



GOBIERNO DE
MÉXICO



PRIMER INFORME SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD EN MÉXICO

Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS)

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



PRIMER INFORME SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD EN MÉXICO

Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS)

Primera Edición, 2019

SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Av. Marina Nacional 60

Col. Tacuba, D. T. Miguel Hidalgo

C.P. 11410, Ciudad de México

ISBN: En trámite

Cita sugerida:

Secretaría de Salud/Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS). *Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México*. García-Saiso S., Gutiérrez JP., Pacheco Estrella P., Franco J., González E., Gutiérrez-Delgado C., Barriga B., Martínez-Valle A., Choperena-Aguilar DG., González-Guzmán R., Laurell AC. Ciudad de México: Secretaría de Salud / Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2019.

DIRECTORIO

Dr. Jorge Alcocer Varela

Secretario de Salud

Dra. Asa Ebba Cristina Laurell

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Pedro Flores Jiménez

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Mtra. Angélica Ivonne Cisneros Luján

Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Dr. José Alonso Novelo Baeza

Titular de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. José Ignacio Santos Preciado

Secretario del Consejo de Salubridad General

Lic. Ángel Rodríguez Alba

Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

Mtra. Maricela Lecuona González

Abogada General de la Secretaría de Salud

Dr. Sebastián García Saisó

Director General de Calidad y Educación en Salud

OBSERVATORIO NACIONAL DE INEQUIDADES EN SALUD

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Academia Nacional de Medicina de México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Consejo Nacional de Población (CONAPO), Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), DIF, Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED), Dirección General de Información en Salud (DGI), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Instituto Nacional de la Economía Social (INAES), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Panamericana de la Salud en México (OPS-Mex), PEMEX, Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (SEDATU), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Educación Pública (SEP), Secretaría de Gobernación (SEGOB), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de Salud (Salud), Sociedad Mexicana de Salud Pública (SMSP), Unidad de Análisis Económico (Salud), Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Universidad Veracruzana.

COMITÉ TÉCNICO

Dra. Asa Ebba Christina Laurell

Presidenta

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Sebastián García Saisó

Secretario Técnico

Director General de Calidad y Educación en Salud

VOCALES

Dr. Francisco Hernández Torres, Lic. José Rafael Rodríguez Sevilla, Mtra. Luz María Uribe Vargas, Dr. Edgar Vielma Orozco, Dr. Juan Pablo Gutiérrez Reyes, Dra. Guadalupe García de la Torre, Act. María Eugenia Medina Domínguez, Dr. Manuel Urbina Fuentes, Dr. Rafael González Guzmán, M.S.P Xóchitl Refugio Romero Guerrero, Lic. Luis Rafael Pérez Enríquez, Act. Rosa Isela Frutis Eslava, Mtro. Alfonso Velázquez Solórzano, Dra. Leonor Paz Gómez, Lic. Graciela González Zetina.

<http://www.onis.salud.gob.mx/>

TABLA DE CONTENIDO

Prefacio	1
Resumen Ejecutivo	4
Introducción	7
Inequidad y desigualdad	9
Abordaje de análisis	10
Resultados principales	13
Salud materna.....	13
Salud neonatal y desarrollo infantil.....	18
Salud de adolescentes y jóvenes	24
Salud del adulto	28
Envejecimiento saludable	38
Acceso y calidad de los servicios de salud	44
Conclusiones	56
Bibliografía.....	60

PREFACIO

El ONIS en la Cuarta Transformación de México

El presente texto pone a la disposición del público el “Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México” elaborado por el Observatorio Nacional de Inequidad en Salud (ONIS). Este observatorio, coordinado por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), es una instancia de colaboración entre instituciones del Estado mexicano, academias y organismos internacionales. Su composición permite conjugar y alinear grandes bases de datos provenientes de distintas fuentes de información administrativa recolectada con otros propósitos y someterlas a un análisis riguroso para producir un conocimiento complejo sobre la salud de la población, demostrando las brechas entre estratos socio-económicos municipales. Es un primer informe dado que la riqueza de los datos y la metodología utilizada abren muchas vertientes para esclarecer procesos específicos involucrados en la producción de las desigualdades en salud que se sufren en el país.

Se ha actualizado el estudio de la desigualdad en salud, tanto en los países centrales como en los periféricos, en simetría con la imposición global de la economía neoclásica / neoliberal a la cual pocos países han logrado escapar. La ilusión ideológica inicial sobre las virtudes del mercado como principio organizador de la sociedad y el “efecto de goteo” de la concentración de la riqueza como remedio a la pobreza se están derrumbando. La proposición de que la salud debe verse como una inversión porque incrementa la productividad del trabajo queda sin sustancia cuando el problema de fondo es la expulsión masiva de los trabajadores del campo y la ciudad precisamente de las actividades productivas, impulsando su éxodo en búsqueda de un trabajo o actividad dignas. Ningún país en la tierra se escapa a este proceso, sea como expulsor de masas marginadas o como receptor de estas masas.

Pero el problema no se restringe a los países pobres o de mediano desarrollo, sino que se ha instalado también en las entrañas de las regiones antaño más industrializadas de los países ricos. El caso paradigmático en salud es la llamada “muerte por desesperanza” (*Death of despair*) en los EUA. En Suecia ha crecido la desigualdad en salud durante la última década y el predictor principal de una vida larga es tener altos ingresos. Si bien los indicadores básicos de salud como la esperanza de vida y la mortalidad infantil han mejorado durante el último medio siglo en México, vale preguntarse si este avance ha sido homogéneo. Sabemos que no es el caso y en algunas regiones del país la esperanza de vida incluso ha caído drásticamente entre hombres y mujeres a causa de la violencia y homicidio que es la otra cara de la destrucción productiva de nuestro país.

El estudio de la desigualdad en salud en el marco de la *Cuarta Transformación de México* no se fundamenta sólo en la exigencia de documentar la injusticia social y la valoración social diferente de la vida de los y las mexicanas. La nueva política de salud requiere del estudio de las desigualdades para comprender cómo se generan y cómo disminuirlas. Las políticas social y económica del gobierno del presidente López Obrador tendrán un impacto sobre la desigualdad social en el país y sobre la distribución de la riqueza nacional pero cada uno de los componentes de estas políticas deben construirse sobre evidencias concretas y analizadas. Es en este contexto donde se inscribe la política de salud del nuevo gobierno.

La política de salud 2019-2024 tiene como objetivo garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, establecido en 1983; año en que se inicia el ciclo neoliberal de nuestro país, lo que eventualmente explica que este derecho nunca se ha realizado. Para alcanzar este objetivo el Programa de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin seguridad social laboral es central y ocupa un lugar entre los diez programas prioritarios del Presidente. La razón de dirigirlo a la población sin seguridad social es que la población con seguridad social goza de un seguro de servicios médicos que, en principio, ampara todos los servicios y medicamentos requeridos a diferencia del Sistema Nacional de Protección Social en Salud o Seguro Popular. El Seguro Popular tiene una cobertura muy limitada, particularmente de los padecimientos de alto costo. Esta diferencia es la principal fuente de la desigualdad en el acceso a los servicios en México. Para apreciar su magnitud sirve recordar que el contenido de su paquete de servicios, CAUSES y los padecimientos de Gasto Catastrófico, representa del orden de 15 a 20% de aquellos del IMSS e ISSSTE. Indudablemente el proceso de deterioro de las instituciones públicas y de las grandes instituciones de seguridad social ha dificultado el acceso a la atención de sus derechohabientes. Sin embargo, existen evidencias de que la población más necesitada accede a los servicios, pero con un retraso que puede agravar seriamente su padecimiento.

El modelo de atención para sustentar el derecho a la protección de la salud que se instrumentará es la Atención Primaria en Salud Integral e Integrada (APS-I) recuperando su orientación original de Alma Ata. Es de subrayar que la Atención Primaria en Salud no debe confundirse con el primer nivel de atención o con el primer contacto como suele suceder. En la actual acepción de la Secretaría de Salud, la APS-I tiene un primer nivel de atención fortalecido, pero comprende también Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). El primer nivel de atención en este modelo incorpora el trabajo transversal en el territorio y con la comunidad, un énfasis importante en la educación para la salud, promoción y prevención con la priorización de un grupo de padecimientos y redes primarias entre pequeños centros de salud o clínicas rurales y centros de salud fortalecidos o eventualmente hospitales comunitarios. Con este esquema se considera que es realista resolver un 80 a 85% de los problemas de salud; dato

que se repite en el discurso sobre el primer nivel de atención pero que no se está logrando.

Las RISS, establecidas con una metodología mejorada, permitirán hacer una planeación estratégica más precisa y terminar progresivamente con la arbitrariedad y desorganización que caracteriza a una parte importante de los servicios estatales de salud y que impide que las personas accedan a los servicios que su padecimiento demanda. Es notable el desperdicio de recursos por falta de una competencia profesional en su aplicación o por prácticas diversas de corrupción. La comprensión de cómo construir las RISS antecede al necesario fortalecimiento y ampliación de infraestructura y equipo y a la dotación de los recursos humanos para efectivamente incrementar el acceso a los servicios de salud. En ese contexto resulta esencial estudiar los determinantes socio-económicos y políticos de las desigualdades en salud, sean éstas medidas por diferencias en las tasas de morbi-mortalidad, por el acceso a servicios u otros indicadores.

El reto del *Observatorio Nacional de Inequidad en Salud* para los próximos años es generar conocimientos que permitan al gobierno de México y a su Secretaría de Salud disminuir las brechas en salud y alcanzar un sistema único, público, gratuito e igualitario

Ciudad de México, marzo de 2019.

Asa Cristina Laurell
Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

RESUMEN EJECUTIVO

Las inequidades en salud, diferencias en acceso y resultados de salud que pueden ser modificados por medio de intervenciones públicas y que resultan injustas porque afectan el desarrollo de las capacidades de personas en la sociedad, son uno de los principales retos del desarrollo.

La atención a las inequidades implica contar con información precisa y sistemática sobre las mismas. La brecha de información sobre las barreras y factores facilitadores que afectan el acceso a la salud entre las poblaciones que viven en situaciones de vulnerabilidad e inequidad, y la falta de conocimiento y deficiencias en la comunicación sobre las estrategias, intervenciones, herramientas e instrumentos disponibles basados en equidad son una barrera para su atención (Arcaya, Arcaya y Subramanian, 2015).

Conceptualizado con el objetivo de cerrar esta brecha de evidencia e información estratégica, el Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS) ofrece el análisis de un conjunto de desigualdades sociales en salud. Las desigualdades en acceso a servicios de salud y en resultados de salud cuando se originan por condiciones modificables pueden considerarse injustas: contribuyen a generar diferencias en oportunidades para el desarrollo individual, estableciendo diferencias entre individuos que se han perpetuado por generaciones. En ese sentido, son inequidades en salud.

Las desigualdades en salud según los diferentes estratificadores de análisis (socioeconómicos, residencia, género, origen étnico, etc.) se observan de forma generalizada en distintos contextos y sociedades, destacando la importancia de estudiar las diferencias en salud entre grupos. Analizar las desigualdades es entonces un primer acercamiento para comprender el peso que representa la inequidad en salud para una sociedad. Con el fin de comprender estas desigualdades, socialmente determinadas, resulta imprescindible construir grupos de individuos/poblaciones que hagan sentido, toda vez que cada sociedad tiene sus propias maneras de estratificar y dividir a la población.

A continuación, se señalan los principales resultados del análisis realizado.

Razón de mortalidad materna (RMM)

En resumen, la evidencia muestra una inequidad importante en la RMM, la cual tiende a ser mayor entre los municipios con mayor concentración de pobreza, lo que a nivel nacional se refleja en una brecha de 21.91 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en un contexto de un promedio nación de la RMM de 43.3 muertes por cada 100 mil nacidos vivos.

Tasa global de fecundidad (TGF)

Para la TGF, la evidencia muestra igualmente una inequidad importante, con mayor fecundidad en los municipios con mayor concentración de pobreza, lo que a nivel nacional se refleja en una brecha de 1.368 niños más por mujer en un contexto de un promedio nacional de la TGF de 2.14 niños.

Tasa de mortalidad infantil (TMI)

La evidencia señala una inequidad importante en la TMI, con valores de la misma, mayores entre los municipios con mayor pobreza. La brecha entre los extremos es de 22.14 muertes por cada mil nacidos vivos que ocurren en exceso en los municipios de mayor concentración de pobreza, con una distancia que se amplía a 25 muertes adicionales por cada mil nacidos vivos entre el municipio con mayor pobreza y el de menor pobreza. El índice de concentración de -0.21 señala con claridad que la TMI se concentra en los municipios con mayor pobreza.

Mortalidad en menores de 5 años

Para la mortalidad de menores de cinco años, se observa igualmente un resultado desigual, con mayor mortalidad en los municipios con mayor concentración de pobreza, con una brecha de 0.86 en un contexto en el cual el promedio nacional es de 2.82. Resalta que la distancia entre el municipio de mayor concentración de pobreza y el de menor concentración de pobreza (el IDP), es cercano al valor promedio nacional.

Tasa específica de fecundidad (TEF)

El análisis de las TEF 10 a 14 y 15 a 19 identifica resultados consistentes con la hipótesis de desigualdad entre municipios con relación a la concentración de pobreza. La fecundidad entre adolescentes se presenta en mayor magnitud entre los que residen en municipios con mayor concentración de pobreza, con diferencias entre los extremos que son cercanas al promedio nacional.

Tasa de mortalidad general (TMG)

Aún para una medida poco específica como la mortalidad general es posible identificar diferencias importantes entre municipios agrupados por condición de pobreza. La probabilidad de muerte es claramente mayor en los municipios con mayor concentración de pobreza, con una diferencia entre los municipios en los extremos que es equivalente a 60% de la mortalidad promedio en el país.

Tasa de mortalidad por condiciones crónicas

El análisis presentado de las tres condiciones crónicas de mayor relevancia para la mortalidad en México señala que las mismas tienden a generar mayor mortalidad en los municipios con menor concentración de pobreza en comparación con los de mayor concentración de pobreza. Esto en conjunto con el análisis de la mortalidad general señala que las causas de muerte en los municipios de mayor pobreza tienden a ser condiciones infecciosas y lesiones.

Un análisis adicional que considera una forma alternativa de mostrar deciles de pobreza identifica brechas que surgen cuando adicional a la concentración de pobreza, se estratifica por tamaño de municipio. Esto es, entre los pobres urbanos hay mayor mortalidad de padecimientos crónicos con relación a los no pobres urbanos.

Carencias sociales relacionadas con salud

La medición de desigualdades en las dos carencias sociales relacionadas con salud que forman parte de la medición de pobreza multidimensional en México señalan que en tanto que la afiliación a servicios de salud se ha incrementado de forma importante en el país –fundamentalmente vía el Seguro Popular—lo que se traduce en una mayor cobertura relativa de aseguramiento en los municipios con mayor concentración de pobreza con relación a los de menor concentración de pobreza, la situación se invierte con lo que respecta a la carencia por acceso a la seguridad social, la cual es significativamente mayor en los municipios con mayor concentración de pobreza.

Servicios hospitalarios

El análisis con relación a servicios hospitalarios muestra que la probabilidad de acceder a atención hospitalaria se reduce para quienes residen en los municipios con mayor concentración de pobreza, en tanto que la mortalidad en los hospitales no parece relacionarse con la situación de pobreza en el municipio en el que se ubican, si bien destaca que la mortalidad por Infarto Agudo al Miocardio (IAM), medida de calidad del desempeño hospitalario, es mayor en hospitales en municipios con mayor concentración de pobreza.

De los diferentes indicadores analizados se concluye que entre quienes residen en los municipios con mayor concentración de pobreza en México se observa una mayor probabilidad de muerte tanto de forma general como materna, infantil, y de menores de 5 años, así como una mayor fecundidad general y entre adolescentes.

Este resultado señala una clara división del país entre quienes viven en las condiciones pre-transición demográfica y epidemiológica, y quienes han pasado ya por la misma en función del municipio de residencia, lo que se ha denominado una transición disonante en el país (Gómez-Dantés et al, 2016).

Considerando el estratificador utilizado, población en pobreza, es claro que las desigualdades analizadas son evitables e injustas, es decir, inequidades. Así, la información presentada ofrece un panorama inicial y preliminar al análisis de las inequidades en el acceso a la salud en México según estratificadores considerados. Los datos expuestos dan cuenta de brechas importantes por nivel socioeconómico, que afectan los indicadores considerados, los cuales reflejan una problemática asociada al nivel de ingresos y un correspondiente mayor o menor grado de salud.

INTRODUCCIÓN

En México, en los últimos años, se han logrado avances importantes en el área de salud, que en su conjunto han permitido que la esperanza de vida al nacer en la actualidad sea 14 años mayor que la de 1970. Aun con estos avances, persisten distintas problemáticas asociadas principalmente a desigualdades en el acceso y la cobertura de los servicios de salud. Estas desigualdades están relacionadas a factores sociales, incluyendo género, edad, etnicidad, ingreso, educación, entre otros.

Algunos retos para atender e incidir en las desigualdades en salud tienen que ver con la falta de evidencia disponible sobre la magnitud de las mismas. La brecha de información sobre las barreras y factores facilitadores que afectan el acceso a la salud entre las poblaciones que viven en situaciones de vulnerabilidad e inequidad, y la falta de conocimiento y comunicación apropiada sobre las estrategias, intervenciones, herramientas e instrumentos disponibles basados en equidad se han señalado como un obstáculo para hacerles frente (Arcaya, Arcaya y Subramanian, 2015).

Con el fin de contribuir a cerrar esta brecha de evidencia e información estratégica, el ONIS en México ofrece un análisis de un conjunto de desigualdades sociales en salud. Las desigualdades en acceso a servicios de salud y en resultados de salud cuando se originan por condiciones modificables pueden considerarse injustas: contribuyen a generar diferencias en oportunidades para el desarrollo individual, estableciendo desigualdad entre individuos que se han perpetuado por generaciones.

Estas desigualdades evitables e injustas se consideran inequitativas por definición. En una perspectiva de derechos llaman a la intervención pública para hacerle frente y generar las condiciones que permitan igualdad de oportunidades. Las inequidades sociales en salud son resultado del entorno de vida general de las personas, y por ello que resulta necesario utilizar un enfoque del abordaje de los determinantes sociales de la salud, perspectiva que se enfoca en el análisis de las condiciones sociales y económicas que generan diferencias individuales y poblacionales en salud.

Estudios pioneros en esta área han identificado en un primer momento las diferencias en resultados de salud que se relacionan con las condiciones de vida de las personas, esto es, la forma en que la desigualdad social se expresa en desigualdad en salud. A partir de ello, la identificación del rol bidireccional entre salud y crecimiento y desarrollo económico para señalar la necesidad de desarrollar acciones para cerrar las brechas en salud como política social y económica.

Entre los estudios de mayor trascendencia destaca el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, titulado “Subsanar las

desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, el cual reporta tres grupos de recomendaciones finales: mejorar las condiciones de vida de la población, actuar sobre la distribución desigual de recursos, y medir y analizar el resto de las desigualdades en salud.

En la conformación del ONIS, destaca la participación activa de múltiples instituciones tanto de salud como de diferentes ámbitos relacionados con el desarrollo social y su evaluación en México. En el ámbito internacional la participación de la OPS/OMS ha sido de gran relevancia. Incluso antes de nacer formalmente, la OPS contribuyó a pensar el esquema del observatorio a través del conocimiento de experiencias comparadas, brindó asesoría en talleres sobre metodologías de medición de inequidades en salud, además de acompañar el nacimiento, crecimiento y evolución institucional. La experiencia de la OPS con el Observatorio es una muestra del valor agregado que puede tener la cooperación técnica en objetivos y metas con gran sentido estratégico para el avance en el cumplimiento de la Agenda 2030 y el impulso de un estilo de desarrollo sostenible de un país como México.

En este sentido el Observatorio y el presente informe son parte de un movimiento internacional en pro de la igualdad. Movimiento que tiene un claro origen en la creación de la primera Comisión de Determinantes (2005), y refrendado por la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas (2018). También es parte de un cambio en el discurso del desarrollo internacional, preocupado justamente sobre las brechas sociales, pasando de los ODM a los ODS (Agenda 2030), incorporando los informes de la CEPAL sobre la desigualdad y finalmente conectado claramente con el espíritu social de la presente administración.

El presente Informe es la respuesta desde México a la necesidad de medir y analizar las desigualdades en salud, misma que dio lugar al establecimiento del Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS). Este documento es resultado de un esfuerzo multidisciplinario de los miembros del Comité Técnico del ONIS para establecer una plataforma holística compatible con el abordaje metodológico que facilite la medición y análisis de desigualdades en salud específicas, así como la vinculación inmediata con los determinantes de la desigualdad en salud.

El Observatorio Nacional de Inequidades en Salud en México surge con el objetivo principal de monitorear las desigualdades e inequidades en salud en México para informar políticas públicas enfocadas en su reducción y potencial eliminación. Estableciendo la relevancia del ONIS como espacio de acción intersectorial y su potencial capacidad para influir en intervenciones públicas de gran impacto.

El ONIS está orientado a generar un amplio análisis de la interacción que tiene la salud con factores económicos y sociales que en las más de las veces escapan de

las competencias y trabajo ordinario de las instituciones públicas rectoras, financiadoras y proveedoras de servicios de salud. Mediante este esfuerzo se logra conjuntar el conocimiento de organismos vinculados con la política social, sea a través de la colaboración con el CONEVAL, INEGI, CONAPO y expertos de la academia con las autoridades rectoras tanto del sector salud como del desarrollo social.

Inequidad y desigualdad

De acuerdo con la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, las inequidades en salud se refieren a aquellas “diferencias sistemáticas en salud –considerando resultados, pero también el proceso para la generación de los mismos– entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente que son evitables o remediables y por ende se constituyen en diferencias injustas”

Pensar en las desigualdades en salud como evitables y remediables por ende injustas, implica identificar las diferencias sistemáticas existentes en los resultados de salud para distintos grupos sociales (según clase social, género, ascendencia étnico-racial, territorio, entre otros), las cuales -por ser potencialmente modificables- son objeto de intervención de políticas públicas. En particular, las inequidades en salud en ciertas etapas de la vida resultan claves para los resultados posteriores de la salud, sumándose a ello que las desigualdades se acumulan a lo largo de la vida generando una vulnerabilidad diferencial ante las condiciones en las que transcurrirán las vidas de esas personas.

Los determinantes estructurales de la salud fueron identificados como:

- Condiciones materiales de vida (Hábitat, medioambiente y satisfactores)
- Contexto socioeconómico y político (ventaja transitoria), el cual puede subdividirse en:
 - Cultura y valores sociales (comportamiento pre condicionado)
 - Políticas provenientes del Estado de Bienestar (protección social)

Estos determinantes estructurales se refieren a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la población.

ABORDAJE DE ANÁLISIS

Las desigualdades en salud según los diferentes estratificadores de análisis (socioeconómicos, residencia, género, origen étnico, etc.) se observan de forma generalizada en distintos contextos y sociedades, destacando la importancia de estudiar las diferencias en salud entre grupos. Analizar las desigualdades es entonces un primer acercamiento para comprender el peso que representa la inequidad en salud para una sociedad. Con el fin de comprender estas desigualdades, socialmente determinadas, es imprescindible construir grupos de individuos que hagan sentido, dado que cada sociedad tiene sus propias maneras de estratificar y dividir a la población.

Entre los abordajes metodológicos desarrollados para el análisis de las desigualdades en salud, el enfoque en estratificadores que puedan considerarse claramente como reflejos de diferencias injustas es particularmente de interés. Este es el caso del análisis general por nivel socioeconómico, ya que es justamente una función del sistema de salud asegurar que los recursos económicos no sean un elemento determinante del acceso a servicios de salud resolutivos (Gutiérrez et al. 2016).

En este acercamiento analítico se consideró como estratificador la condición de pobreza de acuerdo con la definición multidimensional que se usa en México, establecida en la Ley General de Desarrollo Social e implementada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). La elección de este estratificador parte del reconocimiento de que la condición socioeconómica se traslapa de forma importante con estratificadores sociales relacionados con el ámbito de residencia y el origen étnico.

Las estimaciones sobre el porcentaje de individuos en condición de pobreza por municipio utilizadas para este análisis provienen del reporte del CONEVAL. El CONEVAL tiene la atribución para dicha medición, y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Desarrollo Social realiza una medición de tipo multidimensional, misma que considera seis carencias sociales e información sobre ingreso. La medición de CONEVAL para los municipios se realiza cada 5 años, la información para 2015 se basan en la Encuesta Intercensal.

Metodológicamente, la medición de desigualdades entre municipios consideró el porcentaje de personas que en cada municipio se clasificaron como pobres. Para la medición de las brechas se generaron 5 grupos (quintiles) de municipios de acuerdo con el porcentaje de personas en pobreza, estimándose para cada quintil como el promedio ponderado por población de los municipios en el quintil; el quintil I son los municipios con mayor porcentaje de personas pobres y el quintil V considera a los municipios con menor porcentaje de población en pobreza. Adicionalmente, se estimaron dos estratificadores más para desigualdad: ámbito de residencia (municipios más o menos rurales) y población

considerada indígena a nivel municipal (mayor o menor proporción de población indígena). Estos estratificadores se construyeron clasificando a los municipios, aquellos catalogados como “más rurales” o “más indígenas” son municipios que 40% o más de la población vive en localidades rurales, considerando la misma clasificación para la adscripción indígena. La clasificación “menos rural” y “menos indígena” se considera de la misma forma.

Para la medición de la desigualdad en cada conglomerado se seleccionaron distintos indicadores. En los apartados subsecuentes se expone información de los siguientes indicadores junto con las definiciones de los mismos:

- **Salud materna:** razón de mortalidad materna (RMM), tasa global de fecundidad (TGF).
- **Salud neonatal y desarrollo infantil:** tasa de mortalidad Infantil (TMI), tasa de mortalidad en la niñez (menores de cinco años).
- **Salud de adolescentes y jóvenes:** tasa específica de fecundidad 10 a 14 años, tasa específica de fecundidad 15 a 19 años.
- **Salud del adulto:** tasa estandarizada de mortalidad general, tasa de mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 (DM2) para la población de 45 años y más, tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio (IAM) para la población de 45 años y más, y tasa de mortalidad por hipertensión arterial en la población de 45 años y más.
- **Envejecimiento saludable:** tasa de mortalidad por neumonía para la población de 60 años y más.
- **Acceso y calidad de los servicios de salud:** población con carencia por acceso a los servicios de salud, población con carencia por acceso a la seguridad social y presencia de hospitales de segundo nivel por municipio. Además, se contempla la tasa de mortalidad general según egresos hospitalarios, la tasa de mortalidad hospitalaria por Diabetes Mellitus tipo 2 en población de 45 años y más, y la tasa de mortalidad hospitalaria por infarto agudo al miocardio (IAM) en población de 45 años y más.

Con la información de indicadores y estratificadores se calcularon las medias para cada indicador por quintil, y se estimaron las brechas de desigualdad tanto absoluta como relativa entre la población en los quintiles menos favorecido y más favorecido, los cuales se interpretan entonces como medidas de la desigualdad, verificando en todos los casos si la diferencia entre las brechas era estadísticamente significativa.

Adicionalmente, se estimó el índice de desigualdad de la pendiente (IDP) a través de modelos de regresión de probabilidad lineal. El IDP muestra la distancia entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de la población en pobreza; el valor del

indicador es negativo si el indicador analizado es mayor en el municipio con mayor concentración de pobreza.

Finalmente, para un subconjunto de indicadores se estimó la curva e índice de concentración como mediciones que expresan el grado de desigualdad relativa encontrado a lo largo del gradiente poblacional. Es similar al coeficiente de Gini, pero en este caso se ordena a la fracción acumulada de población de mayor vulnerabilidad a menor vulnerabilidad en el eje X. En el eje Y se muestra la fracción acumulada de la carga de enfermedad que se distribuye entre la población.

Si la distribución de la carga de enfermedad fuera completamente equitativa, estaría expresada como una línea diagonal, donde para cada fracción de la población ordenada, le corresponde un valor igual de la carga de enfermedad.

En los casos donde la carga de enfermedad se distribuye inequitativamente se dibujan curvas de concentración. Si la variable dependiente se concentra mayormente entre los más vulnerables, la curva se extenderá por encima de la línea de equidad; o se extenderá por debajo, si la carga se concentra mayormente entre la población menos vulnerable.

Una manera de cuantificar la desigualdad usando la curva de concentración es estimando el área entre dicha curva y la línea de equidad, lo que da origen al índice de concentración. Entre más distante esté la curva de la línea de equidad, se evidencia mayor desigualdad, es decir, mayor concentración de la enfermedad en el sector más vulnerable de la población. De acuerdo con la experiencia internacional, se considera que un valor de |0.2| a |0.3| representa un nivel considerable de desigualdad¹.

¹ Organización Panamericana de la Salud. (2016). Manual para la medición de las desigualdades en salud. Washington. OPS

RESULTADOS PRINCIPALES

Salud materna

Razón de mortalidad materna (RMM)

La mortalidad materna es ampliamente considerada como uno de los principales marcadores de inequidad en el ámbito mundial, en particular en lo que respecta al estado de salud de la población y, especialmente, de las mujeres. La reducción de la mortalidad materna ha sido considerada como una prioridad en las políticas de salud. Dentro de esta problemática las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.

Las mujeres con desventajas socioeconómicas suelen tener menos contacto con el sistema de salud durante uno de los períodos más críticos de su vida: el embarazo y el parto. Los datos indican que las mujeres desfavorecidas tienen menos acceso a todas las opciones de consultas prenatales y asistencia en el parto, pero preocupan en particular los niveles muy bajos de utilización de los servicios de atención en salud en el período cercano al nacimiento, el momento más vulnerable para la madre y el recién nacido².

La RMM se define por el número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100 000 nacidos vivos. Los datos por municipio son estimaciones propias a partir de las estadísticas vitales del país, en particular las defunciones y nacimientos registrados por año calendario en el país.

En el cuadro 1 se presenta la RMM por quintil de concentración de pobreza y según ámbito de residencia y población indígena. A nivel nacional el promedio municipal de la razón de mortalidad materna es de 43.3 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, en tanto que la RMM llega hasta 63.1; en el quintil I (mayor pobreza). El valor menor de la RMM se identifica en el quintil III con 39.7 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, sin diferencia mayor con el quintil de menor pobreza (el V), en donde el valor se ubica en 41.1 muertes.

Al considerar el ámbito de residencia, se observa que el promedio de la RMM en los municipios con mayor porcentaje de población en localidades rurales es de 64.2, muy superior al promedio de los municipios con menor porcentaje de población rural que es de 41.6, valor incluso menor al promedio nacional.

De forma similar, el promedio de la RMM entre los municipios de mayor porcentaje de población indígena, 55.7, resulta superior a la RMM promedio de los municipios de menor población indígena, entre los cuales el promedio es de 41.9, también menor al promedio nacional. Como se observa, al interior de estos

² Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas, UNICEF, 2016.

grupos de municipios se identifican también diferencias, y entre los de mayor población rural y mayor concentración de pobreza la RMM llega a 88.4 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos. Lo mismo sucede con la población indígena, el quintil con mayor pobreza y población indígena tiene una RMM de 66.5 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos.

Cuadro 1. Media de la RMM según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

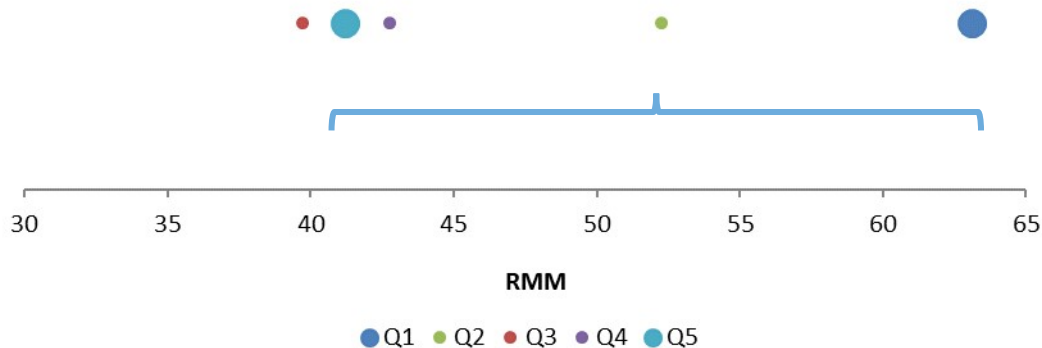
Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	63.12	35.68	88.47	48.14	66.57
II	52.24	55.2	43.46	51.03	53.65
III	39.72	38.87	45.59	40.05	37.09
IV	42.75	41.72	72.23	42.37	50.15
V	41.21	41.01	81.89	41.3	19.15
Total	43.3	41.64	64.22	41.99	55.72

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza.

La desigualdad en la RMM se expresa en la diferencia entre los quintiles I (mayor pobreza) y V (menor pobreza) a nivel nacional, entre los cuales hay una diferencia absoluta en la RMM de 22 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos. En términos relativos, la RMM en el quintil I es 1.53 veces mayor que la RMM en el quintil V (ver cuadro 2).

En la figura 1 se muestra la brecha absoluta en RMM a nivel nacional de forma gráfica. En esta se evidencia que el quintil I tiene la mayor RMM con 63 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos.

Figura 1. Brecha absoluta en la RMM, según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



Se destaca la brecha absoluta en la RMM entre quintiles de 47 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos para los municipios con mayor porcentaje de población indígena, la brecha relativa de la RMM en el quintil I es 3.48 veces mayor que la RMM en el quintil V.

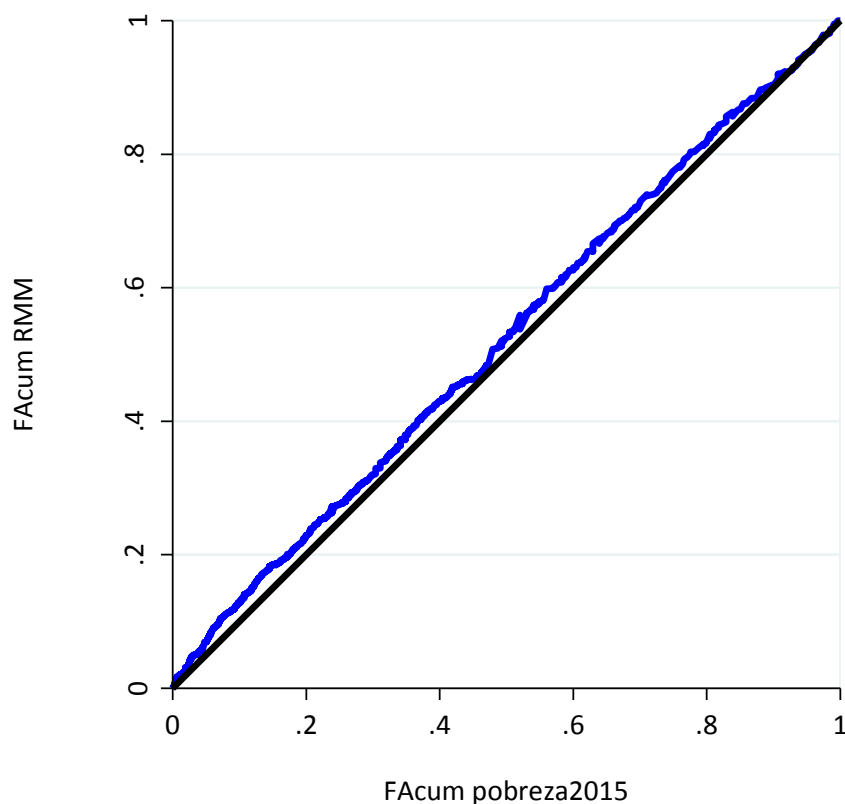
Respecto al IDP (ver cuadro 2) a nivel nacional se estimó que la diferencia en la RMM entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de población en pobreza es de 17.35 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos. Al considerar los estratificadores de ámbito de residencia y población indígena, el IDP respecto al ámbito de residencia resultó en que la diferencia en la RMM entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de población en pobreza es de 22.99 y 29.16 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, el primer valor para áreas menos rurales y el segundo para áreas más rurales. En cuanto a la estratificación considerando el porcentaje de población indígena, el IDP tiene un valor de 8.53 muertes maternas más por cada 100 mil nacidos vivos para el municipio con menor porcentaje de población en pobreza y menor porcentaje de población indígena. En contraparte el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y mayor porcentaje de población indígena denota un valor de 35 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos.

Cuadro 2. Medidas de desigualdad de la RMM, 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	-21.91	5.33	-6.58	-6.84	-47.42
p de la brecha	0.028	0.569	0.911	0.770	0.203
Brecha relativa	1.53	0.87	1.08	1.17	3.48
p de la brecha	0.000	0.000	0.164	0.040	0.597
IDP	-17.35	-22.99	-29.16	8.53	-35.00

La razón de mortalidad materna se concentró mayormente entre los municipios con mayor porcentaje de población pobre en México, 2015. El índice de concentración fue de -0.04 ($p= 0.01$), lo que es compatible con una distribución inequitativa de mayor carga de mortalidad materna entre los municipios más pobres, en comparación con los menos pobres (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Curva de concentración para la Razón de Mortalidad Materna estratificando por porcentaje de población en pobreza, México 2015.



En resumen, la evidencia muestra una inequidad importante en la RMM, la cual tiende a ser mayor entre los municipios con mayor concentración de pobreza, lo que a nivel nacional se refleja en una brecha de 21.91 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en un contexto de un promedio nación de la RMM de 43.3.

Tasa Global de Fecundidad (TGF)

Este indicador está relacionado con el potencial de crecimiento de un país, el tamaño de las familias y aspectos de la salud reproductiva. Asimismo, es importante su consideración dentro del conglomerado de salud materna, porque proporciona información sobre eventuales problemas de salud reproductiva (nacimientos de alto orden, nacimientos en madres muy jóvenes). La tasa global de fecundidad (TGF) es el número promedio de hijos que tendría una mujer durante su vida reproductiva (15 a 49 años). Los datos utilizados se obtuvieron del INEGI, en la Encuesta Intercensal 2015 y en CONAPO con las proyecciones de la población 2010-2050.

Los promedios obtenidos por municipio y vinculados a los quintiles de pobreza se detallan en el cuadro 3. El quintil con mayor TGF es el que tiene mayor pobreza (quintil I) con una media de 3.34 nacidos vivos por cada mil mujeres, como contraparte el quintil menos pobre (quintil V) posee la TGF menor con 1.97 nacidos vivos. Respecto al ámbito de residencia, el quintil I en áreas menos

rurales posee la mayor TGF con 3.39 nacidos vivos por cada mil mujeres. En cuanto al porcentaje de población indígena también el quintil I y en municipios con mayor población indígena la tasa es la mayor con 3.49 nacidos vivos por cada 1000 mujeres.

Cuadro 3. Media de la TGF según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

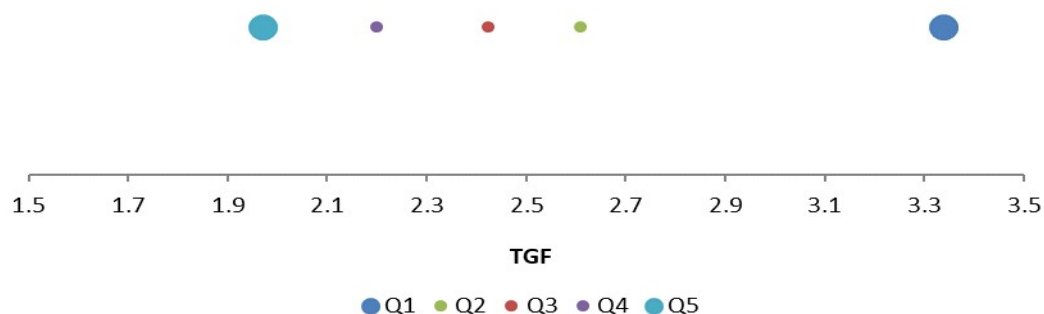
Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	3.34	3.39	3.30	2.79	3.49
II	2.61	2.65	2.51	2.64	2.54
III	2.42	2.41	2.51	2.40	2.59
IV	2.20	2.20	2.16	2.20	2.15
V	1.97	1.97	2.14	1.97	2.00
Total	2.14	2.11	2.69	2.09	2.82

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza.

En el cuadro 4 se presentan las medidas de desigualdad de la TGF. Entre los quintiles I (mayor pobreza) y V (menor pobreza) a nivel nacional, hay una diferencia absoluta en la TGF de 1.36 nacidos vivos por cada 1000 mujeres. En términos relativos, la TGF en el quintil I es 1.69 veces mayor que la TGF en el quintil V. La brecha absoluta en la TGF es mayoritaria en zonas menos rurales (1.42 nacidos vivos por cada 1000 mujeres) y en áreas con mayor población indígena (1.50), las brechas relativas en estos ámbitos tienen valores de 1.72 y 1.75 veces una mayor TGF en el quintil I que la TGF en el quintil V.

En la figura 2 es posible observar la brecha absoluta en la TGF a nivel nacional. La brecha entre los quintiles I (mayor pobreza) y el quintil V (menor pobreza) es de 1.37 hijos por mujer, en términos absolutos, como se mencionó anteriormente la brecha relativa es 1.69 veces mayor entre quintiles.

Figura 2. Brecha absoluta en la TGF, según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



Respecto al IDP a nivel nacional se estimó que la diferencia en la RMM entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de población en pobreza es de 2.23 nacidos vivos por cada 1000 mujeres. El IDP respecto al ámbito de residencia resultó en que la diferencia en la TGF entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de población en pobreza es de 1.63 y 2.04 nacidos vivos por cada 1000 mujeres, el primer valor para áreas menos rurales y el segundo para áreas más rurales. En cuanto a la estratificación considerando el porcentaje de población indígena, el IDP tiene un valor de 3.18 nacimientos por cada 1000 mujeres para el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y mayor porcentaje de población indígena.

Cuadro 4. Medidas de desigualdad de la TGF, 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	-1.368	-1.42	-1.16	-0.82	-1.50
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Brecha relativa	1.69	1.72	1.54	1.42	1.75
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-2.23	-1.63	-2.04	0.03	-3.18

Para la TGF, la evidencia muestra igualmente una inequidad importante, con mayor fecundidad en los municipios con mayor concentración de pobreza, lo que a nivel nacional se refleja en una brecha de 1.368 niños más por mujer en un contexto de un promedio nación de la TGF de 2.14.

Salud neonatal y desarrollo infantil

Tasa de mortalidad infantil (TMI)

La tasa de mortalidad infantil (TMI) por municipio fue estimada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) a partir de las estadísticas vitales del país, en particular las defunciones y nacimientos registrados por año calendario en el país. La información que se recolecta en ambos casos considera el municipio de residencia de las personas lo que permite asignar defunciones en menores de 1 año y los nacimientos a ese nivel.

La vinculación expuesta permitirá evidenciar la manifestación de la mortalidad infantil más aproximada a la pobreza. De esta manera, siendo la mortalidad infantil un indicador sociodemográfico dinámico y continuo, el análisis realizado evidenciará como los municipios categorizados en determinado quintil socioeconómico denotan distintas TMI, con ello se mostrará una distribución

diferenciada del fenómeno asociado a las condiciones económicas. Este indicador, tiene la ventaja de poder calcularse para áreas geográficas menores y para distintos grupos socioeconómicos.

En el cuadro 5 se presenta la TMI por quintil de municipios para 2015; como se observa, entre los quintiles I (mayor pobreza) y V (menor pobreza), hay una diferencia absoluta de 22.14 muertes por cada mil nacidos vivos, diferencia a favor del quintil I (mayor pobreza). Las TMI mayores se encuentran en el quintil I (mayor pobreza) en áreas más rurales (37.17 muertes) y en áreas con mayor población indígena (35.23 muertes).

Cuadro 5. Media de la TMI según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

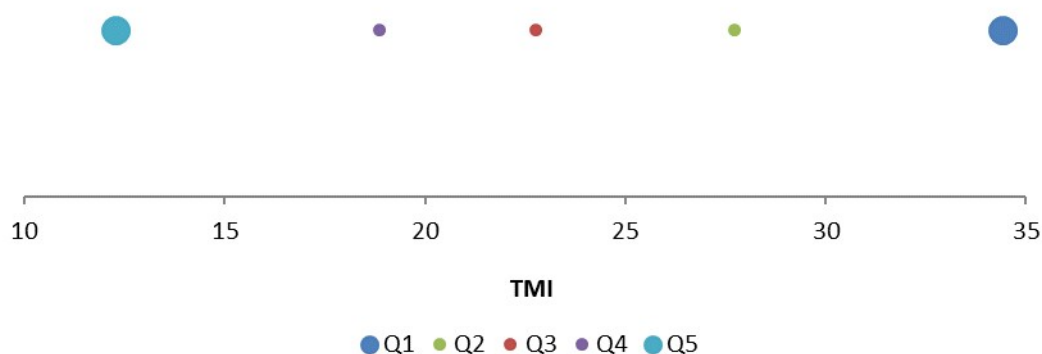
Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	34.42	31.45	37.17	30.94	35.23
II	27.73	26.58	30.87	26.61	30
III	22.75	21.81	29.28	22.21	27
IV	18.85	18.68	23.93	18.84	19.05
V	12.28	12.23	21.05	12.26	15.65
Total	17.1	15.95	31.85	15.73	30.43

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza

Las medidas de desigualdad de la TMI se exponen en el cuadro 6. Entre los quintiles I (mayor pobreza) y V (menor pobreza) a nivel nacional, hay una diferencia absoluta en la TMI que para todos los casos de análisis es mayor en el quintil I, hay más muertes infantiles en este quintil, en todos los ámbitos, a nivel nacional la diferencia es de 22.14 muertes por cada 1000 nacidos vivos. En términos relativos, la TMI ofrece la misma tendencia, a nivel nacional esta tasa es 2.80 veces mayor en el quintil I que en el quintil V.

En la figura 3, se muestra la brecha absoluta de la TMI, en esta se observa una diferencia absoluta de 22.14 muertes por cada mil nacidos vivos entre los quintiles I (mayor pobreza) y V (menor pobreza): En términos relativos, la TMI en el quintil I es 2.8 veces mayor que la TMI en el quintil V.

Figura 3. Brecha absoluta en la TMI, según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



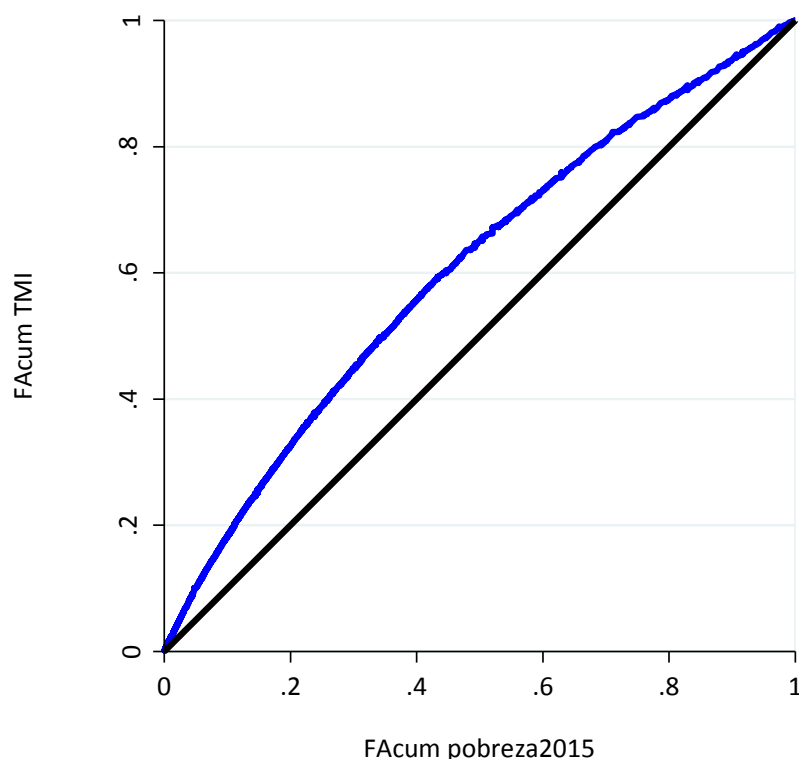
Respecto al IDP a nivel nacional se estimó que la diferencia en la TMI entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de población en pobreza es de 25.17 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos. En la mayoría de los ámbitos analizados el valor es negativo, lo cual significa que el indicador (TMI) es mayor en el municipio con mayor concentración de pobreza (quintil I), la excepción es en municipios con menor población indígena donde el IDP es de 6.20 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos, estas muertes se encuentran en el municipio con menor concentración de pobreza (quintil V) respecto al quintil I.

Cuadro 6. Medidas de desigualdad de la TMI, 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	-22.14	-19.22	-16.12	-18.68	-19.58
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Brecha relativa	2.80	2.57	1.77	2.52	2.25
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-25.17	-26.74	-26.04	6.20	-20.00

En México, en el año 2015, la tasa de mortalidad infantil a nivel municipal registró un índice de concentración de -0.21 ($p < 0.0001$) al estratificar por el porcentaje de población en pobreza. El nivel de desigualdad relativa en la distribución de la mortalidad infantil es considerable. En la gráfica 2 se puede observar que el 50% más pobre de la población cargaba con más del 60% de la mortalidad infantil en ese año.

Gráfica 2. Curva de concentración para la Tasa de Mortalidad Infantil estratificando por porcentaje de población en pobreza, México 2015.



La evidencia señala una inequidad importante en la TMI, con valores de la misma, mayores entre los municipios con mayor pobreza. La brecha entre los extremos es de 22.14 muertes por cada mil nacidos vivos que ocurren en exceso en los municipios de mayor concentración de pobreza, con una distancia que se amplía a 25 muertes adicionales por cada mil nacidos vivos entre el municipio con mayor pobreza y el de menor pobreza. El índice de concentración de -0.21 señala con claridad que la TMI se concentra en los municipios con mayor pobreza.

Tasa de mortalidad en la niñez (menores de cinco años)

Este indicador expresa la probabilidad de morir antes de cumplir los primeros 5 años de vida. En la práctica se calcula haciendo el cociente entre el número de muertes de población de 0 a 4 años y el total de nacidos vivos del período en estudio, por mil.

De la misma forma que la tasa de mortalidad infantil general, esta también puede calcularse para áreas menores y para distintos grupos. Si bien las causas son también múltiples, se asocia al impacto de algunas intervenciones verticales, tales como la inmunización y la terapia de rehidratación oral. Pese a los avances significativos a nivel internacional en la atención de la salud de los infantes, en el

transcurso de 2015 aproximadamente 16,000 niños menores de 5 años murieron cada día por causas evitables o prevenibles como la diarrea³.

Con los datos obtenidos para la media de esta tasa (ver cuadro 7) en 2015 se observa que en el quintil I se estiman 3.6 muertes por cada mil niños, que en comparación con el quintil V (menor pobreza) este presenta 2.7 muertes por cada mil niños. En todos los ámbitos de análisis, el quintil I (mayor pobreza) es el que presenta la mayor tasa de mortalidad en la niñez.

Cuadro 7. Media de la tasa de mortalidad en la niñez (menores de cinco años) según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	3.60	3.71	3.51	2.98	3.76
II	3.08	3.14	2.93	3.08	3.08
III	2.90	2.89	3.01	2.90	2.95
IV	2.73	2.75	2.24	2.73	2.78
V	2.74	2.74	2.48	2.74	2.67
Total	2.82	2.80	3.07	2.78	3.31

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza

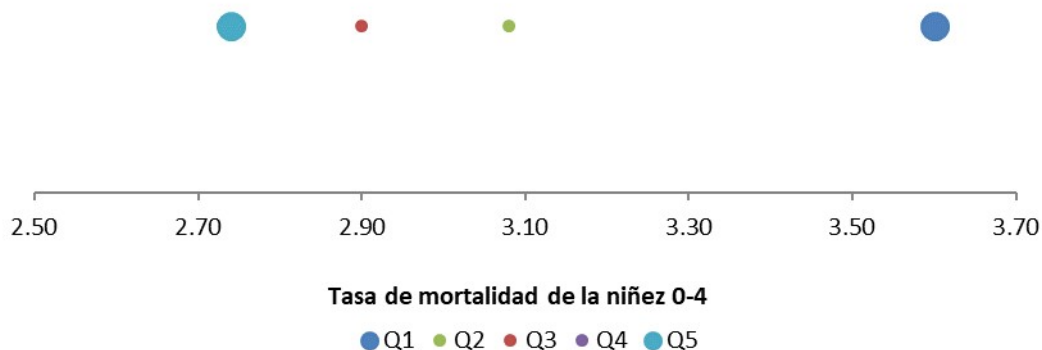
Respecto a las medidas de desigualdad, presentadas en el cuadro 8, las brechas absolutas en los ámbitos analizados rondan la diferencia de 1 muerte entre quintiles, a nivel nacional la brecha es de 0.86, las mayores brechas son en municipios más rurales (1.025) y en municipios con mayor población indígena con 1.09 muertes por cada mil niños, para estos ámbitos la brecha relativa también es mayor en 1.41 veces mayor tasa de mortalidad para el quintil I respecto al quintil V.

En la figura 3 es posible observar las brechas en las tasas medias de mortalidad en la niñez, sin duda lo más relevante es el aumento de dicha tasa respecto al aumento de la pobreza. Lo anterior exhibe las inequidades socioeconómicas asociadas a este indicador. La OMS respecto a estos datos menciona que las últimas estimaciones de la mortalidad por quintiles de riqueza muestran que en 99 países de ingresos bajos y medios la mortalidad de los menores de 5 años es por término medio dos veces mayor entre los niños de los hogares más pobres que entre los de los hogares más ricos, el organismo considera que la eliminación de esta disparidad entre pobres y ricos hubiera salvado 2 millones de vidas en 2016⁴.

³ En: "Estadísticas a propósito del día del niño" INEGI, 2016 (Revisado, octubre 2018).

⁴ En: "Reducción de la mortalidad en la niñez" OMS, 19 de septiembre de 2018.

Figura 3. Brecha absoluta en la tasa de mortalidad de la niñez (0-4), según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



El IDP a nivel nacional es de 2.80 muertes por cada mil niños, diferencia en la tasa de mortalidad de la niñez entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de población en pobreza. En la mayoría de los ámbitos analizados el valor es negativo, lo cual significa que el indicador de la tasa de mortalidad en la niñez es mayor en el municipio con mayor concentración de pobreza (quintil I).

Cuadro 8. Medidas de desigualdad de la tasa de mortalidad en la niñez (menores de cinco años), 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	-0.86	-0.97	-1.025	-0.25	-1.09
p de la brecha	0.000	0.000	0.005	0.256	0.028
Brecha relativa	1.31	1.35	1.41	1.09	1.41
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-2.80	-1.38	-1.56	-1.64	-2.06

Para la mortalidad de menores de cinco años, se observa de manera similar un resultado desigual, con mayor mortalidad en los municipios con mayor concentración de pobreza, con una brecha de 0.86 en un contexto en el cual el promedio nacional es de 2.82. Resalta que la distancia entre el municipio de mayor concentración de pobreza y el de menor concentración de pobreza (el IDP), es cercano al valor promedio nacional.

Salud de adolescentes y jóvenes

Tasa de fecundidad adolescente

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) contempla a la adolescencia como el periodo de la vida del individuo que va de la niñez a la adultez, lapso durante el que modifica sus patrones psicológicos infantiles y adquiere la capacidad de reproducirse; esta etapa se extiende de los 10 a los 19 años y la divide en adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía, de 15 a 19 años⁵.

Las tasas de fecundidad entre las adolescentes representan a nivel mundial un 11% aproximadamente de todos los nacimientos, y la gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medios. En este sentido, el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza⁶.

En este contexto las tasas específicas de fecundidad, como indicador, representan la frecuencia con que ocurren los nacimientos por grupo de edad de las mujeres en edad fértil. Este indicador se calcula, para cada grupo de edad, como el cociente del número de hijos nacidos vivos en un periodo dado entre el grupo de mujeres de una edad específica, al que corresponden dichos nacimientos, expresado por cada mil mujeres. Para el análisis en este informe, se presentan las TEF 10 a 14 años, y la TEF 15 a 19 años.

Los resultados del análisis por municipios según quintiles de pobreza se muestran en el cuadro 9 y 11 donde se exponen las TEF para los grupos de edad 10 a 14 años y 15 a 19 respectivamente.

Para el grupo 10 a 14, no se observa un gradiente claro entre quintiles de municipios, si bien en lo general tiende a ser mayor en los municipios con mayor concentración de pobreza.

Cuadro 9. Media de la tasa específica de fecundidad (10 a 14 años) según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	1.25	1.10	1.38	1.18	1.27
II	1.27	1.33	1.13	1.36	1.13
III	1.34	1.37	1.15	1.31	1.61
IV	1.20	1.20	1.29	1.21	0.93
V	0.96	0.95	1.13	0.95	2.69
Total	1.09	1.07	1.24	1.07	1.28

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza.

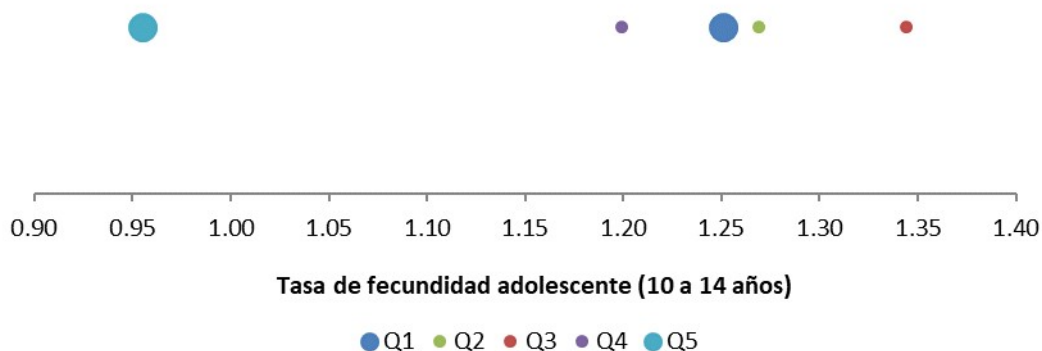
⁵ En: "la adolescencia una época de oportunidades" UNICEF (Revisado octubre, 2018.)

⁶ En: "Maternidad adolescente" OMS (Revisado octubre, 2018.)

En el cuadro 10 se exponen las medidas de desigualdad relativas a la tasa específica de fecundidad del grupo 10 a 14 años. Al contrastar quintiles extremos, la brecha absoluta para el país presenta signo negativo, lo que implica que la TEF 10 a 14 es mayor en el quintil de municipios con mayor concentración de pobreza con relación al quintil de menor concentración de pobreza en una magnitud de 0.296 hijos/as por cada mil mujeres en el rango de edad.

En la figura 4 se muestra la brecha absoluta de la tasa específica (10 a 14 años). Es de notarse que los quintiles II y III se encuentran fuera del rango de los quintiles I y V, con una mayor tasa específica 1.27 hijos por cada mil mujeres en el quintil II y 1.34 hijos en el quintil III.

Figura 4. Brecha absoluta en la tasa específica de fecundidad (10 a 14 años), según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



El IDP para la tasa específica de fecundidad del grupo 10 a 14 tiene un valor negativo en todos los ámbitos de análisis, lo cual indica que el indicador es mayor en el municipio con mayor concentración de pobreza (quintil I). La diferencia en la TEF 10 a 14 entre el municipio más pobre y el menos pobre de es 0.84.

Cuadro 10. Medidas de desigualdad de la tasa específica de fecundidad adolescente (10 a 14 años), 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	-0.296	-0.14	-0.25	-0.24	1.42
p de la brecha	0.001	0.305	0.391	0.204	0.000
Brecha relativa	1.31	1.15	1.22	1.25	0.47
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-0.84	-0.54	-0.33	-0.12	-0.13

En el cuadro 11 se exponen los datos de la tasa específica de fecundidad para el grupo 15 a 19 años. En lo general, se observa un gradiente de valores mayores en el conjunto de municipios con mayor concentración de pobreza y menores en los de menor concentración de pobreza. La TEF 15 a 19 nacional con el valor más alto es en el quintil I con 78.54 hijos por cada mil mujeres (ver cuadro 11).

Cuadro 11. Media de la tasa específica de fecundidad (15 a 19 años) según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

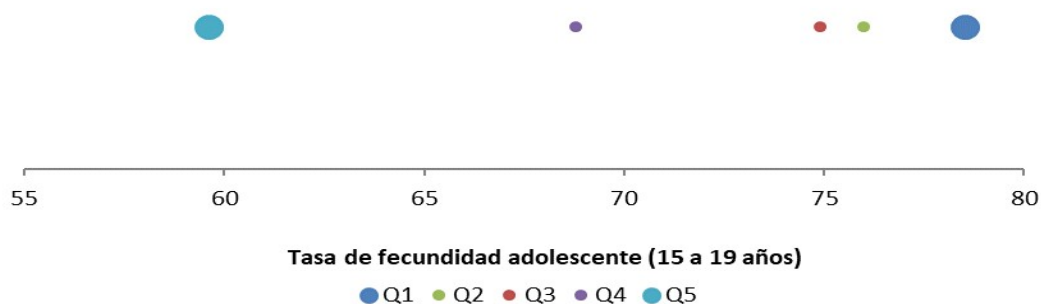
Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	78.54	79.23	77.94	74.81	79.54
II	75.97	77.68	72.06	79.39	70.06
III	74.90	74.69	76.32	74.84	75.34
IV	68.76	68.87	65.69	69.31	58.13
V	59.55	59.5	68.85	59.5	73.00
Total	65.02	64.34	74.13	64.25	73.35

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza.

Las medidas de desigualdad de la tasa específica de fecundidad del grupo 15 a 19 años muestran la tendencia evidenciada (ver cuadro 12), una mayor concentración de nacimientos por cada mil mujeres en los quintiles de mayor pobreza, principalmente el quintil I. A nivel nacional la brecha absoluta es de 18.99 hijos por cada mil mujeres entre el quintil I (más pobreza) y el quintil V (menor pobreza). En municipios menos rurales la brecha absoluta y relativa entre quintiles extremos es la mayor de los datos analizados, la brecha es de 19.73 hijos por cada mil mujeres, que representa una brecha relativa de 1.33 veces una mayor tasa específica de fecundidad en el quintil I respecto al quintil V.

La brecha absoluta de la tasa específica de fecundidad del grupo 15 a 19 años se muestra en la figura 5, en donde se evidencia la brecha entre quintiles extremos, a menor pobreza menor tasa específica de fecundidad.

Figura 5. Brecha absoluta en la tasa específica de fecundidad (15 a 19 años), según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



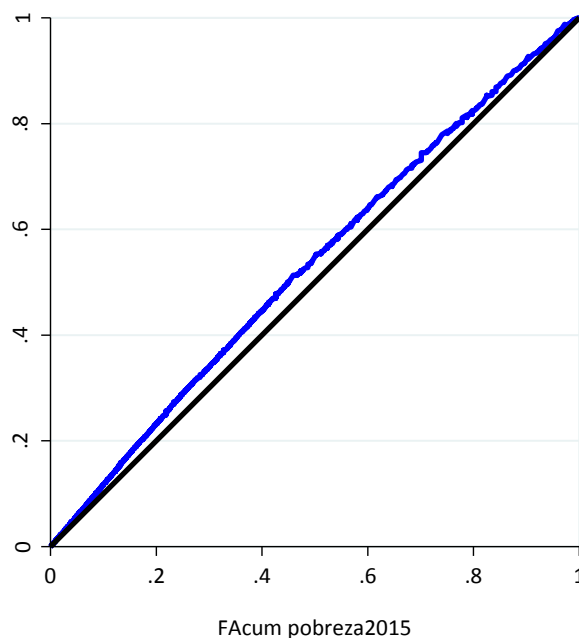
El IDP también exhibe la diferencia en la concentración de una mayor tasa de fecundidad adolescente en el grupo 15 a 19 en el quintil I (mayor pobreza), la tasa específica de fecundidad es de 54.25 hijos más por cada mil mujeres en el quintil I respecto al quintil V a nivel nacional, dicho valor es mayor que en los otros ámbitos de análisis.

Cuadro 12. Medidas de desigualdad de la tasa específica de fecundidad adolescente (15 a 19 años), 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	-18.99	-19.73	-9.09	-15.31	-6.55
p de la brecha	0.000	0.000	0.104	0.000	0.377
Brecha relativa	1.32	1.33	1.13	1.26	1.09
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-54.25	-36.27	-14.68	-22.38	-52.90

Por lo que se refiere al índice de concentración, se estimó un valor de -0.06, que señala una mayor concentración de la TEF 15 a 19 entre municipios con mayor porcentaje de población en pobreza. Casi el 60% de la fecundidad se distribuye en la mitad más pobre de los municipios (ver gráfica 3). La línea azul es la curva de concentración y la línea negra es la línea de equidad.

Gráfica 3. Curva de concentración para la Tasa de Fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años estratificando por porcentaje de población en pobreza, México 2015.



El análisis de las TEF 10 a 14 y 15 a 19 identifica resultados consistentes con la hipótesis de desigualdad entre municipios con relación a la concentración de pobreza. La fecundidad entre adolescentes se presenta en mayor magnitud entre los que residen en municipios con mayor concentración de pobreza, con diferencias entre los extremos que son cercanas al promedio nacional.

Salud del adulto

Tasa estandarizada de mortalidad general

Las tasas estandarizadas se presentan con el propósito de brindar indicadores de mortalidad donde se elimina el efecto de la variación debido a la estructura de edades de una población, y cuya finalidad es elaborar indicadores comparables en diferentes contextos o para analizar su evolución en el tiempo. El procedimiento de estandarización consiste en calcular una tasa resumen a partir de la suma ponderada de las tasas por grupo de edad de la población de estudio. Los ponderadores se corresponden con los valores derivados de la distribución porcentual por grupos de edad de la población tipo. Puesto que la selección de la población tipo es arbitraria, para efectos de comparación internacional se utiliza la estructura recomendada por la Organización Mundial de la Salud, que resulta de promediar las estructuras por edad de la población mundial esperadas para los años 2000 y 2025. Así, la tasa estandarizada se define como el número de defunciones que ocurren por cada 100,000 habitantes en un año determinado.

La información sobre mortalidad es una herramienta fundamental para caracterizar el estado de salud de la población, del nivel de vida y del acceso a servicios médicos de buena calidad, y resulta especialmente útil para formular políticas y adoptar decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios de asistencia. Esta información es útil para describir las tendencias temporales de la mortalidad y cómo es su comportamiento en relación con el contexto.

Los datos obtenidos para las medias de las tasas estandarizadas de mortalidad según quintiles de pobreza se muestran en el cuadro 13. Los datos ofrecen una visión de una mayor tasa estandarizada de mortalidad en el quintil I (mayor pobreza) a nivel nacional, la tasa es de 598.3 defunciones por cada 100,000 individuos. La misma tendencia ocurre en el ámbito de residencia, las tasas para municipios menos rurales y más rurales tiene un mayor valor en el quintil I (600.3 para áreas menos rurales y 596.6 para áreas más rurales). Los datos cambian al considerar a la población indígena, municipios menos indígenas tienen una tasa mayor en el quintil II (580.8) y en municipios con mayor población indígena la mayor tasa se encuentra en el quintil V (676.4).

Cuadro 13. Media de la tasa estandarizada de mortalidad general según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

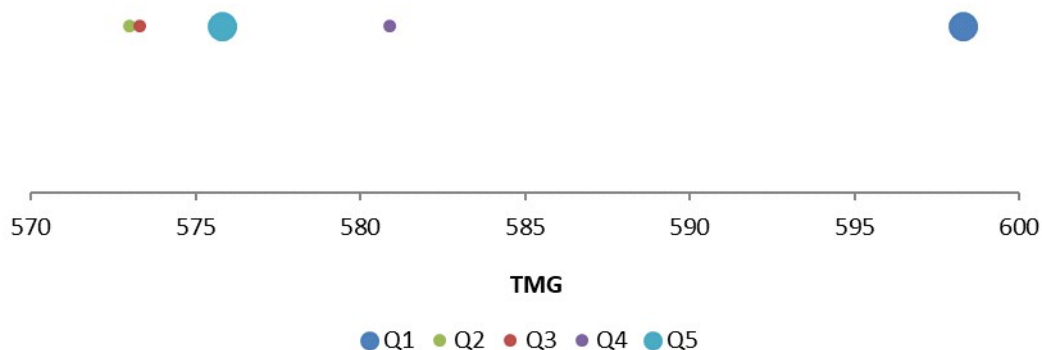
Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	598.3	600.3	596.6	548.2	612.6
II	573.0	588.6	538.3	580.8	560.0
III	573.3	576.4	552.3	574.2	565.6
IV	580.9	582.4	542.2	580.4	591.0
V	575.8	575.8	565.9	575.3	676.4
Total	577.0	578.1	560.8	576.2	587.8

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza.

Las medidas de desigualdad de la tasa estandarizada de mortalidad general muestran una tendencia a una concentración en el quintil I (mayor pobreza) a nivel nacional y, considerando el ámbito de residencia, las brechas absolutas ofrecen datos que comprueban lo anterior (cuadro 14). Sobre el estratificador de población indígena, la brecha absoluta se concentraría en quintil V, en municipios con mayor población indígena el quintil V (menor pobreza) tiene 63.8 defunciones más por cada 100,000 individuos respecto al quintil I.

En la figura 6 se muestra la brecha absoluta de la tasa estandarizada de mortalidad general donde se observa la amplitud de la brecha entre quintiles (22.5 defunciones) a nivel nacional. Los quintiles III y IV presentan una tasa menor que la brecha entre quintiles extremos.

Figura 6. Brecha absoluta en la tasa estandarizada de mortalidad general, según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



Por su parte el IDP a nivel nacional tiene un valor de 360.49 defunciones por cada 100,000 individuos de diferencia en la tasa estandarizada de mortalidad general entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el

municipio con menor porcentaje de población en pobreza. En la mayoría de los ámbitos analizados el valor es negativo, lo cual significa que el indicador de la tasa estandarizada de mortalidad general es mayor en el municipio con mayor concentración de pobreza (quintil I).

Cuadro 14. Medidas de desigualdad de la tasa estandarizada de mortalidad general, 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	-22.5	-24.5	-30.7	27.1	63.8
p de la brecha	0.009	0.089	0.139	0.138	0.035
Brecha relativa	1.04	1.04	1.05	0.95	0.91
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-360.49	-23.67	-70.59	-89.65	-89.42

Aún para una medida poco específica como la mortalidad general es posible identificar diferencias importantes entre municipios agrupados por condición de pobreza. La probabilidad de muerte es claramente mayor en los municipios con mayor concentración de pobreza, con una diferencia entre los municipios en los extremos que es equivalente a 60% de la mortalidad promedio en el país.

Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus tipo 2 en población de 45 años y más

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2018). La diabetes tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. En México, el 14 por ciento de los adultos tiene diabetes y es la principal causa de muerte en el país, estimándose que podrían ser 80,000 muertes por año⁷.

La tasa analizada contempla las muertes por diabetes mellitus por cada 100 mil habitantes para la población de 45 años y más. Los datos se obtuvieron de las estadísticas de mortalidad del INEGI, según año de ocurrencia, por municipio y año de registro. La importancia de cuantificar la prevalencia de diabetes en este

⁷ En: <https://www.insp.mx/presencia-insp/3877-diabetes-causa-muerte-mexico.html> (revisado, octubre 2018).

grupo de edad consiste en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control del padecimiento y sus complicaciones.

En el cuadro 15 se presentan los datos resultado de la tasa de mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 por quintil de municipios para 2015; como se observa, a nivel nacional el quintil IV tiene la tasa mayor, 365.2 muertes por cada cien mil habitantes. Para el ámbito de residencia y la consideración de la población indígena, el quintil IV tiene la mayor tasa de mortalidad por diabetes mellitus tipo 2.

Cuadro 15. Media de la tasa de mortalidad por diabetes mellitus 2 para la población de 45 años y más según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

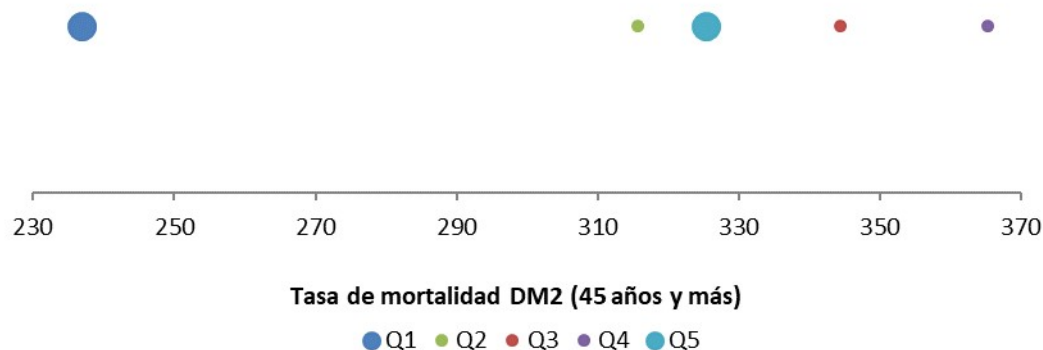
Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	236.8	277	205.5	279	222.7
II	315.7	358.2	227.7	341.9	269.2
III	344.3	355.6	269.7	349.1	300.8
IV	365.2	369.2	275.1	366.1	347.3
V	325.4	325.7	263.9	325.4	326.7
Total	331.4	337.3	239.6	335.5	271.3

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza.

Las medidas de desigualdad sobre la tasa de mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 se presentan en el cuadro 16. La brecha absoluta entre quintiles I y V, es mayor para el quintil V (menos pobreza) en todos los ámbitos de análisis. El valor mayor de esta tendencia se da en municipios con mayor población indígena, el quintil V tiene una tasa de 104 defunciones más por cada 100,000 individuos respecto al quintil I. En términos relativos, el valor más alto del crecimiento relativo es en áreas con menor población indígena, donde la tasa en el quintil V es 0.86 veces mayor que la tasa en el quintil I.

La brecha absoluta entre quintiles referidas a esta tasa de mortalidad y sus particularidades se muestran en la figura 25. Resalta como los quintiles III y IV tienen la mayor tasa de mortalidad por DM2, saliendo de la brecha entre quintiles I y V. Para los quintiles de pobreza media alta (III y IV) la tasa media de mortalidad por diabetes se ubica en promedio en 354.75 muertes por cada 100,000 habitantes. Lo anterior, denota importantes aristas a investigar a futuro sobre este indicador y su relación con los quintiles de ingreso.

Figura 7. Brecha absoluta en la tasa de mortalidad por diabetes mellitus 2 para la población de 45 años y más según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



Respecto al IDP a nivel nacional se estimó que la diferencia en la tasa de mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de población en pobreza es de 315.18 defunciones por cada 100,000 individuos.

El IDP respecto al ámbito de residencia resultó en que la diferencia en la tasa de mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de población en pobreza es de 131.23 y 140.5 defunciones por cada 100,000 individuos, el primer valor para áreas menos rurales y concentrado en el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y, el segundo valor para áreas más rurales y concentrado en el municipio con menor porcentaje de población en pobreza. La tendencia es similar en cuanto a la estratificación considerando el porcentaje de población indígena, el IDP tiene un valor de 620.98 defunciones por cada 100,000 individuos para el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y menor porcentaje de población indígena, este es el IDP más alto.

Cuadro 16. Medidas de desigualdad de la tasa de mortalidad por diabetes mellitus 2 para la población de 45 años y más, 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	88.6	48.7	58.4	46.4	104.0
p de la brecha	0.000	0.022	0.01	0.076	0.002
Brecha relativa	0.73	0.85	0.78	0.86	0.68
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-315.18	-131.23	140.05	-620.98	87.20

Los resultados sobre la mortalidad por diabetes mellitus para la población de 45 años y más, evidenciados por las brechas absolutas a nivel nacional manifiestan una situación particular, el quintil IV es el grupo más afectado, los municipios con menor pobreza (IV y V) manifiestan mayor mortalidad por diabetes mellitus 2. En cambio, el quintil I (menor pobreza) manifiesta la menor tasa de mortalidad, 236.8 muertes por cada 100,000 habitantes. Lo anterior, se compara con los hallazgos de Mendoza *et al* (2017) quienes encontraron en su investigación que a menor IDH menores son las prevalencias de DM2, y a mayor IDH, mayores son las prevalencias de DM2.

Tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio (IAM) en población de 45 años y más.

En México, las enfermedades isquémicas del corazón representan la primera causa de mortalidad, siendo un elevado porcentaje atribuible al infarto agudo al miocardio (IAM). El país tiene una tasa de mortalidad hospitalaria por IAM tres veces más alta que el promedio de los países de la OCDE (28.1 vs.7.5 muertes por cada 100 egresos) en pacientes de 45 años y más (OCDE, 2016). Uno de cada dos pacientes con infarto agudo de miocardio no recibe ningún tipo de terapia de reperfusión, y uno de cada cuatro fallece.

La tasa analizada contempla las muertes por infarto agudo al miocardio (IAM) por cada 100 mil habitantes para la población de 45 años y más. Los datos se obtuvieron de las estadísticas de mortalidad del INEGI, según año de ocurrencia, por municipio y año de registro. El análisis de esta tasa es fundamental ya que aumenta debido a múltiples factores tales como el envejecimiento de la población, la elevada proporción de personas con estilos de vida no saludables (dieta con alimentos de alta densidad calórica, tabaquismo, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol) y factores epigenéticos.

En el cuadro 17 se presentan los datos resultado de la tasa de mortalidad por IAM por quintil de municipios para 2015. Los datos a nivel nacional reflejan que el quintil V (menor pobreza) posee una media mayor en la tasa de mortalidad por IAM que el resto de los quintiles, 289.9 muertes por cada 100,000 mil habitantes. En todos los ámbitos analizados la tasa IAM tiene una mayor afección en el quintil V (menos pobre), lo cual denota un indicador claramente asociado a estratos altos con menor pobreza.

Cuadro 17. Media de la tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio para la población de 45 años y más según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	245.8	260.8	234	225.3	252.6
II	255.8	250.5	269.4	244.1	278.7
III	261.5	260.2	270.6	262.4	253.8
IV	276.8	277.2	269	276.1	291.7
V	289.9	289.9	291.7	289.7	344.2
Total	281.3	282.6	262	282.1	270.1

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza.

Respecto a las medidas de desigualdad de la TMI, las cuales se muestran en el cuadro 18, los resultados a nivel nacional exponen una brecha absoluta entre el quintil I y el quintil V de 44.10 muertes por cada cien mil habitantes, brecha concentrada en el quintil V. En términos relativos, la tasa en el quintil V es de 0.85 veces mayor que la tasa en el quintil I. La tendencia es la misma en los otros ámbitos de análisis.

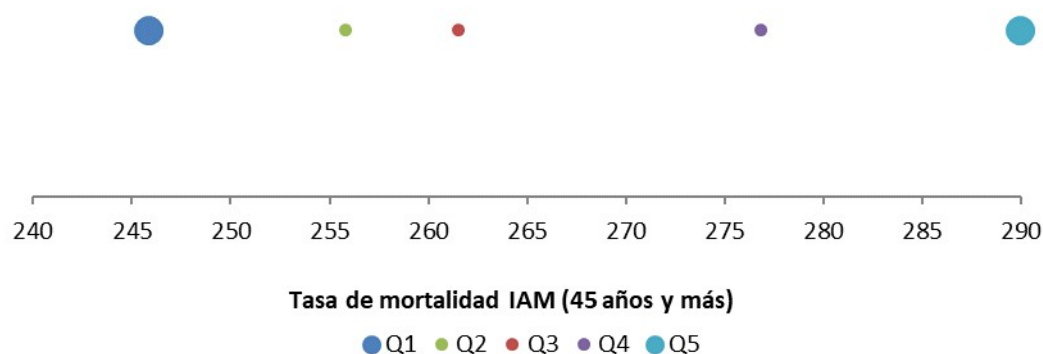
El IDP únicamente a nivel nacional tiene una diferencia en la tasa de mortalidad por IAM entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de población en pobreza de 78.16 defunciones por cada 100,000 individuos a favor del municipio con mayor concentración de pobreza. En el resto de los ámbitos de análisis la tasa de IAM se concentra en el municipio con menor porcentaje de población en pobreza.

Cuadro 18. Medidas de desigualdad de la tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio para la población de 45 años y más, 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	44.1	29.1	57.7	64.4	91.6
p de la brecha	0.000	0.168	0.022	0.009	0.032
Brecha relativa	0.85	0.90	0.80	0.78	0.73
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-78.16	128.51	114.62	168.44	94.76

Los datos de la brecha absoluta de la tasa de mortalidad por IAM a nivel nacional exhiben como característica destacable que hay una mayor afección de esta causa de mortalidad en el quintil V (menor pobreza). A nivel mundial, las principales causas de muerte en los países de ingreso alto para 2016 son las enfermedades isquémicas del corazón⁸. En la figura 8 se muestra la brecha absoluta, y es posible observar que los quintiles extremos de la brecha son respectivamente el I y el V, existiendo un posible patrón definido por los quintiles de ingreso para esta causa de muerte.

Figura 8. Brecha absoluta en la tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio para la población de 45 años y más según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



Tasa de mortalidad por hipertensión arterial en la población de 45 años y más

En la actualidad, la hipertensión arterial es una de las principales causas de mortalidad en México y el mundo, debido a que por su falta de sintomatología, se constituye como un importante factor en el desarrollo de otras enfermedades, sobre todo cardiovasculares, y comunmente se detecta hasta que el enfermo tiene otras complicaciones de salud.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016, que realiza el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), uno de cada 4 adultos en México padecen hipertensión arterial (25.5%). Para clasificar a un individuo como hipertenso, debe tener una presión arterial mayor a 140/90 mmHg. De acuerdo con la misma fuente, la hipertensión se presenta ligeramente más en mujeres (26.1%) que en hombres (24.9%). El grupo de edad menos afectado es el de 20 a 29 años, mientras que la prevalencia más alta está en el grupo de 70 a 79 años. No hubo diferencia significativa en la presencia de hipertensión entre regiones de la república mexicana o por tipo de localidad (zona rural o urbana) (INSP, 2016).

⁸ En: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death (revisado octubre de 2018).

La tasa analizada contempla las muertes por hipertensión arterial por cada 100 mil habitantes para la población de 45 años y más. Los datos se obtuvieron de las estadísticas de mortalidad del INEGI, según año de ocurrencia, por municipio y año de registro.

En el cuadro 19 se presentan los datos resultado de la tasa de mortalidad por hipertensión arterial por quintil de municipios para 2015. Los datos reflejan que el quintil I (mayor pobreza) posee una media mayor en la tasa de mortalidad por HTA que el resto de los quintiles, 79 muertes por cada 100,000 habitantes. Esta tendencia se repite en los otros ámbitos de análisis, excepto en municipios menos rurales en donde la tasa más alta se encuentra en el quintil II.

Cuadro 19. Media de la tasa de mortalidad por hipertensión arterial para la población de 45 años y más según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	79.0	71.3	85.1	77.2	79.6
II	74.0	73.6	75.1	73.3	75.4
III	68.8	69.0	67.8	69.1	65.9
IV	72.5	72.2	78.1	73.1	59.8
V	70.2	70.2	64.0	70.2	59.0
Total	70.9	70.6	75.7	70.8	72.7

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza.

Respecto a la brecha entre quintiles, hay una diferencia absoluta de 8.82 muertes por cada cien mil individuos a nivel nacional (ver cuadro 20). En términos relativos, la tasa en el quintil I es 1.13 veces mayor que la tasa en el quintil V. En zonas más rurales y con mayor porcentaje de población indígena la brecha absoluta tiene una diferencia de 21 y 20.6 muertes por cada 100,000 individuos.

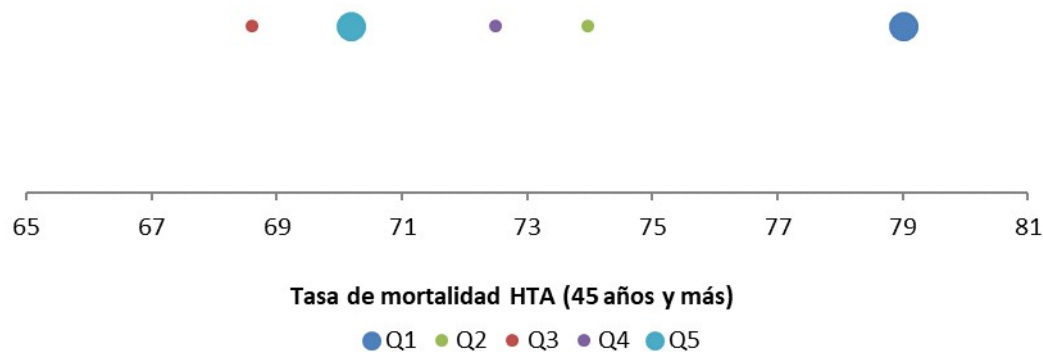
El IDP es negativo en todos los ámbitos analizados, lo cual denota una mayor tasa en el municipio con mayor concentración de pobreza. El IDP a nivel nacional muestra una diferencia de 50.36 defunciones por hipertensión arterial por cada 100,000 individuos entre los quintiles I y V.

Cuadro 20. Medidas de desigualdad de la tasa de mortalidad por hipertensión arterial para la población de 45 años y más, 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	-8.82	-1.0	-21.0	-7.0	-20.6
p de la brecha	0.062	0.897	0.051	0.466	0.202
Brecha relativa	1.13	1.01	1.33	1.10	1.35
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-50.36	-7.39	-30.30	-24.66	-43.90

Los datos de las brecha absoluta a nivel nacional para la tasa de mortalidad por hipertensión arterial para la población de 45 y más años se muestran en la figura 9. La característica distintiva es que hay una mayor afección de esta causa de mortalidad en el quintil I (mayor pobreza). El quintil III tiene la menor tasa de mortalidad por hipertensión arterial (68.8 muertes por cada 100,000 individuos), en la figura es el quintil que se observa sale de la brecha entre los quintiles I y V. La importancia de este indicador radica en la falta de conocimiento de la enfermedad, que asociada a una mayor ocurrencia en el quintil I (mayor pobreza) complica la situación a futuro, en tanto que solamente el 60% de la población con hipertensión arterial tenía conocimiento previo de que padecía esta enfermedad. Por tanto, 4 de cada 10 personas fue diagnosticada al momento que la ENSANUT 2016 se llevó a cabo. Cabe mencionar que 7 de cada 10 mujeres (70.5%) y 5 de cada 10 hombres (48.6%) tenía diagnóstico de hipertensión previo a la encuesta (INSP, 2016).

Figura 9. Brecha absoluta en la tasa de mortalidad por hipertensión arterial para la población de 45 años y más según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



El análisis presentado en dos de las tres condiciones crónicas de mayor relevancia para la mortalidad en México señala que las mismas tienden a generar mayor mortalidad en los municipios con menor concentración de pobreza en comparación con los de mayor concentración de pobreza. Esto en conjunto con el análisis de la mortalidad general señala que las causas de muerte en los municipios de mayor pobreza tienden a ser condiciones infecciosas y lesiones. El análisis que se muestra en el recuadro que considera una forma alternativa de mostrar deciles de pobreza identifica brechas que surgen cuando, adicional a la concentración de pobreza, se estratifica por tamaño de municipio. Esto es, entre los pobres urbanos hay mayor mortalidad de padecimientos crónicos con relación a los no pobres urbanos.

Envejecimiento saludable

Tasa de mortalidad por neumonía para población de 60 años y más

Las infecciones de vías respiratorias bajas (IVRB), entre las que se incluye la neumonía, constituyen una de las principales enfermedades en la lista de las primeras 30 causas de mortalidad a nivel mundial. Las neumonías son la primera causa de muerte de enfermedad infecciosa en el anciano. La mortalidad con tratamiento varía desde el 4% a más del 60% según el origen domicilio o residencias, las comorbilidades, edades, gérmenes causales, prontitud en la instauración del tratamiento, ventilación mecánica, antibiótico(s) utilizados, e intensidad de control de los mismos. La mortalidad según las edades varía, siendo elevada en los muy mayores (Zubillaga et al, 2008).

La tasa analizada contempla las muertes por neumonía por cada 100 mil habitantes para la población de 60 años y más. Los datos se obtuvieron de las estadísticas de mortalidad del INEGI, según año de ocurrencia, por municipio y año de registro.

En el cuadro 21 se presentan los datos resultado de la tasa de mortalidad por neumonía por quintil de municipios para 2015. Los datos reflejan que el quintil V (menos pobreza) posee una media mayor en la tasa de mortalidad por neumonía que el resto de los quintiles, 137 muertes por cada 100,000 mil habitantes. La tendencia anterior se repite al considerar el ámbito de residencia y el porcentaje de población indígena, la tasa de mortalidad por neumonía alcanza 212.35 muertes por cada 100,000 individuos en el quintil V (menos pobreza) en municipios con mayor porcentaje de población indígena.

Cuadro 21. Media de la tasa de mortalidad por neumonía para la población de 60 años y más según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	82.38	87.08	79.02	71.23	86.35
II	74.23	83.84	56.91	78.36	67.58
III	85.96	87.45	76.96	83.68	106.40
IV	99.84	100.9	79.42	99.5	106.75
V	137	137.1	125.4	136.8	212.35
Total	118.4	121.9	73.63	120.7	88.61

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza.

Las medidas de desigualdad de la tasa de mortalidad por neumonía se muestran en el cuadro 22. La brecha absoluta entre quintiles a nivel nacional exhibe una diferencia absoluta de 54.62 muertes por cada cien mil habitantes, en términos relativos, la tasa en el quintil V es de 0.60 veces mayor que la tasa en el quintil I. La tendencia es similar en los otros ámbitos de análisis, empero se destaca la brecha absoluta en municipios más indígenas con un valor de 126 muertes más por neumonía en el quintil V (menos pobreza) por cada 100,000 individuos.

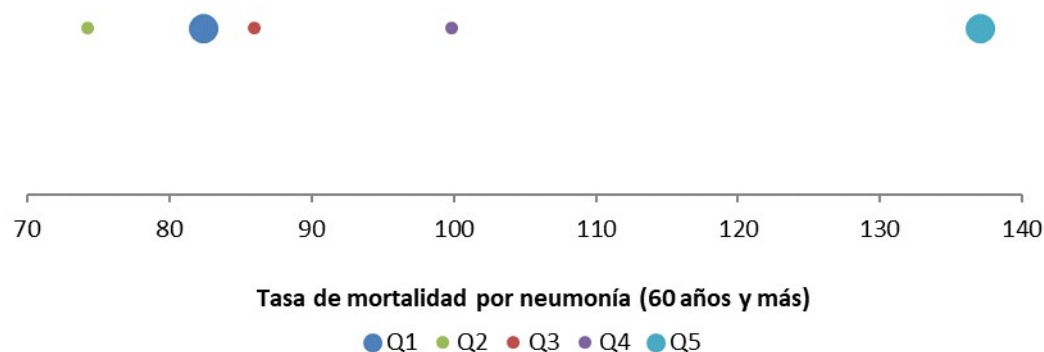
El IDP únicamente muestra una tasa de mortalidad por neumonía en el municipio con mayor concentración de pobreza a nivel nacional, la tasa es de 9.28 defunciones más respecto al municipio con menor concentración de la pobreza. En áreas con menor porcentaje de población indígena la tasa denota el valor mayor con una diferencia de 123.88 muertes por cada 100,000 individuos.

Cuadro 22. Medidas de desigualdad de la tasa de mortalidad por neumonía para la población de 60 años y más, 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	54.62	50.02	46.38	65.57	126
p de la brecha	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000
Brecha relativa	0.60	0.64	0.63	0.52	0.41
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-9.28	98.37	53.87	123.88	48.82

Los datos de la brecha absoluta a nivel nacional para la tasa de mortalidad por neumonía se muestran en la figura 10. De la misma forma que en la tasa anterior analizada, la característica que resalta es que hay una mayor afección de esta causa de mortalidad en el quintil V (menor pobreza). El quintil II tiene la menor tasa de mortalidad por neumonía (74 muertes por cada 100, 000 habitantes). A nivel mundial la tercera parte de las muertes en personas mayores de 65 años se deben a causa infecciosa, estimándose que casi el 90% son por cuadros neumónicos (Giannattasio, Miranda y Zavala, 2004).

Figura 10. Brecha absoluta en la tasa de mortalidad por neumonía para la población de 60 años y más según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



"Análisis considerando deciles de pobreza"

Un abordaje alternativo fue realizado en el contexto del ONIS por la Facultad de Medicina de la UNAM (Gonzalez, 2018). Este abordaje partió de tasas de mortalidad por las principales enfermedades de cada uno de los grupos epidemiológicos⁹ por cada uno de los 2,446 municipios del país organizados en 10 grupos en función del porcentaje de personas en situación de pobreza y en función de si cuentan con una población por arriba o debajo de 250 mil habitantes. El estudio se basa en información del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y la base de datos de mortalidad de la Secretaría de Salud. Los resultados referentes a la temática antes descrita se muestran a continuación.

a) Mortalidad por enfermedades del grupo I

Las enfermedades derivadas de un déficit nutricional y las transmisibles siguen siendo un grave problema derivado de la desigualdad e inequidad social en

⁹ "Se seleccionaron las principales causas de muerte de cada uno de los tres grandes grupos de la clasificación del estudio Global Burden of Disease (Murray, 1997), mismas que se siguen usando hasta la fecha: Grupo I: maternales, por déficit nutricional y transmisibles, Grupo II: No transmisibles, y Grupo III: Lesiones, codificadas en la base de datos de mortalidad de la SS" (González, 2018: 47).

nuestro país. En el terreno de las enfermedades transmisibles se tiene que, según las medidas de asociación calculadas (cuadro 23), la mortalidad por gastroenteritis infecciosa es 5.1 veces más frecuente en los municipios más pobres con relación a los menos pobres, y contribuye con 5.1% del total de años de vida perdidos (en comparación con 0.5% en los menos pobres). La edad promedio a la muerte por diarrea es mucho menor, lo que habla de que en los municipios pobres afecta mucho más a los niños, y en los menos pobres a los viejos. La mortalidad por tuberculosis sigue el mismo patrón, es 6.8 veces más frecuente en los municipios con más pobres que en aquellos con menos. Y la mortalidad por VIH es mayor en municipios con pobreza entre 20 y 69 % de la población que, en los grupos menores o mayores a este límite, los cuales, son municipios menores a 250 mil habitantes. No se calcularon intervalos de confianza para establecer en qué rangos estarían los valores poblacionales, pues se trata de datos de toda la población que no requieren estimación.

La muerte por desnutrición sigue siendo un problema que afecta a niños y a ancianos en nuestro país, y es también reflejo de la desigualdad e inequidad, la muerte por desnutrición se presenta 16.9 veces más frecuentemente en los municipios más pobres del país en comparación a los menos pobres.

Cuadro 23. Mortalidad por algunas enfermedades transmisibles del grupo I. México 2015.

Tasa de mortalidad estandarizada por 100,000				
Proporción de la población municipal en situación de pobreza	Diarrea y gastroenteritis infecciosa	Tuberculosis todas sus formas	Desnutrición	VIH
Menos de 10	2.65	0.47	0.87	2.90
Entre 10 y 19	2.42	2.11	1.92	4.62
Entre 20 y 29	2.61	2.24	3.68	5.30
Entre 30 y 39	2.27	1.28	3.74	4.51
Entre 40 y 49	2.57	1.31	4.86	4.44
Entre 50 y 59	2.25	1.41	5.85	4.37
Entre 60 y 69	3.06	1.45	6.84	3.85
Entre 70 y 79	2.94	1.39	8.64	3.51
Entre 80 y 89	3.64	2.08	10.62	3.08
Entre 90 y 100	13.50	3.16	14.80	2.05
Razón grupo 10/gpo 1	5.09	6.72	17.01	1.33 Grupo 8/1

Fuente: González, 2018

b) Mortalidad por enfermedades del grupo II

El crecimiento en la incidencia y mortalidad por enfermedades no transmisibles en México al parecer ha afectado inicialmente a los grupos urbanos de manera socialmente semejante (cuadro 24). Esto sigue así para los casos de las defunciones por infarto del miocardio, enfermedad vascular cerebral y el cáncer de pulmón. Pero es posible distinguir diferencias sociales de consideración en el caso de la diabetes mellitus y de la hipertensión. La diabetes es hoy la principal causa de muerte en México y se distribuye de manera social diferencial; en los municipios con 250 mil o más habitantes es 1.94 veces más frecuente que en los municipios más pobres, y en aquellos con menos de 250 mil es 2.04 veces más frecuente que en el grupo 7 en relación con el 1; pero es solo 1.3 veces más alta en el grupo 10 con relación al grupo 1. Destaca en la diabetes que la edad a la muerte es considerablemente menor en el grupo 10 (más pobreza) que en el 1 (menos pobreza): 65 contra 73 años.

Cuadro 24. Mortalidad por algunas enfermedades no transmisibles (Grupo II).

Tasa de mortalidad estandarizada por 100,000				
Proporción de la población municipal en situación de pobreza	Diabetes mellitus	Enfermedad isquémica del corazón	Hipertensión arterial	Enfermedad alcohólica del hígado
Menos de 10	49.49	74.28	11.74	2.77
Entre 10 y 19	64.53	77.58	13.64	4.17
Entre 20 y 29	66.78	67.10	15.73	5.83
Entre 30 y 39	75.73	63.19	16.55	7.16
Entre 40 y 49	78.56	62.60	17.67	8.40
Entre 50 y 59	82.08	61.75	17.97	11.26
Entre 60 y 69	79.83	63.17	17.59	13.59
Entre 70 y 79	76.73	59.72	19.69	17.29
Entre 80 y 89	61.76	56.23	19.62	14.82
Entre 90 y 100	48.86	54.99	21.28	16.45
Razón grupo 10/gpo 1	Grupo 6 a 1 1.65*	0.74	1.85	5.93

Fuente: González, 2018

c) Mortalidad por enfermedades del grupo III

La mortalidad por accidentes de transporte presenta también un gradiente social desventajoso para los municipios con más pobreza del grupo 1 hacia el 7 en el conjunto de municipios mayores a 250 mil habitantes, siendo 5.71 veces mayor (ver cuadro 25). En los grupos de municipios con niveles más altos de pobreza (8, 9 y 10), que están todos ellos en el grupo de municipios menores a 250 mil habitantes, la mortalidad por este tipo de accidentes es menor, tal vez por no tener acceso a grandes vialidades. Un comportamiento semejante se presenta con las muertes por agresión, siendo éstas 5.65 veces más frecuentes en el grupo 6 que en el 1. En el caso del suicidio no se observa una tendencia ascendente, aunque el grupo 1 (aquel con menor pobreza) tiene una tasa estandarizada de mortalidad 66% menor a la media nacional.

Cuadro 25. Mortalidad por lesiones (grupo III) según grupo de pobreza del municipio.

Tasa de mortalidad estandarizada por 100,000			
Proporción de la población municipal en situación de pobreza	Accidentes en transporte	Agresiones	Suicidio
Menos de 10	5.31	8.04	1.76
Entre 10 y 19	10.11	11.74	5.68
Entre 20 y 29	12.01	16.46	5.89
Entre 30 y 39	13.50	13.67	5.52
Entre 40 y 49	14.62	16.18	5.05
Entre 50 y 59	15.94	22.71	4.79
Entre 60 y 69	14.92	18.25	5.28
Entre 70 y 79	13.61	12.84	4.28
Entre 80 y 89	11.68	20.50	4.53
Entre 90 y 100	7.72	18.83	5.13
Razón grupo 10/gpo 1	Grupo 7 a 1 2.81	Grupo 9/ gpo 1 2.55	2.91

Fuente: González, 2018

Acceso y calidad de los servicios de salud

Población con carencia por acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud es un elemento primordial que brinda los elementos necesarios para el adecuado funcionamiento físico y mental de las personas, familias y comunidades.

El Artículo 4º de la Constitución establece que todos los mexicanos tienen derecho a la protección de la salud. En términos de la Ley General de Salud (LGS), este derecho constitucional se refiere al derecho de todos los mexicanos a contar con acceso a las instituciones de seguridad social o bien a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis1 de la LGS). El indicador toma en consideración que las personas cuenten con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna de las siguientes instituciones o programas de salud:

- Seguro Popular.
- Servicios médicos del IMSS.
- Servicios médicos del ISSSTE o ISSSTE estatal.
- Servicios médicos de Pemex, Ejército, Marina u otra institución pública o privada.

Por tanto, la persona se considera como no carente sólo si cuenta con adscripción o filiación directa o indirectamente a alguna de las instituciones o programas referidos.

La medición de este indicador considera el número de personas en situación de carencia por acceso a los servicios de salud entre el total de la población, multiplicado por 100. Los datos son ofrecidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). La importancia de este indicador estriba en que ofrece una medición a la población sin acceso a los servicios de salud.

En el cuadro 26 se presentan los datos resultado del porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud de la población por quintil de municipios para 2015. Los datos muestran que el quintil IV tiene una media mayor en este porcentaje que el resto de los quintiles, 17.63 por ciento de la población que no cuenta con adscripción o acceso para recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados. El mayor promedio de población con carencia por acceso a los servicios de salud en los ámbitos analizados se concentra en quintiles con menor pobreza IV y V.

Cuadro 26. Media del porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	13.11	13.83	12.51	11.97	13.44
II	14.31	15.95	10.67	15.42	12.46
III	16.48	17.06	12.56	16.8	13.83
IV	17.63	17.83	12.39	17.64	17.36
V	17.07	17.09	13.2	17.08	14.50
Total	16.79	17.11	11.95	17.04	13.68

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza.

Respecto a la brecha entre quintiles (I y V) a nivel nacional, hay una diferencia absoluta de 3.96 que representaría casi 4 personas más sin acceso a servicios de salud en el quintil V, respecto al quintil I. En términos relativos, el porcentaje en el quintil V es 0.77 veces mayor que el porcentaje en el quintil I (ver cuadro 27). El mayor acceso a los servicios en quintiles considerados pobres (I y II) puede estar asociado con la expansión de la cobertura del Seguro Popular. La brecha absoluta en todos los ámbitos analizados muestra un mayor porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud en los quintiles menos pobres, la brecha mayor es de 5.11% más de población con esta carencia en áreas menos indígenas.

Respecto al IDP a nivel nacional se estimó que la diferencia en el porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de población en pobreza es de 15.33%.

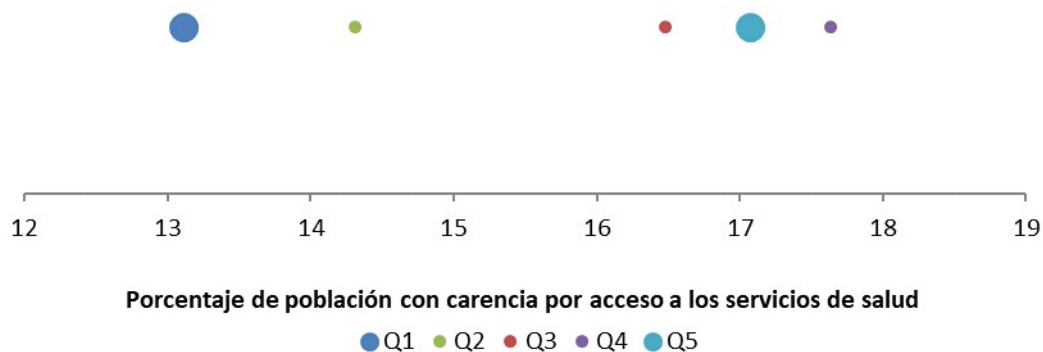
El IDP respecto al ámbito de residencia resultó en que la diferencia en el porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud entre el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y el municipio con menor porcentaje de población en pobreza es de 1.80% y 0.50%, el primer valor para áreas menos rurales y concentrado en el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y, el segundo valor para áreas más rurales y concentrado en el municipio con menor porcentaje de población en pobreza. En cuanto a la estratificación considerando el porcentaje de población indígena, el IDP tiene un valor de 37.39% de población con carencia por acceso a los servicios de salud para el municipio con mayor porcentaje de población en pobreza y menor porcentaje de población indígena, este es el IDP más alto.

Cuadro 27. Medidas de desigualdad del porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud, 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	3.96	3.26	0.69	5.11	1.06
p de la brecha	0.000	0.002	0.461	0.000	0.457
Brecha relativa	0.77	0.81	0.95	0.70	0.93
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-15.33	-1.80	0.50	-37.39	3.81

La brecha absoluta para el porcentaje analizado a nivel nacional se muestra en la figura 11. En ella se observa que fuera de la brecha entre el quintil I y V se encuentra el quintil IV que como se mencionó tiene una media de 17.63%. Respecto a que los quintiles con menor pobreza (IV y V) tienen en promedio un mayor porcentaje con carencia a los servicios de salud.

Figura 11. Brecha absoluta del porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



Población con carencia por acceso a la seguridad social

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), menciona que la seguridad social puede ser definida como el conjunto de mecanismos diseñados para garantizar los medios de subsistencia de los individuos y sus familias ante eventualidades como accidentes, enfermedades, la vejez o el embarazo. No tener acceso a los servicios de protección social vulnera la capacidad de los individuos para enfrentar contingencias que pueden disminuir de modo significativo su nivel de vida y el de sus familias (CONEVAL, 2018).

La seguridad social se encuentra consagrada en el Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, relativo al trabajo, dentro del cual se definen coberturas sociales mínimas que deben otorgarse a los trabajadores y a sus familias.

El indicador toma en consideración los siguientes elementos:

1. Que la población económicamente activa (PEA) asalariada tenga todas y cada una de las siguientes prestaciones laborales:

- Servicio médico en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal o PEMEX;
- Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) o inscripción a una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE), e
- Incapacidad laboral con goce de sueldo.

2. Que la población trabajadora no asalariada o independiente tenga como prestación laboral o contratación voluntaria los siguientes dos beneficios:

- Servicios médicos en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal o PEMEX, y
- Disona de SAR o inscripción a una AFORE.

3. Que la persona reciba jubilación o pensión, independientemente de su edad.

4. Que las personas de 65 años y más sean beneficiarias de algún programa de adultos mayores de transferencias monetarias.

5. Que las siguientes personas con parentesco directo con algún familiar, con acceso a la seguridad social, tengan derecho a recibir servicios médicos:

- Jefe de hogar o cónyuge que no pertenezca a la PEA;
- Ascendientes: padre, madre o suegros del jefe de hogar o cónyuge que no pertenezcan a la PEA.
- Descendientes: hijos menores de dieciséis años, o hijos entre 16 y 25 años que estén estudiando y
- Las personas que gozan de alguna jubilación, pensión o que reciben servicios médicos en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal o PEMEX por parte de algún familiar, o como consecuencia de muerte de una persona asegurada o por contratación.

Por tanto, las personas no presentan carencia en el acceso a la seguridad social si, de acuerdo con su edad, condición laboral o parentesco con personas con acceso, cuentan con las prestaciones mencionadas anteriormente.

La medición de este indicador considera el número de personas en situación de carencia por acceso a los servicios de seguridad social entre el total de la población, multiplicado por 100. Los datos son ofrecidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). La importancia de este indicador estriba en que ofrece una medición a la población sin acceso a los servicios de seguridad social.

En el cuadro 28 se detallan los datos resultado del porcentaje de población con carencia por acceso a la seguridad social de la población por quintil de municipios para 2015. La información ofrece un panorama en el cual los quintiles con mayor pobreza (I y II) tienen los porcentajes más altos con población que carece de acceso a la seguridad social (89.1 y 85.7 respectivamente). En los municipios pertenecientes al quintil donde hay mayor pobreza casi nueve de cada 10 personas carecen de seguridad social. En los otros ámbitos de análisis la tendencia es similar, el quintil I (mayor pobreza) tiene un mayor porcentaje de población con carencia por acceso a la seguridad social.

Cuadro 28. Media del porcentaje de población con carencia por acceso a la seguridad social según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	89.15	89.77	88.62	88.82	89.25
II	85.77	86.09	85.11	86	85.42
III	79.86	79.16	84.62	79.88	79.64
IV	68.19	67.84	77.27	68.09	69.97
V	44.33	44.2	69.22	44.29	53.60
Total	56.78	54.92	84.45	54.68	83.07

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza

Sobre las medidas de desigualdad, estas se exponen en el cuadro 29. La brecha absoluta entre quintiles (I y V) a nivel nacional es de 44.82% de población con carencia por acceso a la seguridad social entre el grupo más afectado y el grupo menos afectado. En otras palabras, se expresa la diferencia entre la carencia en el acceso a la seguridad social del grupo social de mayor pobreza (quintil I), comparado con el grupo social de menor pobreza (quintil V). En términos relativos, el porcentaje en el quintil I es 2.01 veces mayor que el porcentaje en el quintil V. La tendencia anterior es similar en los otros ámbitos de análisis.

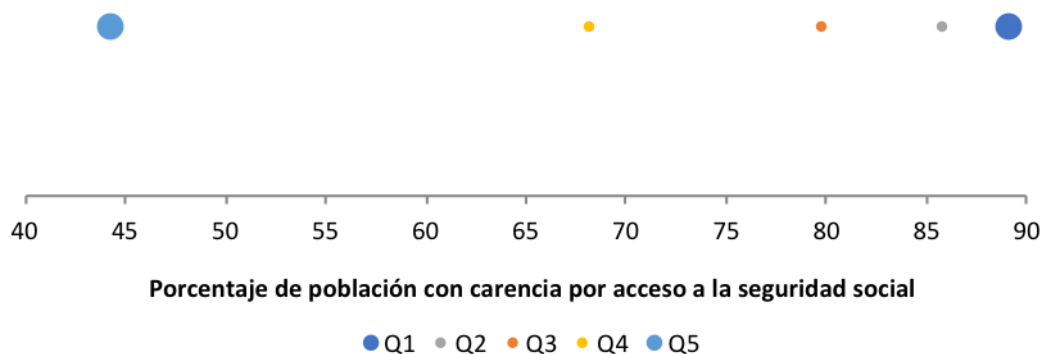
El IDP es negativo en todos los ámbitos analizados, lo cual denota un mayor porcentaje de población con carencia en el acceso a la seguridad social en el municipio con mayor concentración de pobreza. El IDP a nivel nacional muestra una diferencia del 81.76% entre los quintiles I y V.

Cuadro 29. Medidas de desigualdad del porcentaje de población con carencia por acceso a la seguridad social, 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	-44.82	-45.57	-19.4	-44.53	-35.64
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Brecha relativa	2.01	2.03	1.28	2.01	1.66
p de la brecha	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
IDP	-81.76	-79.34	-28.84	-53.45	-43.60

Por otra parte, la figura 12 muestra de forma gráfica la brecha absoluta nacional de este porcentaje, en la cual es posible ver en el extremo izquierdo el quintil V, con el menor porcentaje de carencia de acceso a la seguridad social, la tendencia del resto de los quintiles es superior al 50%. Lo anterior, sin duda se vincula al acceso al empleo formal que tiene la población que se ubica en municipios con menor pobreza.

Figura 12. Brecha absoluta del porcentaje de población con carencia por acceso a la seguridad social según quintil de pobreza a nivel municipal, 2015.



La medición de desigualdades en las dos carencias sociales relacionadas con salud que forman parte de la medición de pobreza multidimensional en México señalan que en tanto que la afiliación a servicios de salud se ha incrementado de forma importante en el país –fundamentalmente vía el Seguro Popular—lo que se traduce en una mayor cobertura relativa de aseguramiento en los municipios con mayor concentración de pobreza con relación a los de menor concentración de pobreza, la situación se invierte con lo que respecta a la carencia por acceso a la seguridad social, la cual es significativamente mayor en los municipios con mayor concentración de pobreza.

Presencia de hospitales de segundo nivel por municipio

El objetivo de este indicador es mostrar la distribución de los servicios de salud pública que cada institución de salud ofrece en los municipios en México. Para ello se toma como referencia la presencia o ausencia de un hospital de segundo nivel en los municipios de México.

La información proviene de la Secretaría de Salud, en tanto que todas las instituciones públicas mantienen un registro actualizado de su infraestructura de servicios y las áreas geográficas de referencia. Por unidad médica de segundo nivel se considera la atención en salud que se brinda esencialmente en hospitales, con servicios ambulatorios y de internamiento a cargo de médicos especialistas, cada institución pública conforma su propia red.

Los datos sobre la presencia de hospitales de segundo nivel en el país se muestran en el cuadro 30 según municipios por quintil. La información muestra que la presencia de hospitales es más amplia en municipios con menor pobreza, claramente asociado a zonas urbanas de mayor ingreso. Por otra parte los municipios con mayor pobreza (quintil I) presentan la menor media 0.23 por municipio. Los datos tienden a demostrar que hay una desigual distribución de los recursos de salud, y seguramente, un desorden territorial en dicha distribución, ya que existe alta concentración en zonas urbanas. El análisis demuestra como el espacio juega un papel fundamental como estructurador en la aplicación de políticas de salud además, de que es un factor clave en la planificación de los mismos. En municipios más rurales el promedio de presencia de hospitales es mínimo 0.12 para municipios ubicados en el quintil I (mayor pobreza).

Cuadro 30. Media de la presencia de hospitales de segundo nivel según quintil de pobreza a nivel municipal, ámbito de residencia y población indígena, 2015.

Quintil de concentración de pobreza**	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
I	0.23	0.35	0.12	0.18	0.24
II	0.45	0.43	0.47	0.41	0.51
III	0.62	0.67	0.28	0.61	0.66
IV	0.68	0.69	0.23	0.67	0.71
V	0.87	0.87	0.00	0.87	0.42
Total	0.76	0.79	0.27	0.78	0.45

*N=2415; **Se refiere a municipios categorizados de acuerdo con el porcentaje de población en situación de pobreza, con el quintil I incluyendo al 20% de los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza.

Las medidas de desigualdad de la presencia de hospitales de segundo nivel se muestran en el cuadro 31. La brecha a nivel nacional es de 0.643 más hospitales de segundo nivel en el quintil V respecto al quintil I. La tendencia es la misma en

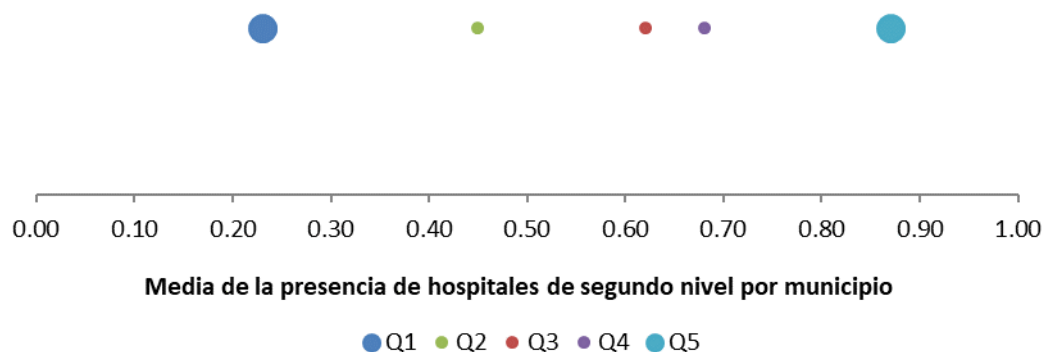
los otros ámbitos de análisis, únicamente es diferente en municipios más rurales, sin embargo como la p de la brecha absoluta y relativa son mayores de 0.5 se puede decir que la brecha no es estadísticamente significativa.

Cuadro 31. Medidas de desigualdad de la presencia de hospitales de segundo nivel, 2015.

Brechas de desigualdad	Municipios en México, 2015*				
	Nacional	Menos rurales	Más rurales	Menos indígenas	Más indígenas
Brecha absoluta	0.643	0.52	-0.12	0.69	0.18
p de la brecha	0.000	0.000	0.065	0.000	0.093
Brecha relativa	0.26	0.40	0.00	0.21	0.57
p de la brecha	0.000	0.000	1	0.066	0.000
IDP	-0.17	0.71	0.04	-0.64	0.43

En la figura 13, se muestran las brechas de desigualdad según la media de un hospital de segundo nivel como se observa a mayor pobreza (quintil I) la presencia promedio es menor, a menor pobreza (quintil V) la presencia es mayor.

Figura 13. Brecha absoluta de la presencia de hospitales de segundo nivel por municipio, 2015.



Con el objetivo de considerar la calidad de los servicios de salud se muestran, como indicadores comparables, las defunciones por egreso hospitalario consideradas en el conglomerado anterior. Los indicadores considerados se analizan a continuación, sin embargo, como los datos provienen de hospitales y la existencia de datos responde únicamente a municipios con estos, no se analizan las estratificaciones de ámbito de residencia y porcentaje de población indígena.

Tasa de mortalidad general hospitalaria.

Los resultados sobre la mortalidad general para la población se presentan con información de egresos hospitalarios reportados por las unidades médicas públicas para 2015. Los datos se presentan como tasa de mortalidad por cada mil egresos hospitalarios, la información se presenta en el cuadro 32, la brecha absoluta es de 14 muertes por cada 1000 egresos entre los quintiles I y V. El quintil V (menor pobreza) reporta mayor ocurrencia con 28 muertes por cada 1000 egresos, en la brecha opuesta el quintil I (mayor pobreza) es el que reporta la menor tasa con 14 muertes por cada 1000 egresos. La brecha relativa entre quintiles (I y V) es de 0.5 veces mayor en el quintil V. Las brechas son significativas al 95%. Lo anterior puede deberse a la diferencia en el acceso a servicios de salud, por ello el quintil menos pobre (quintil V) es el que manifiesta una media mayor.

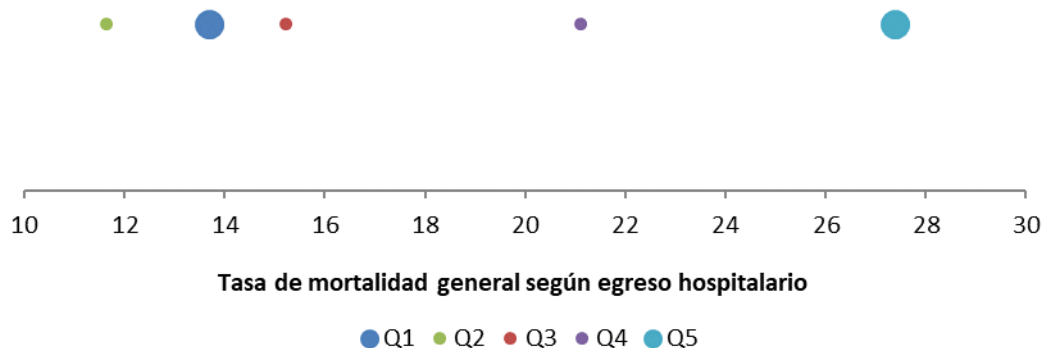
Cuadro 32. Media de la tasa de mortalidad general según egreso hospitalario y quintil de pobreza, 2015.

Quintil de pobreza	2015*	
	Media	Desviación estándar
I	13.69	16.29
II	11.64	11.66
III	15.23	10.75
IV	21.1	13.57
V	27.38	11.69
Total	24.55	12.89

*N=643

La figura 14 presenta las brechas analizadas evidenciando un patrón según quintil de pertenencia. El quintil II es el que presenta la menor tasa general de mortalidad con 12 muertes por cada 1000 egresos. Los quintiles con menor pobreza (IV y V) muestran una mayor tasa general de mortalidad hospitalaria.

Figura 14. Brecha absoluta de la tasa de mortalidad general por egreso hospitalario, según quintil de pobreza, 2015.



Tasa de mortalidad hospitalaria por Diabetes Mellitus tipo 2 en población de 45 años y más.

Los resultados sobre la mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 para la población de 45 años y más, también se presentan con información de egresos hospitalarios reportados por las unidades médicas públicas para 2015. Los datos se presentan como tasa de mortalidad por cada mil egresos hospitalarios, la información se presenta en el cuadro 33, la brecha absoluta es de 5 muertes por cada 1000 egresos entre los quintiles I y V. El quintil I (mayor pobreza) reporta menor ocurrencia con 1 muerte, en la brecha opuesta el quintil V (menor pobreza) es el que reporta la mayor tasa con 6 muertes por cada 1000 egresos.

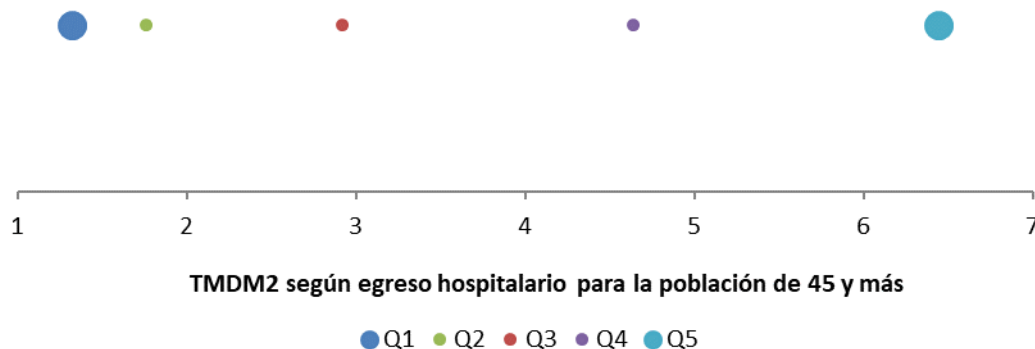
Cuadro 33. Media de la tasa de mortalidad hospitalaria por diabetes mellitus 2 para la población de 45 años y más, según quintil de pobreza, 2015.

Quintil de pobreza	2015*	
	Media	Desviación estándar
I	1.32	2.6
II	1.76	3.42
III	2.92	3.78
IV	4.64	4.03
V	6.44	4.94
Total	5.69	4.85

*N=622

La figura 15 presenta las brechas analizadas evidenciando un patrón según quintil de pertenencia. La brecha se distingue por que los extremos son los quintiles I y V lo cual evidencia un patrón según la pobreza de los municipios analizados.

Figura 15. Brecha absoluta de la tasa de mortalidad hospitalaria por DM 2 para la población de 45 años y más, según quintil de pobreza, 2015.



Tasa de mortalidad hospitalaria por infarto agudo al miocardio (IAM) en población de 45 años y más.

Los resultados sobre la mortalidad hospitalaria por IAM para la población de 45 años y más, también se presentan con información de egresos hospitalarios reportados por las unidades médicas públicas, para 2015. Los datos se presentan como tasa de mortalidad por cada 1000 egresos hospitalarios, la información se presenta en el cuadro 34, la brecha absoluta es de 63 muertes por cada 1000 egresos entre los quintiles I y V. El quintil I (mayor pobreza) reporta mayor ocurrencia con 95 muertes por cada 1000 egresos, en el extremo opuesto el quintil V (menor pobreza) es el que reporta la menor tasa con 32 muertes por cada 1000 egresos. La brecha relativa entre quintiles (I y V) es de 2.9 veces mayor en el quintil V. Las brechas son significativas al 95%. Los resultados pueden reflejar el acceso tardío para los quintiles más bajos, lo que reduce la probabilidad de sobrevivir al IAM.

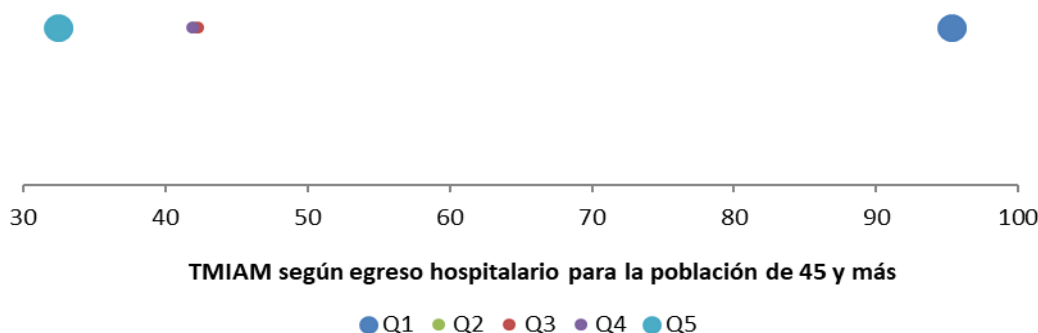
Cuadro 34. Media de la tasa de mortalidad hospitalaria por IAM para la población de 45 años y más, según quintil de pobreza, 2015.

Quintil de pobreza	2015*	
	Media	Desviación estándar
I	95.31	23.15
II	42.02	39.16
III	42.23	32.8
IV	41.94	29.15
V	32.45	17.07
Total	34.76	21.62

*N=429

La figura 16 presenta las brechas analizadas evidenciando un patrón según quintil de pertenencia. En esta los quintiles I y V son los extremos de la brecha pero existe una media muy similar entre los quintiles II, III, y IV, lo cual muestra una diferencia aún mas significativa entre los quintiles I y V.

Figura 16. Brecha absoluta de la tasa de mortalidad hospitalaria por IAM para la población de 45 años y más según quintil de pobreza, 2015.



El análisis con relación a servicios hospitalarios lo que muestra es que la probabilidad de acceder a atención hospitalaria se reduce para quienes residen en los municipios con mayor concentración de pobreza, en tanto que la mortalidad en los hospitales no parece relacionarse con la situación de pobreza en el municipio en el que se ubican, si bien destaca que la mortalidad por IAM, medida de calidad del desempeño hospitalario, es mayor en hospitales en municipios con mayor concentración de pobreza.

CONCLUSIONES

La heterogeneidad en el acceso a servicios de salud y, en consecuencia, en resultados sanitarios, es claramente un obstáculo para superar la pobreza y alcanzar el desarrollo sostenible que se busca en cualquier sociedad. Este reporte se enfoca en visibilizar en particular las diferencias en resultados sanitarios entre la población de acuerdo a la concentración de pobreza en el municipio de residencia.

La salud adquiere un papel fundamental en la medición multidimensional de la pobreza, toda vez que es una condición básica para la población, y su ausencia obstaculiza de manera importante el desarrollo y fortalecimiento de otros aspectos que condicionan un estado de bienestar mínimo (tales como el ingreso económico per-cápita, el rezago educativo, y el acceso a servicios básicos), en términos de la política pública.

De los diferentes indicadores analizados se concluye que entre quienes residen en los municipios con mayor concentración de pobreza en México se observa una mayor probabilidad de muerte tanto de forma general como materna, infantil, y de menores de 5 años, así como una mayor fecundidad general y entre adolescentes.

Este resultado señala una clara división del país entre quienes viven en las condiciones pre-transición demográfica y epidemiológica, y quienes han pasado ya por la misma en función del municipio de residencia, lo que se ha denominado una transición disonante en el país (Gómez-Dantés et al, 2016)

Las desigualdades identificadas ocurren en un contexto en el que en lo general se ha mejorado tanto el acceso como los resultados en salud, si bien justamente la presencia de desigualdades enmascara que este progreso no ha sido equivalente para toda la población y que, incluso, en algunos casos las diferencias se han hecho aún mayores, en particular en lo que se refiere a los resultados (Gutiérrez et al, 2016).

Las diferencias observadas en resultados de salud entre la población en los diferentes municipios ordenados por concentración de pobreza reflejan en lo general la inequidad social. Esto es, no están dadas de forma determinante por las diferencias entre los establecimientos de salud —aunque estas también contribuyen— sino por las diferencias en ingreso y condiciones generales de vida, esto es, los llamados determinantes sociales de la salud.

De forma central ello implica que el abordaje para cerrar las brechas en resultados de salud y en acceso a servicios de salud requiere una mirada integral sobre el bienestar, y no circunscrita a lo que es posible realizar desde los establecimientos de salud.

Considerando el estratificador utilizado, población en pobreza, es claro que las desigualdades analizadas son evitables e injustas, es decir, inequidades. Así, la información presentada ofrece un panorama inicial y preliminar al análisis de las inequidades en el acceso a la salud en México, según estratificadores considerados. Los datos expuestos dan cuenta de brechas importantes por nivel socioeconómico, lo que refleja una problemática asociada al nivel de ingresos y un correspondiente mayor o menor grado de salud de las poblaciones.

Las diferencias entre grupos sociales son a menudo importantes. En el análisis que consideró grados de pobreza en los municipios del país y la situación de ciertos indicadores en salud, los resultados generales denotan brechas relevantes entre grupos clasificados por nivel de pobreza. Por ejemplo, examinando la Tasa Global de Fecundidad para el año 2015 y distinguiendo por el nivel de pobreza en los municipios, el quintil con mayor TGF es el que tiene mayor pobreza (quintil I) con una media de 3.3 nacidos vivos por cada mil mujeres, como contraparte el quintil menos pobre (quintil V) presenta la TGF menor con 1.9 nacidos vivos.

Respecto a la Tasa de Mortalidad Infantil, para 2015 comparando con estimaciones previas de 2010 (no mostradas en este documento) se observó una reducción de la media general de la TMI en el quinquenio. Sin embargo, para los quintiles con mayor pobreza (I y II) la media se mantiene en 27.4 para el quintil II, y aumenta en 0.19 (34.4) para el quintil I. Lo anterior, muestra de manera general, una asociación de las muertes infantiles a mayor grado de pobreza.

Al analizar la mortalidad por DM2 se encontraron resultados que indican la complejidad intrínseca de un problema que tiene tanto un importante componente biológico como uno social. La mayor mortalidad en los grupos con menor pobreza (III - V) en locaciones menos rurales indica hacia el cambio social vinculado con el ingreso y el acceso a condiciones cambiantes en cuanto a alimentación y consumo de otros productos. De igual forma se puede observar el exceso de mortalidad en los quintiles III y IV como retos en el acceso efectivo a servicios de salud vinculados al ingreso.

En forma similar al observar el resultado del análisis de mortalidad por IAM encontramos una mayor concentración en los quintiles con menor pobreza (quintil V) lo cual puede ser correlacionado con el fenómeno de transición disonante en las poblaciones. Sin embargo, en el análisis de la mortalidad hospitalaria por IAM se observa un claro problema de acceso efectivo a servicios de salud para las poblaciones con mayor pobreza (quintil I).

Si bien hoy la esperanza de vida es 14 años mayor que la de 1970, como se ha señalado en el documento, persisten distintas problemáticas asociadas principalmente a desigualdades en el acceso y la cobertura de los servicios de salud. Estas desigualdades están relacionadas a factores sociales, incluyendo género, edad, etnicidad, ingreso, educación, entre otros.

Estas desigualdades documentadas impactan directamente tanto en la equidad en el estado de salud como en la equidad en la atención a la salud. La equidad en el estado de salud implica que todos los mexicanos tengan la misma oportunidad de desarrollar su pleno potencial de salud y corresponde a la inexistencia de diferencias/desigualdades evitables en los riesgos, morbilidad y mortalidad entre grupos poblacionales. En tanto, la equidad en el acceso a la salud puede definirse como la igualdad de acceso y uso de servicios de salud para quienes tengan iguales necesidades de salud, independientemente de su capacidad de pago.

Este abordaje desde el sector salud requiere un modelo de atención con un enfoque en las acciones en la comunidad; la promoción y prevención de la salud en la acción cotidiana de las personas, con enfoque multicultural y de género.

Cerrar las brechas implica desde la perspectiva de bienestar enfocarse en las poblaciones vulnerables para mejorar sus capacidades para el cuidado de la salud, promoviendo la adopción por parte de las comunidades de las acciones.

Ciertamente ello no implica descuidar los servicios de atención; el modelo basado en APS-I implica que exista una oferta de servicios centrada en las personas, sus familias y las comunidades, con capacidad resolutoria, adecuada y conveniente para la población.

La heterogeneidad en resultados hospitalarios y en la distribución de los hospitales en el país señala la urgencia de un modelo de atención con herramientas para fortalecer la calidad de la atención a través de la evaluación del desempeño de los profesionales y los establecimientos, y medidas claras para promover la mejora.

Como todo primer informe de una materia compleja como la desigualdad en salud, resulta prudente destacar también las limitaciones metodológicas que sin duda pueden afectar la obtención de resultados. Destaca el origen de fuentes diversas y con las limitaciones propias de los registros administrativos, que podrían incluir un subregistro diferencial por tipo de municipio. No obstante, en la actualidad los datos empleados corresponden a los de mayor calidad disponibles. De igual forma resulta en una limitante el haber empleado los niveles de pobreza 2015, mismos que podrían haberse modificado en la actualidad, sin embargo esta medición corresponde a la última disponible a nivel municipal.

En el camino para construir un primer acercamiento a la medición de la desigualdad/inequidad en salud existió importante debate, dudas y discusión que probablemente continúen enriqueciendo el trabajo del Observatorio y reportes subsecuentes. La brecha en el conocimiento de las desigualdades y los factores condicionantes es aún grande y el compromiso debe ser absoluto para construir no solo la agenda enfocada a su medición sino también las políticas enfocadas a su solución.

Como se mencionó al inicio del documento los datos no son exhaustivos y se puede ampliar el análisis a otros indicadores para su incorporación a los conglomerados propuestos. De igual forma se ha demostrado que diferentes enfoques en el análisis pueden arrojar luz a aspectos particulares de problemas complejos. La pretensión del documento es mostrar un panorama general e inicial que ofrece derroteros importantes para su análisis futuro. Lo importante es entender las vías causales que vinculan los factores sociales con la salud, lo cual puede ayudar a la planificación de intervenciones específicas y políticas públicas para el desarrollo social.

BIBLIOGRAFÍA

Arcaya, M., Arcaya, A. y Subramanian, V. (2015). *Inequalities in health: definitions, concepts, and theories*. *Glob Health Action*. 2015;8:27106. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), (2018). *La medición multidimensional de la pobreza en México*. (Revisado, octubre 2018).

Diderichsen, F., Evans T. y. (2002) Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans, T., Witehead, M, Diderichsen, F., Bhuiya, A. y Wirth, M., ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).

Giannattasio, J., Miranda, A. y Zavala, L. (2004) *Neumonía en el paciente mayor de sesenta años*. *Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires*. En: https://www.smiba.org.ar/revista/vol_04/04_04_04.htm (Revisado, octubre 2018).

Gómez-Dantés H, Fullman N, Lamadrid-Figueroa H, Cahuana-Hurtado L, Darney B, Avila-Burgos L, et al. *Dissonant health transition in the states of Mexico, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. *The Lancet*. 2016;388(10058):2386-402.

González, Rafael. (2018) *Inequidades en salud en México 2015-2016*. *Salud Problema*, segunda época, año 12, número 23, enero - junio 2018.

Gutiérrez, J., García-Saisó, S., Espinosa-de la Peña, R. y Balandrán, D. (2016). *Desigualdad en indicadores de resultados y acceso a la salud para niños en México: análisis de tres encuestas de salud*. *Salud Pública de México*, 58(6), 648-656. <https://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.7921>

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados*. (Revisado, octubre 2018).

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2016), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*, OECD Publishing, París. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2008). *Informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud*.

OMS, (2013) *The economic argument for social determinants of health and socially determined health inequalities*.

OMS, (2016) *Manual para el Monitoreo de las desigualdades en salud países de ingresos medios.*

OMS, (2016) *Global monitoring of action on the social determinants of health: a proposed framework and basket of core indicators, Consultation paper.* WHO.

OMS. (2018), Qué es la diabetes. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html

Organización panamericana de la salud (OPS) (2015). *Manual para el monitoreo de desigualdad en salud con enfoque especial en países de bajo y medio ingreso.*

Organización Panamericana de la Salud (2018). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas.* Washington, D.C.: OPS.

Marmot. M., Wilkinson R. (2001). *Social determinants of health: The Solid Facts.* WHO.

Marmot. M. (2016) *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.* Institute of Health Equity, Euro-WHO.

Mendoza, M., Padrón, A., Cossío, P., Soria, M. (2017). *Prevalencia mundial de la diabetes mellitus tipo II y su relación con el índice de desarrollo humano.* Revista Panamericana de Salud Pública. En: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34431/v41e1032017.pdf?sequence=1>

Ministerio de Sanidad y Política Social, (2010) *Hacia la Equidad en Salud: Monitorización de los determinantes Sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud,* España.

Whitehead M., Dahlgren G. (2016) *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up.* Euro-WHO. En: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

Zubillaga, G., Sánchez, E., Benavente, J., Ceciaga, E., Zamarreño, I., Zubillaga, E., y Sarasqueta, C. (2008). Neumonía en el anciano mayor de 80 años con ingreso hospitalario. *Anales de Medicina Interna*, 25(3), 117-121. Revisado: octubre de 2018, en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992008000300004&lng=es&tlng=es.

PRIMER INFORME SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD EN MÉXICO

Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS)

Primera Edición, 2019

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



PRIMER INFORME SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD EN MÉXICO

Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS)



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas