

Los caminos hacia la muerte en México a comienzos del siglo XXI. Una aproximación a la mortalidad por causas según condición de derechohabiencia

**The roads to death in Mexico at the beginning of the 21st century.
An approximation to mortality from causes according to the condition
of right of habience**

Carolina Martínez-Salgado

*Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma
Metropolitana-Xochimilco, México*

Resumen

En este trabajo se examinan los perfiles de la mortalidad por causas para la población fallecida en México en los primeros quince años del siglo XXI en relación con su condición de afiliación a los servicios de salud, considerada como una de las expresiones de su ubicación en la estructura social. Se analizan la distribución porcentual de la mortalidad por causa según condición de derechohabiencia del fallecido, sus características sociodemográficas, las tasas específicas de mortalidad para las principales causas observadas en cada subgrupo, y el porcentaje de muertes prematuras por las principales causas de defunción, para el período 2000-2015. Se destacan las similitudes y las discrepancias de las distribuciones encontradas. Se plantea una reflexión sobre sus posibles significados en términos de las constelaciones de riesgos que afectan al conjunto de la población mexicana y sus variaciones para los integrantes de estos subgrupos. El trabajo incluye una amplia consideración sobre la construcción de los datos, y concluye con algunas reflexiones sobre la política pública de salud reciente.

Palabras clave: Desigualdades en salud, México, mortalidad por causas, disponibilidad de servicios de salud, construcción del dato.

Abstract

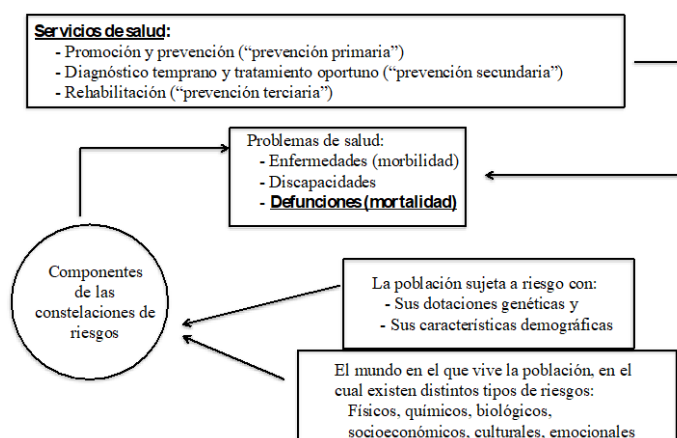
Mexico is a country of inequalities. This study presents an analysis of causes of death related to the condition of affiliation to health services as a proxy for the location in the social structure for those who died in Mexico in the first fifteen years of the 21st century. Percentage of the main causes of death by condition of affiliation to social security and other health services of the deceased were calculated, and sociodemographic characteristics, mortality rates by sex and age and premature deaths by cause were analyzed, for the period 2000-2015. Similarities and discrepancies of the distributions found are highlighted. Considerations are made about risks constellations affecting Mexican population as a whole and its variations among the five groups identified. Some issues about the data construction come to light. It concludes with some reflexions about certain directions of recent health policies.

Key words: Health inequalities, Mexico, causes of death, affiliation to health services, data construction.

INTRODUCCIÓN

La perspectiva que orienta esta indagación postula que los padecimientos que conducen a la muerte a los integrantes de los distintos grupos de la población —cada uno de ellos con sus respectivas dotaciones genéticas y sus circunstancias demográficas— son el resultado de una compleja combinación entre su exposición a las constelaciones de riesgos configuradas por las condiciones en las que transcurre su vida, y la eficacia que logren alcanzar las modalidades de atención médica, preventivas y curativas, a las que tienen acceso para interrumpir o diferir el curso de estos procesos hacia la muerte (Martínez, 1993, 1999, 2011). En el Esquema 1 ofrezco una sencilla representación gráfica de mi propuesta interpretativa (Martínez, 2004). De los diversos componentes que figuran en esa amplia y compleja trama, en este esquema aparecen subrayados los dos elementos cuya relación me propongo examinar en las siguientes páginas: la mortalidad por causas, y la condición de derechohabencia a la seguridad social de las personas fallecidas en la primera década y media del siglo XXI en México.

Esquema 1
Representación gráfica de la propuesta interpretativa



Fuente: Martínez, 2004.

La relación entre la inserción de la población económicamente activa en el mercado de trabajo, sus niveles de ingreso y su acceso a la seguridad social ha sido ampliamente documentada desde hace décadas por diversos autores (Szasz y Pacheco, 1995; Mora y de Oliveira, 2010; Brachet-Márquez, 2010; Reygadas, 2011; García, B., 2011; Rojas y Salas, 2011; Cota-Yáñez y Navarro-Alvarado, 2015; INEGI, 2019). Esto me permite fundamentar la decisión tomada en este estudio de considerar a la condición de derechohabiente como una aproximación a la ubicación de las personas en la estructura social, con todas sus implicaciones sobre las formas de vida de los trabajadores y sus familias, además de que de ella deriva la posibilidad de recibir atención profesional, preventiva y curativa, para enfrentar sus problemas de salud (Córdova *et al.*, 1989 y 1991; Leal y Martínez, 2002).

Así, en este trabajo emprendo una aproximación al estudio de los niveles y perfiles de la mortalidad por causas según la condición de derechohabiente de los fallecidos, para averiguar si desde ese punto de observación alcanzan a verse algunos de los efectos de las desigualdades que prevalecen entre los integrantes de la población mexicana en lo que respecta a los caminos que los conducen a la muerte. Comenzaré con la exposición del recorrido que hice durante esta búsqueda, para concentrarme luego en la presentación del panorama que así se puso en evidencia y concluir con las reflexiones suscitadas por este ejercicio.

EL PROCEDIMIENTO

La principal fuente de información utilizada en ese estudio fueron las bases de datos de mortalidad provistas por el SINAIS (Sistema Nacional de Información en Salud) (SSA, 2017). La intención de construir algunas tasas específicas de mortalidad para ciertas causas en los distintos subgrupos de fallecidos según su condición de derechohabiente me condujo a recurrir también a la información provista por el INEGI sobre los montos poblacionales que corresponden a cada cobertura, según se reportaron en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 (INEGI, 2017), el II Censo de Población Vivienda 2005 (INEGI, 2017a), el Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2017b) y la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2017c).

Al trabajar con los datos de cada una de estas fuentes es imprescindible tener en cuenta sus limitaciones (Muradás, 2011; Martínez y Leal, 2002) de las cuales, por lo demás, sus mismos productores nos advierten.

Pero también hay que saber que no hay fuente de información enteramente libre de error. Esto obedece a una combinación de situaciones que involucran a la complejidad de los eventos medidos, su dinámica, así como las dificultades prácticas para su medición, los problemas administrativos en las instancias que se ocupan de su registro, algunos problemas con el diseño de los instrumentos y procedimientos de recolección, e incluso el no menos delicado asunto de la influencia que en todo esto pueden tener los intereses en juego. Todavía más: hoy día no podemos ignorar que nuestra relación con el mundo y las situaciones que intentamos conocer se encuentra mediada por complejas instancias, que van desde las posibilidades perceptuales de nuestra especie hasta la manera en la que construimos los conceptos (Schütz, 1995).¹

Así, para el caso de esta indagación, las consideraciones que condujeron a la decisión de recurrir a la información aquí utilizada fueron las dos siguientes. La primera, que aún con las limitaciones que indudablemente ésta nos impone, cabe esperar que sus alcances sean suficientes como para permitirnos una versión aproximada a la situación que guarda el problema en estudio. La segunda, que al trabajar con ella habrá que considerar tanto lo que permite averiguar, como las dificultades que ofrece para lograr versiones verosímiles sobre la problemática abordada. A lo largo de la presentación introduciré los comentarios pertinentes a cada uno de estos dos aspectos: lo que con estas lentes se alcanza a ver, y lo que queda en la obscuridad. Por lo demás, como se observará, opté por indicadores sumamente sencillos y de fácil interpretación que nos permitirán ir siguiendo muy de cerca aquello a lo que esta información nos va dando acceso.

La ruta seguida para realizar esta búsqueda fue la siguiente. El primer paso consistió en identificar el número de defunciones y su distribución porcentual para los distintos subgrupos que nos permite distinguir la variable condición de derechohabiente del fallecido tal y como aparece reportada en las bases de datos del SINAIS (SSA, 2017), para los cuatro momentos en los que se enfocó la observación: 2000, 2005, 2010 y 2015. Para los fines de esta indagación, decidí trabajar con los fallecidos registrados con residencia habitual en territorio mexicano.² En ese punto examiné su

¹ De ahí que la pretensión de tener un acceso absolutamente fiel y transparente a los hechos a través de los datos por medio de los cuales intentamos acercarnos a ellos, sea considerada como una posición ubicada en el ámbito del realismo ingenuo, postura que los filósofos de la ciencia y los pensadores contemporáneos han venido a cuestionar (Morin, 1997).

² La decisión de trabajar con los fallecimientos registrados para los años estudiados obedece a la consideración de que los registros extemporáneos de cada año podrían compensarse entre sí, además de que en los años estudiados no llegaron a rebasar dos por ciento, como también lo consigna Muradás (2011). La decisión de incluir a todos los fallecidos con residencia habitual en territorio nacional (independientemente de su nacionalidad, si bien cabe aclarar que la propor-

distribución porcentual por sexo y para cinco grupos de edad (0 a 4 años, 5 a 14, 15 a 24, 25 a 44, 45 a 64 y 65 años o más), para los años inicial y último del periodo considerado. La elección de estos grupos se basa en una lógica simultáneamente epidemiológica y demográfica, que busca segmentar a la población de acuerdo con los distintos momentos del curso de vida, cada uno de ellos con su propio significado biológico, psicológico y social: la mortalidad infantil y preescolar, la escolar, la que siega la vida en la adolescencia y juventud temprana, la ocurrida a los adultos tempranos, los adultos maduros y los adultos mayores, en cortes que respetan, además, los grupos quinquenales habitualmente empleados para presentar la información demográfica en las fuentes aquí utilizadas.

El segundo paso fue la preparación de una tabla con los montos totales y las proporciones de la población cubierta por cada régimen de derechohabencia a la seguridad social y por otras modalidades acceso a los servicios de salud, según como se reportó en los censos de 2000 y 2010, el conteo de 2005 y la encuesta intercensal de 2015 (todos ellos, como ante dije, levantados por el INEGI). Al hacerlo, me detuve a revisar cuidadosamente la manera en la que estos datos están contruidos en cada una de estas fuentes, con el propósito de hacer explícitas las principales dificultades que implica combinar la información tomada de cada una de ellas, y tener presentes los alcances y limitaciones de los análisis así emprendidos. A continuación, identifiqué cinco diferentes subconjuntos de la población —y de los fallecidos— según su condición de derechohabencia, para continuar con el estudio.

El tercer paso consistió en el examen de la mortalidad por causas codificadas con la 10ª versión de la *Lista Básica de la Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) (OPS, 1995). Trabajar con esta información, por cierto, conduce a una inquietante sensación de incertidumbre generada por la conciencia de todo lo que media entre el conocimiento de los complejos procesos patológicos que conducen a una persona a la muerte, la dificultad que enfrenta la misma ciencia médica para dar cuenta de ello,³ y además, todos los obstáculos que en la vida real se interponen entre quienes han de registrar para sus deudos la ocurrencia de ese difícil trance, y lo que ocurre en las instancias administrativas en las que deben hacerlo. Por si con ello no bastara, están también los ineludibles efectos de los cam-

ción de personas con nacionalidades distintas a la mexicana es mínima) se funda en la idea de que, como lo sostiene esta propuesta interpretativa, el “mundo en el que vive la gente” constituye el contexto sociohistórico en el que se configuran las constelaciones de riesgos a las que se encuentran expuestos quienes ahí habitan, y de lo que aquí me ocupo es de la culminación en la muerte de algunos de esos riesgos.

³ Que se refleje, entre otras cosas, en la evolución histórica de la mencionada CIE (OPS, 1995).

bios periódicos en la CIE, imprescindibles para ajustarse a las novedades derivadas del avance en el saber médico, y las casi infinitas posibilidades de combinación y agrupación que pueden hacerse con esa larga lista de entidades nosológicas, según el criterio que el investigador decida adoptar. Todo ello convierte a esta lente que nos da acceso a cierto conocimiento sobre las causas de mortalidad en una suerte de caleidoscopio que puede ofrecer los más diversos panoramas, dependiendo de cómo se le enfoque (Martínez, 2002). Aún así, los cristales que ahí se reacomodan no dejan de ser los mismos, y el supuesto del que partimos al trabajar con ellos es que algún acceso pueden darnos a la situación que intentamos conocer. De manera que en esta ocasión no me detendré más en las numerosas consideraciones que esta porción del análisis ameritaría, salvo para hacer patente mi conciencia de ello. Por lo que a esta indagación se refiere, señalaré sólo que en mi análisis de las más frecuentes causas de defunción decidí tomar por separado a la enfermedad isquémica del corazón, debido a que dentro del heterogéneo conjunto de las denominadas enfermedades del corazón,⁴ es la que tiene la mayor presencia entre las causas de mortalidad en México, y una hipótesis epidemiológica plausible es que esto podría constituir una de las manifestaciones de la creciente exposición a ciertas constelaciones de riesgos que afectan de manera cada vez más generalizada a la población mexicana.⁵

El paso número cuatro fue calcular las tasas específicas de mortalidad para las principales causas observadas en cada uno de los cinco subgrupos de fallecidos. Como antes señalé, los numeradores para calcularlas surgieron (al igual que las distribuciones proporcionales) del análisis de las bases de datos provistas por el SINAIS, en las cuales se reporta la variable

⁴ El grupo designado como enfermedades del corazón está integrado, en la denominada Lista Mexicana, por entidades nosológicas de diversas etiologías: fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas, enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón (entre las cuales figura “paro cardíaco”, que la Lista Mexicana excluye explícitamente por la imprecisión diagnóstica que implica).

⁵ Desde mediados del siglo pasado, a partir de los hallazgos del renombrado *Framingham Heart Study*, empezaron a identificarse los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad isquémica cardíaca (O’Donnel y Elosua, 2008). Hoy día, la OMS se ocupa de difundir el conocimiento disponible sobre el importante papel que en ello juegan el tipo de alimentación y la vida sedentaria (con sus consecuencias sobre la génesis de la hipertensión arterial, la obesidad, las dislipidemias, que se suman, a su vez, a los factores de riesgo para el infarto del miocardio), el tabaquismo y el estrés (OMS, 2008). En el caso mexicano, el cambio en el patrón alimentario experimentado en las últimas décadas del siglo pasado, y una vida cotidiana poco compatible con la realización y el disfrute de la actividad física, podrían estar teniendo los más deletéreos efectos sobre esta cada vez más frecuente causa de muerte (Legetic *et al.*, 2016). Si a esto añadimos los efectos sobre el estrés derivados de la creciente violencia que ha crecido desmedidamente en el país sobre todo en la segunda mitad del periodo en estudio, la tabla resulta todavía más desolador (Marmot y Bell, 2019).

condición de derechohabiente del fallecido, asentada en el certificado de defunción. Los denominadores, como ya también dije, fueron tomados de los censos, conteo y encuesta intercensal producidos por el INEGI en cada uno de los años considerados, fuentes todas ellas que ofrecen un dato sobre la condición de derechohabiente reportada por la población interrogada. Calcular así estas tasas, hay que reconocerlo, fue el paso más aventurado de todo el estudio, debido a que cada una de esas fuentes tiene sus propias maneras de recopilación y agregación de los datos, y sus propios grados de error, y cuando se trata de la condición de derechohabiente del fallecido, esto afecta de modo bien distinto al monto de personas a ubicar en el numerador y en el denominador.⁶ Aún así, me pareció importante intentarlo.

En ese punto del recorrido, se impuso la necesidad de revisar otras características sociodemográficas de quienes habían muerto en estos años —más allá de su edad y sexo— reportadas también en estas bases de datos, con el propósito de tener una idea algo más clara de quiénes fueron los integrantes de cada uno de esos cinco subconjuntos cuyos principales caminos hacia la muerte intentamos identificar. Este examen se circunscribió, una vez más, a los años inicial y último del periodo considerado.

Por último, como intento de aproximación al momento de la vida en el que ocurrió el fallecimiento, en el quinto y último paso se calculó ese sencillo, pero fácilmente interpretable indicador que es el porcentaje de muertes prematuras, que la OPS (2012) define como aquellas que ocurrieron antes de los 70 años, para las principales causas de defunción, en cada uno de los grupos estudiados. Vayamos ahora a lo que con este recorrido fue posible visualizar.

⁶ Por lo que se refiere al numerador (personas fallecidas en cada año), entre los problemas que suelen afectar a la recopilación de ese dato, Muradás (2011) menciona el registro extemporáneo y el subregistro, que pueden conducir a imprecisiones en el número de defunciones considerado, y afecta sobre todo a determinados grupos. Pero apunta también a ciertas deficiencias en la calidad de los datos que se asientan en el certificado de defunción, como las características del fallecido (entre las que se cuenta una de las variables que aquí nos interesa, la condición de derechohabiente o afiliación a servicios de salud), e incluso, como lo comenté al presentar el tercer paso del procedimiento, las dificultades para reportar con precisión la causa de la muerte. En cuanto al denominador (la población derechohabiente o afiliada a cada uno de los regímenes vigentes en cada uno de los momentos aquí analizados), como lo discutimos en una revisión sobre la recopilación de este dato en el *Conteo* de 1995 (Martínez y Leal, 2002), la manera en la que en cada instrumento de recolección de información se formula la pregunta sobre la derechohabiente o afiliación a servicios de salud puede dar lugar a respuestas con los más diversos niveles de precisión/imprecisión. Hay que considerar, además, en los formularios empleados para los dos censos, el conteo y la encuesta referentes a los años 2000, 2010, 2005 y 2015, respectivamente, este rubro se interrogó de manera diferente.

LAS PERSONAS FALLECIDAS Y SU AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD

¿Qué podemos averiguar sobre las defunciones según la condición de derechohabencia del fallecido a partir de la información de los registros de mortalidad del SINAIS (SSA, 2017)? Hay que recordar que cuando se habla de los derechohabientes de la seguridad social, se incluye ahí tanto a los trabajadores (la población económicamente activa ocupada en el sector formal de la economía), como a los pensionados y los jubilados, así como a los familiares de todos ellos con derecho a la cobertura. En cuanto al Seguro Popular, esta peculiar modalidad de cobertura parcial de atención médica, que no de seguridad social, instaurada en México a partir de 2004, la afiliación no se relaciona con la condición de ocupación, salvo porque esta modalidad de cobertura se encuentra destinada justamente al remanente de población que se encuentra al margen de la seguridad social (León-Cortés *et al.*, 2019).

En la Tabla 1 aparecen los montos de las defunciones reportadas para la población con residencia habitual en los Estados Unidos Mexicanos según su condición de derechohabencia, y sus porcentajes, para los cuatro momentos en los que se ha centrado esta observación: 2000, 2005, 2010 y 2015.

Esta tabla permite constatar que en el todavía próximo y a la vez ya lejano año 2000, cerca de la mitad de los fallecidos carecía de toda derechohabencia. De quienes sí la tenían, el grupo más numeroso correspondió al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con poco más de una tercera parte del total de la cobertura. La proporción de fallecidos derechohabientes de otras instituciones en aquel año fue un porcentaje bastante menor, por abajo de diez por ciento, con la cifra más alta para los derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La proporción de fallecidos con otras modalidades de cobertura —entre las que se incluyen las privadas— fue tan pequeña como dos por ciento. Y queda por mencionar a ese otro contingente nada despreciable de ocho por ciento cuya condición de derechohabencia no pudo especificarse al momento de su fallecimiento.

A lo largo del periodo, el panorama no cambió mucho en lo que se refiere a la proporción de fallecidos con cobertura de seguridad social, que disminuyó levemente, pero se mantuvo en alrededor de una tercera parte de quienes murieron en cada uno de esos años. Tampoco fue muy distinta la proporción de muertes de derechohabientes en los demás regímenes de seguridad social.

Tabla 1: Número y distribución porcentual de los fallecidos según condición de derechohabiencia. México, 2000-2015

Condición de derechohabiencia	Número						%			
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	2000	2015
IMSS	149,427	166,202	192,936	218,051	34.3	33.6	32.7	33.3		
ISSSTE	30,129	34,832	42,701	47,390	6.9	7.1	7.2	7.2		
PEMEX	3,534	4,226	4,989	5,401	0.8	0.9	0.8	0.8		
SEDENA	2,885	2,796	3,274	3,683	0.7	0.6	0.6	0.6		
SEMAR	(a)	719	927	1,234		0.1	0.2	0.2		
Más de una cobertura	154	(a)	(a)	(a)	0.0					
IMSS Oportunidades	(a)	(a)	(a)	3,239				0.5		
Otras (públicas y privadas)	8,554	11,066	13,211	12,802	2.0	2.2	2.2	2.0		
Seguro Popular	(b)	12,146	90,597	178,045		2.5	15.3	27.2		
Ninguna	204,186	204,259	172,525	112,216	46.9	41.4	29.2	17.1		
No especificada	36,617	57,711	69,726	72,532	8.4	11.7	11.8	11.1		
Total	435,486	493,957	590,886	654,593	100.0	100.0	100.0	100.0		

Notas:

(a) En las fuentes utilizadas sólo aparece consignada en los años que se reporta.

(b) En el año 2000 aún no existía.

Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAIS, SSA.

Lo que sí se modificó radicalmente fue la proporción de quienes murieron sin disponer de ninguna cobertura, grupo que se redujo de casi la mitad en 2000, a menos de la quinta parte en 2015. Pero esta disminución se dio al mismo ritmo en que se incrementó la proporción de fallecidos afiliados al Seguro Popular, que de 2.5 por ciento en 2005 (apenas a un año de su instauración), pasó a más de la cuarta parte en 2015. Esto parece apuntar a que los afiliados a esta nueva modalidad de acceso a la atención médica —muy distinta, como antes subrayé, de la que proporciona la seguridad social—, provenían del contingente de quienes carecían de derechohabiencia. En este periodo se incrementó también, aunque de forma menos vistosa, la proporción de decesos en los que no pudo especificarse la derechohabiencia, que resultó tres por ciento más elevada en 2015 que en 2000. La pregunta por el posible significado de este contingente no dejará de ameritar, a lo largo de todo este recorrido, diversas consideraciones.⁷

En la Tabla 2 aparece la composición por edad y sexo de los integrantes de cada uno de esos contingentes, para los dos años extremos que enmarcan el periodo estudiado salvo para el Seguro Popular, que en 2000 aún no existía,⁸ y para el reducido monto de fallecidos reportados como afiliados a IMSS Oportunidades, que reapareció en los registros hasta 2015.⁹

Lo primero que ahí quiero hacer notar es que, salvo para el muy reducido grupo al cuidado de IMSS-Oportunidades, la proporción de fallecidos del sexo masculino es mayor que la del sexo femenino. Esta diferencia se hace más pronunciada para quienes carecen de derechohabiencia y, en especial, para el grupo cuya derechohabiencia no pudo especificarse. Puede verse, además, que la estructura de edad de los fallecidos exhibe variaciones de compleja interpretación entre el comienzo y el final del periodo, tanto entre los distintos contingentes como dentro de cada uno de ellos. Pero la tendencia general parece ser hacia la disminución de las defunciones en la población más joven, aunque en grados distintos para cada caso, y en direcciones que parecerían sugerir, una vez más, una situación menos favorable para los grupos de no derechohabientes, para los de condición no especificada, y para los afiliados al Seguro Popular.

⁷ ¿Por qué dejar fuera de nuestro estudio a los “no especificados”, como si esa categoría no requiriera, en sí misma, su propio análisis?

⁸ Para finales de 2018, con la nueva gestión gubernamental recién comenzada, desapareció. A partir de 2019, la responsabilidad de proveer servicios de atención médica gratuitos a los no derechohabientes de la seguridad social quedó a cargo del nuevo Instituto de Salud para el Bienestar.

⁹ De hecho, como se comentará más adelante, su reaparición en los registros (que no en la vida real, en donde operó durante todo el periodo) data más precisamente de 2012.

Tabla 2: Distribución por sexo y grupos de edad de los fallecidos según su condición de derechohabiente. México, 2000-2015

Grupos de edad y sexo	Seguridad social		IMSS Oport.		Seguro Popular		Otras (públicas y privadas)		Ninguna		No especificada		Total	
	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015
<i>Sexo</i>														
Hombres	53.3	52.5	49.0	54.7	55.3	53.3	56.6	59.6	64.3	63.0	55.8	55.5		
Mujeres	46.7	47.5	51.0	45.3	44.7	46.7	43.4	40.4	35.6	36.7	44.2	44.5		
No especif.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.0	0.1		
<i>Grupos de edad (años)</i>														
0 a 4	6.4	2.6	4.7	7.4	9.9	3.4	13.6	5.4	12.8	5.7	10.4	4.8		
5 a 14	1.2	0.6	0.9	1.4	1.7	0.7	1.9	0.7	2.2	1.1	1.6	0.9		
15 a 24	2.6	1.7	2.3	3.6	3.2	2.1	4.6	4.9	7.1	5.5	4.0	3.2		
25 a 44	8.8	6.6	6.8	11.5	10.9	7.1	13.8	14.2	18.7	15.2	12.1	10.2		
45 a 64	24.5	24.1	16.8	24.7	21.3	24.9	19.8	21.1	19.5	20.6	21.8	23.3		
65 o más	56.2	64.5	68.5	51.4	52.8	61.8	45.8	53.7	36.7	48.0	49.6	57.2		
No especif.	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.1	0.4	0.1	3.0	3.9	0.5	0.5		

Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAIS, SSA.

Las mayores proporciones de fallecidos en los grupos de edad más avanzada, por ejemplo, corresponden a los derechohabientes de la seguridad social y a los que tienen otras coberturas (públicas y privadas), en tanto que los integrantes de los tres grupos restantes (Seguro Popular, ninguna y no especificada) fallecen en etapas anteriores de la vida.

LAS COBERTURAS DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACIÓN VIVA

Una pregunta que aquí surge es cuán distinta podría ser la distribución de los fallecidos según su condición de derechohabiente de la que exhibe la población del subconjunto del que provienen. Es una información que resulta necesaria, además, si nos atrevemos a intentar calcular algunas tasas. En la Tabla 3 presento los montos de población reportados en las fuentes que elegí para este estudio, para cada una de las modalidades de derechohabiente (o, como se las designa ya en la fuente consultada para 2015, de “afiliación a los servicios e instituciones de salud en el país”), para los años aquí considerados.

Como ahí puede verse, durante la mayor parte del periodo, la cobertura de la seguridad social no alcanzó a cubrir en el país ni a 40 por ciento de la población, siempre por debajo de la cobertura que llegó a alcanzar en las décadas finales del siglo XX (Leal y Martínez, 2002; Brachet-Márquez, 2010).

Por lo demás, la Tabla 3 muestra algo que recuerda mucho a lo observado en la Tabla 1: la mayor proporción de la cobertura de la seguridad social se encuentra a cargo del IMSS, con una proporción bastante más reducida para el ISSSTE y una participación todavía más pequeña para Pemex y las instituciones de seguridad social de las fuerzas armadas. Se observa también la radical disminución de la proporción de población sin cobertura, que pasó de más de la mitad a menos de la quinta parte, aunque como lo señalé al revisar la Tabla 1, esto se debe al espectacular incremento que durante estos años tuvo la afiliación al Seguro Popular.¹⁰ Esto muestra la precarización de la cobertura de servicios de salud para la población mexicana, si comparamos la calidad e integralidad de la atención brindada por las instituciones de seguridad social con la que esta nueva modalidad de atención (Seguro Popular) está en condiciones de ofrecer.

¹⁰ En donde se incluye también a los afiliados al denominado Seguro Médico para una Nueva Generación instituido en 2006 por el presidente Calderón.

Tabla 3: Población según su condición de derechohabiencia. México, 2000-2015

Condición de derechohabiencia	Número					%				
	2000	2005	2010	2015	2020	2005	2010	2015	2020	2025
IMSS	31'523,279	32'087,547	35'380,021	38'488,615	32.3	31.1	31.5	32.2	31.1	32.2
ISSSTE e ISSSTE estatal	5'751,517	5'779,620	7'204,514	7'568,987	5.9	5.6	6.4	6.3	5.6	6.3
PEMEX, SEDENA y SEMAR	1'059,099	1'085,245	1'091,321	1'129,739	1.1	1.1	1	0.9	1.1	0.9
<i>Subconjunto de la Seguridad Social</i>	38'333,895	38'952,412	43'675,856	47'187,341	39.3	37.7	38.9	39.5	37.7	39.5
Instituciones privadas	(a)	1'898,109	2'006,687	3'210,771	1.8	1.8	1.8	2.7	1.8	2.7
Otras (públicas y privadas)	1'039,992	1'050,728	1'647,155	4'732,793	1.1	1	1.5	4	1	1.5
Seguro Popular y Nueva Generación	(b)	7'321,217	26'229,071	49'018,903	7.1	23.3	41		7.1	23.3
Ninguna	55'555,788	51'402,597	38'020,372	20'621,597	57	49.8	33.8	17.3	57	49.8
No especificada	2'806,942	3'408,373	1'801,653	684,616	2.9	3.3	1.6	0.6	2.9	3.3
<i>Total de la población (c)</i>	97'483,412	103'263,388	112'336,538	119'530,753	100.3	100.7	100.9	105	100.3	100.7
Más de una cobertura (d)	253,205	770,048	1'044,256	5'925,268	0.3	0.7	0.9	5.0	0.3	0.7
% con más de una cobertura	0.3	0.7	0.9	5.0	0.3	0.7	0.9	5.0	0.3	0.7

Notas:

(a) El dato no se publicó por separado.

(b) Aún no existía.

(c) No corresponde con la suma de las diversas categorías porque hay quienes tienen más de una cobertura.

(d) Diferencia entre el total de la población y la suma de condición de derechohabiencia registrada (presumiblemente, población con más de una cobertura).

Fuente: elaboración propia con información de: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000. INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005. INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Un comentario adicional es que el reducido segmento de los afiliados a las instituciones privadas (que hasta 2010 no llegaba a dos por ciento de la población) se incrementó levemente en los cinco últimos años, de acuerdo con el reporte de las fuentes consultadas. Por lo que se refiere a la proporción de los no especificados, su reducción para 2015 podría sugerir una mejor información de la fuente revisada para ese año. La encuesta intercensal de 2015 reportó también, por cierto, una proporción de población con más de una cobertura bastante más elevada que la captada por los instrumentos de recolección empleados en los años precedentes. Sin poder distinguir si se trata de un cambio verdaderamente ocurrido, o si fue el efecto de un modo distinto de recabar la información, el dato no resulta inverosímil, en particular para el segmento de la población con diversas coberturas de seguridad social, e incluso para cierta porción de la afiliación privada con la que se reasegura también a un mínimo grupo de los derechohabientes de la seguridad social.

Para completar este rápido vistazo a la condición de derechohabiencia de la población mexicana en los primeros quince años del siglo, la Tabla 4 muestra la distribución porcentual de la estructura por edad y sexo de cada uno de sus contingentes.

Entre los rasgos más visibles figuran la mayor proporción de mujeres, en especial en el Seguro Popular, y también la mayor proporción de población joven en esa modalidad de afiliación. A lo largo del periodo, la proporción de población en edades tempranas cubierta por la Seguridad Social disminuyó, al igual que en otras coberturas (públicas y privadas). Las nuevas generaciones, por lo que aquí parece, estarían destinadas, en el mejor de los casos, a la afiliación al Seguro Popular. La población cubierta por la Seguridad Social parece recorrerse cada vez más hacia las edades mayores.

En síntesis: la respuesta a la pregunta con la que abrió este apartado es que, en efecto, hay cierta similitud entre la población viva y la fallecida en lo que se refiere a las proporciones de afiliación a los servicios de atención médica salvo, quizá, por el importante contingente de los fallecidos cuya derechohabiencia no pudo especificarse, sobre quienes continuaremos interrogándonos. No nos abstendremos, sin embargo, de calcular algunas tasas a pesar del riesgo de imprecisión que ello implica, por si logramos a través de ellas visualizar algo más sobre los caminos que llevan a la muerte a los integrantes de cada uno de estos subconjuntos.

Tabla 4: Estructura por sexo y edad de la población según su condición de derechohabiente. México, 2000-2015

Grupos de edad y sexo	Seguridad social		Seguro popular		Otras		Ninguna		No especificado		Total de la población	
	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015
<i>Sexo</i>												
Masculino	48.1	48.4	46.6	49.2	49.7	49.7	53.1	50	49.3	48.8	48.6	48.6
Femenino	51.9	51.6	53.4	50.8	50.3	50.8	46.9	50	50.7	51.2	51.4	51.4
<i>Grupos de edad (años)</i>												
0 a 4	10.2	7.3	10.2	11.7	7.4	11.7	8.3	5.3	31.4	10.9	8.8	8.8
5 a 14	20.3	16.3	22.5	24.8	15.9	24.8	15.4	8.2	14.3	22.5	18.6	18.6
15 a 24	18.2	15.7	18.2	21.2	17.4	21.2	22.4	7.3	12.9	19.6	17.9	17.9
25 a 44	30.6	30.8	27.0	26.1	32.5	26.1	31.0	11.0	20.1	27.5	29.3	29.3
45 a 64	14.4	20.8	15.8	11.6	20.4	11.6	17.4	4.4	12.3	12.5	18.2	18.2
65 o más	5.8	9.0	6.3	4.4	6.3	4.4	5.3	1.5	5.4	4.9	7.2	7.2
No especif.	0.3	0.0	0.0	0.4	0.1	0.4	0.1	62.2	3.6	2.1	0.1	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: elaboración propia con información de: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000. INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005. INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Antes de continuar, quiero comunicar que la elaboración de las tablas hasta aquí revisados (y las interpretaciones que ello demandó) no resultó tan sencilla como podría imaginarse. Su armado formó parte de esas tareas que nos llevan a plantear un sinnúmero de cuestiones en torno al problema de la construcción del dato. La información que ahí se presenta es la que utilicé en la elaboración de los cálculos necesarios para esta indagación, pero representa una de las situaciones que ponen en evidencia la necesidad de estudiar no sólo lo que los datos nos dicen sobre el asunto que nos interesa, sino también lo que inadvertidamente dejan fuera de nuestra visión por la manera en la que están contruidos.¹¹ De ahí la importancia que atribuyo a que el investigador no sólo informe sobre lo encontrado en el transcurso de su búsqueda, sino que también explicita la manera en la que procedió frente a cada dilema, y comente cómo lo asumió en su interpretación. Dedicaré entonces algunos párrafos a considerarlo.

LO QUE SE PUEDE APRENDER CUANDO SE ATIENDE A LA CONSTRUCCIÓN DEL DATO

Veamos, en primer término, la información sobre las defunciones, y luego la que se refiere a la afiliación de la población a los servicios de salud, con especial atención a los cambios que se dieron en la forma de registrarla y presentarla a lo largo del periodo, y sus consecuencias sobre lo que permite ver y lo que no, de los eventos y situaciones de las que se ocupa.

Comencemos con las bases de datos sobre mortalidad para mostrar cómo las decisiones tomadas en las instancias que producen la información influyen en el tipo de material que queda a disposición del usuario.¹² Un ejemplo sencillo es la decisión, por trivial que pudiera parecer, de presentar en forma agregada o desagregada a los derechohabientes de la seguridad social de las fuerzas armadas, que en el año 2000 aparecen agrupados bajo el único código de ISSSFAM, en tanto que en los años subsiguientes se desglosa para distinguir a los derechohabientes de las secretarías de Defensa y Marina. Otro ejemplo que involucra una decisión menos fácil de descifrar es el del cambio de criterio para reportar los casos en los que hubo más de una cobertura (situación, como antes señalé, nada infrecuente en cierto conjunto de familias mexicanas). Esto llevó a la utilización de varios

¹¹ Lo cual involucra elementos que van desde el plano conceptual en el que se formulan las definiciones, hasta el más operativo en el que se determina la forma en la que la información se organiza y se ofrece al usuario.

¹² Me refiero aquí, como es evidente, sólo a este aparentemente más sencillo asunto de cómo se decide presentar la información, uno de los múltiples y complejos ángulos de la apasionante problemática involucrada en el estudio de la concepción, identificación y registro de los padecimientos que llevan a la muerte, a la que aludí en páginas anteriores.

códigos en la base de datos de 2000, pero en años subsiguientes desaparece todo signo de este dilema clasificatorio, así como cualquier indicio de cómo se le resolvió.¹³ Un tercer ejemplo es el de la categoría residual designada como “otras”, que opone un grado aún mayor de dificultad para el análisis, en tanto que en ella no hay forma de diferenciar a quienes disponen de alguna modalidad de aseguramiento privado, de otras (¿cuáles?) modalidades de servicios públicos, y a saber qué más podrá quedar ahí englobado (¿por ejemplo las dobles coberturas?). El último de los ejemplos que aquí quiero mencionar es el que atañe a una situación mucho más interesante: la posibilidad de visualizar el surgimiento, desaparición e incluso desvanecimiento de ciertas modalidades de cobertura, al compás de las políticas en boga en cada gestión gubernamental. Tal es el caso de la emergencia, en 2004, de esa nueva figura conocida como Seguro Popular —y no mucho después, el denominado Seguro Médico para una Nueva Generación—, a la par de la invisibilización (al menos por algún tiempo) de aquella otra modalidad heredada de antiguas gestiones gubernamentales que fue el IMSS-Oportunidades, la cual se desvaneció de estas bases de datos por varios años y no reapareció sino hasta 2012.¹⁴ Estos son sólo algunos ejemplos de las numerosas interrogantes que pueden plantearse en torno al significado de ciertas imprecisiones, aparentes errores o francas tendencias. Cuando se les dedica la atención que merecen, pueden abrir algunas ventanas para observar situaciones adicionales al problema de la calidad del dato, que nos hablan sobre el significado de la manera en la que se procede al construirlo.

Veamos ahora algo de lo que enfrentamos al trabajar con la información sobre las afiliaciones a los servicios de salud públicos y privados que el INEGI ofrece a través de las fuentes a las que aquí recurrí. No me referiré al conocido hecho de que estas cuatro fuentes son el resultado de tres tipos distintos de procedimientos: censos de población para 2000 y 2010, una segunda experiencia con un conteo intercensal para 2005, y una primera experiencia con una encuesta intercensal en 2015, con todos los recaudos metodológicos que cada uno de estos proyectos requirió y de los cuales advierten sus productores.¹⁵ De lo que quiero ocuparme es, una vez más, de

¹³ Un problema que afecta a las bases de datos de mortalidad, no así —como ya vimos, y volveremos a ello— a los instrumentos que intentan averiguar las afiliaciones de la población viva.

¹⁴ Como veremos a continuación, en los instrumentos de recolección de esta información para los vivos no volvió a reaparecer, sino que quedó seguramente reagrupada en algún otro rubro (que muy probablemente, por sus características, será en el del Seguro Popular, aún si se trata de dos modalidades de afiliación bastante diferentes).

¹⁵ Como las estimaciones realizadas para ciertas viviendas en las que no se obtuvo información en 2010, o los niveles de confianza para las estimaciones de la encuesta en 2015.

las concepciones que se traslucen a través de la manera en la que se ofrece la información.

Para comenzar, en los tabulados en los que se presentan estos datos, se presentan siempre en un mismo conjunto a los derechohabientes de PEMEX y a los dos subgrupos de derechohabientes de las fuerzas armadas (Defensa y Marina), en contraste con el desglose que se hace en las bases de datos de mortalidad. Por lo demás, una situación que intencionalmente se propone explicitar la información recabada por el INEGI es la de las coberturas múltiples de algunos derechohabientes,¹⁶ de tal suerte que en todos sus tabulados suelen incluir esta advertencia: “La suma de población derechohabiente en las distintas instituciones de salud puede ser mayor al total, por aquella población que tiene derecho al servicio en más de una institución de salud”. Con cuánta precisión lo ha logrado cada uno de los instrumentos aquí utilizados, es difícil decirlo, pero de ello dependería qué tan fidedigna puede ser la imagen del incremento en esta proporción entre 2010 y 2015. Otro rasgo llamativo de los cambios en la presentación de la información en estas fuentes, aún si parece insignificante, es la construcción de la categoría residual “otras”, que al igual que ocurre con la información sobre las defunciones, termina por impedir la clara diferenciación entre las afiliaciones privadas y las públicas. Aún cuando existe en estos reportes la categoría “instituciones privadas” (que, como se aprecia en la Tabla 3 y ya hemos comentado, comprende montos muy reducidos del total de la población), la categoría “otras”, por pequeña que resulte, dice estar constituida por una mezcla de instituciones públicas y privadas sin posibilidad de distinguirlos.¹⁷ La excepción es la fuente de 2005, que parece haber incluido ahí exclusivamente a personas con derecho a los servicios públicos,¹⁸ de tal suerte que sólo en los tabulados de ese año se hace la diferenciación entre derechohabencia pública y afiliación privada. La razón para consignarlo, pese a su aparente insignificancia, es que esta forma de construcción de los tabulados parece regida por el interés de distinguir básicamente dos grandes subconjuntos: los derechohabientes y los no derechohabientes, con una tendencia implícita a equiparar todo tipo de derechohabencia, pública y privada, y dentro de la primera, a la Segu-

¹⁶ Que, como antes comenté, ha dejado de ser considerada en la presentación de la información sobre mortalidad.

¹⁷ Lo que advierte para esta categoría la nota al pie en estos tabulados es: “Comprende a la población que tiene derecho a los servicios médicos de los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud públicas o privadas” (en la fuente de 2000), o simplemente: “Incluye instituciones de salud públicas o privadas” (en las de 2010 y 2015).

¹⁸ A juzgar por la nota de ese tabulado que, a la letra, dice: “Comprende a la población que tiene derecho a los servicios médicos que otorgan los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud pública”.

ridad Social y el Seguro Popular, como si todo ello fuera lo mismo. La más nítida distinción que puede hacerse en estos tabulados es entre derechohabientes, no derechohabientes y no especificados. De hecho, para 2015, el término mismo (y a saber si también la concepción) de “derechohabiencia” cambia y se sustituye, como antes señale, por el de “afiliación a servicios de salud e institución de salud”. El punto que aquí me interesa subrayar es que los diversos tipos de derechohabiencia (o “afiliación a servicios de salud”) que prevalecen hoy día en nuestro país están muy lejos de ser equivalentes. Esa evidencia es la clave de la manera en la que este trabajo está orientado.

Por lo demás, y en lo que toca a nuestro recorrido, un efecto de lo descrito es que para determinados momentos y para ciertos eventos, cada una de estas fuentes, y en especial su combinación, dejará algunos ángulos fuera de nuestra visión, y en ocasiones nos entregará imágenes no del todo verosímiles o, cuando menos, nada fáciles de interpretar. En lo que sigue habrá que contar con ello.

CINCO GRUPOS DE LA POBLACIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS DISTINTAS MODALIDADES DE AFILIACIÓN

Para continuar con esta exploración sobre las similitudes y las diferencias de los caminos que llevan a la muerte a los distintos grupos de la población mexicana en los primeros 15 años del siglo XXI, dividí a la población fallecida en cinco subconjuntos de acuerdo con su condición de derechohabiencia o afiliación a los servicios e instituciones de salud en el país:

1. El de los derechohabientes de la seguridad social.
2. El de quienes se encuentran afiliados al Seguro Popular (y su similar, el Seguro Médico para una Nueva Generación), considerado como una modalidad de cobertura más precaria.
3. El de quienes carecen de toda cobertura (sin derechohabiencia).
4. El pequeño segmento ambiguamente clasificado como con “otras” coberturas, en donde se indica que están incluidas tanto las privadas como algunas públicas.¹⁹
5. El constituido por ese contingente de difuntos cuya afiliación no pudo establecerse, sobre quienes he llegado a plantear la hipótesis de que podría tratarse de un subgrupo con sus propias características —una de

¹⁹ De manera que, como antes comenté, ni en los certificados de defunción ni en los montos de afiliación reportados para los vivos es factible diferenciar nítidamente al segmento que recurre a los seguros privados, de ciertos sectores con derecho a ser atendidos por las instituciones públicas.

las cuales sería la mala información en la certificación de sus defunciones—, en torno a lo cual cabría plantearse algunas interrogantes, para no reducir el problema sólo a una deficiencia de los datos.²⁰

Antes de iniciar el análisis de las principales causas de defunción reportadas para cada uno de ellos, haré un primer y tímido intento de obtener sus tasas de mortalidad por sexo y por grupos de edad, para examinarlas con todas las reservas que su interpretación exige, dado que serán producto de unos datos a los que someteré a una tensión quizá superior a la que podrían realmente soportar. En este cálculo tendré que omitir, por supuesto, al grupo de los no identificados, conjunto que evidentemente está integrado de formas muy distinta para el caso de las defunciones, que para el de las coberturas de servicios médicos de la población interrogada por censos, conteo y encuesta.

Aun así, y sin la menor expectativa de precisión, el panorama que parece vislumbrarse a través de las tasas que aparecen en la Tabla 5 muestra algunos rasgos interesantes. En lo que se refiere a las tasas para hombres y mujeres, en general los hombres muestran tasas mayores que las mujeres, salvo para el subgrupo que carece de derechohabiencia, en donde esta relación se invierte y la brecha parecería ensancharse cada vez más, con las mujeres en la condición más preocupante, además de mostrar una tendencia al alza. El único grupo en el que estas tasas trazan algún descenso, tanto para hombres como para mujeres, es en el muy reducido y heterogéneo grupo clasificado como otras coberturas.

En lo que se refiere a las tasas de mortalidad por grandes grupos de edad, más allá de su típica distribución con niveles algo más elevados para los menores de cuatro años, que descienden para la población joven y luego ascienden paulatinamente conforme la edad se incrementa, todo ello en niveles y ritmos que varían para cada subconjunto, quizá lo más interesante por hacer notar sean las perceptibles tendencias al descenso para los subconjuntos de derechohabientes del seguro social y el de otras coberturas, y al ascenso para los afiliados al Seguro Popular y para quienes no tenían ninguna derechohabiencia, en el caso de estos últimos, sobre todo después de 2005.²¹

²⁰ Ya que cabría preguntarse: ¿por qué esa deficiencia se concentra justamente en estos casos, que no son pocos, y que se convierten así en una suerte de categoría de sentido indescifrable? La propuesta aquí es que los “no datos” algo podrían tener también para decir.

²¹ Hemos comentado anteriormente cómo muchos de quienes para el año 2000 formaban parte de ese grupo, a partir de 2004 empezaron a ser afiliados al Seguro Popular, sin una verdadera garantía de atención médica pero, sobre todo, sin que necesariamente se hubiera producido una mejoría en sus condiciones de vida.

Tabla 5: Tasas de mortalidad específicas por sexo y edad según condición de derechohabencia. México, 2000-2015

Grupos de edad y sexo	Seguridad social				Seguro Popular			Otras (públicas y privadas)			
	2000	2005	2010	2015	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
<i>Sexo</i>											
Hombres	5.4	5.9	6.1	6.3	1.9	4.0	4.3	9.6	4.1	3.9	2.9
Mujeres	4.4	4.9	5.1	5.4	1.5	2.9	3.1	7.0	3.4	3.4	2.5
<i>Grupos de edad (años)</i>											
0 a 4	3.0	2.7	2.2	2.1	1.5	3.4	2.6	8.0	3.4	2.6	1.2
5 a 14	0.3	0.3	0.2	0.2	0.1	0.3	0.2	0.6	0.3	0.3	0.1
15 a 24	0.7	0.7	0.7	0.6	0.3	0.7	0.7	1.7	0.7	0.5	0.3
25 a 44	1.4	1.3	1.3	1.2	0.7	1.5	1.6	2.6	1.5	1.1	0.6
45 a 64	8.3	7.6	7.1	6.8	2.9	5.8	5.7	12.6	5.8	4.4	3.3
65 o más	46.8	46.6	45.1	41.8	16.3	30.8	29.7	98.0	30.8	39.7	26.5
Total	4.9	5.4	5.6	5.8	1.7	3.5	3.6	8.2	3.8	3.6	2.7

Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SI-NAIS, SSA, e INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000. INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005. INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Tabla 5: Continuación

Grupos de edad y sexo	Ninguna				Total			
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
<i>Sexo</i>								
Hombres	3.2	3.5	3.7	4.1	5.1	5.4	6.0	6.3
Mujeres	7.2	7.9	9.3	11.6	3.9	4.1	4.5	4.7
<i>Grupos de edad (años)</i>								
0 a 4	4.3	2.6	3.0	3.5	4.3	3.8	3.3	3.0
5 a 14	0.3	0.2	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3
15 a 24	0.8	0.7	1.0	1.2	0.9	0.9	1.1	1.0
25 a 44	1.9	1.6	2.2	2.5	1.9	1.9	2.1	1.9
45 a 64	6.3	5.7	6.4	6.6	7.8	7.4	7.3	7.0
65 o más	38.3	29.7	46.0	54.7	45.6	46.2	46.7	43.8
Total	3.7	4.0	4.5	5.4	4.5	4.7	5.2	5.5

Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SI-NAIS, SSA, e INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000. INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005. INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Con más interrogantes que constataciones, veamos ahora si podemos averiguar algo más a partir del estudio de las principales causas de defunción que se encuentran tras los niveles de mortalidad de cada uno de estos grupos. Los observaremos desde dos ángulos: el de sus distribuciones porcentuales, y el de las tasas específicas de mortalidad por causas.

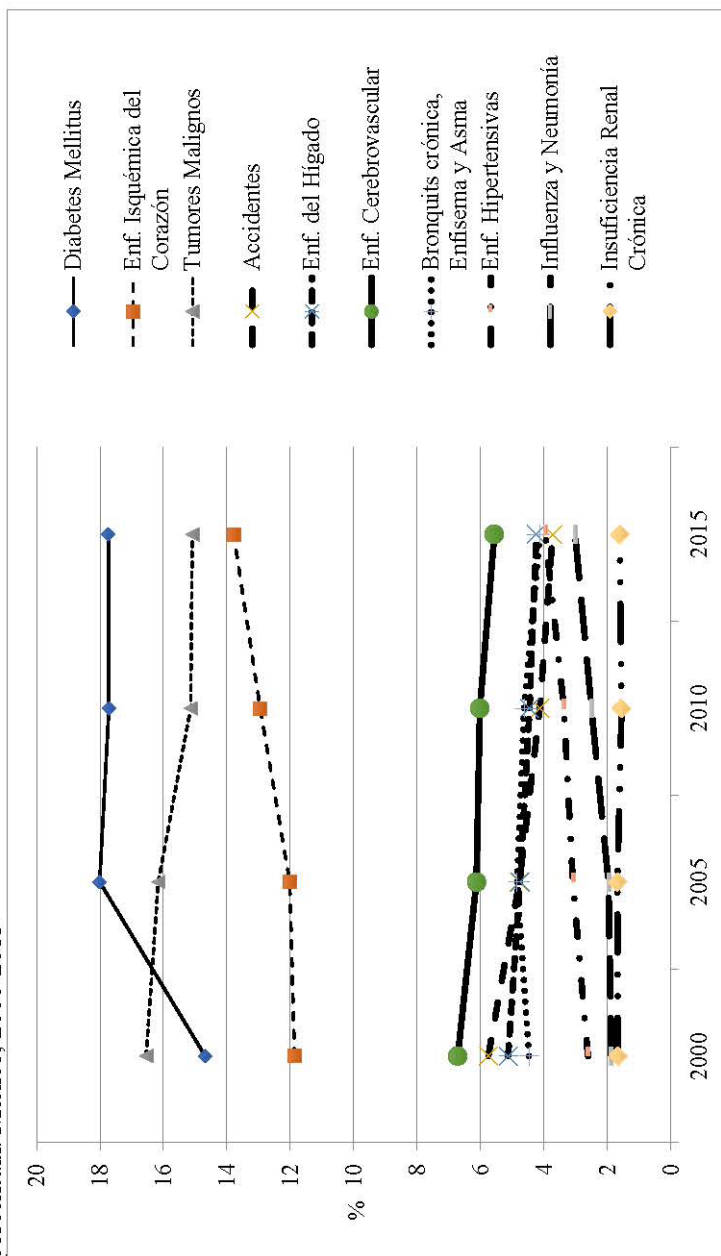
LA COMPOSICIÓN DE SUS PERFILES DE MORTALIDAD POR CAUSAS

En las figuras 1 a 5 aparece la distribución proporcional de las diez principales causas de defunción para estos cinco subconjuntos.²² Como ahí se aprecia, las diferencias en el perfil de las principales causas de muerte no están constituidas tanto por el tipo de padecimientos que los integran, sino por el orden de frecuencia con el que se presentan, por la evolución que sus distribuciones proporcionales han tenido a lo largo del periodo, y sólo en último término y en menor grado, por la mayor presencia de alguna entidad nosológica distinta en unos grupos y en otros.

Entre las principales causas de defunción en los cinco subconjuntos figuran, de manera recurrente, la diabetes mellitus, las isquemias cardíacas y los tumores malignos, si bien en distinto orden de frecuencia y con distintas trayectorias evolutivas. También de manera constante, pero con grados diversos de presencia en cada grupo, aparecen los accidentes y homicidios (mucho más visibles en el grupo con derechohabiencia no especificada y en el que carece de derechohabiencia), las enfermedades del hígado, las cerebrovasculares, el grupo de la bronquitis crónica, enfisema y asma, la enfermedad hipertensiva, y la influenza y neumonía. Por último, en el subconjunto de los derechohabientes de la seguridad social, la insuficiencia renal crónica llega a alcanzar una frecuencia suficiente para colocarse entre las principales diez causas de muerte; en el subconjunto de los fallecidos afiliados al Seguro Popular, esto ocurre con las afecciones perinatales; y en los tres subconjuntos restantes —no derechohabientes, otras afiliaciones (públicas o privadas) y fallecidos con derechohabiencia no especificada—, son los homicidios, como comenté, los que llegan a figurar como una de las diez más frecuentes causas de defunción.

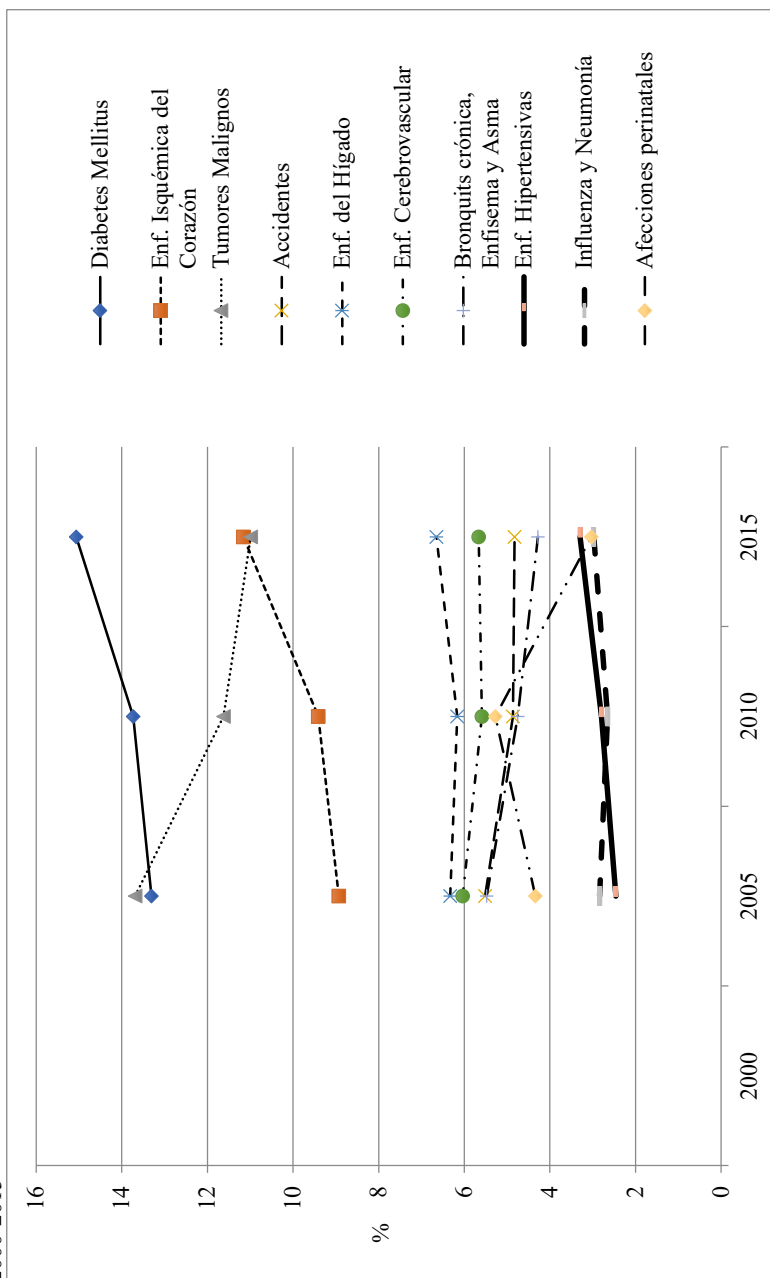
²² Podemos aquí reintroducir al enigmático subconjunto de los no especificados para estudiar si acaso su perfil tiene algunas peculiaridades distintivas.

Figura 1. Principales causas de mortalidad en fallecidos con cobertura de la seguridad social. Distribución porcentual México, 2000-2015



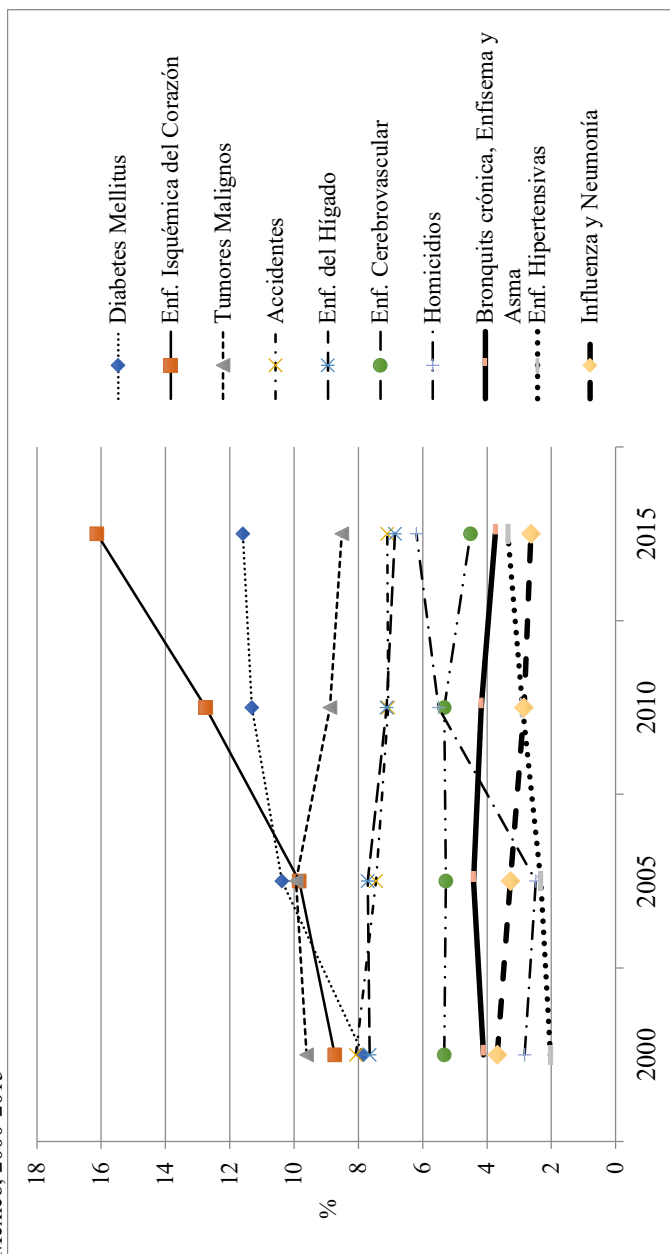
Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAISS, SSA.

Figura 2: Principales causas de mortalidad en fallecidos con afiliación a Seguro Popular. Distribución porcentual. México, 2000-2015



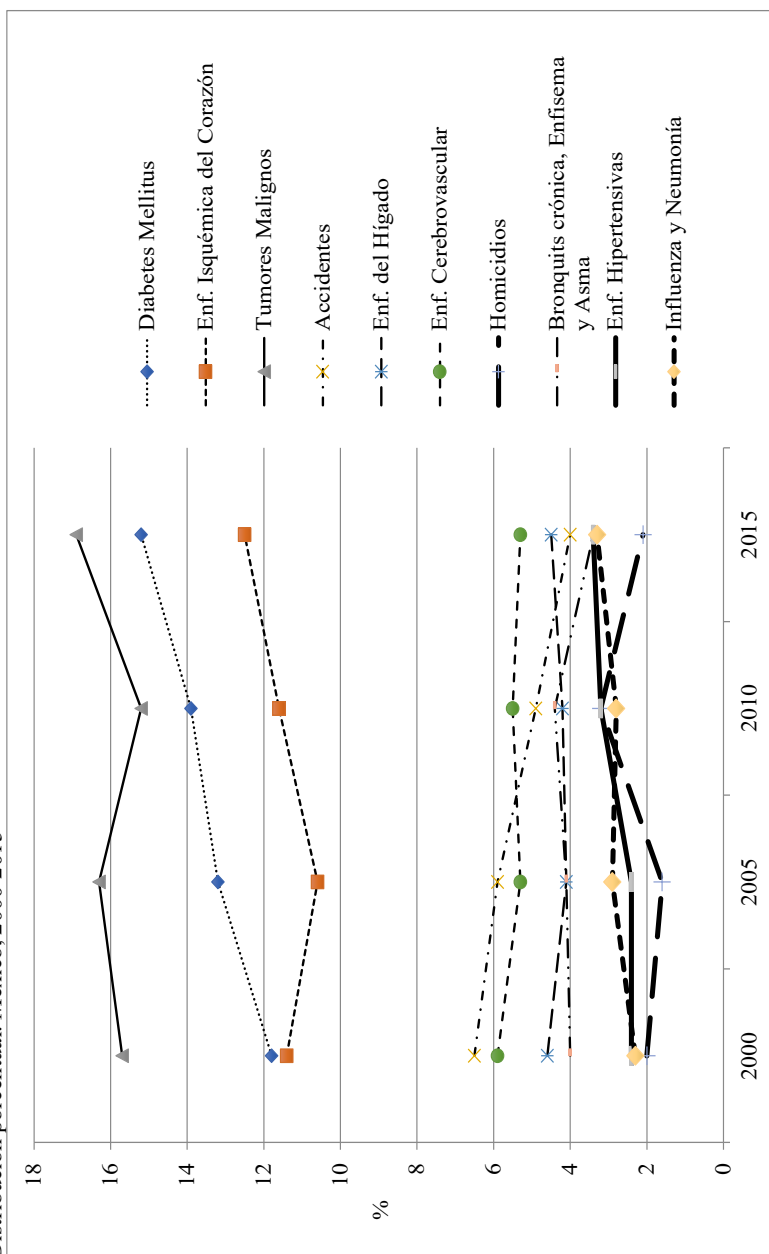
Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAIS, SSA.

Figura 3: Principales causas de mortalidad en fallecidos sin ninguna afiliación a servicios de salud. Distribución porcentual. México, 2000-2015



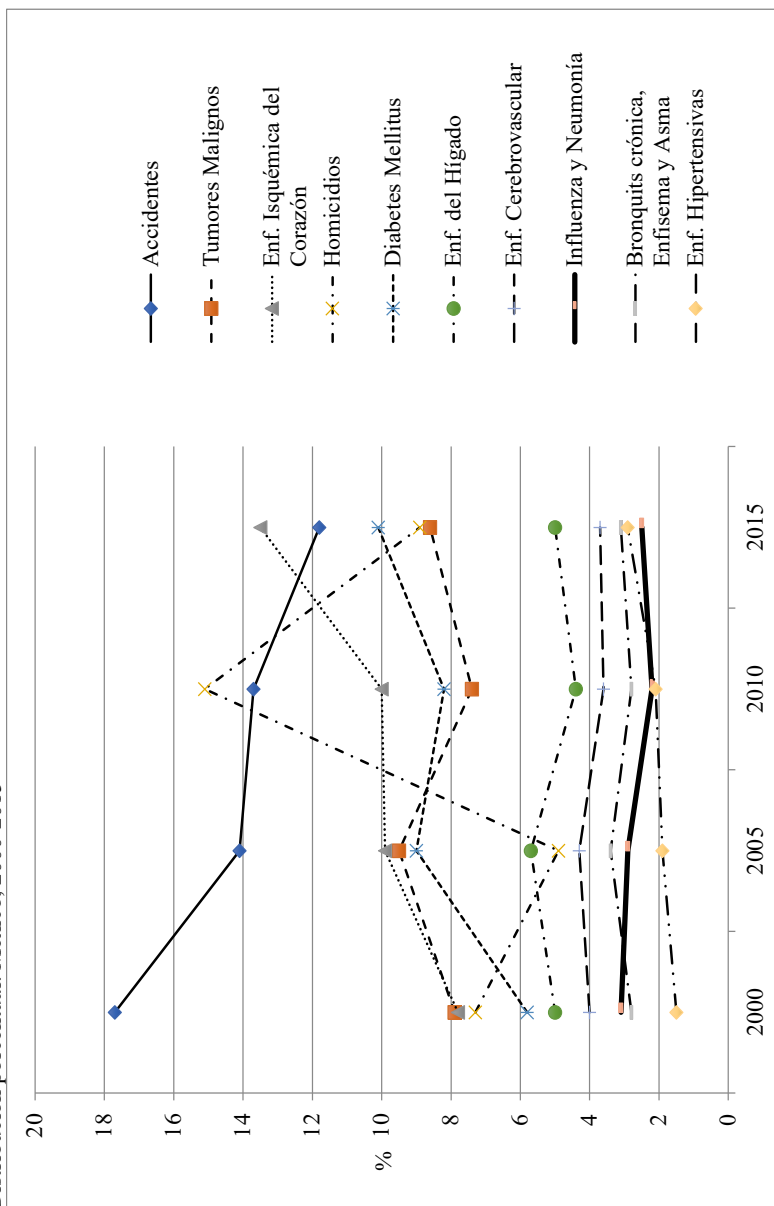
Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAIS, SSA.

Figura 4: Principales causas de mortalidad en fallecidos con otras afiliaciones a servicios de salud (públicas y privadas). Distribución porcentual. México, 2000-2015



Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAISS, SSA.

Figura 5: Principales causas de mortalidad en fallecidos con afiliación a servicios de salud no especificada. Distribución porcentual. México, 2000-2015



Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAISS, SSA.

Las causas de muerte aquí mencionadas dan cuenta de más de 70 por ciento del total de las defunciones para cada subconjunto en cada uno de los años revisados, con excepción del contingente de los afiliados al Seguro Popular, para quienes constituyeron sólo entre 67 y 69 por ciento, según el año, lo cual parece indicativo de un perfil un poco más heterogéneo.²³

Por lo que se refiere a las combinaciones y tendencias de estas causas a lo largo de los años considerados, para el subconjunto de los derechohabientes de la seguridad social, la diabetes mellitus alcanzó, en 2005, el primer lugar, y en esa elevada proporción siguió hasta 2015. La proporción de defunciones por tumores malignos decreció levemente, pero se estabilizó como segunda causa también a partir de 2005. La proporción de enfermedades isquémicas del corazón, en cambio, fue en aumento, si bien al menos hasta 2015 no rebasaba aún a las dos anteriores. Diabetes mellitus, tumores malignos y enfermedades isquémicas del corazón figuraron, entonces, y en ese orden, como las tres primeras causas de muerte para los fallecidos derechohabientes de la seguridad social entre 2005 y 2015. El cuarto lugar lo ocupó, con proporciones algo menores, la enfermedad cerebrovascular, y a continuación se ubicaron los accidentes, enfermedades del hígado, el grupo de las pulmonares obstructivas crónicas (bronquitis, enfisema y asma) y la enfermedad hipertensiva. En los lugares noveno y décimo, finalmente, influenza y neumonía, e insuficiencia renal crónica.

La Figura de los afiliados al Seguro Popular (que para los años aquí examinados comienza a partir de 2005) es algo distinta. La proporción de muertes por diabetes mellitus se encuentra desde 2005 en el primer lugar, y ha ido en aumento, al igual que las isquemias cardíacas que se encumbraron ya para 2015 hasta el segundo lugar. La proporción de defunciones por tumores malignos, en cambio, fue descendiendo, para pasar del primer lugar en 2005 (muy cerca de la diabetes mellitus) al segundo en 2010, y al tercero en 2015 (muy cerca, esta vez, de las isquemias cardíacas). De esta suerte, entre 2005 y 2015, diabetes mellitus, tumores malignos y enfermedades isquémicas del corazón han cambiado sus lugares como primera, segunda y tercera causa, aunque con la primera y la última siempre en ascenso, y la segunda en descenso. Las enfermedades del hígado, por debajo de las anteriores, se mantuvieron en cuarto lugar, seguidas muy de cerca por las enfermedades cerebrovasculares. Y las afecciones perinatales, más

²³ Más aún, por cierto, que el de los no especificados, que difiere del que exhiben los demás grupos por su elevadísima frecuencia de muertes violentas (accidentes y homicidios), en combinación con isquemias cardíacas, tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades del hígado (a las que se suman otras cuatro entidades nosológicas de frecuencia algo menor para constituir arriba de 70 por ciento del total de sus defunciones).

presentes en este subconjunto que en los otros cuatro, incrementaron su participación porcentual para 2010, pero la disminuyeron para 2015.

El subconjunto de la población sin ninguna afiliación a servicios de salud dibuja, con las mismas enfermedades, un panorama distinto. Las isquemias cardíacas, con un muy pronunciado incremento en su proporción, pasaron del segundo lugar en 2000 al primero en 2015. La diabetes mellitus, aunque con una pendiente menos pronunciada, también aumentó su proporción, y se movió del cuarto lugar en 2000 al segundo en 2015. Los tumores malignos, primera causa para este grupo en 2000, disminuyeron su participación proporcional y desde 2005 se ubicaron en el tercer lugar. Así, las isquemias cardíacas, la diabetes mellitus y los tumores malignos fueron, en ese orden, las tres primeras causas de muerte para los no derechohabientes en 2015. Los accidentes y las enfermedades del hígado se situaron, a lo largo de casi todo el periodo y en forma casi paralela, en los lugares cuarto y quinto. La otra línea llamativa en este grupo es la que traza la proporción de homicidios, en rapidísimo ascenso entre 2005 y 2010, pero sin detenerse en el siguiente quinquenio, de modo que para 2015 alcanzaba ya el sexto lugar como causa de defunción de los fallecidos sin derechohabiencia.

El pequeño y, como hemos dicho, heterogéneo grupo clasificado en la categoría residual de “otras afiliaciones (públicas y privadas)” mostró a lo largo de estos años lo que parecería un perfil más estable, con los tumores malignos en primer lugar, la diabetes mellitus en segundo y las isquemias cardíacas en tercero, sin cambiar ese lugar a lo largo de los quince años, aunque con tendencias casi siempre ascendentes. Señalemos además que las enfermedades cerebrovasculares han sido otra causa de muerte importante, y que los homicidios, aún si no llegaron a ocupar ninguno de los primeros lugares, sí alcanzaron a figurar como una de las diez primeras causas de mortalidad.

Por último, como también antes comenté —y por vano que pudiera parecer—, me interesó en especial examinar las principales causas de defunción del grupo con condición de derechohabiencia no especificada (cuya magnitud, por cierto, es notablemente mayor que la de la categoría residual de “otras”, como lo vimos en la Tabla 1). En efecto, el perfil de causas de mortalidad de este grupo resultó sumamente peculiar y bastante distinto al de los cuatro anteriores. La primera causa de muerte para ellos, hasta antes de 2015, fueron los accidentes, cuya proporción, sin embargo, tendió a disminuir en el periodo. La proporción de isquemias cardíacas, en cambio, se fue aquí incrementando, de tal suerte que para 2015 se había convertido

ya en la primera causa de defunción. El otro rasgo llamativo en esta gráfica es (de manera similar a lo comentado para el grupo sin derechohabiencia) el monto y evolución seguida por los homicidios, con un escandaloso aumento entre 2005 y 2010 que los colocó en ese año como la primera causa de muerte para este grupo.²⁴ La diabetes mellitus, por su parte, no perdió aquí tampoco su lugar como causa de defunción frecuente. Observemos, finalmente, que este grupo, junto con el anterior (otras), son los dos únicos en los que la proporción de tumores malignos no mantiene una tendencia descendente.

Sin abundar más en la descripción de estas figuras, a lo que parecen apuntar es a que las entidades nosológicas que integran estos perfiles son prácticamente las mismas, pero cada uno de los subconjuntos muestra una combinación distinta de ellas, y también una evolución con tendencias diferentes. De acuerdo con los postulados que orientan esta indagación, propongo entender este panorama como el resultado de las complejas interacciones de las constelaciones de riesgos que se gestan en las circunstancias en las que transcurrió la vida de quienes así llegaron a la muerte, matizadas por los diversos grados en los que cada uno de estos segmentos tuvo acceso a los servicios de atención médica.

Interpretar lo observado como aquí sugiero, nos conduciría a considerar que los integrantes de estos cinco subconjuntos se encuentran expuestos a constelaciones de riesgo que ejercen sus efectos en ciertas formas comunes para todos, pero diferenciales para cada uno de estos grupos, lo que requeriría de un estudio más profundo y detallado, en tanto que estos distintos modos de llegar a la muerte serían el resultado de la compleja combinación de dichas exposiciones a lo largo del curso de vida, con el acceso —o falta de éste— a los servicios de atención médica, preventivos y curativos, que darían distintos niveles de protección —hasta llegar a la desprotección total— a los afectados de cada uno de los distintos grupos.

UN PASO AVENTURADO: LA APROXIMACIÓN A LAS TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS

En el apartado anterior nos ocupamos del escenario que alcanza a percibirse desde el ángulo de la distribución proporcional de las causas de mortalidad. Ahora, y aún a riesgo de forzar una vez más a esta información un poco más allá de lo que resultaría prudente,²⁵ presentaré las tasas de morta-

²⁴ Si bien sabemos, gracias a los estudios más especializados sobre esta causa de muerte, uno de sus primeros picos se produjo hacia 2008 (Hernández y Narro, 2010; González *et al.*, 2012).

²⁵ Debido a las consideraciones sobre sus alcances y limitaciones ya planteadas en la sección referente al problema de la construcción del dato.

lidad específicas que calculé para algunas de estas causas (diabetes mellitus, isquemias cardíacas, tumores malignos, accidentes y homicidios), con la intención de averiguar si podemos encontrar en ellas algún indicio más sobre las diferencias que intento identificar. En esta ocasión las tasas fueron calculadas por cada 10 mil habitantes (a diferencia de las presentadas en la Tabla 5, expresadas para cada mil habitantes).

La hipótesis implícita en esta propuesta de diferenciación es que el polo más desfavorecido estaría representado por los no afiliados a ningún servicio,²⁶ seguidos por los que tienen acceso al Seguro Popular, con los derechohabientes de la seguridad social como el conjunto que se encontraría en las mejores condiciones, sólo superado, quizá, por algunos de los integrantes del ambiguo subconjunto de “otras”, del cual forman parte los sectores cuya afluencia económica les permite disponer de alguna de las modalidades de aseguramiento privado.

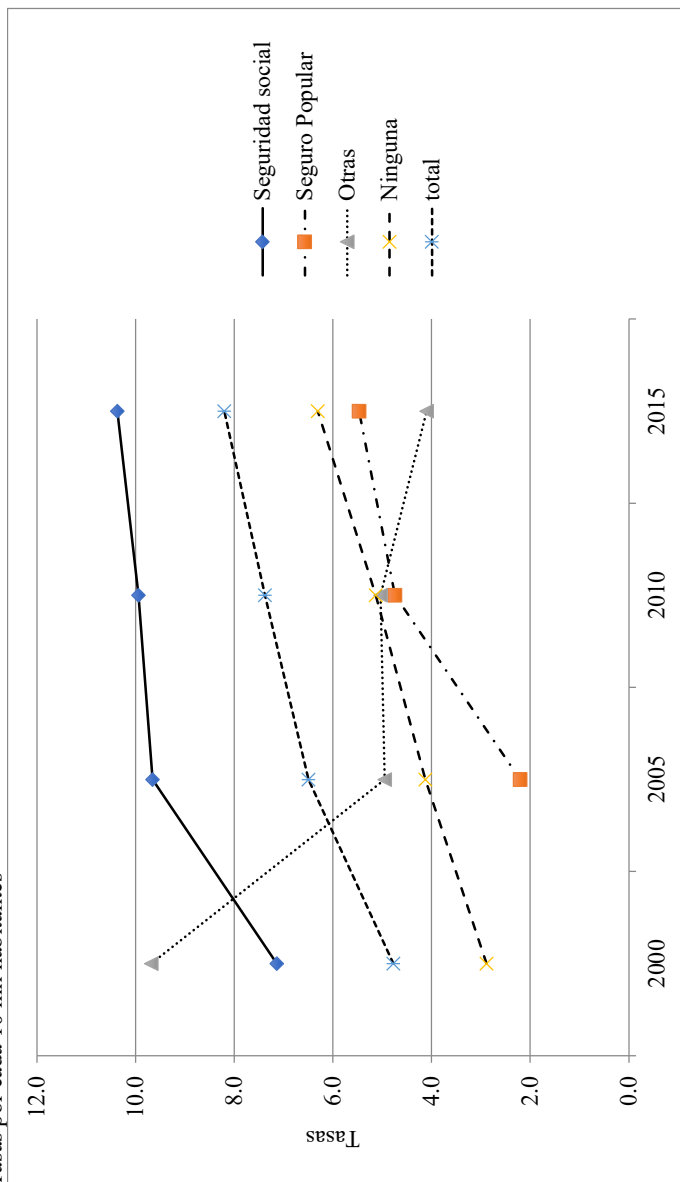
Lo que muestran las figuras 6 a 10²⁷ es a la vez desconcertante y sugerente. En ellas se observan, por una parte, tasas de mortalidad más elevadas para las tres principales causas de mortalidad examinadas en el grupo de los derechohabientes de la seguridad social, que representa al subconjunto aquí considerado como en mejores condiciones, en comparación con los afiliados al Seguro Popular, con las tasas más bajas, y un nivel intermedio para quienes no tienen ninguna afiliación. ¿Será el efecto de las distintas estructuras de edad de cada contingente observadas en la Tabla? Porque hubiera esperado encontrar tasas superiores en los grupos más desfavorecidos. Pero por la otra, se observan también tendencias ascendentes para diabetes mellitus e isquemias cardíacas, con pendientes más pronunciadas para los grupos considerados en condiciones menos favorables (que al paso de los años fueron acercando a los afiliados al Seguro Popular a los niveles de quienes carecían de toda cobertura), y tendencias descendentes sólo para el pequeñísimo segmento de quienes podríamos suponer que vivía en mejores circunstancias,²⁸ lo que resultaría más compatible con la propuesta interpretativa aquí propuesta.

²⁶ Aunque quizá aún por debajo de ellos habría que ubicar al peculiar subconjunto de los “no especificados”.

²⁷ En cuyo trazado omití, una vez más, al grupo de los no especificados, debido a que para ese segmento sería enteramente inverosímil suponer alguna correspondencia entre el numerador (tomado de los registros de mortalidad) y el denominador (recogido de los censos, el conteo y la encuesta intercensal).

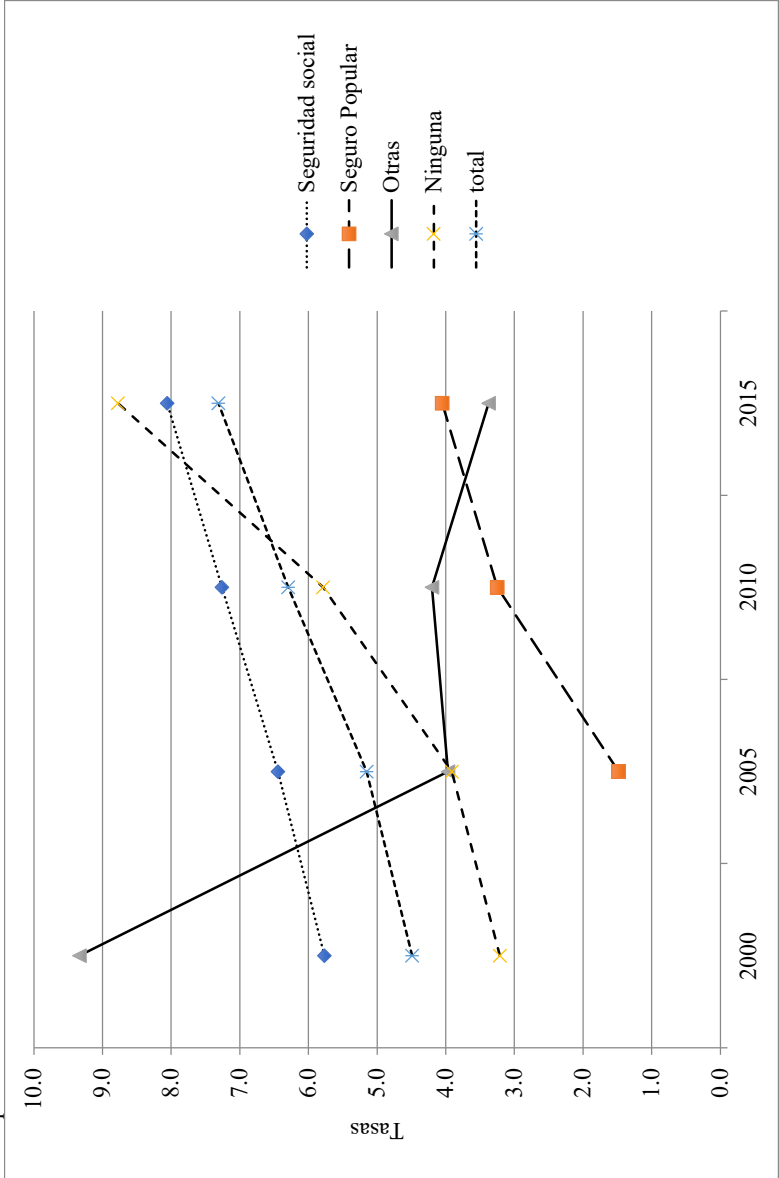
²⁸ En especial para el segmento de “otras” (que al incluir a quienes pudieron adquirir seguros privados, habla de los sectores con mayor poder adquisitivo), si bien la pendiente tan pronunciada y sistemáticamente descendente de estas tasas entre 2000 y 2005 obliga a reconsiderar qué tan adecuada pudo haber resultado la combinación de información utilizada para calcularla en este subgrupo.

Figura 6: Mortalidad por diabetes mellitus según condición de derechohabencia. México: 2000-2015.
Tasas por cada 10 mil habitantes



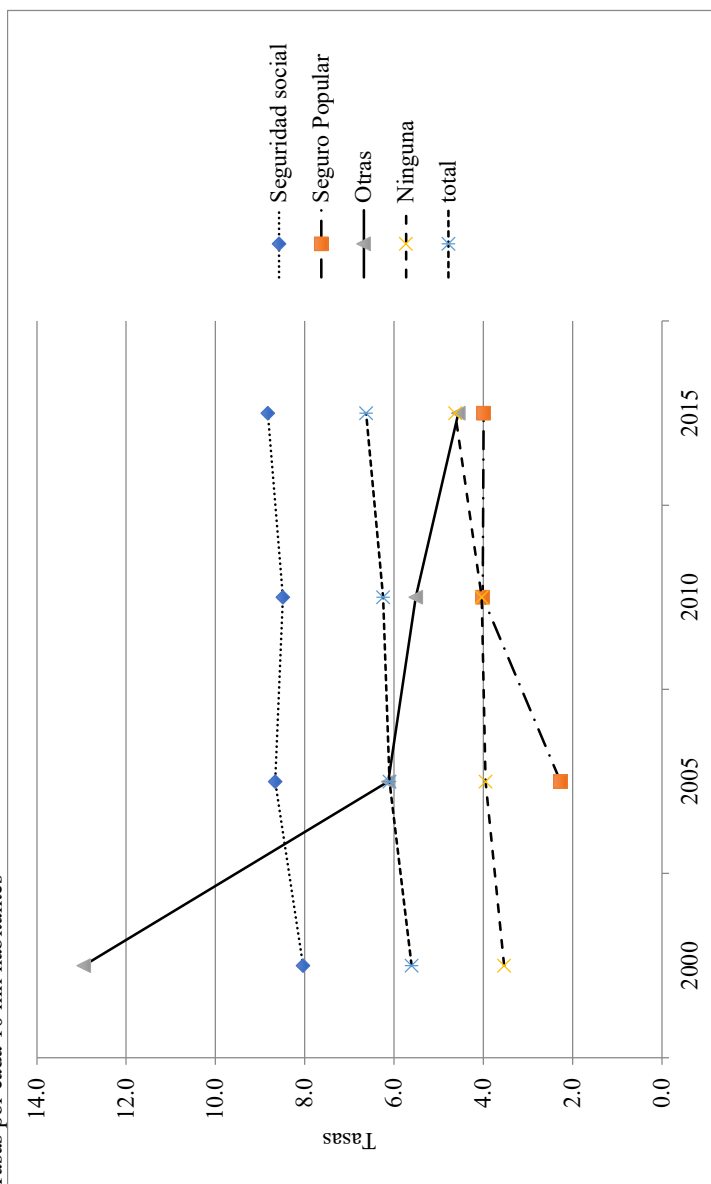
Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAISS, SSA.

Figura 7: Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón según condición de derechohabiente. México: 2000-2015. Tasas por cada 10 mil habitantes



Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAISS, SSA.

Figura 8: Mortalidad por tumores malignos según condición de derechohabiencia. México: 2000-2015.
Tasas por cada 10 mil habitantes



Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAISS, SSA.

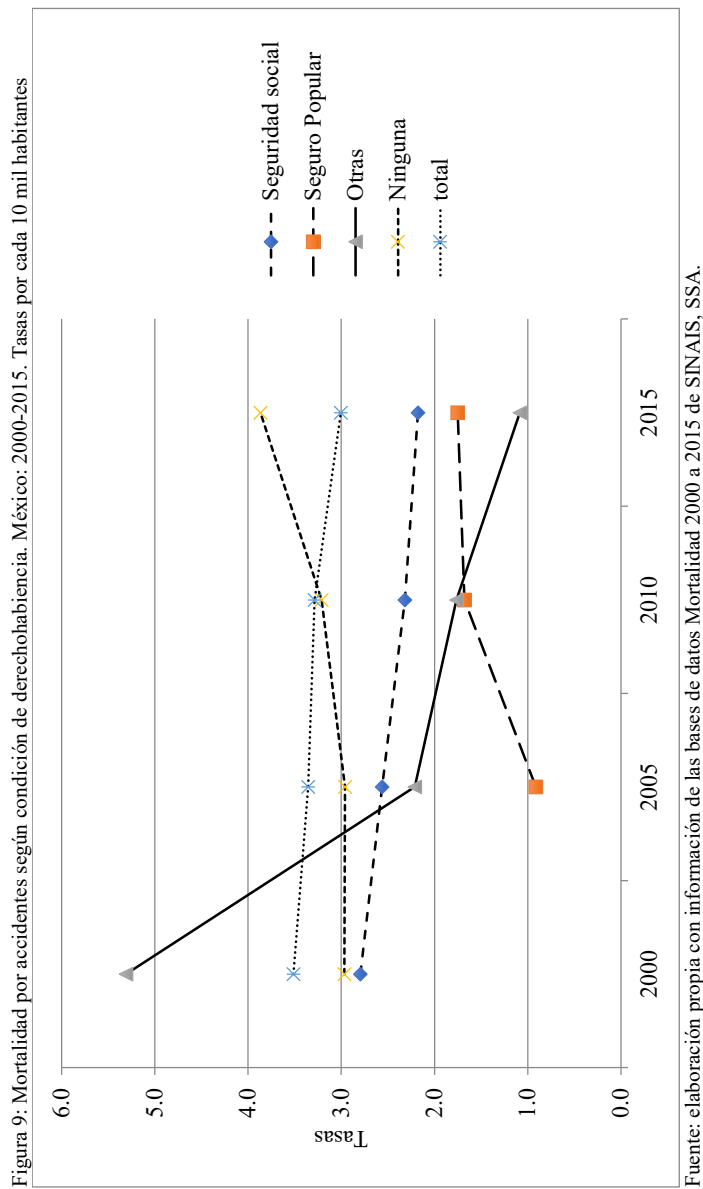
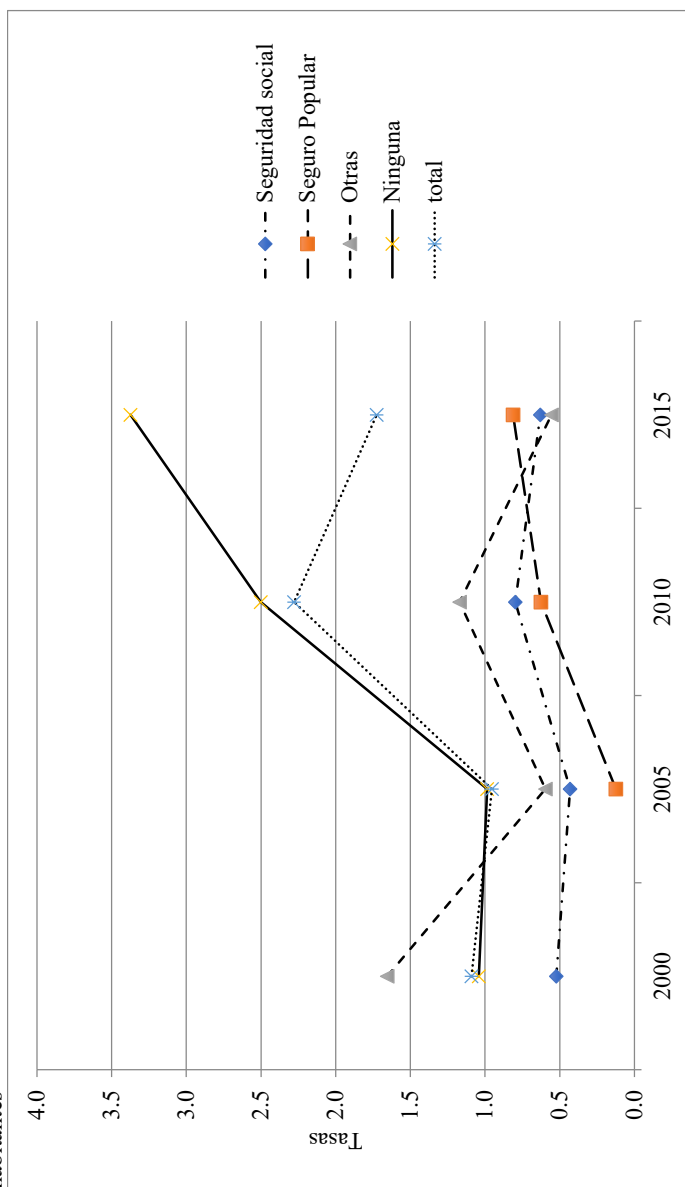


Figura 10: Mortalidad por homicidios según condición de derechohabiente. México: 2000-2015. Tasas por cada 10 mil habitantes



Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAIS, SSA.

En cuanto a los homicidios y los accidentes, las tasas más altas correspondieron al grupo que carece de toda cobertura, y las tendencias fueron al ascenso sobre todo para ellos, pero también para los afiliados al Seguro Popular.

Si centramos el foco ahora en la evolución de las tasas de mortalidad que a través de los datos disponibles pudieron expresarse para los tres subconjuntos más nítidamente diferenciables: los verdaderos derechohabientes, los afiliados al Seguro Popular, y quienes carecían de toda afiliación, no dejará de encenderse una señal de alarma ante lo que ahí parece manifestarse: una rápida tendencia al incremento en las tasas de mortalidad por isquemias cardíacas, diabetes mellitus, homicidios, accidentes y tumores malignos para el segmento más desprotegido de nuestra sociedad, considerando que la peor condición es la de quienes carecen de toda afiliación, y a continuación, los que se encontraban afiliados al Seguro Popular.²⁹ Lo que estas gráficas sugerirían es que, en efecto, son los derechohabientes de la seguridad social quienes mejores posibilidades parecen encontrar para protegerse frente a las constelaciones de riesgos a las que se encuentra expuesto el conjunto entero de la población mexicana.

En este punto del análisis me detendré a plantear la pregunta sobre la utilidad de lo que alcanza a revelar este somero panorama, frente a lo que ha sido reportado por muchas otras investigaciones. Es cierto que la existencia de relaciones inversas entre el nivel socioeconómico de los afectados y su riesgo de morir por enfermedades del tipo de las que aquí estamos examinando han sido ya identificadas en estudios efectuados para distintos momentos y países (Rose y Marmot, 1981; Lynch *et al.*, 2006; Legetic *et al.*, 2016; Haase *et al.*, 2016; Cockerham *et al.*, 2017; Williams *et al.*, 2018; Lago *et al.*, 2018; Marmot y Bell, 2019). De lo que en cada una de estas valiosas e interesantes investigaciones se percibe, además de la discusión sobre los alcances y limitaciones de los análisis, me interesa aquí destacar la enorme variedad de situaciones que ahí se describen para los distintos grupos de la población en cada contexto, cada una de ellas con sus propias peculiaridades. Los trabajos que además de la presentación de hallazgos se ocupan de las propuestas teóricas que podrían dar sentido a lo encontrado, dejan ver que las preguntas en torno a las vías a través de las cuales esas interrelaciones se producen, y la comprensión más precisa de su significado, continúan en busca de respuestas (Winkleby *et al.*,

²⁹ He de mencionar que un incremento igualmente rápido muestra, para este grupo, la tasa de mortalidad por suicidio, que no incluí en este trabajo porque sus niveles, más reducidos que los de los accidentes, homicidios y la patología aquí consignada, no lo llevan a ocupar uno de los primeros lugares. Pero no por eso resulta menos inquietante.

1992; Hosseinpoor *et al.*, 2012; Sommer *et al.*, 2015; Allen *et al.*, 2017). El debate sobre la manera de proceder para enfrentar esta indudablemente indeseable e injusta situación sigue, igualmente, abierto (Martínez, 2011; Stringhini *et al.*, 2017; Marmot y Bell, 2019).

Hay que reconocer que el estudio más generalizado y sistemático de lo que ahora se conoce como determinantes sociales de la enfermedad se intensificó apenas hace algo más de una década, cuando la Organización Mundial de la Salud llegó a admitir, sin ambages, la innegable influencia que siempre ha tenido la dimensión social sobre la ocurrencia de la enfermedad (OMS, 2009). Así que no ha sido sino en fechas relativamente recientes que, como dicen Marmot y Bell (2019: 10), se ha empezado a pensar en ellos como “la causa de las causas” de los problemas de salud. Como bien lo señalan Cockerham *et al.* (2017:2): “Una vez ignorados o considerados solo como influencias distantes o secundarias sobre la salud y la enfermedad, los determinantes sociales se han reconocido cada vez más como causas fundamentales de los problemas de salud”.

Por lo demás, no puede olvidarse que en las décadas finales del siglo XX, y aún hoy día, una amplia porción de los expertos en salud pública sostuvieron —y aún sostienen— una lectura sobre el curso esperado de los problemas de salud de las poblaciones derivada de una antigua perspectiva que postulaba que conforme las sociedades se modernizaran, el panorama de sus enfermedades se transformaría de uno dominado por las enfermedades infecciosas y perinatales, a otro en donde prevalecerían las degenerativas o provocadas por el hombre. Sin embargo, el curso que siguieron los procesos económicos, sociales y sanitarios en las décadas finales del siglo XX y las primeras del XXI en sociedades como la nuestra, condujo a situaciones mucho peores que las que se hubiera podido imaginar (Martínez y Leal, 2003). Así, como apuntan Ezzati *et al.* (2018), las políticas de salud guiadas por esas perspectivas quedaron bastante desencontradas con los verdaderos escenarios epidemiológicos que afectan hoy día a los habitantes de los países de ingresos bajos y medios, cuyas poblaciones han sido mucho más grave e intensamente afectadas por las enfermedades no transmisibles de lo que ocurre con los países de mayores ingresos, peor aún, para sus segmentos más desfavorecidos, que se vieron casi inermes frente a sus estragos. Tanto, que como continúan explicando Ezzati *et al.* (2018), para la segunda década del siglo XXI, la OMS hubo de corregir el rumbo para dirigir ahora su atención hacia el desmesurado aumento de ciertas enfermedades no transmisibles, especialmente ensañadas contra los integrantes de los grupos más desfavorecidos, entre las que se cuentan las

que en mi indagación se pusieron de manifiesto: las cardiovasculares, la diabetes y los tumores malignos, ello sin mencionar el llamado de alerta que la OMS tuvo que hacer sobre los problema de salud mental.

El panorama dibujado por mi análisis, entonces, no hace sino ofrecer algunas evidencias más sobre el caso mexicano, recabadas a partir de una propuesta interpretativa que, de estar atinadamente orientada, ayudaría a pensar en alternativas para buscar mejores cauces a estos desbordes, en este muy específico contexto nacional. Por lo demás, si las variaciones entre países reportadas por investigaciones como los arriba referidas fueran —como creo que lo son— una expresión de la complejidad de las relaciones que existen entre las dimensiones social, económica y cultural, y la porción de la problemática de salud que aquí estamos estudiando, es muy probable que nos encontremos, entre los distintos grupos de la población aún dentro de un mismo país, con variaciones por descifrar. Así que reitero el énfasis en la importancia de seguir profundizando en el estudio de cuáles podrían ser las mediaciones entre la ubicación de las personas en la estructura social, las constelaciones de riesgo a las que se encuentran sometidas, su materialización en cada una de las enfermedades que amenazan su vida, y la consumación mortal de esas amenazas.

De vuelta, entonces, a a lógica dictada por mi búsqueda, he de señalar que, con sus muy probables imprecisiones, lo que hasta aquí hemos visto evoca insistentemente una nueva pregunta: ¿quiénes son los integrantes de cada uno de estos subconjuntos? ¿qué mas podríamos saber de ellos? Porque además del papel que en estos niveles y perfiles juegan sus estructuras de edad, se antojaría conocer algo más sobre las características de los integrantes de cada uno de estos contingentes. Para acercarnos a averiguarlo, en la medida de lo posible, disponemos de algunas variables más proporcionadas por los registros de mortalidad con los que hasta aquí he trabajado.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CINCO GRUPOS EN ESTUDIO

La información reunida en la Tabla 6 nos permite conocer un poco más sobre las características distintivas de cada uno de estos contingentes, y los cambios que éstas experimentaron durante el periodo. Al igual que procedí con la Tabla 2, para aligerar esta tabla ya bastante abigarrado incluyo solamente el primero y el último año del periodo en estudio, aunque hay que recordar que en 2000 el Seguro Popular aún no existía, y que el reporte de afiliados a IMSS Oportunidades estuvo disponible sólo para 2015.

Tabla 6: Distribución porcentual de las características sociodemográficas de los fallecidos según condición de derechohabiencia. México, 2000-2015

Características sociodemográficas	Seguridad social		IMSS Op.	Seguro Popular (d)	Otras (públicas y privadas)	
	2000	2015	2015	2015	2000	2015
<i>Niveles de escolaridad</i>						
No aplica (a menores de 12 años)	6.6	2.5	4.5	7.0	10.1	3.2
Sin escolaridad (a)	16.8	11.8	46.6	27.5	13.2	9.5
Primaria incompleta	31.7	27.6	29.1	29.4	25.7	21.4
Primaria completa o secundaria incompleta	22.1	25.1	10.3	18.7	19.2	21.2
Secundaria o equivalente	9.0	13.1	4.4	9.3	10.0	13.7
Preparatoria o equivalente	5.5	7.2	1.5	2.9	7.1	8.1
Profesional (b)	6.5	10.6	1.3	2.2	12.5	20.4
No especificado	1.9	2.3	2.4	2.9	2.3	2.3
<i>Situación conyugal</i>						
No aplica (menores de 12 años)	7.2	2.9	5.4	8.3	11.2	3.9
Soltero/a	9.4	11.1	13.9	19.2	11.1	12.8
Casado/a	49.6	46.7	29.3	32.1	46.4	45.6
Unión libre	4.0	5.0	15.8	11.6	4.4	4.9
Separado/a o divorciado/a	2.7	3.6	2.3	3.9	2.9	4.0
Viudo/a	26.3	28.4	30.0	21.8	23.1	26.7
No especificado	0.8	2.3	3.4	3.1	0.8	2.1
<i>Tamaño de localidad</i>						
1 a 2,4999 hab.	9.9	9.8	67.2	34.6	15.5	10.0
2,500 a 14, 999 hab.	11.2	10.3	16.5	18.8	11.7	10.6
15,000 a 99,999 h.	63.7	61.6	13.6	36.9	56.1	57.7
1'000,000 o más	15.0	17.9	1.7	9.0	13.8	21.3
No especificado	0.2	0.4	1.0	0.8	2.9	0.4
<i>Condición de actividad</i>						
No aplica (c)	7.2	2.6	4.7	7.4	11.2	3.4
Inactivos	55.4	62.9	53.0	48.5	48.6	56.5
Activos	36.0	32.4	38.3	40.8	38.6	38.1
No especificado	1.4	2.1	4.0	3.3	1.6	2.1
Total de defunciones	186,188	275,759	3,239	178,045	8,794	12,802
% Defunciones (e)	42.5	42.1	0.5	27.2	2.0	2.0

Notas:

(a) En 2015 incluye preescolar.

(b) En 2015 incluye posgrado.

(c) A menores de 12 años en 2000, a menores de 5 años en 2015.

(d) Aún no existía en 2000.

(e) % en cada régimen de derechohabiencia con respecto al total de defunciones.

Fuente: Elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAI, SSA.

Tabla 6: Continuación

Características sociodemográficas	Ninguna		No especificada		Total	
	2000	2015	2000	2015	2000	2015
<i>Niveles de escolaridad</i>						
No aplica (a menores de 12 años)	13.8	5.2	13.1	5.4	10.6	4.5
Sin escolaridad (a)	32.9	29.4	19.1	19.0	24.4	20.1
Primaria incompleta	27.9	25.0	17.4	20.3	28.5	26.7
Primaria completa o secundaria incompleta	13.9	19.2	12.5	16.6	17.4	21.2
Secundaria o equivalente	5.6	10.5	5.4	8.8	7.1	11.1
Preparatoria o equivalente	2.3	4.4	2.8	3.9	3.8	5.2
Profesional (b)	1.7	4.7	3.3	5.5	4.1	6.1
No especificado	2.0	1.7	26.4	20.6	4.1	4.4
<i>Situación conyugal</i>						
No aplica (menores de 12 años)	14.9	5.8	14.3	6.4	11.5	5.3
Soltero/a	19.0	26.0	17.5	20.7	14.6	17.0
Casado/a	33.0	26.4	33.8	29.0	40.4	37.2
Unión libre	7.7	11.2	6.2	9.2	5.9	8.4
Separado/a o divorciado/a	2.7	3.9	2.0	2.8	2.6	3.6
Viudo/a	21.7	24.1	14.9	19.1	23.1	24.8
No especificado	1.1	2.6	11.3	12.9	1.8	3.8
<i>Tamaño de localidad</i>						
1 a 2,499 hab.	32.8	29.6	29.2	30.6	22.4	22.5
2,500 a 14, 999 hab.	19.9	17.3	15.6	15.6	15.7	14.4
15,000 a 99,999 h.	39.0	40.6	38.6	36.1	49.8	48.1
1'000,000 o más	7.9	11.6	5.2	8.3	10.8	13.3
No especificado	0.5	0.9	11.4	9.4	1.3	1.6
<i>Condición de actividad</i>						
No aplica (c)	14.9	5.4	14.3	5.7	11.5	4.8
Inactivos	40.6	45.5	25.5	38.1	45.8	53.1
Activos	42.2	46.7	26.6	39.3	38.2	38.0
No especificado	2.2	2.4	33.6	16.9	4.6	4.1
Total de defunciones	204,713	112,216	37,972	72,532	437,667	654,593
% Defunciones (e)	46.8	17.1	8.7	16.6	100.0	100.0

Notas:

(a) En 2015 incluye preescolar.

(b) En 2015 incluye posgrado.

(c) A menores de 12 años en 2000, a menores de 5 años en 2015.

(d) Aún no existía en 2000.

(e) % en cada régimen de derechohabencia con respecto al total de defunciones.

Fuente: Elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAISS, SSA.

Por supuesto, en esta tabla incluyo una vez más al gran subconjunto de los no especificados cuyas características encuentro especialmente tentador conocer.

Los niveles de escolaridad (al igual que vimos ya con la composición por edad) exhiben cambios notables en el periodo, pero varían bastante entre grupos. En términos generales, la escolaridad tiende a ser más elevada para los fallecidos con “otras coberturas”, en segundo término, para los derechohabientes de la seguridad social, menor para los afiliados al Seguro Popular, y la más alta proporción de población mayor de 12 años sin escolaridad la tienen los fallecidos sin ninguna derechohabiencia y, sobre todo, la pequeña porción de los reportados en 2015 bajo la cobertura de IMSS-Oportunidades. Los no especificados muestran también bajos niveles de escolaridad, y como era de esperar, una alta proporción con escolaridad no especificada.

La situación conyugal indica que la mayor parte de los fallecidos eran casados y, en segundo término, viudos, salvo para el caso de IMSS-Oportunidades en que la situación fue la inversa. Por lo demás, las mayores proporciones de casados se reportan en los dos grupos que parecen estar integrados por las porciones más favorecidas (seguridad social y otras), en tanto que son algo menores para los fallecidos afiliados al Seguro Popular y quienes no tenían ninguna cobertura. En estos últimos dos grupos, cerca de la quinta parte de los fallecidos eran viudos, y una porción levemente menor, solteros, aunque para los no cubiertos estas proporciones son bastante más elevadas en 2015. Entre los no especificados, las mayores proporciones fueron las de casados, en segundo término, solteros, y en tercero viudos, con algo más de diez por ciento de situación conyugal no especificada.

El tamaño del lugar de residencia habitual, que habla de su condición rural o urbana, es una de las características que menos cambios mostró entre el inicio y el final del periodo. Su distribución porcentual para cada grupo deja ver una mayor proporción de población urbana para los derechohabientes de la seguridad social y quienes tenían otras coberturas, y una mayor proporción de población rural para IMSS-Oportunidades, aún en 2015. Los fallecidos afiliados al Seguro Popular muestran una composición mixta, con una buena proporción de habitantes rurales, y otra algo mayor de habitantes urbanos. Lo mismo ocurre con los fallecidos sin derechohabiencia, y con los no especificados que, además, reportan alrededor de diez por ciento de tamaño de la localidad de residencia habitual no especificada. En términos globales, a lo largo de estos quince años, aún poco más de la

quinta parte de los fallecidos en el país residían en localidades menores a 2,500 habitantes.

Revisemos, por último, la condición de actividad del fallecido. Aquí es interesante notar que las proporciones más elevadas de quienes murieron en condición económicamente activa, correspondieron a los grupos que estamos caracterizando como menos favorecidos: los que no tenían ninguna afiliación, los afiliados al seguro popular, e incluso en el año de 2015, los no especificados; cabe suponer, entonces, que en vida habrán desempeñado su actividad laboral predominantemente en las actividades más precarias del sector informal de la economía.

En este punto quisiera sintetizar algo de lo que alcanzamos a averiguar sobre ese enigmático conjunto de los no especificados, muchas de cuyas muertes se deben a accidentes y homicidios, pero también a las tres grandes patologías crónicas que están conduciendo al final de la vida a la población mexicana en su conjunto. Parece tratarse de un subconjunto integrado por más hombres que mujeres, y por mayores proporciones de personas de 25 a 44 años en comparación con los otros subgrupos (como se vio en la Tabla 2); con niveles de escolaridad que se ignoran en más de la quinta parte de los casos; reportados como casados en alrededor de la tercera parte de los casos, pero que tienden a ubicarse en los niveles inferiores a la secundaria completa; aproximadamente un tercio de ellos habitantes de localidades rurales, y una mínima proporción en las grandes ciudades; más de la cuarta parte económicamente activos, una proporción similar económicamente inactivos, y un porcentaje importante para quienes esa condición no pudo especificarse (alrededor de la tercera parte en 2000, y 17 por ciento para 2015).

EL MOMENTO DE LA MUERTE

Para terminar mi recorrido, me interesó explorar algo sobre el momento de la vida en el que llega el final para los integrantes de estos grupos por causa de las principales enfermedades que condujeron a la muerte. Para ello, calculé el porcentaje de lo que la OPS (2012) denomina muertes prematuras, definidas como aquellas que sobrevinieron antes de que la persona alcanzara los 70 años de edad.³⁰

³⁰ Elegí la edad de 70 años por considerar que representa una cifra más o menos conservadora, no demasiado ambiciosa, para la esperanza de vida de la población mexicana al momento de realizar este estudio. Cabe señalar que el porcentaje de muertes prematuras para cualquiera de estas causas sólo sumaría 100 en el caso de que absolutamente todos los fallecidos por esa causa hubieran muerto antes de los 70 años. Eso no ocurrió para ninguna de las causas examinadas, aunque para el caso de los homicidios llegó a rebasar 90 por ciento, lo que significa que más de

La Tabla 7 muestra estos porcentajes para las principales enfermedades y lesiones violentas aquí examinadas y para los integrantes de cada uno de estos contingentes a lo largo del periodo.

Lo que aquí puede verse es que las tres causas que ocasionaron la mayor proporción de muertes prematuras en todos los grupos y en todos los años fueron los homicidios, los accidentes y las enfermedades del hígado, en ese orden. Los homicidios dieron lugar a no menos de un 90 por ciento de muertes prematuras durante todo el periodo, y la situación, lejos de mejorar, empeoró a lo largo de esos años, en especial para la población carente de afiliación a servicios de salud.³¹ Los accidentes y las enfermedades del hígado mostraron proporciones un poco menores de muertes prematuras que los homicidios. Pero las muertes prematuras por accidentes aumentaron entre quienes no tenían ninguna cobertura, aunque disminuyeron en el grupo de otras, en los derechohabientes de la seguridad social, en menor medida en los no especificados, y la menor ganancia correspondió a los afiliados al seguro popular. En cuanto a las defunciones prematuras por enfermedades del hígado, éstas disminuyeron en todos los grupos, pero más entre quienes disfrutaban de otras coberturas privadas y públicas, seguido por los derechohabientes de la seguridad social, con alguna ganancia, aunque menor, para quienes no tenían ninguna cobertura y los de cobertura no especificada, en tanto que la ganancia más reducida fue, una vez más, para los afiliados al Seguro Popular.

A partir del cuarto lugar en orden de magnitud, las causas que originaron las mayores proporciones de muertes prematuras difieren un poco entre los grupos, y varían también los incrementos y decrementos que muestran estas proporciones. La siguiente causa generadora de muertes prematuras para la mayor parte de los grupos (excepto los derechohabientes de la seguridad social, quienes mueren prematuramente más por tumores malignos e insuficiencia renal), fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias, con alrededor de 70 por ciento de personas falleciendo antes de los 70 años, con los afiliados al Seguro Popular como único grupo que empeoró en el periodo, al incrementar el porcentaje de muertes prematuras por esta causa. Para este grupo aumentaron también las muertes prematuras por tumores malignos, y muy levemente también para insuficiencia renal crónica.

90 por ciento de las muertes por asesinato fueron prematuras, en el sentido de que quienes así perdieron la vida tenían menos de 70 años.

³¹ La excepción fue el grupo de no especificados, cuyas muertes prematuras por homicidios aparecen en 2015 con una proporción un poco menor que en años anteriores, por motivos difíciles de dilucidar a la luz de esta información.

Tabla 7: Porcentaje de muertes prematuras (a) por condición de derechohabencia según principales causas de mortalidad. México, 2000-2015

Causas de mortalidad	Seguridad Social			Seguro Popular (b)			Otras				
	2000	2005	2010	2015	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
Homicidios	94.1	92.9	95.6	95.0	96.7	96.9	96.9	95.9	95.5	97.9	96.2
Accidentes	82.5	79.1	77.8	74.6	81.8	81.0	79.6	87.5	84.3	82.8	78.0
Enfermedades del hígado	70.8	66.0	62.6	62.3	77.5	75.0	76.3	76.8	67.2	65.6	62.2
Enfermedades infecciosas y parasitarias	59.5	51.7	50.6	47.8	67.9	72.8	70.5	68.1	63.7	57.5	52.3
Diabetes mellitus	55.2	52.0	49.7	48.8	61.5	58.4	57.9	54.9	52.6	48.7	47.5
Tumores malignos	59.8	57.1	55.3	56.4	60.3	61.3	62.6	57.7	53.8	56.9	55.5
Insuficiencia renal crónica	60.7	55.8	54.3	53.7	58.3	60.3	59.1	56.8	43.2	49.2	47.9
Enfermedades isquémicas del corazón	37.5	34.3	31.5	31.0	38.7	33.5	32.7	34.0	34.9	33.5	32.4
Enfermedades cerebrovasculares	33.8	32.0	31.0	31.8	35.8	34.7	34.6	36.1	29.2	29.5	34.3
Enfermedades hipertensivas	38.4	33.3	31.2	31.2	34.1	31.9	30.9	31.2	25.5	27.5	23.8

Notas:

(a) El porcentaje de muertes prematuras representa la proporción de defunciones ocurridas por esa causa a personas que no habían alcanzado aún los 70 años de edad.

(b) Aún no existía.

Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAIS, SSA.

Tabla 7: Continuación

Causas de mortalidad	Ninguna					No especificada				
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	2000	2015
Homicidios	96.1	96.0	98.2	98.1	91.1	90.8	91.7	81.0		
Accidentes	86.7	85.2	87.1	88.1	87.1	86.2	86.2	83.0		
Enfermedades del hígado	82.9	80.0	78.3	77.1	76.9	76.2	73.6	72.3		
Enfermedades infecciosas y parasitarias	74.5	72.6	66.2	61.2	74.4	70.4	66.8	67.1		
Diabetes mellitus	56.9	56.0	53.0	48.6	55.4	53.3	50.3	47.9		
Tumores malignos	57.1	56.4	54.8	51.5	57.0	55.7	52.8	52.2		
Insuficiencia renal crónica	50.8	51.6	47.6	40.6	43.9	50.4	48.3	41.9		
Enfermedades isquémicas del corazón	35.1	33.2	32.7	31.8	41.7	38.3	37.7	34.0		
Enfermedades cerebrovasculares	34.5	32.4	30.3	27.5	37.3	31.9	32.4	30.3		
Enfermedades hipertensivas	27.9	26.5	22.5	19.8	32.4	26.8	24.1	23.4		

Notas:

(a) El porcentaje de muertes prematuras representa la proporción de defunciones ocurridas por esa causa a personas que no habían alcanzado aún los 70 años de edad.

(b) Aún no existía.

Fuente: elaboración propia con información de las bases de datos Mortalidad 2000 a 2015 de SINAISS, SSA.

Por lo que se refiere a las defunciones prematuras ocasionadas por diabetes mellitus, estas disminuyeron a lo largo del periodo en todos los grupos, con la menor ganancia para los afiliados del Seguro Popular.

Más detalles sobre el comportamiento de la proporción de defunciones ocurridas antes de los 70 años para cada una de estas enfermedades, que son las que con mayor frecuencia causan la muerte en cada uno de estos grupos y años, pueden obtenerse de la Tabla 7.

Cabe señalar, por último, que hay otras cuatro enfermedades que aquí no aparecieron (ya que no figuraron entre las más frecuentes para el conjunto de los grupos analizados), pero que, por los tempranos momentos de la vida en los que fallecen los afectados, generan proporciones de muertes prematuras aún mayores: las afecciones perinatales (que, como vimos en páginas anteriores, sí llegaron a ser causa de mortalidad importante en 2010 para los afiliados al Seguro Popular), las malformaciones congénitas, la enfermedad por VIH y el acontecimiento del suicidio.

REFLEXIONES FINALES

Este recorrido en busca de las posibles relaciones entre los perfiles de la mortalidad por causas y la condición de derechohabiente de los fallecidos en la primera década y media del siglo XXI en México, me condujo a plantear las siguientes ocho reflexiones.

Primera. No por aparentemente obvia quiero dejar de explicitar que cualquier versión que podamos obtener del problema que estudiemos, depende enteramente de las lentes con las cuales intentemos observarlo. Por lentes me refiero a los datos a través de los cuales tenemos acceso a los eventos en los cuales ese problema se manifiesta, las herramientas analíticas con las cuales intentamos encontrar en ellos algún sentido, y también, sin duda, el marco interpretativo desde el cual lo abordamos. Es cierto que para estudiar los asuntos de los que aquí me ocupo podrían buscarse mejores datos, construir indicadores más refinados y aplicar procedimientos analíticos más sofisticados. Pero en cada caso, la información de base y la manera en la que se analice tendrá sus propios alcances y deficiencias, además de que todo esfuerzo por corregir y refinar las lentes implicará sus propios riesgos, al privilegiar ciertas perspectivas bajo la orientación de las hipótesis a partir de las cuales se procede. Una posibilidad adicional, que fue a la que aquí me adscribí, es la de intentar comprender cuáles son y a qué se deben las distorsiones que pueden introducir las limitaciones de la lente a la que estamos recurriendo, y aprender a partir de ello algo más sobre la compleja problemática que se indaga: ya no sólo sobre el tema

en estudio, sino también sobre la forma en la que se lo concibe, aborda y maneja en el contexto del cual forma parte.

Segunda. En estrecha relación con lo anterior, hay que señalar que para el caso que nos ocupa, lo que alcanzamos a ver a lo largo de este recorrido parece apuntar a que las desigualdades en los caminos que llevan a la muerte a los distintos grupos de la población mexicana son tan contundentes, que alcanzan a percibirse aún a través de las lentes utilizadas, por más que éstas no permitan observarlo con la nitidez y precisión que sería deseable.

Tercera. Lo que así se alcanzó a percibir sugiere que, en efecto, hay algo importante que requiere seguirse rastreando. Esto plantea, por una parte, la necesidad de continuar la búsqueda a través de lentes (datos y modelos analíticos) que ayuden a enfocarlos con mayor claridad. Y por otra, conduce a preguntarse cómo podría hacerse para dar cauces diferentes y mejores a la preocupante situación de salud de la población mexicana en su conjunto, y en especial a la de sus grupos más desfavorecidos.

Cuarta. Del sistema de salud mexicano se ha dicho que su segmentación genera “diferencias en las condiciones de acceso de la población a los servicios de atención y le resta costo-eficiencia”, y que entre sus retos más acuciantes figura “la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles” (OPS, 2012:163). Desde la perspectiva de indagaciones como la que aquí presento podría sostenerse que no sólo es el sistema de salud el que está segmentado, sino que es la sociedad mexicana entera la que lo está; que la segmentación observada en el sistema de salud es el reflejo de la fragmentación de la población en grupos sociales que no difieren sólo por su acceso a los servicios de salud, sino por las desiguales circunstancias en las que transcurre su vida, que los colocan en posiciones también enteramente distintas a lo largo de su entero curso de vida frente a las constelaciones de riesgos que se ciernen sobre la población en su conjunto. ¿Cómo podríamos, si no, explicarnos la presencia del perfil de causas de mortalidad que hemos observado, en donde los mismos graves padecimientos se combinan, de distintas formas y con distintas trayectorias tendenciales para los diferentes grupos de la población, con llegadas de su desenlace fatal también diferenciadas para los segmentos relativamente privilegiados en comparación con los más desfavorecidos?

Quinta. Una interpretación que, a mi juicio, podría ofrecerse para comprender lo que se manifestó aún a través de esta no demasiado bien ajustada lente, es la siguiente. Si alguna igualdad ha venido a equiparar a los integrantes de los distintos grupos de la fragmentada sociedad mexicana, ésta ha llegado, lamentablemente, por la vía de la exposición a las mismas

constelaciones de riesgos que hoy día compartimos —como al aire que respiramos— el conjunto entero de los habitantes del país.³² Constelaciones de riesgos que incrementan las probabilidades de defunción por infartos cardiacos, diabetes mellitus, tumores malignos y accidentes; y también esas otras que se ciernen con mayor intensidad en unos grupos que en otros para incrementar sus probabilidades de fallecer por homicidios, enfermedades del hígado, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia renal crónica, y para algunos aún, impedir la entrada a la vida desde el momento mismo del nacimiento a causa de las afecciones perinatales. A la par, cada grupo de la sociedad dispone de diferentes tipos de recursos para protegerse frente a cada una de estas situaciones, y eso es lo que probablemente conduzca a las diversas combinaciones de la patología que llega a ser más letal para cada grupo, y el momento de la vida en el que el final acontece.

Sexta. Desde el marco interpretativo que orienta esta indagación, la salud de la población no depende primariamente de los servicios de atención médica a los que tiene acceso, sino de las constelaciones de riesgos que se gestan en el mundo en el que vive, y las circunstancias en las que transcurre su existencia. Sólo secundariamente, una vez que alguien ha sido alcanzado por la enfermedad, su acceso a los servicios médicos podrá auxiliario para recuperar la salud y, eventualmente, para interrumpir o diferir el curso hacia la muerte de los padecimientos más graves. Es muy probable que, como lo sostenían los sanitaristas de mediados del siglo pasado, una verdadera prevención hiciera menos onerosa la atención en el momento curativo. Pero una verdadera prevención es la que pasa por un cambio radical del entorno en el que se configuran las constelaciones de riesgos. En el caso de sociedades como la nuestra, esto implicaría transitar hacia otras modalidades de organización que permitieran una más equilibrada distribución de la riqueza socialmente producida, y la corrección de los irracionales patrones de producción y consumo característicos del modelo civilizatorio de nuestro tiempo (Martínez, 2011).

Séptima. Aún en un mundo como el nuestro, las funciones de una adecuada gestión pública del cuidado de la salud de la población tendrían que atender, idealmente, los dos frentes: uno, el que ayuda a construir un

³² Y aún esta analogía se prueba ya inadecuada, porque aún el aire que respiramos, así como el resto de los contaminantes ambientales, cada uno de ellos con su propio potencial nosógeno, se distribuyen diferencialmente según la región en la que habitamos. Hoy día, lo que quizá se ha generalizado más son los productos ultraprocesados que inundan el mercado en el que obtenemos nuestros alimentos, con elevados niveles de azúcares y grasas saturadas, entre otras sustancias nocivas. Pero ese no es más que uno de los muchos elementos que constituyen el mundo en el que hoy vivimos, y en el cual se configuran las constelaciones de riesgos a las que nos encontramos sometidos.

mundo más afín a la salud del conjunto entero de la población (la función preventiva); y otro, el que se dispone a ofrecer a sus integrantes, cuando llegan a caer enfermos, los mejores servicios de atención médica disponibles (la función curativa).

Octava. De ser así, la pretensión de acabar con la segmentación del sistema de salud mexicano con la instauración de una cobertura universal a la manera del Seguro Popular –y no de un incremento en las coberturas de la seguridad social- difícilmente resolvería los problemas de salud que estamos enfrentando. Soluciones de raíz requerirían de otra modalidad de organización de la estructura económica, que a su vez daría lugar a un mercado de trabajo mucho menos precario, y a la par, un verdadero cuidado del ambiente, formas más solidarias de organización de la vida social, una oferta de bienes diferente y patrones de consumo mucho menos nosógenos que los que hoy día prevalecen. Pero en tanto esas nada inmediatas posibilidades logran construirse, un gobierno coherente no puede desentenderse de la responsabilidad de atender las consecuencias sobre la salud de la población originadas en el “portafolios de riesgos” que a nombre de la sociedad acepta. Tendrá, en cambio, que idear e interponer los recursos preventivos y curativos requeridos, para evitar que las consecuencias de esos riesgos se manifiestan en perfiles de mortalidad como el que aquí hemos examinado (Martínez y Leal, 2003).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, L., Williams, J., Townsend, N., Mikkelsen *et al.*, 2017, “Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review”, in *Lancet Glob Health* 5: e277-289.

Brachet-Márquez, V., 2010, “Seguridad social y desigualdad, 1910-2010”, en Cortés y de Oliveira (Coords.), *Los grandes problemas de México. Tomo V. Desigualdad social*. México, El Colegio de México, págs. 181-210.

Cockerham, W., Hamby, B., Oates, G., 2017, “The social determinants of chronic disease”, in *Am J Prev Med* 52(Sup 1): S5-S12.

Córdova, A., Leal, G., Martínez, C., 1989, *El ingreso y el daño. Políticas de salud en los ochenta*. México: UAM-X.

Córdova, A., Leal, G., Martínez, C., 1991, “¿Hacia dónde va el perfil de daños a la salud de la población mexicana?”, *Reporte de investigación 61*. México: UAM-X, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud.

Cota-Yáñez, R., Navarro-Alvarado, A., 2015, “Análisis del mercado laboral y el empleo informal mexicano”, en *Papeles de población* 21(85): 211-249.

- García, B., 2011, "Las carencias laborales en México: conceptos e indicadores", en Pacheco, E., Garza, E., Reygadas, L. (coords.), *Trabajos atípicos y precarización del empleo*. México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México, págs. 81-115.
- Ezzati, M., Pearson-Stuttard, J., Bennett, J., Mathers, C., 2018, "Acting on non-communicable diseases in low- and middle-income tropical countries", in *Nature* 559: 507-516.
- González-Pérez, G., Vega-López, MG, Cabrera-Pivaral, C., Vega-López A, Muñoz, A., 2012, "Mortalidad por homicidios en México: tendencias, variaciones socio-geográficas y factores asociados", en *Ciencia & Saude Coletiva* 17(12):3195-3208.
- Haase, J., Lavanderos, S., Riquelme, C., Morales, A., 2016, "Determinantes sociales de la edad de fallecimiento por causa cardiovascular", en *Rev Med Chile* 144:1464-1472.
- Hernández-Bringas, H., Narro-Robles, J., 201, "El homicidio en México, 2000-2008", en *Papeles de Población* 16(63): 243-271.
- Hosseinpoor, A., Bergen, N., Kunst, A., Harper, S., Guthold, R., Rekve, D., Tur-san, E., Naidoo, N., Chatterji, S., 2012, "Socioeconomic inequalities in risk factors for non communicable diseases in low-income and middle-income countries: results from the World Health Survey", in *BMC Public Health* 12:912-926.
- INEGI, 2017, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consultado el 3 de julio de 2017. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/default.aspx>
- INEGI, 2017a, *II Conteo de Población Vivienda 2005*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consultado el 3/07/2017. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/default.aspx>
- INEGI, 2017b, *Censo de Población y Vivienda 2010*, México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consultado el 3/07/2017. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/default.aspx>
- INEGI, 2017c, *Encuesta Intercensal 2015*, México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consultado el 3/07/2017. Disponible en <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/default.html?init=1>
- INEGI, 2019, *Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Cifras durante el segundo trimestre de 2019*. Comunicado de prensa número 399/19. México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 14 de agosto de 2019.
- Lago, S., Cantarero, D., Rivera, B., Pascual, M., Blázquez-Fernández, C., Casal, B. and Reyes, F., 2018, "Socioeconomic status, health inequalities and non-communicable diseases: a systematic review", in *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*, 26(1): 1-14.
- Leal, G., Martínez, C., 2002, "Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México", en *Papeles de Población* 34:107-133.

Legetic, B., Medici, A., Hernández-Avila, M., Alleyn, G., Hennis, A., 2016, *Economic dimensions of noncommunicable diseases in Latin America and the Caribbean. Disease Control Priorities*, 3a. ed. Companion Volume. Washington, D.C., PAHO.

León-Cortés, J., Leal, G., Sánchez-Pérez, H., 2019, "Health reform in Mexico: governance and potential outcomes", in *International Journal for Equity in Health* 18:30-36.

Lynch, J., Davey, G., Harper, S., Bainbridge, K., 2006, "Explaining the social gradient in coronary heart disease: compare relative and absolute risk approaches", in *J Epidemiol Community Health* 60:436-441.

Marmot, M., Bell, R., 2019, "Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action", in *BMJ*, 364: k1251.

Martínez Salgado, C., 1993, *Sobrevivir en Malinalco. La salud al margen de la medicina*. México, El Colegio de México y UAM-X.

Martínez Salgado, C., 1999, "Salud y medio ambiente: la perspectiva local", en Izazola, H. (coord.), *Desarrollo sustentable, medio ambiente y población. A cinco años de Río*. Zinacantepec, El Colegio Mexiquense y COESPO, págs.137-159.

Martínez Salgado, C., 2002, "De qué se muere en México", en *El Cotidiano* 18 (112):53-68.

Martínez Salgado, C., 2004, "Tres ventanas para el estudio de la problemática de salud: una propuesta de aproximación fenoménica ilustrada con el caso mexicano", en *I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, ALAP, Caxambú, MG, Brasil, 18-20 de septiembre de 2004.

Martínez Salgado, C., 2011, "Abrir la epidemiología", en Eibenschutz, Catalina; Tamez, Silvia, y González, Rafael (compiladores), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Colección Abate Faria 8, págs. 71-90.

Martínez S, C. y Leal, G. 2002, "El acceso a los servicios médicos (comentarios sobre las tabulaciones referentes a la condición de derechohabiencia, servicio médico y tipo de institución)", en *Análisis del Censo de Población y Vivienda 1995*. México, CRIM UNAM, págs: 391-412.

Martínez S, C., Leal, G. 2003, "Epidemiological transition: model or illusion? A look at the problem of health in Mexico", in *Social Science and Medicine* 3(57):539-550.

Mora, M., de Oliveira, O., 2010, "Las desigualdades laborales: evolución, patrones y tendencias", en Cortés y de Oliveira (coords.), *Los grandes problemas de México. Tomo V. Desigualdad social*. México: El Colegio de México, págs. 101-140.

Morin, E., 1997, *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

- Muradás, M., 2011, "La calidad de la información en los certificados de defunción", en *Coyuntura demográfica* 1:78-81.
- O'Donnel, C. y Elosua, R., 2008, "Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study", en *Revista Española de Cardiología* 61(3):299-310.
- OMS, 2008, *Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS, 2009, *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de Salud*. Buenos Aires, Ed. Journal S.A.
- OPS, 1995, *Clasificación estadística internacional de enfermedades problemas relacionados con la salud. 10ª. Revisión*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica 554, 3v.
- OPS, 2012, "Determinantes e inequidades en salud", en *Salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Cap. 2, Volumen regional, págs. 12-59.
- Reygadas, L., 2011, "Introducción: trabajos atípicos, trabajos precarios ¿dos caras de la misma moneda?", en Cortés y de Oliveira (coords.), *Los grandes problemas de México. Tomo V. Desigualdad social*. México: El Colegio de México, págs. 21-47.
- Rojas, G. y Salas, C., 2011, *Precariedad laboral y la estructura del empleo en México 1995-2004*, págs. 117-160.
- Rose, G. y Marmot, M., 1981, "Social class and coronary heart disease", in *Br Heart J* 45(1):13-19.
- Schütz, A., 1995, *El problema de la realidad social*. Buenos Aires, Amorrortu.
- SSA, 2017, *Mortalidad 2000, 2005, 2010 y 2015. Sistema de Información Nacional en Salud*. México: Secretaría de Salud. Consultado el 12/06/2017. Disponible en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_defunciones_gob-mx.html
- Sommer, I., Griebler, U., Mahlkecht, P., Thaler, K. *et al.*, 2015, "Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews", en *BMC Public Health* 15:914-926.
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendano, M., Muennig, P. *et al.*, 2017, "Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women", in *Lancet* 389(10075):1229-1237.
- Szasz, I., Pacheco, E., 1995, "Mercados de trabajo en América Latina", en *Perfiles latinoamericanos* 4(6): 49-69.

Williams, J., Allen, L., Wickramasinghe, K., Mikkelsen, B., Roberts, N., Townsend, N., 2018, "A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries", in *Journal of global health* 8(2) 020409:1-2.

Winkleby, M., Jatulis, D., Frank, E., Fortmann, S., 1992, "Socioeconomic status and health: how education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular diseases", in *Am J Public Health* 82(6):816-820.

RESUMEN CURRICULAR DE LA AUTORA

Carolina Martínez Salgado

Doctora en Estudios de Población por El Colegio de México y Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X). Médica por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Fue becaria del Fondo de Población de la Fundación MacArthur. Es profesora e investigadora de tiempo completo del Departamento de Atención a la Salud de la UAM-X desde 1980, actualmente con la categoría de Titular C. Docente de la licenciatura en Medicina y de los posgrados del Departamento de Atención a la Salud de la UAM-X. Ha sido jefa del Área de Investigación en Salud y Sociedad de 1989 a 1993, de 2005 a 2008. Sus principales líneas de investigación son el estudio de la distribución regional de los riesgos para la salud en México, la configuración de los riesgos para la salud mental en México, y el estudio cualitativo de la dimensión emocional de los problemas de salud y la relación médico-paciente.

Dirección electrónica: cmartine@correo.xoc.uam.mx

Artículo recibido el 6 de mayo de 2018 y aprobado el 16 de noviembre de 2020.