



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ECONOMÍA

FACULTAD DE ECONOMÍA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ECONOMÍA APLICADA

DETERMINANTES DE LA EXCLUSIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD:
EL CASO DE MÉXICO

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN ECONOMÍA

PRESENTA:
PAUL ISRAEL VELARDE MUÑOZ

TUTOR
DRA. ISALIA NAVA BOLAÑOS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

DRA. LILIA DOMÍNGUEZ VILLALOBOS
FACULTAD DE ECONOMÍA, UNAM
DRA. FLOR BROWN GROSSMAN
FACULTAD DE ECONOMÍA, UNAM
DR. JOSÉ NABOR CRUZ MARCELO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS, UNAM
DR. ABRAHAM GRANADOS MARTÍNEZ
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS, UNAM

MÉXICO, CD.MX., MAYO DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), nuestra máxima casa de estudios, que nuevamente me acogió en su comunidad, permitiéndome enriquecerme en mi formación humanística y profesional.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la beca otorgada durante mi estancia en el programa de maestría.

A mi Tutora, la Dra. Isalia Nava Bolaños, por su gran apoyo y asesoría, sin lo cual, no habría sido posible realizar y concluir este proyecto.

A los miembros del jurado: Dra. Lilia Domínguez Villalobos, Dra. Flor Brown Grossman, Dr. José Nabor Cruz Marcelo y Dr. Abraham Granados Martínez, por sus comentarios y aportaciones que enriquecieron la presente investigación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. DEVENIR HISTÓRICO Y CONCEPTUALIZACIÓN ACTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	8
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS DSS	8
La comprensión social de la salud	8
La medicina social en el siglo XIX.....	9
Impasse del enfoque social de la salud	11
Revalorización de la perspectiva social de la salud	13
La salud: derecho o mercancía en los albores del siglo XXI	15
MARCO CONCEPTUAL Y ANALÍTICO DE LOS DSS	16
Los Determinantes Sociales de la Salud.....	16
Modelo de DSS y vías de transmisión de la desigualdad sanitaria	19
EXCLUSIÓN EN SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	24
CONCLUSIONES	28
CAPÍTULO 2. EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO Y ESTUDIOS SOBRE EXCLUSIÓN EN SALUD	30
DE LA CONSTITUCIÓN DE 1917 A SU CONFORMACIÓN ACTUAL	30
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	39
Protección Social en Salud	40
Seguridad Social.....	42
Subsistema privado	43
TÓPICOS PARA EL CONTEXTO MEXICANO	43
Demografía básica.....	43
Condiciones de salud.....	44
Recursos	46
Cobertura.....	47
INVESTIGACIONES SOBRE EXCLUSIÓN EN SALUD	50
CONCLUSIONES	53
CAPÍTULO 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	56
ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES	56

MÉTODO DE ESTIMACIÓN: MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA	59
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	61
Variables dependientes	61
Variables explicativas	62
CONCLUSIONES.....	68
CAPÍTULO 4: DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS A LA PROBABILIDAD DE EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA FORMAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	69
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SIN PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.....	70
Factores socioeconómicos	70
Factores intermediarios	72
ANÁLISIS ECONOMETRICO DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SIN PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.....	74
Efectos marginales generales.....	75
Análisis de los resultados en efectos marginales generales.....	79
EFECTOS MARGINALES EN ESCENARIOS ESPECÍFICOS	80
Análisis de los resultados de los escenarios en la EIAM.....	88
Análisis de los resultados de los escenarios en la ESP	91
CONCLUSIONES.....	92
CONCLUSIONES GENERALES	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	110

INTRODUCCIÓN

Para entender la salud en su amplitud, es necesario no solo tomar en cuenta los condicionantes de tipo biológico desde una perspectiva individualizada, resulta imprescindible incluir los factores sociales como determinantes de la misma, ya que el ser humano además de encontrarse inmerso en un medio natural, vive y se desenvuelve en sociedad. De tal manera que conceptualizar la salud con una perspectiva de este tipo, complejiza el análisis y tratamiento del proceso salud-enfermedad, al incluir como determinantes las condiciones en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, que son resultado de las estructuras sociopolíticas y económicas que rigen la organización social. Esta forma de concebir y visualizar el proceso de salud-enfermedad, da lugar al paradigma conocido como los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (OMS, 2008).

En el contexto histórico actual, caracterizado por agudas desigualdades socioeconómicas entre regiones, entre países y al interior de los mismos, generadas por estructuras sociales que se reproducen sustentadas en la distribución inequitativa del poder, el ingreso, los bienes y servicios; el estudio y análisis de los DSS toman una especial relevancia, ya que existe una robusta evidencia empírica que muestra que las circunstancias inicuas mencionadas, en la rama de la salud devienen en una extrema inequidad sanitaria que se traduce en mayor morbilidad y muertes prematuras en los estratos sociales más vulnerables (OMS, 2008). Dicha realidad contrasta con lo estipulado en numerosas legislaciones de las sociedades actuales, donde se conceptualiza a la salud como un derecho humano. Lo cual evidencia una perniciosa contradicción entre el entramado ético y moral sobre el que se sustentan los Estados para lograr legitimidad y cohesión social y la forma real en que nuestras sociedades se reproducen. De ahí que la tarea fundamental de los DSS sea aportar la evidencia empírica necesaria para visibilizar de manera puntual los factores y mecanismos sociales que generan inequidad en salud, en pro no solo de idear las políticas públicas pertinentes, sino además coadyuvar en la conformación de una sociedad más informada y consciente, que permita transformar las estructuras sociales que reproducen inequidad.

Dentro del modelo de los DSS, el sistema de salud funge como un determinante intermediario, debido a su capacidad de mediación, positiva o negativa, en la exposición diferencial a los riesgos de salud que enfrentan los distintos estratos de la sociedad. De

ahí la importancia en su diseño organizacional, la cantidad de recursos que la sociedad le destina y el nivel de cobertura médica y poblacional que presentan. En México, el Sistema Nacional de Salud (SNS), se organiza sobre la base de una estructura segmentada, conformada por sistemas de seguridad social vinculados al estatus laboral de las personas; por un sistema de protección en salud cuyo brazo operativo es el Seguro Popular, ideado para dar atención a la población abierta; y por seguros privados para la población con capacidad de pago o que gozan de esta prerrogativa como prestación laboral. Sin embargo, a pesar de la existencia de un sistema de aseguramiento voluntario para la población abierta, las encuestas en hogares más importantes, arrojan que no se ha logrado la cobertura universal en el país, ya que más de 20 millones de personas no se encuentran afiliadas a algún seguro en salud (CONEVAL, 2017 y Gutiérrez et al., 2013). De tal manera que es menester clarificar cuales son las principales causas y barreras que ocasionan este tipo de exclusión para estar en posibilidades de diseñar y consensuar soluciones que se caractericen por su integralidad y equidad.

Con base en lo anterior, la presente investigación se plantea el objetivo de identificar a través de un ejercicio estadístico, los principales determinantes sociales de exclusión de la cobertura formal de protección social en salud en México, definida como la falta de afiliación de determinados grupos o personas a algún tipo de seguro en salud del entramado del SNS. Además, se procura proporcionar un panorama histórico y conceptual sobre los DSS y una semblanza del sistema de salud mexicano a través de su historia y conformación actual, que ayuden a apuntalar, interpretar y dimensionar los datos probabilísticos que arroje la relación de variables dependientes y explicativas de los modelos logísticos planteados.

La investigación está conformada por cuatro capítulos, más esta introducción y las conclusiones. En el primero, se realiza una síntesis de los antecedentes históricos de los DSS, así como la conceptualización actual enarbolada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El segundo capítulo, aborda el análisis del sistema de salud mexicano a través de un recuento histórico que parte de la Constitución de 1917 hasta su conformación actual, explicando su estructura organizativa, las modalidades de financiamiento y el nivel de cobertura que ha alcanzado. Asimismo, se examinan las condiciones demográficas y de salud de la sociedad mexicana. Por último, se presenta una revisión de algunas investigaciones sobre exclusión en salud, realizadas en la región latinoamericana, desde una perspectiva análoga a los DSS. En el tercer capítulo, se

desarrollan y puntualizan los aspectos metodológicos del ejercicio probabilístico de estimación; describiendo las características de la fuente de datos; la especificación del modelo *logit*; la definición de las variables dependientes y explicativas; y el planteamiento de las hipótesis a comprobar. Finalmente, en el cuarto capítulo se presentan y discuten los principales resultados de los modelos *logit* construidos, los cuales relacionan las variables de exclusión con los DSS socioeconómicos e intermediarios definidos. Además, se evalúan, contrastan y discuten algunos escenarios representativos con la finalidad de ejemplificar y dimensionar de mejor forma la caracterización de la población con la mayor probabilidad a quedar excluida de la cobertura formal de protección social en salud.

CAPÍTULO 1. DEVENIR HISTÓRICO Y CONCEPTUALIZACIÓN ACTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los DSS son un paradigma que conceptualiza la salud más allá de una perspectiva de condicionantes biológicas individualizadas, señalando, a través de evidencia empírica, que las circunstancias sociales en las que se desenvuelven las personas determinan de forma importante su salud. De tal manera, para poder reducir las brechas en las desigualdades sanitarias entre países y al interior de los mismos, es necesario diseñar políticas públicas que transformen las estructuras sociales que generan inequidad sanitaria. Con base en estos antecedentes el objetivo de este capítulo es el de proporcionar un marco conceptual y analítico sobre los DSS, tomando en cuenta sus antecedentes históricos, la evolución y conjunción de los mismos, hasta llegar a su conceptualización actual.

El capítulo se estructura en tres apartados. Inicialmente se abordan los antecedentes históricos, como la importancia de la medicina social en el siglo XIX, el poco avance del enfoque social de la salud durante buena parte del siglo XX y la revalorización del mismo en el último cuarto del mismo siglo, a partir de posicionamientos de la OMS y de la evidencia arrojada por estudios longitudinales. El segundo apartado, proporciona la base conceptual actual de los DSS, enarbolada por la OMS. Además, se presenta un modelo esquemático sobre los DSS, donde se les clasifica y jerarquiza, tratando de mostrar la interrelación de los mismos dentro de un circuito que desemboca en inequidades sanitarias. Lo anterior, con el fin de idear políticas públicas mejor definidas en sus puntos de entrada e incidencia. En el último apartado se definen los conceptos de exclusión en salud y protección social en salud, que se derivan del andamiaje conceptual de los DSS, los cuales nos ayudan a apuntalar y situar de forma más precisa el objetivo y universo de análisis de la presente investigación.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS DSS

La comprensión social de la salud

Concebir las condiciones sociales como determinantes del estado de salud de las personas, lleva al análisis del proceso salud-enfermedad más allá del enfoque biológico convencional, lo cual nos podría parecer novedoso, y si bien es cierto que este tipo de estudios han tomado relevancia en la actualidad, en realidad la arista de análisis cuenta

con una añeja tradición histórica. Existen crónicas que datan de la baja edad media donde se empiezan a relacionar aspectos como el tipo de alimentación, las condiciones de higiene y emigración de la población pobre, como causas de su mayor mortandad. En los siglos XV-XVI, hay registros de investigaciones que tratan de vincular las condiciones laborales en la minería y orfebrería con el tipo de padecimiento de los trabajadores (Navarro y Benach, 1996 y Santos, 2010).

Posteriormente, en 1700 es publicada una obra que se considera simiente de la medicina del trabajo, *De morbis artificum diatriba* de Bernardino Ramazzini, donde examina y describe los trastornos patológicos de los trabajadores acorde a su ocupación, lo que le permitió identificar los cambios en la existencia individual y social provocados por nuevos procesos productivos, que a su vez, daban lugar a nuevas enfermedades. Por tanto, para Ramazzini la salud de los trabajadores estaba determinada por diversas aristas, algunas internas al ambiente de trabajo y otras externas de carácter social. Una de las ideas centrales de su obra, es que el trabajador constantemente enferma y muere a causa de su ocupación, sin embargo, el trabajo es una actividad valiosa para él y la sociedad, ya que es imprescindible para el progreso, por tanto, los trabajadores deben gozar de buenas condiciones de vida (Araujo y Trujillo, 2002).

A finales del siglo XVIII Johan Peter Frank, considerado un pionero de la salud pública y la medicina social, analizó la influencia de las condiciones sociales sobre la salud del individuo, por lo que atribuyó a la terrible situación de inequidad y pobreza padecida por el pueblo, la principal causa de las enfermedades. En su conferencia más célebre intitulada: “La miseria del pueblo, madre de las enfermedades”, desarrolla con vehemencia sus argumentos en pro de reformas sociales y económicas para mejorar las condiciones de vida de la clase trabajadora. Pensaba que en el campo de la salud, el cuidado de los ciudadanos y la beneficencia debían ser responsabilidad del Estado (Medina y Koschwitz, 2011 y Sigerist, 2006).

La medicina social en el siglo XIX

Durante el siglo XIX con el devenir de la revolución industrial se generaron e intensificaron procesos socioeconómicos que se tradujeron en importantes éxodos del campo a la ciudad; crecimiento, sobreexplotación y pauperización de la clase trabajadora; hacinamiento en los barrios pobres de las ciudades; condiciones insalubres de las viviendas y centros industriales; etc., que repercutieron negativamente en la salud de la

población urbana, principalmente de los estratos menos favorecidos. Ésta situación fue determinante en la gestación de una mayor organización y presión política de las clases populares, además de que se visibilizaron significativamente los vínculos entre salud y sociedad. Fue en este contexto cuando aumentó el número de estudios que abordaron los problemas sanitarios de la población desde una óptica que ponderaba las condiciones sociales y económicas como vectores de enfermedad. Surgió así lo que se ha dado por llamar Medicina Social (Berlinguer, 2007, Filho, 1999 y Morales, 2013).

Dentro de los autores decimonónicos que realizaron las investigaciones más importantes desde una perspectiva de medicina social, tenemos a Louis René Villermé, quien en la segunda década de aquél siglo observó mayores tasas de mortalidad en los habitantes de los barrios más pobres de la ciudad de París, además de que los jóvenes de esos distritos presentaban una estatura más baja al momento de registrarse al servicio militar (Berlinguer, 2007 y Santos, 2010).

En Gran Bretaña Edwin Chadwick fue uno de los personajes más influyentes en la estructuración de la nueva ley de pobres de 1834 y los resultados encontrados en su informe de 1842 sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora en Inglaterra fueron fundamentales para configurar la Ley de Salud Pública de 1848 que marcó un hito en las políticas públicas de salud. En este informe, Chadwick encontró marcadas diferencias en la esperanza de vida de la población, de acuerdo a su ocupación: trabajadores manuales, empleados y sus familias vivían en promedio 16 años; y aristócratas y sus familias 45 años. De igual manera en la Inglaterra de 1845, Frederich Engels publica un estudio donde realiza una argumentación del cómo las relaciones de producción determinan marcadas desigualdades socioeconómicas que redundan en estados de salud-enfermedad diferenciados, acorde a la clase social (Mejía, 2013 y Navarro y Benach, 1996).

A mediados del siglo XIX, en lo que hoy es Alemania, Rudolf Virchow observó en sus estudios que muchas de las causas de epidemias y enfermedades estaban relacionadas con las condiciones ambientales y las carencias propias de los estratos pobres. Por ende, concluyó que las verdaderas causas de la enfermedad se encontraban en la mala alimentación, viviendas insalubres, ausencia de agua potable y alcantarillado. La forma en que Virchow concebía el problema sanitario lo llevó a vincular la salud con la política en aras de encontrar soluciones. Pensaba que la triada: educación, prosperidad y libertad, era la mejor política de medicina preventiva (Berlinguer, 2007 y Navarro y

Benach, 1996). En sus palabras: “La medicina es una ciencia social, y la política no es más que la medicina en gran escala” (Rosen, 1984, p. 213).

En la segunda mitad del siglo XIX, las investigaciones en salud con perspectiva social, aunadas a un contexto de democratización del Estado liberal clásico provocado por la presión de los sectores populares, se conjugaron para fortalecer las políticas de salud pública, por ejemplo: en la promoción de infraestructura para servicios urbano-sanitarios y en la educación para la higiene personal, lo cual tuvo un sensible efecto en la prevención de enfermedades infecciosas. O en la implementación de derechos de atención médica para los trabajadores, como lo fue el modelo de seguridad social presentado por Bismarck en el decenio de 1880 (Hobsbawm, 2001a y López-Alonso, 2015).

En la transición demográfica europea, que implicó una extensión de la esperanza de vida y un aumento poblacional durante la segunda mitad del siglo XIX y los primeros decenios del siglo XX, las políticas de salud pública, como las mencionadas, jugaron un papel nodal en la configuración de las condiciones necesarias para dicho avance. Los progresos en microbiología logrados por Robert Koch en Alemania y Louis Pasteur en Francia que contribuyeron a conformar una teoría microbiana de las enfermedades, no se tradujeron en lo inmediato en beneficios de terapia médica, sino que fue hasta la tercera y cuarta década del siglo pasado cuando se introdujeron las sulfamidas y antibióticos que permitieron ejercer tratamientos para las enfermedades infecciosas (López-Alonso, 2015).

Impasse del enfoque social de la salud

Aunque los resultados de los estudios que relacionaron las condiciones sociales con el estado de salud de las personas fueron convincentes, y las políticas de salud que se derivaron de éstos últimos tuvieron una incidencia fundamental en la transición demográfica europea, durante buena parte del siglo XX el interés y la influencia de las investigaciones con esta óptica disminuyó considerablemente. Para entender las razones de que esto haya ocurrido, podemos dividir el periodo en dos etapas.

La primera mitad del siglo se caracterizó por una fuerte turbulencia social en los ámbitos geopolítico y económico. Lo cual se materializó en la primera guerra mundial, la revolución de octubre, la crisis económica del 29, el ascenso del fascismo en Europa y la segunda guerra mundial. Un contexto de esa envergadura, no era propicio para la extensión y profundización de derechos civiles o laborales en los países desarrollados y

consecuentemente, en buena parte del mundo, debido a su fuerte influencia geopolítica, económica y cultural. No eran los tiempos para cavilar y entablar políticas públicas con base en determinantes sociales de la salud.

El segundo periodo es la posguerra, “los gloriosos 30”, la edad de oro del capitalismo. En ésta, dominó la concepción biomédica de las enfermedades, debido a los acelerados adelantos en antibióticos, anestesias, métodos de asepsia e ingeniería biomédica. Además, la enorme expansión económica experimentada generó expectativas altamente optimistas respecto a la calidad de vida de las personas, la reducción de las desigualdades y la superación del subdesarrollo. La miseria como determinante de enfermedades, sería erradicada por las “fuerzas productivas de la sociedad”. Cabe mencionar que el contexto de la guerra fría también fue una arista de importancia para mermer los incentivos para realizar investigación y políticas de salud desde una perspectiva social, debido a las susceptibilidades ideológicas del momento (Irwin y Scali, 2005 y Navarro y Benach, 1996).

A pesar de la limitada influencia del enfoque social de la medicina en el periodo descrito, cabe destacar el trabajo de Henry Sigerist (1981), uno de los historiadores de la medicina más prominentes. Su trabajo de investigación durante las décadas de los 30 y 40 ayudó a rescatar, revalorar y remozar las ideas de los precursores de la medicina social. Para Sigerist, la medicina se entiende cada vez más como una ciencia social cuyas cuatro principales tareas consisten en: a) la promoción de la salud a través de la educación, mejores condiciones de vida y trabajo, cultura física, esparcimiento y descanso; b) la prevención de enfermedades usando las herramientas de la salud pública; c) curación-restauración de la salud cuando la prevención falla; y d) la rehabilitación que requiere un tratamiento *ad hoc* más sofisticado (Sigerist, 1981).

También, es de gran importancia enfatizar que al conformarse la OMS en 1948, sus fundadores tomaron en cuenta la corriente social de la medicina al concebir su definición de salud, pues ésta se plasmó como sigue: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, p. 100). De esta forma, la conceptualización de la salud para la institución más importante en este campo a nivel mundial no quedó circunscrita a una visión meramente biológica, abriendo el espacio a un modelo social vinculado a una valorización ética, sentando un precedente muy importante en las directrices de la misma, y en la forma de implementar sus políticas y recomendaciones.

Revalorización de la perspectiva social de la salud

Fue hasta finales de la década de los sesenta y principios de los setenta del siglo pasado, cuando la perspectiva de la salud desde el ámbito de los determinantes sociales empezó a tomar un nuevo vigor, pues se emprendieron en mayor medida estudios que relacionaban la pobreza, las desigualdades en salud y la clase social. Uno de los más importantes fue el de Antonovsky (1967), donde se realiza un análisis comparativo de más de 30 estudios de distintas épocas llevados a cabo en Europa y Estados Unidos, en los cuales se revisan las tasas de mortalidad según la clase social. Lo que encuentra es que en general la clase más baja presenta tasas de mortalidad mayores y que ésta diferencia persistió a lo largo del tiempo.

Ya para finalizar la década de los setenta el interés sobre la temática continuó en ascenso, principalmente a través de dos vertientes: primero, las declaraciones y posicionamientos de la OMS en sus conferencias respecto a cómo debía concebirse la salud y cómo actuar en consecuencia; segundo, la calidad de los estudios longitudinales que abordaron y visibilizaron las inequidades en salud socialmente determinadas.

Respecto a las conferencias de la OMS la más importante, que representa un hito contemporáneo, fue la realizada en Alma Ata en 1978, donde la salud toma una connotación de derecho humano fundamental y por ende una meta social mundial con el lema “salud para todos en el año 2000”. Los puntos a resaltar de la declaración son los siguientes: a) la salud como un derecho humano fundamental, que para poder ser alcanzado demandará la participación de actores sociales, políticos y económicos; b) la participación popular en la organización de la atención de la salud, es decir, el ciudadano y su comunidad juegan un papel activo, contando con derechos y obligaciones; c) la universalidad de la atención primaria de la salud que incluirá servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación. En suma, la visión de Alma Ata no se limitó a recomendaciones técnicas eficientistas, por el contrario, posicionó el tema de la salud como una problemática ética, económica y política (Baum, 2007 e Irwin y Scali, 2005).

Posteriormente, en 1986 la conferencia de Ottawa continuó la misma senda social de la salud, al hacer más explícita la idea de los determinantes sociales de la salud, pues puntualiza ocho factores básicos: “la paz, la vivienda, la educación, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad” (Irwin y Scali, 2005, p. 14).

Por su parte, es en el Reino Unido dónde se desarrollaron los estudios sobre desigualdades sociales en salud que representaron un parte aguas por sustentar sólidamente la evidencia del gradiente social de la salud y por su posterior influencia que estimuló la investigación con ésta perspectiva. El más notable es el Black Report, que se interrelacionó con el estudio Whitehall y el informe The Health Divide (Navarro y Benach, 1996).

El informe *Inequalities in Health*, mejor conocido como *Black Report*, es un estudio que se llevó a cabo por iniciativa del gobierno laborista en 1977 con el objetivo de recabar y analizar evidencia sobre las desigualdades sociales en salud y generar las propuestas de política pública pertinentes. Fue terminado en 1980 y las conclusiones que arrojó resultaron inquietantes, provocando un amplio debate científico e ideológico. Los resultados más importantes fueron: la evidencia muestra que existen marcadas diferencias en la tasa de mortalidad de las clases ocupacionales, para ambos sexos en todas las edades, donde la clase ocupacional más baja (manuales) presenta una tasa de mortalidad 2.5 veces mayor a la clase mejor situada; las clases ocupacionales bajas realizan un menor uso de los servicios sanitarios, particularmente el de los servicios preventivos; los determinantes más importantes de las desigualdades sociales en salud trascienden al ámbito de las políticas de salud, es decir, son explicadas en mayor medida por factores socioeconómicos como el nivel de ingreso, empleo, educación, vivienda, transporte y estilos de vida (Navarro y Benach, 1996).

El estudio longitudinal Whitehall realizó un seguimiento durante 10 años del estado de salud cardiovascular de 17,530 funcionarios públicos londinenses, hombres de entre 40 y 64 años de edad, los cuales se clasificaron en cinco clases jerárquico-ocupacionales: administrativo, profesional, ejecutivo, oficinista y otros grados. Siendo “otros grados” el grupo de menor estatus compuesto por mensajeros y trabajadores manuales no cualificados. Lo que se evidenció, sin las limitaciones propias de los análisis transversales, fue la relación inversa entre jerarquía ocupacional (como una aproximación a clase social) y mortalidad, es decir, para las enfermedades coronarias y otras causas de muerte, se encontró un gradiente descendente conforme se aumenta de jerarquía laboral. En general, los empleados del estatus laboral más bajo, presentaron una mortalidad 3.6 veces mayor que la jerarquía más alta. Los empleados de las jerarquías más bajas tuvieron una mayor propensión a padecer factores de riesgo para la salud, como obesidad, tabaquismo, mayor presión arterial, niveles de glucosa más altos, menor tiempo

de ocio y menor actividad física. Además, las desigualdades en la mortalidad se mantuvieron en el tiempo, aún en el caso en que se excluyera la influencia de los factores de riesgo mencionados (Marmot *et al.*, 1978).

El informe *The Health Divide* se encomendó en 1986 con el objetivo de actualizar la evidencia sobre las desigualdades sociales en salud a través de la revisión de un conjunto de estudios que se habían venido trabajando desde la aparición del *Black Report*. Además, se planteaba evaluar el avance en las recomendaciones que se habían realizado en este último. Sus resultados fueron publicados en 1987, encontrándose que las desigualdades sociales en salud se habían incrementado o en el mejor de los casos, persistido, principalmente en la población adulta; así, la tasa de mortalidad y la prevalencia de enfermedades crónicas en los estratos más pobres eran mayores respecto al estrato más favorecido. Se confirmó que los factores socioeconómicos representaban un fuerte determinante en el estado de salud de la población. Respecto a las recomendaciones, quedaba claro que en ningún caso se habían implementado acciones sistemáticas para su logro, lo cual no era de sorprender, ya que en su momento, el gobierno en turno de corte conservador, no había considerado válidas las recomendaciones del informe (Goldblatt y Whitehead, 2000 y Navarro y Benach, 1996).

La salud: derecho o mercancía en los albores del siglo XXI

En el 2005 la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), con la encomienda de reunir evidencia científica alrededor del mundo que permitiera definir posibles formas de intervención en contra de las desigualdades sanitarias entre los países y al interior de los mismos, con miras de cimentar y promover un movimiento internacional en pro de lograr la equidad en salud (OMS, 2008). A perspectiva, se puede afirmar que los antecedentes contemporáneos más importantes de dicha comisión y, por ende, de sus objetivos, trabajo y recomendaciones, se encuentran en Alma Ata y el *Black Report*. Así, la CDSS representa el reposicionamiento de la perspectiva social de la salud en el siglo XXI, frente al embate neoliberal que inició en el último cuarto del siglo pasado y que ha permeado la agenda de las políticas sectoriales más importantes, incluida la salud.

Es decir, la OMS ha levantado la voz, tratando de poner un contrapeso al paradigma del mercado competitivo aplicado a la salud, donde se sostiene que el mercado liberado de interferencias gubernamentales, es la manera más eficiente de canalizar los recursos de la sociedad y generar mejores resultados de cobertura, calidad y

costos. Visualizando el tema de salud, preponderantemente como una problemática de oferentes y demandantes de servicios sanitarios, donde se justifica la intervención del Estado por motivos asistencialistas a grupos vulnerables y por fallas de mercado (BM, 1993).

Como se explica en el siguiente apartado la CDSS, acorde a la visión de la OMS, enarbola una idea más amplia sobre la salud, al situarla en el terreno ético, concibiéndola como un derecho humano fundamental, que por ende demanda la participación de todos los sectores de la sociedad, posicionando al ciudadano como un ente activo con derechos y obligaciones.

MARCO CONCEPTUAL Y ANALÍTICO DE LOS DSS

Los Determinantes Sociales de la Salud

El concepto de DSS comenzó a conformarse como tal, en los diversos estudios realizados a partir de los años setenta del siglo pasado, en los cuales se señalaban las limitaciones de las políticas de salud enfocadas a atemperar los riesgos individuales de enfermar y morir, argumentando que la salud de las personas estaba fuertemente condicionada por las circunstancias sociales en las que se desenvuelven. Por ende, para incidir positivamente en la salud había que ampliar el espectro de políticas orientadas a riesgos individuales, implementando políticas encaminadas a transformar las estructuras sociales que determinan las posibilidades de lograr una buena salud (Solar e Irwin, 2005).

De tal manera que los DSS se pueden entender “como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas” (Solar e Irwin, 2005, p. 4), o como “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar” (Tarlov, 1996, citado por Solar e Irwin, 2005). Aunque la definición más integral y explícita se encuentra en el informe final de la CDSS, donde plantea que los DSS son las condiciones de vida, entendidas como las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece, las cuales son condicionadas por factores estructurales más profundos que, en conjunto, determinan la organización social. Es decir, las condiciones de vida que son producto de los factores estructurales, conforman el conjunto de los DSS (OMS, 2008, p. 26).

En el contexto mundial actual se presentan marcadas desigualdades sanitarias entre regiones, entre países y dentro de éstos, el fenómeno dista mucho de ser un

proceso natural que descansa sobre bases biológicas. Hay una nutrida evidencia empírica que demuestra que estas desigualdades sanitarias se originan por una distribución inequitativa del poder, los ingresos, los bienes y los servicios. Por ende, corregir esta problemática es un tema de justicia social, se entra en el terreno de los valores morales, de la ética (OMS, 2008).

Es aquí donde se hace imprescindible el concepto de equidad en salud, el cual es el fundamento ético de la CDSS y la define como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables de salud entre grupos poblacionales definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica” (Solar e Irwin, 2007, p. 7). De tal forma que la inequidad en salud se presenta cuando las diferencias sanitarias encontradas son sistemáticas, injustas o evitables. De ahí que el concepto de inequidad en salud sea más complejo que una simple desigualdad sanitaria, ya que estas últimas, no siempre son injustas o evitables, por ejemplo, la mayor esperanza de vida promedio de las mujeres respecto a los hombres (Solar e Irwin, 2005).

Se puede vislumbrar una estrecha relación conceptual y práctica entre la equidad en salud y los DSS, ya que en el contexto histórico actual resulta imposible pretender reducir de manera importante las brechas de la inequidad sanitaria sin incidir sobre los DSS, gestionando cambios estructurales de gran calado, respecto al papel del Estado y el funcionamiento de los mercados. Por otra parte, una política pública con perspectiva de equidad en salud aspira a igualar la oportunidad de salud y no el estado de salud, es decir, las desigualdades sanitarias que son consecuencia del libre albedrío de las personas no son injustas. Lo que es fundamental erigir es una conformación de los DSS tal, que los individuos cuenten con las mismas oportunidades de ejercer una buena salud a lo largo de la vida (Solar e Irwin, 2005).

En los documentos de trabajo de la CDSS, se menciona que el entramado conceptual de los derechos humanos proporciona una base donde se vincula la salud con las condiciones sociales y los ejes de buen gobierno. Pues de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (Art. 25). Además, se establece que: “Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos” (Art. 28). Con arreglo a

la Declaración, el Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, puntualizó el derecho a la salud: “Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Art. 12). Haciendo explícitas las medidas a las que los Estados quedan comprometidos para asegurar hacer efectivo el derecho: reducción de la mortalidad prenatal, infantil y sano desarrollo de los niños; mejorar higiene del trabajo y medio ambiente; prevención y tratamiento de enfermedades; y asegurar asistencia y servicios médicos. Así, de acuerdo a Solar e Irwin (2007), el marco internacional conceptual de los Derechos Humanos, proporciona un robusto instrumento de influencia política y de certeza jurídica para avanzar hacia la equidad en salud, actuando sobre los DSS.

Es importante señalar que para la CDSS la principal responsabilidad de propiciar y proteger la equidad en salud, recae en los gobiernos. Esta respalda su análisis en propuestas teóricas contemporáneas respecto a la aplicación política del concepto de equidad en salud, donde se resalta la importancia primigenia de la salud para posibilitar el despliegue del potencial humano. En estos estudios, buena parte de la argumentación filosófica, moral y política para una gobernabilidad justa, se sustenta en Amartya Sen. Solar e Irwin (2005), presentan los esquemas generales de algunas de estas ideas y sus autores:

- Stronks y Gunning-Schepers (1993) establecen que una sociedad justa se distingue por altos grados de libertad, primordialmente la libertad positiva, permitiendo a sus miembros realizar elecciones deseables, de entre diversas opciones, para el plan de vida que cada individuo conciba como bueno. De tal forma, que la tarea nodal de un gobierno justo consiste en proporcionar las condiciones idóneas que permitan que las personas puedan elegir en libertad su plan de vida. En el caso particular de la salud, la capacidad de ser lo más sano posible, entra en este tipo de dinámica. Por ende, un gobierno justo, tendría la obligación de implementar intervenciones en los determinantes sociales, una vez que las condiciones sociales restrinjan el potencial de salud de una o varias personas, con el fin de garantizar la igualdad en las oportunidades de salud.
- Anand (2002) señala que la salud es un bien especial, que por ende, su distribución justa debe recibir un tratamiento particular por parte del gobierno. Son dos las razones que hacen de la salud un bien especial: que constituye un componente directo del bienestar de la gente y que es una condición *sine qua non*

para que las personas funcionen como agentes. De esta forma, se pueden reconocer las desigualdades sanitarias como fallas en la capacidad de funcionar de las personas. Cuando la estratificación social determina el surgimiento de dichas desigualdades, se está violando el principio político de igualdad de oportunidades. Bajo esta óptica, la principal responsabilidad de un gobierno justo, es asegurar en la sociedad una distribución justa de la salud.

- A partir del enfoque de capacidades de Sen, Runger (2006) subraya lo importante de la salud para tener la capacidad de vivir la vida que uno valora. Es decir, la salud es el vehículo para desarrollar otros fines sociales de importancia para la prosperidad humana, como la educación. Así, la tarea primordial del gobierno a través de políticas públicas es promover la distribución equitativa de las oportunidades de salud.

En suma, los conceptos de DSS, equidad sanitaria y su interacción, proporcionan los pilares básicos de la perspectiva de salud determinada socialmente. En aras de incidir positivamente en la salud en una sociedad, se argumenta que deben ser los gobiernos nacionales las principales entidades encargadas de operacionalizar, a través de política pública, la reducción de las inequidades sanitarias. Por ende, es necesario ubicar, tipificar y explicitar los DSS que tienen un mayor peso en la generación de inequidades en salud para estar en condiciones de definir los puntos de entrada estratégicos donde implementar las políticas pertinentes. En el siguiente apartado, se aborda esta problemática.

Modelo de DSS y vías de transmisión de la desigualdad sanitaria

Con el objetivo de mostrar, clasificar y esquematizar los distintos DSS, la interacción de los mismos y la influencia que ejercen en la generación de inequidad sanitaria, Solar e Irwin (2005) presentan un modelo de DSS que se nutre de las investigaciones realizadas al respecto, preponderantemente durante las últimas dos décadas. Dentro de éstas últimas, las que presentan los modelos con mayor influencia, son las siguientes:

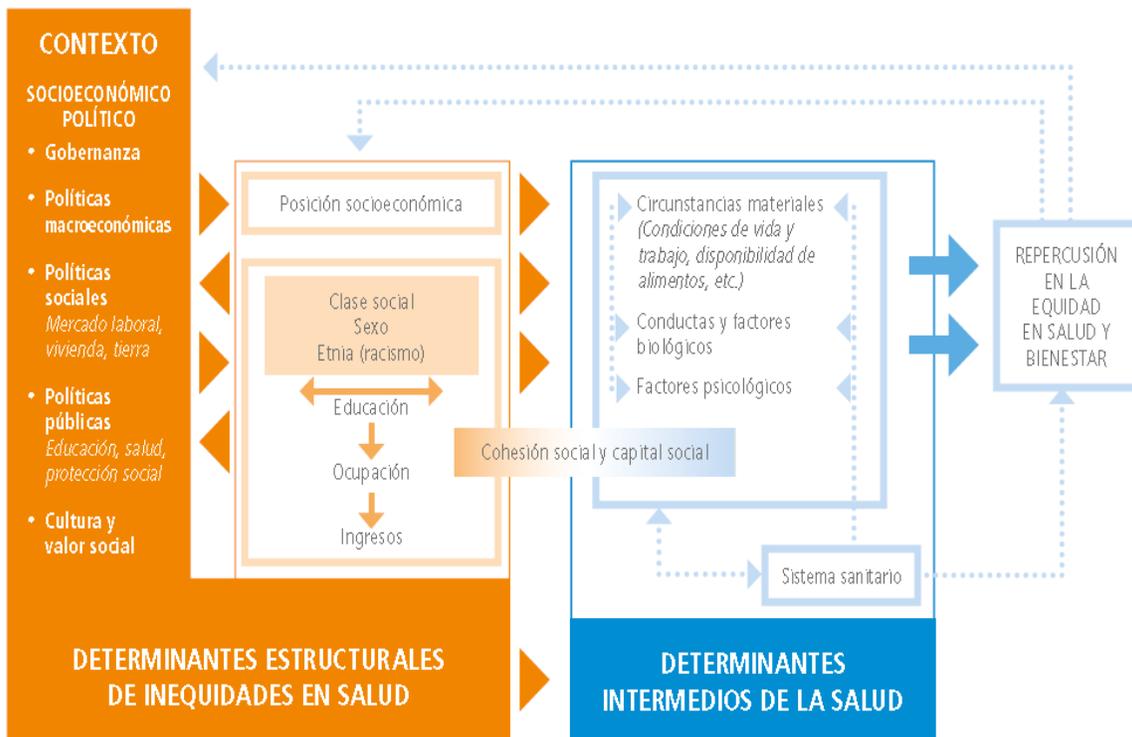
- Modelo de Dahlgren y Whitehead: Influencias distribuidas en capas. Define niveles de condiciones causales que determinan las desigualdades sanitarias, que van de lo particular a lo general, es decir, parten de las características individuales de las personas, hasta condiciones generales socioeconómicas, culturales y medioambientales.

- Modelo de Diderichsen y colaboradores: Estratificación social y producción de enfermedades. Subraya que los contextos sociales generan estratificación social, por lo cual las personas presentan distinta posición social y, ésta última, es la que finalmente determinará sus oportunidades de salud.
- Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson: Influencias múltiples a lo largo de la vida. Señala que las desigualdades sanitarias son consecuencia de una exposición diferencial a riesgos ambientales, psicológicos y conductuales a lo largo de la vida, los cuales se encuentran inmersos en una estructura social.

Los modelos descritos a groso modo, aportan conceptos básicos para el análisis de los DSS con el objetivo de visibilizar cómo éstos, a través de distintos mecanismos, generan desigualdades en salud. Sin embargo no logran, por sí mismos, presentar un panorama más completo e integral ya que las aportaciones que cada uno hace, resultan complementarias.

De acuerdo con Solar e Irwin (2005) un modelo integral de DSS debe tener las siguientes características: a) esclarecer los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades en salud; b) mostrar cómo los determinantes más importantes se interrelacionan; c) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los DSS más importantes de abordar; y d) definir niveles específicos de intervención y puntos de entrada de políticas para incidir sobre los DSS. Por ende, el modelo que construyen intenta conjugar estas cualidades y logra definir y esquematizar la interacción de los elementos y las categorías principales de los DSS, así como las vías de transmisión de la desigualdad sanitaria, como lo muestra la figura 1.1.

Figura 1.1 Marco Conceptual de los DSS



Fuente: Tomado de OMS (2011, p. 7).

El esquema pretende sintetizar visualmente como se jerarquizan e interrelacionan los principales conceptos y categorías de los DSS que dan lugar a la inequidad sanitaria en las sociedades contemporáneas. La explicación del mismo se aborda de izquierda a derecha.

1. El contexto sociopolítico-económico: Comprende factores estructurales, culturales y funcionales en una sociedad, los cuales ejercen una influencia determinante en la conformación de la estratificación social. Es decir, estos factores generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales en el marco de un contexto histórico. Otra de sus características importantes radica en que resulta muy complejo lograr cuantificar sus efectos a nivel individual. Ejemplo de estos son el sistema político de gobierno, las políticas macroeconómicas, las relaciones de producción, el mercado laboral, el sistema educativo, la religión, etc. (Solar e Irwin, 2005).
2. Posición socioeconómica: Se compone de los factores que definen la estratificación social a nivel individual y que por lo tanto es posible evaluarlos de

forma cualitativa o cuantitativa. Están sustentadas en una determinada forma de distribución de poder, prestigio y acceso a los recursos materiales que se originan y legitiman en un contexto sociopolítico-económico dado. La clase social, ingreso, género, raza, etnia, educación y ocupación, son los ejemplos más importantes de este tipo de factores (Solar e Irwin, 2007).

Estos dos elementos y la interacción de los mismos conforman lo que se define como los *determinantes estructurales de las desigualdades en salud*, que son las relaciones, estructuras y mecanismos que generan, mantienen y refuerzan la estratificación social, definiendo el nivel socioeconómico de los individuos (Solar e Irwin, 2007).

3. Los determinantes intermediarios: Son resultado de la conformación de la estratificación social generada por los determinantes estructurales y, por su parte, determinan la exposición y vulnerabilidad diferencial de las personas, al riesgo de las condiciones que afectan la salud. Esto es, los determinantes intermediarios están ligados a un conjunto de factores, influencias y circunstancias que pueden clasificarse en categorías de tipo material, socio-ambiental, psicosocial, conductual y fisiológico. Este modelo incluye al sistema sanitario, en sí mismo, como un determinante intermediario, ya que tiene la capacidad de incidir sobre las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales a través de una cobertura más amplia y equitativa (Solar e Irwin, 2005 y 2007).

De manera más específica, dentro de los determinantes intermediarios de las categorías que se mencionan, tenemos:

- Materiales: Condiciones de la vivienda, del vecindario, potencial de consumo, condiciones de trabajo, etc.
 - Socio-ambientales y psicosociales: Carencia de redes sociales de apoyo; ausencia de solidaridad y espíritu de comunidad; exclusión social; tensión en el trabajo; estrés ocasionado por diversas circunstancias adversas como, situación laboral, situación financiera, entornos de violencia, etc.
 - Conductuales: Tabaquismo, alcoholismo, dieta, falta de ejercicio, etc.
 - Fisiológicos: Factores genéticos, edad, sexo, etc.
4. Impacto sobre la equidad en la salud y el bienestar: En ésta última etapa del esquema se puede observar la repercusión que ejerce la ruta de factores sociales,

que se ha explicado, sobre la salud de los diferentes grupos de la estratificación social. Los impactos a tomar en cuenta en este punto, deben ser susceptibles de medición, para tener la posibilidad de hacer evaluaciones comparativas entre los distintos grupos socioeconómicos, con el fin de vislumbrar la equidad sanitaria de la sociedad (Solar e Irwin, 2007).

Los parámetros más usados en esta evaluación, son las medidas convencionales en salud, por ejemplo: esperanza de vida, morbilidad, mortalidad y autopercepción de la salud, por mencionar algunos. Si bien, los impactos en salud son el resultado del sistema social que se ha esquematizado, también juegan un papel de retroalimentación, pues la equidad en salud tiene una incidencia, que puede ser positiva o negativa, sobre los determinantes estructurales.

Además de la secuencia ilustrada hasta aquí, la concepción de las sociedades contemporáneas que se sintetiza en el diagrama, toma en cuenta la influencia de dos factores de tipo transversal que atañen varias etapas del circuito:

1. Cohesión social / capital social: Aunque no existe una definición básica respecto a la conceptualización y análisis del capital social entre las principales corrientes que lo caracterizan, resulta ser un elemento transversal clave dentro de los conceptos que componen el marco de interacción de los DSS, ya que tiene implicaciones importantes en los determinantes estructurales e intermediarios. En consecuencia, el capital social, aquí, es entendido como el espacio donde se desarrollan las relaciones de cooperación y participación entre ciudadanos y, entre ciudadanos y gobierno, las cuales posibilitan la distribución y redistribución del poder que permiten a la comunidad ejercer una influencia fundamental en la toma de decisiones y en la formulación de políticas públicas. Esto es, el elemento fundamental en esta definición de capital social, es la capacidad que tiene una sociedad para empoderar al ciudadano (Solar e Irwin, 2007).
2. Globalización: Involucra una serie de fenómenos de gran trascendencia que afecta de diversas maneras la conformación política y económica de las sociedades actuales. De acuerdo con Hobsbawm (2001b), la transnacionalización de la economía ha sido una de las principales transformaciones a las que se ha dado lugar. Esto significa que la empresa transnacional, sin base o límites territoriales concretos, haya ido desplazando a los Estados-Nación como el nuevo ente preponderante en las relaciones comerciales, lo que ha repercutido directamente

en la capacidad de autonomía de los gobiernos nacionales, por ejemplo, al socavar su poder regulador y sus mecanismos de redistribución de la renta. Este nuevo escenario, ha tenido implicaciones directas sobre los DSS, por lo que se ha incluido a la globalización como un factor transversal que incide en todos los componentes del modelo (Solar e Irwin, 2005).

El modelo explicado trata de sintetizar conceptual y esquemáticamente como se interrelacionan y jerarquizan las principales categorías de los DSS que se han definido. Lo anterior para tratar de proporcionar mayor claridad respecto a cómo incidir con más efectividad sobre los DSS en aras de lograr reducir las brechas del gradiente sanitario. Es decir, el modelo pretende ser una herramienta para que los gobiernos nacionales puedan definir, con puntualidad, las políticas públicas pertinentes susceptibles de medición y evaluación en cada nivel y elemento del marco.

EXCLUSIÓN EN SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

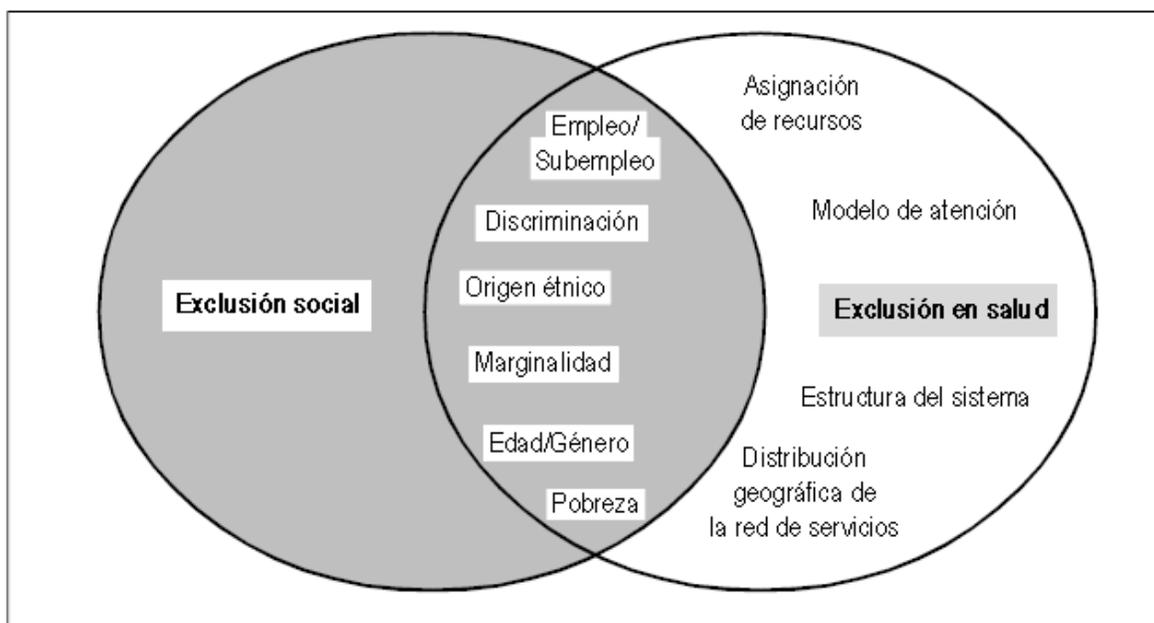
La exclusión en salud “entendida como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan” (OPS, 2003, p. 2), es un fenómeno multifactorial que muestra heterogeneidad entre países, cuyas causas se interrelacionan con diversas problemáticas sociales que pueden ubicarse fuera de los sistemas de salud o al interior de los mismos. Desde la perspectiva de los DSS, las causalidades fuera del sistema de salud se ubican en los determinantes estructurales e intermediarios de las inequidades de salud. Por su parte, las causalidades internas al sistema de salud que como tal, es un determinante intermediario, se relacionan con la oferta insuficiente de recursos materiales y humanos, la calidad y oportunidad de los servicios, así como con el grado de segmentación y fragmentación que presenta (OPS, 2006).

Debido a su complejidad, es factible equiparar la exclusión en salud con la exclusión social. Si bien existe una intersección de fenómenos sociales que se interrelacionan en el origen de ambas problemáticas, como el desempleo, la discriminación y la pobreza. La exclusión en salud presenta elementos que no quebrantan la integración social, lo cual es fundamental en el concepto de exclusión social. Por ejemplo, la estructura del sistema, la asignación de recursos y la difusión y claridad de la información. Por tal motivo, se puede entender la exclusión en salud como una problemática con sus propias particularidades, que no es posible discernir en su totalidad

por medio del concepto de exclusión social, como se muestra en la figura 1.2 (OPS, 2003).

Tomando en cuenta lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006) realiza una clasificación de lo que considera las principales aristas de exclusión en salud, dividiendo el nivel de análisis con base a si estas últimas se encuentran dentro o fuera del sistema de salud, como se observa en el Cuadro 1.1. La organización estipula que la exclusión en salud es un fenómeno con causalidad múltiple, que es factible distinguirlo, caracterizarlo y medirlo a través de herramientas cualitativas y cuantitativas; con la finalidad de contar con elementos más precisos para su comprensión, que redunde en su abatimiento a través de políticas públicas más certeras.

Figura 1.2 Relación entre exclusión social y exclusión en salud



Fuente: Tomado de OPS (2003, p. 6).

En este sentido, las medidas implementadas a través del sistema sanitario concebido como un determinante de la salud intermediario, que buscan garantizar el acceso de los ciudadanos a la atención de la salud como un derecho exigible sin caer en asistencialismos, dan lugar al concepto de protección social en salud, definida como “la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud a través del acceso a los servicios en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la

capacidad de pago sea un factor restrictivo” (OPS, 2002, p. 4). De tal manera que la protección social en salud se posiciona como un eje fundamental de política social incluyente, para reducir las brechas del gradiente social de la salud, propiciando un mayor grado de cohesión social.

Cuadro 1.1 Dimensión de análisis y causas de exclusión en salud

Dimensión	Tipo de exclusión	Causa de exclusión	Concepto
Externa al Sistema de Salud	Barreras de acceso	Económica	Incapacidad de los hogares / personas para financiar los gastos requeridos para la atención de salud.
		Geográfica	Dificultades para acceder de manera oportuna y sistemática a los servicios de salud por razones de localización y distribución espacial de los establecimientos de salud y vías de transporte.
		Laboral	Se refiere a la situación laboral que impide el acceso a los servicios de salud destinados a los trabajadores formales (informalidad, subempleo, desempleo).
		Género	Referido a las visiones, conceptos, prácticas y hábitos culturales que conducen a la discriminación en el acceso y utilización de servicios de salud por género.
		Étnica	Referido a las visiones, conceptos, prácticas y hábitos culturales de grupos sociales que los haga susceptibles de discriminación en la atención de salud y/o los aleje de su utilización adecuada.
	Déficit de infraestructura adecuada	Servicios básicos	Referido a la falta de suministro de agua potable, saneamiento básico y electricidad en el hogar.
Internas o propias del sistema de salud	Déficit de infraestructura adecuada	Infraestructura de servicios de salud	Referido a la inexistencia, insuficiencia o distribución inadecuada de establecimientos de salud.
	Inadecuada asignación y/o gestión de recursos	Recursos humanos	Referido a la disponibilidad inadecuada de recursos humanos con relación a la población de referencia.
		Recursos físicos	Referido a la disponibilidad inadecuada de recursos físicos con relación a la población de referencia (camas, equipamiento, medicamentos, etc.).
	Procesos	Suministro de servicios esenciales	Referido a la prestación de servicios de alto impacto para la salud pública.
		Calidad	Referido tanto a la calidad técnica de la atención como a la calidad en el trato en el punto de servicio y también a la falta de información y reconocimiento de los derechos en salud.
	Conformación del sistema	Fragmentación	Referido a la articulación de los servicios de salud.
		Segmentación	Referido a cómo está construido el sistema de salud.

Fuente: Tomado de OPS (2006, p. 18).

CONCLUSIONES

Como hemos visto, los DSS se nutren de una importante raíz histórica ligada a corrientes de pensamiento que se distinguen por propugnar mejorar las condiciones de vida de la población, particularmente, sobre las más precarizadas, conceptualizando a la salud dentro de un contexto social y posicionándola como el elemento central donde se reflejará, en buena medida, el nivel de desarrollo y equidad de una sociedad. De tal forma que, la revisión del devenir histórico permite realizar paralelismos en el tiempo para entender de manera más integral el significado e importancia actual de los DSS.

La medicina social del siglo XIX jugó un papel fundamental en la implementación de políticas de salud pública que coadyuvaron a lograr el aumento de la esperanza de vida de la sociedad europea de finales de aquél siglo. Es decir, la concepción social de la salud proporcionó una veta fundamental para hacer frente a las problemáticas sanitarias de la población decimonónica. En el presente siglo, los DSS pueden ejercer el mismo papel: convertirse en punta de lanza para cavilar e instrumentar el tipo de políticas públicas que estén a la altura de las grandes problemáticas de la sociedad contemporánea. Por ejemplo, qué tipo de instrumental tenemos que desplegar para incidir positivamente sobre los determinantes estructurales que han venido agudizando la desigualdad social, por lo menos desde el último cuarto del siglo pasado. Cabe preguntarse, si el uso de los canales institucionales proporcionará la suficiencia requerida para las transformaciones pertinentes, o al igual que en el siglo XIX, será necesaria la presión política de sectores organizados. Así, encontrar la compatibilidad entre el mercado y el entramado conceptual de los derechos humanos, como la salud, no será tarea sencilla.

Dentro del aparato conceptual de los DSS, hay que destacar el papel nodal de esta última, no solo como condición *sine qua non* para el bienestar, sino como el vehículo imprescindible para el despliegue de las libertades y posibilidades humanas (Sen, 2002). En este sentido, el circuito de los DSS no es unidireccional, en la medida en que las sociedades sean capaces de atemperar el gradiente social de la salud, estas ganancias en la salud de la población, no serán el fin de la historia, ya que además de haber generado un mayor bienestar, se habrán expandido las posibilidades creativas de la sociedad, que incidirán en la transformación de los determinantes estructurales de la misma.

Para la CDSS, la entidad clave en la reducción de la inequidad sanitaria, son los gobiernos, ya que en el contexto histórico actual, cuentan con el andamiaje que posibilita instrumentar, de manera más eficaz, los niveles de intervención y puntos de entrada de las políticas públicas que se hayan definido a partir de la tipificación de los DSS. De tal manera que se pueda lograr el mayor impacto posible, susceptible de medición y evaluación. Si bien es fundamental el planteamiento técnico de las políticas públicas a implementar, el reto más trascendente serán las resistencias y tensiones generadas por tratar de alterar los arreglos sociales establecidos que generan inequidades, ya que, estamos hablando de suprimir privilegios y estructuras de poder nocivas que ejercen los estratos privilegiados. Por tanto, enfrentar la problemática implica, necesariamente, un posicionamiento político con importante base social, para generar una correlación de fuerzas tal, que abra la posibilidad de incidir en los determinantes estructurales.

En el modelo de DSS que la CDSS propone, el sistema de salud es un determinante intermediario debido a su poder de mediación, positiva o negativa, en la exposición diferencial a la que se enfrentan los distintos estratos de la sociedad. Por consiguiente, resulta indispensable echar una mirada sobre el sistema de salud mexicano, para tener un panorama general básico que permita, más adelante, realizar algunas inferencias respecto a los posibles determinantes estructurales e intermediarios que generan exclusión en la cobertura de protección social en salud, tema central de esta investigación. Por tal razón, en el siguiente capítulo se contextualiza el caso mexicano a través de un breve recuento histórico y revisión estadística de los parámetros más importantes.

CAPÍTULO 2. EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO Y ESTUDIOS SOBRE EXCLUSIÓN EN SALUD

Bajo la perspectiva de los DSS, los sistemas sanitarios ocupan un lugar en los determinantes intermediarios, ya que los mismos son resultado de los arreglos político-económicos de una sociedad y pueden incidir de manera positiva o negativa en el circuito de transmisión de inequidades en salud. De ahí, la importancia de tener claridad en la conformación y estructura de los mismos, para vislumbrar qué tipo de intermediación desempeñan hacia la exposición diferencial que enfrentan los distintos estratos socioeconómicos, respecto a los riesgos que afectan su salud. El objetivo del presente capítulo es proporcionar una semblanza del sistema de salud mexicano, revisando un poco de su historia, estructura operativa y dotación de recursos humanos y materiales en la actualidad, para estar en posibilidades de inferir su incidencia general como un determinante intermediario de la salud. Además se presentan algunos ejercicios empíricos sobre exclusión en salud, con el objetivo de vislumbrar y robustecer las directrices de esta investigación.

El capítulo se compone de cuatro apartados. En el primero, se realiza un recuento general sobre los antecedentes del sector salud y su devenir, partiendo de la Constitución de 1917, hasta su situación actual. En el segundo, se aborda la presente estructura del Sistema Nacional de Salud, revisando las principales características organizativas, operativas, de cobertura y financiamiento de cada uno de los tres subsistemas que componen al sector. El tercer apartado, proporciona una fotografía actual, con base en la evidencia empírica disponible, respecto a las condiciones demográficas y de salud de la sociedad mexicana, así como, los recursos con los que cuenta el sistema y el nivel de cobertura que se ha logrado. El último apartado realiza una revisión de algunas investigaciones empíricas sobre exclusión en salud a nivel latinoamericano, desde una perspectiva análoga a la que se explicó en el capítulo precedente, mostrando una semblanza de sus principales resultados.

DE LA CONSTITUCIÓN DE 1917 A SU CONFORMACIÓN ACTUAL

Con la promulgación de la Constitución de 1917 el tema sanitario quedó estipulado en el artículo 73, respecto a la población en general, y en el artículo 123, lo referente a la seguridad social de los trabajadores. Así, la segmentación actual del sistema tiene un

origen constitucional, ya que parte de una concepción diferenciada de la población para el ejercicio de su derechohabencia en salud.

Con base en el artículo 73, el régimen surgido de la revolución construyó un andamiaje donde se remozaron los organismos de salud existentes en el porfiriato. De esta reestructuración institucional surgieron el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad, cuyas funciones fueron principalmente de carácter consultivo y epidemiológico, respectivamente. Sin embargo, la cobertura real de los organismos sanitarios era escasa, en buena medida por el insuficiente presupuesto asignado (Brachet-Márquez, 2010a y López-Alonso, 2015).

Respecto a la seguridad social del gremio trabajador, la propuesta fue presentada varias veces en la agenda política a lo largo de las dos décadas posteriores a la Constitución del 17. Sin embargo, nunca se abordó con la suficiente contundencia debido, en buena medida, a que las demandas obreras se concentraban principalmente en cuestiones salariales y de condiciones de trabajo. Además, el sector empresarial se oponía fuertemente a materializar estos derechos. No obstante, otros gremios si obtuvieron programas de seguridad social, tal fue el caso del ejército, funcionarios y empleados del gobierno federal, quienes se vieron beneficiados desde 1925. Posteriormente, los maestros federales, organizados en un fuerte sindicato, también fueron incluidos (Brachet-Márquez, 2010b y Mesa-Lago, 1985).

Otro antecedente de importancia en el rubro del derecho a la salud, se llevó a cabo en el periodo cardenista (1934-1940), con la creación de la Oficina de Medicina Social e Higiene Rural, que coordinó los servicios médicos ejidales e hizo frente a la acuciante necesidad de atención médica en la población rural, incrementando el presupuesto, para esta labor, de forma significativa. Además, la federación en coordinación con las entidades estatales, implementaron un programa de salud pública conocido como Servicios Coordinados de Salud en los Estados, que perduró hasta la reforma de los ochenta (Brachet-Márquez, 2010a y López-Alonso, 2015).

Fue en 1943 cuando se aprobó la Ley del Seguro Social y la consecuente fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), conformándose un sistema de seguridad social de corte bismarckiano, enfocado hacia la clase trabajadora del país. Cabe mencionar que en las negociaciones con el sector empresarial, el gobierno argumentó que la seguridad social tendría una incidencia positiva en la productividad de

los trabajadores. El mismo año fue fusionado el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia, dando origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), que continuó con la labor de sus predecesoras de ofrecer atención básica en salud a la población abierta, pero sin incluir una conceptualización de la salud como un derecho ciudadano. Posteriormente, en 1959 se aprobó la ley que dio origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para dar cobertura a los empleados del sector público, mejorando y expandiendo sus prestaciones de seguridad social, pero segmentando aun más el sistema de salud (Brachet-Márquez, 2010a y Martínez, 2013).

Después del cardenismo, los gobiernos conservadores ondearon un discurso modernizador, en donde los ejidos perdieron relevancia en el modelo de producción agrícola, cediendo su lugar a una perspectiva del campo cimentada en la propiedad individualizada. Aunado a este giro en el paradigma productivo en el campo, los servicios sanitarios de la población rural, atendidos en el cardenismo, fueron desapareciendo, o en el mejor de los casos, precarizándose (Brachet-Márquez, 2010a).

De esta manera, se configuró un sistema de salud acéfalo y estratificado en dos grandes segmentos desiguales en los recursos asignados y, en consecuencia, en su oferta de servicios sanitarios. Por una parte, las instituciones de seguridad social en su etapa de crecimiento y consolidación, cuya población objetivo se conformó de obreros y empleados del sector formal, preponderantemente del ámbito urbano. Por la otra, la SSA, para la población no derechohabiente, con una infraestructura, equipamiento y personal insuficientes. Dentro de este último grupo, la población rural resultó ser la más precarizada, a pesar de que en el segundo lustro de los años cincuenta, en un intento de paliar la brecha sanitaria, el IMSS extendió su cobertura a algunos de estos sectores: asalariados permanentes y estacionales; sociedades y cooperativas; y pequeños agricultores. No obstante, la cobertura resultó ser marginal (Brachet-Márquez, 2010a y Mesa-Lago, 1985).

La ley del IMSS de 1973, abordó esta problemática de desigualdad en la derechohabencia de la atención en salud, al establecer que los trabajadores independientes del ámbito urbano o rural, el servicio doméstico, ejidatarios y pequeños patrones podrían tener la cobertura obligatoria del IMSS, sin embargo, solo se concretó la modalidad de aseguramiento voluntario para estos grupos sociales. Posteriormente, en 1977 durante el auge petrolero se creó la Coordinación General del Plan Nacional de

Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), bajo la misma óptica de atemperar las brechas en salud generadas por el sistema sanitario estratificado. Dicho programa financiado por el gobierno federal, era coordinado por la SSA y operado a través de un convenio con el IMSS para ofrecer servicios de salud de primero y segundo nivel a 10 millones de personas de las zonas rurales marginales, impulsando para ello la construcción de nuevas clínicas y hospitales (Mesa-Lago, 1985).

En la década de los ochenta, bajo la dirección del doctor Guillermo Soberón, se creó la Coordinación de los Servicios de Salud, con la finalidad de gestionar las bases necesarias para resolver la segmentación del sistema de salud a través de la construcción de un Sistema Nacional de Salud con cobertura para toda la población. Sin embargo, las metas y objetivos del programa no pudieron implementarse con la profundidad necesaria por la gran complejidad de la empresa en términos organizativos, aunado a que el país se encontraba inmerso en una profunda crisis económica y la escasez de recursos fiscales limitó en gran medida la operacionalización del plan. La coordinación movilizó ciertas voluntades a favor de la organización de los recursos de salud y logró que diversas dependencias gubernamentales, como la SSA, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), ISSSTE, la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), firmaran convenios de cooperación con miras hacia una integración programática, entendida ésta última, como el establecimiento de normas y compromisos institucionales comunes para el logro de los objetivos programáticos del sector. Es decir, se proponía una organización sectorial donde las instituciones del mismo pudieran conservar su personalidad jurídica, autonomía patrimonial y operativa, siempre y cuando, logran empatar sus objetivos con los del sector a través de un órgano coordinador (Soberón *et al.*, 1983).

En el sexenio de De la Madrid (1982-1988), como titular de la SSA, el doctor Soberón impulsó la descentralización de los servicios sanitarios a través de los Sistemas Estatales de Salud, que sustituyeron los Servicios Coordinados implementados desde el cardenismo. Con este cambio estructural, la SSA ganó terreno como órgano rector, además esta entidad encabezó el cabildeo para implementar la reforma del artículo 4to. Constitucional, donde se incluyó la conceptualización de la protección de la salud como un derecho ciudadano. No obstante, quedó pendiente definir los beneficios y cómo garantizar el acceso efectivo a este derecho (Martínez, 2013).

El gobierno de Salinas de Gortari se caracterizó por impulsar importantes reformas para acentuar la reestructuración económica enmarcada en una estrategia neoliberal como nuevo paradigma de desarrollo, sin embargo, en la esfera de la salud no se presentaron cambios trascendentes. No obstante, fue en la política social, donde se apuntaló la nueva conceptualización del Estado frente al ciudadano: se transita de una política transversal de los derechos, hacia una política asistencialista de la población más vulnerable, es decir, una política social focalizada a la población que fracasa en insertarse al mercado laboral formal (Lustig, 2002).

La agenda en materia de salud del gobierno de Ernesto Zedillo quedó estipulada en el Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000), de donde se destacan los siguientes objetivos: 1) Ampliación de cobertura hacia 10 millones de personas, que de acuerdo a cifras oficiales, presentaban nulo o limitado acceso a los servicios de salud y; 2) la conclusión de la descentralización de los servicios de salud de la población abierta iniciada en los ochenta. Respecto a la cobertura, se definió un paquete básico de servicios que incluyó 12 intervenciones definidas como esenciales, de bajo costo y alto impacto. Observándose el primer intento de implantar una estrategia focalizada basada en paquetes de servicios explícitos con una perspectiva de costo-efectividad, en línea con las recomendaciones del Banco Mundial. Los resultados del programa fueron inciertos, pues no hubo una fiscalización real de los mismos (BM, 1993, DOF, 1996, Gómez, Gómez e Inclán, 2004). En cuanto a la descentralización, siguieron presentándose serias deficiencias, propias de un federalismo débil o por falta de previsión, por ejemplo: mala coordinación entre el nivel federal y estatal, principalmente cuando pertenecían a distintas corrientes políticas; carencia de mecanismos que posibilitaran la redistribución del poder; esquemas de financiamiento inequitativos, ya que se transferían más recursos a los estados con mayor infraestructura y personal sanitario, no tomando en cuenta los rezagos de otras entidades; y ausencia de transparencia y rendición de cuentas en el ejercicio del gasto (Arredondo *et al.*, 2010 y Chertorivski, 2011).

Es importante señalar que cuando se fundó el IMSS a inicios de la década de los cuarenta del siglo pasado, la estrategia de aseguramiento se basaba en una perspectiva de pleno empleo a largo plazo, la cual funcionó durante la etapa expansiva de la economía mundial de la posguerra, los gloriosos treinta. Con un mercado laboral en ascenso, se apostaba a que el porcentaje de la población sin seguridad social sería marginal y, por consiguiente, se podrían ofrecer servicios de salud indispensables a través

de la SSA sin mayores complicaciones operativas y presupuestarias. Sin embargo, a nivel internacional el crecimiento continuo se vio interrumpido a partir de los setenta, México no fue la excepción, aunque el boom petrolero nos proporcionó un espejismo de jauja a finales de la década. Así, en nuestro país, la gran crisis económica fue diferida a la década de los ochenta, planteándose como salida a la misma, la reestructuración económica neoliberal. Si bien, se logró estabilizar la economía, sus tasas de crecimiento no volvieron a recuperar los niveles anteriores. Peor aún, el país cayó de nueva cuenta en crisis en la transición de sexenio a mediados de los noventa. Las recurrentes crisis y la reestructuración económica tuvieron sus repercusiones en el empleo formal, pues este último, no creció a las tasas que demandaba el ensanchamiento de la Población Económicamente Activa (PEA). Bajo estas condiciones, los límites del aseguramiento vinculado al estatus laboral, se hicieron evidentes en dos puntos fundamentales: cobertura y viabilidad financiera. Así, en el año 2000 más de la mitad de la población no contaba con afiliación a servicios de salud (Chertorivski, 2011). Al mismo tiempo la sostenibilidad financiera se tornaba complicada, debido al aumento de la esperanza de vida; al mayor peso de las enfermedades crónico-degenerativas, cuyo tratamiento resulta más oneroso; y al estancamiento del empleo formal junto a la generalizada precariedad salarial, bases de su financiación (IMSS, 2013).

De esta forma el sistema de salud mexicano llegaba al nuevo milenio con problemas estructurales producto de una configuración segmentada inmersa en un entorno económico de bajo crecimiento, con pesados lastres para el desarrollo heredados de las agudas crisis, que reconfiguraron la distribución y canalización de recursos del erario: de políticas públicas fundamentales como la salud, hacia el servicio de la deuda. El escenario de escasez y la disfuncionalidad del modelo bismarckiano de aseguramiento agravaron los añejos problemas en cobertura, en una sociedad cuyo perfil epidemiológico había transitado a una mayor preponderancia en enfermedades no transmisibles, pero sin haber resuelto la problemática de infecciones comunes en los sectores de mayor marginación (Frenk, 2012).

Además, el gasto total en salud como porcentaje del PIB, se mostraba rezagado respecto a países de la región con niveles de desarrollo similares al mexicano, pues nuestro país destinaba alrededor de un 5%, mientras que Argentina, Colombia y Uruguay, alrededor del 8% (Frenk, 2012). Asimismo, el gasto público en salud resultaba bajo en relación con el gasto total, representando alrededor del 45% del mismo, colocándose muy

por debajo del promedio de 73% de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Al mismo tiempo, dicho gasto presentaba una distribución inequitativa, en términos institucionales y regionales. Es decir, en la esfera institucional el gasto *per cápita* para la población con cobertura de seguridad social era más del 86% mayor que el destinado a la población abierta (OCDE, 2005). En la esfera regional, el proceso de descentralización omitió definir criterios que tomaran en cuenta la heterogeneidad en los niveles de desarrollo de los estados, lo que repercutió en que el Gobierno Federal transfiriera mayores recursos a las entidades que ejercían un gasto histórico mayor, debido a que contaban con mayor personal e infraestructura, sin tomar en cuenta ponderaciones per cápita y de rezago. En suma, las características del gasto señaladas no estaban ayudando a cumplir los objetivos del sistema de salud. Por el contrario, en una sociedad con una acentuada desigualdad en la distribución del ingreso, propiciaban una gran exposición a incurrir en gastos catastróficos a amplios sectores de la población pobre o sin cobertura sanitaria (Chertorivski, 2011 y Knaul *et al.*, 2013).

Con la nueva administración del Ejecutivo en el año 2000, surgida a través de la voluntad popular, se abrió la oportunidad de gestionar reformas en distintos sectores, aprovechando el impulso que daba el llamado bono democrático. En lo que respecta al sector salud, se empezó a proyectar la reorganización del Sistema Nacional de Salud, para resolver las problemáticas que aquejaban al mismo. El planteamiento de la nueva estrategia organizacional se concretó en el año 2003 a través de la reforma a la Ley General de Salud, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo: el Seguro Popular (SP). Se argumentó que la nueva manera de organizar y financiar el sistema generaría incentivos que redundarían en el ejercicio eficiente del gasto, así como una atención accesible, equitativa y de calidad. Dicha transformación permitiría alcanzar la cobertura universal de salud de un paquete explícito de servicios en un periodo de siete años. Lo anterior redundaría en reducir la brecha en salud entre población derechohabiente y abierta, así como disminuir el gasto de bolsillo de esta última, principalmente el catastrófico (Frenk, González, Gómez, Lezana y Knaul, 2007 y Knaul, Arreola, Borja, Méndez y Torres, 2003).

Posteriormente, en diciembre de 2006, se implementó el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), actualmente llamado Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), el cual cuenta con presupuesto propio, administrado también por el SPSS y funge como un seguro complementario al SP enfocado a niños menores de 5 años que no cuenten con

seguridad social. Ofrece un catálogo de cobertura más completo, particularmente en patologías de alto impacto para el grupo etario (DOF, 2015).

Cabe mencionar, que la reforma presentada se nutre de los principios y recomendaciones del *Informe Invertir en salud* (BM, 1993) y del llamado pluralismo estructurado, que es la versión latinoamericana de la competencia administrada, planteada por Enthoven (1988). En ambas perspectivas se aboga por cambiar las estructuras segmentadas existentes e implantar mecanismos de mercado que se traduzcan en mayor eficiencia y equidad en el sector (Uribe y Abrantes, 2013).

Según Londoño y Frenk (1997), el pluralismo estructurado está basado en la separación de funciones para generar los incentivos adecuados que potencialicen la especialización en cada una de ellas, además de propiciar pluralidad en la oferta de servicios que permita a los usuarios ejercer su poder de elección que redundará en mejorar la calidad y eficiencia en la atención. De tal forma que el sector queda separado en cuatro funciones: 1) Modulación a cargo del Estado, estableciendo las reglas y la dirección estratégica del sector; 2) financiamiento, a través de fondos de aseguramiento que subsidian la demanda, es decir, el pago del servicio de salud depende de la elección del asegurado intermediada por la articulación, evitando así, la ineficiencia de los presupuestos históricos que no toman en cuenta el desempeño; 3) articulación, que intermedia entre el financiamiento y la prestación del servicio. Gestiona la demanda agregada y representación de consumidores; asimismo, organiza redes de proveedores e implementa incentivos para propiciar la calidad de los mismos; y 4) prestación del servicio, abierta a una oferta pluralista de instituciones públicas y privadas bajo un esquema de competencia administrada.

De esta manera la estructura busca encontrar el justo medio entre los esquemas extremos del sistema de salud. Es decir, entre el monopolio del sector público caracterizado por procedimientos autoritarios, y la atomización del sector privado sin reglas transparentes del juego. Lo importante en este planteamiento no radica en si los servicios son públicos o privados, sino en qué agente ejerce la soberanía. Se intenta que el poder se distribuya equilibradamente entre proveedores, aseguradores y consumidores (Londoño y Frenk, 1997).

Sobre esta base conceptual se cimienta la transformación más trascendente en el sistema de salud mexicano en los últimos años, no solo en el sector encargado de la

población abierta, ya que en las principales instituciones de seguridad social también se han realizado cambios en sus estructuras organizativas que se apegan a este modelo. De acuerdo con Laurell (2013), la reforma de salud en México es un proceso de largo aliento que inició en 1983 con el ajuste y cambio estructural, que en la política sanitaria se tradujo en la descentralización implementada. La reforma del IMSS de 1995-1997, la implementación del SPSS a inicios del milenio y la nueva ley del ISSSTE en 2007, forman parte de la construcción, aun en curso, del mismo andamiaje cuyo elemento articulador es la estructuración del mercado de salud. Es decir, la estrategia neoliberal de desarrollo en la rama de la salud, en su versión latinoamericana, se llama: pluralismo estructurado.

Se sigue sosteniendo que el mercado, aunque esta vez “modulado”, es la forma más eficiente de asignación de recursos y, por consiguiente, la panacea a las principales problemáticas de oferta y eficiencia organizativa en el sistema de salud que propiciará la calidad y oportunidad en los servicios sanitarios requeridos por la sociedad. Laurell (2013) advierte que la evidencia empírica de esta premisa, no es comprobable, y cita como el caso más paradigmático del fracaso de este modelo, a los Estados Unidos de América (EUA), donde a pesar de su desarrollo institucional consolidado, no ha logrado una regulación que garantice el acceso universal de los servicios de salud, no obstante, el elevado gasto en el ramo equivalente al 16.4% de su PIB, cuando el gasto en países con cobertura universal es considerablemente menor (el promedio en la OCDE es de 8.9%) (OCDE, 2015). La misma autora, realiza una revisión y análisis de los resultados que presenta el SP principalmente sobre la base de la información proporcionada por los registros administrativos de los institutos y dependencias del sector salud, así como de los micro-datos recabados en el Modulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCSE-ENIGH) del año 2010. Dentro de los resultados que arroja su investigación, resaltan los siguientes:

- Al contrastar el incremento general del gasto público en salud con el importante aumento de recursos canalizados hacia el SPSS, queda claro que no existe proporcionalidad entre ambos, por lo que se puede inferir que hay un desplazamiento de recursos públicos de los institutos de seguridad social hacia el SP. Esta preferencia en la distribución de los recursos deja ver cuál es el nuevo modelo que orienta la política nacional de salud.
- En cuanto a cobertura, determina que 32% de la población total no se encontraba afiliada a ningún seguro médico, dentro de los cuales, 10.5 millones pertenecían a los

deciles de ingreso I y II, personas en extrema pobreza. De tal forma, que los reportes de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) respecto a los porcentajes con cobertura de los deciles de menor ingreso se encontraban sobreestimados, quedando en entredicho, la supuesta progresividad del modelo.

- En lo que respecta a la relación de afiliación y acceso real a los servicios de salud, concluye que 12.5% de los afiliados al SP, no tienen acceso a dichos servicios cuando lo requieren, casi el doble del porcentaje que presentan los afiliados a la seguridad social. Esto último, puede deberse a que el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) deja fuera importantes causas de morbilidad en la población, como la mayoría de los cánceres, infartos del corazón, accidentes cerebro-vasculares e insuficiencia renal crónica, por ejemplo. No encuentra una correlación clara al contrastar los diagnósticos de egreso con la versión de que el SP cubre 100% de las consultas y 98% de las hospitalizaciones.
- Respecto a la protección financiera del SP, concluye que no es robusta, ya que encuentra que los afiliados al mismo destinan anualmente 2.5% de su gasto monetario. En perspectiva, por cada peso gastado por los derechohabientes del SP en servicios de salud, la CNPSS gastó 0.93 pesos. Además, 58% del gasto del bolsillo, fue realizado por la población más precarizada, perteneciente a los deciles I a IV.

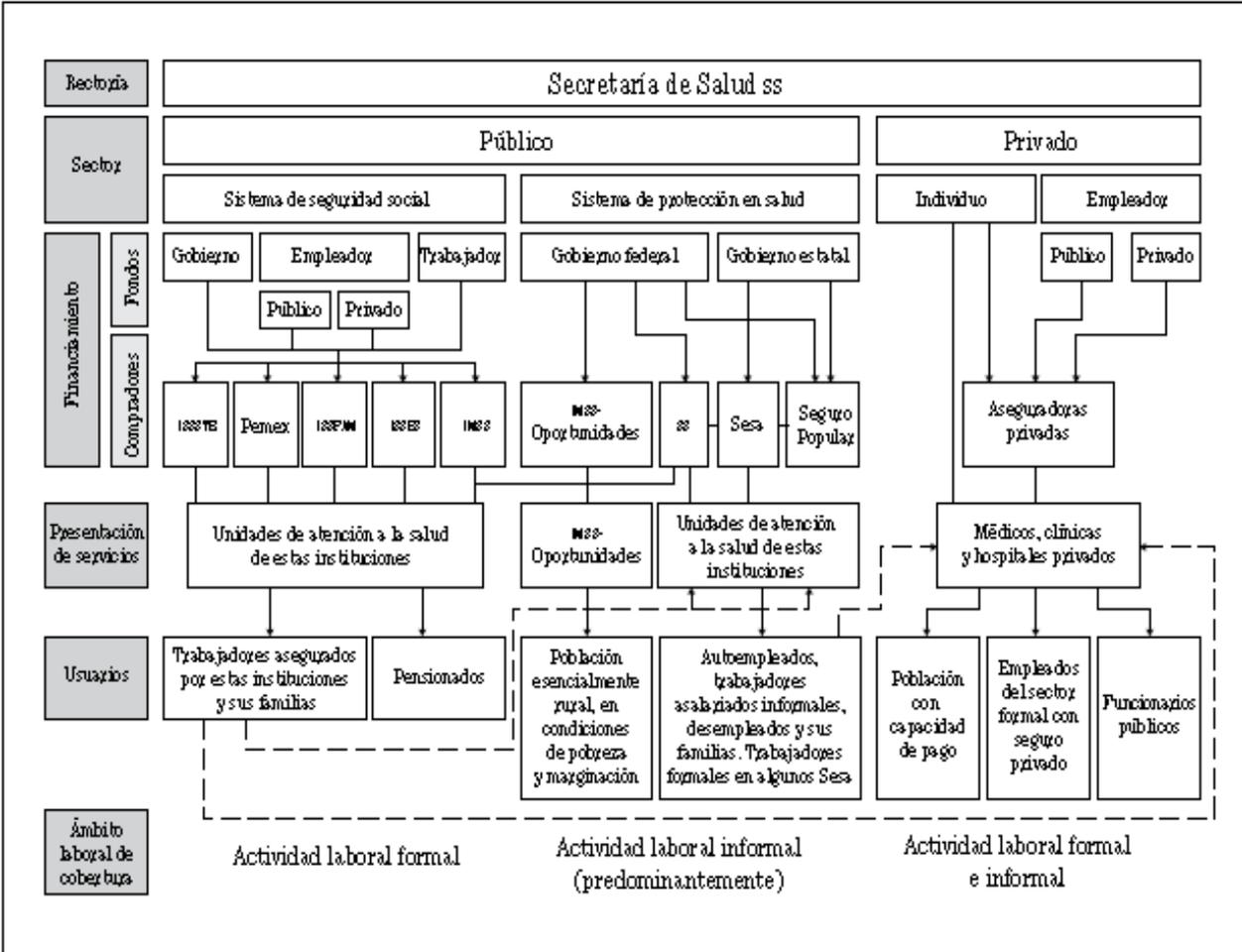
En suma, Laurell (2013) ilustra que los principales objetivos del programa han presentado serias fallas que contrastan con la perspectiva gubernamental de resultados promisorios. Además, a prospectiva, cuestiona la idoneidad del pluralismo estructurado, impulsado como política de Estado, como la mejor manera de hacer frente a la acuciante necesidad del acceso efectivo a la protección de la salud como un derecho humano. Ya que, resalta que el modelo se cimenta sobre la contradicción del Estado como garante de la cohesión social y, a su vez, promotor de la acumulación de capital. Las experiencias latinoamericanas al respecto, Chile y Colombia, han devenido en altas rentas para el sector privado y marcada estratificación en los servicios de salud sin que se logre la universalidad.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

El órgano que encabeza la estructura del sistema de salud mexicano es la Secretaría de Salud (SS), la cual, como lo marca la Ley General de Salud (LGS), se encarga de coordinar y conducir la política nacional en la materia, con el fin de dar cumplimiento al

derecho a la protección de la salud. El sistema se integra por el sector público y privado que a su vez se segmentan y da origen a tres grandes subsistemas: el destinado a la población sin seguridad social; el de seguridad social; y el privado. Cada uno con distintas modalidades organizativas, operativas, de cobertura y financiamiento.

Figura 2.1. Estructura del Sistema Nacional de Salud en México



Fuente: Tomado de Martínez y Murayama (2016, p. 45).

Protección Social en Salud

Las instituciones provisoras del primer subsistema son la SS y los Servicios Estatales de Salud (SES), que atienden principalmente a los derechohabientes del SP. Es decir, a las personas que fundamentalmente por su condición laboral, carecen de seguridad social. Además, deben prestar sus servicios a la población en general, al margen de su condición

de aseguramiento, siempre y cuando, se cubra una cuota de recuperación. Es importante mencionar, que la LGS prevé que el sector privado pueda ofertar sus servicios a los beneficiarios del SP, solo que hasta ahora su participación es marginal.

Como se mencionó en el apartado anterior, el SPSS opera sustentado en la base conceptual del pluralismo estructurado, por lo cual se organiza en cuatro funciones manejadas por entidades distintas: 1) El órgano rector es la SS por conducto de la CNPSS. 2) El financiamiento opera a través de transferencias a los fondos de aseguramiento en cada una de las entidades federativas con base a una cápita por persona afiliada, evitando la asignación presupuestal histórica, pues el subsidio se orienta hacia la demanda. La fuente de los fondos es tripartita: recursos fiscales federales y estatales, más cuotas de las familias afiliadas pertenecientes a los deciles V-X. 3) La articulación, está a cargo de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), es decir, son las entidades responsables en cada estado de administrar los fondos de aseguramiento y de integrar y coordinar redes de proveedores a los que les comprará los servicios sanitarios. 4) Finalmente, la prestación de los servicios de salud se materializa con la compra de los mismos a los proveedores mencionados, que hasta ahora, primordialmente son la SS y los SES. No obstante, la LGS prevé la compra de estos servicios a otros proveedores públicos o privados. Dichos servicios se encuentran explicitados en alguno de los siguientes paquetes: 287 intervenciones del CAUSES; 61 intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC); y las 149 intervenciones del SMSXXI (CAUSES, 2016, DOF, 2012, DOF, 2014a y González-Robledo, L. M., Nigenda, G., González-Robledo, M. C., y Reich, M., 2011).

Como parte de este subsistema, se encuentra IMSS-PROSPERA, un programa de salud del Gobierno Federal operado por el IMSS dirigido a personas sin seguridad social que preponderantemente residen en localidades rurales marginadas. Ofrece servicios ambulatorios de medicina general y hospitalaria de segundo nivel, a través de su propia red de clínicas y hospitales. Por el tipo de población que atiende, el programa forma parte del SPSS, además, algunas de sus instalaciones están acreditadas como prestadoras de servicios sanitarios del SP. Mantiene vínculos con los SES en su labor de referencia y contrareferencia, posibilitando la continuidad de tratamientos. Cabe mencionar, que en el caso de mujeres embarazadas beneficiarias de este programa, pueden ser atendidas en la red de hospitales de segundo y tercer nivel del régimen obligatorio del IMSS. Su principal fuente de financiamiento proviene de transferencias federales: Ramo 19

aportaciones a seguridad social; y ramo 12 salud, para cubrir el componente de salud de las familias beneficiarias del programa PROSPERA (DOF, 2014b e IMSS, 2015).

Seguridad Social

La seguridad social, como prestación laboral, cubre a los trabajadores asalariados del sector formal, activos y jubilados, así como a sus familiares directos. Son cuatro las principales instituciones que componen a este segmento del sistema de salud: El IMSS, que brinda cobertura a los trabajadores asalariados del sector privado; el ISSSTE, que hace lo propio con los trabajadores al servicio del Estado; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), que como su nombre lo indica, da cobertura al Ejército, Fuerza Aérea y Armada de México; y el que ofrece la empresa productiva del Estado, Petróleos Mexicanos (PEMEX), a sus trabajadores. Cabe mencionar, que algunos estados de la federación cuentan con sus respectivos institutos de seguridad social. La fuente de financiamiento de esta modalidad de aseguramiento se sustenta en aportaciones tripartitas: patrones, trabajadores y Gobierno Federal (Martínez y Murayama, 2016).

Los seguros que cubren las instituciones mencionadas son equiparables, las principales diferencias se presentan en sus regímenes de pensiones y prestaciones sociales (Laurell, 2013). Los cinco seguros que ampara el IMSS, que es la institución más importante, sirven de referencia para vislumbrar los beneficios de la seguridad social en México: Enfermedades y maternidad; riesgos de trabajo; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; y guarderías y prestaciones sociales. Para el caso que nos concierne, la salud, el seguro de enfermedades y maternidad, y el de riesgos de trabajo, amparan la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria en los tres niveles de atención para cualquier afección, excepto, las que se excluyen explícitamente.¹ Para la prestación de los servicios sanitarios, cada una de las instituciones cuenta con su propia red de clínicas y hospitales, con personal médico y administrativo contratado por la misma institución. Sin embargo, la subrogación y compra de servicios al sector privado está permitida, pero aún es incipiente (Gómez *et al.*, 2011).

¹ Por lo general, quedan excluidas las cirugías estéticas y algunos servicios odontológicos. Aunque en el caso de PEMEX, también quedan cubiertos (CCT PEMEX, 2015).

Subsistema privado

El segmento privado de la salud es un mercado muy heterogéneo. Pues la oferta se compone desde dispensarios médicos de beneficencia, consultorios de farmacia, consultorios independientes, pasando por pequeñas clínicas, hasta grandes consorcios sanitarios. En principio, la demanda está integrada por el sector de la población con capacidad de pago, que contando o no con algún seguro de salud público, deciden hacer uso de los servicios privados, a través del pago directo (gasto de bolsillo), o contratando los servicios de alguna institución de seguros. Sin embargo, la estratificación es más compleja, ya que sectores de bajos recursos, que cuentan con derechohabencia de un seguro público, realizan un uso suplementario de los servicios ambulatorios privados. Asimismo, la cobertura de gastos médicos mayores de las instituciones privadas de seguros, en algunos casos, son ofrecidas por los empleadores como una prestación laboral adicional. Cabe señalar que los gastos médicos, de bolsillo o prepagados, son deducibles de impuestos, lo que se traduce en un subsidio al sector privado (Gómez *et al.*, 2011; Laurell, 2013; y Martínez y Murayama, 2016).

TÓPICOS PARA EL CONTEXTO MEXICANO

Demografía básica

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el número de habitantes en México al año 2016 fue de 122.3 millones de personas, de las cuales 51.2% son mujeres y 48.8% hombres. Dicha población es mayoritariamente de niños y jóvenes, ya que 53.3% se concentra en el grupo etario de 0 a 29 años de edad y el grupo quinquenal mayoritario en la pirámide poblacional es el de 10 a 14 años. Asimismo, las personas en edad productiva de 15 a 64 años representan 65.7% de los mexicanos. En la cúspide de la pirámide, se encuentra siete por ciento de la población con 65 o más años.

La fotografía actual de México muestra que la estructura poblacional es joven, cuya evolución demográfica en las últimas décadas se ha caracterizado por una disminución de la fecundidad, con base en los datos del CONAPO, la tasa bruta de natalidad pasó de 27.9 nacidos vivos por cada mil habitantes en 1990 a 18.3 en 2016. A su vez, la tasa global de fecundidad se redujo de 3.4 hijos por mujer en edad reproductiva en 1990 a 2.2 en 2016. Por su parte, la esperanza de vida al nacer (EVN) era de 70.4 años en 1990, incrementándose a 75.1 en 2016 (77.8 en mujeres y 72.6 en hombres).

Debido al devenir en estos índices, la población mexicana ha entrado en un proceso de transición hacia el envejecimiento demográfico. Fenómeno que ocurre, a diversos grados, alrededor del mundo pues tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores de 60 años aumentará más rápidamente que los demás grupos etarios (OMS, 2015). Así, con base en las proyecciones del CONAPO, tenemos que el porcentaje de la población con 60 o más años, que en 2016 fue 10.2%, en 2050 aumentará a 21.5%. Del mismo modo, las personas con 65 o más años pasarán del 7% de la población total en 2016, al 16.1% en 2050. Es decir, entre 2016 y 2050 en México la población de 60 o más años aumentará más del doble: de 12.5 a 32.4 millones.

Sin embargo, como lo ha señalado la OCDE (2016a), durante los últimos años se ha observado un exiguo incremento de la EVN en México, pues de 2003 a 2013 sólo creció 0.80 años, mientras que el promedio de crecimiento en los países miembros de la organización, en el mismo periodo, fue de 2.64 años. Por lo que la brecha de supervivencia entre estos últimos y nuestro país, se amplió dos años (pasó de cuatro a seis años).

Lo anterior, puede estar mostrando límites en nuestro modelo de desarrollo, en la medida en que la evolución demográfica está resultando tardía en su marcha rumbo a los parámetros de las sociedades más desarrolladas. La misma OCDE (2016a), señala factores como la mala nutrición, barreras de acceso a la atención médica de calidad y un contexto socioeconómico adverso, como probables causas del mediocre avance en la EVN durante el presente siglo en México.

Condiciones de salud

Los cambios económicos, tecnológicos, culturales y demográficos experimentados en México en el transcurso de las últimas tres décadas, han tenido una clara incidencia en la reconfiguración de las principales causas de muerte, debido especialmente al abatimiento de la mortandad en edades tempranas y a que los factores de riesgo se han inclinado preponderantemente hacia los relacionados con estilos de vida poco saludables, como los malos hábitos alimenticios, tabaquismo y sedentarismo. Lo anterior ha dado lugar a un fenómeno de transición epidemiológica, donde las enfermedades no transmisibles presentan una prevalencia cada vez más importante por sobre las transmisibles, materno-perinatales y nutricionales (CONAPO, 2010).

Así, en 1980, las infecciones intestinales y la neumonía e influenza eran la segunda y tercera causa de muerte en México, respectivamente. Lo cual fue cambiando durante el último lustro de aquella década, donde se ubica el punto de inflexión hacia la transición epidemiológica. Ya para 1990, la mortalidad de estas infecciones se había atemperado, la neumonía e influenza se situaron como la sexta causa y las infecciones intestinales como la séptima, mientras que los accidentes y enfermedades no transmisibles ocuparon las cuatro principales causas de muerte (Hernández y Palacio, 2012; SINAVE/DGE/SALUD, 2011). La tendencia hacia una mayor carga de las enfermedades no transmisibles siguió su curso, y para el año 2015, las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos representan, en el mismo orden, las tres principales causas de los decesos. Por su parte, la influenza y neumonía y las infecciones intestinales se rezagaron en la novena y décimo séptima causa, respectivamente (INEGI, 2015a).

Basándonos en los grupos de carga de la enfermedad, en 1994 de las muertes registradas, 19.7% se debió a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, 64.7% a enfermedades no transmisibles y 14% a causas externas de morbilidad y mortalidad (accidentes y lesiones). Veinte años más tarde, la tendencia hacia una mayor preponderancia de las enfermedades no transmisibles es clara. Así, de las defunciones registradas en 2014, 10.2% fueron causadas por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, 77.6% por enfermedades no transmisibles y 10.5% debido a causas externas de morbilidad y mortalidad (SS, 2015).

Usando indicadores compuestos que miden de manera más integral las pérdidas de salud en una sociedad, como los Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA)², también se llega a resultados que muestran la transición. Al año 2013, las diez principales causas de AVISA en México fueron enfermedades no transmisibles y lesiones, dentro de las cuales, la diabetes, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades renales crónicas fueron, en el mismo orden, las tres principales causas (IHME/INSP, 2015).

La transición epidemiológica va concatenada con la transformación de la estructura de la mortalidad por grupos de edad, concentrándose cada vez más en las edades adultas. Así, del total de decesos en 1980, 21.9% fueron muertes de infantes (menores de un año), 16.9% de adultos maduros (45 a 64 años) y 31.8% de adultos

² Años de vida saludable perdidos (AVISA), son la suma de años de vida sana perdida por muerte prematura (APMP) y años vividos con discapacidad (AVD).

mayores (65 o más años). En contraste, después de siete lustros, la proporción de defunciones que arrojó 2015 para estos grupos de edad fue: cuatro por ciento de infantes, 23.4% adultos maduros y 57.2% adultos mayores (CONAPO, 2010 e INEGI, 2015a).

Cabe mencionar, que la transición epidemiológica es un fenómeno que se empezó a presentar en los países desarrollados, en los cuales ocurrió de una manera homogénea, es decir, el reemplazo de las enfermedades transmisibles, reproductivas y nutricionales, por las no transmisibles, fue muy claro. Sin embargo, en países como el nuestro con una importante desigualdad social dicha transición, si bien refleja un importante avance sanitario, llega a sus límites en los estratos más precarizados, donde la prevalencia de las patologías del rezago, continúan siendo inadmisibles (Gómez *et al.*, 2011).

Recursos

En el sector salud mexicano, al año 2015 se encontraban en funciones 28,366 unidades de atención médica, de las cuales 22,072 eran de consulta externa, 4,456 de hospitalización, 665 de asistencia social y 1,173 de apoyo. Respecto a las unidades de consulta externa, 21,445 eran públicas y el resto privadas. En cuanto a la infraestructura hospitalaria, 3,070 pertenecían al sector privado y 1,386 eran públicos (SS, 2015).

Para 2015, el número de camas censables y no censables fue de 184,112, para dar una razón de 1.5 camas por cada mil habitantes. De las cuales, 75.8% pertenecían al sector público. Asimismo, el número de camas censables fue de 121,815, que arrojaron una razón de 1 cama por cada mil habitantes. De estas últimas, 72% pertenecía a alguna institución pública (SS, 2015). Haciendo contraste a nivel internacional, con base en información publicada por la OCDE (2015), en el año 2013 el número promedio de camas de hospital de los países miembros fue de 4.8 por cada mil habitantes. El dato para México fue de 1.6 camas de hospital por cada mil habitantes, ubicándose como el país más rezagado de la organización.

En cuanto al número de quirófanos, se reportan 9,235 en 2015, que dan una razón de 7.6 quirófanos por cien mil habitantes, de los cuales 46% pertenece a instituciones públicas. Respecto a equipo de alta especialidad como tomógrafos y módulos de resonancia magnética, para el mismo año, se tienen 559 y 278 unidades respectivamente. Así, por cada millón de habitantes se cuenta con 4.6 tomógrafos (2 públicos) y 2.3 unidades de resonancia magnética (0.7 públicos) (SS, 2015). En este rubro, los datos que publica la OCDE (2015), igualmente muestran a nuestro país como el más rezagado y

muy por debajo de la media, al 2013 la razón promedio de la organización para tomógrafos y módulos de resonancia magnética fue 24.4 y 14.1 por millón de habitantes respectivamente, mientras que el dato para México fue de 5.3 tomógrafos y 2.1 módulos de resonancia por millón de habitantes.

Las estadísticas locales respecto a los recursos humanos arrojan que al año 2015, la cifra de personal médico en contacto con el paciente³ fue de 299,371, de los cuales 73% se desempeñaron en el sector público. Asimismo, el personal de enfermería en contacto con el paciente ascendió a 334,893, de las cuales 88% laboró para el sector público. Con estas cifras, la proporción de médicos y enfermeras por millar de habitantes fue de 2.5 y 2.8 respectivamente (SS, 2015). En cuanto a los datos reportados por la OCDE (2015), tenemos que en México la razón de médicos practicantes, en el año 2013, fue de 2.2 por cada mil habitantes, mientras que el promedio de la OCDE fue de 3.3. De la misma forma, hubo 2.6 enfermeras practicantes en México, por cada mil habitantes. La media de los socios de la organización para este último rubro fue de 9.1.

Cobertura

El principal objetivo del SNS es brindar cobertura de protección en salud a toda la población a través de alguno de sus subsistemas, para posibilitar el mandato constitucional. En consecuencia, la pretensión de lograr la cobertura universal ha sido una de las directrices centrales de la política sanitaria, sobre todo, a partir de la década pasada con la creación del SPSS. Sin embargo, como lo señalan Martínez y Murayama (2016), la carencia de un padrón unificado de derechohabientes del SNS hace que la tarea de medir y evaluar los avances hacia la cobertura universal, se preste a la controversia.

Así, con base en los registros administrativos, en el informe de resultados 2011 del SPSS se declaraba, que a diciembre de aquel año, se había logrado la cobertura universal en salud. No obstante, el censo de 2010 e importantes encuestas en hogares publicadas con posterioridad, no secundaban estos resultados. En efecto, si tomamos como fuente los registros administrativos de las diversas instituciones que conforman el SNS, el total de población protegida resulta sobreestimado. Por ejemplo, las cifras de derechohabiencia correspondientes al 2016 publicadas por el Instituto Nacional de

³ Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, pasantes, residentes, internos y radiólogos.

Estadística y Geografía (INEGI) (2017a), que toma como base los registros administrativos del IMSS, ISSSTE y SP, nos arroja, solo para estas instituciones, un total de más de 130 millones de personas con cobertura. Cuando el CONAPO, para ese año proyectó una población de poco más de 121 millones. Al respecto, Martínez y Murayama (2016) señalan que tales inconsistencias pueden deberse a erróneas estimaciones en el cálculo de los coeficientes para determinar el número de familiares dependientes de la persona titular del seguro y a duplicidades o multifiliación.

Resultan más confiables los datos estadísticos que se levantan con determinada periodicidad en los hogares, ya que mantienen consistencia a través del tiempo y entre los diferentes ejercicios. De tal manera, que el Censo de Población y Vivienda de 2010, la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), han sido referencias de mayor aceptación respecto a la situación real de la cobertura en salud.

Precisamente el Censo de 2010 arrojó que más de 38 millones de personas, 33.8% de la población total no eran derechohabientes a ninguna institución de salud. Dos años después, la ENSANUT 2012 estimó como límite superior de cobertura que 24.6 millones, un 21.4% de la población carecía de protección social en salud (Gutiérrez *et al.*, 2013). Por su parte, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), usando como base el Módulo de Condiciones Socioeconómicas (MCS) de la ENIGH, ha descrito en sus informes de pobreza, la evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud desde el 2008 con una periodicidad bienal. Aquél primer ejercicio, arrojó que 43.4 millones de habitantes, un 40.7% de los mexicanos, carecían de la cobertura de este tipo de servicios. Para 2010 la cifra se había reducido considerablemente a 33.5 millones, 29.2% de la población. Para sus siguientes dos informes, la ausencia de la cobertura continuó a la baja.⁴ En su última evaluación, correspondiente al año 2015, el organismo señala que el número de personas con esta problemática, disminuyó a 20.5 millones, 16.9% de habitantes (CONEVAL, 2010, 2012 y 2017).⁵

⁴ En su informe 2012, el número de personas con carencia por acceso a servicios de salud fue de 25.3 millones (21.5% de la población); para 2014 se redujo a 21.8 millones (18.2% de la población) (CONEVAL, 2013 y 2016).

⁵ Es importante mencionar que el Módulo de Condiciones Socioeconómicas (MCS) 2015, publicado por el INEGI el 15 de julio de 2016, generó controversia debido a que el INEGI cambió la metodología del levantamiento sin consensuarlo previamente con CONEVAL. No obstante,

Dentro del segmento de la población no afiliada, resalta que los mayores porcentajes se ubican en los grupos quinquenales que van de los 15 a 29 años, en conjunto representan 31.6% de esta población (INEGI, 2015b). El fenómeno puede deberse a la problemática actual de jóvenes que dejaron de estudiar y no cuentan con un empleo en el sector formal, en consecuencia, no son sujetos de derechohabiencia en seguridad social y al ser un grupo etario que se auto-percibe con buena salud, posiblemente decidan no afiliarse al esquema diseñado para la población abierta (Gutiérrez *et al.*, 2013).

Por otra parte, el importante incremento en la población afiliada, no necesariamente se traduce en que los acreedores a la atención médica, gocen de acceso efectivo a la misma. Una referencia a este respecto, es el porcentaje de afiliados a instituciones públicas que hacen uso de los servicios de salud privados. La ENSANUT 2012, encontró que para el caso de usuarios de servicios ambulatorios, de los que contaban con afiliación al SP, IMSS e ISSSTE, 31.1%, 30.9% y 28.4% respectivamente, acudieron a atenderse al sector privado. Asimismo, de los usuarios de servicios hospitalarios que se encontraban afiliados al SP, IMSS e ISSSTE, 12.2%, 12.7% y 17.3% respectivamente, se atendieron en instituciones privadas. Estos porcentajes, pueden estar denotando barreras de acceso a los servicios públicos de salud oportunos y de calidad (Gutiérrez *et al.*, 2013).⁶

Con el objetivo de aproximar indicadores de acceso y uso efectivo a los servicios de salud, el CONEVAL realizó un informe sobre la base de las principales fuentes de información pública del sector, enfocándose a los afiliados del SP. Dentro de los principales hallazgos, se pueden enunciar los siguientes: Respecto a disponibilidad de los servicios, se concluye que no existe proporcionalidad entre el importante aumento de la población afiliada y los recursos humanos e infraestructura disponibles. En cuanto a accesibilidad, se encontró que los derechohabientes del SP, en promedio tardan más en llegar a las unidades de salud, que los afiliados a las demás instituciones. Igualmente, en comunidades menores de 2500 habitantes, las personas con cobertura del SP son las

después de un análisis conjunto, CONEVAL concluye que lo referente a las carencias sociales estimadas en el MCS 2015, son consistentes y comparables con la serie histórica 2010-2014 (CONEVAL, 2017).

Cabe mencionar que la encuesta Intercensal 2015 realizada por INEGI, encuentra que el 17.2% de la población no está afiliada a alguna institución del SNS (INEGI, 2015b).

⁶ Utilización de servicios ambulatorios en los 15 días previos a la encuesta y usuarios de servicios hospitalarios durante los últimos 12 meses antes de la encuesta.

que, en promedio, tardan más en trasladarse a un hospital en caso de emergencia. En relación con la utilización de los servicios, el análisis denotó que los problemas más importantes que los usuarios señalan se refieren a la falta de atención oportuna debido a la ausencia del personal calificado o porque los tiempos de espera son muy prolongados. Además, referente a las usuarias de la Estrategia de Embarazo Saludable, menciona que se han documentado cualitativamente algunos casos donde, la atención del proceso de embarazo no es atendido en su totalidad por el SP y, la conclusión del mismo, les ha generado costos monetarios (CONEVAL, 2014).

En suma, se puede inferir que los importantes avances en la cobertura formal en la protección social de la salud, posibilitados por el SPSS, no se han acompañado de la inversión proporcional en infraestructura y recursos humanos, por lo que con una demanda creciente, se están presentando mayores dificultades en el acceso a la atención, con oportunidad y calidad, debido a la saturación de los mismos. Por tanto, si bien es importante contar con datos más precisos respecto a la afiliación formal, para estar en posibilidades de administrar de modo más eficiente al sector salud, no habrá fórmula contable que pueda disimular o eludir las consecuencias, que como sociedad, no destinemos mayores recursos hacia el objetivo de ejercer, de manera efectiva, el derecho a la salud.

INVESTIGACIONES SOBRE EXCLUSIÓN EN SALUD

Desde una conceptualización análoga a la que se explicó en el capítulo anterior, en la región latinoamericana se han realizado estudios que abordan el análisis de la exclusión en salud. En esta sección, presentamos una semblanza de los resultados más importantes de algunos de ellos.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en colaboración con la OPS (1999), realizó un informe con el objetivo de brindar un panorama respecto al perfil de la población excluida de los servicios de salud en la región latinoamericana. A través del análisis de estadísticas institucionales y encuestas en hogares alrededor de 1995, encuentran los siguientes porcentajes de población sin acceso a los servicios de salud debido a las razones que se señalan: 27% por barreras financieras debido, principalmente, al alto porcentaje de personas que se encuentran por debajo de la línea de pobreza; 22% por barreras geográficas, particularmente las regiones rurales y poblaciones periurbanas de las grandes ciudades; 4.8% por déficit en la oferta del número

de médicos asociada al tipo de sistema de salud y a la inversión pública realizada; 55% por déficit en la oferta de camas censables; 17% de los partos sin atención de personal capacitado y 16.5% de niños menores de un año que no completaron el cuadro de vacunación, ambos referentes, usados para inferir la incidencia de exclusión que representa la cadena de procesos del sistema de salud en los servicios esenciales. Con base a lo anterior y a información complementaria, concluyen que los grupos con mayor probabilidad de exclusión son los pobres, ancianos, mujeres, niños, grupos étnicos, trabajadores informales y desempleados. Señalando que la incidencia del perfil de exclusión se agudiza en las zonas rurales.

La OPS (2003 y 2009) realizó nueve estudios de caso de exclusión en salud a nivel nacional y tres subnacionales en la región latinoamericana, usando estadística descriptiva, análisis econométrico a través de la construcción de un índice compuesto de exclusión y, en algunos casos, grupos focales como elemento cualitativo. En general, en cuanto a los factores externos al sistema de salud, los resultados arrojan que las principales barreras de exclusión en salud se asocian a la pobreza; discriminación racial; patrones culturales como el idioma; a la precariedad en el empleo (informalidad y subempleo); al aislamiento geográfico fuertemente ligado a la ruralidad; a la carencia de servicios básicos (electricidad, agua potable y saneamiento básico); y a un bajo nivel de educación e información de la población excluida. Respecto a los factores propios al sistema de salud, destacan el déficit en recursos materiales y humanos; el modelo de provisión de servicios (segmentación y fragmentación); y la mala calidad en el servicio. Un dato que resalta en el elemento cualitativo del estudio es que, en la zona rural, las barreras de exclusión afectan más a la mujer, por razones económicas, de rol en el hogar y de negociación con la pareja. En suma, el perfil de la población excluida se compone de la población pobre, residentes de zonas rurales y que se desenvuelven en el sector informal de la economía.

Acuña *et al.* (2014), realizan un estudio de corte transversal sobre los determinantes sociales de la exclusión a servicios de salud y medicamentos en tres países de Centroamérica (Guatemala, Honduras y Nicaragua), analizando los datos a través de estadística descriptiva, análisis bivariado, multivariado y por componentes principales. Encuentran que los determinantes de exclusión de la atención médica más importantes son el bajo nivel educativo del jefe del hogar; la mala percepción sobre la oportunidad en el uso del servicio; pertenecer a un nivel socioeconómico bajo; y la

informalidad del empleo del jefe del hogar. Los hogares que presentaron una mayor probabilidad de exclusión de medicamentos, fueron los excluidos de la atención médica; la informalidad del empleo del jefe del hogar; pertenecer a un estrato socioeconómico bajo; y las condiciones de hacinamiento de la vivienda. En general, sus resultados son congruentes con lo reportado en los DSS, en relación con un mayor grado de exclusión de la atención médica para la población con mayores desventajas sociales.

González, Vega M., Romero, Vega A. y Cabrera (2008), realizan un estudio para México, donde relacionan la exclusión social con la inequidad en salud a nivel estatal y municipal. Agrupan estados y municipios por cuartiles, con base al grado de marginación y calculan sus tasas de mortalidad de causas consideradas potencialmente evitables, peri-natales e infantiles. Asimismo, construyen un índice de inequidades en salud. Con datos para 2005, los resultados de su análisis, muestran que los estados con mayor marginación (Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Hidalgo, San Luis Potosí, Puebla y Campeche) presentan las mayores tasas de mortalidad (excepto en homicidios), aunado a que reciben menos recursos humanos y financieros en el área de la salud. El índice de inequidad en salud refuerza los resultados anteriores, ya que clasifica a los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Puebla y Veracruz, como los peor situados y, estos últimos, también se encuentran en el grupo de mayor marginación. Respecto a los municipios, los clasificados en la categoría de muy alta marginación arrojan, en todos los casos, las mayores tasas de mortalidad. Asimismo, la población que vive en estos municipios es preponderantemente rural, con salarios bajos, alto grado de analfabetismo y más del 40% de las viviendas no cuenta con agua corriente en su interior. Por lo tanto, en términos generales, se refleja una tendencia positiva entre las tasas de mortalidad evaluadas y el grado de marginación de la población.

Con el objetivo de evaluar la cobertura de protección en salud y el perfil de la población sin protección en México, Gutiérrez y Hernández (2013) analizan los datos de la ENSANUT (2000, 2006 y 2012), encontrando que al año 2012, 78.6% de la población contaba con algún mecanismo de aseguramiento; lo que reflejó una reducción del 63% de la población sin protección entre 2000 y 2012, debido principalmente al crecimiento en afiliación del SPSS. Respecto a las brechas de afiliación por quintiles de ingreso, identifican que para 2012 el porcentaje de población sin protección es similar en todos los quintiles, contrario a lo que se había observado seis años antes, cuando la proporción de población sin protección del quintil de menor ingreso respecto al de mayor ingreso, era de

dos a uno. En cuanto a las brechas de cobertura por tamaño de localidad, señalan que en el año 2000 las zonas rurales presentaban el mayor porcentaje de personas sin protección, contrariamente, para 2012 estas zonas arrojaron una menor proporción de población sin afiliación, lo que sugiere la incidencia positiva de vincular la cobertura del SPSS al programa oportunidades. En relación con el perfil de la población sin protección resalta que para 2012, la mayor concentración se da en el grupo etario de 15 a 30 años, de los cuales, 9.0% no estudian y no tienen empleo, además de que en su mayoría son mujeres. Finalmente, concluyen que la creación del SPSS ha sentado las bases para alcanzar la cobertura universal y plantean la implementación de un registro nominal único para ejercer un mejor monitoreo de la cobertura.

CONCLUSIONES

El contexto histórico en que se promulgó la Constitución de 1917, respecto a cómo se conceptualizaba la atención sanitaria, marcó el origen de la segmentación del sistema de salud mexicano. Ya que en aquél momento, se concebía como un derecho laboral o como prerrogativa asistencialista. Posteriormente, en la posguerra, la perspectiva económica que imperaba era de crecimiento económico sostenido de pleno empleo. Lo que hizo pensar que el sistema de seguridad social implantado de corte bismarkiano absorbería al grueso de la población y, por consiguiente, bastaría con un instrumento subsidiario para solventar las necesidades sanitarias de la población abierta.

Sin embargo, terminado el boom económico, llegó la desestabilización y crisis del modelo de crecimiento, y a la postre, se reconfiguraría el paradigma de desarrollo hacia un modelo de ideología neoliberal. Si bien, la economía logró estabilizarse, el crecimiento de pleno empleo no regresó. A la par de esta transformación, en el campo de la salud se desarrollaba otra transición, la epidemiológica, caracterizada por una mayor carga de las enfermedades crónico-degenerativas, asociada a un incremento de la EVN. Además, en el plano moral y constitucional, se concibió a la salud como un derecho humano. Estas nuevas condicionantes en el campo económico, moral y sanitario, provocaron la disfuncionalidad del sistema de seguridad social laboral, tanto en cobertura, por el estancamiento del empleo formal, como en su viabilidad financiera, debido a una base gravable más pequeña y precarizada, aunado a un mayor costo en la atención de las enfermedades no transmisibles.

Ante estas problemáticas, la respuesta instaurada fue un modelo basado en el pluralismo estructurado llamado SP, en principio, para atender a la población abierta y lograr la cobertura universal; pero con miras a transformar todo el SNS bajo las directrices del mismo. Sin embargo, se cuestiona la idoneidad del sistema para dar respuesta a las necesidades de atención en salud de la población, ya que las experiencias previas basadas en principios similares, han generado estratificación en la atención sin lograr la universalidad, donde el hecho más notable, ha sido la alta rentabilidad del sector privado.

Bajo este modelo, el papel del Estado se limita a labores de rectoría y regulación del sistema, además de la recaudación de los fondos que subsidiarán la demanda a través de canalizar los recursos a entidades que articulan la oferta y demanda de servicios. No obstante, tal planteamiento genera serias interrogantes. Primeramente, se idealiza la función de rectoría y regulación, pues se plantea como si el desempeñar estas funciones de manera efectiva, en un mercado donde participan grandes corporativos, fuese una tarea sencilla que consecuentemente requiere un bajo presupuesto y una organización esbelta. Una labor de esta envergadura, no ha sido exitosa ni en EUA, donde cuentan con un desarrollo institucional más consolidado que en México. Por otra parte, no existe evidencia empírica que apoye el valor agregado de las entidades articuladoras en su labor de intermediación de recursos financieros, se corre el riesgo de que la inserción de esta función genere ineficiencias, costos innecesarios e incentivos perniciosos, al margen de que dichas burocracias, sean públicas o corporativas. Por último, circunscribir al Estado a las funciones mencionadas, entorpecerá su labor en la implementación de las directrices y políticas de salud pública en un sistema altamente fragmentado.

Hasta ahora, el pluralismo estructurado opera de manera incipiente a través del SP, y aunque la ley prevé la participación privada, aún es marginal. Los resultados de este sistema, muestran un importante aumento en la afiliación formal, sin haber logrado la universalidad, empero, no se refleja un incremento proporcional en la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos y materiales; lo que redundará en fallas de calidad, oportunidad y acceso real a los servicios.

En suma, el SNS actual se encuentra rebasado, pues las problemáticas que presentaba a finales del siglo pasado no han sido resueltas. Los sistemas de seguridad social siguen presentando problemas de viabilidad financiera, que repercuten en una escasa inversión en la capacidad instalada, en detrimento de la calidad y oportunidad de

la atención. El SP ha fungido solo como paliativo, pues a pesar de que se le ha dado prioridad presupuestaria, los fondos han sido insuficientes para hacer frente al importante aumento de la población afiliada. Al contrastar internacionalmente los recursos materiales y humanos del sector salud con los que cuenta el país, aparece muy rezagado respecto al promedio de los países miembros de la OCDE; asimismo, el gasto en salud *per cápita* y con respecto al PIB en México, es inferior al que promedian los mismos países. Lo anteriormente expuesto, muestra la acuciante necesidad de destinar mayores recursos públicos al sistema de salud, lo cual, al juzgar por la baja recaudación fiscal que se padece,⁷ sólo será posible a través de un nuevo pacto fiscal que le proporcione al Estado los recursos suficientes.

Al margen de entender la necesidad de inyectar más recursos públicos al sector salud y la complejidad que implica la negociación de un nuevo pacto fiscal, tema que trasciende los objetivos de esta investigación, cabe preguntarse, cuáles son las principales causas y barreras que impiden a más de 20 millones de personas contar con la cobertura formal de protección social en salud. Obtener información que clarifique este hecho, coadyuvará a instrumentar políticas públicas más integrales y a emplear de forma más eficiente el gasto. En consecuencia, la tarea del siguiente capítulo es plantear la metodología de un ejercicio econométrico, que se sustente en la conceptualización de los DSS y se nutra de la referencia aportada por las investigaciones empíricas que se han reseñado; lo cual nos permita extraer información pertinente para estar en condiciones de realizar inferencias respecto a los determinantes de exclusión de la cobertura formal de la protección social en salud.

⁷ En México, los ingresos fiscales totales como porcentaje del PIB al año 2015, ascendieron a 17.4%; cuando los países de la OCDE promedian 34.3% para el mismo año (OCDE, 2016b).

CAPÍTULO 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Ha pasado más de una década desde que se implementó el SPSS para brindar protección social en salud a la población abierta en México. Si bien, se ha logrado un importante aumento en la afiliación de la población sin algún tipo de aseguramiento en salud, los datos que arroja la más reciente encuesta en hogares muestra que más de 20 millones de habitantes, al año 2015, continúan sin cobertura (CONEVAL, 2017). Lo que obliga a preguntarse cuáles son los factores explicativos de la exclusión en la cobertura formal de protección social en salud en México, desde una perspectiva sustentada en los DSS.

Por lo cual el objetivo de esta investigación es identificar, a través de un ejercicio econométrico, los principales determinantes sociales de la exclusión de la cobertura formal de protección social en salud en nuestro país. En consecuencia, el objetivo de este capítulo es presentar los principales aspectos metodológicos del ejercicio econométrico a desarrollar para relacionar las variables que se eligieron con base en la conceptualización de los DSS y la información empírica disponible.

El capítulo está compuesto por tres apartados. En el primero se realiza la descripción de la fuente de datos utilizada en el ejercicio estadístico, la ENIGH 2014. En el segundo apartado se especifica y explica el método probabilístico de estimación, un modelo de regresión logística. En el último apartado se definen las variables dependientes y explicativas, así como las hipótesis a comprobar.

ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES

Como la problemática a analizar es la exclusión en la cobertura formal de protección social en salud, la cual se caracteriza por tener una causalidad múltiple que va más allá de la estructura de los sistemas de salud, se hace necesario, no sólo identificar a la población excluida, sino además, relacionar variables referentes a los perfiles socioeconómicos y culturales, así como las zonas geográficas de residencia de esta población. Lo anterior, para estar en condiciones de construir un mapa integral sobre el fenómeno y sus posibles soluciones. Con base a lo anterior, se optó por elegir la ENIGH 2014 como la principal fuente de información, debido a que es la encuesta más actualizada del país que cuenta con información detallada a nivel individual en relación

con las características sociodemográficas, fuentes y montos de ingresos y, de particular interés para esta investigación, sobre afiliación y acceso a servicios médicos.

La ENIGH 2014 es un ejercicio estadístico bienal realizado por el INEGI para el análisis estadístico referente al monto, procedencia y distribución de los ingresos de los hogares, así como el destino del gasto de estos últimos. Además, la ENIGH proporciona información sobre el equipamiento e infraestructura de la vivienda, la composición familiar de los hogares y las características sociodemográficas y ocupacionales de cada integrante (INEGI, 2016).

Los antecedentes de la ENIGH se remontan hasta la segunda mitad de la década de los cincuenta (1956 y 1958) cuando la Secretaría de Industria y Comercio (SIC) llevó a cabo la encuesta de Ingresos y Egresos de la Población en México. Posteriormente fueron diversas dependencias públicas (Banco de México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, y la Secretaría de Programación y Presupuesto) las responsables de levantar la información para ejercicios muestrales equivalentes. La metodología y objetivos de la encuesta se empezaron a homogeneizar a partir de 1984, que es el año en que se responsabilizó al INEGI del levantamiento de la misma (INEGI, 2016).

La encuesta se levanta bajo una metodología homogénea y con la periodicidad señalada desde 1992, lo que permite la comparación de los resultados.⁸ En el año 2014, el tamaño de la muestra es de 19,479 viviendas; la unidad de observación es el hogar; la unidad de muestreo es la vivienda; las unidades de análisis son la vivienda, el hogar y los integrantes del hogar. El esquema de muestreo es probabilístico con un diseño estratificado, bietápico y por conglomerados. La información es recabada en los hogares con residencia habitual en viviendas particulares y tiene representatividad nacional en los ámbitos rural y urbano. Además, se cuenta con información representativa para algunas entidades, cuando los gobiernos de las mismas convienen con el INEGI una ampliación de la muestra. Para la ENIGH 2014, sólo Tabasco se encuentra en este caso (INEGI, 2015c).⁹

La ENIGH 2014 se compone de 11 tablas de datos normalizadas, en las cuales se distribuye la información recabada en el levantamiento muestral con base a los tópicos

⁸ Con excepción de 2005, año en que se realizó un levantamiento extraordinario.

⁹ Encuesta llevada a cabo del 11 de agosto al 18 de noviembre de 2014.

más usados en los análisis y tabulados. La encuesta contiene información asociada a tres niveles: la vivienda, el hogar y los integrantes del hogar (cuadro 3.1).

La información que se requiere se obtiene a partir de los tres niveles de análisis de la encuesta: a) Nivel vivienda para la ubicación geográfica; b) Nivel hogares para el tiempo de traslado al hospital; c) Nivel integrante del hogar en las tablas de población e ingresos, para la obtención de las características sociodemográficas, ingresos y percepciones, así como la condición de derechohabiencia en atención en salud.

Cuadro 3.1. Nivel de análisis y sus tablas asociadas ENIGH 2014

NIVEL DE ANÁLISIS	TABLA ASOCIADA	CONTENIDO
VIVIENDA	VIVIENDAS	Características de las viviendas de la muestra.
HOGARES	HOGARES	Información sobre huéspedes y trabajadores domésticos del hogar, su acceso a alimentación, equipamiento del hogar, tiempo de traslado al hospital, hábitos de consumo del hogar y estimaciones de gasto en alimentos y transporte.
	GASTOSHOGAR	Gastos monetarios y no monetarios que realizó el hogar en el periodo de referencia, así como la estimación del alquiler de la vivienda.
	EROGACIONES	Erogaciones financieras y de capital.
	GASTOTARJETAS	Gastos realizados por el hogar y que fueron cubiertos mediante alguna tarjeta de crédito bancaria y/o comercial.
INTEGRANTE DEL HOGAR	POBLACION	Identifica las características sociodemográficas de los integrantes del hogar, así como el acceso a las instituciones de salud de los mismos.
	INGRESOS	Ingresos y percepciones de capital de cada uno de los integrantes del hogar.
	GASTOSPERSONA	Gastos monetarios y no monetarios asociados a los integrantes del hogar en el periodo de referencia.
	TRABAJOS	Condición de actividad de los integrantes del hogar de 12 o más años.
	AGRO	Ingresos y gastos de los negocios del hogar dedicados tanto a las actividades agrícolas, forestales y de tala, como a actividades de cría, explotación y productos derivados de la pesca y la caza.
	NOAGRO	Ingresos y gastos de los negocios del hogar dedicados a las actividades industriales, comerciales y de servicios, y sus características propias.

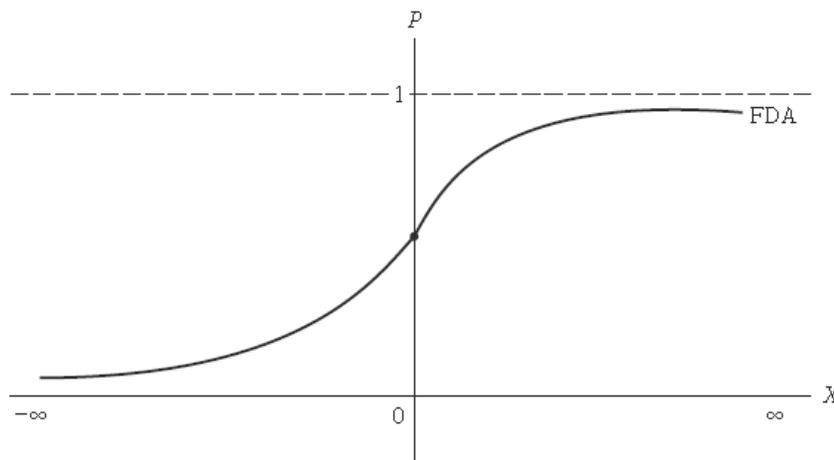
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2015c).

MÉTODO DE ESTIMACIÓN: MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Los modelos de regresión también son útiles para analizar factores cualitativos, incluyéndolos como variables explicativas o como variable endógena. En la investigación empírica es frecuente que el evento a explicar tome una forma bivariada, es decir, que se pueda describir como una variable que toma dos valores: cero y uno. En econometría, a estas variables también se les conoce como *dummy*, cuando el atributo cualitativo se aborda como variable endógena, se le llama variable dependiente limitada. Al momento de definir las, es necesario decidir a qué suceso o atributo se le asignará el valor uno y a cual el valor cero (Wooldridge, 2010).

Para abordar el análisis, la presente investigación se apoya en la especificación de un modelo de probabilidad de variable dependiente limitada para el estudio de los datos de corte transversal que garantice dos cualidades a través de su función de distribución: 1) que las probabilidades estimadas se encuentren estrictamente entre cero y uno; y 2) que la relación entre la variable endógena y las explicativas no sea lineal. Gráficamente el modelo descrito tomaría la siguiente forma:

Figura 3.1 Función de distribución acumulativa



Fuente: Tomado de Gujarati y Porter (2010, p. 553).

Donde la curva detallada equivale a la función de distribución acumulativa de una variable aleatoria (fda). Por razones históricas y prácticas, las fda que se emplean comúnmente en los modelos dicotómicos, son la logística para el modelo *logit* y, la normal para el modelo *probit* (Gujarati y Porter, 2010).

Para estimar los factores que se asocian a la exclusión de la cobertura formal de protección social en salud en México, se utiliza un modelo *logit* que se especifica de la siguiente forma:

$$P_i = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_1 + \beta_2 X_i)}}$$

Este modelo de interpretación probabilística medirá la probabilidad de que ocurra el evento objeto de estudio ($P_i = 1$), que en este caso es la probabilidad de que la persona se encuentre excluida de la cobertura formal de protección social en salud. Para facilitar la notación hacemos la siguiente sustitución, $Z_i = \beta_1 + \beta_2 X_i$, para reescribir la ecuación como:

$$P_i = \frac{1}{1 + e^{-Z_i}} = \frac{e^{Z_i}}{1 + e^{Z_i}}$$

Si P_i es la probabilidad de estar excluido de la cobertura formal de protección social en salud, entonces la probabilidad de no estarlo está dada por $(1 - P_i)$, y se puede denotar como:

$$1 - P_i = \frac{1}{1 + e^{Z_i}}$$

Por lo tanto podemos llegar a la siguiente expresión:

$$\frac{P_i}{1 - P_i} = \frac{1 + e^{Z_i}}{1 + e^{-Z_i}} = e^{Z_i}$$

Que es la razón de las probabilidades de que la persona, esté o no, excluida de la cobertura formal de protección social en salud. Se interpreta como el número de veces que es más probable que ocurra la opción uno frente a la cero, es decir, que esté excluido de la cobertura formal en salud frente a que no lo esté. Si aplicamos logaritmos neperianos a la razón de probabilidades, se linealiza el modelo:

$$\text{Ln} \left(\frac{P_i}{1 - P_i} \right) = Z_i = \beta_1 + \beta_2 X_i$$

Esta expresión denota que el logaritmo de la razón de probabilidades es lineal en X_i y en los parámetros, sin embargo, las probabilidades en sí mismas no lo son. En este modelo se pueden agregar tantas variables explicativas como sea necesario o con base a lo que establezca la teoría subyacente. Para el caso que nos concierne, las variables explicativas que se exponen en la siguiente sección se agrupan en *factores socioeconómicos* e *intermediarios*, por lo cual la ecuación se denota de la siguiente manera:

$$\text{Ln}\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right) = Z_i = \alpha + \beta_1 \text{Socioeconómicos} + \beta_2 \text{Intermediarios}$$

Si el *logit* es de signo positivo, significa que cuando el valor de las variables explicativas se incrementa, aumenta la posibilidad de que la variable endógena sea igual a 1, es decir, que la persona se encuentra excluida de la cobertura formal de protección social en salud. Por el contrario, si es negativo se reducen las posibilidades a medida que se incrementa el valor de las variables explicativas y la variable endógena toma el valor de 0 (Gujarati y Porter, 2010).

Para explicar la probabilidad de que una persona se encuentre excluida de la cobertura formal de protección social en salud, se estima el modelo primeramente para las personas excluidas de la afiliación a alguna institución que proporcione atención médica y, posteriormente, para las personas excluidas del seguro popular, que por su población objetivo, es un seguro subsidiario a la seguridad social. Por consiguiente, los regresores que se definen más adelante, son utilizados para el cálculo probabilístico de dos variables dependientes: la Exclusión de Institución de Atención Médica (EIAM) y la Exclusión del Seguro Popular (ESP).

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables dependientes

Las variables dependientes se delimitan con base a la definición de exclusión en salud de la OPS (2003) que se citó en el apartado conceptual. Sin embargo, el enfoque de esta última se aborda desde una perspectiva de acceso a los servicios de salud. En cambio, el nivel de análisis en el cual se enfoca esta investigación es desde una perspectiva de cobertura formal de un seguro de salud. Es decir, la población excluida es aquella que no

se encuentra afiliada a algún seguro de salud público o privado del SNS. Por tanto, en esta investigación la exclusión de la cobertura formal de protección social en salud, se entiende como la falta de afiliación de ciertos grupos o personas a algún tipo de seguro en salud. Así, se decide analizar el fenómeno de la exclusión mencionada a través de dos variables dependientes, la EIAM y la ESP, que son variables *dummy* que expresan la probabilidad de estar excluido o no de la cobertura formal de instituciones de atención médica y del seguro popular, respectivamente (Cuadro 3.2).

Las instituciones de atención médica que se toman en cuenta en la definición de la EIAM, son el IMSS, ISSSTE, ISSFAM, el servicio proporcionado a los trabajadores de PEMEX y las instituciones de seguridad social de algunos estados de la federación, que en su conjunto, conforman el segmento de seguridad social dentro del sistema de salud. Además de estas instituciones, dentro de esta variable dependiente se engloban otros casos, como pueden ser los seguros privados. En el caso de la definición de la ESP, únicamente se toma en cuenta al SP.

Variables explicativas

Para definir las variables independientes que explican la probabilidad de que las personas se encuentren excluidas de la cobertura formal de protección social en salud, nos basamos en la conceptualización de los DSS y en los determinantes de exclusión propuestos por la OPS (2006). Por consiguiente, se agruparon las variables en factores estructurales de posición socioeconómica (Figura 1.1), que en esta investigación por motivos prácticos, llamaremos *factores socioeconómicos*, cuando las variables se relacionan con los aspectos que dan lugar a la estratificación social a nivel individual. Y en *factores intermediarios*, cuando las variables se relacionan con la exposición diferencial de las personas hacia los riesgos que afectan la salud, que pueden ser de tipo material, socio-ambiental, psicosocial, conductual y fisiológico (Solar e Irwin, 2007). Consecuentemente, los puntos que se pretenden analizar son la importancia en que inciden los determinantes sociales *socioeconómicos* e *intermediarios*, sobre la cobertura formal de protección social en salud. A continuación se describen las variables que integran cada grupo de factores y se definen las hipótesis acorde a la literatura consultada (cuadro 3.2).

Factores socioeconómicos

Sexo: es una variable dicotómica que busca vislumbrar la brecha de oportunidad en la cobertura formal de protección social en salud que existe entre hombres y mujeres.

H1: Se espera que haya una mayor probabilidad de exclusión en el caso de las mujeres, ya que existe evidencia de que la población joven excluida que no estudia y se encuentra desempleada muestra una mayor prevalencia sobre las mujeres (Gutiérrez y Hernández, 2013). Además, existe evidencia que sugiere que en zonas rurales las barreras de exclusión afectan más a las mujeres (OPS, 2009).

Lengua indígena: es una variable dicotómica que se incluye como *proxy* para identificar la condición étnica de las personas, ya que tomando en cuenta que México es un país pluriétnico, es fundamental inferir el grado de importancia que ejerce el hecho de pertenecer a alguna etnia en la exclusión de la cobertura formal de protección social en salud.

H2: Si se es hablante de lengua indígena, aumenta la probabilidad de estar excluido ya que, históricamente, los pueblos indígenas son un grupo con altos grados de marginación, cuya mayor densidad poblacional se encuentra al sur del país preponderantemente en zonas rurales, donde se encuentran los estados con los peores índices de desarrollo (González *et al.*, 2008). Además, la discriminación racial y cultural son importantes determinantes de estratificación social y barreras de exclusión en salud (Solar e Irwin, 2007; OPS, 2003 y 2009).

Escolaridad: es una variable categórica que busca vislumbrar que tan importante es el nivel de instrucción en nuestra sociedad, para ejercer derechos de protección social en salud. Se establecieron cinco categorías para su evaluación: ninguna, primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura y más.

H3: Un mayor grado de estudios disminuye la probabilidad de exclusión, ya que el nivel educativo es un importante determinante de la estratificación social por el fuerte vínculo que ésta tiene con la ocupación, el ingreso y el nivel de información. Además, existen estudios que evidencian la relación del bajo nivel educativo con la exclusión en salud (Acuña *et al.*, 2014; OPS, 2003 y 2009).

Ingreso: es una variable categórica que pretende establecer que tan importante es el nivel de ingreso de las personas para no sufrir exclusión de la cobertura formal de protección social en salud. Para este fin, se divide a la población en quintiles de ingreso.

H5: Un mayor nivel de ingreso disminuye la probabilidad de exclusión, ya que el mismo, ejerce gran influencia en la estratificación social y es un índice básico para evaluar el nivel socioeconómico de las personas y hogares. Además, los salarios más altos están ligados al sector formal de la economía y la formalidad del empleo incide positivamente en los niveles de cobertura de los seguros de salud. La evidencia empírica de algunos estudios es congruente con esta óptica (OIT/OPS, 1999; OPS, 2003 y 2009; Acuña, 2014).

Factores intermedarios

Edad: es una variable categórica que busca inferir si la pertenencia a algún grupo etario tiene algún grado de incidencia en la derechohabencia de la protección social en salud. Se establecieron siete categorías: 12 a 19 años, 20 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años, 60 a 69 años y 70 años y más.

H6: se espera que las personas menores de 30 años muestren una probabilidad mayor de estar excluidos, debido a la problemática de falta de oportunidades de estudio y empleo formal que tiene una gran incidencia en jóvenes de 15 a 30 años, lo cual los deja fuera de la seguridad social y al ser un grupo etario que se auto-percibe con buena salud, se infiere que no tengan el incentivo de afiliarse al SP (Gutiérrez et al., 2013; Gutiérrez y Hernández, 2013).

Situación conyugal: es una variable categórica que pretende inferir si el diferencial de responsabilidades familiares juega un papel importante en la afiliación a la protección social en salud. Se establecieron cuatro categorías: soltero(a), unidos, separado(a) o divorciado(a) y viudo(a).

H7: Se espera que la categoría, unidos, arroje una menor probabilidad de exclusión en la cobertura, debido a que las responsabilidades familiares incentivan a buscar escenarios con estabilidad y seguridad. Que en el caso de la salud, se refleja en contar con algún tipo de cobertura.

Localidad: es una variable categórica que busca inferir el grado de importancia en la derechohabencia de protección social en salud que adquiere el hecho de vivir en zonas rurales o urbanas.

H8: Habitar en localidades rurales, aumenta la probabilidad de exclusión de cobertura en salud, debido a que existe evidencia empírica de que los estados con mayor población rural presentan índices de marginación más altos y reciben menor cantidad de recursos humanos, materiales y financieros en la rama de la salud. Además, las zonas rurales se distinguen por tener mayor proporción de población indígena, minoría que presenta altos grados de marginación, aunado a que el aislamiento geográfico ligado a la ruralidad es una de las principales barreras de exclusión en salud (González *et al.*, 2008; OIT/OPS, 1999; OPS, 2003 y 2009).

Tiempo de traslado al hospital: es una variable categórica que busca inferir el grado de importancia, sobre la cobertura formal de protección social en salud, que ejerce la cercanía de la infraestructura hospitalaria al lugar del domicilio de la población. Se establecieron cinco categorías: menos de media hora; media hora y menos de una hora; una hora y menos de una hora y media; una hora y media y menos de dos horas; y dos horas y más.

H9: A mayor tiempo de traslado al hospital, aumenta la probabilidad de exclusión de la cobertura en salud. Esta variable está fuertemente ligada a la condición de ruralidad, ya que para estas comunidades se conjugan diversas circunstancias adversas como distancia, geografía accidentada y deficiente infraestructura que incide en que las personas de estas zonas sean las que tardan más en trasladarse a un hospital en caso de emergencia, lo que sugiere esté desincentivando la afiliación a la cobertura en salud (CONEVAL, 2014).

Cuadro 3.2. Descripción de variables

Tipo de variable		Nombre de la variable	Modalidad de variable	Categorías
Dependiente		Exclusión de Institución de Atención Médica (EIAM)	Dicotómica	0: Está afiliado
				1: No está afiliado
Dependiente		Exclusión del Seguro Popular (ESP)	Dicotómica	0: Está afiliado
				1: No está afiliado
Independientes	Factores socioeconómicos	Sexo	Dicotómica	0: Hombre
				1: Mujer
		Lengua indígena	Dicotómica	0: No habla
				1: Sí habla
		Escolaridad	Categórica	1: Ninguna
				2: Primaria
				3: Secundaria
				4: Bachillerato
				5: Licenciatura y más
		Ingreso	Categórica	1: Quintil 1
				2: Quintil 2
				3: Quintil 3
				4: Quintil 4
				5: Quintil 5

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3.2. Descripción de variables

Tipo de variable		Nombre de la variable	Modalidad de variable	Categorías
Independientes	Factores intermedarios	Edad	Categórica	1: 12 a 19 años
				2: 20 a 29 años
				3: 30 a 39 años
				4: 40 a 49 años
				5: 50 a 59 años
				6: 60 a 69 años
				7: 70 y más
		Situación conyugal	Categórica	1: Soltero(a)
				2: Unidos
				3: Separado(a) / divorciado(a)
				4: Viudo(o)
		Localidad	Categórica	1: Rural
				2: Urbana
		Tiempo de traslado al hospital	Categórica	Menos de 0.30 h
				0.30 h y menos de 1 h
				1 h y menos de 1.30 h
				1.30 h y menos de 2 h
				2 h y más

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

En el presente capítulo se pudo dar forma metodológica al objetivo de esta investigación, realizar un ejercicio econométrico para el caso mexicano, por medio del cual se identifiquen los principales determinantes sociales de exclusión de la cobertura formal de protección social en salud. Por lo cual, fue necesario primeramente definir la fuente de datos a utilizar, que debido a sus características y periodicidad, se optó por elegir la ENIGH 2014. Posteriormente, con mayor claridad respecto al tipo y características de los datos, en conjunción con la teoría subyacente, se pudo dimensionar que tipo de ejercicio econométrico resultaría el más idóneo. Por lo tanto se decidió abordar el fenómeno de estudio, a través de la construcción de modelos *logit*. Con estas premisas resueltas, finalmente se definieron las variables dependientes y explicativas, así como el planteamiento de las hipótesis a comprobar. De tal manera que, a través de la metodología planteada, en el siguiente capítulo se presentarán los resultados del ejercicio probabilístico vinculándolos, para su interpretación y análisis, a la literatura consultada.

CAPÍTULO 4: DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS A LA PROBABILIDAD DE EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA FORMAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Con base en la literatura revisada sobre la exclusión en salud y al aparato conceptual de los DSS, la investigación propuesta se centró en realizar un ejercicio econométrico para el caso mexicano, usando modelos de regresión logística que nos permitan inferir los principales determinantes de exclusión de la cobertura formal de protección social en salud, entendida como la falta de afiliación de ciertos grupos o personas a algún tipo de seguro en salud. Lo anterior, debido a que la evidencia empírica actual muestra que más de 20 millones de personas en nuestro país se encuentran en esta situación, a pesar de que el SPSS ideado para dar cobertura a la población abierta, lleva cerca de tres lustros en operación. Por tanto, resulta importante aportar elementos que coadyuven a discernir de manera más puntual el fenómeno, en aras de contribuir con evidencia para la generación de políticas públicas con mayor pertinencia.

Por lo cual, el objetivo del presente capítulo es presentar y analizar los principales resultados de los modelos *logit* construidos para relacionar las variables dependientes EIAM y ESP con cada uno de los determinantes sociales de la salud, del tipo socioeconómico e intermediario que se definieron en el capítulo preliminar. Además, con base en lo anterior se evalúan algunos escenarios representativos, para ilustrar y dimensionar de mejor manera la caracterización del perfil de población con la mayor susceptibilidad a ser excluida de la protección social en salud.

El capítulo se compone de dos apartados. En el primero, se realiza un análisis de la estadística descriptiva que arroja la caracterización de la población con EIAM y ESP. En el segundo, se presentan los principales resultados del planteamiento econométrico, dividido en dos subtemas: primeramente, resultados y análisis sobre la dirección y peso de los efectos marginales de cada una de las variables en los modelos construidos para EIAM y ESP y; posteriormente, resultados y análisis de algunos escenarios representativos definidos a partir de los resultados del primer subtema, para coadyuvar a una mejor comprensión y explicación del fenómeno. En ambos casos, el análisis se lleva a cabo tratando de vincular los resultados con la literatura consultada.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SIN PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

A continuación se desarrolla un análisis descriptivo sobre los factores que se han definido para la caracterización de la población que se encuentra excluida de la protección social en salud, tomando como fuente de datos la ENIGH 2014. Los porcentajes de la población por condición de afiliación en cada uno de los factores, socioeconómicos e intermediarios, se resumen en los cuadros 4.1 y 4.2, respectivamente.

Factores socioeconómicos

Respecto al sexo, dentro de la población no afiliada a alguna Institución de Atención Médica (IAM), no se presenta una diferencia significativa entre hombres y mujeres, ya que en ambos casos, una proporción cercana al 58% no está afiliada. En cambio, en la población no afiliada al SP, los hombres arrojan un mayor porcentaje de no afiliación (59%), más de cuatro puntos porcentuales respecto a las mujeres.

Dentro de las personas que hablan alguna lengua indígena, más del 87% carecen de afiliación a alguna IAM; dicha proporción es más de 30 puntos porcentuales mayor a la que presentan las personas que no hablan lenguas autóctonas. Para el caso de la derechohabencia al SP, la proporción se invierte, ya que las personas no hablantes de lengua indígena arrojan un mayor porcentaje sin afiliación, 29 puntos porcentuales más alta que la de las sí hablantes.

La relación del grado de escolaridad sobre la afiliación a las IAM es muy clara, ya que a mayor instrucción, disminuye la proporción de personas no afiliadas. El peso de esta incidencia es muy importante, como lo refleja la diferencia en las proporciones de los dos casos extremos, sin escolaridad y profesional y más, que es de 39 puntos porcentuales. Por su parte, en la afiliación al SP la proporción se invierte, es decir, las personas con mayores grados de estudio revelan porcentajes más altos en la no derechohabencia. Así, la diferencia en los casos extremos, es de una proporción de no derechohabencia, en las personas con estudios profesionales y más, 41 puntos porcentuales mayor a la que presentan las personas sin instrucción.

Cuadro 4.1. Caracterización de la población por estatus de afiliación a la Protección Social en Salud
Factores Socioeconómicos
(porcentajes)

Factores	Afiliación a Institución de Atención Médica			Afiliación al Seguro Popular		
	Está Afiliado	No Está Afiliado	Total	Está Afiliado	No Está Afiliado	Total
Sexo						
Hombres	42.3	57.7	100	41.0	59.0	100
Mujeres	42.1	57.9	100	45.6	54.4	100
Total	42.2	57.8	100	43.4	56.6	100
Lengua indígena						
Sí habla	12.5	87.5	100	70.3	29.7	100
No habla	44.7	55.3	100	41.3	58.7	100
Escolaridad						
Ninguna	30.5	69.5	100	55.9	44.1	100
Primaria	33.4	66.6	100	53.4	46.6	100
Secundaria	39.5	60.5	100	46.3	53.7	100
Bachillerato	53.6	46.4	100	30.6	69.4	100
Profesional y más	69.5	30.5	100	14.9	85.1	100
Quintiles de ingreso						
1	13.9	86.1	100	66.7	33.3	100
2	30.3	69.7	100	55.5	44.5	100
3	43.7	56.3	100	43.9	56.1	100
4	53.1	46.9	100	34.6	65.4	100
5	67.6	32.4	100	18.2	81.8	100

Fuente: Elaboración propia con base en ENIGH 2014.

El peso que ejerce el nivel de ingreso sobre la derechohabencia en las IAM es de resaltar, pues a mayor ingreso, disminuye de forma importante la proporción de personas sin afiliación. Así, situándonos en los extremos, la proporción de personas sin afiliación en el quintil 1, es 54 puntos porcentuales mayor a la del quintil 5. En el caso de la afiliación al SP, el nivel de ingreso juega un papel contrario, es decir, a mayor ingreso, mayor es la proporción de personas sin derechohabencia. Siguiendo con el ejemplo de los puntos extremos, la proporción de personas sin afiliación en el quintil 5, es 48 puntos porcentuales mayor a la que presenta el quintil 1.

Factores intermediarios

Al observar las proporciones de afiliación a alguna IAM por grupos decenales, se revela una tendencia, que a mayor edad disminuye la proporción de personas sin afiliación, excepto en el grupo de 70 y más, donde aumenta la proporción respecto al grupo decenal anterior. En el caso de la afiliación al SP, las proporciones en derechohabencia por grupo decenal no reflejan una tendencia. El grupo decenal con mayor proporción de personas no afiliadas, es de 60 a 69 años, y el de menor proporción, de 12 a 19 años.

Cuadro 4.2. Caracterización de la población por estatus de afiliación a la Protección Social en Salud
Factores Intermediarios
(porcentajes)

Factores	Afiliación a Institución de Atención			Afiliación al Seguro Popular		
	Está Afiliado	No Está Afiliado	Total	Está Afiliado	No Está Afiliado	Total
Grupo de edad						
12-19	35.9	64.1	100	47.9	52.1	100
20-29	40.6	59.4	100	38.1	61.9	100
30-39	45.1	54.9	100	40.6	59.4	100
40-49	45.3	54.7	100	40.3	59.7	100
50-59	48.9	51.1	100	38.3	61.7	100
60-69	52.6	47.4	100	37.1	62.9	100
70+	50.0	50.0	100	41.0	59.0	100
Situación conyugal						
Soltero(a)	39.2	60.8	100	38.4	61.6	100
Unido(a)	46.2	53.8	100	43.0	57.0	100
Separado(a) o Divorciado(a)	43.5	56.5	100	37.8	62.2	100
Viudo(a)	49.0	51.0	100	40.4	59.6	100
Localiad						
Rural	17.4	82.6	100	68.1	31.9	100
Urbana	49.7	50.3	100	35.9	64.1	100
Tiempo de traslado al hospital						
Menos de 0.30 h	52.0	48.0	100	33.3	66.7	100
0.30 h y menos de 1 h	41.1	58.9	100	45.3	54.7	100
1 h y menos de 1.30 h	31.8	68.2	100	54.4	45.6	100
1.30 h y menos de 2 h	26.5	73.5	100	58.0	42.0	100
2 h y más	16.4	83.6	100	65.9	34.1	100

Fuente: Elaboración propia con base en ENIGH 2014.

La categoría de la situación conyugal que arroja una mayor proporción de personas sin afiliación a las IAM, son las solteras, con 60.8% de las mismas, seguidas de

las personas con estatus de separadas o divorciadas, con 56.5%. Para el caso del SP, las personas con mayor proporción sin derechohabiencia, son las separadas o divorciadas, con 62.2%, seguidas de las personas solteras, con 61.6%. En este caso, no se presentan proporciones inversas dependiendo de la modalidad de aseguramiento, como en otros factores. Aquí existe coincidencia en las categorías que reflejan mayor proporción de personas sin afiliación, aunque no en el mismo orden.

El tipo de localidad se relaciona con la derechohabiencia en las IAM, ya que 82.6% de las personas que habitan localidades rurales, no se encuentran afiliadas a esta modalidad de aseguramiento. Esto es, 32 puntos porcentuales por arriba de la proporción que presentan las personas que habitan localidades urbanas. Al igual que en la mayoría de las variables que se han descrito, la proporción de personas no afiliadas al SP, acorde al tipo de localidad que habitan, es lo opuesto a lo revelado en la derechohabiencia en las IAM. Es decir, las personas que habitan localidades rurales tienen una menor proporción de no afiliación, que las personas que viven en localidades urbanas.

La tendencia que revela el tiempo de traslado al hospital sobre el nivel de afiliación a las IAM, es que a mayor tiempo de traslado, aumenta la proporción de personas sin afiliación. De tal manera que, las personas que habitan a dos horas y más de traslado al hospital, presentan una proporción de no afiliación 36 puntos porcentuales mayor que las personas que habitan a menos de media hora de traslado. En el caso de la afiliación al SP, la tendencia es a la inversa, a mayor tiempo de traslado, disminuye la proporción de personas sin derechohabiencia. Así, las personas que habitan a dos horas y más de traslado al hospital, revelan una proporción de no afiliación 33 puntos porcentuales menor que las personas que viven a menos de media hora de traslado.

La estadística descriptiva que se ha analizado hasta aquí sobre los factores socioeconómicos e intermediarios que se eligieron con base en la literatura sobre los DSS deja ver que, en la mayoría de los casos, las características de las personas que carecen de derechohabiencia, depende del tipo de seguro al que no tienen acceso. Es decir, el perfil de personas que no cuentan con afiliación a las IAM, por lo regular se encuentran afiliadas al SP, lo que muestra el diseño suplementario, de este último, respecto a la seguridad social. Sin embargo, hubo dos variables con sus categorías, donde no se refleja dicha subsidiariedad del SP: el grupo de edad, en su categoría de 20 a 29 años y la situación conyugal. Más adelante, en la presentación y análisis de los modelos *logit* construidos, veremos si estas tendencias se confirman.

ANÁLISIS ECONÓMTRICO DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SIN PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

A continuación se presentan los resultados generales de los modelos *logit* interpretados a través de la dirección que toman los efectos marginales que ejercen las variables independientes estructurales e intermediarias, sobre la Exclusión de la Cobertura Formal de Protección Social en Salud (ECFPSS). Se decidió evaluar dicha exclusión, a través del planteamiento de dos modelos logísticos, correspondientes a las variables dependientes de EIAM y ESP. Posteriormente se plantean algunos escenarios particulares que permitirán dimensionar de mejor manera la problemática a través del contraste.

Para evaluar el ajuste de los modelos, se opta por ejecutar la opción *fitstat*, la cual proporciona diversos estadísticos de diagnóstico, de los cuales analizamos los siguientes: La prueba de razón de verosimilitud, señala que la hipótesis nula de que los coeficientes de las ecuaciones logísticas sean iguales a cero, puede ser rechazada con un nivel de confianza de 99%, para ambos *logit*. Por su parte, el *Count R2*, indica que los modelos de las variables dependientes EIAM y ESP aciertan en la predicción en 70.2% y 69.3% de los casos, respectivamente. El contraste de los valores observados en la muestra y los predichos por los modelos, pueden revisarse ejecutando la opción *estat classification*. Asimismo, el *Count R2 ajustado*, un estadístico más estricto, ya que elimina de la cuenta de aciertos los que se derivan de predecir el valor más común, arroja que los modelos estimados de las variables dependientes EIAM y ESP aciertan en la predicción en 29.1% y 30% de los casos, respectivamente. Con base en Escobar, Fernández y Bernardi (2009) y, en los resultados que muestran los estadísticos citados, podemos establecer que los modelos de regresión logística estimados presentan una buena capacidad explicativa (Cuadros A.4.1- A.4.4).

Cabe mencionar que los coeficientes de los modelos *logit*, no son directamente interpretables, solo pueden indicar el sentido de la relación entre la variable dependiente y las explicativas. Por lo que es necesario transformar el logaritmo de la razón de probabilidad de la ecuación para poder obtener coeficientes sencillos de interpretar (Escobar *et al.*, 2009). En esta investigación, se eligió adoptar el enfoque de efectos marginales, que miden el cambio en la probabilidad de la variable dependiente ante un cambio en uno de los regresores, manteniendo los demás constantes (Cuadros 4.3 y 4.4). De acuerdo al punto de evaluación, se usan efectos marginales a la media, para evaluar

el peso de cada una de las variables explicativas y, efectos marginales a valores representativos, para el análisis en escenarios específicos (Cameron y Trivedi, 2009).

Efectos marginales generales

Variables Socioeconómicas

En cuanto al sexo, los resultados arrojaron que para la EIAM, la variable no fue significativa; en cambio, para la ESP, contrario a la hipótesis planteada, el ser mujer reduce las probabilidades de exclusión, respecto a los hombres, en 7.7 puntos porcentuales (Cuadro 4.3).

La variable hablante de lengua indígena, que es un *proxy* de la condición étnica de las personas, muestra que para el caso de la EIAM, el no ser indígena disminuye la probabilidad de exclusión en 12.8 puntos porcentuales; por su parte, en la ESP, la misma condición étnica aumenta la probabilidad de exclusión en 6.4 puntos porcentuales. Lo que deja ver una dirección opuesta de los efectos marginales, dependiendo de la modalidad de aseguramiento que se tenga. En este sentido, la hipótesis planteada solo se cumple para el caso de la EIAM (Cuadro 4.3).

Los efectos de la educación en la EIAM dejan ver que a mayor grado de estudios va disminuyendo la probabilidad de exclusión. Se tiene que las personas con primaria, secundaria, bachillerato y, profesional y más, disminuyen su probabilidad de exclusión respecto a la población sin instrucción en 16.9, 27.7, 37.1 y 44.7 puntos porcentuales respectivamente. Por el contrario para la ESP, la misma variable toma un efecto inverso, ya que las personas con primaria, secundaria, bachillerato y, profesional y más, aumentan su probabilidad de exclusión respecto a la población sin estudios en 4.8, 10.4, 19.6 y 27.6 puntos porcentuales respectivamente. La hipótesis planteada solo se cumple para el caso de la EIAM, pues para la ESP los efectos marginales arrojan un efecto opuesto. Al igual que el caso anterior, se observa un efecto contrario de la variable educación, dependiendo de la modalidad de aseguramiento (Cuadro 4.3).

Cuadro 4.3. Resultados de los modelos sobre Exclusión de Institución de Atención Médica y Exclusión del Seguro Popular (Variables Socioeconómicas)

Variable	EIAM				ESP			
	Coefficiente	Error estandar	Efectos marginales	Error estandar	Coefficiente	Error estandar	Efectos marginales	Error estandar
Sexo								
Mujeres	0.006	0.019	0.001	0.005	-0.317***	0.019	-0.077***	0.005
Hablante de lengua indígena								
No habla lengua indígena	-0.580***	0.047	-0.128***	0.009	0.257***	0.038	0.064***	0.009
Escolaridad								
Primaria	-0.696***	0.054	-0.169***	0.013	0.197***	0.044	0.048***	0.011
Secundaria	-1.153***	0.057	-0.277***	0.013	0.434***	0.047	0.104***	0.011
Bachillerato	-1.559***	0.058	-0.371***	0.012	0.855***	0.049	0.196***	0.010
Profesional y más	-1.995***	0.062	-0.447***	0.011	1.315***	0.056	0.276***	0.009
Quintiles de ingreso								
2	-0.731***	0.035	-0.179***	0.009	0.261***	0.029	0.063***	0.007
3	-1.142***	0.035	-0.277***	0.008	0.590***	0.030	0.138***	0.007
4	-1.525***	0.035	-0.364***	0.008	0.982***	0.031	0.221***	0.006
5	-1.813***	0.037	-0.424***	0.007	1.496***	0.035	0.315***	0.006

Nivel de significancia: ***p<0.01, **p<0.05.

Fuente: Elaboración propia con base en ENIGH 2014.

El sentido de la incidencia del ingreso en la EIAM muestra que a mayor quintil del mismo, disminuye la probabilidad de exclusión. Así, las personas que pertenecen a hogares de los quintiles de ingreso del 2 al 5, disminuyen su probabilidad de exclusión respecto al quintil 1 en 17.9, 27.7, 36.4 y 42.4 puntos porcentuales respectivamente. Por su parte, en la ESP, la incidencia del ingreso es opuesta; ya que en los quintiles de ingreso del 2 al 5 se presenta un aumento de la probabilidad de exclusión respecto al primer quintil de 6.3, 13.8, 22.1 y 31.5 puntos porcentuales respectivamente. De igual manera, el sentido del efecto ingreso depende de la modalidad de aseguramiento, por lo que la hipótesis planteada sólo se cumple para el caso de la EIAM (Cuadro 4.3).

Variables Intermediarias

En la EIAM, la variable edad arroja que respecto a los menores de 19 años (categoría de referencia), las personas de 20 a 29 años, aumentan su probabilidad de exclusión en 6.9 puntos porcentuales; los resultados de los grupos de 30 a 49 años, no fueron significativos; y para los grupos de 50 o más años, la probabilidad de exclusión disminuye, siendo la reducción más importante de 30.5 puntos porcentuales para el grupo etario de 70 o más años. Lo anterior muestra que a mayor edad, disminuye la EIAM, excepto, en el grupo etario de jóvenes de 20 a 29 años. En el caso de la ESP, los resultados muestran que respecto a los menores de 19 años, a mayor edad aumenta la probabilidad de exclusión, de tal forma que para el grupo etario de 70 o más años, dicha probabilidad es 23 puntos porcentuales mayor. La EIAM y la ESP presentan resultados con sentidos opuestos conforme aumenta la edad, excepto para el grupo etario de personas de 20 a 29 años, donde en ambos casos, aumenta la probabilidad de exclusión, por lo que se infiere que la hipótesis planteada es correcta (Cuadro 4.4).

Los efectos marginales de la situación conyugal en la EIAM muestran que la condición de unido(a), separado(a) o divorciado(a) y viudo(a), disminuyen la probabilidad de exclusión, respecto al estatus de soltero(a) en 7.1, 2.4 y 9.5 puntos porcentuales respectivamente. En el caso de la ESP, el sentido de la relación es análogo, ya que para las mismas categorías, respecto al estatus de soltero(a), se tiene una disminución en la probabilidad de exclusión de 10.9, 5.8 y 5.5 puntos porcentuales respectivamente. En este caso, la hipótesis planteada se confirma, con el matiz de que en la EIAM la categoría con menor probabilidad de exclusión es viudo(a), sin embargo, unido(a) es la siguiente mejor situada (Cuadro 4.4).

Cuadro 4.4. Resultados de los modelos sobre Exclusión de Institución de Atención Médica y Exclusión del Seguro Popular (Variables Intermediarias)

Variable	EIAM				ESP			
	Coefficiente	Error estandar	Efectos marginales	Error estandar	Coefficiente	Error estandar	Efectos marginales	Error estandar
Grupo de edad								
20-29	0.296***	0.034	0.069***	0.008	0.324***	0.034	0.078***	0.008
30-39	-0.052	0.039	-0.013	0.009	0.549***	0.038	0.129***	0.009
40-49	-0.031	0.041	-0.007	0.010	0.557***	0.040	0.130***	0.009
50-59	-0.348***	0.045	-0.085***	0.011	0.702***	0.044	0.160***	0.009
60-69	-0.959***	0.052	-0.235***	0.012	1.043***	0.050	0.223***	0.009
70+	-1.264***	0.059	-0.305***	0.013	1.086***	0.056	0.230***	0.010
Situación conyugal								
Unido(a)	-0.300***	0.029	-0.071***	0.007	-0.449***	0.029	-0.109***	0.007
Separado(a) o Divorciado(a)	-0.098**	0.047	-0.024**	0.011	-0.234***	0.046	-0.058***	0.012
Viudo(a)	-0.390***	0.058	-0.095***	0.015	-0.222***	0.056	-0.055***	0.014
Localiad								
Urbana	-0.771***	0.025	-0.174***	0.005	0.790***	0.023	0.194***	0.006
Tiempo de traslado al hospital								
0.30 h y menos de 1 h	0.085***	0.022	0.020***	0.005	-0.154***	0.022	-0.038***	0.006
1 h y menos de 1.30 h	0.274***	0.030	0.064***	0.007	-0.232***	0.028	-0.057***	0.007
1.30 h y menos de 2 h	0.348***	0.055	0.079***	0.012	-0.324***	0.050	-0.080***	0.012
2 h y más	0.557***	0.053	0.123***	0.011	-0.261***	0.043	-0.065***	0.011

Nivel de significancia: ***p<0.01, **p<0.05.

Fuente: Elaboración propia con base en ENIGH 2014.

El sentido del efecto marginal del tipo de localidad en que se habita, para el caso de la EIAM, es una probabilidad de exclusión 17.4 puntos porcentuales menor para las localidades urbanas respecto a las rurales. No obstante, en la ESP las localidades urbanas presentan una probabilidad de exclusión, 19.4 puntos porcentuales mayor, que las localidades rurales. Es decir, el sentido del efecto marginal del tipo de localidad en que se habite, depende de la modalidad de aseguramiento, por lo que la hipótesis planteada solo se cumple para el caso de la EIAM (Cuadro 4.4).

Los efectos del tiempo de traslado al hospital en la EIAM, arrojan que a mayor tiempo de traslado, aumenta la probabilidad de exclusión. Se observa que las personas a un tiempo de traslado de entre, media hora y menos de una hora; una hora y menos de una hora y media; una hora y media y menos de dos horas y; dos horas y más, aumentan su probabilidad de exclusión, respecto a la población que realiza menos de media hora en trasladarse al hospital en 2, 6.4, 7.9 y 12.3 puntos porcentuales respectivamente. Sin embargo, para la ESP, las mismas categorías de tiempo de traslado, respecto a quienes realizan menos de media hora, adoptan un efecto contrario, ya que disminuyen su probabilidad de exclusión en 3.8, 5.7, 8 y 6.5 puntos porcentuales respectivamente. De la misma manera que en casos anteriores, se presenta un efecto opuesto en esta variable independiente, de acuerdo al tipo de aseguramiento. De tal manera, que la hipótesis planteada solo se cumple para el caso de la EIAM (Cuadro 4.4).

Análisis de los resultados en efectos marginales generales

El sentido de los efectos marginales de la mayoría de las variables, tanto socioeconómicas como intermediarias, sobre la variable dependiente EIAM, resultaron opuestos a los arrojados en la variable dependiente ESP; asimismo, las hipótesis que se plantearon, en general, se cumplieron únicamente para el caso de la probabilidad de la EIAM. Lo anterior, refleja que el diseño suplementario del SP, cuya población objetivo es la que queda fuera de la seguridad social, efectivamente está brindando cobertura a las personas que, desde la perspectiva de los DSS, se encuentran en una situación más vulnerable respecto a la posibilidad de satisfacer sus necesidades de atención médica.

Por ejemplo, la literatura consultada, base del planteamiento de las hipótesis, marca que algunas de las características de la población que presenta mayor exclusión en salud, son: mujeres, indígenas, personas con poca o nula instrucción, personas de bajos ingresos, habitantes de zonas rurales y la lejanía de la infraestructura hospitalaria.

Sin embargo, para el caso de la probabilidad de ESP, dicha premisa no se cumple, al menos a nivel de afiliación, ya que se deduce que hay un empate entre la llamada población abierta y las personas con la caracterización de la vulnerabilidad mencionada. Es decir, los determinantes de exclusión de la cobertura de seguridad social, están siendo afrontados por la protección del SP. De tal manera que, se infiere que el SP puede estar coadyuvando a aminorar las brechas en salud de la población excluida de la seguridad social.

Sin embargo, hubo dos casos en los cuales el sentido de las variables independientes fue el mismo, tanto para la EIAM, como para la ESP. El primero, fue la variable intermediaria edad, en su categoría de personas de 20 a 29 años, ya que en ambas variables dependientes, la probabilidad de exclusión aumentó, respecto a la población más joven. El segundo, fue la variable intermediaria situación conyugal, donde la categoría de soltero(a), en ambas variables dependientes, presenta mayor probabilidad de exclusión, respecto a las otras categorías de la variable. Por lo tanto, en estos casos no se cumple la subsidiariedad del SP frente a la seguridad social. Es decir, estas dos categorías de las variables analizadas, se muestran como determinantes de exclusión que no están siendo topados con suficiencia por alguna de las dos modalidades de aseguramiento en salud.

Por consiguiente, situándonos en el plano de la afiliación a la protección social en salud, los *logit* planteados, muestran resultados que hacen inferir que las personas pertenecientes al grupo etario de 20 a 29 años y las personas con estatus de solteras, presentan mayor probabilidad de exclusión del entramado institucional de la protección social en salud. En cuanto al rango de edad, los resultados de esta investigación, guardan consistencia con lo encontrado en los trabajos de Gutiérrez *et al.* (2013) y, Gutiérrez y Hernández (2013).

EFFECTOS MARGINALES EN ESCENARIOS ESPECÍFICOS

Con base en los resultados generados en los efectos marginales de cada una de las variables socioeconómicas e intermediarias, ahora se plantean algunos escenarios en particular, tomando en cuenta los grupos que mostraron mayor vulnerabilidad en la probabilidad de exclusión y el peso de incidencia de los factores. De tal manera que, a través de la conjunción de estos elementos, podamos visualizar y dimensionar de mejor forma la caracterización de las personas con mayor probabilidad de exclusión, así como el

sentido y grado de influencia que ejercen las variables de mayor peso sobre dicha probabilidad.

El escenario base se especifica para examinar a las personas solteras de 20 a 29 años, ya que por los resultados de los efectos marginales del apartado anterior, se puede inferir que este grupo etario es el más susceptible de exclusión. Asimismo, la situación conyugal con mayor probabilidad de exclusión es la soltería. Además, se presupone que las personas no hablan lengua indígena, tardan en trasladarse al hospital entre una hora y menos de una hora y media, y pertenecen al tercer quintil de ingreso. El escenario se plantea para ambos subtipos de exclusión, EIAM y ESP, y en el caso de esta última, además se evalúa el sexo de la persona, debido a que dicha variable sí fue significativa para este subtipo de exclusión. Con base en los parámetros mencionados, se evalúa el sentido y el peso que ejerce el grado de escolaridad sobre el nivel de exclusión, tanto en localidades rurales y urbanas. Posteriormente, usando los mismos supuestos, se sustituye la escolaridad por el ingreso. Se decide evaluar las categorías de estas dos últimas variables, debido a que son las que mostraron mayor grado de incidencia en los efectos marginales por variable.

Al evaluar el nivel de escolaridad en la probabilidad de EIAM en el escenario planteado, lo primero que resalta es el alto porcentaje en la probabilidad de exclusión, ya que la misma puede ir desde un 51.9% para personas de localidades urbanas con estudios profesionales y más, hasta un 94.3% para personas de localidades rurales sin escolaridad. Los resultados muestran una clara incidencia negativa de la educación sobre la probabilidad de exclusión en todos los niveles, tanto en localidades rurales como urbanas. Es decir, a medida que aumenta el grado de escolaridad, disminuye la probabilidad de exclusión. Sin embargo, en las localidades urbanas el grado de reducción de exclusión es más acentuado que en las rurales. Por ejemplo, en el ámbito rural la probabilidad de exclusión para personas con primaria es de 89.2% y, para el mismo grado de estudios, en el ámbito urbano baja a 79.2%. El caso más notorio se da en las personas con estudios profesionales y más, ya que en el ámbito rural su probabilidad de exclusión es de 70% y, en el urbano, baja a 51.9%, 18 puntos porcentuales menos (Cuadro 4.5.).

Evaluando el nivel de estudios, situándonos en la probabilidad de ESP, observamos un efecto inverso al mostrado en la probabilidad de EIAM, en consonancia con lo arrojado en los efectos marginales de cada una de las variables. Es decir, a medida

que aumenta el grado de estudios, aumenta también la probabilidad de exclusión tanto en localidades rurales como urbanas, siendo el efecto más acentuado en el ámbito urbano. Por ejemplo, la probabilidad de exclusión que revelan los hombres con estudios de secundaria que habitan localidades rurales es de 43.1% y, para el mismo caso, pero en localidades urbanas dicha probabilidad aumenta a 62.5%, 19 puntos porcentuales más. El fenómeno ocurre debido a que el SP es una política subsidiaria de la seguridad social, por lo que está diseñado para brindar cobertura a la población que queda fuera de esta última. A diferencia de la probabilidad de EIAM, en este caso, la variable sexo sí muestra una diferencia significativa, siendo la probabilidad de exclusión más pronunciada para el caso de los hombres, que en promedio es 7.3 puntos porcentuales mayor que la de las mujeres (Cuadro 4.5).

Cuadro 4.5. Probabilidad de exclusión de la cobertura formal de protección social en salud en personas solteras, de 20-29 años, según escolaridad y tipo de localidad¹

Localidad	Escolaridad	Probabilidad de exclusión		
		EIAM	ESP	
			Mujeres	Hombres
Rural	Ninguna	0.943	0.263	0.329
	Primaria	0.892	0.303	0.374
	Secundaria	0.839	0.355	0.431
	Bachillerato	0.776	0.456	0.536
	Profesional y más	0.700	0.571	0.646
Urbana	Ninguna	0.884	0.441	0.520
	Primaria	0.792	0.489	0.568
	Secundaria	0.707	0.549	0.625
	Bachillerato	0.616	0.649	0.718
	Profesional y más	0.519	0.746	0.801

Fuente: Elaboración propia con base en ENIGH 2014.

¹No hablantes de lengua indígena, pertenecientes al quintil 3 y con un tiempo de traslado al hospital de una hora y menos de una hora y media.

Si en el mismo escenario, evaluamos la incidencia del nivel de ingreso en la probabilidad de EIAM y ESP, en lugar del nivel de estudios, el sentido y la proporción del efecto resultan muy similares a lo ya explicado, prácticamente un espejo (Cuadro 4.6). Lo cual era previsible, ya que la escolaridad es una variable altamente relacionada con el nivel de ingreso. Por tal razón, los análisis subsiguientes solo se realizarán tomando en cuenta el grado de incidencia de la escolaridad.

Cuadro 4.6. Probabilidad de exclusión de la cobertura formal de protección social en salud en personas solteras de 20-29 años según quintil de ingreso y tipo de localidad¹

Localidad	Quintil	Probabilidad de exclusión		
		EIAM	ESP	
			Mujeres	Hombres
Rural	Quintil 1	0.942	0.234	0.295
	Quintil 2	0.887	0.284	0.352
	Quintil 3	0.839	0.355	0.431
	Quintil 4	0.780	0.449	0.528
	Quintil 5	0.727	0.577	0.652
Urbana	Quintil 1	0.883	0.402	0.480
	Quintil 2	0.784	0.466	0.545
	Quintil 3	0.707	0.549	0.625
	Quintil 4	0.622	0.642	0.712
	Quintil 5	0.552	0.750	0.805

Fuente: Elaboración propia con base en ENIGH 2014.

¹No hablantes de lengua indígena, escolaridad de secundaria y con un tiempo de traslado al hospital de una hora y menos de una hora y media.

Para contrastar los resultados de la incidencia del nivel de escolaridad sobre la probabilidad de exclusión en el escenario planteado, cambiamos la categoría de las variables intermediarias de, edad, al grupo etario de 50 a 59 años y, situación conyugal, a unido(a). Se eligen estas nuevas categorías, con base en los resultados de los efectos marginales por cada variable, de la sección anterior. Tratando de construir un escenario, que tenga una menor probabilidad de exclusión, con el fin de ilustrar, a través del contraste, que las hipótesis que se plantearon, en las variables edad y situación conyugal, se comprueban en un caso concreto.

Al analizar los datos que arroja el escenario de contraste planteado, observamos que la incidencia del nivel de escolaridad sobre la probabilidad de EIAM y ESP es en el mismo sentido que en el escenario base. Sin embargo, el nivel de probabilidad de

exclusión de las personas adultas, en el caso de la EIAM, es considerablemente menor en todos los niveles educativos, tanto en el ámbito rural como en el urbano, en promedio 18.1 puntos porcentuales con respecto a las personas jóvenes. Además, los datos muestran que la brecha en la probabilidad de exclusión entre personas jóvenes y personas adultas, mantiene una relación positiva con la escolaridad, ya que se amplía al incrementarse el grado de estudios.¹⁰ Por ejemplo, en el ámbito rural la probabilidad de exclusión para personas jóvenes con estudios profesionales y más es de 70% y, para el mismo ámbito y grado de estudios, las personas adultas revelan 47.6%, es decir, una probabilidad de exclusión 22.4 puntos porcentuales menor. Y en la esfera urbana, las personas jóvenes con bachillerato muestran 61.6% de probabilidad de exclusión y, las personas adultas con el mismo grado de estudios 38.5%, es decir, una probabilidad 23.1 puntos porcentuales menor (Cuadros 4.5 y 4.7).

¹⁰ Excepto en el ámbito urbano con grado de escolaridad profesional y más, en el cual la brecha se reduce cerca de un punto porcentual (0.8) con respecto al grado de escolaridad inmediato anterior.

Cuadro 4.7. Probabilidad de exclusión de la cobertura formal de protección social en salud en personas unidas, de 50-59 años, según escolaridad y tipo de localidad¹

Localidad	Escolaridad	Probabilidad de exclusión		
		EIAM	ESP	
			Mujeres	Hombres
Rural	Ninguna	0.865	0.250	0.314
	Primaria	0.762	0.288	0.357
	Secundaria	0.669	0.339	0.413
	Bachillerato	0.575	0.439	0.518
	Profesional y más	0.476	0.554	0.630
Urbana	Ninguna	0.748	0.423	0.502
	Primaria	0.597	0.472	0.551
	Secundaria	0.484	0.531	0.608
	Bachillerato	0.385	0.633	0.703
	Profesional y más	0.296	0.732	0.790

Fuente: Elaboración propia con base en ENIGH 2014.

¹No hablantes de lengua indígena, pertenecientes al quintil 3 y con un tiempo de traslado al hospital de una hora y menos de una hora y media.

Por lo tanto, el escenario contraste de las personas unidas de 50 a 59 años, muestra que el poder de incidencia del nivel educativo sobre la probabilidad de EIAM es sensiblemente menor para el caso de las personas solteras de 20 a 29 años, lo que se ajusta a las hipótesis planteadas en las variables edad y situación conyugal.

En el caso de la probabilidad de ESP, si bien en todos los casos se refleja una menor probabilidad de exclusión para las personas adultas en comparación con las personas jóvenes, esta no es tan importante, en promedio es 1.6 puntos porcentuales menor, tanto para mujeres y hombres. Al igual que en el escenario base, la probabilidad de exclusión es más acentuada en los hombres, que en promedio es 7.3 puntos porcentuales mayor que en las mujeres (Cuadros 4.5 y 4.7).

Por último, agregamos un matiz al escenario base: la variable lengua indígena. Con la cual, la influencia de la escolaridad sobre la probabilidad de EIAM y ESP refleja el mismo sentido que el escenario original. Sin embargo, la probabilidad de EIAM aumenta en todos los niveles educativos, en promedio 8.2 puntos porcentuales, con respecto a las personas no hablantes de lengua indígena. Los casos más notorios ocurren en localidades urbanas, paradójicamente en los mayores grados de estudio, ya que los datos muestran que la brecha en la probabilidad de exclusión entre ambos grupos, hablantes y no hablantes de lengua indígena, mantiene una relación positiva con la escolaridad; es decir, se amplía al incrementarse el grado de estudios. Por ejemplo, en la esfera urbana, las personas con estudios de bachillerato no hablantes de lengua indígena, presentan una probabilidad de exclusión de 61.6% y, para personas con el mismo grado de estudios, pero hablantes de lengua indígena es de 74.2%, es decir, una probabilidad de exclusión 12.6 puntos porcentuales mayor. Continuando en zonas urbanas, para las personas con estudios profesionales y más, no hablantes de lengua indígena, la probabilidad de exclusión es de 51.9% y, para personas con la misma escolaridad, pero hablantes de lengua indígena es de 65.9%, es decir, una probabilidad de exclusión 14 puntos porcentuales mayor (Cuadros 4.5 y 4.8).

Si bien, el poder de incidencia del nivel educativo sobre la probabilidad de EIAM resulta atemperado para las personas solteras de 20 a 29 años, como se mostró en el contraste con las personas unidas de 50 a 59 años. El peso de la escolaridad se atenúa aún más cuando al escenario de personas solteras de 20 a 29 años se le agrega la condición étnica, como lo muestra el último contraste. Lo anterior concuerda con la hipótesis proyectada de mayor vulnerabilidad de la población indígena.

Continuando en el plano de personas de habla indígena, los datos de la probabilidad de ESP, revelan que la misma disminuye en localidades rurales y urbanas en todos los niveles educativos, respecto a las personas no hablantes de alguna lengua autóctona, en promedio alrededor de 5.8 puntos porcentuales, tanto para mujeres y hombres. Lo que podría estar mitigando los efectos de la mayor probabilidad de EIAM que se ha señalado. De igual manera que en el escenario base, la probabilidad de exclusión es más pronunciada en los hombres, que en promedio es 7.2 puntos porcentuales mayor que en las mujeres (Cuadros 4.5 y 4.8).

Cuadro 4.8. Probabilidad de exclusión de la cobertura formal de protección social en salud en personas solteras hablantes de lengua indígena, de 20-29 años, según escolaridad y tipo de localidad¹

Localidad	Escolaridad	Probabilidad de exclusión		
		EIAM	ESP	
			Mujeres	Hombres
Rural	Ninguna	0.967	0.216	0.275
	Primaria	0.936	0.252	0.316
	Secundaria	0.903	0.299	0.369
	Bachillerato	0.861	0.394	0.471
	Profesional y más	0.807	0.507	0.586
Urbana	Ninguna	0.932	0.379	0.455
	Primaria	0.872	0.426	0.504
	Secundaria	0.811	0.484	0.563
	Bachillerato	0.742	0.589	0.663
	Profesional y más	0.659	0.694	0.757

Fuente: Elaboración propia con base en ENIGH 2014.

¹ Pertenecientes al quintil 3 y con un tiempo de traslado al hospital de una hora y menos de una hora y media.

Análisis de los resultados de los escenarios en la EIAM

Con lo analizado hasta aquí, podemos decir que existe una congruencia entre los resultados de los efectos marginales por variable y lo que muestran los escenarios que se proyectaron. Es decir, la interacción de las variables que caracterizan la posición socioeconómica de las personas, con las variables intermediarias que influyen sobre la exposición diferencial de las mismas a los riesgos que afectan la salud (Solar e Irwin, 2005 y 2007), revelaron claramente a través de una caracterización específica, lo que se infería en los efectos marginales por variable: que el grupo etario con mayor vulnerabilidad en EIAM son las personas de 20 a 29 años. Ya que, al evaluar el nivel de escolaridad en el escenario planteado, el menor porcentaje de exclusión se encontró por arriba del 50%. El resultado anterior empata con lo expuesto por Gutiérrez y Hernández

(2013), quienes determinan que en México la población sin protección se concentra en el grupo etario de 15-30 años.

Asimismo, la dirección de la relación entre la variable socioeconómica escolaridad y la variable dependiente EIAM, es como se esperaba, negativa. Sin embargo, esta relación es más acentuada en las localidades urbanas, lo que indica que el peso del grado de escolaridad, en la reducción de la probabilidad de exclusión, es atenuado por el peso de la variable intermediaria localidad, cuando esta última es rural. Lo que sugiere que los contextos de ruralidad en México, siguen asociados a condiciones de mayor marginación y precariedad de recursos destinados a la salud; lo que es consistente con los resultados de la literatura consultada (González *et al.*, 2008, OIT/OPS, 1999 y OPS, 2003 y 2009).

Al utilizar el grupo de contraste conformado por personas de 50 a 59 años, lo primero que resalta es un menor porcentaje de exclusión respecto a las personas de 20 a 29 años. Lo que refuerza la hipótesis de que el grupo etario más joven, padece una mayor exclusión. Además, un hallazgo importante revelado, es que los efectos del grado de escolaridad sobre la probabilidad de EIAM, son considerablemente más atenuados para las personas de 20 a 29 años, lo que repercute en que la brecha en la probabilidad de exclusión entre ambos grupos etarios, aumente conforme se incrementa el grado de estudios. Se infiere que el fenómeno pueda deberse a la interacción de una economía caracterizada por un bajo crecimiento y generación de empleo formal insuficiente, con un contexto demográfico, donde la población joven, demandante de empleo, ocupa la parte ancha de la pirámide poblacional. De tal forma, que la escasez de empleo formal está mermando los efectos protectores, de la variable escolaridad, sobre la probabilidad de EIAM, con mayor énfasis en la población joven.

De acuerdo con Solar e Irwin (2007), la condición étnica de las personas es un determinante socioeconómico de las desigualdades en salud, pues ocupa un papel importante en la estratificación social a nivel individual. Por tal motivo, se introduce en la caracterización base la variable de lengua indígena, como un *proxy* de la condición étnica de la población. Los resultados son congruentes con esta perspectiva, ya que ilustran que la probabilidad de la EIAM en las personas caracterizadas en el escenario con esta condición, es en promedio 8.2 puntos porcentuales mayor, que las del escenario sin esa característica. Lo cual, también se alinea con lo encontrado en los estudios de la OPS

(2003 y 2009), respecto a que la discriminación racial y factores culturales como el idioma, se asocian a las principales barreras de exclusión en salud.

Asimismo, se revela que el efecto del grado de escolaridad sobre la reducción de la probabilidad de la EIAM, presenta una menor intensidad en las personas hablantes de lengua indígena, lo que repercute en que la brecha en la probabilidad de exclusión entre este grupo y los no hablantes de lengua indígena, vaya aumentando conforme se incrementa el grado de estudios. Estos resultados sugieren que, en este caso, el peso de la variable escolaridad está siendo limitado por una sociedad con prácticas discriminatorias hacia los grupos indígenas, por cuestiones de raza y cultura. En este sentido, Székely (2006) menciona que las prácticas subjetivas de una sociedad, como la discriminación, ejercen un peso importante en generar y mantener diferencias negativas hacia ciertos grupos, por lo que políticas públicas dirigidas a estos últimos, como inversiones en capital humano, pueden tener un efecto nulo o atemperado.

Al respecto, la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010 (CONAPRED, 2011), revela que la discriminación es la principal problemática que perciben las minorías étnicas, seguida de la pobreza y la falta de apoyo gubernamental. Además, cuatro de cada diez personas pertenecientes a alguna etnia, consideran que no cuentan con las mismas oportunidades para conseguir un empleo y, uno de cada cuatro, considera que no tienen las mismas oportunidades para acceder a servicios de salud o educación. En la misma tesitura, el Modulo de Movilidad Social Intergeneracional (INEGI, 2017b), relaciona la tonalidad de piel autodeclarada de las personas con su nivel de escolaridad, tipo de ocupación y la autopercepción de las mismas, en relación con el cambio en su situación socioeconómica presente, respecto a la de su familia de origen. Los resultados arrojan que, respecto a las personas con tonalidades de piel más clara, las personas con tonalidades de piel más oscura presentan menores niveles de escolaridad; un mayor porcentaje se dedica a actividades de baja calificación; y un menor porcentaje de personas perciben una mejora en su situación socioeconómica actual.

Estos estudios, reflejan que la discriminación es un problema extendido y arraigado en la sociedad mexicana, que coloca sistemáticamente en desventaja a quienes la padecen y, como muestran los resultados de la presente investigación, la discriminación de los grupos étnicos ejerce un peso importante como variable socioeconómica de los DSS en la generación de inequidades en salud.

Análisis de los resultados de los escenarios en la ESP

En consonancia con los resultados de los efectos marginales de cada una de las variables, la relación mostrada en el escenario base planteado, entre la variable socioeconómica escolaridad y la variable dependiente ESP, es positiva; siendo el efecto más intenso en las localidades urbanas. Asimismo, al incluir en la caracterización del escenario, el matiz de la variable lengua indígena, el grado de la relación positiva se suaviza. El comportamiento anterior de las variables, está reflejando el carácter subsidiario del SP respecto a la seguridad social. Una medida importante para lograr mayor efectividad en la cobertura de su población objetivo, fue haber vinculado el SP al programa de inclusión social Oportunidades (hoy Prospera) (Gutiérrez y Hernández, 2013). Es decir, respecto a cobertura, se infiere que el SP está cumpliendo con los objetivos de su diseño: afiliar a los sectores más vulnerables ante la EIAM, por lo que podría traducirse en una mitigación de las brechas sanitarias generadas por la misma. Sin embargo, el informe del CONEVAL (2014), que evalúa el acceso real a los servicios de salud del SP, señala serias problemáticas en disponibilidad, accesibilidad, utilización de los servicios y la calidad de los mismos, por lo cual, la certeza en el ejercicio del derecho a la salud a través de esta modalidad de aseguramiento, no es muy robusta.

Es importante mencionar que los resultados del escenario base construido, también dejan ver altos porcentajes en la probabilidad de ESP en las personas con escolaridad de bachillerato y licenciatura y más, acentuándose en las localidades urbanas. Por lo cual, se infiere que el grupo etario de 20 a 29 años, no está siendo suficientemente compensado por la suplementariedad del SP. Lo anterior, es congruente con la estadística descriptiva, donde el segundo grupo etario con mayor proporción de personas no afiliadas es el de 20 a 29 años y, con lo encontrado en los efectos marginales de cada una de las variables, donde se deduce que en este rango de edad existe una mayor vulnerabilidad de exclusión. Este fenómeno, puede estarse originando por la problemática actual de jóvenes que ya no se encuentran estudiando y no se han podido integrar al mercado laboral formal, por lo que quedan fuera de la seguridad social y, al ser un grupo etario que se auto-percibe saludable, no encuentran incentivos suficientes para buscar afiliación en el SP (Gutiérrez *et al.*, 2013).

Un dato que resalta en todos los escenarios analizados, es que la probabilidad de ESP siempre fue mayor en el caso de los hombres, poco más de siete puntos

porcentuales en promedio, lo que guarda consistencia con la estadística descriptiva y el resultado arrojado en los efectos marginales por variable. Este fenómeno puede deberse, de acuerdo con Laurell (2013), a que el SP presenta una orientación materno-infantil que está desatendiendo la cobertura de los hombres en edad productiva. La autora, deduce lo anterior, al analizar los egresos hospitalarios del SP, por causa, edad y sexo.

CONCLUSIONES

Con el análisis de los efectos marginales por cada una de las variables se pudo establecer que las hipótesis planteadas en las variables de condición étnica, escolaridad, ingreso, localidad y tiempo de traslado al hospital se comprobaron solo para el caso de la EIAM, no así para la ESP. En esta última, la dirección que mostró cada una de las variables independientes mencionadas, fue opuesta a la que reflejaron en la EIAM. Lo anterior, ilustra el diseño subsidiario del SP respecto a la seguridad social, por lo que se infiere que el mismo, al menos en el terreno de la afiliación, está cumpliendo su objetivo de brindar cobertura de atención médica a la población más susceptible de ser excluida de la misma.

Sin embargo, el comportamiento anterior, no ocurrió en todas las variables independientes de la caracterización construida. Fue el caso de la edad, en su categoría de 20 a 29 años y, la situación conyugal; donde la dirección mostrada en la relación con las variables dependientes, EIAM y ESP, fue la misma. Es decir, las personas en este rango de edad y la condición de soltero(a), presentaron, en los dos modelos construidos, mayor probabilidad de exclusión, en relación con las otras categorías de sus respectivas variables. Por consiguiente, se infiere que las personas solteras de 20 a 29 años padecen una mayor exposición a ser excluidas de la protección social en salud, ya que el entramado institucional del SNS no está brindando cobertura con la suficiencia necesaria a este grupo poblacional.

Además, en el terreno de la población abierta, los efectos marginales por variable, revelaron otra disparidad: que la ESP se acentúa en el caso de los hombres, ya que la probabilidad de exclusión de las mujeres, es casi ocho puntos porcentuales menor, respecto a los hombres. Se deduce que el fenómeno pueda deberse a que el SP, en los hechos, esté funcionando con mayor énfasis como un seguro materno-infantil, provocando la desprotección de los varones, sobre todo en edad productiva (Laurell, 2013).

Los resultados anteriores se reforzaron y dimensionaron de mejor manera a través del planteamiento de escenarios específicos y su contraste. Donde se confirmó que las personas solteras de 20 a 29 años, entre otras características definidas, presentaron mayor probabilidad de EIAM y ESP, que las personas unidas de 50 a 59 años, sin importar el nivel educativo o el tipo de localidad donde se habite. Cabe mencionar, que en el caso de la EIAM, la brecha en la probabilidad de exclusión entre los dos grupos contrastados, fue más importante que en la ESP, ya que en la primera fue de poco más de 18 puntos porcentuales en promedio y, en la segunda de 1.6 puntos porcentuales en promedio. En el caso particular de la ESP, los escenarios también confirmaron una mayor probabilidad de exclusión en los hombres, que en promedio fue de poco más de siete puntos porcentuales respecto a las mujeres en todos los escenarios.

Se infiere que el fenómeno de la mayor probabilidad de exclusión de la protección social en salud de las personas solteras de 20 a 29 años se esté presentando debido principalmente a dos razones: 1. En el plano de la EIAM, un contexto donde se conjuga una economía de lento crecimiento y su consecuente baja generación de empleo formal, en un momento demográfico en el que la población joven en edad productiva ocupa la parte ancha de la pirámide poblacional, repercutiendo en la precarización del empleo y desempleo, lo cual hace disfuncional el modelo bismarckiano de seguridad social, dejando fuera de su cobertura a cerca del 60% de la población, que en su mayoría es joven. 2. En el plano de la ESP, la población joven sin acceso a la seguridad social se auto-percibe como saludable (Gutiérrez et al., 2013); además si es soltera, no presenta los condicionantes familiares que conducen a buscar escenarios con mayor certidumbre. Por lo cual, este grupo etario encuentra pocos incentivos para afiliarse al SP.

Aparte de reforzar e ilustrar los resultados del análisis de los efectos marginales por variable, los escenarios construidos revelaron un fenómeno importante en el universo de la EIAM: que la variable socioeconómica escolaridad, presenta un peso diferenciado en la reducción de la probabilidad de exclusión de atención médica dependiendo, entre otras características definidas, del grupo etario, la situación conyugal y la condición étnica de las personas. Es decir, el efecto del grado de escolaridad sobre la reducción de la probabilidad de la EIAM, presentó una menor intensidad en el grupo de personas solteras de 20 a 29 años, comparado con el grupo de personas unidas de 50 a 59 años y, dentro del grupo de personas solteras de 20 a 29 años ocurre un segundo atempere en la variable escolaridad, en el caso de que estas últimas hablen alguna lengua indígena. Lo

anterior provoca la paradoja de que la brecha en la probabilidad de exclusión, entre los grupos contrastados, se vaya ensanchando conforme se incrementa el grado de estudios.

La raíz del comportamiento descrito respecto a la incidencia del grado de escolaridad puede deberse, en el caso de la población soltera de 20 a 29 años, a motivos económicos, como se sugiere arriba; y para el caso de la población joven indígena, a una sociedad que presenta estructuras discriminatorias por motivos de raza y cultura, lo que repercute en que se generen y mantengan sistemáticamente diferencias perniciosas hacia estos grupos, ocasionando que los efectos benéficos de instrumentos como la educación, se vean seriamente mitigados (Székely, 2006).

Como muestra esta investigación, en el plano de la afiliación a la protección social en salud, el SP está logrando proporcionar cobertura a la población con cierta caracterización que la hace más vulnerable, como lo son: la condición étnica, el bajo nivel de estudios, el bajo nivel de ingreso, habitar en zonas rurales y la lejanía de la infraestructura hospitalaria. Lo que podría estar coadyuvando a mitigar algunas brechas en salud, de tal manera que, el SNS concebido como un determinante intermediario de la misma, estaría fungiendo positivamente sobre los grupos con mayor marginación. Sin embargo, de acuerdo al CONEVAL (2014), en el plano de la disponibilidad, accesibilidad y utilización real de los servicios de salud, el SP ha presentado serias limitaciones. De lo anterior, se deduce que el SP está funcionando como un paliativo asistencialista, pues no hay certeza en el ejercicio de la atención de la salud como un derecho exigible, proporcionado en condiciones idóneas de calidad oportunidad y dignidad.

CONCLUSIONES GENERALES

Con la implementación del SPSS se pretendió dar cobertura de un seguro médico a la población abierta, proyectándose alcanzar la cobertura universal de salud en un lapso de siete años. Sin embargo, a más de una década de distancia la evidencia que arrojan las encuestas en hogares, como la ENIGH y la ENSANUT, muestran que más de 20 millones de personas se encuentran sin afiliación a algún seguro en salud. Por lo cual, la presente tesis se planteó el objetivo de identificar en nuestro país los factores sociales asociados a la probabilidad de exclusión de la cobertura formal de protección social en salud, entendida como la carencia de afiliación de determinados grupos o personas a algún tipo de seguro en salud del SNS; abordando el análisis del fenómeno desde una perspectiva cimentada en los DSS.

Se inicia presentando un bosquejo sobre los antecedentes históricos que nutren la conceptualización de los DSS, siendo los más trascendentes la medicina social del siglo XIX que tuvo un papel preponderante en las políticas de salud pública de aquella época; la conceptualización de la salud reivindicada por la OMS en las conferencias de Alma Ata en 1978 y Ottawa en 1986, donde toma la connotación de un derecho humano fundamental, resaltando las aristas sociales en la determinación de la misma; y los estudios de tipo longitudinal realizados en el Reino Unido, como el *Black Report*, ya que evidenciaron de forma sólida el gradiente social de la salud originado por las inequidades de la sociedad. De esta forma, se conjuntaron los elementos necesarios para construir un marco conceptual sobre los DSS donde se conciben como determinantes las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales son originadas por los arreglos sociopolíticos y económicos que rigen a la sociedad.

Para contextualizar el caso mexicano, se realizó una semblanza del SNS respecto a su evolución a partir de la Constitución de 1917 y su actual estructura operativa y dotación de recursos. Se pudo discernir que el SNS presenta una estructura segmentada entre la seguridad social como prestación en el mercado laboral formal y el SP como seguro voluntario para la población abierta, lo cual repercute en que la calidad y cobertura en el servicio sea diferenciada, sin que se haya logrado la universalidad. Que ambos sistemas padecen de financiamiento insuficiente, ya que los sistemas de seguridad social han venido arrastrando problemas estructurales en su viabilidad financiera y los fondos presupuestales destinados al SP resultan insuficientes para atender el importante

aumento en la población afiliada. Si se contrastan los recursos materiales y humanos del sector salud mexicano, con el que presentan los países que conforman la OCDE, así como el gasto en salud, tanto *per cápita* como con respecto al PIB, nuestro país aparece muy rezagado. Lo anterior, resalta la necesidad de generar una estructura organizativa más eficiente que evite la segmentación, además de que se deben destinar mayores recursos financieros al sector, ideando nuevos arreglos para su financiación.

Con esta plataforma conceptual y de contexto, así como con la base de datos definida para el ejercicio econométrico, se abordó el análisis del fenómeno de la exclusión planteada, a través de la especificación de dos modelos *logit*: uno para la variable dependiente EIAM, y otro para la variable dependiente ESP. El enfoque de interpretación de los resultados usado en esta investigación, fue el de efectos marginales para cada una de las variables explicativas.

Al evaluar los efectos marginales en las variables independientes de condición étnica, escolaridad, ingreso, localidad y tiempo de traslado al hospital, se pudo observar que las hipótesis que se plantearon para las mismas, se comprobaron para el caso de la EIAM, sin embargo, en el caso de la ESP, la dirección que mostraron estas mismas variables, fue en un sentido inverso, por lo que para esta variable dependiente, las hipótesis no se cumplieron. Este comportamiento refleja el diseño suplementario del SP, ya que su población objetivo es la que se encuentra excluida de la seguridad social como prestación laboral. Por lo anterior se infiere que, por lo menos al nivel de afiliación, el SP está cumpliendo parte de la labor por la cual fue instituido.

No obstante, en el caso de las variables independientes de edad, en su categoría de 20 a 29 años, y situación conyugal, en su categoría de soltero(a), mostraron en ambos *logit*, la misma dirección. Es decir, las personas en este rango de edad y las personas solteras, presentaron en las dos variables dependientes, EIAM y ESP, una mayor probabilidad de exclusión, en relación con las otras categorías de estas variables. Por lo cual, se puede inferir que las personas solteras de 20 a 29 años presentan una mayor probabilidad a quedar excluidas de la protección social en salud, en otras palabras, el andamiaje institucional del SNS se está quedando corto en ofrecer cobertura a la población con estas características, lo cual se apega a las hipótesis que se proyectaron para estas variables explicativas.

Por lo tanto, los resultados de esta investigación muestran que en el plano de la afiliación formal a algún seguro de salud del SNS, las personas solteras de 20 a 29 años presentan mayor exposición de exclusión. Se infiere que dentro del circuito de los DSS las raíces del fenómeno, en el plano de la EIAM, son de tipo estructural, ya que se conjuga una economía de crecimiento exiguo y poca generación de empleo formal en una demografía donde la población joven demandante de empleo ocupa la parte ancha de la pirámide poblacional. En el plano de la ESP, se sugiere que los determinantes son del tipo intermediario, ya que la auto-percepción de saludable y la ausencia de ciertos condicionantes familiares se sitúan en el espacio fisiológico, psicosocial y conductual de la población.

Además, el importante aumento en la afiliación formal a través del SP, sin un incremento proporcional en el presupuesto del ramo de la salud que se refleje en mayor disponibilidad de infraestructura, recursos humanos y materiales, redundando en que se presenten serias fallas en la calidad, oportunidad y acceso real a los servicios de salud. Por lo que se infiere que, estas problemáticas en el servicio, fungen como un determinante de exclusión intermediario interno al sistema de salud; asimismo, pudiera estar desincentivando la afiliación a este seguro voluntario por la mala percepción que se genera respecto a la calidad de la atención.

En suma, se puede deducir que el trasfondo del fenómeno de la mayor exclusión en la cobertura formal de protección social en salud de las personas solteras de 20 a 29 años, siguen siendo los problemas estructurales del SNS de finales del siglo pasado. Es decir, la disfuncionalidad del sistema de seguridad social, tanto en cobertura como en su viabilidad financiera, que siguen sin resolverse. Aunado a que continúa siendo un sistema segmentado donde persisten diferenciales en la calidad en el servicio, a pesar de la prioridad presupuestaria que se le ha dado al SP, pues los recursos han resultado insuficientes para estar a la altura del importante aumento de la población afiliada. Asimismo, el sistema sigue funcionando desde una óptica preponderantemente curativa, por lo que es necesario robustecer la función preventiva, lo cual podría aumentar los incentivos de afiliación de la población joven al seguro voluntario. La confluencia de estas condicionantes, están provocando que la exclusión de la cobertura formal de protección social en salud se agudice en las personas jóvenes en edad productiva, que en el segmento de la población abierta, se subraya en los hombres.

Por lo tanto, lo que resalta inicialmente es la ausencia de recursos públicos suficientes para fondear al sistema. Por una parte, las aristas que se conjugan en la inviabilidad financiera de la seguridad social no son pasajeras, continuarán constriñendo al sector en el largo plazo. Por otra parte, en lo que respecta al SP uno de los posibles diques que limita los recursos que se le podrían etiquetar es la baja recaudación fiscal que padece el país, ya que el porcentaje recaudatorio respecto al PIB, que asciende a 17.4%, se encuentra muy por debajo del que presentan los países miembros de la OCDE, que promedian 34.3% (2016b). De tal manera que, desde la perspectiva de los DSS, se requieren transformaciones del tipo estructural que liberen los recursos necesarios para financiar una protección social en salud que presente condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad. Dentro de dichas transformaciones, podría ser necesario un nuevo pacto fiscal progresivo, que le proporcione paulatinamente al Estado un porcentaje de ingresos análogo a parámetros internacionales, como los mencionados de la OCDE.

Asimismo, el otro punto neurálgico es la estructura segmentada del sector público de salud, cimentado preponderantemente en una seguridad social, que con el diseño actual, su viabilidad a largo plazo se vislumbra desahuciada, y un SP cuyo diseño organizativo se sustenta en el pluralismo estructurado, estrategia neoliberal para transformar y articular la rama de la salud como un mercado, por lo que se cuestiona su idoneidad. La evidencia empírica en sistemas de salud que funcionan bajo este tipo de modelo, muestra que los mismos se caracterizan por una atención estratificada que no alcanza a ser universal y una alta rentabilidad de las corporaciones privadas que participan en la rama.

Por lo anterior, se hace necesario distinguir e idear otras alternativas para transformar la estructura del sector, encaminándolo hacia la universalidad que garantice el derecho a la atención de la salud y posibilite una mayor eficiencia en la organización y utilización de los recursos financieros, materiales y humanos. Los elementos básicos a considerar para replantear la organización del SNS pasan por una universalidad de carácter público, donde se desvincule el derecho a la atención de la salud del estatus laboral, por lo cual el fondeo del sistema, amén de otras alternativas de financiamiento, podría sustentarse preponderantemente en impuestos generales progresivos, para procurar que el mismo sea un mecanismo de redistribución del ingreso con viabilidad a largo plazo, estableciendo que el nivel de atención base sea el que se ofrece a los derechohabientes del IMSS.

Los resultados de esta investigación también revelaron un efecto diferenciado del grado de escolaridad sobre la reducción de la probabilidad de la EIAM, ya que presentó una menor intensidad en las personas solteras de 20 a 29 años hablantes de lengua indígena, respecto al mismo grupo, sin la condición étnica. Lo anterior ocasiona un comportamiento paradójico: que la brecha en la probabilidad de exclusión entre ambos grupos vaya ensanchándose conforme se incrementa el grado de estudios. Lo cual sugiere que el peso de la variable escolaridad está siendo mitigado por prácticas discriminatorias hacia los grupos indígenas. La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010 y el Modulo de Movilidad Social Intergeneracional 2017, dejan ver que en la sociedad mexicana se despliegan intensas prácticas discriminatorias hacia ciertos grupos, y que las mismas se encuentran profundamente arraigadas en la cultura y el comportamiento cotidiano de las personas.

Desde la perspectiva de los DSS, una sociedad caracterizada por prácticas discriminatorias y poca tolerancia hacia la diferencia, como lo es la mexicana, ejerce un peso importante como variable estructural en la generación de inequidades en salud, como lo muestra esta investigación, en el caso particular de los grupos étnicos en el universo de la EIAM. Por lo tanto, es necesario implementar todo un instrumental de políticas públicas que inicialmente contribuyan a mitigar la discriminación y que incidan, en el mediano y largo plazo, en la transformación de los patrones de conducta perniciosos derivados de la cultura y la costumbre.

Székely (2006), menciona diversos campos de intervención pública para hacer frente a la discriminación e incidir en el cambio cultural de la sociedad: generación de información estadística sobre el nivel de discriminación que permita dimensionar la magnitud del problema; aumentar el nivel de escolaridad de la población, además de modificar los materiales pedagógicos para incidir en la percepción sobre discriminación; servicios y programas gubernamentales planeados y adaptados para que sean accesibles a las poblaciones con características distintas; marcos jurídicos contra la discriminación, dotados de medios para hacer cumplir la ley, incluidas las sanciones; y suficiencia presupuestal para la infraestructura organizativa diseñada para operar el conjunto de políticas compensatorias.

En el caso particular del ensanchamiento de la brecha en el universo de la EIAM, entre los grupos contrastados, conforme se incrementa el grado de estudios, se infiere que el fenómeno es un resultado subyacente a la discriminación padecida por los grupos

indígenas en el mercado de trabajo, pues en este caso la cobertura se asocia al estatus laboral. De tal manera que para mitigar y gradualmente revertir los efectos perjudiciales, se pueden implementar políticas públicas como derechos compensatorios para los grupos discriminados; obligaciones claramente delimitadas para los contratantes, con sanciones definidas; e incentivos a la contratación de los grupos que padecen discriminación (Székely, 2006).

Si bien en el caso de México, ya se han implementado algunas de las estrategias que se han mencionado para combatir la discriminación, como marcos jurídicos en la materia (Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y la Ley General de las Personas con Discapacidad); creación de organismos institucionales (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación); y ejercicios estadísticos que generan información ex profeso (Encuesta Nacional sobre Discriminación en México). En una problemática tan compleja y arraigada, como es la discriminación, hará falta en el mediano y largo plazo, fortalecer, afinar, dar seguimiento y continuidad a estos instrumentos como una política del Estado mexicano.

Esta investigación se limitó a analizar la exclusión en salud únicamente dentro del plano de la cobertura formal a un seguro de salud y, si bien la afiliación a los servicios de salud es el punto de partida para garantizar el derecho a la misma, este universo resulta estrecho para discernir de forma más robusta que las personas en verdad tengan la posibilidad de ejercer plenamente este derecho. Por lo cual, es fundamental realizar investigaciones que evalúen la exclusión en salud desde un universo más amplio, como lo es el acceso y uso efectivo de los servicios de salud, tomando en cuenta la calidad de los mismos. En un sistema de salud como el mexicano, que en el papel pretende llegar a la universalidad en cobertura, aunque sin una ruta clara y consensuada, es fundamental contar con información respecto a cuán importante es la brecha entre la afiliación a un seguro médico y el ejercicio efectivo del mismo en condiciones adecuadas de calidad. Investigaciones de este tipo aún son incipientes, en parte porque la información disponible no siempre es suficiente o no existe, por lo que será necesario implementar ejercicios estadísticos ex profeso para recabar los datos necesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, C., Marin, N., Mendoza, A., Emmerick, I.C.M., Luiza, V.L. y Azeredo, T.B. (2014). "Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central". *Rev. Panamericana Salud Pública*. 35(2):128–35.
- Anand, S. (2002). "The concern for equity in health". *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(7), 485-487.
- Antonovsky, A. (1967). "Social class, life expectancy and overall mortality". *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45(2), 31-73.
- Araujo, J. M., y Trujillo, J. G. (2002). "De morbis artificum diatriba 1700-2000". *Salud Pública de México*, 44(4), 362-370.
- Arredondo, A., Orozco, E., Hernández, C. y Álvarez, C. (2010). "Estrategias de reforma y protección social en salud en México, primera parte: efectos en financiamiento y gobernanza del sistema de salud". *Cuad. Méd. Soc.*, 50(3), 178-192.
- Baum, F. (2007). "¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI" [versión electrónica]. *Medicina social*, 2(1), 37-46.
- Berlinguer, G. (2007). "Determinantes sociales de las enfermedades" [versión electrónica]. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1).
- BM (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud* [versión electrónica]. Washington D.C.: BM.
- Brachet-Márquez, V. (2010a). "Salud y Seguridad Social, 1917-2008: ¿Quién decide?". En J. L. Méndez (Coord.). *Los grandes problemas de México. Tomo XIII Políticas Públicas* (pp. 343-378). México, Colmex.
- (2010b). "Seguridad social y desigualdad". En F. Cortés y O. de Oliveira (Coords.). *Los grandes problemas de México. Tomo V Desigualdad social* (pp. 181-209). México, Colmex.
- Cameron, A. C., y Trivedi, P. K. (2009). *Microeconometrics using stata*. College Station, Texas, Stata press.

CAUSES (2016). *Catálogo Universal de Servicios de Salud*. México, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Secretaría de Salud.

Chertorivski-Woldenberg, S. (2011). "Seguro popular: logros y perspectivas" [versión electrónica]. *Gaceta médica de México*, 147(6), 487-496.

CONAPO (2010). *Principales causas de mortalidad en México 1980-2007. Documento de trabajo para el XLIII Periodo de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo*. Recuperado el 02 de Marzo de 2017, de: http://profluismariobd141.weebly.com/uploads/1/2/5/1/12512455/mortalidad_x_causas.pdf.

CONAPO (2017). *Indicadores Demográficos Básicos 1990-2010 y 2010-2030 / 2050*. Recuperado el 11 de febrero de 2017, de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos.

CONAPRED (2011). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010*. (2da. ed.) México, CONAPRED.

CONEVAL (2010). *Informe de pobreza multidimensional en México, 2008*. México, D.F. CONEVAL.

----- (2012). *Informe de Pobreza en México 2010: el país, los estados y sus municipios*. México, D.F. CONEVAL.

----- (2013). *Informe de pobreza en México, 2012*. México, DF. CONEVAL.

----- (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. México, DF. CONEVAL.

----- (2016). *Informe de pobreza en México, 2014*. México, DF. CONEVAL.

----- (2017). *Evolución de las carencias sociales 2015 y su comparativo con la serie 2010-2014*. Recuperado el 02 de marzo de 2017 de: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Datos-del-Modulo-de-Condiciones-Socioeconomicas.aspx>.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

DOF (1996, 11 marzo). "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Secretaría de Salud". Recuperado el 14 de septiembre de 2016, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996.

----- (2012, 11 octubre). “Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud”. Recuperado el 14 de septiembre de 2016, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272047&fecha=11/10/2012.

----- (2014, 17 diciembre). “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud”. Recuperado el 17 de septiembre de 2016, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5376248&fecha=17/12/2014.

----- (2014, 24 diciembre) “Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2015”. Recuperado el 15 de octubre de 2016, de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377257&fecha=24/12/2014.

----- (2015, 28 diciembre). “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2016”. Recuperado el 21 de septiembre de 2016, de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421511&fecha=28/12/2015.

Enthoven, A. C. (1988). “Managed competition: an agenda for action”. *Health affairs* 7, no.3 (1988):25-47.

Escobar, M., Fernández, E. y Bernardi, F. (2009). *Cuadernos metodológicos 45. Análisis de datos con Stata*. Madrid, Centro de investigaciones sociológicas CIS. Gráficas Araias Montano, SA.

Filho, N. A., y Paim, J. S. (1999). “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica” [versión electrónica]. *Cuadernos médico sociales*, (75).

Frenk, J. (2012). “La salud como derecho ciudadano”. *Nexos*, 410, 44-48.

Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. Á., y Knaul, F. M. (2007). “Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México”. *Salud pública de México*, 49, S23-S36.

Goldblatt, P. y Whitehead, M. (2000). “Inequalities in health-development and change” [versión electrónica]. *Population Trends*, 14-19.

Gómez-Dantés, O., Gómez-Jáuregui, J., e Inclán, C. (2004). “La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud”. *Salud pública de México*, 46(5), 399-416.

- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). "Sistema de salud de México". *Salud Pública de México*, 53, S220-S232.
- González, G.J., Vega, M.G., Romero, S., Vega, A. y Cabrera, C.E. (2008). "Exclusión social e inequidad en salud en México: Un Análisis Socio-espacial". *Rev. Salud Pública*, 10 sup (1): 15-28, 2008.
- González-Robledo, L. M., Nigenda, G., González-Robledo, M. C., y Reich, M. (2011). "Separación de funciones en el Sistema de Protección Social en Salud, México 2009: avances y retos". *Salud Pública de México*, 53, 416-424.
- Gujarati, D. N. y Porter, D. C. (2010). *Econometría*. (5ª ed.), México, McGraw-Hill.
- Gutiérrez, J. P. y Hernández, M. (2013). "Cobertura de protección en salud y perfil de población sin protección en México, 2000-2012". *Salud Pública de México*, 2013:55 supl. 2:S83-S90.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. y Hernández-Ávila, M. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. (2a. ed.) Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández Ávila, J. E. y Palacio Mejía, L. S. (2012). "Transición epidemiológica y el perfil de la salud". En R. Cordera y C. Murayama (Coords.). *Los determinantes sociales de la salud en México*. México. FCE-PUED, UNAM.
- Hobsbawm, E. (2001a). *La era del imperio 1875-1914*. España: Crítica.
- (2001b). *Historia del siglo XX*. España: Crítica.
- IMSS (2013). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012-2013* [versión electrónica]. IMSS, México.
- (2015). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2015* [versión electrónica]. IMSS, México.

- INEGI (2015a). "Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. Estadísticas Vitales". Recuperado el 04 de Marzo de 2017 de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>.
- (2015b). "Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015". Recuperado el 18 de diciembre de 2016 de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>.
- (2015c). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares: ENIGH 2014. Descripción de la base de datos tradicional. México*. Recuperado el 7 de mayo de 2016, de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enigh/tradicional/2014/default.html>.
- (2016). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. Recuperado el 7 de mayo de 2016, de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enigh/tradicional/2014/default.html>.
- (2017a). "Sociedad. Salud, discapacidad y seguridad social. Derechohabiencia y uso de servicios de salud". Recuperado el 21 de marzo de 2017 de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=35118>.
- (2017b). *Modulo de Movilidad Social Intergeneracional*. Recuperado el 26 de septiembre de 2017 de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/mmsi/mmsi_2017_06.pdf.
- IHME / INSP (2015). *Global Burden of Disease Study 1990-2013, México*. Recuperado el 12 de Marzo de 2017 de: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/Subnational/Mexico/CountryProfile_Mexico_2015.pdf.
- Irwin, A., y Scali, E. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Mendez, O., Borja, C. y Torres, A. C. (2003). "El Sistema De Protección Social en Salud de México: Efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares". *Funsalud, Caleidoscopio de la salud*. México, pp. 275-291.

- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., Sandoval, R., Caballero, F., Hernández-Ávila, M., Juan, M., Kershenovich, D., Nigenda, G., Ruelas, E., Sepúlveda, J., Tapia, R., Soberón, G., Chertorivski, S. y Frenk, J. (2013). "Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México". *Salud Pública de México*, 55(2), 207-235.
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires, Argentina, CLACSO.
- Londoño, J. L., y Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington DC, Banco Interamericano de Desarrollo, documento de trabajo 353.
- López-Alonso, M. (2015). *Estar a la altura. Una historia de los niveles de vida en México, 1850-1950*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lustig, N. (2002) *México, hacia la reconstrucción de una economía*. México, Colmex y FCE.
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M. y Hamilton, P. J. (1978). "Employment grade and coronary heart disease in British civil servants" [versión electrónica]. *Journal of epidemiology and community health*, 32(4), 244-249.
- Martínez-Narváez, G. (2013). *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*. México, FCE.
- Martínez, J. y Murayama, C. (2016). "El sistema de atención a la salud en México". En C. Murayama & S. M. Ruesga (Coords). *Hacia un sistema nacional público de salud en México* (pp. 19-124). México, UNAM / Cámara de Senadores-Instituto Belisario Domínguez.
- Medina, C. E., y Koschwitz, M. C. (2011). "Johann Peter Frank y la medicina social". *Medicina Universitaria*, 13(52), 163-168.
- Mejía, L. M. (2013). "Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública" [versión electrónica]. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 28-36.

- Mesa-Lago, C. (1985). *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Morales, C., Borde, E., Eslava, J. C. y Concha, S. C. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas” [versión electrónica]. *Rev Salud Pública*, 15(6), 797-808.
- Navarro, V. y Benach, J. (1996). “Desigualdades sociales de la salud en España. Informe de la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales de Salud en España” [versión electrónica]. *Revista Española de Salud Pública*, 70, 505-636.
- OCDE (2005). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*. México, OCDE/SA.
- (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
- (2016a). *OECD Reviews of Health Systems: México*. OECD Publishing, Paris. [http:// dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en](http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en).
- (2016b). *Revenue Statistics 2016*. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/10.1787/rev_stats-2016-en-fr.
- OIT/OPS (1999). *Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe*. México. Recuperado el 23 de abril de 2017, de: <http://www.socialprotection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action;jsessionid=Xp1kZM73GZ4dQ07QXW7vy9TSGvK2NW25Dkyp346nvwpGnTVGx!643625438?ressource.ressourceId=7543>.
- OMS (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Registros oficiales de la Organización Mundial de la Salud, no. 2.
- (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health* [versión electrónica]. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: OMS.

- (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes Sociales de la salud. Documento de trabajo de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud* [versión electrónica]. Ginebra: Documento CDSS.
- (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Recuperado el 23 de febrero de 2017, de: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>.
- OPS (2002). *Ampliación de la protección social en materia de salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del trabajo*. Washington D.C. EUA. OPS.
- (2003). *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Serie Extensión de la Protección Social en Salud, N° 1. OPS.
- (2006). *Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud*. Washington D.C. OPS.
- (2009). *Exclusión en Salud. Estudio de Caso: Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras*. Washington, D.C. Serie Extensión de la Protección Social en Salud, N° 2. OPS.
- Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- Rosen, G. (1984). "Análisis histórico del concepto medicina social". En E. Lesky (Ed.). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ruger, J. P. (2006). "Health, Capability, and Justice: Toward a New Paradigm of Health Ethics, Policy and Law". *Cornell Journal of Law and Public Policy*. Vol. 15: Iss. 2, Article 3.
- Santos, H. (2010). "Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación" [versión electrónica]. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), 136-144.
- SS (2015). *Boletín de información estadística 2014-2015*. Recuperado el 09 de Enero de 2017 de: http://www.dgjis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie.html.

- Sen, A. (2002). "¿Por qué la equidad en salud?" [versión electrónica]. *Revista Panamericana de Salud Publica / Pan American J Public Health* 11(5/6).
- Sigerist, H. (1981). *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo XXI.
- (2006). "Johan Peter Frank: un pionero de la medicina social" [versión electrónica]. *Salud colectiva*, 2(3), 269-279.
- SINAVE/DGE/SALUD (2011). *Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010*. Recuperado el 04 de Marzo de 2017, de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/libros/I_HISTO_DE_ESTA_V_NAC_Y_DEFU_1893_2010.pdf.
- SPSS (2011). *Informe de resultados*. Recuperado el 14 de febrero de 2017 de: http://www.seguropopular.gob.mx/images/Contenidos/informes/Informe_Resultados_2011.pdf.
- Soberón, G., Ruiz, L. C., Ferrando, G., Gómez, V., Laguna, J., Valadés, D., y Wit, A. G. D. (1983). *Hacia un sistema nacional de salud*. México. UNAM.
- Solar, O. e Irwin, A. (2005). *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health* [versión electrónica]. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: OMS.
- (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health* [versión electrónica]. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: OMS.
- Stronks, K., y Gunning-Schepers, L. J. (1993). "Should equity in health be target number 1?". *The European Journal of Public Health*, 3(2), 104-111.
- Székely, Miguel (2006). *Un nuevo rostro en el espejo: percepciones sobre la discriminación y la cohesión social en México*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Uribe-Gómez, M. y Abrantes-Pego, R. (2013). "Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?". *Perfiles latinoamericanos* No. 42.
- Wooldridge, J. M. (2010). *Introducción a la econometría. Un enfoque moderno*. (4ª. ed.), México, Cengage Learning.

ANEXOS

Cuadro A.4.1. Fitstat para logit de EIAM

Measures of Fit for logit of noatencionmed

Log-Lik Intercept Only:	-38750.701	Log-Lik Full Model:	-31916.949
D(56918):	63833.898	LR(24):	13667.505
		Prob > LR:	0.000
McFadden's R2:	0.176	McFadden's Adj R2:	0.176
Maximum Likelihood R2:	1.000	Cragg & Uhler's R2:	1.000
McKelvey and Zavoina's R2	0.310	Efron's R2:	0.216
Variance of y*:	4.770	Variance of error:	3.290
Count R2:	0.702	Adj Count R2:	0.291
AIC:	1.122	AIC*n:	63883.898
BIC:	-559407.162	BIC':	-13404.709

Cuadro A.4.2. Estat Classification para logit de EIAM

Logistic model for noatencionmed

Classified	True		Total
	D	~D	
+	25235	9233	34468
-	7752	14723	22475
Total	32987	23956	56943

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .5$
 True D defined as noatencionmed != 0

Sensitivity	Pr(+ D)	76.50%
Specificity	Pr(- ~D)	61.46%
Positive predictive value	Pr(D +)	73.21%
Negative predictive value	Pr(~D -)	65.51%
False + rate for true ~D	Pr(+ ~D)	38.54%
False - rate for true D	Pr(- D)	23.50%
False + rate for classified +	Pr(~D +)	26.79%
False - rate for classified -	Pr(D -)	34.49%
Correctly classified		70.17%

Cuadro A.4.3. Fitstat para logit de ESP

Measures of Fit for logit of nosepop

Log-Lik Intercept Only:	-39033.454	Log-Lik Full Model:	-33151.519
D(56918):	66303.038	LR(24):	11763.87
		Prob > LR:	0.000
McFadden's R2:	0.151	McFadden's Adj R2:	0.150
Maximum Likelihood R2:	1.000	Cragg & Uhler's R2:	1.000
McKelvey and Zavoina's R2	0.253	Efron's R2:	0.192
Variance of y*:	4.402	Variance of error:	3.290
Count R2:	0.693	Adj Count R2:	0.300
AIC:	1.165	AIC*n:	66353.038
BIC:	-556938.023	BIC':	-11501.075

Cuadro A.4.4. Estat Classification para logit de ESP

Logistic model for nosepop

Classified	True		Total
	D	~D	
+	24424	9892	34316
-	7568	15059	22627
Total	31992	24951	56943

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .5$
 True D defined as nosepop $\neq 0$

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	76.34%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	60.35%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	71.17%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	66.55%
False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	39.65%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	23.66%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	28.83%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	33.45%
Correctly classified		69.34%