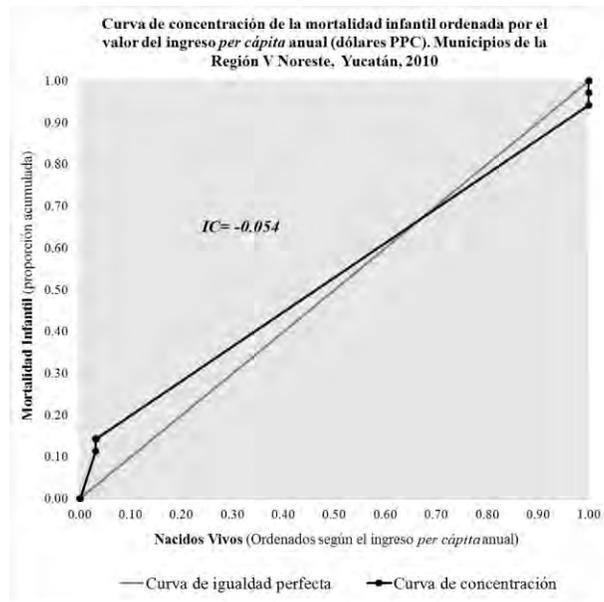
**Figura 14.** Curva de concentración de la región IV Litoral Centro

**Región V. Noreste.** En los 9 municipios de la región, el ingreso *per cápita* anual va desde \$5, 546 hasta \$10, 592 dólares PPC (el máximo es casi el doble que el ingreso más bajo y corresponde a los municipios ubicados en la costa: Río Lagartos y San Felipe). En Tizimín se concentran los nacimientos y defunciones de la región; pero es en Espita donde la Tasa de Mortalidad Infantil es más elevada.

**Tabla 14.** Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región V Noreste

Municipio	Ingreso <i>per cápita</i> anual (dólares PPC)	NV	Muertes	FANV(X')	FAM(Y')
Calotmul	\$ 5,546.58	3	0	0.129%	0%
Espita	\$ 5,935.32	69	4	3.107%	11%
Panabá	\$ 6,014.61	1	1	3.151%	14%
Cenotillo	\$ 6,352.63	0	0	3.151%	14%
Buctzotz	\$ 6,377.76	4	0	3.323%	14%
Tizimín	\$ 7,497.60	2,240	28	100.000%	94%
Sucilá	\$ 7,821.72	0	1	100.000%	97%
Río Lagartos	\$ 9,834.22	0	1	100.000%	100%
San Felipe	\$ 10,592.43	0	0	100.000%	100%

El IC calculado para la región V Centro fue -0.054, las diferencias en el proceso salud-enfermedad entre quienes tienen una mejor posición económica y los que no son mínimas. Sin embargo, se requiere reforzar las estrategias y acciones en los más pobres, pues el 10% de las muertes infantiles fueron entre el 3% de los nacidos vivos con mayor pobreza económica (Calotmul y Espita).



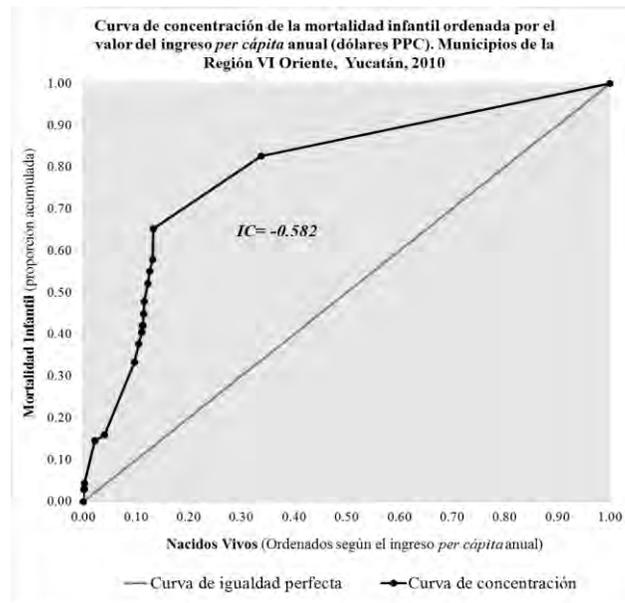
**Figura 15.** Curva de concentración de la región V Noreste.

**Región VI Oriente.** Es la región con el ingreso *per cápita* anual más bajo de todo el estado: \$3,677 hasta un máximo de \$9,470 dólares PPC. Los nacimientos se registran en su mayoría en Valladolid, seguido por Peto y Chemax. Mientras que las defunciones son proporcionalmente igual en los tres municipios (17%). Si se comparan los datos según la TMI, los municipios con peor índice de sobrevivencia son Kaua, Uayma y Tinum.

**Tabla 15.** Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región VI Oriente

Municipio	Ingreso per cápita anual (dólares PPC)	NV	Muertes	FANV(X')	FAM(Y')
Chankom	\$ 3,677.03	4	2	0.08%	2.90%
Cantamayec	\$ 3,827.66	5	0	0.18%	2.90%
Kaua	\$ 4,032.39	1	1	0.20%	4.35%
Yaxcabá	\$ 4,140.29	98	7	2.16%	14.49%
Tahdziú	\$ 4,177.71	91	1	3.98%	15.94%
Chemax	\$ 4,274.04	288	12	9.73%	33.33%
Chikindzonot	\$ 4,282.23	40	3	10.53%	37.68%
Tixcacalcupul	\$ 4,647.76	26	2	11.05%	40.58%
Cuncunul	\$ 4,755.66	3	0	11.11%	40.58%
Chacsinkín	\$ 4,810.57	3	1	11.17%	42.03%
Quintana Roo	\$ 4,935.92	4	0	11.25%	42.03%
Sotuta	\$ 5,183.94	5	0	11.35%	42.03%
Uayma	\$ 5,198.50	1	2	11.37%	44.93%
Tekom	\$ 5,438.23	7	2	11.51%	47.83%
Temozón	\$ 5,660.00	34	3	12.19%	52.17%
Dzitas	\$ 5,895.88	17	2	12.53%	55.07%
Chichimilá	\$ 5,971.93	32	2	13.17%	57.97%
Tinum	\$ 6,242.85	8	5	13.33%	65.22%
Peto	\$ 7,298.78	1,025	12	33.81%	82.61%
Valladolid	\$ 9,470.82	3,312	12	100.00%	100.00%

Por lo tanto, es una Región con elevada desigualdad en salud concentrada en los más pobres económicamente. El IC ascendió a -0.582, que como se observa en la Figura ## es amplia el área debajo de la curva de concentración con respecto a la curva de concentración; dicha diferencia se hace fehaciente en donde el 65% de las muertes de menores de 1 año de edad sucede en el 13% de los nacidos vivos más pobres.



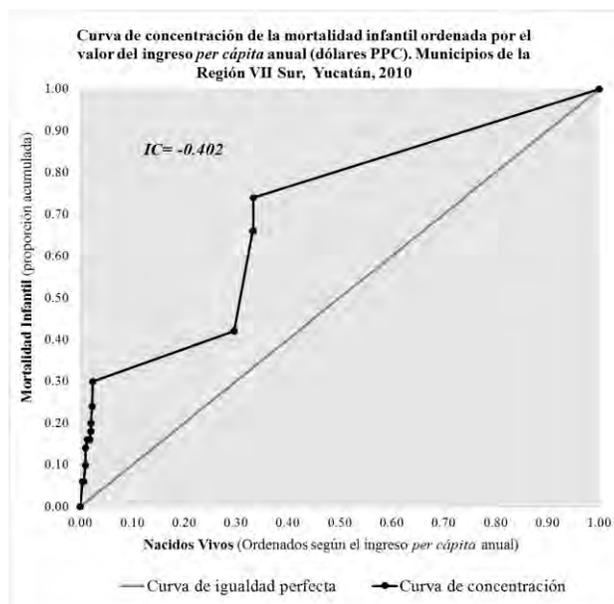
**Figura 16.** Curva de concentración de la región VI Oriente.

**Región VII Sur.** Cerca de dos terceras partes de los nacimientos ocurrieron en el municipio de Ticul. En cuanto a las defunciones una cuarta parte sucede en Ticul y otra proporción similar en Tekax. Sin embargo, la TMI es más elevada en Muna, Maní y Tekit. El ingreso en los municipios oscila entre \$4,046 y \$10,031 dólares PPC.

**Tabla 16.** *Frecuencias acumuladas de nacimiento y defunción en la Región VII Sur*

Municipio	Ingreso per cápita anual (dólares PPC)	NV	Muertes	FANV(X')	FAM(Y')
Tixmehuac	\$ 4,045.59	12	3	0.41%	6.00%
Mayapán	\$ 5,279.15	6	0	0.62%	6.00%
Tzucacab	\$ 6,045.55	11	2	1.00%	10.00%
Maní	\$ 6,094.95	2	2	1.07%	14.00%
Teabo	\$ 6,257.36	10	1	1.42%	16.00%
Chumayel	\$ 6,363.09	11	0	1.80%	16.00%
Santa Elena	\$ 6,553.77	8	1	2.07%	18.00%
Dzán	\$ 6,583.66	1	0	2.11%	18.00%
Chapab	\$ 6,758.00	0	1	2.11%	20.00%
Akil	\$ 6,930.78	6	2	2.32%	24.00%
Tekit	\$ 7,029.33	3	3	2.42%	30.00%
Oxkutzcab	\$ 7,097.74	786	6	29.58%	42.00%
Mama	\$ 7,112.10	0	0	29.58%	42.00%
Tekax	\$ 7,642.97	107	12	33.28%	66.00%
Sacalum	\$ 7,670.84	1	0	33.31%	66.00%
Muna	\$ 8,409.32	2	4	33.38%	74.00%
Ticul	\$ 10,030.56	1,928	13	100.00%	100.00%

El IC obtenido fue -0.402, representa una marcada desigualdad en la salud de la población de los 17 municipios de la región Sur. Aunque las diferencias no son precisamente entre los extremos de población según la condición económica. Sino que, a los más pobres económicamente –el 2.4% de nacidos vivos- les corresponden el 30% de las defunciones de los menores de 1 año. También, en el 30% de los nacidos vivos con ingresos bajos y medios las defunciones se elevan a 74%.



**Figura 17.** Curva de concentración de la región VII Sur.

#### 4.4. Comparación de la desigualdad socioeconómica entre las regiones

*Ingreso per cápita y mortalidad infantil por región.* Como era de esperarse la región con el ingreso per cápita más elevado es la II Noroeste, donde se ubica la capital del estado y la principal ciudad, tanto en actividad económica como en la dotación de infraestructura (carretera, hospitalaria, etcétera), nivel educativo, por mencionar. El ingreso per cápita anual promedio en dicha región asciende a \$10, 469.88 dólares PPC, seguido por las regiones IV Litoral Centro (\$9,177.11 dólares PPC) y I Poniente (\$8,205.30 dólares PPC). Las únicas tres regiones con un ingreso por encima del promedio estatal (\$7,781.25 dólares PPC). Asimismo, se puede observar que la región con menor ingreso es la VI Oriente con apenas \$5,196.11 dólares PPC, aproximadamente la mitad del ingreso que pudiese percibir una persona de la región II Noroeste (Tabla 10).

Para el año 2010, se obtuvieron las Tasas de Mortalidad Infantil (TMI) para cada región que integra Yucatán. De tal forma que, la tasa más baja se presentó en la región II Noroeste con 8 defunciones de menores de 1 año de edad por cada mil nacidos vivos. Cifra menor a la TMI del estado. Sin embargo, en el otro extremo, se encuentra la región I Poniente, donde mueren 72 menores de 1 año por cada mil nacidos y la región IV Litoral Centro con 32 defunciones por cada mil nacidos vivos.

**Tabla 17.** *Ingreso per cápita anual (en dólares PPC) y TMI, de cada región de Yucatán, 2010*

Región		Promedio del Ingreso per cápita anual (dólares PPC)	Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) a/	NVR 2010 b/	Defunción c/
I	Poniente	\$ 8,205.30	72	405	29
II	Noroeste	\$ 10,469.88	8	25,256	210
III	Centro	\$ 7,272.11	18	722	13
IV	Litoral Centro	\$ 9,177.11	32	374	12
V	Noreste	\$ 7,330.32	15	2,317	35
VI	Oriente	\$ 5,196.11	14	5,004	69
VII	Sur	\$ 6,817.93	17	2,894	50
Yucatán		<b>\$ 7,781.25</b>	<b>11.31</b>	<b>36,973</b>	<b>418</b>

Nota(s):

a/ Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) por cada 1,000 nacidos vivos.

b/ Nacimientos Vivos Registrados (NVR). Se consideró el año de nacimiento (no de registro) y municipio de ocurrencia.

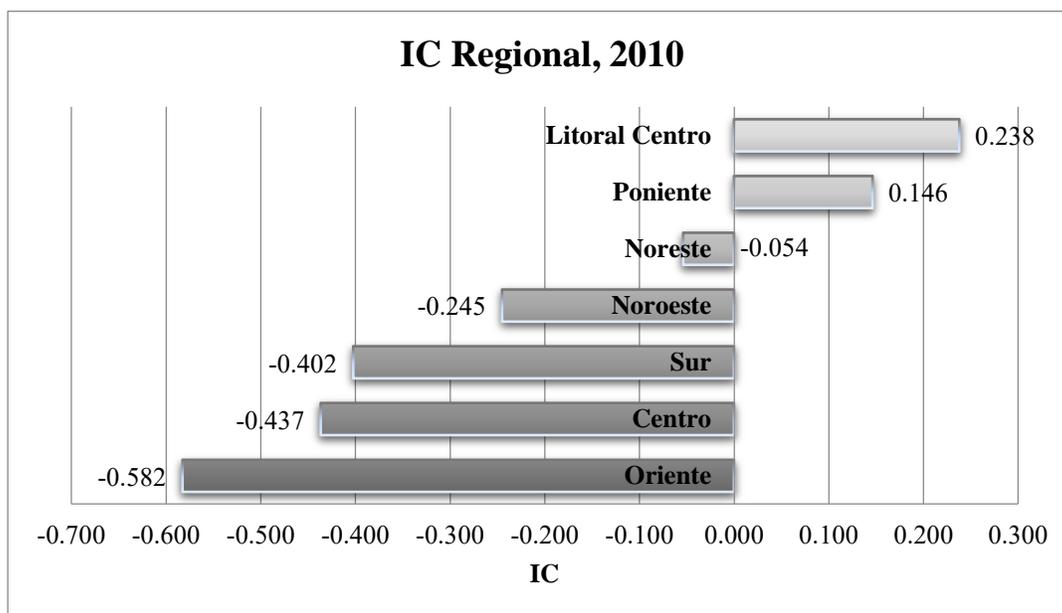
c/ Las defunciones de acuerdo al año de registro y municipio de residencia.

Fuente: Elaboración propia con datos del PNUD (2014), DGIS-SSY e INEGI.

*Cálculo del IC para cada región.* En los siguientes casos se obtuvo el IC para cada una de las siete regiones del estado (Figura 10), siendo la unidad de análisis los municipios de la región en cuestión. Se usaron datos estadísticos tanto de salud como económico del año 2010. Con la finalidad de hacer comparativa la igualdad o desigualdad en la condición de salud entre las siete regiones que integran el estado.

La Figura 10 muestra que, en el Oriente el IC fue -0.582, lo que significa que la mortalidad infantil tiende a concentrarse en la población de bajos ingresos económicos, esto es, una mayor desigualdad en la salud derivado del diferencial del ingreso per cápita. En contraste, la región V Noreste obtuvo el IC más cercano a cero, -0.054, lo cual indica que entre las siete regiones del estado es la que tiene una mejor distribución de las defunciones de menores de 1 año entre la población de diferentes niveles de ingresos, hay menor desigualdad. Posteriormente le sigue la región I Poniente (IC=0.146) en cuanto a una mayor igualdad de condiciones de salud en la población como consecuencia de menores diferencias en el ingreso *per cápita*.

Por otra parte, se esperaba que la región II Noroeste tuviese un IC más cercano a cero, mayor igualdad en la relación de condición de salud e ingreso. Debido a que es la región con mayor ingreso per cápita en el estado (más de 10 mil dólares anuales) y sin embargo el valor obtenido del índice fue -0.245. Por lo tanto, no hay una adecuada distribución del ingreso per cápita y son los más pobres quienes están más predispuestos a presentar las peores condiciones de salud y a concentrarse la mortalidad infantil.



**Figura 18.** Índices de Concentración (IC) para cada región de Yucatán, 2010

Fuente: Elaboración propia con datos del PNUD (2014) y DGIS-SSY.

En síntesis, se observa que las regiones -según COPLADE- con ingreso *per cápita* más elevado son las más igualitarias en las condiciones de salud. Aunque la región II Noroeste donde se ubica la capital del Estado - que concentra recursos financieros, humanos y materiales en salud y de mayor relevancia económica- es la tercera de las siete regiones con menor desigualdad socioeconómica, es decir, que se esperaba que por tener el ingreso *per cápita* más alto respecto de todas las regiones sea a su vez la región más igual en las condiciones de salud de la población.

## **Conclusiones y recomendaciones**

Hay casos en los que, no existe necesariamente una relación directa y proporcional entre el nivel de ingresos y la salud de un individuo. El ingreso sí juega un papel preponderante pero no definitivo. Por lo que se requiere hacer estudios más específicos e integrales, que incluyan otros determinantes como el sexo, cultura, costumbres, capital social, recursos sociales, necesidades sentidas y percibidas de la población.

Se puede constatar que el grado de desigualdad no es el mismo en todas las regiones. En las regiones: II Noroeste, III Centro, VI Oriente y VII Sur, como también lo evidenciaron la OMS (2008), Safaei (2007), Scott (2006), Wagstaff (2002) y Alleyne et al (2001), son los más pobres quienes tienen una mayor carga y propensión a padecer problemas de salud.

Mientras que en las regiones: I Poniente, IV Litoral Centro y V Noreste la situación es diferente. Se presentan comportamientos diversos. Por una parte, en las regiones I Poniente y V Noreste las peores condiciones de salud se concentran en los extremos de los niveles socioeconómicos, es decir, entre la población con menores y mayores ingresos. Esto a pesar de que fueron de las regiones con un IC bajo, muy cercano a cero, que indica mejor distribución de los problemas de salud entre la población con diversos niveles de ingreso.

De igual manera, llama la atención el comportamiento irregular o al menos no esperado, según estudios previos, que en la región IV Litoral Centro la curva de concentración indicó que en la población con mayores ingresos donde tiende a concentrarse los problemas del proceso salud-enfermedad.

Aunado a lo expuesto, aunque puede ser un poco apresurado aseverarlo, pero no hay que descartar ni aminorar la relevancia de la relación del proceso salud-enfermedad con el sector económico donde se ocupa la PEA, el salario percibido y el tipo de protección social –seguridad o asistencia social- y las prestaciones sociales. En este rubro, se observa la alta desprotección social hacia los trabajadores del sector primario, sea la agricultura, ganadería, pesca, apicultura, etcétera; quienes a veces no perciben un salario y además no están afiliados alguna institución de asistencia social, en el mejor de los casos reciben atención

médica a través del Seguro Popular, pero con limitaciones. De continuar condicionando el acceso a los servicios sanitarios según ocupación (formal o informal) e ingreso se seguirá ampliando la brecha en las condiciones de salud de la población.

Cuestiones de índole estructural, en las cuales es necesario lograr incidir, sea con la modificación de las leyes, mejores políticas públicas, ejercicio de la ciudadanía (mayor participación en temas públicos), por ejemplo. Como lo señalaron Solar & Irvin (2011), la persistencia de las desigualdades sociales de la salud se deben en gran parte por determinantes estructurales, es decir, que las diferencias en el proceso salud-enfermedad de la población en Yucatán difícilmente pueden ser solucionado a nivel interno e independiente de cada localidad, como educación en salud a la población, adopción de estilos de vida saludable, conocimiento de prácticas de higiene, etcétera. No basta con la participación de la comunidad en la adopción de medidas de salud.

Se requiere pasar de soluciones locales a estatales y/o federales, que modifiquen los determinantes estructurales. Es en estos ámbitos, donde el Trabajo Social tiene oportunidad de abrirse a nuevos espacios de intervención; aprovechar el vínculo con la comunidad e individuos en el planteamiento de soluciones integrales según las necesidades de la población (propuestas desde abajo). Soluciones que no se queden únicamente en aquello que se puede hacer con los recursos internos de una localidad, sino que traspase a otros niveles de gobierno como el estatal mediante el trabajo colaborativo y coordinado con localidades cercanas o afines. Con propuestas que lleguen a las instituciones públicas.

Por último, las instituciones de salud a nivel operativo tienen que continuar mejorando, en lo que concierne a los datos estadísticos; los registros y las bases de datos tienen deficiencias en información y baja calidad, que se refleja en el diferencial de valores para una misma variable, entre las instituciones de salud de nivel estatal y federal.

### *Recomendaciones*

- Universalización de la salud, que pase de ser un derecho a un ejercicio pleno por parte de la población, donde cualquier persona pueda acudir a la unidad médica más cercana a su residencia y el servicio sea resolutivo.

- Homologar las instituciones de salud para la atención de la población del estado (con independencia del régimen de protección social), es decir, que solo exista un tipo de instituciones de salud del estado con capacidad de brindar atención médica a quien lo necesite, en la cantidad requerida y elevado nivel resolutivo (ilimitado).
- Elaboración del Programa sectorial en salud e institucional de los SSY y su difusión entre el personal administrativo como operativo para mejorar la atención a la población.
- Descentralización de los servicios de salud diferente a la zona metropolitana de Mérida, previo diagnóstico de localización de infraestructura en salud y momento óptimo de inversión mediante la evaluación socioeconómica de proyectos de inversión (Análisis costo beneficio-ACB-, costos eficiencia, etcétera).
- Mejorar las condiciones y prestaciones laborales de la población ocupada en el sector primario, específicamente en las regiones Noreste, Oriente y Sur, por ser las zonas donde más del 70% de su población es no derechohabiente (esto es no considerando el Seguro Popular). No se trata de ampliar la cobertura sino de la resolución de problemas de salud independientemente del sistema de seguridad social al que se pertenezca.
- Evaluación interna y externa de los actuales programas de salud, educación y empleo en el estado, con el fin de implementar estrategias según corresponda a las necesidades y características de la población.
- Diseño, implementación y monitoreo de las políticas sociales dirigidas hacia sectores de la población con un ingreso medio.
- Regulaciones en el ámbito laboral como pago adecuado a los trabajadores por su desempeño laboral, eliminar las diversas formas de contratación (no contratos) y se otorguen a todos los trabajadores todas las prestaciones laborales y sociales: vivienda, seguridad en salud.
- Coordinación y acuerdos entre los sectores relacionados con la salud: laboral, salud, económico, principalmente, en lo que concierne a las políticas públicas, que sean integradas y coherentes con un objetivo en común.

## **Propuesta de intervención sobre los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad en Yucatán**

### *Revisión de marcos conceptuales de intervención aplicables a los determinantes sociales en salud*

Derivado de una revisión somera de modelos para la formulación de políticas públicas e intervención en el campo de la salud y desde el trabajo social. Es basto y diverso los enfoques para abordar las políticas públicas, así como las teorías y modelos que sustentan la intervención, por lo general tiene que ver con la disciplina desde donde se posiciona el investigador en cuestión. Sobresalen las posturas contradictorias, por ejemplo, sobre la definición de política pública, los actores, asignación de responsabilidades en la toma de decisiones. Lo que enseguida se esboza fue realizado bajo consideraciones de similitud entre diversas propuestas y como eje el trabajo social, específicamente basado en el modelo sistémico y algunas adecuaciones pertinentes.

Ahora lo que corresponde y quizás una de las cuestiones complejas es cómo resolver un problema. Si es a través de las políticas públicas, una de las maneras de incidir en los determinantes estructurales, entonces surgen interrogantes: qué hacer, por dónde empezar, quiénes deben participar en su construcción, cuáles son los mecanismos para su implementación, qué otros actores pueden apoyar, desde qué enfoque se diseñará, cuál es la mejor alternativa, cuál es la factibilidad, cuál es el proceso a seguir para que el gobierno en turno se interese y apoye en la solución, cuántos y qué tipo de recursos se requieren, por mencionar. Se trata de cubrir la mayoría de éstas, sin que esto excluya la posibilidad de mejoras y ajustes durante la marcha del proyecto de intervención.

En el marco conceptual de K. Stronks se propone como una de las fases de análisis para ejecutar las intervenciones y políticas en pro de los determinantes sociales de la salud, considerar los antecedentes sociales en relación a los determinantes sociales de un determinado contexto -socioeconómico o de país. Dentro de la propuesta se considera cuatro áreas de intervención, de las cuales dos opciones resultan relevantes: la reducción de la desigualdad en determinantes estructurales o distribución de los factores socioeconómicos (acciones encaminadas a la educación, ocupación e ingreso,

principalmente); así como en determinantes intermediarios. En la misma línea se busca cambios macroeconómicos o culturales desde la propuesta del marco conceptual de M. Whitehead y G. Dahlgren. Por su parte, en el marco de Diderichsen y cols. se contempla disminuir la estratificación social (a nivel de determinantes intermediarios del modelo explicativo de los determinantes sociales de la salud de la OMS) (OMS, 2005).

En concordancia con lo anterior, desde el trabajo social, también se ha planteado la idea de abordar los problemas sociales (comprensión y explicación) desde el concepto del sistema, que se ha denominado el modelo sistémico. Tanto en los marcos conceptuales de intervención expuestos como en el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud de la CDSS, se reconoce la interdependencia e interrelación entre los elementos de un problema social u objeto de estudio.

De forma general, el modelo sistémico tiene su fundamento en la Teoría General de Sistemas desarrollada por Ludwing Von Bertalanffy, quien definió a los sistemas como un conjunto de elementos que interactúan entre ellos. La clave reside en las interacciones de los elementos del sistema; los elementos forman parte de un todo, mayor a la suma de las partes. Por lo que cualquier acción que genere un cambio en una de las partes del sistema incidirá también en el resto.

La realidad y los fenómenos no son independientes, hay una relación entre ambos. No puede existir el uno sin el otro, son igual de relevantes en la interacción. Cualquier cambio en el medio, el sistema se verá afectado y viceversa. Se resalta la relevancia de la red social para la consecución del cambio.

Desde el trabajo social, el comportamiento, los acontecimientos, los hechos y los procesos sociales tienen que ser abordados desde la interacción (Viscarret, 2009). Así como es este caso, de las desigualdades sociales de la salud en las regiones de Yucatán.

### ***Resumen del estudio***

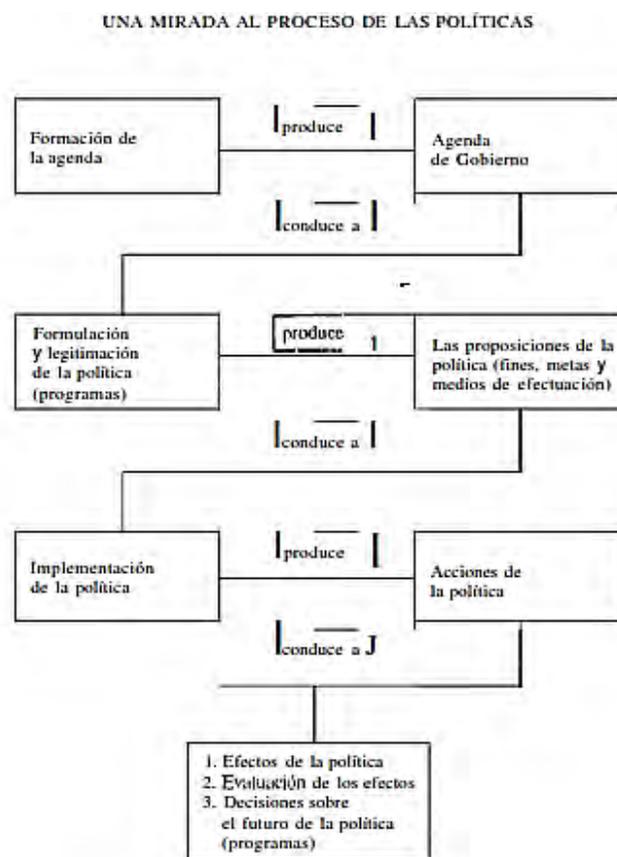
Como ha sido planteado en lo que antecede a esta propuesta, la desigualdad del ingreso *per cápita* de los municipios del estado de Yucatán se expresa en el resultado del denominado proceso salud-enfermedad de la población, cuya característica es una desigualdad distribución en la condición de salud de la población, la mortalidad en menores de 1 año de edad. En algunas regiones la correlación entre ingreso y mortalidad fue bastante elevada, es decir, por una parte, el ingreso *per cápita* es un determinante relevante en la mortalidad entre la población de menores de un año de edad, y por otra, la distribución de la mortalidad fue desigual entre los municipios según el nivel socioeconómico, la mortalidad tiende a concentrarse en la población que habita en los municipios con un ingreso *per cápita* bajo comparado con los de una percepción económica elevada. Esta situación ocurre en las regiones: I Poniente y V Noreste.

También hay regiones: V Noreste, II Noroeste y IV Litoral Centro, que a pesar de mostrar una relación entre el nivel socioeconómico y los resultados en el proceso salud-enfermedad; dicho determinante de la salud no es representativo en las desigualdad de la condición de salud (mortalidad infantil). Por lo que se infiere que existen otros determinantes que tienen mayor impacto en la condición de salud.

Por una parte, se comprueba que existe una relación entre el nivel socioeconómico y la condición de salud de una población. Relación con características diferenciales dentro de las regiones del estado, como efecto de la desigualdad distribución del ingreso *per cápita* y que tiende a aumentar cuando los ingresos son bajos. Asimismo, en consideración a la relación que existe entre los diversos determinantes sociales de la salud (marco teórico de los determinantes sociales en salud que ofrece la CDSS de la OMS), en el cual el ingreso – un determinante estructural- que a su vez depende de las políticas sociales y macroeconómicas es que se decide hacer una propuesta a este nivel de intervención, de la comunidad. También se reconoce y como ya ha sido comprobado, no es suficiente con implementar acciones a nivel individual ni de grupo ni de comunidad dirigidos a los estilos de vida, atención curativa y lo relativo a los servicios sanitarios, hábitos, entre otros, para modificar los resultados en la condición de salud. Por lo que enseguida se propone la

intervención desde el modelo sistémico para el problema de las desigualdades en salud desde las políticas públicas, su colocación en la agenda pública<sup>59</sup>.

El proceso de elaboración de la agenda de gobierno hace referencia aquel momento en que el gobierno decide sobre un determinado asunto, delibera y decide intervenir o no intervenir, aplazar su intervención. El gobierno se compromete o no actuar, así como a poner o no en marcha su maquinaria de información, análisis, concertación, legislación, movilización, operación (Aguilar, 1993, 27 y 28).



Fuente: Fatterson, Davidson y Repley, *A More Perfect Union: Introduction to American Government*, 3a, ed., Dorsey Press, Chicago, 1985, p. 465.

Tomado de Aguilar (1993, 22).

<sup>59</sup> Hay dos tipos de agenda: 1) agenda sistémica, política o constitucional, contempla aquellas cuestiones (problemas sociales) que la comunidad percibe como merecedoras de atención pública y es responsabilidad de la jurisdicción legítima de una autoridad gubernamental; 2) agenda institucional, formal o gubernamental, aquellos asuntos que los tomadores de decisiones deciden atender (Aguilar, 1993).

### ***Metodología de intervención***

*Identificación del Problema:* será definido por la población (proceso abajo-arriba).

*Objeto de intervención:* determinantes estructurales de la salud

*Objetivo:* colocar en la agenda del gobierno estatal una propuesta de política pública (intersectorial) que disminuya las desigualdades sociales en el campo de la salud.

*Nivel de intervención:* comunitario (población mayor de edad del estado, sin distinción de posición económica y ni tipo de seguridad social).

*Modelo de intervención:* Basado en el Modelo sistémico-relacional del Mónica Chadl y se integraron algunas consideraciones sobre políticas públicas de Aguilar (1993).

#### *Fases de intervención:*

- Estudio
- Diagnóstico
- Diseño y desarrollo de propuesta de solución expresado como política pública

#### *Técnicas:*

- Entrevista cara a cara (a personal de Administración pública)
- Discusión en grupos<sup>60</sup>

#### *Instrumentos:*

- Entrevista abierta
- Metodología de Marco Lógico (en específico: árboles de problemas y de objetivos)
- Lluvia de ideas
- Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA)
- Fotografía

---

<sup>60</sup> Defina claramente el problema a discutir; elegir coordinadores; establecer reglas y procedimientos que el grupo debe seguir; asegurar una participación amplia; resumir los resultados de la discusión (minuta) (OPS, 1985 ,27)

*Acciones:*

- 1) Formación y organización del grupo de trabajo para la intervención (incluidos trabajadores sociales y otros especialistas: sistema computacional, antropólogos, comunicación social, por mencionar).
- 2) Diseño del plan de acción (tareas, presupuesto, procesos, cronograma de actividades -Diagrama de Gantt-, entre otros).
- 3) Identificar involucrados y posicionamiento sobre el problema social.

<b>Involucrados</b>	<b>Posicionamiento (a favor o en contra)</b>
Sector Privado	
Sector Público	
Organizaciones No Gubernamentales	
Población	
Instituciones educativas, y otros grupos.	

- 4) Delimitar e identificar los recursos disponibles en el territorio: humanos (por ejemplo, apoyarse en los auxiliares comunitarios del sector salud y personal de las unidades médicas), materiales, financieros y capital social en la zona.
- 5) Planificación y considerar contingencias y posibles respuestas.
- 6) Buscar alianzas con autoridades municipales y otros organismos no gubernamentales.
- 7) Recolección de información (por ejemplo, en foros de opinión).
- 8) Diseñar alternativas de solución factibles, así como estrategias.
- 9) Elaboración de la propuesta de política pública intersectorial.
- 10) Gestión de acuerdos a nivel político e institucional.

*Otras consideraciones:*

- Plazo de presentación: al inicio de la Administración del gobierno con la finalidad de que las políticas sectoriales sean incluidas en los Compromisos del gobierno, Plan Estatal de Desarrollo y/o planes y programas institucionales.
- Estrategias de comunicación efectiva según tipo de población (grupos, tecnócratas, tomadores de decisiones, etcétera).
- Equipo de trabajo habla lengua maya y español.

## Apéndices

### A Clasificación de los municipios del estado de Yucatán según regiones COPLADE

<b>Región I Poniente</b>	<b>Región II Noroeste</b>	<b>Región III Centro</b>	<b>Región IV Litoral Centro</b>	<b>Región V Noreste</b>	<b>Región VI Oriente</b>	<b>Región VII Sur</b>
Celestún	Abalá	Cuzamá	Bokobá	Buctzotz	Cantamayec	Akil
Chocholá	Acanceh	Hocabá	Cacalchén	Calotmul	Cuncunul	Chapab
Halachó	Baca	Hoctún	Cansahcab	Cenotillo	Chacsinkín	Chumayel
Hunucmá	Conkal	Homún	Dzemul	Espita	Chankom	Dzán
Kinchil	Chicxulub Pueblo	Huhí	Dzidzantún	Panabá	Chemax	Mama
Kopomá	Ixil	Izamal	Dzilam de Bravo	Río Lagartos	Chichimilá	Maní
Maxcanú	Kanasín	Kantunil	Dzilam González	San Felipe	Chikindzonot	Mayapán
Opichén	Mérida	Sanahcat	Dzoncauich	Sucilá	Dzítás	Muna
Samahil	Mocochá	Sudzal	Motul	Tizimín	Kaua	Oxkutzcab
Tetiz	Progreso	Tekal de Venegas	Muxupip		Peto	Sacalum
	Seyé	Tekantó	Sinanché		Quintana Roo	Santa Elena
	Tahmek	Tepakán	Suma		Sotuta	Teabo
	Tecoh	Teya	Telchac Pueblo		Tahdziú	Tekax
	Timucuy	Tunkás	Telchac Puerto		Tekom	Tekit
	Tixkokob	Xocchel	Temax		Temozón	Ticul
	Tixpéhual		Yobain		Tinum	Tixmehuac
	Ucú				Tixcacalcupul	Tzucacab
	Umán				Uayma	
	Yaxkukul				Valladolid	
					Yaxcabá	

Fuente: Gobierno del estado de Yucatán (2008).

## B Aspectos de diferentes modelos de la determinación de la salud

Principales factores determinantes de la salud de la población y sus diferenciales	Modelos de Determinantes Sociales de la Salud. Autores y años						
	Laframboise 1974	Dahlgren y Whitehead. 1991	Diderichsen et al. 1998	Mackenbach et al	Wilkinson y Marmot 2003	Comisión de Determinantes Sociales 2005	Adolfo Álvarez y colaboradores
Contexto político y de políticas			X				X
Situación económica		X		X		X	X
Redes de apoyo social		X			X	XX	X
Educación			X			X	X
Empleo y condiciones de trabajo		X	X		X	X	X
Entorno psicosocial y demográfico	X			X	X		X
Entorno físico							X
Estilos de vida (comportamiento)	X	X		X		X	X
Desarrollo sano del niño				X	X		X
Biología humana (genética y envejecimiento)	X	X					X
Sistema y servicios de salud	X	X					X
Género		X	X			X	X
Cultura				X			X
Estres		X		X			X
Exclusión social		X	X		X	X	
Desempleo					X		X
Adicción					X		X
Alimento y agricultura		X			X	X	X
Transportación					X		X
Vivienda		X					X
Residuales (desplumado)							X
Energía							X
Industria							X
Urbanización							X
Agua							X
Radiación							X
Nutrición y salud		X					X

Fuente: Caballero et al (s.f.)

## Referencias

- Acemoglu, D. y Robinson, J.A. (2012). *Por qué fracasan los países*. Barcelona: Deusto S.A. Ediciones.
- Aguilera, N., Marrufo, G. M., y Montesinos, A. (2005). *Desigualdad en Salud en México: un análisis de sus determinantes*. México: Centro de Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Universidad Iberoamericana, A.C.
- Aguilar Villanueva, L. F. (1993). *Problemas Públicos y agenda de gobierno*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Almeida, N. y Silva, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, (75), 5-30. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf>
- Alonso, L. (2010). “El avance del neocomunitarismo y el discurso de lo no gubernamental: Asociacionismo y crisis del estado de bienestar”. En P. de Marinis et.al (Eds.). *La comunidad como pretexto. En torno al (re) surgimiento de las solidaridades comunitarias* (pp. 209-232). España: Anthropos- UAM.
- Alleyne, G. A. O., Castillo, C., Schneider, C., Mujica, O. J., Loyola, E. y Vidaurre, M. (2001). La medición de las desigualdades en salud: algunos ejemplos de la región de las Américas. *Equity Health*, 10, 69-75. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd25/medicion.pdf>
- Andrews, F. M. (1974). Social indicators of perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1(3), 279-299.
- Ander-Egg, E. (1991). *Introducción a la planificación* (13ª. Ed.). España: Siglo XXI.
- Arcaya, M.C., Arcaya, A.L., y Subramanian, S.V. (2015). Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Rev Panam Salud Publica*, 38 (4), 261-271.

Recuperado el 2 de abril de 2017 de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf>

Ballester, L. (1999). Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos. *Síntesis sociológica*.

Bell, D. (2006). *El Advenimiento de la sociedad post-industrial: un intento de prognosis social* (6a ed.). España: Alianza Editorial.

Benach, J. y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* Maracay: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”.

Boltvinik, J. (2003). Tipología de los métodos de medición de la pobreza. Los métodos combinados. *Revista Comercio Exterior*, 53 (5), 453-465.

Castell, Robert (2008). *La inseguridad social: ¿qué es estar protegido?* (1ª. Ed. 2ª. reimp.). Buenos Aires: Manantial.

Chávez, M. (2013). *Cuerpo, enfermedad y medicina en la cosmología maya del Yucatán colonial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2012). *Informe de pobreza y evaluación en el estado de Yucatán 2012*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Población (s.f.). Yucatán: Indicadores demográficos, 1990-2010 [versión en línea]. México: CONAPO, [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones\\_Datos](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos)

Cuadrado, J. R. (Coord.) (1995). *Introducción a la Política Económica*. España: McGraw-Hill

Dirección General Información en Salud (DGIS). (2016). Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) [versión electrónica]. México: SS, <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>

- Diario Oficial de la Federación. (2015). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* [versión en línea]. México: DOF, <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>
- Duhart, D. (2006). Exclusión, Poder y Relaciones Sociales. *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad*, (14), 26-39. Recuperado el 22 de mayo de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311224740004>
- Eibenschutz, C., Támez, S. & Camacho, I. (diciembre 2008). Desigualdad y Políticas Sociales Erróneas Producen Inequidad en México. *Revista de Salud Pública*, 10 sup (1), 119-132.
- Feres, J. C. & Mancero, X. (2001). *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Fernández A. y Rozas M. (1988). *Políticas Sociales y Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas
- Frenk, J. (1993). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frenk, J. (2011). La nueva salud pública. Recuperado el 21 de octubre de 2015 de [https://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/la\\_nueva\\_salud\\_p25fablica.pdf](https://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/la_nueva_salud_p25fablica.pdf)
- Gobierno del Estado de Yucatán. (enero 2008). *Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2007-2012*. Mérida: Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán.
- Gollás, M. (1982). *La economía desigual; empleo y distribución en México*. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- González, G., Vega, J., Romero, S., Vega, A. y Cabrera, C. (2008). Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un Análisis Socio-espacial. *Revista de salud pública*, 10 sup (1), 15-28. Recuperado de UAEM Redalyc database.

- Guerrero, L. y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *FERMENTUM*, 18(53), 610-633. Recuperado el 15 de octubre de 2015 de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28660/1/articulo8.pdf>
- Hernández, P., Zapata, O., Leyva, R. y Lozano, R. (1991). Equidad y salud: necesidades de investigación para la formulación de una política social. *Salud Pública Méx*, 33 (1): 9-17.
- Huerta, R. (2010). Pobreza, distribución del ingreso y renta básica. *Economía UNAM*, 9(26), 68-81.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2001). *Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000)*. México: INEGI.
- (2010). *Mujeres y hombres en México 2010*. México: INEGI.
- (2011). *Anuario estadístico Yucatán*. México: INEGI.
- (2012). *Sistema de Cuentas Nacionales de México: Producto Interno Bruto por entidad federativa 2006-2010: año base 2003*. México: INEGI.
- (1990-2010). Indicadores de la serie censal 1990-2010 [versión electrónica]. México: INEGI, en [http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/comparativo/Indica\\_Poblacion.asp?s=est&proy=sh\\_hccji\\_indicapob;p=sh\\_hccji](http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/comparativo/Indica_Poblacion.asp?s=est&proy=sh_hccji_indicapob;p=sh_hccji)
- (s.f.). Banco de Información del INEGI [versión electrónica]. México: INEGI, en <http://www.inegi.org.mx/biinegi/>
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. (2014). Índice de Desarrollo Humano Municipal 2010(Nueva metodología), PNUD. [versión electrónica]. México: INAFED, en [http://www.inafed.gob.mx/en/inafed/Socioeconomico\\_Municipal](http://www.inafed.gob.mx/en/inafed/Socioeconomico_Municipal)

- Jamison, D.T., Breman, J. G., Measham, A.R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D.B., et al (Eds.) (2006). *Las Prioridades de la salud*. Washington: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.
- Linares, N. y López, O. (septiembre 2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3 (3), 247-259. Recuperado el 4 de marzo de 2015, de <http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/226/484>
- López, O. (2005). Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas. *XI curso-taller OPS/OMSCIESS: Legislación de salud: Marco regulatorio para la extensión de la protección social en salud*. Recuperado el 3 de marzo de 2016 de [https://www.researchgate.net/publication/264846546\\_Desigualdad\\_pobreza\\_inequidad\\_y\\_exclusion\\_Diferencias\\_conceptuales\\_e\\_implicaciones\\_para\\_las\\_politicas\\_publicas](https://www.researchgate.net/publication/264846546_Desigualdad_pobreza_inequidad_y_exclusion_Diferencias_conceptuales_e_implicaciones_para_las_politicas_publicas)
- López, S. y Puentes, E. (Eds.) (2011). *Observatorio de la salud pública en México 2010*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.
- López, S., Chapela, M. C., Hernández, G., Cerda, A. y Outón, M. (2011). “Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX”. En Ma. del C. Chapela Mendoza y M. E. Contreras Garfias (Coords.). *La salud en México* (pp. 51-90). México: UAM-Xochimilco.
- Méndez, J. S. (1996). *Fundamentos de Economía*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Navarro, B. (s.f.). Tipología de clientes en Trabajo Social: una herramienta para la mejora de la intervención profesional. *Documentos de Trabajo Social*, (52), 31-54.

- Núñez, M.P. (2011). “Medicina de mejora (Enhancement)”. En C. Alonso Bedate (Ed.). *Lo natural, lo artificial y la cultura* (pp.97-110). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- O’Donnell, O., Doorslaer, V. E., y Wagstaff, A. (2007). *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis*. World Bank.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Alma-Ata 1978: Atención Primaria de la Salud. (Informe de la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata.)*. Suiza: OMS-UNICEF.
- (1997). Declaración de Yakarta.
- (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.
- (2005). *Hacia un Marco Conceptual para el Análisis y la Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2005*. Documento de debate para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 28 de marzo de 2017 de [https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3229/mod\\_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad\\_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3229/mod_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf)
- (2008). *I Resumen Analítico del Informe Final: Subsanan las desigualdades en una generación*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud/OMS. Recuperado el 24 de abril de 2014 de [www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington, D.C: OPS.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2005). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*. México: OCDE.

- Ortuzar, M.G. de (2011). Desigualdad social y salud [en línea]. VIII Jornadas de Investigación en Filosofía, 27 al 28 de abril de 2011, La Plata. Recuperado el 09 de junio de 2015 de [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.1351/ev.1351.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1351/ev.1351.pdf)
- Prats, J. (2009). “Fragmentación y exclusión social en América Latina: la dimensión político-administrativa”. En F. Carrillo Flórez (Ed.). *La lucha contra la exclusión social en América Latina: una mirada desde Europa* (pp. 41-64). La Paz: BID/Eurosocietal/Comisión Europea.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2014). *Índice de Desarrollo Humano Municipal en México: nueva metodología*. México: PNUD.
- Ramales, M.C. (2010). Apuntes de Macroeconomía. Recuperado el 22 de octubre de 2016 de [www.eumed.net/libros/2010a/672/](http://www.eumed.net/libros/2010a/672/)
- Roth, A.N. (2002). *Políticas Públicas. Formulación, Implementación y Evaluación*. Bogotá: Aura ediciones.
- Safaei, J. (2007, marzo). Desigualdades en salud relacionadas con el ingreso global. *Medicina Social*, 2 (1), 21-36. Recuperado el 4 de marzo de 2015 de <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/89/201>
- Scott, J. (2006). *Desigualdad de la salud y de la Atención de la Salud en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud, A.C. e Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 12 de junio de 2010 de <http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/innovaciones/pdf/4.pdf>
- Secretaría de Salud (2006). *Modelo Integrador de Atención a la Salud*. México: SS.
- (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: SS. Recuperado el 05 de marzo de 2014 de <http://www.pediatrica.gob.mx/pns.pdf>

- (2012). *Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010*. México: SS.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de salud pública*, 11(5-6), 302-309. Recuperado de SciELO database
- Servicios de Salud de Yucatán (s.f. a). Censo de Parteras Tradicionales 2015. Documento interno. Dirección de Prevención y Protección a la Salud, Subdirección de Normatividad Médica. Mérida: SSY.
- (s.f. b). Relación de Médicos Tradicionales 2015, Documento interno. Dirección de Prevención y Protección a la Salud, Subdirección de Normatividad Médica. Mérida: SSY.
- Solar, O. e Irwin, A. (2005). *Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la CDSS (Borrador)*. Ginebra: OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 25 de abril del 2017 de [https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3229/mod\\_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad\\_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3229/mod_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf)
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO.
- Torres, I. A., Beltrán, F. J., Barrientos, C., Lin, D., y Martínez, G. (2008). La investigación en Educación para la Salud. Retos y perspectivas. *Rev Med UV*, 8 (1), 45-55. Recuperado el 12 enero de 2015 de [https://www.uv.mx/rm/num\\_anteriores/revmedica\\_vol8\\_num1/articulos/investigacion.pdf](https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol8_num1/articulos/investigacion.pdf)
- Touraine, A. (1996). *¿Podremos Vivir Juntos? Iguales y diferentes*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Vargas, G. (2002). “Distribución del Ingreso”. En G. Vargas. *Introducción a la Teoría Económica: Aplicaciones a la Economía Mexicana* (pp. 22-1- 22-18). México: Editorial Pearson Educación.
- Vite, M. Á. (2006). Estado, globalización y exclusión social. *Política y cultura*, (25), 9-26.
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica*, 11 (5/6), 316-326. Recuperado de SciELO database.
- World Health Organization. (1985). Constitución.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.*, 22:429-45.
- Viscarret, J. (2009). “Modelos de intervención en Trabajo Social”. En Vargas. *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 293-344).
- Zurita, B., Lozano, R., Ramírez, T. y Torres, J. L. (2003). “Desigualdad e inequidad en salud”. En F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la salud* (pp. 29-39), México: Fundación Mexicana para la Salud.

## **Bibliografía**

- Adler, N.E., Stewart, J., Cohen, S., Cullen, M., Roux, A.D., Dow, W., et al. (2007). *Reaching for a healthier life: facts on socioeconomic status and health in the US*. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health.
- Briones, G. (1996). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES.
- Del Popolo, F., Oyarce, A. M., y Ribotta, B. (2005). Sistema de indicadores sociodemográfico de poblaciones y pueblos indígenas de América Latina–SISPPI. *Santiago: CEPAL/CELADE–Fondo indígena*. Recuperado el 5 de septiembre de 2014 de [http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/SISPPI\\_notastecnicas.pdf](http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/SISPPI_notastecnicas.pdf)

- Di Carlo, E. (Octubre 1997). El paradigma humanista como sustancia del trabajo social: el trabajo social y el paradigma humanista dialéctico. Alternativa de reorganización teórica y metodología del trabajo social profesional. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (5), 281-311 Recuperado el 2 de noviembre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10045/5822>
- Diderichsen, F., Whitehead, M., Burström, B., Åberg, M. y Östlin, P. (1998). *Studying policy context and health equity by class and gender: a conceptual framework*. GHE internal document.
- Duque, A.V. (2013). *Metodologías de Intervención Social*. Palimpsestos de los Modelos en Trabajo Social. Manizales, Colombia: Editorial Epi-Logos.
- Gómez, R. D. (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19 (2), 57-74.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1985). Manual de Técnicas para una estrategia de comunicación en salud. Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares. Washington: OPS.
- Secretaría de Salud. (1995). *Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA)*. México: SS.
- Zavala, S. (2009, Sept.). Guía a la redacción en el estilo APA. (6ta. ed.). México: Biblioteca de la Universidad Metropolitana.