

LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN MÉXICO: EL ACCESO A LA SALUD

Grupo de trabajo No 19. Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impacto en la población

Carmen Zúñiga Trejo
Jesús Díaz Pedroza
Raúl Enrique Molina Salazar

RESUMEN

En México, los desafíos del sistema de salud se manifiestan por la falta de una cobertura universal e inadecuada, con un bajo financiamiento, así como por una marcada segmentación y exclusión en la prestación de los servicios de salud. Este estudio aborda el problema de acceso a la salud, como a un problema de exclusión social con base al enfoque de equidad en salud propuesto por el premio nobel de economía Amartya Sen (1998). Se examinan las diferencias en las condiciones de salud a nivel regional y en un periodo de tiempo amplio para ver cómo han afectado las crisis económicas a la salud y así medir el bienestar de los mexicanos bajo el modelo de la economía de mercado.

Palabras clave: Equidad, exclusión y mortalidad.

I. CONCEPTO DE EQUIDAD EN SALUD

La salud es un derecho humano y es un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Es por ello que la salud debe ser uno de los objetivos más importantes dentro del desarrollo económico, porque un mayor desarrollo económico, mejora las condiciones de salud de la población, y a la inversa, un mejor estado de salud promueve de modo natural un mayor desarrollo económico.

En México, a partir del gobierno cardenista, se tuvo una fuerte presencia estatal tanto en el aparato productivo como en la regulación. En este período, al amparo del paradigma keynesiano, se fortalece la política social y se crean las instituciones de seguridad social como eje articulador de las demandas sociales. Sin embargo, a finales del siglo XX, con la reorientación de la economía hacia las exportaciones se ha dado un alto a la promesa keynesiana en donde todos tendríamos empleo y seguridad social, y ahora nos encontramos en un mundo de precarización laboral y regresividad en la distribución del ingreso. La transición a la economía de mercado no ha funcionado, la ley económica de que la oferta es igual a la demanda no se ha cumplido, porque en el actual mundo globalizado existen gigantescas necesidades no satisfechas (Stiglitz, 2012).

En el siglo XXI existe la creciente preocupación por el bienestar y el progreso de las sociedades, los indicadores económicos usuales, son limitados a la hora de medir el progreso de las mismas, aunque no por eso dejan de tener importancia, sin embargo, la medición abarca un campo más amplio de indicadores que tienen que ver con el desarrollo económico, con el medio ambiente, con el ámbito social, etc.

El México actual requiere de inmediatas propuestas de políticas que sean para el bienestar de su sociedad, porque los mexicanos viven en una sociedad desigual e injusta, es decir, la inequidad a nivel nacional, entre y dentro de cada una de las regiones es inminente, los rezagos y brechas en educación, salud, ingresos personales, etc., son un hecho que hasta hoy en día afecta a todos los mexicanos.

Ante esta problemática se requiere el uso de nuevos indicadores que aporten información relevante acerca del bienestar y el progreso de la sociedad mexicana, con el fin de dirigir políticas con

equidad. Amartya Sen propone como indicador, las capacidades, que son una especie de libertad, es decir, la libertad que tienen las personas para alcanzar sus objetivos en la vida. Y desde esta visión la enfermedad y la salud en las personas juegan un papel prioritario en la existencia de la libertad real y es aquí donde la equidad en salud tiene un lugar destacado y se debe abordar desde un aspecto multidimensional porque no sólo abarca el campo de la distribución de los bienes y servicios en salud, sino que contempla los logros en salud, es decir, las libertades reales que tiene un individuo de alcanzar una vida libre de sufrimientos y muerte prematura (Sen, 2002).

En este contexto si la equidad abarca la distribución de los recursos en salud y los logros en salud, entonces debemos de medir las desigualdades en dichos espacios. Para ello debemos tener claro que los conceptos de desigualdad y de inequidad en salud son diferentes aunque están relacionados. Primero la desigualdad en salud no es sinónimo de inequidad en salud. El término "desigualdades en salud" no refleja precisamente el problema. Desigualdades en salud es el término utilizado para designar las diferencias, variaciones, y las disparidades en los logros de salud de los individuos y grupos. El término desigualdad es usado para ver las diferencias, mientras que la inequidad tiene que ver con una cuestión normativa. De acuerdo con Whitehead, la equidad en salud supone que idealmente todos deben de tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello pueda evitarse (Whitehead, 1985). La equidad tiene que ver con una cuestión normativa, trata acerca de valores y se encuentra estrechamente vinculada al concepto de justicia social. Y se define como "la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas" (OMS, 2009).

I.1. La equidad desde una perspectiva de justicia social

La equidad en salud es una cuestión social que trasciende las posibilidades del sector salud y cuya solución depende de decisiones políticas. Está estrechamente relacionada a la asignación global de recursos para la salud y no solamente a la distribución de asistencia sanitaria. Dicha asignación implica diversos acuerdos sociales que pueden ser justos o injustos.

Al abordar el tema de la equidad en salud, Sen, lo hace desde un enfoque multidimensional, enfatizando que el alcance de la equidad en el campo de la salud es enorme. Y en este enfoque multidimensional, la equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe de abordarse desde un ámbito más amplio de la imparcialidad y de la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y en las libertades humanas. Ya que la equidad en salud no sólo trata de la distribución de la salud, ni tampoco del campo más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. Aunque la igualdad en la distribución es importante, lo que ocupa la posición central en la equidad en general y en la equidad en salud en particular son los logros en salud (Sen, 2002).

I.2. La justicia social y la equidad en la globalización

En este contexto se debe prestar atención a la justicia social y a la equidad porque en la época actual de un mundo globalizado cada vez es mayor el número de personas que viven en la pobreza. Y desde la transición de los países a una economía de mercado, la globalización en algunos países ha sido un éxito, como el caso de China, que consiguió sacar de la pobreza a cientos de millones de personas. Sin embargo, en otros países la globalización no se ha manejado con cuidado y conseguir que ésta funcione no es fácil. El premio nobel de economía Stiglitz (2001) señala que al menos la pobreza se ha convertido en una preocupación global y los principios de justicia y equidad deben guiar las actitudes sobre cómo tratamos a los miembros de nuestra comunidad global. Es por ello que existe la pugna ideológica entre quienes defienden la reducción al mínimo de la intervención del Estado y los que

sostienen la importancia del papel del Gobierno para tender hacia un grado más alto de justicia social (Stiglitz 2004 y 2006).

I.3. La mortalidad prematura como indicador de bienestar

Amartya Sen señala la importancia de utilizar la mortalidad prematura como un indicador de éxito económico, aunque esta variable no es de tipo económico, el autor menciona tres consideraciones importantes por las que se puede usar la mortalidad como indicador de bienestar y de nivel de vida (Sen, 2007).

- 1) La importancia intrínseca que se le da y tenemos razón para darle a la vida.
- 2) El hecho de muchas otras Capacidades que valoran los hombres son contingentes al hecho de estar vivos.
- 3) Los datos sobre mortalidad específica por edad pueden servir como representación de logros y fracasos asociados que se consideren importantes.

Es importante señalar que desde este enfoque la muerte prematura es un indicador que expresa los logros y fracasos de las políticas públicas. La muerte prematura es una negación básica de la libertad más elemental de los seres humanos; es decir, la vida, porque muchas cosas las podemos hacer por el simple hecho de estar vivos y es por ello que las personas deben tener la libertad de vivir un período normal de vida y para que esto sea posible es necesario invertir en la infancia.

Desde este enfoque invertir en la infancia es fundamental por dos razones (Sen, 1999): 1) reducir la mortalidad de los menores de 5 años mediante inversiones públicas y privadas, y 2) incluir a la reducción de la mortalidad de menores de 5 años para el desarrollo económico.

I.4. Salud y desarrollo económico

La relación que existe entre salud y desarrollo económico es bidireccional. Ya que un mayor desarrollo económico mejora las condiciones de salud de la población, y a la inversa, un mejor estado de salud promueve de modo natural un mayor desarrollo económico. La salud es un acervo que poseen las personas. Pertenece a la categoría de los derechos humanos más básicos. Y no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también la capacidad que cada persona tiene de desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de su vida; la salud tiene un valor instrumental por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico (Spinelli, 2002)

En la concepción del desarrollo vista por Sen, tiene como principal objetivo, la mejora de nuestras vidas y de las libertades que disfrutamos. Y dentro de las libertades más importantes que podemos disfrutar de acuerdo con este autor son: no estar expuestos a enfermedades y causas de mortalidad evitables (Sen, 2000).

I.5. Sobre el concepto de exclusión social

Es importante comenzar este apartado haciendo mención de tres dimensiones de la exclusión. La primera es la exclusión política, la segunda es exclusión económica y la tercera es la exclusión social. A continuación se dará una breve explicación de cada una de las dimensiones de la exclusión centrándonos en la social.

La exclusión política se refiere a los derechos de la ciudadanía, de su acceso, disfrute, a la falta real de participación de la mayoría de la población en los mecanismos institucionales y a todas las barreras que se oponen a ella. Pero el concepto de la exclusión no proviene de la teoría económica, sin

embargo, la dimensión económica de la exclusión es consecutiva y acumulativa, por ejemplo cuando se aborda a los que tienen empleo y a los que no los tienen.

Aunque lo anterior refleja en parte la exclusión, no es una caracterización completa, ya que se trata de entroncar la exclusión con el sistema productivo. Por otro lado cuando se estudia el papel del crecimiento económico en la exclusión, este puede ser una condición necesaria pero no suficiente para combatir la exclusión, además de que también está involucrado el espacio (país, estado, localidad, etc.) los que no se ven beneficiados del crecimiento económico y van quedando excluidos.

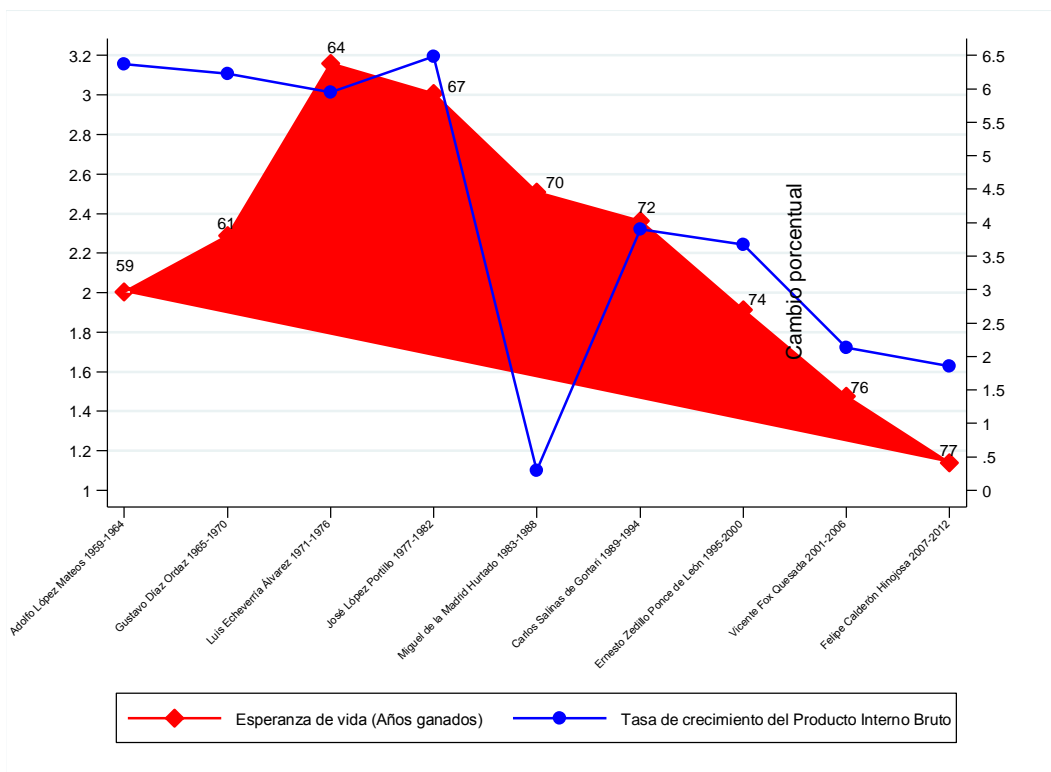
De acuerdo con Amartya Sen, se tienen que tener en cuenta dos modalidades de desigualdad y trato desfavorable y carente de equidad, tanto en lo que se denomina exclusión como en la inclusión, y es necesario no confundir estos dos conceptos. En condiciones de desigualdad, se producen diversos problemas vinculados a privaciones que resultan de condiciones desfavorables de inclusión, por ejemplo: en la noción marxista de explotación, al trabajador se le incluye en una relación de producción en la que recibe menos de lo justo, otros ejemplos en forma particular son la explotación laboral infantil con características de semiesclavitud, el trabajo por obligación, etc., en otras palabras, en condiciones profundamente desiguales. Ahora bien la exclusión se entiende como privación y abarca el campo político, económico y social. Los diversos tipos de privaciones van desde la violación de derechos civiles y políticos hasta las penurias en lo económico, la negación al acceso a la salud y educación, entre otras. Para este autor el concepto de exclusión tiene que ser más amplio ya que debe abarcar igualmente la inclusión desfavorable, este concepto ampliado de la exclusión debe también incluir la exclusión de la inclusión equitativa. Sin embargo, existen algunas privaciones como son la negación del recurso a la justicia, el ser excluido de la atención médica o seguridad social, los cuales son claros conceptos de exclusión (Sen, 2007).

II. PANORAMA DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD EN MÉXICO

II.1. ¿Cuáles son las condiciones de salud de la población mexicana?

La gráfica 1 presenta el crecimiento del producto interno bruto y los incrementos en la esperanza de vida al nacer en años en cada sexenio presidencial desde el año 1954 al año 2012. En la expectativa de vida se observa que en el periodo que va de 1954 a 1978 hubo un crecimiento considerable, aproximadamente se ganaron tres años de vida en cada sexenio. Después de este periodo continuó la mejora en la esperanza de vida, sin embargo; la tendencia es decreciente y en el último sexenio (2006-2012) sólo se ganó en promedio 1.1 años, alcanzando un promedio de 77 años de vida. Se observa que el periodo en el cual se nota una mejora en la esperanza de vida se dio bajo el modelo de sustitución de importaciones y es a partir del año 1981 aproximadamente, cuando declina éste modelo y durante todo el periodo posterior hasta la época actual con el modelo neoliberal que se comienza un decrecimiento del producto interno bruto acompañado de un decrecimiento de la expectativa de vida.

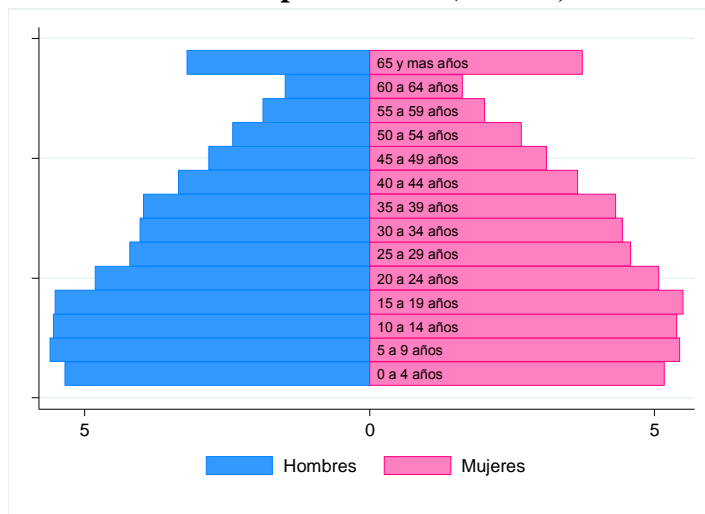
Gráfica 1. Crecimiento del producto interno bruto y decrecimiento de la esperanza de vida al nacer por sexenio presidencial (México, 1959-2012).



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

La pirámide poblacional en México para el año 2010 mantiene un comportamiento expansivo, correspondiente a un país joven, sin embargo, la pirámide comienza a invertirse, ya que el grupo de edad de 0 a 4 años se reduce, siendo mayores los tres grupos correspondientes a las edades de 5 a 19 años. Con respecto al grupo de 65 años y más no está desglosado por quinquenios de edad y es por ello que se aprecia esa formación que pareciera ser del mismo tamaño que la población de 40 a 44 años, es posible que si estuviera por quinquenios dicho grupo formaría una pirámide perfecta (ver gráfica 2).

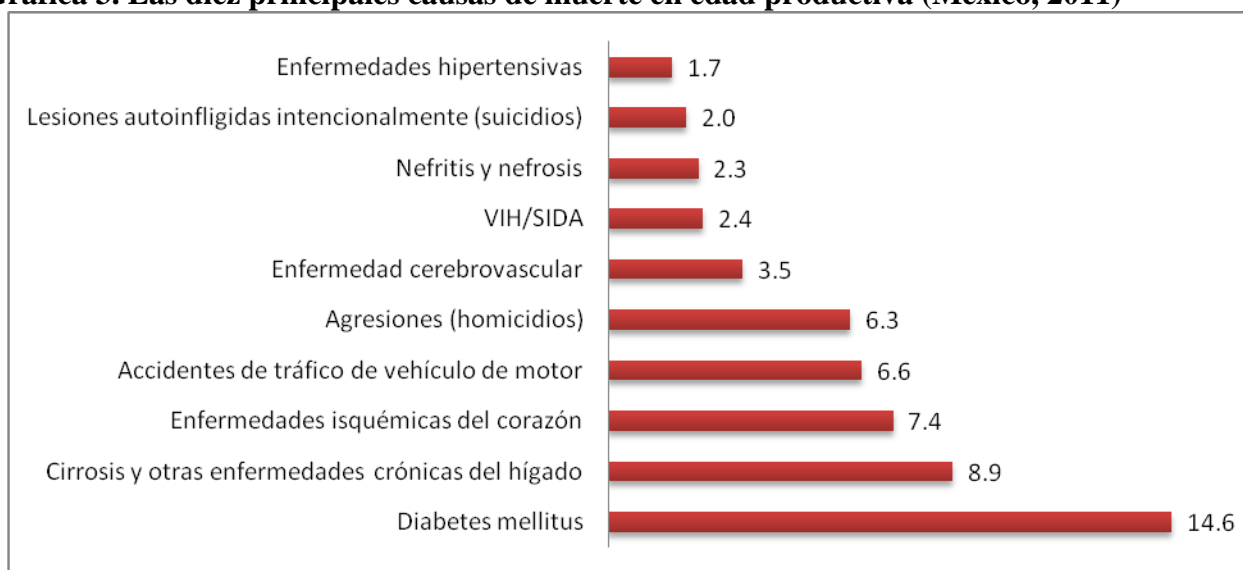
Gráfica 2. Pirámide poblacional (México, Censo 2010)



Fuente: elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

De acuerdo a la pirámide poblacional México es aún joven aunque surge una serie de problemas porque la transición epidemiológica a enfermedades crónico degenerativas, se muestra claramente en la gráfica 3, las diez principales causas de muerte en edad productiva, de 15 a 65 años de edad, se deben a enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas. Lo anterior es preocupante porque hay una población joven que está siendo afectada por enfermedades no transmisibles que conllevan a una mayor demanda de servicios de salud y la exclusión a ellos conducirá a la población enferma a una muerte prematura.

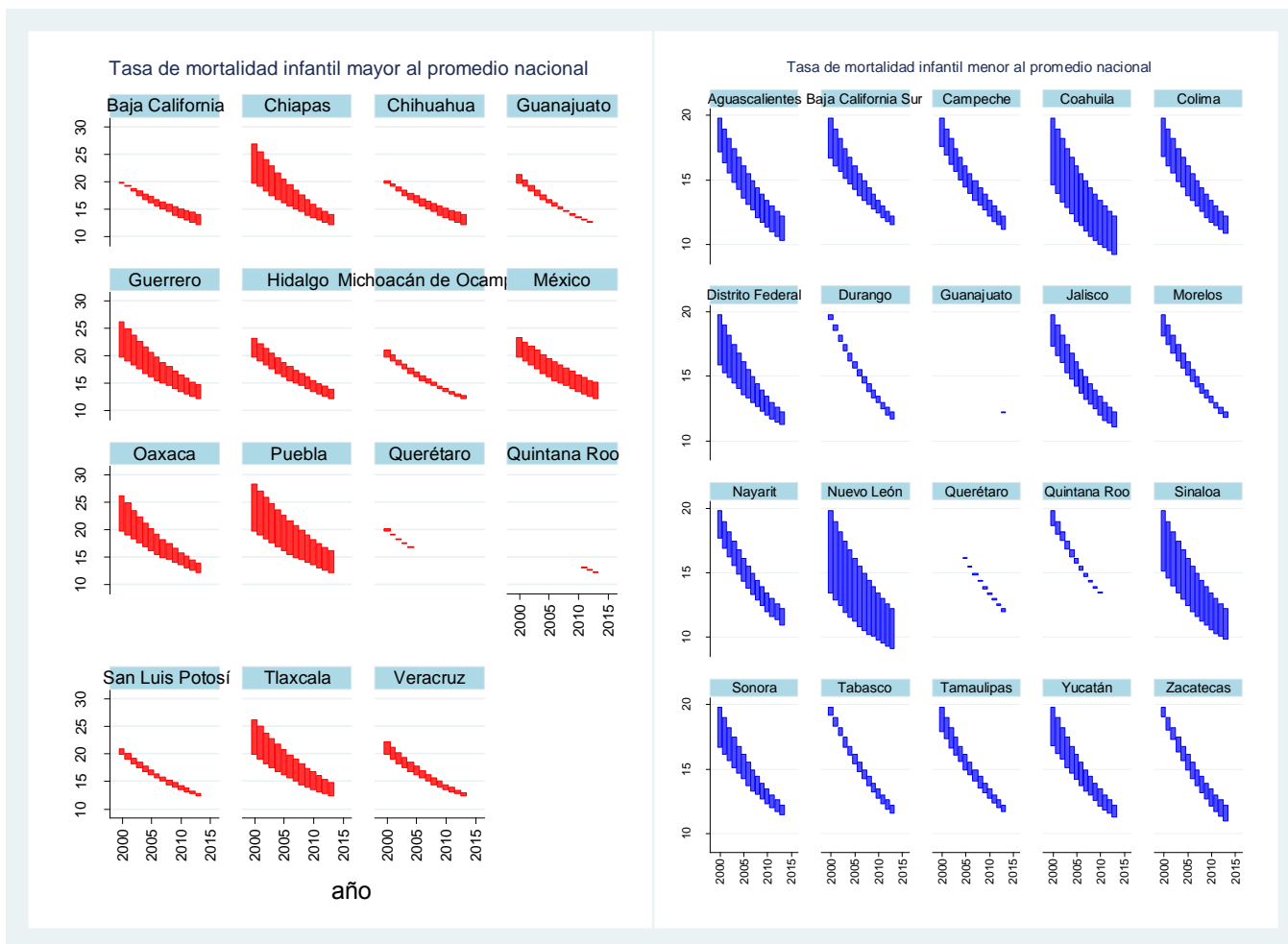
Gráfica 3. Las diez principales causas de muerte en edad productiva (México, 2011)



Fuente: elaboración propia con datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)

La mortalidad infantil en menores de un año se ha reducido de forma sustancial en México, pero las condiciones de salud distan mucho de considerarse adecuadas cuando se observan los enormes rezagos que existen al interior del país, entre regiones y grupos étnicos (Barraza, 2002). El lado izquierdo de la gráfica 4 muestra a las entidades con tasa de mortalidad infantil superior al promedio nacional, se observa que entidades como Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Estado de México, Puebla y Tlaxcala, tienen la tasa de mortalidad más alta y que las diferencias a lo largo del tiempo son persistentes, es decir, no se ven reflejados los esfuerzos en combatir la muerte de los infantes. En el lado derecho de la gráfica se observa a los estados con tasa de mortalidad infantil menor al promedio nacional, Coahuila, Nuevo León y Sinaloa, son entidades que en todo el periodo de tiempo (2000-2012) han mantenido tasas de mortalidad infantil muy por debajo de la media nacional. Resalta el hecho de que en los últimos años Querétaro logró reducir su tasa de mortalidad infantil y podemos observarlo en ambos lados de la gráfica. Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil en el estado de Quintana Roo aumentó en los últimos tres años superando el promedio nacional.

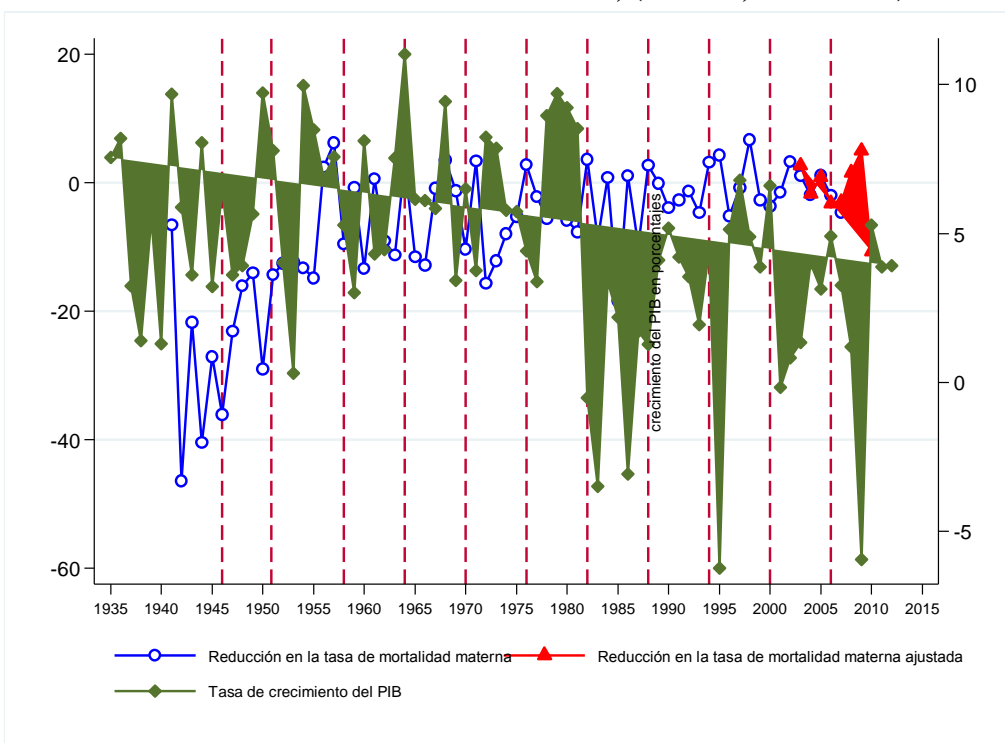
Gráfica 4. Brechas interregionales en mortalidad infantil, (México, 2000-2012)



Fuente: elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Sin lugar a dudas, uno de los elementos clave en cualquier política sanitaria lo constituye el combate a la mortalidad materna e infantil porque ambas se han constituido como indicadores clave en el éxito económico de una nación. Aunque como bien lo señala Amartya Sen la muerte es un indicador demográfico y no económico, sin embargo, es afectada por varias cuestiones económicas, las crisis, que pueden hacer que crezca la tasa de mortalidad o la expansión del crecimiento económico que puede hacer que disminuya. En México, es notorio a lo largo de su historia que la mortalidad materna ha disminuido hasta llegar a la cifra de 51.5 en el año 2012, cifra que aún está muy lejos de cumplir con la meta establecida por los objetivos del milenio y mucho más alejada de la de los países desarrollados que en promedio es de 16. Un aspecto interesante y que se puede apreciar en la gráfica 5 es la que dictan algunos hechos económicos y políticos ya que durante los periodos de elecciones presidenciales la tasa de mortalidad materna creció hasta la presidencia de Salinas de Gortari, posteriormente a este sexenio únicamente la tasa de mortalidad materna crece debido a los efectos de las crisis económicas que han afectado al país. Esto se debe principalmente al cambio de rumbo que se le ha dado al gasto; en periodos de crisis el sector que sufre las consecuencias es el sector social y dentro de este la población más vulnerable es la más afectada.

Gráfica 5. Evolución de la mejora en la tasa de mortalidad materna con respecto al año anterior y tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto, (México, 1935-2013)



Fuente: elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

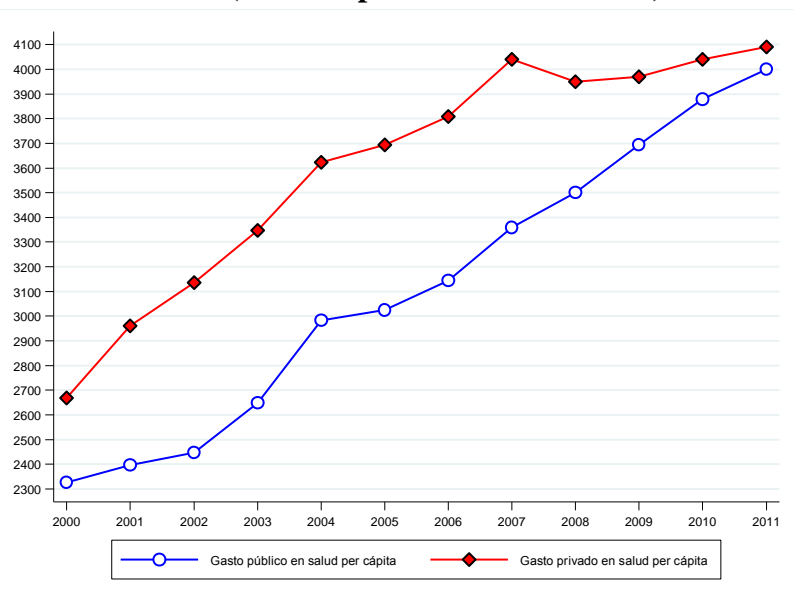
II.2. Financiamiento y exclusión de los servicios de salud en México

Un estudio sobre las necesidades de salud a principios de la década de 1980 señalaba que ninguna de las instituciones de servicios personales de salud en México está estructurada de tal forma que le permita brindar, a la población que sirve, un servicio eficiente y eficaz. Esta situación es consecuencia de la fragmentación del sector salud (COPLAMAR, 1982). Al inicio de este nuevo milenio las condiciones no parecen haber cambiado mucho en México, por lo que no se puede hablar de un sistema de salud, dado que los servicios de salud se proporcionan de una manera fragmentada e inequitativa, sin una visión global y con una escasa regulación (Narro, 2010). El 55 % de la población está cubierta por los servicios de la seguridad social, a la cual pertenecen aquellos grupos con un empleo formal o bien los empleados gubernamentales; estos grupos constituyeron la base del sistema corporativo mexicano que mantuvo la hegemonía del poder por más de 70 años. (López, 1983).

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) México, 2011. El gasto total en salud representó 6.2% del Producto Interno Bruto (PIB), de este total el gasto público total en salud fue de 3.1% del PIB en el 2011. El gasto privado, en ese mismo año, constituyó el 50.6% del total del gasto del sector.

La gráfica 6 muestra la magnitud y distribución del gasto en salud per cápita. El financiamiento público para salud es en general reducido y al mismo tiempo menor que el gasto privado en salud. Éste último corresponde casi totalmente a gasto de bolsillo, sin embargo, es notorio que el gasto público ha presentado incrementos sustanciales en el periodo 2000-2011 y se está acercando mucho al gasto privado ya que éste último tuvo una caída en el 2007 pero se recupera y vuelve a crecer en el 2009.

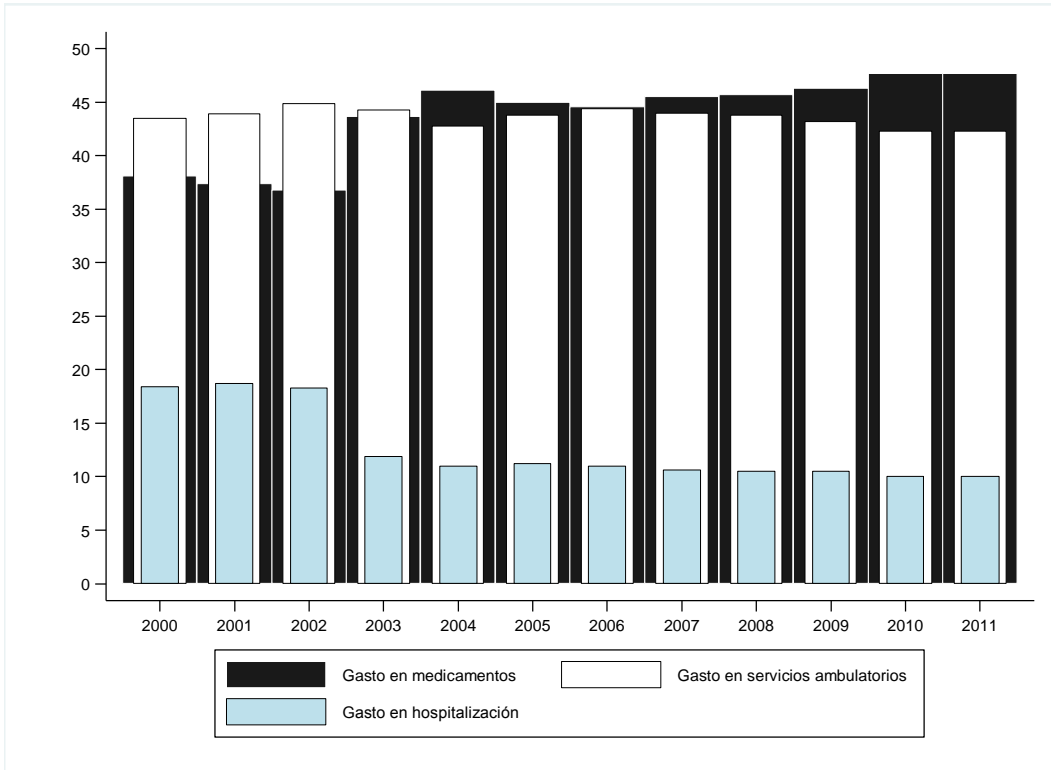
Grafica 6. Gasto Público en Salud per cápita vs Gasto Privado en Salud per cápita México 2000-2011 (miles de pesos constantes 2011).



Fuente: elaboración propia con datos del Sistema Nacional de Información en Salud.

El 53.2 % del financiamiento en salud proviene de los hogares y el resto proviene del sector público. El financiamiento que proviene de los hogares se distribuye de la siguiente forma: el 51 % de los gastos son pagos directos de bolsillo a los proveedores de los servicios de salud, el 3 % se emplea para cubrir las primas de los seguros privados, y el 1 % para cubrir el monto de las cuotas de recuperación. Como es bien sabido en la literatura, el pago directo de bolsillo es la forma más regresiva de financiamiento, además de que representa un riesgo de empobrecimiento para las familias. La distribución del gasto privado en salud per cápita en el periodo 2000-2011 muestra que el mayor porcentaje se destina a medicamentos e incluso en este periodo este componente es el que ha presentado incrementos significativos. Así mismo se observa una disminución en el gasto por hospitalización en el 2002 manteniéndose constante hasta el 2011. El gasto por servicios ambulatorios se ha mantenido constante a lo largo del periodo señalado (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Distribución del Gasto Privado en Salud per cápita México (2000-2009)



Fuente: elaboración propia con datos del Sistema Nacional de Información en Salud.

III. CONCLUSIONES

Como lo ha señalado Amartya Sen en varios de sus trabajos, una buena salud y la supervivencia son fundamentales para que una persona tenga la libertad de alcanzar sus objetivos en la vida. Al estar analizando la exclusión en salud, el problema de la equidad en salud se convierte en asunto prioritario, sin embargo el abordaje de este problema debe ser visto no sólo desde el aspecto de la distribución de los servicios en salud sino también desde el aspecto de la libertad que tienen las personas para alcanzar un vida sana, porque la salud de una población no sólo depende del entorno económico y social en el que vive una persona, sino también de otros factores como son sus características personales como la edad, sexo, discapacidades, el clima, el medio ambiente, riesgos epidemiológicos de las regiones, etc. Por lo tanto el diseño de una política orientada a reducir la exclusión en salud debe incluir los logros en salud, mediante indicadores que permitan conocer las condiciones de salud de la población y así poder orientar políticas adecuadas para que las personas tengan la posibilidad de alcanzar una buena salud y para ello se requiere el fortalecimiento de los sistemas de salud. La extensión de la seguridad social puede ser una buena medida y condición fundamental para que las personas logren una vida sana. Sin embargo, la distribución de los servicios en salud se puede ver mermado por factores externos al sector salud por lo que es necesario dirigir las políticas en salud de acuerdo a las necesidades de las distintas poblaciones que conviven en las diferentes entidades. Una política en salud requiere coordinación y la suma de actores, de instituciones tanto públicas como privadas, con el objetivo de integrar estrategias nacionales, estatales y de la sociedad civil.

En el análisis del éxito económico se deben incluir indicadores que tienen que ver con la vida de las personas, porque para poder lograr muchas de las cosas que nosotros valoramos necesitamos estar vivos, y la muerte prematura es una negación de la libertad de los seres humanos. Las diferencias entre las entidades federativas mexicanas en cuanto a inversión en salud se ven reflejadas en muertes prematuras. La mortalidad infantil en menores de un año y la muerte materna, son graves injusticias porque se podrían evitar mediante políticas adecuadas en salud y con un sistema de salud equitativo.

Las gráficas 1 y 5 mostraron que antes de la década de los ochenta bajo el modelo de sustitución de importaciones el país tuvo una mejora en la expectativa de vida pero que a partir de la transición a una economía de mercado, aunque sigue aumentando la esperanzada de vida se muestra una tendencia decreciente en los años de vida ganados. A partir de los noventa es notorio como la muerte materna se ha visto afectada por las crisis económicas porque cuando el crecimiento del PIB ha sido negativo la tasa de crecimiento de la mortalidad materna ha sido positiva.

También este trabajo muestra que en las distintas entidades federativas mexicanas persiste el problema de la exclusión en salud. Estados como Chiapas, Guerrero, Oaxaca, entre otros mantienen las más altas tasas de mortalidad infantil y materna. Aunque la tasa de mortalidad infantil ha ido descendiendo mostrando mejorías en cuanto a salud se refiere, pero las diferencias interregionales son persistentes. Por otro lado, se tiene el problema de las enfermedades crónico degenerativas las cuales son causantes de una alta tasa de mortalidad y mantiene una tendencia creciente, esto muestra que las condiciones de salud son desfavorables y lo más preocupante no es que la población mexicana se esté envejeciendo porque de acuerdo a su pirámide poblacional todavía es una población joven, pero las enfermedades crónico degenerativas están presentándose a una edad cada vez más temprana, lo cual es aún peor porque este hecho conducirá a una muerte prematura a la población enferma. Las elevadas tasas de mortalidad a causa de enfermedades crónicas degenerativas no se podrán controlar sin un esquema solidario de financiamiento, en dónde el acceso a los servicios de salud no esté condicionado a la disponibilidad de ingreso para el pago por el evento o condición de salud, además se requiere prevenir este tipo de enfermedades mediante una política en salud que incluya la educación a un estilo de vida adecuado.

IV. BIBLIOGRAFIA

Barraza M, Stefano B., González E., y Gutiérrez J. “Addressing inequity in health and health care in Mexico”. *Health Affairs*. *Health Affairs*, 21, no.3 (2002):47-56. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/21/3/47.full.html>

COPLAMAR. “Necesidades esenciales en México”. *Salud No 4*. Siglo XXI, México. 1982.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>

López A. D. *La salud desigual en México*. Siglo XXI, México. 1983

OMS. “Commission on social determinants of health”. *Towards a conceptual framework for analysis and action on The Social Determinants of Health Discussion Paper for The Commission On Social Determinants Of Health Draft*; 5 May 2005

Sen A. K. y Kliksberg, B. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Barcelona: Deuston. 2007

Sen A. K. “La salud en el desarrollo” Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2000; 2: 16-21.

Sen A. K. “¿Por qué la equidad en salud?” Rev. Panam. Salud Pública. (en línea). Mayo/junio, vol. 11, No. 5. 2002 Disponible en internet en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-9892002000500005&Ing=en&nrm=iso

Sen A. K. “Invertir en la infancia. Su papel en el desarrollo” 1999 Disponible en: [http://uncavim60.unc.edu.ar/pluginfile.php/12884/mod_resource/content/0/El papel de la Infancia para el desarrollo Amartya Sen.pdf](http://uncavim60.unc.edu.ar/pluginfile.php/12884/mod_resource/content/0/El_papel_de_la_Infancia_para_el_desarrollo_Amartya_Sen.pdf)

Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Estadísticas por tema <http://www.sinais.salud.gob.mx/index.html>

Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). Estadísticas de recursos financieros. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/publicaciones.html>

Spinelli H, Urquía M, Bargalló M. L, Alazraqui M. “Equidad en salud. Teoría y praxis.” Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Serie Seminarios Salud y política Pública. Seminario VIII. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/departamentos/desaco/carreras/especializacion/salud/archivos/publicaciones/equidadydesigualdades/cedes.pdf>; 2002: 1-31.

Stiglitz J. E. Los felices 90. La semilla de la destrucción. México: Taurus. 2004

Stiglitz J. E. Cómo hacer que funcione la globalización. México: Taurus. 2006.

Stiglitz J. E. El precio de la desigualdad. 2012. México: Taurus. 2012

Whitehead M. “The concepts and principles of equity and health. WHO Regional Office for Europe”. European Health for All Series. (1): 2-16. 1985.

Whitehead M, Dahlgren G. “Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1”. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. (2): 2-11. 2007.