

Los mexicanos vistos por sí mismos

Los grandes temas nacionales

# Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos

Encuesta Nacional de Salud



---

COORDINADOR

**MALAQUÍAS LÓPEZ CERVANTES**

---





**Percepciones, pobreza, desigualdad**

Encuesta Nacional de Pobreza

**El mercado de trabajo en México.**

**La opinión social sobre la precariedad laboral**

Encuesta Nacional de Economía y Empleo

**Educación. Las paradojas de un sistema excluyente**

Encuesta Nacional de Educación

**Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos**

Encuesta Nacional de Salud

**¡Qué familia!**

**La familia en México en el siglo XXI**

Encuesta Nacional de Familia

**Conocimientos, ideas y representaciones acerca de niños, adolescentes y jóvenes.**

**¿Cambio o continuidad?**

Encuesta Nacional de Niños, Adolescentes y Jóvenes

**Realidades y expectativas frente a la nueva vejez**

Encuesta Nacional de Envejecimiento

**Géneros asimétricos. Representaciones y percepciones del imaginario colectivo**

Encuesta Nacional de Género

**Ser indígena en México.**

**Raíces y derechos**

Encuesta Nacional de Indígenas

**Imaginarlos de la migración internacional en México.**

**Una mirada a los que se van y a los que llegan**

Encuesta Nacional de Migración

**Sentimientos y resentimientos de la nación**

Encuesta Nacional de Identidad y Valores

**Estado laico en un país religioso**

Encuesta Nacional de Religión, Secularización y Laicidad

**Cultura, lectura y deporte.**

**Percepciones, prácticas, aprendizaje y capital intercultural**

Encuesta Nacional de Cultura, Lectura y Deporte

**Cómo viven los mexicanos.**

**Análisis regional de las condiciones de habitabilidad de la vivienda**

Encuesta Nacional sobre las Condiciones de Habitabilidad de la Vivienda

**Entre mi casa y mi destino.**

**Movilidad y transporte en México**

Encuesta Nacional de Movilidad y Transporte

**La dimensión ambiental en los albores del siglo XXI.**

**Miradas desde la diversidad**

Encuesta Nacional de Medio Ambiente

**Ciencia y tecnología:**

**una mirada ciudadana**

Encuesta Nacional de Ciencia y Tecnología

**La otra brecha digital. La sociedad de la información y el conocimiento**

Encuesta Nacional de Sociedad de la Información

**México en la globalización.**

**Dilemas y paradojas**

Encuesta Nacional de Globalización

**La sociedad mexicana y los derechos humanos**

Encuesta Nacional de Derechos Humanos, Discriminación y Grupos Vulnerables

**Entre un buen arreglo y un mal pleito**

Encuesta Nacional de Justicia

**Percepción del desempeño de las instituciones de seguridad y justicia**

Encuesta Nacional de Seguridad Pública

**Percepciones sobre el federalismo en México**

Encuesta Nacional de Federalismo

**La corrupción en México: percepción, prácticas y sentido ético**

Encuesta Nacional de Corrupción y Cultura de la Legalidad

**El déficit de la democracia en México**

Encuesta Nacional de Cultura Política

**Inventario de México en 2015**

Los mexicanos vistos por sí mismos

Los grandes temas nacionales

# **Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos**

Encuesta Nacional de Salud

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

*Rector*

José Narro Robles

Instituto de Investigaciones Jurídicas

*Director*

Pedro Salazar Ugarte

*Área de Investigación Aplicada y Opinión*

Julia Isabel Flores Dávila

*Investigadores del área*

Agustín Morales Mena

Erika Tapia Nava

*Diseño muestral*

Miguel Ángel Cordero Alba

Diana Domínguez Sánchez

*Apoyo técnico de cómputo*

Daniel Patlán Hernández

*Apoyo logístico*

Navorina Díaz Pineda

Judith Montserrat Camacho Ramírez

Victoria Meza Chávez

*Apoyo estadístico y de investigación*

Patricia Itzel Díaz Soto

Eduardo Daniel Hernández Gaona

Miguel Tonatíuh Santiago

Rubén Isaac Rodríguez Malagón

Yesenia A. García Cruz

Tristano Volpato

Sary Toledo Ríos

María Esperanza García Reyes

Angélica González Castañón

Montserrat López Bautista

Ivette González

Ricardo Patlán Hernández

Los mexicanos vistos por sí mismos

Los grandes temas nacionales

# Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos

Encuesta Nacional de Salud



---

COORDINADOR

MALAQÚÍAS LÓPEZ CERVANTES

---

CLARA BELLAMY ORTIZ  
CARLOS D'HYVER DE LAS DESES DE JUILLAC Y WIECHER  
JUAN LUIS GERARDO DURÁN ARENAS  
SAMANTHA FLORES RODRÍGUEZ  
BERNARDO MORENO PENICHE  
MARIO E. ROJAS RUSSELL  
FRIDA ROMERO SUÁREZ  
LAURA LETICIA TIRADO GÓMEZ  
MÓNICA URIBE GÓMEZ  
MARCIA VILLANUEVA LOZANO  
EMMA GRACE WYNNE BENNISTER  
ADRIANA ZUBIETA ZAVALA

---



Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos. Encuesta Nacional de Salud / Malaquías López Cervantes, coordinador. – Primera edición.

206 páginas. – (Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales ; 4)

ISBN 978-607-02-7015-4 (colección tapa dura)

ISBN 978-607-02-6987-5 (colección rústica)

ISBN 978-607-02-7019-2 (tapa dura)

ISBN 978-607-02-6991-2 (rústica)

1. Salud – México. 2. México – Condiciones económicas – Siglo XXI. I. López Cervantes, Malaquías, editor de la compilación. II. Bellamy Ortiz, Clara, autor. III. D'Hyver de las Deses de Juillac y Wiecher, Carlos, autor. IV. Durán Arenas, Juan Luis, autor. V. Flores Rodríguez, Samantha, autor. VI. Moreno Peniche, Bernardo, autor. VII. Rojas Russell, Mario Enrique, autor. VIII. Romero Suárez, Frida, autor. IX. Tirado Gómez, Laura Leticia, autor. X. Uribe Gómez, Mónica, autor. XI. Villanueva Lozano, Marcia, autor. XII. Wynne Bennister, Emma Grace, autor. XIII. Zubieta Zavala, Adriana, autor. XIV. Serie RA451 R332 2015

Primera edición: 25 de agosto de 2015

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México,

Ciudad Universitaria, delegación Coyoacán, 04510, México, D. F.

Instituto de Investigaciones Jurídicas

ISBN 978-607-02-6987-5 (colección rústica)

ISBN 978-607-02-6991-2 (rústica)

Esta edición y sus características son propiedad  
de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida su reproducción parcial o total por cualquier medio,  
sin autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Hecho e impreso en México.

# CONTENIDO

Los mexicanos vistos por sí mismos José Narro Robles	11
Prefacio Pedro Salazar Ugarte	15
Prólogo Julia Isabel Flores	17
Preámbulo Ricardo Pozas Horcasitas	21
Presentación	27
CAPÍTULO 1	
<b>El proceso salud-enfermedad</b>	29
Concepto de salud	29
La salud como derecho	33
Transformación demográfica y epidemiológica	34
Determinantes sociales de la salud	39
CAPÍTULO 2	
<b>La situación de la salud en México</b>	43
Dimensión biológica de la salud	44
Mortalidad general en México	44



Morbilidad general en México	46
Obesidad en México	52
Hospitalizaciones	56
Gasto de bolsillo	65
Adherencia al tratamiento	69
Medicina tradicional y alternativa	70
Dimensión mental de la salud	72
Depresión	78
Ansiedad	81
Dimensión social de la salud	86

### CAPÍTULO 3

<b>Discapacidad</b>	89
Concepto internacional de discapacidad	89
Clasificación de la discapacidad	90
Definición utilizada en México	91
Datos en cifras	93
Obstáculos discapacitantes	96
Tipos de discapacidad	97
Discapacidad motriz	101
Discapacidades sensoriales y de la comunicación	103
Discapacidades mentales	104
Discapacidades múltiples y otras	105

### CAPÍTULO 4

<b>Calidad de vida relacionada con la salud: percepciones, experiencias y satisfacción vital</b>	107
Introducción	107
Autopercepción del estado de salud	111
Desempeño funcional	111
Vida cotidiana y vivencia del dolor	115
Bienestar emocional	117
Satisfacción vital	121
Redes de apoyo y cuidadores primarios	125
Conclusiones	129

CAPÍTULO 5	
<b>Conductas de riesgo y protección</b>	133
Tabaco	136
Alcohol	140
Conclusiones	142
CAPÍTULO 6	
<b>Servicios de salud</b>	145
Cobertura	147
Afilación	148
Calidad y satisfacción	150
Utilización de los servicios	154
Programas preventivos	158
Deformidades del sistema de salud mexicano	161
El derecho a la salud	161
El fraccionamiento del sistema	162
El enfoque curativo	162
<b>Conclusiones</b>	165
Conclusiones generales	166
Los adultos mayores y el sistema de salud	166
La salud como un fenómeno multidimensional	167
Conclusiones específicas	169
A manera de corolario	170
Bibliografía	173
Siglas y acrónimos	183
Índice de gráficas	185
Índice de cuadros	191
Diseño muestral	193



# LOS MEXICANOS VISTOS POR SÍ MISMOS

José Narro Robles

11



La auténtica función de la Universidad trasciende a la de transmitir y generar conocimiento. Su verdadero propósito tiene que ver con la vida en sociedad, con la formación de ciudadanos libres que tengan conciencia social y que sean capaces de valorar los principios éticos en la convivencia humana. Si bien es cierto que la tarea principal de las universidades es de orden académico, las consecuencias del cumplimiento de su mandato son, además, sociales, económicas e incluso políticas. Es por esto que desde la Universidad se debe alentar el fortalecimiento democrático de nuestro país, el progreso y la lucha contra la injusticia y la exclusión.

México transita por un periodo complejo, caracterizado por la presencia de problemas seculares y de los que resultan de las nuevas condiciones, esto alienta la frustración y el desencanto. Aunque son momentos de duda y de desconfianza, también lo son de retos y oportunidades. El desafío más importante, el que refleja y sintetiza los rezagos que padecemos, es la desigualdad como problema histórico y estructural del país. Los esfuerzos emprendidos para superar la desigualdad por los diversos sectores sociales, académicos y políticos, han quedado muchas veces desarticulados y han



sido a todas luces insuficientes ante la exigencia y la necesidad de fomentar la inclusión y la igualdad en el ejercicio y el disfrute de los derechos.

¿Cuál es el papel de la Universidad ante estas realidades? Si bien es cierto que nuestra institución no tiene la posibilidad de resolver problemas tan complejos, tampoco puede permanecer indiferente a ellos. De allí que se haya propuesto recoger las voces de los mexicanos, iniciar un ejercicio de diálogo, una conversación con la gente que habita nuestro país.

La propuesta consistió en aplicar veinticinco encuestas nacionales para tratar de dibujar un mapa del país, construido con base en los sistemas de creencias de la gente, de sus necesidades, de sus expectativas y deseos. Un ejercicio de empatía, respeto y comprensión que, lamentablemente, pocas veces se emprende. Las voces de los mexicanos son, a la vez, puente y camino para conocer y reconocer al ser próximo, descubrir sus matices, su humanidad; son también el vehículo para llegar hasta nosotros mismos. Paradójicamente, estas voces nos ayudan también a tomar distancia, a ganar perspectiva, a construir la realidad con el otro y a crear nuestra propia realidad.

Lo que se intentó fue recoger las voces, los pensamientos y reflexiones de los mexicanos; es a ellos a quienes nos dirigimos y a los que nos interesa escuchar. Hacerlo implica el arte de mantener intacto el contenido sin renunciar a la forma, supone crear un espacio en el que se aúnan la aceptación y la responsabilidad. Los métodos y las técnicas de experimentación científicos no son sino procedimientos de interrogación que aseguran —o al menos eso se pretende— que lo que se va a escuchar son las propias voces de los mexicanos y no las expectativas e ideas que los científicos se han hecho sobre ellas.

*“La palabra es mitad de quien la pronuncia y mitad de quien la escucha”,* decía Montaigne. Las palabras nos pertenecen a ambas partes en diálogo cuando éste es sincero, cuando la escucha es atenta, cuando hay voluntad de encuentro. En ellas nos encontramos y por eso nos unen; nos llevan al intercambio, a la relación recíproca. La colección *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales* es un acercamiento invaluable a nuestros desafíos que conjuga, en 26 tomos, las percepciones de la sociedad con el análisis de reconocidos especialistas de nuestra Universidad.

La UNAM debe mantener su papel de conciencia crítica de la Nación. Debe continuar por la vía del análisis y el debate sobre los principales problemas del país y, por supuesto, debe aportar propuestas para su solución, mantener su compromiso ético. La ética encuentra en la Universidad su espacio apropiado para crecer, donde el ejercicio del pensamiento debe contribuir a afinar la verdad. Una verdad que se convierta en vida y libertad, y éste es el reto para construir la justicia que se desea. La Universidad también está llamada y obligada, tanto ética como jurídicamente, a servir a la sociedad. La efectividad ética no le viene dada por la postulación positiva de un deber ser, sino por su capacidad de incitar al ejercicio autónomo del criterio, por su peculiar manera de potenciar la conversación en todas sus formas y por señalar un camino hacia una mejor convivencia en sociedad.

Quiero agradecer, por su dedicación y esfuerzo, a los 93 investigadores y a los 48 jóvenes asistentes que han participado en este extraordinario proyecto, así como al Instituto de Investigaciones Jurídicas que, a través de su Área de Investigación Aplicada y Opinión dirigida por la maestra Julia Flores, se encargó de coordinar y materializar esta admirable investigación que sin lugar a dudas será referente para el entendimiento del México contemporáneo.

Esta colección es una expresión del compromiso de la Universidad Nacional con nuestra sociedad, con la búsqueda del conocimiento y del saber. Cada uno de los volúmenes nos ofrece una oportunidad sin precedentes para conocernos y proyectar un futuro mejor para todos. Sus contenidos abonarán, sin lugar a dudas, a un debate más profundo sobre nuestros grandes temas nacionales. Es un trabajo urgente para expertos, tomadores de decisiones y público interesado en acercarse a los distintos temas a partir de las percepciones que de ellos tiene la sociedad mexicana de hoy.

“Por mi raza hablará el espíritu”





# PREFACIO

Pedro Salazar Ugarte\*

15



Los libros que conforman la colección *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales* son el resultado de un esfuerzo académico colectivo imaginado y coordinado por la maestra Julia Isabel Flores y su equipo de trabajo en el Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Se trata de una iniciativa que pretende aportar insumos para una deliberación colectiva, seria y documentada, sobre quiénes somos y qué pensamos los mexicanos del siglo XXI ante los grandes temas y problemas nacionales.

A partir de una serie de encuestas levantadas en el país se invitó a reflexionar a investigadores y profesores de diversas disciplinas quienes, de manera individual o colectiva, dieron forma a cada volumen. El resultado son 26 libros en los que se entrelaza el rigor metodológico con el análisis experto para dar cuenta del pensamiento de los mexicanos en algunos de los temas más relevantes para su convivencia, en un momento crucial de la

\* Director del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.





historia del país en el que los profundos procesos de transformación —social, política y jurídica— interna se complejizan por los procesos de cambio global. De esta manera la colección *Los mexicanos vistos por sí mismos* es, a la vez, un espejo y un proyector. Los textos reflejan nuestras ideas sobre cuestiones cruciales de la realidad nacional y, al mismo tiempo, nos obligan a mirar hacia el contexto más amplio en el que estamos insertos.

Vale la pena hacer el recuento de los temas elegidos: corrupción y cultura de la legalidad; cultura, lectura y deporte; derechos humanos, discriminación y grupos vulnerables; familia; salud; seguridad pública; movilidad y transporte; pobreza; migración; género; globalización; niños, adolescentes y jóvenes; condición de habitabilidad de la vivienda; envejecimiento; religión, secularización y laicidad; ciencia y tecnología; educación; economía y empleo; indígenas; justicia; sociedad de la información; medio ambiente; identidad y valores; federalismo y cultura política. Como puede verse se trata de cuestiones de relevancia crucial para la vida cotidiana de las personas y que demandan una visión multidisciplinaria.

Ésta es otra de las virtudes de la colección. Los trabajos han sido realizados por expertos en diversas disciplinas y, por lo tanto, ofrecen un amplio fresco temático pero con profundo rigor científico. Cada autor es experto en la materia que analiza y, además, escribió su colaboración después de conocer los avances del proyecto editorial en su conjunto. Por lo mismo no se trata de textos aislados sino de un verdadero proyecto editorial imaginado y ejecutado con una visión global.

Espero que los lectores lo aprecien y disfruten tanto como lo hicimos quienes hemos tenido el honor de participar en su confección y desarrollo. En mi calidad de director del Instituto de Investigaciones Jurídicas agradezco al doctor José Narro Robles, rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, por el apoyo decidido a esta iniciativa y felicito a la maestra Julia Isabel Flores y a su entusiasta equipo de trabajo por la llegada a buen puerto de esta empresa.

# PRÓLOGO

Julia Isabel Flores\*

17



*Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales* tiene como propósito ofrecer un panorama de los problemas del país y conocer su extensión y modalidades en la sociedad mexicana a partir de las percepciones de sus habitantes. Esta colección, que consta de 26 libros, pretende dar cuenta de las transformaciones sociales en un contexto de globalización, de cambio cultural y político. El análisis de los temas permite obtener una visión integral de los cambios en la vida de hombres y mujeres y, de manera fundamental, de su percepción del México de principios del siglo XXI. Como podría decir Alfonso Reyes, el proyecto *Los mexicanos vistos por sí mismos* encierra a México en una nuez.<sup>1</sup>

Con base en 25 encuestas nacionales de 1 200 casos cada una, aplicadas a personas de 15 años y más en sus propias viviendas, se recoge la diversidad de percepciones, opiniones, actitudes y valores de quienes vivimos en México: de los jóvenes y los adultos mayores, de los hombres y las mujeres,

\* Investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

<sup>1</sup> Alfonso Reyes, *México en una nuez y otras nueces* (1931), México, FCE, 2000.



de los habitantes de las grandes ciudades y el campo, en las diversas regiones del país. El diseño de los cuestionarios y la elaboración de los libros estuvo a cargo de distinguidos especialistas de la Universidad Nacional Autónoma de México en cada uno de los temas.

En los volúmenes que conforman esta colección se suman las voces, las inquietudes y los valores en las esferas que interesan a los mexicanos. En ellos se estudian los temas relativos a la población con base en las encuestas de familia, de niños, adolescentes y jóvenes; de procesos de envejecimiento; de género; de indígenas y de migración. Se abordan también los problemas y percepciones del bienestar y la economía en función de las encuestas de pobreza y de economía y empleo. Se tratan cuestiones del mayor interés para la sociedad como son la salud, la educación, la cultura, la lectura y el deporte. Se investigan asimismo la ciencia y tecnología, al igual que la sociedad de la información, el medio ambiente y las condiciones de habitabilidad de la vivienda, la movilidad y el transporte.

En el campo de impartición y procuración de justicia se analizan datos de las encuestas de justicia, de derechos humanos y de seguridad pública, mientras que los estudios referentes a la organización política se sustentan en sendas encuestas relacionadas con el federalismo, la corrupción y cultura de la legalidad, y con la cultura política. Finalmente, se da cuenta de las creencias, los valores y sus transformaciones a partir de las encuestas de religión, laicidad y secularización; de identidad nacional y valores, y de México frente a la globalización.

En esta colección se incorporan investigaciones sin antecedentes públicos en el país que llenan un vacío en la investigación social y permiten disponer de nuevos datos, tales como los que se derivan de las encuestas nacionales de religión, secularización y laicidad, la de indígenas, la de migración, la encuesta nacional de derechos humanos, la encuesta nacional de justicia, la de federalismo, la de sociedad de la información y la de movilidad y transporte.

Producir análisis de alta calidad, basados en datos confiables, contribuye a conformar una visión de la sociedad mexicana en el tiempo; hace posible conocer en qué punto nos encontramos, así como medir el logro de los objetivos planteados en la política pública. Del mismo modo, permite registrar los aspectos que deben mejorarse y comparar los resultados con otros obtenidos en los ámbitos regional e internacional, a fin de llevar a cabo ejercicios de retrospección y prognosis.

Los volúmenes que conforman la colección no pretenden oponer la experiencia vivida a la abstracción teórica, sino enriquecer y poner en comunicación a ambas. El panorama resultante está lleno de contrastes: nos muestra los problemas, pero también recoge aspiraciones e indica posibles caminos. La colección nos ofrece un cuadro de claroscuros en el que las luces, las sombras y los colores se oponen y complementan mutuamente, de modo que, como en una pintura, toda sombra implica la presencia de la luz y el color, y en toda luz conviven el color y la sombra.

Con la globalización asistimos a un proceso de rápidas transformaciones en los referentes de las conductas sociales y políticas, cuyo movimiento desplaza constantemente los límites de lo posible. El proyecto pretende recoger el pensamiento de la sociedad mexicana en un punto de inflexión y convertirlo en un ejercicio de pedagogía colectiva, en un momento crucial en el que la revaloración del pasado, el presente y el futuro ha de potenciar las fortalezas y los atributos del colectivo nacional, sobre las premisas de una sociedad libre y abierta.

Expreso en primer lugar mi agradecimiento al doctor José Narro Robles, rector de nuestra universidad, pues sin su visión y su patrocinio este proyecto no hubiera sido posible, y al doctor Pedro Salazar, director del Instituto de Investigaciones Jurídicas, por su apoyo decidido en todo momento. A los 93 investigadores de 21 institutos y centros de investigación de la UNAM y a los 48 jóvenes asistentes que colaboraron con ellos les agradezco su compromiso, dedicación y entusiasmo para crear esta colección. También quiero dejar constancia de mi profunda gratitud a los miembros del Área de Investigación Aplicada y de Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas, sin quienes no hubiera sido posible llevar a cabo esta empresa; a Juan Carlos Licea y a su equipo por el acucioso levantamiento; y al doctor Ricardo Pozas, dictaminador de la colección, por su agudo análisis de los textos. Igualmente agradezco la inestimable ayuda brindada por el licenciado Enrique Balp, secretario de Servicios a la Comunidad, así como a Javier Martínez y a Elsa Botello, de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, quienes han puesto gran cuidado y esmero en la edición de estos libros.





# PREÁMBULO

Ricardo Pozas Horcasitas\*

21



*Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales* es el fruto de una investigación nacional realizada por especialistas en los 25 temas más importantes que atraviesan la vida de la sociedad mexicana de principios del siglo XXI. Esta investigación impulsada por el doctor José Narro Robles, rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, fue desarrollada y coordinada por Julia Isabel Flores, coordinadora del Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Esta colección responde a la necesidad constante que tiene la Universidad de estudiar los problemas centrales inherentes a la organización social, a la vida política y a la cultura nacional a través de las concepciones que actualmente tienen los mexicanos de su sociedad, de la vida política y del Estado, en la acepción más amplia del término, como orden institucional, normativo y legítimo que regula la vida de los individuos y las colectividades.

\* Investigador del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.



Toda encuesta revela la concepción que los individuos tienen de sí mismos porque pone en juego el entramado de conocimientos y sentimientos contenidos en las respuestas a las preguntas planteadas por el investigador. Con las encuestas se interroga a un individuo en un tiempo dado de su existencia encuadrada en un entorno público y con una posición frente a la historia que corre y se condensa en los acontecimientos nacionales relevantes, que impregnan de contenidos culturales el conjunto de condiciones políticas prevalecientes.

Las 25 encuestas nacionales en que se sustenta la colección se realizaron en noviembre de 2014, en un escenario público en el que la violencia regresa como la imagen dominante de la representación de la sociedad nacional; este clima de violencia rompe la percepción generalizada de estabilidad, manejo y dirección política que durante los primeros 10 meses de gobierno había surgido con el nuevo Ejecutivo federal, que proporcionó un ambiente político distinto y una renovada percepción de seguridad y confianza en el presidente de la República. Esta certidumbre surgió desde su toma de posesión y fue confirmada con las iniciativas constitucionales que se presentaron a la sociedad como posibilidad de cambio económico y social, a través de las llamadas reformas estructurales.

La incertidumbre fue producida por la crisis política que se detonó en el municipio de Iguala, Guerrero, el 26 de septiembre del 2014 debido a la desaparición de 43 estudiantes de la normal rural de Ayotzinapa. Entre finales de septiembre y principios de octubre la información del problema político producido por la desaparición de los estudiantes se expande en la opinión pública nacional y se coloca en el entorno internacional a través de las redes sociales y los circuitos de las organizaciones no gubernamentales, así como por la participación de los organismos nacionales e internacionales de derechos humanos.

Primero esta crisis se volvió un problema del gobierno municipal, después del estado de Guerrero y en menos de un mes se convirtió en un conflicto que debía resolver el Ejecutivo federal. La velocidad con la que se difundió el problema a lo largo de la nación y la rapidez de su expresión política revelan la falta de instituciones sólidas en los tres niveles de gobierno, capaces de regular el conflicto social y delimitar la violencia en el ámbito geopolítico en el que brota.

La celeridad con que se manifestaron las consecuencias del problema muestra la pérdida de la centralidad del Ejecutivo federal —tanto institucional como simbólicamente— que rigió durante décadas las relaciones de autoridad y obediencia, de poder y negociación, de estabilidad y legitimidad, en el entramado político nacional de las coaliciones gobernantes y frente a la población de la sociedad mexicana. Esta estabilidad política fue, durante décadas, la característica y el contraste entre México y América Latina.

El exceso de violencia en la represión condensó el problema de inseguridad al que ha llegado la sociedad nacional y la inexistencia de límites que demarcan las conductas individuales de los funcionarios y de los grupos sociales, que se debe al estado poroso de las instituciones públicas en una sociedad que carece de un orden social estable y de un orden jurídico regulador en el que se delimitan los márgenes posibles de la conducta individual y colectiva.

La condición social no deslindada entre lo legal e ilegal, entre lo moral y no moral, generó la situación anómica de la vida social removiendo la certeza en el presente, que retrotrajo la representación colectiva del orden político a la violencia productora de incertidumbre e inseguridad vivida durante los 12 años anteriores de los gobiernos panistas, entre 2000 y 2012, periodo político caracterizado como el de la transición —con el implícito de democrático— que está hoy desdibujado en la representación social nacional y olvidado en la memoria colectiva.

La transición democrática mexicana partió de las elecciones de Estado y gobierno, con un nuevo partido hegemónico, y tuvo como primer objetivo generar certidumbre legal en los procesos electorales en el ámbito federal, certidumbre que fue confirmada por el cambio de gobierno en el Ejecutivo federal en el año 2000; esta transición resolvió los problemas de desconfianza en las instituciones del sistema político de partidos, lo cual constituye la condición necesaria de la democracia electoral, pero no es suficiente para preservar el régimen político.

Durante los dos gobiernos —de 2000 al 2012— no se consolidó la transición de la que éstos fueron protagonistas, los gobiernos no construyeron la cultura institucional democrática necesaria para un cambio que debía estar sustentado en principios y normas que regularan las prácticas políticas de representación en las organizaciones sociales que son la base del régimen







político, pero tampoco diseñaron las reglas ni consolidaron las normas en las relaciones colectivas de integración y funcionamiento político de las instituciones sociales.

Ninguno de los dos gobiernos cambió las modalidades de articulación tradicional desarrolladas durante el pasado entre los partidos —en plural— y las organizaciones que se enlazaban como bases sociales de sustentación o clientelares, de manera permanente o temporal, en procesos electorales. Las organizaciones corporativas se mantuvieron con prácticas clientelares y patrimoniales, verticales y disciplinarias frente a la posibilidad de la gobernanza como principio de relación política democrática de las colectividades con los representantes y las instituciones políticas.

Los gobiernos de la transición no fueron capaces de instaurar una nueva práctica política fundada en el respeto a la legitimidad democrática en las organizaciones sociales de base, en el cumplimiento de la legalidad —la excepción a la regla siempre es cobijada por la norma de la cultura política tradicional de los usos y costumbres—, en el valor moral de las conductas de las colectividades y en la calidad ética de las dirigencias. La transición edificó prácticas modernas de legalidad, certeza y transparencia en las instituciones electorales sobre bases de la organización social clientelar, tradicional y autoritaria. Ésta fue la paradoja de la modernización democrática mexicana.

El conjunto de investigaciones que publicamos surgen en el regreso de lo incierto, en ese tiempo del cambio que condensa y retoma la historia de los últimos años del país, siendo las encuestas nacionales las primeras realizadas después del acontecimiento referido que constituye un punto de inflexión por ser punto de retorno. Las encuestas expresan el clima social y psicológico del México contemporáneo: inseguro y constantemente redefinido, y en su indefinición desdibuja los referentes fijos de las normas sociales y las reglas jurídicas del derecho público y privado resguardadas por el Estado.

El entorno social de incertidumbre produce la indefinición del orden público en las percepciones de los ciudadanos, entorno incierto en el cual la confianza pública y la solidaridad, tanto individual como colectiva, pierden sentido como conductas posibles, dando origen a una cultura de la impunidad en la que la sanción a las faltas que violan las leyes y quebrantan las normas de la moral pública no es posible y propicia una fractura en el orden social. En la representación colectiva la transgresión cotidiana en todos los

niveles de la vida va tomando carta de naturalidad, se va volviendo común y el futuro va abriendo los límites produciendo la creencia de que todo es posible y creíble.

La desconfianza, como la condición de lo creíble, desdibuja la integridad de las instituciones, de las personas y de la autoridad pública que se funda en la solidez moral. La obediencia a la autoridad sólo es posible cuando ésta tiene credibilidad y la sospecha sobre su integridad y desempeño hacen que deje de ser un referente cotidiano de la vida social y política. En las sociedades la coerción sólo es legítima y eficiente sobre la cohesión colectiva.

Los 25 tomos de la colección contienen la interpretación de los especialistas que desarrollan sus respectivas investigaciones en los siguientes temas: corrupción y cultura de la legalidad; cultura, lectura y deporte; derechos humanos, discriminación y grupos vulnerables; familia; salud; seguridad pública; movilidad y transporte; pobreza; migración; género; globalización; niños, adolescentes y jóvenes; condición de habitabilidad de vivienda; envejecimiento; religión, secularización y laicidad; ciencia y tecnología; educación; economía y empleo; indígenas; justicia; sociedad de la información; medio ambiente; federalismo; identidad y valores; y cultura política.

Para construir la investigación sobre los mexicanos vistos por sí mismos se llevaron a cabo 25 encuestas en todo el país, cada una aplicada a 1 200 personas y realizadas en las propias viviendas de los encuestados, es decir, cara a cara, lo que hace de éstas una fuente de información cierta y segura. En el diseño de los cuestionarios estuvieron involucrados los investigadores especializados en los temas respectivos, en coordinación con el Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, equipo que también estuvo a cargo del levantamiento en campo y el procesamiento estadístico de los resultados.

Los temas de las encuestas fueron planteados y desarrollados por los investigadores que son especialistas reconocidos en sus respectivos campos de conocimiento y cuentan con una obra académica que sustenta su autoridad en dichos temas. El estudio sobre las condiciones actuales de los 25 problemas sociales y políticos tratados en los tomos correspondientes brindó a los investigadores la posibilidad de condensar, en cada encuesta y en cada pregunta, el conocimiento adquirido a lo largo de mucho tiempo.





Las encuestas fueron, para los académicos que participaron en su elaboración con la formulación teórica del problema, con el diseño de las preguntas de las encuestas y con el análisis de los resultados, la posibilidad de conocer qué piensan los ciudadanos respecto de los temas nacionales y cómo los problematizan. En este sentido la investigación, que se basa en el conocimiento empírico generado por la opinión y la representación social de los encuestados, brindó a los especialistas la oportunidad de ampliar el espectro cognitivo más allá del círculo institucional académico en el cual se habían movido durante años y dentro del que se había expuesto y aplicado el conocimiento de los 25 temas tratados en esta investigación nacional.

Para los especialistas, la investigación fue una confrontación entre el saber académico respecto de los problemas estudiados científicamente y la representación social que de ellos tienen los individuos que los viven todos los días. Para los lectores, los textos significan la posibilidad de ver la confluencia de las dos perspectivas y de conocer los problemas que forman los ejes de la vida cotidiana de la nación.

Los temas de investigación constituyen el centro del debate de los actores políticos con mayor presencia pública en México. Éstos son la fuente de información diaria y de discusión en los medios de comunicación; en torno a ellos se genera la noticia y como parte de ella se informa la percepción que los ciudadanos tienen sobre cada uno de los problemas.

Esta investigación planteada y desarrollada en la UNAM representa el esfuerzo continuo de la institución por generar conocimiento original en torno a los problemas relevantes de la nación y con ello contribuir a su posible solución.

# PRESENTACIÓN



En este libro se presentan los resultados de una encuesta acerca de las percepciones, opiniones y condiciones de salud de los mexicanos. Dicha encuesta forma parte de otro proyecto mucho más amplio cuyo objetivo es generar una imagen integral de la sociedad mexicana en 2015.

Es muy importante enfatizar que la salud y la enfermedad son, desde la perspectiva individual, procesos en un cambio continuo. Así como el agua de un río, la salud de una persona nunca es la misma de un momento a otro, aunque la mayoría de la veces no se perciban las diferencias. Entre el nacimiento y la muerte, de vez en cuando tienen lugar cambios muy grandes en el nivel individual de salud. Un accidente, una infección, un sangrado inesperado, un ataque cardíaco o cerebral, son expresiones que transforman de manera súbita y violenta la manera en la que cada individuo se ve a sí mismo y la forma en la que los demás perciben y catalogan a cada individuo.

Es más frecuente que se le dé importancia al hecho de sufrir una enfermedad, que reconocer de inicio el valor que tiene el hecho de estar y mantenerse sano. Para ambos escenarios el individuo requiere tener a su alcance las opciones y los medios que le permitan mantener o recuperar una condi-



ción satisfactoria de salud. A estas opciones y medios, hoy en día, les llamamos *Sistema de Salud*. Éste abarca la intrincada red de personas a quienes reconocemos como *profesionales de la salud*, eminentemente médicos y enfermeras que laboran en consultorios, clínicas, hospitales y otros lugares, y que ofrecen servicios de diversa complejidad, ya sea financiados con recursos públicos o de manera privada, y que responden a las necesidades y demandas de personas y grupos en el seno de la sociedad.

Todo lo anterior es lo que pretendemos ilustrar en este volumen: *los mexicanos vistos por sí mismos*, en materia de salud, en el momento actual. Nuestra aportación trata de cubrir dos vertientes. La primera, como ya se anotó, es la de completar el rompecabezas que constituyen todos los trabajos de este gran proyecto en el sentido de tomar una fotografía de la sociedad actual en su conjunto. La segunda busca describir los problemas de salud y las formas en las cuales los mexicanos de hoy tratan de enfrentarlos, abarcando tanto sus éxitos como sus fracasos.

Este trabajo tiene limitaciones, tanto del diseño como del tamaño de la muestra estudiada. En contraste con investigaciones similares, como las encuestas nacionales de salud, nosotros tenemos la restricción de no poder hacer análisis más específicos como serían los de nivel estatal o subgrupos de edad y sexo. En lo que hoy presentamos se mantiene la idea de ofrecer una imagen nacional. En el futuro buscaremos, con trabajos de carácter explicativo y anclando nuestras observaciones en el mar de las estadísticas nacionales, entender mejor algunos fenómenos, como el nada conspicuo de la búsqueda de atención que no encuentra respuesta, sea por falla de las instituciones o por falta de recursos económicos. Mientras tanto, sirva el presente trabajo para constituirse en una alegoría de la visión actual de los mexicanos acerca de su salud.

# EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Clara Bellamy Ortiz\*  
Marcia Villanueva Lozano\*



## CONCEPTO DE SALUD

La salud es un elemento fundamental en la vida individual y colectiva de los sujetos. Asimismo, es un eje transversal que cruza todas las dimensiones y problemáticas de la existencia humana, por lo que conceptualizarla con la profundidad que se requiere ha sido una tarea difícil.

En un principio el concepto de salud se definió como ausencia de enfermedad y posteriormente, en 1948, se redefinió como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades” (OMS, 2015a). En comparación con la anterior, esta última definición tiene la ventaja de que toma en cuenta algunas dimensiones y ofrece una visión positiva del concepto en un intento de ver al individuo de forma más integral. No obstante, este concepto de la OMS ha recibido múltiples críticas porque no logra plasmar la complejidad del significado de salud. Como expondremos en las siguientes páginas, las críticas pueden

\* Investigadoras de la Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédica, Facultad de Medicina, UNAM.



sintetizarse como que dicha definición es “utópica, estática, históricamente descontextualizada y poco operativa” (López *et al.*, 2011: 56).

Si descomponemos el concepto en los elementos que lo constituyen, encontramos en su contenido las deficiencias para su utilización actual. En primer lugar, se ha enfatizado que la salud no es un estado, sino un *proceso* continuo, dinámico y no estático. La salud nunca permanece intacta sino que los individuos transitan entre la salud y la enfermedad sin hacerlo además de forma unidireccional.

Otra de las críticas se refiere al concepto de “completo” que ha contribuido a la medicalización de la sociedad, aunque no haya sido de forma intencionada (Huber, 2011). Además, ese elemento apunta hacia el concepto de totalidad, lo que convierte la definición de la OMS en una enunciación utópica según la cual 99 por ciento de las personas en el mundo tendrían necesidad de atención y cuidado (Garner citado en Larsons, 1999: 128), es decir, que nadie alcanzaría a cumplir el tan alto estándar de estar sano.

Una crítica que se suma a las anteriores corresponde a las tres dimensiones contenidas en el concepto: la física, la mental y la social. El cuestionamiento parte de haber elegido estas dimensiones sin considerar que existe una amplia diversidad de culturas y cosmovisiones, y por lo tanto de parámetros propios en cada una de ellas, de tal manera que la relevancia e interpretación de los fenómenos dentro del proceso salud-enfermedad no son iguales en los diferentes grupos sociales, ni parten de las mismas visiones socioculturales. Además, entender la dimensión física como una unidad independiente concebida únicamente desde lo biológico imposibilita la comprensión total del individuo. Breilh plantea que existe una

historicidad de lo biológico es decir, un condicionamiento histórico de los fenómenos físico-químicos y biológicos de la naturaleza, que en el metabolismo con la sociedad humana han sido artificializados [...] no hay espacios determinados por procesos puramente biológicos o naturales (Breilh, 2007: 100).

En suma, estas tres dimensiones corresponden a una visión positivista en la que se refuerzan algunas de las dicotomías de la filosofía tradicional (mente-cuerpo y cultura-naturaleza) sin tomar en consideración el trabajo que se ha realizado en torno a la salud desde la filosofía y las ciencias sociales.

La siguiente crítica es sobre el concepto de bienestar. La OMS se crea en 1948 y junto con su creación entra en vigor su constitución que contiene la definición de salud procedente del Preámbulo de la Constitución de la Organización que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en 1946 (OMS, 2015a). Al situarlo en su contexto histórico, es posible postular que probablemente el concepto de bienestar está ligado a la concepción del “Estado de bienestar” como un modelo general del Estado y una forma de organización social que, a la vista de los años transcurridos, no parece pertinente para abordar el tema de la salud. Al respecto, habría que preguntarse en qué consiste el bienestar y hasta qué punto se puede aspirar a tener un bienestar completo.

En la misma dirección, una de las críticas más fuertes que se le ha hecho al concepto de la OMS es su anacronismo y poca vigencia respecto a la falta de correspondencia histórica con el cambio demográfico y el cambio en la naturaleza de las enfermedades (Huber, 2011), pues desde su creación hace casi 70 años hasta la actualidad la definición de salud no ha sido modificada. Es necesario reflexionar sobre el periodo histórico en el cual se creó dicha definición: una época de posguerra que no puede obviarse pues tanto las condiciones sociales, políticas y económicas como las condiciones de salud en el mundo han cambiado considerablemente. Como expondremos más adelante, las tasas de fecundidad, de natalidad y de mortalidad han tenido fuertes transformaciones generales y las personas ahora enferman por causas distintas a las de periodos históricos anteriores; al mismo tiempo, algunos trastornos se han acentuado principalmente como consecuencia de las políticas neoliberales. El hecho de ignorar los cambios a lo largo del tiempo pasa por alto eventos de tal magnitud y trascendencia —como el descubrimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), en la década de los ochenta— que invariablemente han cambiado el proceso de salud-enfermedad, desde su concepción hasta sus implicaciones en las políticas de salud pública global y regional.

En definitiva, la historicidad comprendida en los conceptos es importante dado que la propia construcción de éstos tiene que ver con la manera en cómo se conciben y en las condiciones del contexto en el cual se insertan. Por consiguiente, lo que en algún momento histórico puede ser considerado una enfermedad en otro momento puede dejar de serlo, como es el caso







de la homosexualidad que antiguamente estaba catalogada en la lista de trastornos psíquicos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y que fue eliminada a partir de 1973 por una decisión de la Asociación Americana de Psiquiatría (De la Espriella, 2007).

Por lo tanto, definir qué es salud y qué no lo es depende no sólo del contexto histórico-social sino también del cultural. La tipificación de lo normal y lo anormal se establece de acuerdo con los paradigmas vigentes de la época, determinados en gran medida por el poder hegemónico de una clase sobre otra. Como ejemplo de lo anterior, podemos tomar el caso de la drapetomanía, descrita en 1851 como una enfermedad en los esclavos negros que trataban de escapar hacia la libertad, ya que se creía que el esclavismo era "el estado natural" de los africanos (Bynum, 2000).

Así, a lo largo de la historia y desde distintas disciplinas, se han propuesto nuevas y diversas definiciones del concepto de salud sin lograr posicionarse más allá de un campo específico. Definiciones que van desde una concepción biologicista hasta otras propuestas planteadas en el área de las ciencias sociales que han intentado entender la salud desde una perspectiva más profunda e integral. Tal es el caso de Gadamer que describe la salud como "una obra de arte viva e inasible que permanece en silencio, una obra que no es obra" (citado en Otero, 2007: 20), o Illich, que la define como "la capacidad de sentirse vivo en el gozo y en el dolor y de amar la sobrevivencia, pero también de arriesgarla" (Illich, 1978: 59) o Edgar Morin :

El proceso salud-enfermedad humano es un proceso complejo, que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones, que forman parte de la actividad humana y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte del hombre y sus sistemas de relaciones, y donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación, pero no agotan, ni sustituyen, a los procesos psíquicos o biológicos (citado en Acurio, 2011: 130).

En suma, ante la férrea crítica e insostenibilidad del concepto de la OMS, nosotros proponemos utilizar en lugar de un concepto, una noción de salud entendida como un complejo proceso histórico multidimensional condicionado y transformado por elementos materiales de vida, biológicos, cultura-

les, sociales, económicos y políticos que impactan tanto de manera individual como colectiva.

## LA SALUD COMO DERECHO

La salud se entreteteje y permea las distintas relaciones de la vida en general. De ahí la importancia que asumen los Estados, diversos organismos internacionales y los instrumentos jurídicos respecto a la salud como derecho. Es fundamental entender que la salud es un derecho no sólo humano sino también social, es decir, que su garantía es de naturaleza política. La Organización Mundial de la Salud (OMS) asume de acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (DESCA) que el derecho a la salud incluye cuatro elementos: calidad, disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

En México, el derecho a la salud está establecido dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: en 1983 se elevó a nivel constitucional el derecho a la protección de la salud por medio de una adición al artículo 4o. (Moctezuma, 2000). No obstante, la legislación de un derecho no garantiza los cuatro elementos señalados por la OMS. En la profundidad de su concepción, los derechos tienen que ser amplios, exigibles y no delimitados. En este sentido, de acuerdo con el régimen social y político que tiene nuestro país, el Estado mexicano es el responsable de crear las condiciones necesarias que permitan garantizar de manera efectiva el derecho de la protección a la salud. Es decir, implementar políticas intersectoriales que estén encaminadas no sólo al aseguramiento sino al acceso real a los servicios de salud como parte de las políticas enfocadas en el sistema de salud, de tal forma que no fomenten una “yatrogénesis social”.<sup>1</sup> Para incidir en una transformación efectiva, esto es en una mejora de las condiciones de salud, las políticas deben apuntalarse en mejorar las condiciones de vida de las poblaciones.

Por esta razón, uno de los pilares fundamentales en el mantenimiento de la salud es asegurar la cobertura universal de los servicios de salud. En la

<sup>1</sup> Ivan Illich describe que una yatrogénesis social se da “cuando el medio ambiente se ve privado de las condiciones que dan a individuos, familias y vecindarios el control sobre sus propios estados internos y sobre su ambiente” (Illich, 1978: 59), y más adelante como “el obstáculo político más grave para el control público de la asistencia a la salud” (Illich, 1978: 119).





actualidad, las estrategias y programas de extensión de cobertura para lograr el acceso de las poblaciones marginadas y grupos vulnerables a los servicios de salud no han sido suficientes, efectivos, oportunos ni de calidad. El sistema institucional de salud está fragmentado y desordenado, además de que está basado en un modelo de protección social ligado al trabajo formal, lo que fomenta la exclusión, con un sistema de seguridad social para algunos y medidas asistenciales para otros (Fleury, 1998).

En otras palabras, el Estado mexicano aún tiene que enfrentar distintos desafíos para cumplir con los elementos establecidos en la construcción y defensa de la salud como derecho universal, que garantice el pleno goce del derecho a la salud. Esto sin reducirlo, en tanto derecho social, a su resolución dentro de los marcos legislativos. Es necesario comprender que éste es mucho más extenso y complejo que lo que se explicita en las leyes. Así evitaremos encajonarlo dentro de la concepción biomédica, entendida ésta como una expresión de la biopolítica que tiene agenda sobre el control social, la biologización de los cuerpos y una construcción ideológica de lo individual sobre lo social y del mercado sobre lo público (Spinelli, 2002).

## TRANSFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA

Las condiciones de salud y de enfermedad son el reflejo de las condiciones sociales, demográficas, económicas, políticas y culturales de los países y, por lo tanto, son dinámicas. A lo largo del tiempo han surgido distintas teorías y enfoques que han tratado de iluminar el origen y las causas de las enfermedades en las poblaciones, así como los cambios que surgen en éstas. En este sentido, en la década de los setenta surge la teoría de la transición epidemiológica, descrita por Omran, la cual propone que existe un cambio en los patrones de salud y enfermedad determinado por los cambios que ha producido el desarrollo de la sociedad industrial en muchas dimensiones interconectadas, como la demografía, la economía y la organización social (Omran, 1971).

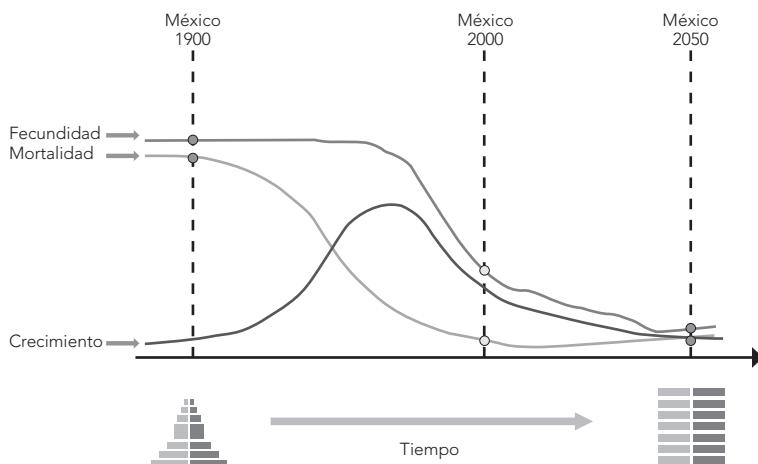
Entre dichos cambios, el caso de la transformación demográfica resulta muy ilustrativo (ver gráfica 1, para el caso de México). A principios del siglo



pasado la estructura poblacional estaba equilibrada y tenía la forma de una pirámide a causa de una alta mortalidad que era compensada con una natalidad todavía más alta; en aquella época la esperanza de vida era menor que ahora, las poblaciones eran pequeñas y crecían con cierta lentitud. En el curso de las siguientes décadas, se empezó a observar un cambio en la estructura poblacional con adelgazamiento de la base de la pirámide y ensanchamiento a niveles superiores; esto sucedió porque sobrevino una caída abrupta de la mortalidad mientras la natalidad seguía siendo alta, produciendo una fase de expansión acelerada de la población. Años más tarde, la natalidad empezó a descender, se desaceleró la tasa de crecimiento y la población ha ido envejeciendo, ocasionando que la pirámide poblacional pareciera estarse invirtiendo. Se espera alcanzar un nuevo equilibrio cerca del año 2050, cuando el envejecimiento poblacional haya alcanzado su punto máximo (Agenda Ciudadana, 2013; López Cervantes *et al.*, 2011; UNAM-Siglo XXI, 2010).

## GRÁFICA 1

### MODELO DE EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA POBLACIONAL



Fuente: Agenda Ciudadana de Ciencia, Tecnología e Innovación (2013) Salud Pública. *Conformar un sistema integral de salud de alta calidad para toda la población.*

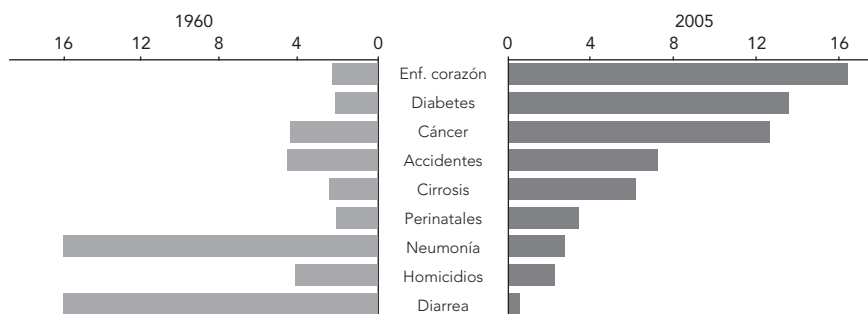


Como se mencionó anteriormente, tales modificaciones demográficas se han dado de la mano de cambios en la organización económica de la sociedad (neoliberalismo), la distribución espacial de las poblaciones (urbanización), los estilos de vida (nutrición y actividad física) y los perfiles de enfermedad, discapacidad y muerte.

En la gráfica 2 es posible apreciar las consecuencias de este fenómeno en las causas de muerte en México. A mediados del siglo pasado, las principales causas de muerte en nuestro país eran las diarreas, las infecciones respiratorias y otras enfermedades transmisibles; la desnutrición era un padecimiento muy frecuente y la esperanza de vida muy corta. Hoy en día, por lo contrario, las causas de muerte más comunes son las enfermedades crónico-degenerativas, que no tienen cura y por ende afectan la salud de las personas por mucho tiempo, tienen un alto potencial de inducir discapacidad y su atención es muy costosa. Algunas de las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes en México son: la diabetes *mellitus* (principal causa de muerte en el país desde el año 2000); las afecciones cardiovasculares, sobre todo la hipertensión arterial y los infartos cardíacos; los infartos y hemorragias del cerebro, y los tumores cancerosos de pulmón, estómago, útero, próstata y mama (Agenda Ciudadana, 2013; López Cervantes *et al.*, 2011; UNAM-Siglo XXI, 2010).

## GRÁFICA 2

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD PROPORCIONAL EN MÉXICO, 1960-2005.



Fuente: Agenda Ciudadana de Ciencia, Tecnología e Innovación (2013) Salud Pública. *Conformar un sistema integral de salud de alta calidad para toda la población.*

Es necesario hacer mención de las críticas que ha recibido la teoría de la transición epidemiológica por su fundamento epistemológico, ético y político, ya que, a pesar de que en su momento permitió ofrecer una explicación al panorama cambiante de los perfiles de mortalidad, ya no es suficiente para explicar la compleja situación que persiste actualmente (Gómez, 2001). Por ejemplo, la crítica realizada por Caldwell plantea que en esta teoría se puede cuestionar lo que él llama una “insuficiencia epidemiológica”, refiriéndose a “que se ocupa más de los cambios en las causas de muerte que en las modificaciones experimentadas por las causas del perfil de las enfermedades” (Caldwell, 2001).

Otra de las posturas que contravienen la teoría de la transición epidemiológica son las investigaciones realizadas por Wilkinson y Pickett, quienes sostienen que el cambio en los perfiles de morbimortalidad está más relacionado con la escala de desigualdad de ingreso económico que con el crecimiento de la economía per cápita, y que el cambio de menor número de enfermedades infecciosas a mayor incidencia de las crónico-degenerativas se dio sin que intervinieran realmente los avances médicos (Wilkinson, 1994). Para convalidar esta propuesta basta observar que en países de altos ingresos, como Japón, la esperanza de vida se ubica en 82 años de edad, en comparación con los promedios más bajos registrados en el continente africano, como el caso de Sierra Leona que presenta un promedio de esperanza de vida de 33 años (Marmot, 2005). La diferencia entre ambos países es tan dramática que hace evidente que los cambios descritos no afectan por igual a todas las naciones ni a todas las poblaciones dentro de un mismo país.

Tal es el escenario de México, donde las causas de muerte y la esperanza de vida varían mucho entre distintas entidades federativas y grupos poblacionales. Por ejemplo, existe una diferencia de cuatro años entre la esperanza de vida de los estados más ricos, como Nuevo León y el Distrito Federal (76 años), y Oaxaca, que es el estado con mayor población indígena del país (73 años) (INEGI, 2015). Este perfil demográfico-epidemiológico híbrido plantea necesidades específicas para prevenir y curar oportuna y efectivamente las enfermedades infectocontagiosas que siguen cobrando vidas entre los mexicanos más marginados, y prevenir y combatir enfermedades de prolongada latencia y larga duración, con un alto potencial de inducir discapacidad y cuya atención es muy costosa y complicada.





Una de las posturas clave en la atención a la salud es la planteada en la declaración de Alma Ata de 1978. En dicha declaración se establece como estrategia principal la atención primaria en salud con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de las poblaciones para el año 2000. En otras palabras, la mejor medida es tener un sistema de salud basado en un robusto primer nivel de atención médica, ubicado en clínicas y centros de atención familiar, al que acudan los pacientes tanto para mantener una buena salud como para recibir un diagnóstico y tratamiento cuando se presenta alguna alteración en el organismo. El médico del primer nivel de atención debe ser, idealmente, un médico general capaz de identificar y corregir los problemas de salud más comunes, entre los que destacan las enfermedades infectocontagiosas. Idealmente, hasta 80 por ciento de los motivos de consulta más frecuentes debería resolverse en el primer nivel de atención. En este nivel, además, se deben realizar actividades propias de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Sólo en casos necesarios, los pacientes se derivan oportunamente a niveles de atención médica especializada (Starfield, 2012).

En el caso de México, los servicios de salud actuales y su proyección a futuro no empatan con el modelo de la Atención Primaria en Salud (APS). Por lo contrario, tienen un enfoque de medicina especializada que se implementa fundamentalmente en hospitales y resulta cada vez más costoso. Uno de los problemas más importantes que genera el modelo de atención especializada es que, por tener descuidado el primer nivel de atención médica, siguen presentándose muertes por enfermedades infectocontagiosas simples, como las diarreas y las infecciones respiratorias, al mismo tiempo que muchos de los padecimientos crónicos que actualmente generan más enfermedad y muerte en los mexicanos (por ejemplo, la diabetes) evolucionan a estadios clínicos en los que el tratamiento tiene pocas posibilidades de marcar un curso favorable en el progreso de la enfermedad y en la calidad de vida del paciente, además de que es muy caro.

## DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Uno de los retos más importantes en el análisis del proceso salud-enfermedad es descifrar qué origina las enfermedades, lo que determina que algunas personas mueran y otras no, y por lo tanto que existan perfiles diferenciales de salud y de enfermedad en las poblaciones. Lo anterior plantea para la investigación científica una serie de cuestionamientos que deben afrontarse desde distintas vertientes con el fin de dar posibles respuestas y propuestas de soluciones. En este sentido, desde nuestra perspectiva, el enfoque más certero para entender las diferencias en las causas y consecuencias de los perfiles de morbilidad y mortalidad son los determinantes sociales de la salud, es decir, las determinaciones estructurales dentro del contexto histórico-social en el que se encuentran los individuos, ligadas indiscutiblemente a las condiciones materiales de vida y al proceso de trabajo.

El abordaje teórico-metodológico de los determinantes sociales en la salud tiene dos grandes vertientes, una posicionada desde el enfoque de los organismos internacionales como la OMS, y la otra desde una perspectiva más crítica.

La primera vertiente, planteada por la OMS, se ha posicionado de forma dominante. Dicha organización creó en 2005 una comisión de los determinantes sociales de la salud con el objetivo de recopilar datos que permitieran incidir en la mejora de las condiciones de salud y reducir las inequidades en las poblaciones. La OMS define a los determinantes sociales de la salud como

las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2015b).

Algunas de las determinaciones que se han identificado son la edad, el ingreso, la educación, el género, la etnicidad y el lugar de residencia, las cuales han sido reconocidas en relación con las inequidades en salud (Marmot, 2011).







Así, el análisis de la salud se ha orientado hacia un enfoque multicausal desde el marco referencial de los determinantes sociales de la salud. Algunos de los integrantes de la comisión de los determinantes sociales en salud de la OMS plantean que las causas de las causas no son tan obvias. Por esta razón, la oficina regional para la zona europea de la OMS le pidió a un grupo de la University College London resumir la evidencia de los determinantes sociales de la salud arrojando como resultado 10 mensajes respecto a la determinación social basados en: el gradiente social, estrés, edad temprana en la vida, exclusión social, trabajo, desempleo, apoyo social, adicción, alimentación y transporte (Marmot, 2005).

La comisión de los determinantes sociales de la OMS plantea que los factores no están directamente relacionados con las causas de la enfermedad, pero se describen como las causas de las causas de la enfermedad, considerando a su vez que son el origen de las inequidades en salud. Desde nuestra perspectiva, este posicionamiento hace flaquear la propuesta de la organización porque las diferencias que existen respecto a las condiciones de vida no son casuales sino responden a una lógica de distribución desigual de la riqueza. De esta manera, la determinación social se evidencia claramente en problemas de desigualdad e inequidad, las cuales originan un gradiente social con distintas magnitudes muy acentuadas entre los extremos. Estas ideas son más afines con lo que se expone a continuación.

Sustentada principalmente por las corrientes latinoamericanistas originadas en los años setenta como la medicina social, la salud colectiva y la epidemiología crítica, la segunda vertiente de los determinantes sociales de la salud analiza las problemáticas de salud desde el materialismo dialéctico, construyendo su objeto de estudio a partir de las relaciones sociales. Esta corriente retoma las investigaciones históricas de autores que han estudiado la temática desde una perspectiva de fondo similar aunque con categorías de análisis distintas, por ejemplo, los estudios documentados por Engels con amplias y terribles descripciones de la situación de la clase obrera en Inglaterra, en los cuales se plantea claramente la relación que existe entre las condiciones materiales de vida y de trabajo con las condiciones de salud-enfermedad (Engels, 1976).

El ejemplo anterior no es el único. Las condicionantes de salud y enfermedad, como son las precarias condiciones laborales y la pobreza, han que-

dado plasmadas en distintas investigaciones recopiladas entre los siglos XVIII y XIX en Europa, en las que se documenta la determinación estructural por autores como Peter Frank, Rudolf Virchow, Edwin Chadwick, William Farr y Karl Marx. Los estudios realizados a partir del análisis de las condiciones sociales de los trabajadores consideran la relación que existe entre la explotación de la fuerza de trabajo con el aumento de la morbimortalidad en la clase social proletaria, determinada por las extenuantes jornadas de trabajo, las condiciones de vivienda y trabajo insalubres, el hacinamiento, así como la relación con el aumento en las prevalencias de enfermedades, accidentes y muertes, y por lo tanto una marcada diferencia en el indicador de la esperanza de vida.

La postura crítica de los determinantes sociales de la salud, al retomar las investigaciones sociales, los ubica dentro de su contexto histórico-social, planteando que los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social. Éstos a su vez se encuentran influidos por las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como por la cultura y los valores sociales. Todo lo anterior sin soslayar que su producción y reproducción son esencialmente por el régimen capitalista que distingue entre la propiedad de los medios de producción y la división social del trabajo.

Bajo esta lógica, resulta evidente que las formas en las que se produce y reproduce la enfermedad están determinadas por las relaciones de dominio y explotación y por lo tanto son evitables, innecesarias e injustas (Whitehead M., 1991). Las desigualdades en salud son injustas dado que *no* son el resultado de elecciones propias y son evitables porque *no* son producidas por la biología sino por las circunstancias materiales. En este sentido, la producción y reproducción del capitalismo es lo que ha producido y continúa produciendo las diferencias, generando las inequidades determinadas principalmente por la clase social.

En este sentido, hay señalamientos que sugieren que existen ciertos límites desde el sector salud que no permiten modificar las situaciones de desigualdad, pues éstas dependen de acciones concertadas en el sector de la política económica y social dentro del marco vigente, que no permiten soluciones de fondo y, por lo tanto, sólo se emiten recomendaciones que intentan atenuar los efectos nocivos (Martínez, 2008).





Lo que ya no puede seguirse ignorando es que la salud no tiene que ver únicamente con las enfermedades y su cura; tiene que ver con los elementos sociales y ambientales, con las condiciones generales materiales de vida y los riesgos que se generan propiciados por éstos. Esta perspectiva ofrece un panorama más amplio de las determinaciones sociales estructurales de los procesos, causas y consecuencias de la salud y la enfermedad, y no solamente un enfoque donde se culpabiliza y victimiza a las personas por sus condiciones de salud creyendo de manera ingenua y parcial que su salud depende únicamente de decisiones individualizadas y no sistémicas.

En definitiva, aunque los determinantes sociales de la salud no son parte de un enfoque plenamente innovador, sí es un tema que se ha posicionado en las agendas nacionales e internacionales en el ámbito de la salud pública con un enfoque de justicia social.

# LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

Samantha Flores Rodríguez\*

Bernardo Moreno Peniche\*\*

Frida Romero Suárez\*\*

Emma Wynne Bannister\*\*



En este capítulo se revisará la situación de la salud en México de acuerdo con las tres dimensiones de la salud identificadas por la OMS: la biológica, la mental y la social. Lo anterior representa una decisión con fines meramente analíticos, que nos ayudará a presentar los resultados de manera más ordenada, pero no defiende un límite claro entre cada una de estas dimensiones. Precisamente porque la frontera entre unas y otras no es tajante, el lector encontrará que en la sección de una dimensión de la salud se abordan asimismo datos que parecen más pertinentes de otra. Ejemplo de lo anterior es que en la dimensión biológica se abordan cuestiones más de índole social, ya que en las mismas preguntas de la encuesta estaban concatenadas entre sí.

\* Investigadora de la Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédica, Facultad de Medicina, UNAM.

\*\* Médicos pasantes de servicio social de la Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédica, Facultad de Medicina, UNAM.



## DIMENSIÓN BIOLÓGICA DE LA SALUD

La salud puede ser abordada desde varias perspectivas; en este apartado se tratarán aquellas cuestiones referentes al ámbito biológico, las que a veces es preciso analizar de la mano de cuestiones asistenciales. Es importante tener un panorama global de la salud en el país, de tal forma que exploraremos las estadísticas de las principales causas de morbilidad en México, así como los datos que existen de los servicios de hospitalización. Haremos especial mención de la obesidad y el sobrepeso por ser nuestro país uno de los más afectados por esta pandemia. Por último, revisaremos también la adherencia al tratamiento y la medicina alternativa, que son temas de gran relevancia en México.

### MORTALIDAD GENERAL EN MÉXICO

Como ya se comentó en el capítulo 1, a principios del siglo pasado, las principales causas de muerte en nuestro país eran enfermedades transmisibles, entre ellas las infecciones gastrointestinales y respiratorias. A lo largo del siglo XX, en respuesta a diversas transformaciones de los sistemas político-económicos, se observó un aumento en las enfermedades no transmisibles y crónico-degenerativas, como los tumores malignos, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes, coexistiendo con una prevalencia aún significativa de enfermedades transmisibles en las poblaciones más marginadas.

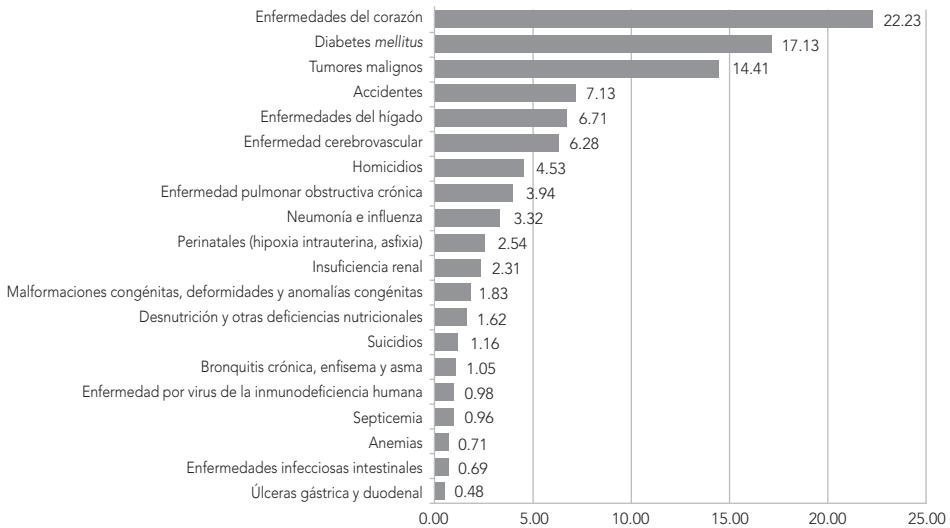
El comportamiento de la mortalidad y los cambios en los patrones de salud-enfermedad se ven reflejados en la transformación epidemiológica y demográfica que ha existido en las últimas décadas. México se encuentra en una situación de estancamiento y polarización, ya que prevalecen ambos patrones de enfermedad. Se observa un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, en gran parte debido al estilo de vida moderno adoptado en las últimas décadas, coexistiendo con las enfermedades infecto-contagiosas en los grupos sociales marginados.

Actualmente, las enfermedades crónicas tales como las enfermedades del corazón, con 113 240 defunciones en 2013, la diabetes *mellitus* con 87 245 defunciones, y los tumores malignos con 73 426 decesos en total, se

ubican en las primeras causas de mortalidad en México. Sin embargo, aún se encuentran las infecciones respiratorias y gastrointestinales dentro de las 20 principales causas de muerte (gráfica 3).

**GRÁFICA 3**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO 2013**  
(PORCENTAJES)



Fuente: DGIS. Base de datos de defunciones generales 1979-2013 (en línea): SINAIS.

Cabe señalar que las causas de mortalidad varían según el sexo. En el caso de los hombres predominan las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades hepáticas crónicas, los accidentes de tránsito, la enfermedad pulmonar obstructiva y los homicidios, mientras que en las mujeres las primeras causas son la diabetes *mellitus*, la enfermedad cerebrovascular, las enfermedades hipertensivas, la anemia y el cáncer cérvico-uterino y de mama. Además, se observan diferencias cuando se abordan las causas por grupos de edad. Ejemplo de esto es que la mortalidad en hombres por accidentes es más prevalente en adolescentes y adultos jóvenes, mientras que la prevalencia de enfermedades del corazón aumenta en mujeres después de la menopausia.



## MORBILIDAD GENERAL EN MÉXICO

A pesar de que se dice que México se encuentra en transición epidemiológica, en 2013 los padecimientos más frecuentes fueron las enfermedades transmisibles. Las infecciones respiratorias agudas tuvieron la prevalencia más alta, con un total de 26 320 459 personas diagnosticadas. Los factores que se encuentran asociados a su aparición son el hacinamiento, la contaminación ambiental, el estado de la vivienda y ser fumador activo o pasivo. En segundo lugar se encuentran las infecciones intestinales, con un total de 5 329 815 personas diagnosticadas. Los más vulnerables frente a este padecimiento son los menores de cinco años. Las enfermedades diarreicas son una causa frecuente de morbilidad en países en desarrollo y son un factor predisponente importante de la desnutrición en la niñez. Por lo general, son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados, por la carencia de acceso a agua mejorada y a condiciones básicas de saneamiento (Dirección General de Epidemiología, 2012).

La tercera causa de morbilidad en México son las infecciones de vías urinarias. La incidencia varía dependiendo del sexo y la edad del paciente. Se estima que de 10 a 20 por ciento de las mujeres sufre una infección de vías urinarias en su vida y que 3 por ciento de éstas son repetitivas. En los hombres, las infecciones de vías urinarias son menos comunes; se presentan con mayor frecuencia después de los 50 años, generalmente debido a la obstrucción uretral secundaria al crecimiento prostático (*Boletín Epidemiológico*, 2013).

Dentro de las primeras cinco causas de morbilidad también se encuentran la enfermedad ácido péptica que causa úlceras gastrointestinales, gastritis y duodenitis. La enfermedad ácido péptica es la primera causa de enfermedad no transmisible en el país, afectando principalmente a la población a partir de los 50 años. Los hábitos dietéticos, el tabaquismo y el estrés son factores de riesgo para estos padecimientos. Además, cada vez es más común la presencia de gastritis asociada al consumo excesivo de bebidas gaseosas, que contienen fosfatos y ácido fosfórico, así como al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y la infección por *Helicobacter pylori*.

La hipertensión arterial ocupa el séptimo lugar con un total de 501 416 personas diagnosticadas. Afectó principalmente a las mujeres, en una proporción de 1.9 por cada hombre; los grupos etarios con mayor incidencia

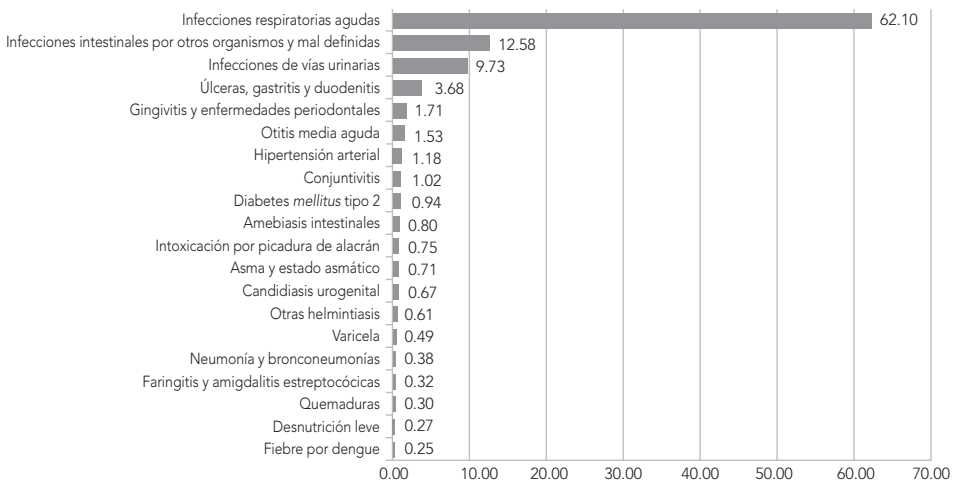


fueron el de 60 a 64 (63 814), el de 65 y más (129 946), y el de 50 a 59 (132 016). La distribución de la prevalencia de hipertensión arterial en ambos sexos se registró más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad y la más alta en el grupo de 80 o más años. El 73 por ciento reportó estar en tratamiento farmacológico para la atención de la misma, en tanto que 76 por ciento reportó medirse la tensión arterial al menos una vez al mes.

En el caso de la diabetes *mellitus* tipo 2, se registraron un total de 397 192 casos nuevos, ocupando el noveno lugar en las enfermedades más frecuentes. Fue prevalente en mujeres con una proporción de 1.4 por cada hombre; los grupos etarios con mayor incidencia fueron los de 60 a 64 (52 335), 50 a 59 (117 759), y 65 y más (81 397) (gráfica 4).

#### GRÁFICA 4

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN MÉXICO 2013  
(PORCENTAJES)



Fuente: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2013.

La ENSANUT reporta que el porcentaje de adultos que tienen el diagnóstico médico de diabetes es de 9.2 por ciento, lo que equivale a 2.84 millones de hombres y 3.56 millones de mujeres. De la población de 20 años de edad o más con diagnóstico médico previo de diabetes, 9.6 por ciento se realizó la determinación de hemoglobina glucosilada en los últimos 12 meses, lo que habla de un mal seguimiento de la enfermedad.





Del total de personas con diagnóstico de diabetes, únicamente 85.7 por ciento se atiende. De ellos, la mayoría acude al IMSS (39 por ciento), en segundo lugar a instituciones financiadas por el SPSS (28.3 por ciento), seguido del sector privado (21.3 por ciento) y otras instituciones de seguridad social (11.4 por ciento) (Hernández et al., 2013). Un poco más de 80 por ciento recibe tratamiento médico para su control. Cerca de 13 por ciento reportó estar recibiendo insulina, ya sea como único tratamiento o en combinación con pastillas.

Las complicaciones más frecuentes reportadas fueron una visión disminuida (47.6 por ciento), que se refleja también en daño a la retina (13.9 por ciento) y pérdida de la vista (6.6 por ciento). La presencia de úlceras ocurrió en 7.2 por ciento de los pacientes y 2.9 por ciento reportó haber padecido un coma diabético.

Aunque se observa un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.3 por ciento en 2006 a 24.5 por ciento en 2012, aún tres de cada cuatro diabéticos requieren mayor control del padecimiento que permita reducir las complicaciones que se presentan.

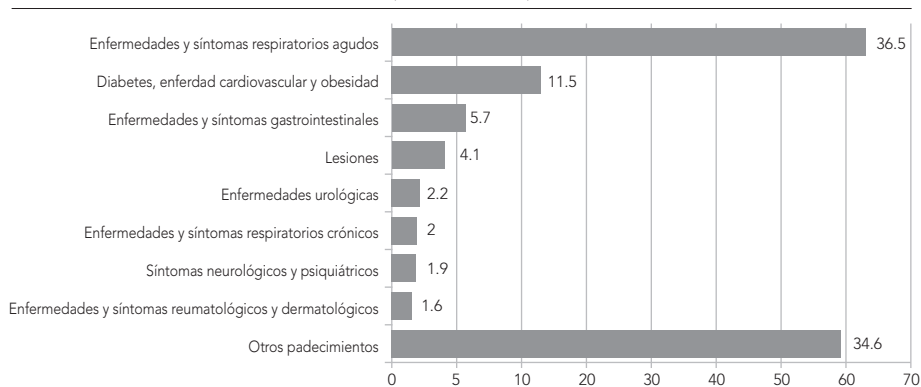
Los datos de la ENSANUT 2012 identifican a 6.4 millones de adultos mexicanos con diagnóstico de diabetes, es decir, 9.17 por ciento de los adultos en México. El total de adultos con diabetes podría ser mayor por el porcentaje de afectados que no conocen su condición (Olaiz, 2006).

En la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales: salud*, se le preguntó a la población los problemas de salud que presentaron el último mes y las enfermedades se clasificaron con base en la ENSANUT. Lo que la población refirió coincide con lo reportado por la ENSANUT en los primeros dos grupos, sin embargo, varía en el orden de frecuencia en el resto de los grupos. En nuestra encuesta las enfermedades reumatológicas, neurológicas y psiquiátricas tienen una posición de mayor prevalencia. Esta información debe ser tomada con precaución, ya que existen ciertas diferencias entre las muestras: por un lado, la muestra utilizada en la encuesta parte desde los 15 años de edad y, por otro, los datos oficiales toman en cuenta a la población desde los cero años de edad. Asimismo, es importante señalar que también existe una discordancia entre los periodos de referencia para reportar enfermedades: en nuestra encuesta pregun-

tamos por las enfermedades presentadas en el último mes, mientras que la ENSANUT toma un periodo de dos semanas (gráficas 5 y 6).

**GRÁFICA 5**

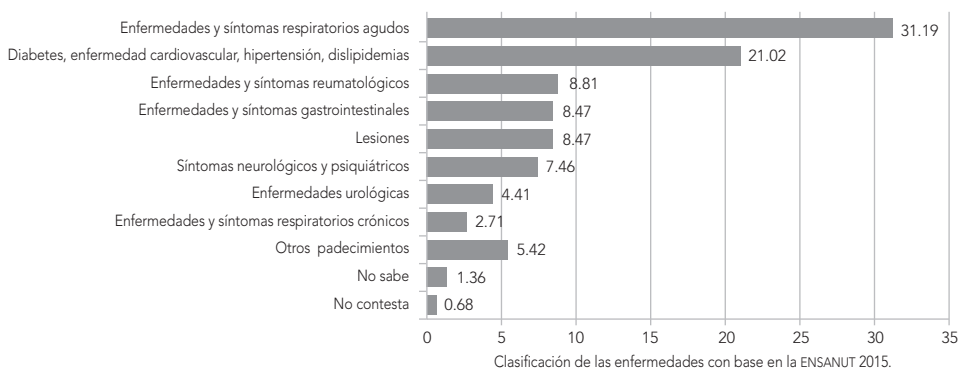
**PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA, ENSANUT 2012**  
(PORCENTAJES)



Fuente: ENSANUT, 2012.

**GRÁFICA 6**

**PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN EL ÚLTIMO MES<sup>1</sup>**  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ-UNAM, 2015.

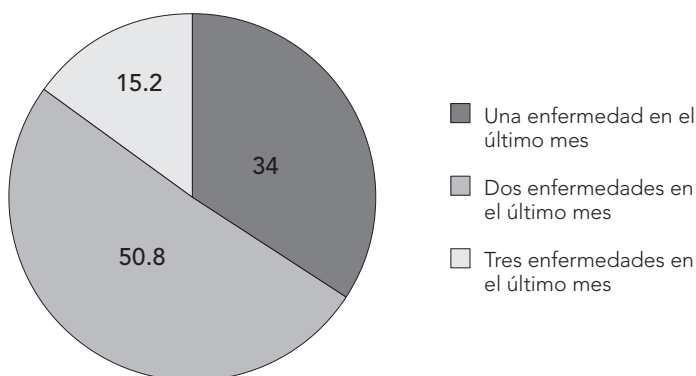
<sup>1</sup> Las categorías de la gráfica 6 fueron elaboradas a partir de las respuestas de la pregunta 12 inciso 1 de la encuesta de acuerdo con la clasificación utilizada en la ENSANUT 2012.



En nuestra encuesta, poco más de la mitad tuvo dos enfermedades en el último mes (50.8 por ciento), seguido de una enfermedad (34 por ciento) y, por último, sólo 15.2 por ciento tuvo tres enfermedades en el último mes (gráfica 7).

### GRÁFICA 7

PORCENTAJE DE ENFERMEDADES EN EL ÚLTIMO MES<sup>2</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ-UNAM, 2015.

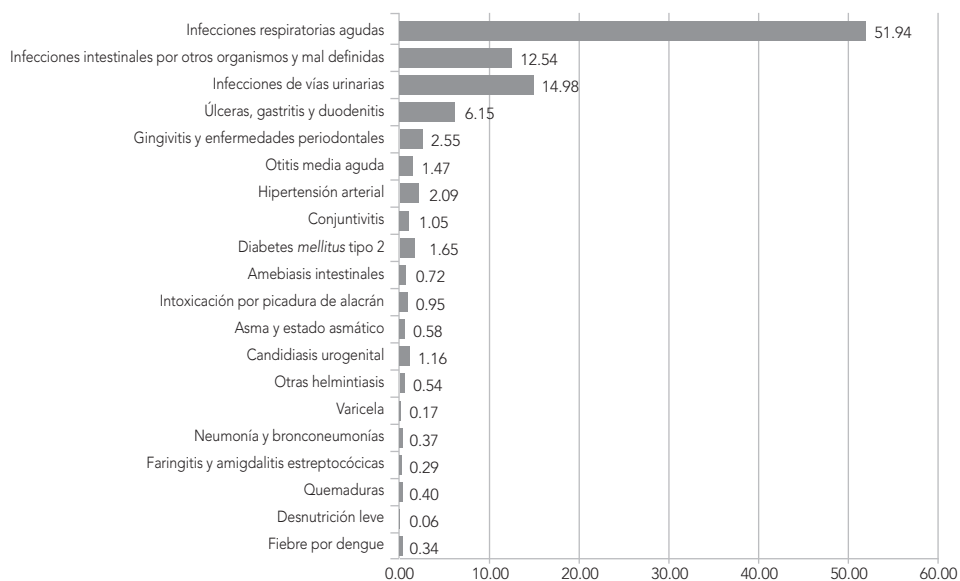
Los diagnósticos reportados en la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales: salud* fueron reclasificados con base en las 20 principales causas de enfermedad de los anuarios de morbilidad de la Dirección General de Epidemiología; se ajustaron los porcentajes excluyendo la información tomada del anuario a los menores de 15 años, ya que nuestra encuesta sólo incluye personas a partir de esa edad. Además, la interpretación debe tomarse con precaución debido a que la tabla del anuario abarca 2013, mientras que la encuesta únicamente trata sobre los diagnósticos del último mes.

<sup>2</sup> La gráfica 7 fue elaborada a partir de las respuestas de la pregunta 12 de la encuesta utilizando los tres incisos.

Se puede observar que en nuestra encuesta hay diferencias importantes entre lo que reporta la población encuestada y los datos oficiales. El diagnóstico más frecuente reportado como principal problema de salud fue infecciones respiratorias agudas, coincidiendo con los datos oficiales de morbilidad, seguidas de infecciones intestinales y de vías urinarias. Por lo contrario, la hipertensión y la diabetes figuran dentro de los cuatro principales diagnósticos dados como principal problema de salud, los cuales en los registros del sistema nacional de salud ocupan el séptimo y noveno lugar, respectivamente (gráficas 8 y 9).

**GRÁFICA 8**

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD  
SEGÚN ANUARIO DE MORBILIDAD MÉXICO 2013  
(PORCENTAJES)**



Fuente: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2013.

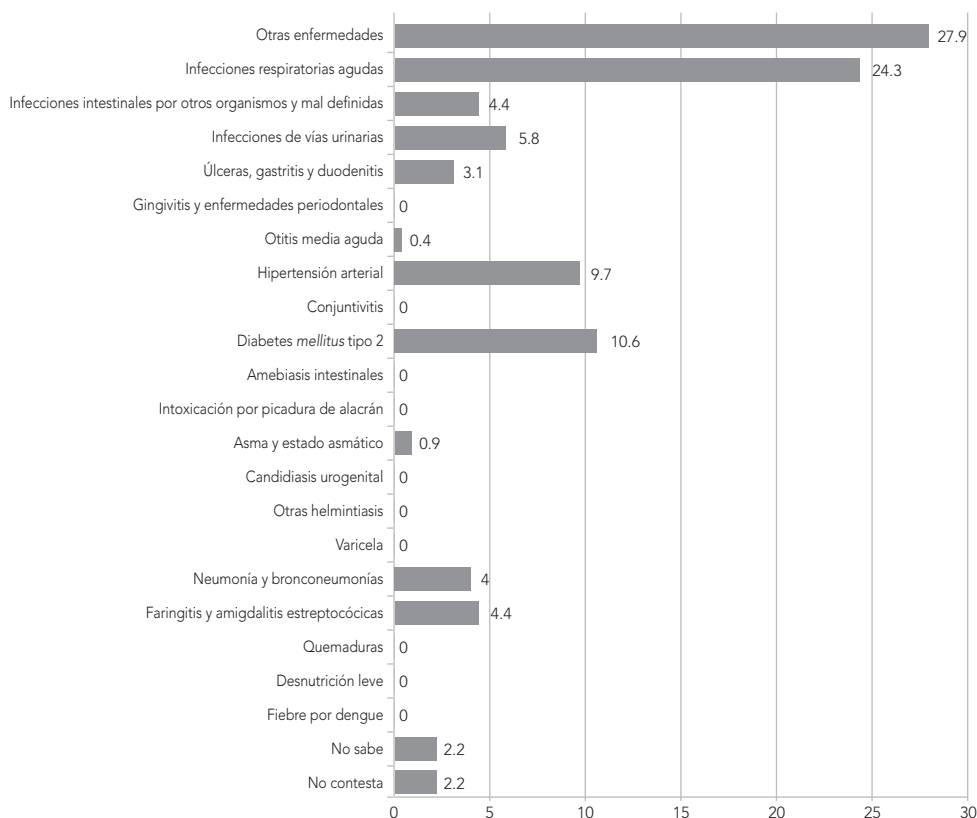
En nuestra encuesta se observa que mientras las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes y la hipertensión, son de las causas más importantes de morbilidad en México, las enfermedades infectocontagiosas no han disminuido, compitiendo ambas condiciones por los primeros lugares.





## GRÁFICA 9

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD  
SEGÚN DATOS ENCONTRADOS EN LA ENCUESTA<sup>3</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ-UNAM, 2015.

## OBESIDAD EN MÉXICO

La obesidad en México representa un grave problema de salud pública. De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha

<sup>3</sup> La gráfica 9 fue elaborada a partir de la pregunta 16 de la encuesta utilizando la clasificación del SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2013.



triplicado, en particular en la población adulta: 39.5 por ciento de los hombres y mujeres tiene sobrepeso y 31.7 por ciento obesidad (Secretaría de Salud, 2010). Es decir, aproximadamente 70 por ciento de la población adulta tiene una masa corporal inadecuada y casi un tercio de los niños y niñas tiene sobrepeso y obesidad.

El hecho de tener sobrepeso u obesidad conlleva un mayor riesgo de mortalidad, así como del desarrollo de múltiples padecimientos, principalmente de diabetes tipo 2, que tiene 61 por ciento de prevalencia dentro de la población obesa (Sánchez et al., 2004). El 44 por ciento de la carga de diabetes, 23 por ciento de la carga de cardiopatías isquémicas y entre siete y 41 por ciento de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (*Boletín Epidemiológico*, 2014).

Dependiendo de la edad y la etnia, la obesidad se asocia con una disminución de la esperanza de vida, entre seis y 20 años (Dávila, 2014). En la edad de 12 años la prevalencia por obesidad para ambos sexos se incrementó en 37.8 por ciento; en los hombres 44.6, y en las mujeres 33 por ciento (Muradás, 2014). Los adultos que sufrieron desnutrición *in utero* o durante la infancia, como les sucedió a muchos en México en las décadas pasadas, son particularmente sensibles a desarrollar obesidad abdominal en la vida adulta (Sánchez et al., 2004).

La prevalencia de obesidad<sup>4</sup> en adultos mexicanos de 20 años o más fue de 32.4 por ciento y la de sobrepeso de 38.8 por ciento. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5 por ciento) que en el masculino (26.9 por ciento), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.6 por ciento y las mujeres de 35.5 por ciento (ENSANUT, 2012). El grupo de edad con más sobrepeso es el de las personas de 50 a 59 años y las personas en el grupo etario de 40 a 49 años son las que tienen mayor obesidad (Barquera et al., 2013).

La distribución de la grasa corporal es de gran importancia, ya que el depósito de grasa a nivel central aumenta en forma considerable el riesgo de enfermedad coronaria, aun cuando no represente un aumento de peso

<sup>4</sup> Definida como un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. El IMC es la medida que los médicos utilizan para saber si una persona tiene sobrepeso; se calcula dividiendo el peso en kg entre la talla al cuadrado.



mayor. El punto de corte para determinar obesidad abdominal es de una circunferencia de cintura mayor o igual a 80 cm en mujeres y mayor o igual a 90 cm en hombres (Barquera *et al.*, 2013).

A pesar de la gran pandemia que existe en la actualidad y las graves consecuencias que tiene en la salud, la obesidad, como entidad nosológica, no figura dentro de las primeras 20 causas de morbilidad en las estadísticas nacionales. Aunque podemos conocer, de manera indirecta, el impacto de la misma en las principales causas de muerte como son las enfermedades cardiovasculares y la diabetes tipo 2. Es importante registrarla como una enfermedad aparte, para poder tomar medidas pertinentes dado que sus consecuencias son de gran relevancia.

En la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales: salud*, se utilizó una escala de imagen corporal y los encuestados indicaron la figura que más se les parecía a ese momento de su vida. Para la interpretación del instrumento de imagen corporal se tomaron los siguientes puntos de corte: de la figura 1 a la 3, normopeso; de la 4-6, sobrepeso; y de la 7-9, obesidad. Esta clasificación fue tomada como válida debido a la alta correlación que se ha encontrado entre el peso real y la percepción de los entrevistados. Los resultados de varios estudios (Osuna *et al.*, 2015; Madrigal *et al.*, 1999; y Pérez *et al.*, 2010) sugieren que el Índice de Masa Corporal (IMC) —la medida que los médicos utilizan para diagnosticar sobrepeso y obesidad, y que se calcula dividiendo el peso en kg entre la talla en centímetros al cuadrado— y la percepción de la imagen corporal autorreportados pueden ser indicadores útiles en relación con la condición de sobrepeso en adultos mexicanos. La percepción de imagen corporal permitió la correcta clasificación de individuos con  $IMC > 25$ , es decir, con sobrepeso y obesidad, de tal suerte que mostró que puede ser un estimado válido para utilizarse en estudios epidemiológicos.

En el caso de la encuesta realizada en nuestra muestra, los datos revelaron una diferencia significativa entre la autopercepción del peso y los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad reportados en la ENSANUT (cuadro 1).

Debido a la alta prevalencia general de los mexicanos con sobrepeso y obesidad, y con base en las cifras nacionales que muestran que las mujeres tienen una mayor prevalencia de obesidad, y los hombres de sobrepeso, se

desagregaron los datos como se muestra en los cuadros 2 y 3. Se reportó que en ambos sexos existe una subestimación del peso autopercebido en el caso de la obesidad, sucediendo lo contrario en el caso de sobrepeso.

### CUADRO 1

COMPARACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SOBREPESO REPORTADA EN LA ENSANUT 2012 Y LA PERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD<sup>5</sup>  
(PORCENTAJES)

COMPARACIÓN DE GRUPOS	ENSANUT	ENCUESTA: LOS MEXICANOS VISTOS POR SÍ MISMOS: SALUD
Población total	71.2	57.4
Sobrepeso	38.8	44.4
Obesidad	32.4	13

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ-UNAM, 2015.

### CUADRO 2

COMPARACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SOBREPESO REPORTADA EN LA ENSANUT 2012 Y LA PERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD EN MUJERES  
(PORCENTAJES)

MUJERES (PORCENTAJE)		
GRUPOS DE COMPARACIÓN	ENSANUT	ENCUESTA
Población total	73	59.8
Sobrepeso	35.5	45.5
Obesidad	37.5	14.3

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ-UNAM, 2015 y ENSANUT, 2012.

<sup>5</sup> El cuadro 1 fue elaborado a partir de la pregunta 41 de la encuesta reclasificada en categorías de sobrepeso y obesidad y comparado con datos de la ENSANUT 2012. El cuadro 2 contiene la misma información en mujeres y el cuadro 3 en hombres.







### CUADRO 3

COMPARACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SOBREPESO REPORTADA EN LA ENSANUT 2012 Y LA PERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD EN HOMBRES  
(PORCENTAJES)

HOMBRES (PORCENTAJE)		
GRUPO DE COMPARACIÓN	ENSANUT	ENCUESTA
Población total	69.5	54.9
Sobrepeso	42.6	43.1
Obesidad	26.9	11.8

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJU-UNAM, 2015 y ENSANUT 2012.

Es importante recalcar que la población mexicana se percibe a sí misma con menor prevalencia en total de sobrepeso y obesidad, lo cual puede tener graves consecuencias ya que la falta de conciencia de la enfermedad dificulta la toma de acciones para la solución de la misma.

### HOSPITALIZACIONES

Según la Norma Oficial Mexicana, un egreso hospitalario se define como un evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital (NOM-035-SSA3-2012).

Los egresos hospitalarios, junto con el promedio del tiempo de duración de estancia hospitalaria por paciente, son datos que arrojan información valiosa sobre las actividades hospitalarias. Existen varios factores que inciden sobre estas actividades. Algunos ejemplos son la demanda de servicios hospitalarios, la habilidad de los hospitales en el tratamiento de los pacientes, la capacidad de los servicios de atención primaria para evitar ingresos hospitalarios innecesarios y la disponibilidad en los servicios de atención a largo plazo y rehabilitación (OCDE, 2011).

Gracias a información del Sistema Nacional de Salud, sabemos que, en 2013, un total de 5 866 493 personas egresaron de algún hospital del país.



Estos egresos se clasificaron por especialidad, quedando distribuidos de la siguiente manera: 1 201 936 en medicina interna, 1 381 117 en cirugía, 2 220 881 en gineco-obstetricia, 733 970 en pediatría, 251 348 en otras especialidades y 77 241 en no especificado. Resulta interesante que del total de egresos para el 2013, 54.3 por ciento (3 188 386) no era población derechohabiente de seguridad pública. A su vez, 91.4 por ciento (2 913 930) de éstos fue atendido en un centro de la Secretaría de Salud (SSA). Comparando este dato con la información nacional, obtenemos que 49.7 por ciento de las camas que fueron desocupadas ese año perteneció a la SSA. De las instancias públicas de seguridad social, el IMSS fue el que más egresos tuvo, con 34.5 por ciento del total nacional y 75.6 por ciento del total de la población derechohabiente (SINAIS, 2013) (cuadro 4).

#### CUADRO 4

#### EGRESOS HOSPITALARIOS NACIONALES (PORCENTAJES)

Institución	Egresos							Días Paciente	Tiempo promedio de estancia hospitalaria
	Total	Medicina interna	Cirugía	Gineco-Obstetricia	Pediatría	Otras especialidades	No especificado		
Nacional	5 866 493	1 201 936	1 381 117	2 220 881	733 970	251 348	77 241	24 124 026	4.1
Población no derechohabiente	3 188 386	471 574	573 594	1 536 335	401 362	205 521	0	11 258 865	3.5
SSA	2 913 930	435 566	530 341	1 385 548	379 023	183 452	0	10 403 122	3.6
IMSS Oportunidades	246 400	31 913	38 698	146 171	18 371	11 247	0	773 195	3.1
Otros	28 056	4 095	4 555	4 616	3 968	10 822	0	82 548	2.9
Población derechohabiente	2 678 107	730 362	807 523	684 546	332 608	45 827	77 241	12 865 161	4.8
IMSS	2 026 478	571 945	616 385	562 977	275 171	0	0	9 935 084	4.9
ISSSTE	381 080	115 379	143 143	83 899	38 659	0	0	1 792 246	4.7
Pemex	78 843	13 564	13 853	10 401	4 571	36 454	0	301 493	3.8
Sedena	77 241	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	77 241	408 915	5.3
Semar	23 859	3 437	4 667	5 144	3 154	7 457	0	114 164	4.8
Estatad	90 606	26 037	29 475	22 125	11 053	1 916	0	313 259	3.5

Fuente: SSA. DGIS. *Boletín de Información Estadística* núm. 33, vol. III, 2013. México, 2014.

Por otro lado, el último estudio de desempeño hospitalario, publicado en 2011 por la SSA, menciona que en 2010, 93.7 por ciento de los pacientes que egresaron de algún hospital perteneciente a las principales institucio-



nes públicas del país, lo hizo por curación o mejoría. Donde más pacientes egresaron curados o mejorados fue en los servicios de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) (95.7 por ciento) y el menor porcentaje de estos pacientes egresaron del IMSS-Oportunidades (89.9 por ciento) (DGED, 2011).

Del total de los egresados de las instituciones públicas en 2010, 26.7 por ciento lo hizo por causas relacionadas con el parto y demás cuestiones maternas. Este dato nos muestra la gran demanda que tiene la atención obstétrica en los hospitales mexicanos, pues los siguientes rubros que le siguen cuentan con un porcentaje bastante menor: fracturas (3.5 por ciento), colelitiasis y colecistitis (3.3 por ciento), aborto (3.3 por ciento), insuficiencia renal (3.2) y diabetes tipo 2 (2.8 por ciento) (DGED, 2011).

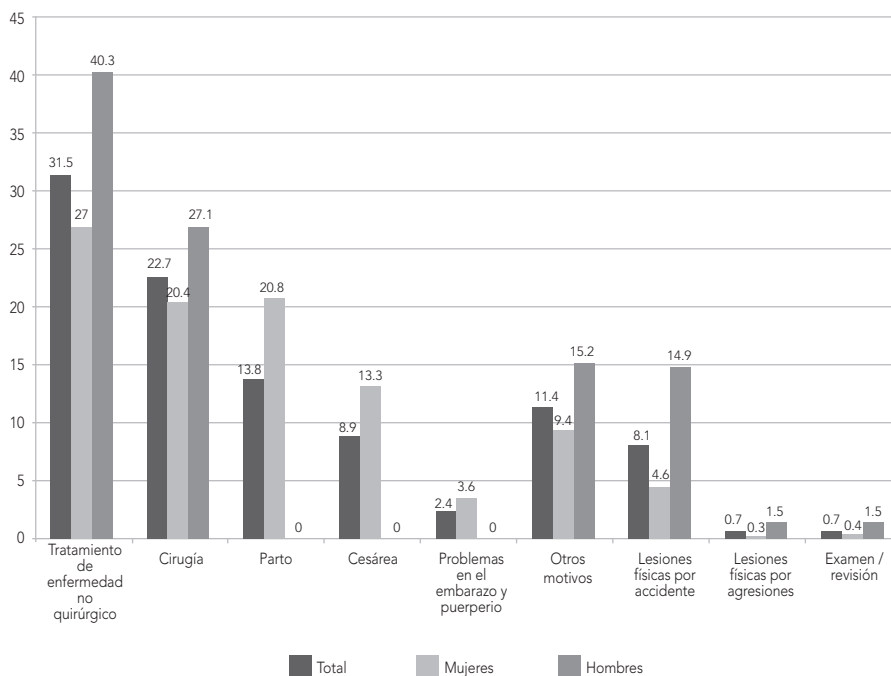
La ENSANUT 2012 también reportó datos relevantes sobre los servicios de hospitalización. Informó que 3.8 de cada cien habitantes utilizó los servicios hospitalarios en el año previo a la encuesta. Las mujeres tuvieron una tasa de 4.9 de cada cien y los hombres, 2.6 de cada cien. Los que tuvieron la tasa más baja de utilización de este servicio fueron los grupos de edad de cinco a nueve años y de 10 a 19 años, con 1.4 y 2.2 por cada cien, respectivamente. Los de 80 años o más tuvieron la tasa más alta, con 9.8 de cada cien.

En cuanto a los motivos de hospitalización, el más importante en magnitud fue el tratamiento no quirúrgico de enfermedades (como diabetes, infarto, crisis hipertensiva, etcétera), con 31.5 por ciento del total. De este porcentaje, 40.3 por ciento correspondió con hombres y 27 por ciento, con mujeres. El motivo de hospitalización siguiente es la cirugía, con 22.7 por ciento del total, y después el parto, con 13.8 por ciento. Las afecciones obstétricas representaron 37.7 por ciento de las hospitalizaciones en mujeres (ENSANUT, 2012) (gráfica 10).

La mayoría de la atención hospitalaria se dio en los Servicios Estatales de Salud (SESA), contando éstos con 38.3 por ciento del total de las hospitalizaciones. De los derechohabientes del IMSS, 35.5 por ciento refirió haber sido hospitalizado en dicha institución. Por otra parte, los servicios privados recibieron 17 por ciento de las hospitalizaciones (ENSANUT, 2012).

En general, de los usuarios de instituciones públicas, de 8.4 a 24.9 por ciento se hospitalizó en instituciones diferentes a las de su afiliación. En el

MOTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN  
(PORCENTAJES)



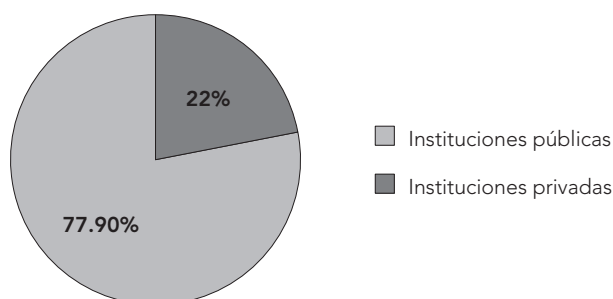
Fuente: ENSANUT 2012.

caso particular del ISSSTE, sólo 75.1 por ciento de sus afiliados fue hospitalizado en alguno de sus centros, mientras que en Sedena, Pemex y la Secretaría de Marina (Semar), hasta 91.6 por ciento de sus afiliados fue admitido ahí mismo. De los que no contaban con seguro público ni privado, 58.1 por ciento fue ingresado en una institución pública (ENSANUT, 2012).

Los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) sobre hospitalización en instituciones públicas indican que en 2012 hubo 5 835 000 egresos hospitalarios, mientras que en el medio privado hubo 1 652 330. Así, podemos concluir que para 2012, de un total de 7 487 330 egresos hospitalarios, 77.9 por ciento sucedió en instituciones públicas y 22 por ciento en instituciones privadas (INEGI, 2012) (gráfica 11).



## GRÁFICA 11

EGRESOS HOSPITALARIOS POR TIPO DE INSTITUCIÓN DE SALUD  
(PORCENTAJES)

Fuente: INEGI 2012.

La información disponible sobre egresos hospitalarios en 2013 únicamente contiene datos relacionados con el sector privado, lo que restringe que se realice una comparación con su contraparte pública. No obstante, podemos observar que, con respecto a 2012, la cantidad de pacientes egresados de hospitales privados disminuyó en un uno por ciento (INEGI, 2013).

En cuanto a las principales causas de egreso hospitalario en 2012, el INEGI las ordena por grado de importancia en cantidad de casos de la siguiente forma: 1) embarazo, parto y puerperio; 2) demás afecciones obstétricas; 3) parto único espontáneo; 4) traumatismos y envenenamientos; 5) enfermedades del sistema urinario; 6) enfermedades del sistema circulatorio; 7) ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; 8) fracturas; 9) coleditiasis y colecistitis; 10) aborto; 11) diabetes *mellitus*; 12) traumatismos y heridas; 13) enfermedades del apéndice; 14) enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo; 15) factores que influyen en la salud y contacto con los servicios de salud (INEGI, 2012). La causa de hospitalización más frecuente en mujeres en 2012 fue el embarazo, parto y puerperio, con 49.5 por ciento de los casos. En hombres, el primer lugar lo ocuparon los traumatismos y envenenamientos con 14.5 por ciento de los casos (INEGI, 2012).

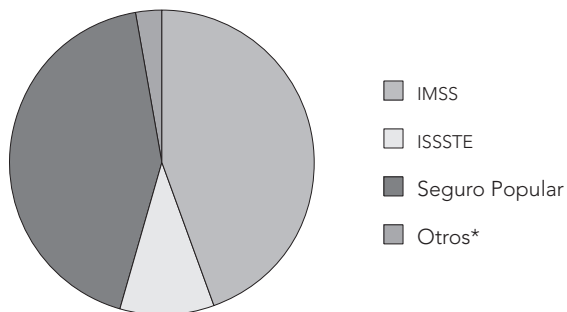
Para 2014, el IMSS contó con 57 952 000 derechohabientes (INEGI, 2014), el ISSSTE, con 12 753 000 y el Seguro Popular, con 55 602 000. Para las demás



instancias públicas de seguridad social se cuenta únicamente con datos del 2012. Así, Pemex tenía 755 000 asegurados; Sedena, 832 000; Semar, 279 000 y SESA, 1 682 000 (INEGI, 2014). En 2010 los servicios de seguridad social fueron usados de manera semejante por mujeres y por hombres, ya que a ellos acudieron 36.1 por ciento de los hombres y 36.7 por ciento de las mujeres del país. En cuanto a los servicios médicos privados la proporción varía ya un poco más, pues los usuarios hombres representan 28.4 por ciento y las mujeres, 26.5 por ciento. En el caso de los servicios para población abierta, de nuevo observamos que no hay discrepancias importantes: 35 por ciento de los usuarios fueron hombres y 36.5 por ciento, mujeres (INEGI, 2010) (gráfica 12).

**GRÁFICA 12**

AFILIACIÓN A INSTITUCIONES DE SALUD  
(PORCENTAJES)



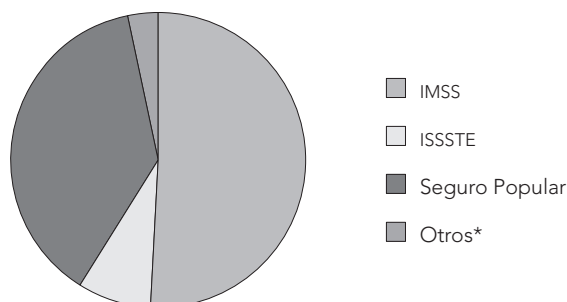
\*Otros: Pemex, Sedena, Semar, y SESA.

Fuente: INEGI, 2010.

En nuestra encuesta también se exploró el rubro de los servicios hospitalarios. Se comenzó por la afiliación a alguna institución de salud y se encontró que 63 por ciento de la población encuestada estaba asegurada. El IMSS aseguró a la mayor parte de éstos (51.1 por ciento), seguido por el Seguro Popular (37.9 por ciento), el ISSSTE (7.9 por ciento), los seguros privados (0.9 por ciento), el IMSS Oportunidades (0.7 por ciento), Pemex (0.6 por ciento), Defensa o Marina (0.4 por ciento) e ISSEMYM y Salubridad (0.5 por ciento) (gráfica 13).



## GRÁFICA 13

 AFILIACIÓN A INSTITUCIONES DE SALUD<sup>6</sup>  
 (PORCENTAJES)


\*Otros: seguros privados, IMSS Oportunidades, Pemex, Defensa o Marina, ISSEMYM y Salubridad.

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

En respuesta a dónde acudieron para resolver las enfermedades en el último mes, 34.6 por ciento refirió que a un Centro de Salud, 20.2 por ciento a un hospital, 11.6 por ciento a una farmacia, 10.6 por ciento a un servicio de urgencias, 9.4 por ciento a un médico particular, 6 por ciento no hizo nada, 3.5 por ciento se automedicó, 1.8 por ciento acudió a un familiar, amigo o vecino, 0.9 por ciento fue con un curandero o yerbero, 0.7 por ciento con un homeópata, acupuntura o naturista, 0.1 por ciento con un auxiliar de salud y 0.6 por ciento no contestó.

Particularmente, del total que acudió a un hospital, 2.9 por ciento fue de hombres y ahora, según la institución en donde fueron atendidos los encuestados, el IMSS quedó en primer lugar, con 40 por ciento de usuarios. El segundo lugar lo obtuvo el Seguro Popular, con 27.2 por ciento, y el tercero, los servicios privados, con 14.6 por ciento. Los siguientes fueron el ISSSTE, con 9.3 por ciento, y las farmacias, con 5 por ciento. En último lugar se ubicaron la Secretaría de Salud, la Defensa o Marina y la Cruz Roja, con 3.4 por ciento, 0.3 por ciento y 0.2 por ciento, respectivamente.

Ante la pregunta *Si tuviera usted, o un familiar, que ir con un médico, ¿a dónde iría?*, la mayoría (31.1 por ciento) respondió que al IMSS, seguida de

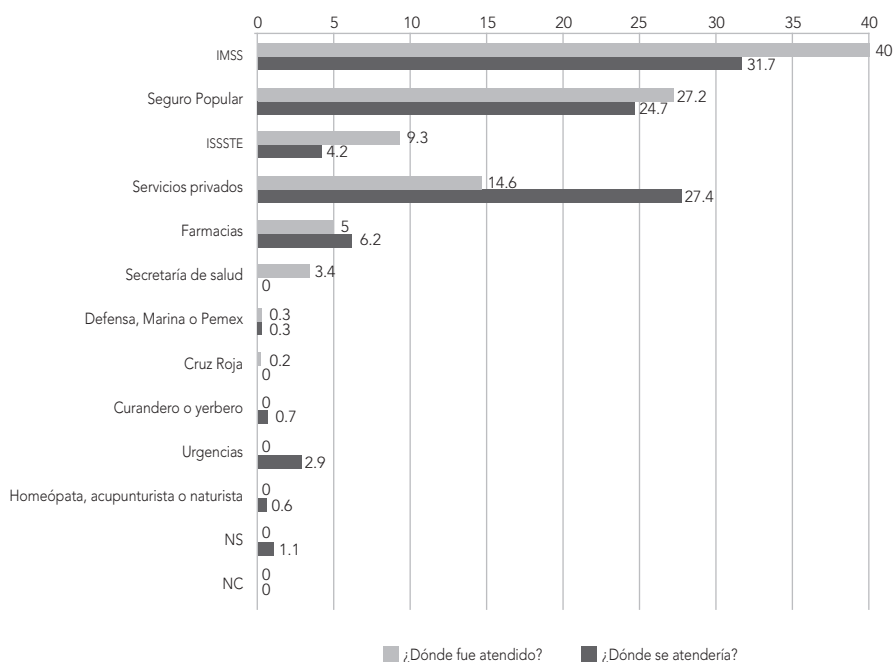
<sup>6</sup> La gráfica 13 fue elaborada a partir de la pregunta 10 de la encuesta.



cerca por los que respondieron que irían a un servicio privado (27.4 por ciento). El tercer lugar lo ocuparon los que elegirían el Seguro Popular (24.7 por ciento). El siguiente lugar, ya más alejado, correspondió con los que acudirían a la farmacia (6.2 por ciento). Después siguieron los que respondieron que su opción sería el ISSSTE (4.2 por ciento), algún servicio de urgencias (2.9 por ciento), un curandero o yerbero (0.7 por ciento), el IMSS-Oportunidades (0.6 por ciento), un homeópata, acupunturista o naturista (0.6 por ciento), Sedena o Semar (0.2 por ciento), Pemex (0.1 por ciento) y algún otro (0.2 por ciento) (gráfica 14).

GRÁFICA 14

COMPARACIÓN ENTRE LAS PREGUNTAS DE  
¿EN DÓNDE SE ATENDIÓ Y DÓNDE SE ATENDERÍA?<sup>7</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IUJ, UNAM, 2015.

<sup>7</sup> La gráfica 14 fue elaborada a partir de las preguntas 14 y 24 de la encuesta.

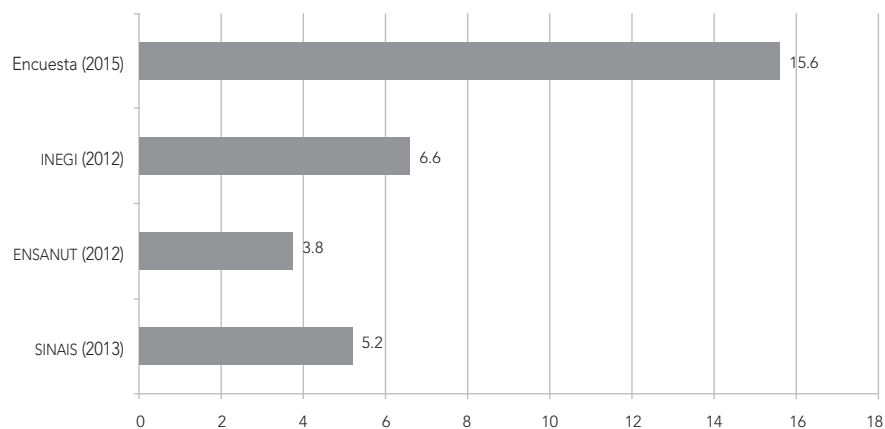




Con este panorama podemos hacer varias comparaciones. De inicio, podemos concluir que, en cuanto a la utilización de los servicios de hospitalización, la información más actualizada del SINAIS reportó que en 2013, 5.2 por ciento de la población total egresó de algún hospital del país. Para la ENSANUT 2012, este dato fue 3.8 por ciento y, para el mismo año, el INEGI reportó un porcentaje de 6.6 por ciento. De nuestros encuestados, 15.6 por ciento refirió haber sido hospitalizado (gráfica 15).

**GRÁFICA 15**

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN  
POR FUENTE DE INFORMACIÓN<sup>8</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015, ENSANUT 2012, SINAIS, INEGI.

Dentro de las principales causas de egreso hospitalario, encontramos algunas discrepancias entre las distintas fuentes de información. Por un lado, el INEGI reporta que en 2012 las tres primeras causas de egreso hospitalario son, en orden de frecuencia, 1) embarazo, parto y puerperio, 2) demás afecciones obstétricas, 3) parto único espontáneo. No obstante, si agrupamos estas tres en una sola categoría, obtenemos que la segunda

<sup>8</sup> La gráfica 15 fue elaborada a partir de la pregunta 19 de la encuesta y comparada con datos de la ENSANUT 2012, INEGI 2012 y SINAIS 2013.



causa de egreso hospitalario fue traumatismos y envenenamientos, seguida por las enfermedades del sistema urinario (INEGI, 2012). En la ENSANUT 2012, el tratamiento no quirúrgico de enfermedades como diabetes e hipertensión quedó en el primer lugar en este rubro; en segundo y tercer lugar se colocaron las cirugías y los partos, respectivamente (ENSANUT, 2012). Por su parte, los datos proporcionados por la SSA mencionan que en 2010, el parto y demás causas maternas ocuparon el primer lugar entre las personas que egresaron de los hospitales en ese año, las fracturas el segundo, y las colecistitis y coledocistitis el tercero (DGED, 2011) (cuadro 5).

### CUADRO 5

#### LAS TRES PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO POR FUENTE DE INFORMACIÓN (PORCENTAJES)

	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA
INEGI (2012)	Obstétricas	Traumatismos y envenenamientos	Enfermedades urinarias
ENSANUT (2012)	Tratamientos no quirúrgicos	Cirugías	Partos
SSA (2010)	Obstétricas	Fracturas	Colecistitis y coledocistitis

Fuente: SSA, ENSANUT, INEGI.

### GASTO DE BOLSILLO

Según datos de la OCDE, en 2012 del dinero que se gastó en salud, 50.6 por ciento fue de origen público y 45.2 por ciento corrió por cuenta propia de los usuarios de los servicios de salud, esto es, gasto privado (OCDE, 2012).

En el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* (2013), se define el gasto de bolsillo como un “pago directo que hacen los hogares por los servicios de salud al momento de recibirlos, teniendo como límite máximo el ingreso percibido por los hogares, el cual puede incluir los ahorros o hasta los recursos producto de la venta del patrimonio” (Glosario, párr. 27). Es importante señalar que en este gasto no se incluyen los costos de transporte para acceder a los servicios de salud, lo cual supone un importante obstáculo sobre todo para los habitantes de las zonas rurales.



Cifras de 2006 mencionaron que 51.3 por ciento del gasto total en salud estaba representado por el gasto de bolsillo (DGED, 2012). Seis años después, el gasto de bolsillo descendió a 44.1 por ciento del gasto total en salud, acercándose lentamente a las recomendaciones a largo plazo de la OMS, que sostienen que los pagos directos por los usuarios deben mantenerse debajo de 15-20 por ciento del gasto sanitario total (OMS, 2010) (cuadro 6).

### CUADRO 6

#### PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN SALUD (PORCENTAJES)

AÑO	GASTO DE BOLSILLO EN SALUD	META	DIFERENCIA
2002	51.40	20	31.40
2006	51.30	20	31.30
2012	44.10	20	24.10

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, México 2002. DGIS. SICUENTAS, México, 2002.

El gasto de bolsillo se puede subdividir en gasto por medicamentos, gasto por servicios ambulatorios y gasto por hospitalización. Las cifras así clasificadas y más recientes que hemos podido encontrar corresponden con información del 2002. En este año, del total del gasto en salud, 44.9 por ciento fue de origen público y 55.1 por ciento de origen privado, del cual, 93.3 por ciento fue representado por el gasto de bolsillo. El 45.5 por ciento del gasto de bolsillo nacional se asignó a medicamentos, 34 por ciento a servicios ambulatorios y 20.5 por ciento a servicios de hospitalización (Sesma y Pérez, 2005) (cuadro 7).

En este campo, la ENSANUT 2012 reportó que, en promedio, los mexicanos invirtieron 4.2 por ciento de su gasto total mensual en servicios de salud. El quintil de menores recursos gastó 3.6 por ciento y el de mayores recursos 5.6 por ciento.

En cuanto a las consultas, 37.7 por ciento de los encuestados refirió haber pagado por este servicio, mientras que por los estudios de gabinete pagó 65 por ciento. El 40 por ciento reportó haber incurrido en gastos de bolsillo para solventar estos dos servicios, calculándose que el costo prome-

## CUADRO 7

### GASTO DE BOLSILLO POR COMPONENTES EN 2002 (PORCENTAJES)

	MEDICAMENTOS	AMBULATORIOS	HOSPITALIZACIÓN
Porcentaje del gasto de bolsillo distribuido por grandes componentes	45.5	34	20.5
Porcentaje del gasto total en salud por componentes del gasto de bolsillo	23.4	17.48	10.5

Fuente: Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, México 2002. Secretaría de Salud, DGIS. SICUENTAS, México, 2002.

67



Salud

dio (de estudios y consulta) fue de 100 pesos, con un rango intercuartílico 25-75 de 30 a 300 pesos. El gasto en medicamentos tuvo como mediana 200 pesos, con cifras que descendían hasta 87 pesos en el primer cuartil y ascendían a 400 pesos en el cuartil superior.

Por su parte, el INEGI refirió que, en 2010, 54 por ciento de los hogares del país incurrió en gastos de bolsillo en salud. En el periodo 2008-2010, del total del gasto de bolsillo entre los derechohabientes del Seguro Popular, 62 por ciento fue destinado a medicamentos, 24 por ciento a cuidados ambulatorios, dos por ciento a servicios de hospitalización, 6 por ciento a servicios de maternidad y seis por ciento a otros. Por otro lado, del total del gasto de bolsillo de aquellos asegurados por el resto de las instituciones públicas del país, 55 por ciento financió medicamentos, 29 por ciento cuidados ambulatorios, 2 por ciento servicios de hospitalización, tres por ciento servicios de maternidad y 11 por ciento otros (OPS, 2010).

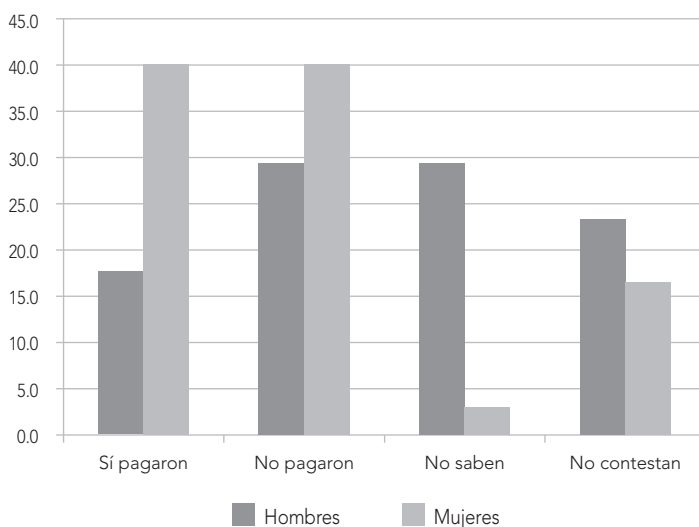
En nuestra encuesta se encontró que únicamente 15.6 por ciento de las enfermedades que tuvieron los encuestados en el último mes requirió hospitalización para su tratamiento. Sólo 30.6 por ciento pagó por este servicio y el monto promedio ascendió a 6 015.60 pesos. Fue 45.5 por ciento de las personas la que requirió estudios de gabinete o laboratorio, por lo que pagó 933.62 pesos en promedio (gráfica 16).

Ante la afirmación *Cuando usted o alguien de su familia buscan y reciben atención médica, tienen que gastar una cantidad que les afecta económica-*



## GRÁFICA 16

19. 1. ¿CUÁNTO PAGÓ POR HOSPITALIZACIÓN?  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

mente, 14 por ciento refirió estar totalmente de acuerdo, 28.1 por ciento de acuerdo, 26.5 por ciento ni de acuerdo ni en desacuerdo, 18.1 por ciento en desacuerdo, 12.9 por ciento totalmente en desacuerdo, 0.3 por ciento no sabe y 0.1 por ciento no contestó. En este punto es importante aclarar que lo que se está preguntando es una percepción y que, por lo tanto, no es posible integrar un dato objetivo sobre qué tan empobrecedor es el gasto de bolsillo. Un individuo que se encuentre en el cuartil superior de nivel socioeconómico puede percibir que sus gastos en salud le afectan de manera importante a su economía sin que necesariamente esto implique empobrecimiento. La contraparte sería que un individuo en el cuartil más inferior, incurra en gastos catastróficos sin que refiera afectación importante en su respuesta a esta pregunta.

No es trivial entonces que este tipo de información requiera ser abordada de la manera más formal posible, ya que el gasto de bolsillo resulta ser la forma menos eficiente para garantizar la justicia financiera en salud. Así, en

vez de que los individuos aporten de acuerdo con su capacidad de pago y reciban servicios en función de sus necesidades, el gasto de bolsillo ocasiona que sean los más pobres los que más pagan, pues como sucede frecuentemente, suelen ser ellos los más enfermos. Se genera así un círculo vicioso que en el peor de los casos culmina en gastos catastróficos que llevan a familias completas a la ruina financiera (Sesma y Pérez, 2005).

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La OMS define la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004: 4). Un determinante importante en la adherencia terapéutica se da en relación con el tratamiento. Cuando esta relación sucede en una atmósfera en la que se negocia el régimen, se exploran medios terapéuticos alternativos, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento, se le puede entonces considerar como efectiva. La importancia de la adherencia terapéutica va más allá de un tratamiento exitoso, ya que, cuando es deficiente, “multiplica las grandes dificultades que entraña mejorar la salud de las poblaciones pobres, y produce despilfarro y subutilización de los recursos de tratamiento que son de por sí limitados” (OMS, 2004: 9).

Los factores que determinan la adherencia terapéutica se pueden dividir en tres grandes grupos, los relacionados con el paciente, los propios de la enfermedad y los de los servicios de salud. Los relacionados con el paciente tienen que ver con la falta de conocimiento sobre la enfermedad o su tratamiento, actitudes negativas del paciente o sus familiares acerca de la enfermedad o el tratamiento, la falta de habilidades o práctica para involucrarse en su tratamiento, falta de apoyo familiar, problemas emocionales o de personalidad como tristeza, angustia, enojo, apatía, evasión, etcétera. En cuanto a los factores propios de la enfermedad, se incluyen estados emocionales (como enojo, depresión o angustia) ocasionados por el padecimiento, malestares físicos como consecuencia de los medicamentos y la percepción de que el tratamiento es muy demandante y complicado. Por último, la excesiva





carga de trabajo para los médicos, enfermeras, trabajadores sociales y demás personal en los centros de salud; la falta de recursos, como medicamentos, análisis de laboratorios, exámenes de gabinete, etc.; las ideas equivocadas o el desconocimiento sobre la adherencia terapéutica y las actitudes negativas por parte del personal que atiende al paciente, son factores en los que tienen importante influencia los servicios de salud (SEDESA, 2015).

Nuestra encuesta reportó que 88.7 por ciento de los pacientes que recibieron tratamiento médico por su enfermedad lo cumplió totalmente y 9.4 por ciento lo hizo de forma parcial. Sólo 1.9 por ciento no siguió el tratamiento recetado.

Una mala adherencia terapéutica resulta en salud deficiente y aumento en los costos de los servicios de salud. Varios estudios han encontrado que mejorar la adherencia terapéutica es una medida de bajo costo que resulta en significativos ahorros y efectividad en intervenciones de salud. El acceso a medicamentos resulta insuficiente si la adherencia al tratamiento no es exitosa, por lo tanto, en sistemas en donde los recursos son pocos y limitados, permitir una baja adherencia tiene como consecuencia un desperdicio y subutilización de éstos (OMS, 2003).

## MEDICINA TRADICIONAL Y ALTERNATIVA

La medicina tradicional y complementaria se ocupan de una importante fracción de la atención médica de la población mundial. La OMS define la medicina tradicional como

la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales (OMS, 2013: 15).

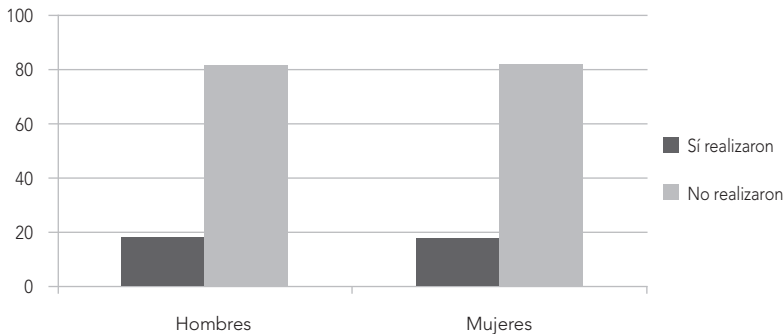
Por otro lado, define la medicina alterativa como “un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado que no están totalmente integradas en el sistema de salud predominante” (OMS, 2013).



Nuestra encuesta reportó que en el tratamiento de sus padecimientos, 18 por ciento de los encuestados realizó actividades no indicadas por un médico. De éstos, 22.9 por ciento tomó remedios naturistas (herbolaria), 17.6 por ciento té o infusiones, 11.4 por ciento remedios caseros, 9.4 por ciento hizo alguna dieta, 6.1 por ciento comió arándanos, 5.4 por ciento hizo ejercicio o natación, 3.5 por ciento descansó o salió de casa, 2.8 por ciento no se asoleó, 2.4 por ciento disminuyó su consumo de grasas y picantes, dos por ciento tomó té Vic Pyrenna, 1.9 por ciento no se estresó, 0.7 por ciento tomó huevo de pata en ayunas por siete días, 0.7 por ciento realizó curaciones en la herida, 0.7 por ciento acudió a otro médico para una segunda opinión, 0.5 por ciento durmió en el piso, uno por ciento no sabe y 3.6 no contestó (gráficas 17 y 18).

### GRÁFICA 17

21. ¿ADEMÁS DE ACUDIR AL MÉDICO REALIZÓ OTRAS ACTIVIDADES NO INDICADAS POR EL MÉDICO PARA ATENDER SU PROBLEMA DE SALUD?  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

Retomando la pregunta *Si tuviera usted, o un familiar, que ir con un médico, ¿a dónde iría?*, nos gustaría resaltar que 0.7 por ciento respondió que acudiría a un curandero o yerbero, y 0.6 por ciento, a un homeópata, acupunturista o naturista. Sumándolos, obtenemos que 1.3 por ciento de los encuestados preferiría ser atendido de manera tradicional o alternativa. Después de

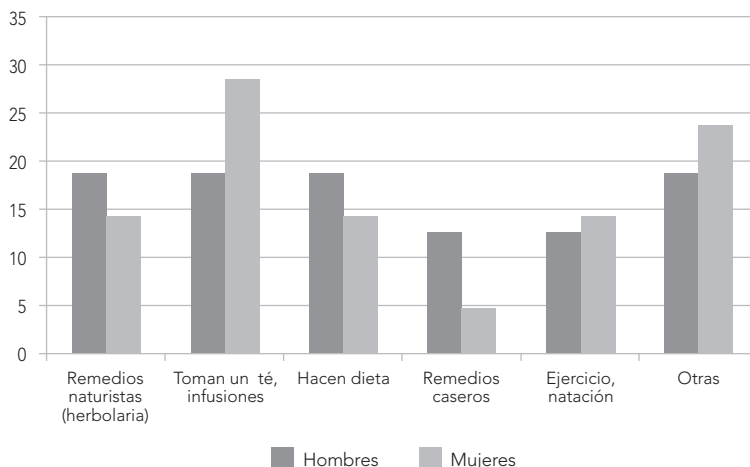




## GRÁFICA 18

### 21.1. ¿CUÁLES OTRAS ACTIVIDADES NO INDICADAS POR EL MÉDICO REALIZÓ PARA ATENDER SU PROBLEMA DE SALUD?

(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

una revisión de los datos oficiales, no encontramos información sobre la prevalencia de utilización de medicinas diferentes a la alopática. Sin embargo, como nuestra encuesta señala, sí hay una importante porción de la población que recurre a éstas, como una alternativa para el cuidado de su salud.

## DIMENSIÓN MENTAL DE LA SALUD

Para iniciar esta sección del capítulo 2, conviene recordar que la salud mental no es una dimensión agregada al concepto de salud, sino que es parte integral de la definición. La OMS define la salud mental como un

estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2007).

Asimismo, resulta pertinente recordar algunos datos históricos debido a los importantes cambios que se han dado en la concepción de la salud mental en los últimos años en México. Una de las principales causas por las que recientemente se ha puesto atención en la salud mental es la transición epidemiológica, gracias a la cual la salud mental se ha convertido en un tema de interés y ahora se incluye en las políticas públicas de salud (WHO-AIMS, 2013).

Desde hace tres décadas se han publicado leyes y normas oficiales en México para fortalecer la atención en salud mental. En 1984 fue publicada la última versión de la Ley General de Salud, dentro de la cual, en el 4° capítulo, se estableció que la promoción, prevención y atención de la salud mental debía ser prioritaria. Asimismo, se realizaron consideraciones éticas sobre el internamiento y el trato que reciben los pacientes. Posteriormente, en 1994, en la Norma Oficial Mexicana 25-SSA2-1994 se estableció el objetivo de uniformar los criterios de atención hospitalaria psiquiátrica y proteger los derechos humanos de los pacientes con problemas de salud mental. Lo anterior debido a la falta de regulación y de protocolos a seguir en hospitales psiquiátricos y establecimientos que brindaban atención a la salud mental. Para 2004, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la creación del Consejo Nacional de Salud Mental (Consame), que tiene como objetivo proporcionar a los usuarios de todo el país atención en salud mental de calidad y con calidez médico-psiquiátrica por medio de acciones de promoción, prevención y rehabilitación para mejorar la calidad de vida de los usuarios y de sus familiares, así como programas que promuevan y proporcionen habilidades para la reintegración al medio social en el que se desarrollan (IESM-OMS, 2011).

El Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe (AIMS) reportó que del total de las enfermedades en 2013, 22.2 por ciento correspondió a trastornos mentales y neurológicos (WHO-AIMS, 2013). A pesar de la magnitud que tienen los trastornos mentales como problemas de salud, existe una gran brecha de tratamiento, es decir, un porcentaje considerable de personas con trastornos mentales que no reciben tratamiento. Una de las principales hipótesis para explicar la brecha de tratamiento es la falta de capacitación del personal de los servicios de salud para realizar un diagnóstico correcto, debido a un problema de normalización de los síntomas, aunado a otras problemáticas del sector salud —como la falta de recur-





sos para dar tratamiento y seguimiento adecuados— y del individuo —como la falta de autocuidado al no percibir un problema de salud.

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud en general tienen una carencia de recursos, tanto humanos como económicos; para la salud mental este panorama se torna aún más carente. En México se destina el dos por ciento del gasto total en salud a los trastornos de salud mental. La mayoría de los recursos disponibles que se otorgan a estos padecimientos se utilizan en hospitales de alta especialidad, a la atención y los tratamientos especializados de los enfermos mentales y en menor medida a la prevención y a la detección oportuna en el primer nivel de atención a la salud.

En este sentido, la oferta insuficiente de recursos humanos contribuye a acentuar la problemática. En México se reporta una tasa de 1.5 médicos psiquiatras por cada cien mil habitantes, dos psicólogos, 2.3 enfermeras especializadas en salud mental y 0.2 terapeutas. De ellos, 18 por ciento trabaja en instituciones públicas y, en promedio, 28 por ciento ha recibido capacitación en intervenciones psicosociales y en farmacología para tratar enfermedades mentales. Cabe destacar que dicha capacitación dura únicamente dos días al año (WHO-AIMS, 2013).

Otra de las repercusiones sociales originada por los trastornos de salud mental es la pérdida de días en relación con las actividades laborales, sociales y de la vida cotidiana. Benjet y colaboradores detallan que en promedio se pierden 10 días al año por depresión y de 15 a 20 días por trastornos de ansiedad (Benjet *et al.*, 2013).

Tomando en cuenta los antecedentes mencionados, en este apartado pretendemos dar un panorama general de cómo se encuentra la salud mental en México actualmente. De manera particular, nos detendremos a hablar de dos problemas de salud mental que por la prevalencia mundial y nacional merecen ser abordados: la depresión y la ansiedad.

Para esta encuesta, las preguntas que se utilizaron para valorar ambas condiciones se realizaron con base en la sintomatología propuesta por el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V). Para observar la presencia de depresión, se tomaron como referencia los siguientes síntomas: ánimo depresivo, anhedonia (incapacidad para sentir placer), alteraciones del sueño (insomnio e hipersomnia), cambios de peso o de

apetito, pérdida de energía.<sup>9</sup> De tal forma, la categoría de depresión quedó agrupada de la siguiente manera:

- Depresión leve: de uno a dos síntomas.
- Depresión moderada: de tres a cuatro síntomas.
- Depresión severa: de cinco a seis síntomas.

En el caso de la ansiedad autorreportada, se tomaron en cuenta los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, irritabilidad y alteraciones del sueño (insomnio e hipersomnía).<sup>10</sup> Cabe mencionar que con los datos obtenidos en la encuesta, no es posible obtener un diagnóstico de ansiedad generalizada, dado que el periodo de referencia mínimo para poder diagnosticarlo es de seis meses. Además, es necesario tomar en cuenta las relaciones sociales del individuo (Asociación A. P., 2014).

Los resultados encontrados en nuestra encuesta son abrumadores. En la gráfica 19 se muestra la prevalencia de ansiedad y depresión en los encuestados. El 34 por ciento no ha experimentado sintomatología de problemas de salud mental y 66 por ciento ha tenido síntomas por lo menos alguna vez. De ellos, 26 por ciento ha tenido síntomas leves, 18 por ciento moderados y 22 por ciento ha tenido por lo menos una vez en la vida síntomas de ansiedad y depresión severos. Estos datos fueron obtenidos por medio de los índices que se construyeron para valorar la sintomatología y conocer cuál es la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los entrevistados.

Dentro de la encuesta se exploró la prevalencia de enfermedades que presentaron los encuestados en el último mes antes de que se les aplicara el cuestionario. Se encontró, tal como se muestra en la gráfica 20, que los síntomas neurológicos y psiquiátricos representan la sexta causa de enfermedad en los entrevistados, lo que equivale a 7.5 por ciento. Esta información es discordante con 66 por ciento que presentan síntomas de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad (ver gráfica 19). Se recomienda tratar esta

<sup>9</sup> Además de los síntomas descritos para la depresión, existen otros como: el aumento o descenso de la habilidad motora, pérdida de la concentración, sentimientos de culpa o de inutilidad e ideación suicida. En el presente estudio no se consideraron.

<sup>10</sup> Además de los síntomas descritos para la ansiedad, existen otros como: la dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco y tensión muscular. En el presente estudio no se consideraron.

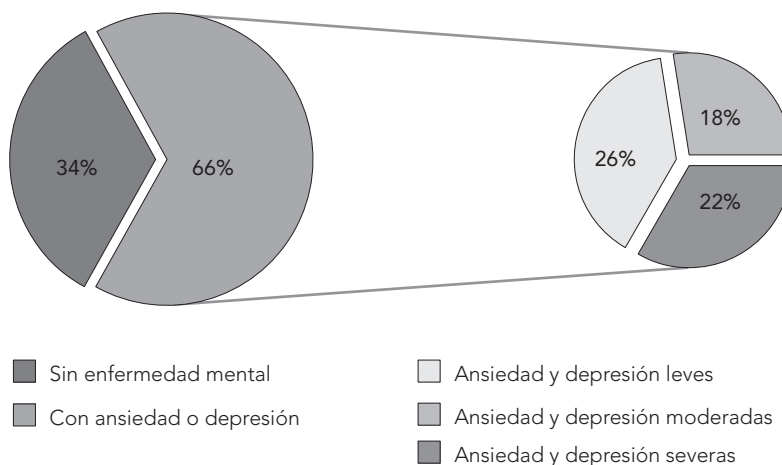




información con delicadeza, debido a que la creación de los índices que permitieron identificar síntomas de depresión y ansiedad no discriminan la causa del síntoma, que podría tener etiologías diferentes al trastorno.

### GRÁFICA 19

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN GENERAL<sup>11</sup>  
(PORCENTAJES)



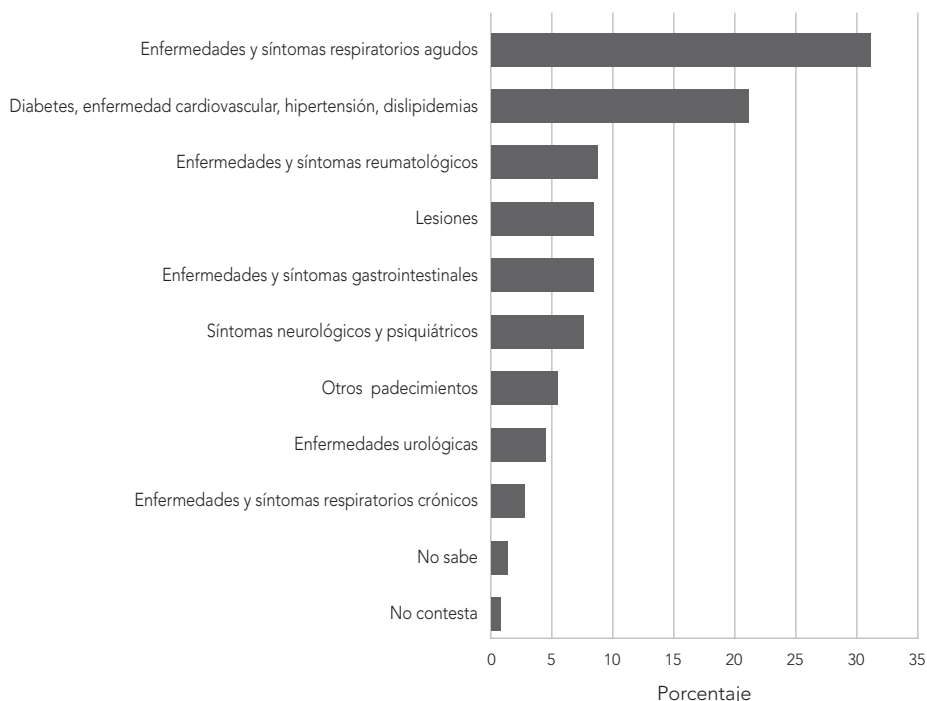
Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

Otros datos obtenidos en esta encuesta refieren que casi 70 por ciento de los entrevistados que padecieron síntomas neurológicos cuenta con alguna afiliación a servicios de salud; sin embargo, 42 por ciento pagó por la atención que recibió. La gráfica 21 ofrece una posible explicación en relación con el pago del servicio en el caso de los síntomas neurológicos y psiquiátricos. En ella se observa que 47 por ciento acudieron o realizaron acciones fuera de la cobertura del servicio de salud con el que cuentan.

<sup>11</sup> La gráfica 19 fue elaborada a partir de la pregunta 36 de la encuesta, con base en lo descrito en el texto.

## GRÁFICA 20

### PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS CON BASE EN LA ENSANUT 2012<sup>12</sup> (PORCENTAJES)



Clasificación de las enfermedades con base en la ENSANUT 2015.

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

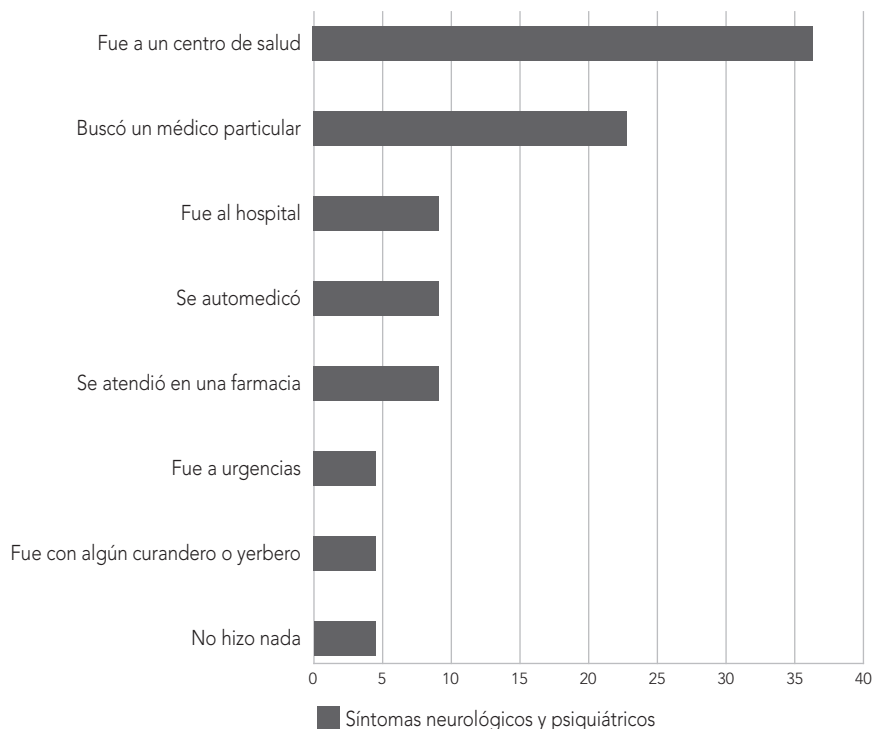
Debido a la alta prevalencia obtenida en estos dos problemas de salud mental, se desagregaron los resultados para analizarlos por distintas variables. Se recategorizaron en: problema de salud mental (depresión y ansiedad), sexo y etapa de vida (15 a 19 años clasificados como adolescentes; de 20 a 59 años conforman la categoría de adultos y, por último, más de 60 años en la categoría de adultos mayores).

<sup>12</sup> Las categorías de la gráfica 20 fueron elaboradas a partir de las respuestas de la pregunta 12 inciso 1 de la encuesta, de acuerdo con la clasificación utilizada en la ENSANUT 2012.



## GRÁFICA 21

PREVALENCIA DE ACCIONES REALIZADAS ANTE UNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA<sup>13</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

## DEPRESIÓN

En el nivel mundial, la depresión es una enfermedad frecuente. Se calcula que afecta a unos 350 millones de personas, el equivalente al cinco por ciento de la población total mundial. En México, algunos datos oficiales, como

<sup>13</sup> La gráfica 21 fue elaborada a partir de las respuestas de la pregunta 13 tomando en cuenta únicamente a las personas que tuvieron algún problema neurológico o psiquiátrico ubicado en la gráfica 20 (pregunta 12).

los presentados en la Encuesta Nacional de Epidemiología y Psiquiatría (ENEP), señalan que 9.2 por ciento de los mexicanos sufre algún trastorno afectivo, entre ellos depresión, que es el más frecuente en el país (Medina Mora, et al., 2003).

La depresión es un problema de salud serio, cuyo diagnóstico debe tomarse con cautela y de manera estrictamente apegada a los síntomas y la historia médica y social del paciente (Asociación A. P., 2014). Este padecimiento debe ser diagnosticado y tratado de manera oportuna, en especial en casos de larga duración y de intensidad moderada a grave, debido a las consecuencias que se presentan, como el sufrimiento y la alteración en actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede terminar en suicidio, que es la causa de aproximadamente un millón de muertes anuales en el mundo (OMS, 2012).

A continuación se presentan los resultados encontrados en *Los mexicanos vistos por sí mismos...* con la recategorización previamente descrita. En relación con la variable sexo, la depresión se presentó con mayor frecuencia en las mujeres (10.4 por ciento) en comparación con los hombres (5.4 por ciento).

Posteriormente se cruzaron los resultados por sexo y etapa de vida. Tal como se muestra en la gráfica 22, 70 por ciento de las mujeres adolescentes no presentó síntomas de depresión o fueron leves, más de 42 por ciento de las mujeres adultas presentó sintomatología moderada o severa y, por último, 56 por ciento de las mujeres adultas mayores presentó síntomas de depresión moderada o severa. Estos resultados indican que a medida que avanza la vida, aumenta la presencia de síntomas depresivos.

La depresión en hombres se comportó de manera distinta: 73 por ciento de los adolescentes no presentó depresión o tuvo síntomas leves, 40 por ciento de los adultos mostró síntomas severos o moderados y los adultos mayores presentaron estos síntomas en 45 por ciento (gráfica 23). A pesar de que la prevalencia de síntomas depresivos fue menor en comparación con la de las mujeres, no se debe ignorar el hecho de que también se observa una correlación entre la edad y el padecimiento. A medida que aumenta la edad, incrementa también la presencia y gravedad de síntomas depresivos. Se hace importante resaltar que a medida que los síntomas persisten por periodos largos de tiempo, la depresión tiende a agravarse e incluso puede culminar en la muerte.

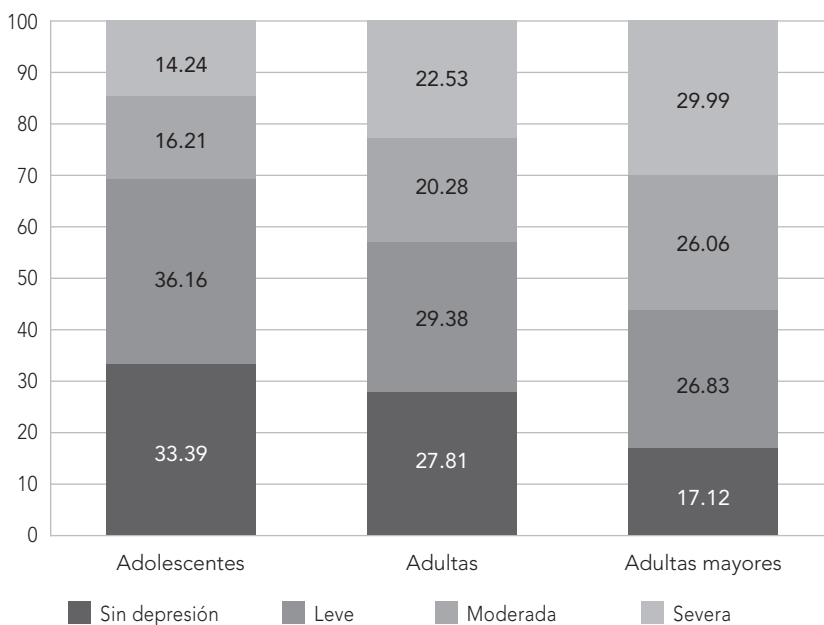






## GRÁFICA 22

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES, CLASIFICADA POR ETAPA DE VIDA<sup>14</sup>  
(PORCENTAJES)



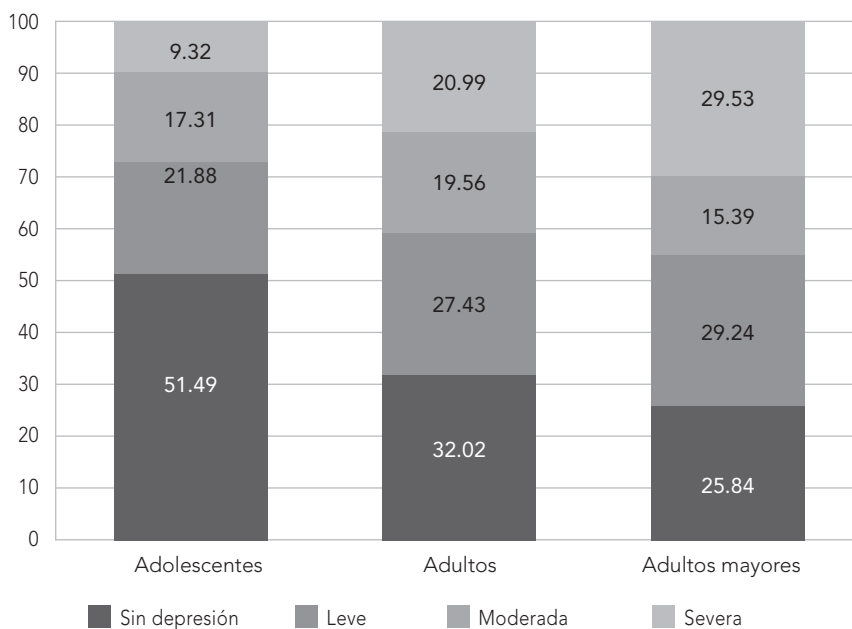
Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

Por otro lado, es necesario tomar en cuenta la percepción de salud que tienen las personas con síntomas de depresión dado que es un referente importante que no solamente considera parámetros clínicos, sino la propia vivencia. Los entrevistados que percibieron su salud como muy mala reflejaron síntomas de depresión en algún grado. Casi 80 por ciento de los que tuvieron una mala percepción de salud presentó depresión severa o moderada; en cambio, 70 por ciento de los que percibieron su salud como buena no tuvo depresión o presentó una sintomatología leve.

<sup>14</sup> La gráfica 22 fue elaborada a partir de la pregunta 36 tomando en cuenta únicamente los síntomas de depresión en mujeres.

## GRÁFICA 23

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN HOMBRES, CLASIFICADA POR ETAPA DE VIDA<sup>15</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

## ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad representan la segunda causa de morbilidad de los problemas de salud mental y afectan a casi 20 millones de personas en el mundo. Se caracterizan por presentar sintomatología propia del trastorno, que no puede ser controlada por el individuo que la padece. En México, en la misma encuesta de psiquiatría referida anteriormente se reportó en relación con los trastornos de ansiedad, una prevalencia de 14.13 por

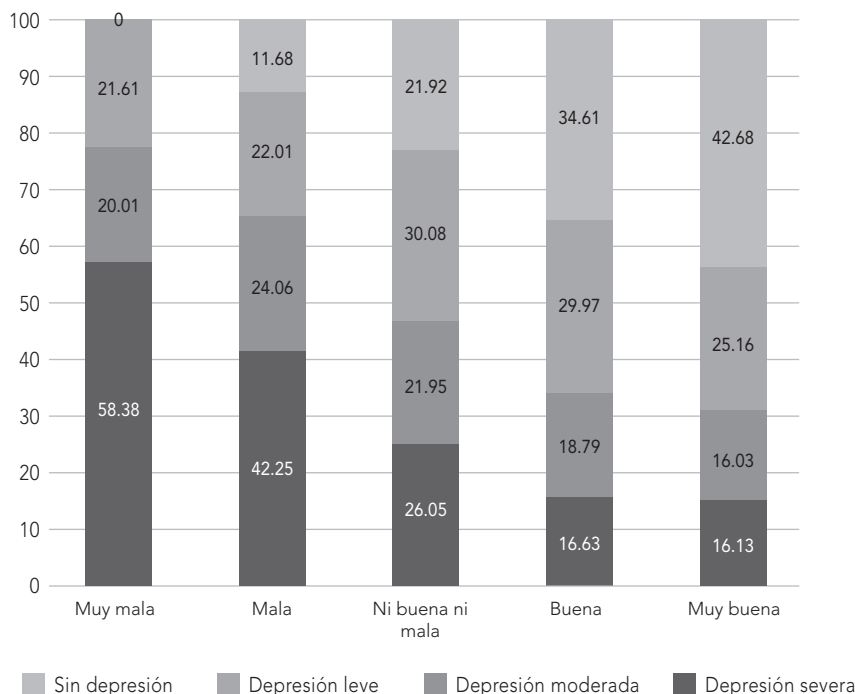
<sup>15</sup> La gráfica 23 fue elaborada a partir de la pregunta 36 tomando en cuenta únicamente los síntomas de depresión en hombres.



ciento de casos que ocurren en algún momento de su vida (Medina Mora *et al.*, 2003).

**GRÁFICA 24**

PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL RESPECTO A LA ESCALA DE DEPRESIÓN AUTORREPORTADA<sup>16</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

Después de la depresión, la ansiedad es el trastorno mental con mayor prevalencia. Existen dos tipos de ansiedad: la ansiedad adaptativa y los trastornos de ansiedad. La primera se refiere a la presentación de todos los

<sup>16</sup> La gráfica 24 fue elaborada a partir de la pregunta 36 tomando en cuenta únicamente los síntomas de depresión y está relacionada con la pregunta 1.

síntomas de la ansiedad pero que se manifiestan ante situaciones específicas, por ejemplo: eventos importantes, intimidantes, de peligro o cualquier situación que perturbe la estabilidad de un individuo. Estos síntomas son pasajeros y, lo más importante, es posible que el individuo los controle; es decir, los síntomas interfieren con sus reacciones o toma de decisiones al enfrentar los eventos que los producen.

Un indicador necesario para diferenciar los trastornos de ansiedad de la ansiedad adaptativa es el tiempo que prevalecen los síntomas (OMS, 2012). En los trastornos de ansiedad, éstos se presentan en todos los casos y de manera prolongada. Uno de los problemas de padecer estos trastornos es que se normalizan; esto quiere decir que, debido a su frecuencia, la ansiedad se considera normal la mayoría de las veces y, por tanto, no se reconoce como un problema de salud. Las consecuencias de lo descrito llevan a un deterioro físico y mental, que además afectan a las relaciones familiares, sociales e incluso escolares o laborales.

En los resultados de esta encuesta los trastornos de ansiedad ocurrieron en 9.5 por ciento en los hombres y 18.5 por ciento en mujeres. Al igual que en el caso de la depresión, las mujeres fueron el grupo con mayor riesgo de padecer dichos trastornos.

Al desagregar los resultados por grupos de edad en las mujeres, fue posible observar que más de 75 por ciento de las adolescentes no reportaron síntomas de este trastorno o fueron leves, 50 por ciento de adultas tuvieron ansiedad en categorías de moderada a severa y las mujeres adultas mayores presentaron sintomatología de ansiedad moderada o severa en 75 por ciento. En la gráfica 25 se muestra una inversión de los datos más clara que en la depresión: a medida que la edad aumenta, también aumentan los síntomas de ansiedad.

En el desglose de la sintomatología de trastornos de ansiedad por grupo de edad en los hombres, se reportó que 78 por ciento de los adolescentes no tuvo síntomas de ansiedad o fueron leves, 56 por ciento de los adultos presentó ansiedad leve o moderada y 52 por ciento de adultos mayores reportó síntomas moderados o severos.

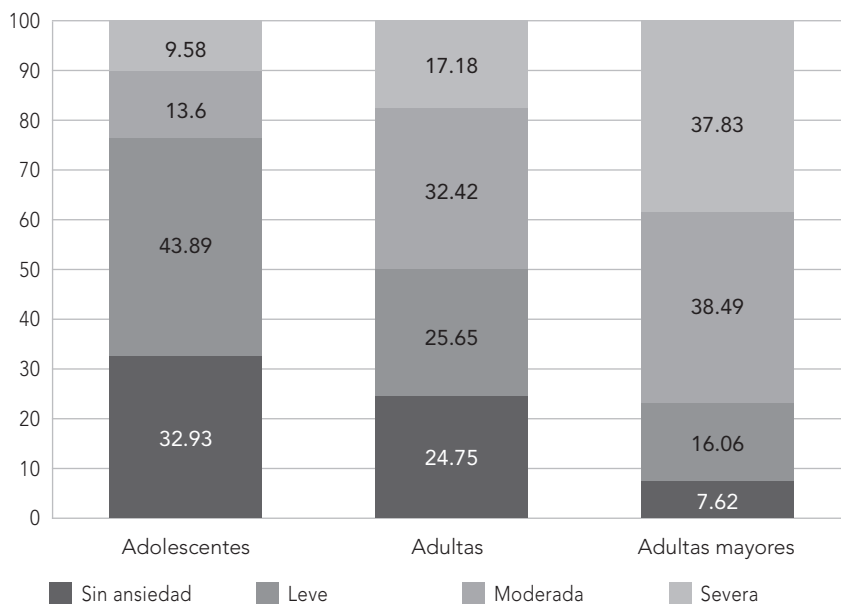
Llama la atención que en los adultos mayores de ambos sexos aumentan de manera considerable los síntomas graves de ansiedad. Este dato es relevante para la detección oportuna de este tipo de padecimientos y para la





## GRÁFICA 25

PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN MUJERES, CLASIFICADA POR ETAPA DE VIDA<sup>17</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

implementación de programas que incluyan el tratamiento adecuado para esta población.

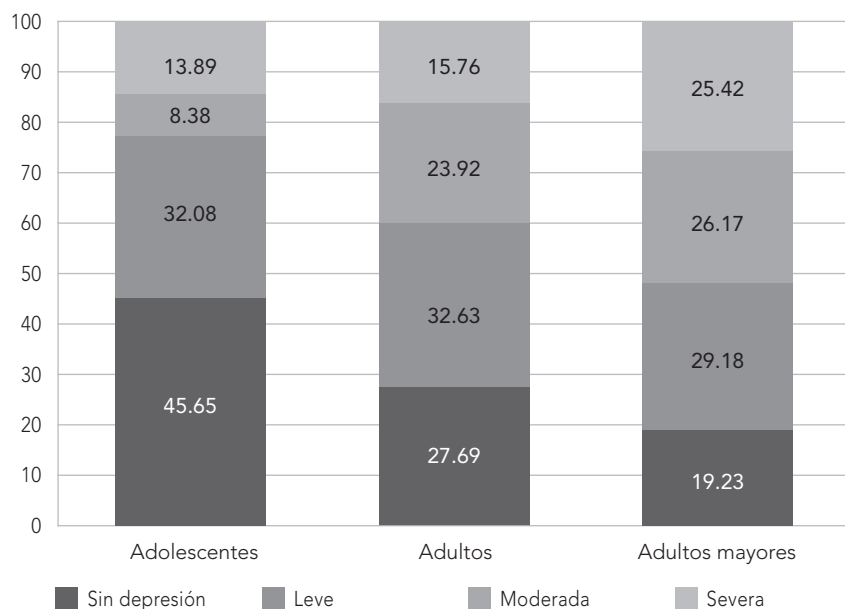
Al igual que en la depresión, se analizó la percepción de salud que tienen las personas con respecto a la ansiedad. Los resultados arrojaron que más de 60 por ciento de los entrevistados que tuvo síntomas de ansiedad severa o moderada percibió su salud como muy mala. En contraste, más de 60 por ciento de los que se percibieron con salud general muy buena no tuvo síntomas de ansiedad o sus síntomas fueron leves.

Con base en los resultados encontrados y lo referido en la literatura podemos enfatizar la importancia que tiene dar tratamiento, diagnóstico y se-

<sup>17</sup> La gráfica 25 fue elaborada a partir de la pregunta 36 tomando en cuenta únicamente los síntomas de ansiedad en mujeres.

## GRÁFICA 26

PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN HOMBRES, CLASIFICADA POR ETAPA DE VIDA<sup>18</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

guimiento en el primer nivel de atención en salud para los trastornos mentales. De ahí la relevancia de identificar las debilidades del sistema de salud para tratar este tipo de padecimientos. En principio, México presenta una deficiencia de hospitales especializados en salud mental; hay entidades incluso sin estos servicios. Más aún, en este marco de falta de accesibilidad a los servicios, se observan casos obvios de violación de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

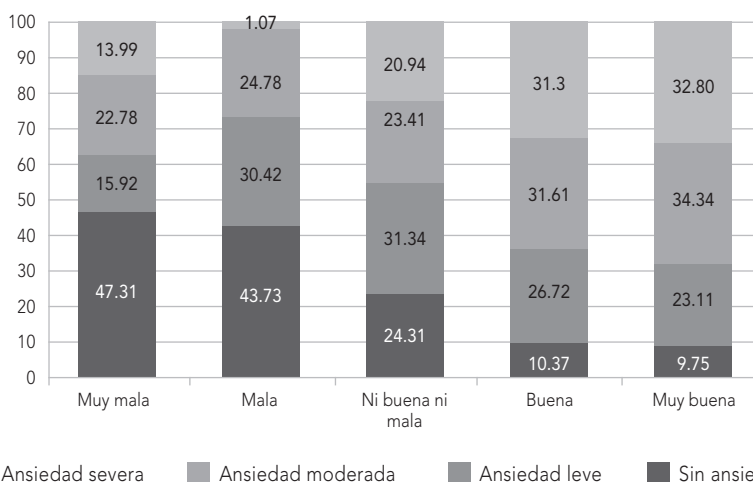
Se requiere ahora una gran voluntad política y un compromiso de todos los profesionales de la salud para lograr un verdadero cambio, acorde al paradigma de la atención en salud mental integral, continua y comunitaria

<sup>18</sup> La gráfica 26 fue elaborada a partir de la pregunta 36 tomando en cuenta únicamente los síntomas de ansiedad en hombres.



## GRÁFICA 27

PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL RESPECTO A LA ESCALA DE ANSIEDAD AUTORREPORTADA<sup>19</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

dentro de la red de servicios de salud, para promover la reinserción social, de acuerdo con las necesidades de los pacientes y de sus familiares.

A pesar de que la Secretaría de Salud interactúa con diversos sectores de la sociedad, todavía falta una efectiva función rectora y coordinadora de las acciones en favor de la promoción y atención de la salud mental.

## DIMENSIÓN SOCIAL DE LA SALUD

Como se ha enfatizado anteriormente, el concepto de salud rebasa la conceptualización de la ausencia de enfermedades e involucra otros aspectos de la vida de una persona. La noción de salud social está asociada a un

<sup>19</sup> La gráfica 27 fue elaborada a partir de la pregunta 36 tomando en cuenta únicamente los síntomas de ansiedad y está relacionada con la pregunta 1.

contexto más amplio y complejo. En el capítulo 1 se abordó el tema de los determinantes sociales de la salud. En este apartado sólo nos referiremos a ellos de manera breve para analizar algunos de los resultados de la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...*

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos en el nivel mundial, nacional y local, distribución que depende de las políticas adoptadas por los tomadores de decisiones (Frenz, 2005). Si esto se comprende a profundidad, resulta evidente que la dimensión social de la salud no es una dimensión agregada al concepto; más bien es parte integral del contexto en el que se desenvuelve una persona, el cual tiene implicaciones en los distintos aspectos de su vida, incluida la salud.

Lo anterior implica que la salud social depende de circunstancias que no siempre puede controlar un individuo. De esta manera, "los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria" (Frenz, 2005: 104).

La OMS ha reconocido que el sistema de salud de los distintos países es en sí mismo uno de los principales determinantes sociales de la salud de los individuos. En el capítulo 6 se abordarán los resultados de *Los mexicanos vistos por sí mismos...* acerca del sistema de salud mexicano. En este apartado se describe brevemente la satisfacción de los encuestados en relación con otros determinantes sociales de su salud, en especial los servicios públicos otorgados en su comunidad.

Las variables estudiadas incluyeron: luz, telefonía e internet; espacios de diversión; accesos a los servicios de salud; limpieza de los espacios públicos; alumbrado público; drenaje y alcantarillado; transporte público y seguridad pública. Los resultados de esta encuesta mostraron que más de 50 por ciento de los entrevistados no están satisfechos con ninguno de los servicios, excepto con el de luz, telefonía e internet. Se hace necesario mencionar que más de 70 por ciento de las opiniones se distribuyen entre estar insatisfecho o parcialmente satisfecho para todos los servicios públicos, lo que sin duda impacta en la salud de los mexicanos, así como en su calidad de vida en general (gráfica 28).

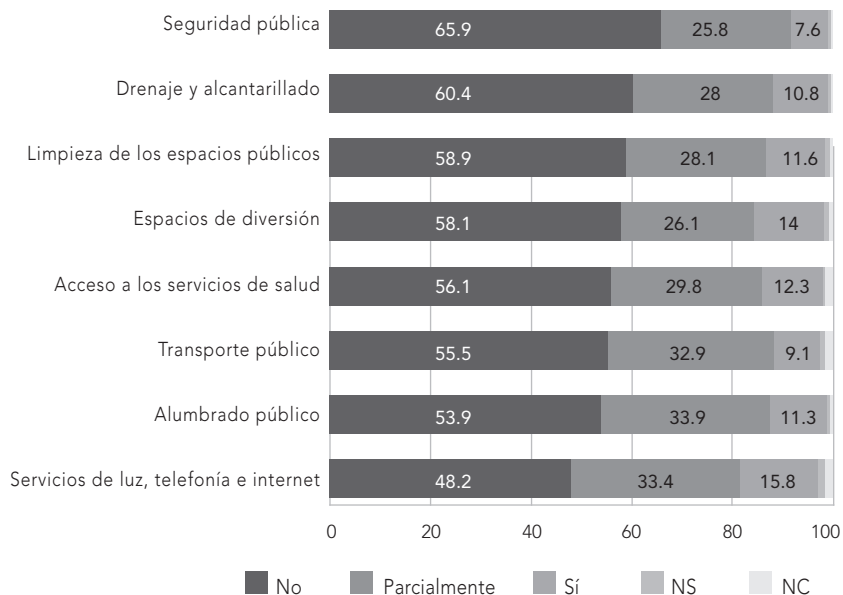






**GRÁFICA 28**

46.2. INDIQUE QUÉ TAN SATISFECHA/ O INSATISFECHA/ SE ENCUENTRA EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU ENTORNO (PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

# DISCAPACIDAD

Carlos D'Hyver de las Deses de Juillac y Wiechers\*



## CONCEPTO INTERNACIONAL DE DISCAPACIDAD

En el transcurso de los últimos años, las características y condiciones de las personas con discapacidad se han modificado. Esto obedece al auge de las perspectivas basadas en los derechos humanos y a los cambios demográficos y epidemiológicos que han aumentado la prevalencia de la discapacidad. En la actualidad, hay una creciente proporción de adultos mayores, una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas —por ejemplo: diabetes *mellitus*, hipertensión arterial y obesidad—, mayor número de casos de enfermedades cerebrovasculares —que, cuando no producen la muerte, suelen dejar secuelas discapacitantes— y el cáncer, sin descartar aquellos trastornos mentales como el deterioro cognitivo.

El desarrollo de la medicina preventiva ha permitido el incremento de la expectativa de vida, sin embargo no se ha conseguido que ésta sea de cali-

\* Profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM.



dad, lo que constituye un reto para las próximas décadas. Hasta ahora sólo se ha presentado una disminución de la esperanza de vida *en salud*, teniendo como consecuencia varios años de discapacidad parcial o total antes del fallecimiento (Fossati, 1992). La calidad de vida está estrechamente ligada al concepto de autonomía, entendida como tener el poder de actuar —es decir, desarrollar actividades individuales— y determinar su vida —esto es, definir cómo uno la quiere vivir—, incluida la capacidad de elegir por uno mismo las reglas de conducta y la orientación de sus actos. Esta visión globalizadora de la relación entre discapacidad y autonomía complicó la posibilidad de medición y evaluación de la discapacidad ya que considera todas las esferas de salud física, mental y social, incluyendo aspectos económicos, sociales, influencia de aspectos ambientales y la intervención política, como factores que impactan en la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana.

## CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

La utilización de conceptos diversos como deficiencia, discapacidad, minusvalía, entre otros, responde a la gama de alternativas e intentos que ha habido para desarrollar escalas con el propósito de determinar el grado de afectación individual en cada uno de los casos. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió dichos conceptos de la siguiente manera:

- Deficiencia: pérdida de funciones físicas o mentales, por alteraciones de índole anatómica o funcional de uno o más órganos, debido a enfermedades, envejecimiento o falta de uso.
- Discapacidad: alteración de la función global del organismo, con dificultades para realizar actividades básicas o instrumentales.
- Minusvalía: se refiere a las consecuencias sociales de la discapacidad (Davies, 1997; WHO, 1980).

En años recientes se ha dado especial visibilidad a principios fundamentales como la igualdad de oportunidades, la no discriminación, la autonomía personal, la vida independiente y la ciudadanía como un derecho de todas las

## CUADRO 8

### CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS

CATEGORÍAS DE LA CLASIFICACIÓN	DEFICIENCIA	DISCAPACIDAD	MINUSVALÍA
NIVEL DE AFECCIÓN	Orgánica o corporal	Individual	Social
DAÑO	En las funciones o estructuras corporales	Limitación en las actividades	Restricciones en la participación

Fuente: *Epidemiological Approaches to Disability in the Elderly from Measurement to the Projection of Need*, Davies, 1997.

personas. De esta manera, lo que antes era un problema personal y familiar ahora es un problema que se ubica en la esfera pública y del cual el medio ambiente y el entorno social son responsables. Estos cambios influyeron para que se hicieran adecuaciones a la clasificación descrita arriba. Durante la 54ª Asamblea Mundial de la Salud de 2001 desapareció el término *minusvalía* por considerarse menospreciativo y negativo, además de que se reconoció que podía propiciar la malinterpretación y el uso inadecuado del concepto. Por consiguiente, se formuló la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). He aquí las principales definiciones pertinentes para el contexto de la salud:

La CIF está estructurada en dos partes: la primera señala el funcionamiento y la discapacidad, es decir, las funciones y estructuras del cuerpo en relación con las actividades y la participación, mientras que la segunda está ordenada de acuerdo con los factores contextuales, incluyendo los ambientales y personales. Cada rubro contiene varios dominios con categorías específicas. Esta clasificación ha dado pie a la elaboración de muchas herramientas de medición que facilitan su manejo.

## DEFINICIÓN UTILIZADA EN MÉXICO

En México, la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (30 de mayo 2011) define a los individuos discapacitados como:





## CUADRO 9

### PRINCIPALES DEFINICIONES DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF) EN EL CONTEXTO DE LA SALUD

FUNCIONES CORPORALES	Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
ESTRUCTURAS CORPORALES	Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
DEFICIENCIAS	Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa de la normalidad general o una pérdida.
ACTIVIDAD	Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.
PARTICIPACIÓN	Es el acto de involucrarse en una situación vital.
LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD	Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/ realización de actividades.
RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN	Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
FACTORES AMBIENTALES	Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

Fuente: *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, 2001.

Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás (DOF, 2011).

En el contexto de nuestro país, es importante identificar fenómenos que agravan las condiciones limitantes de las personas con discapacidad tales como el envejecimiento, la soledad, la ausencia de apoyos formales e informales para la realización de actividades de la vida diaria, las dificultades de acceso a los recursos y servicios de apoyo encaminados a favorecer su inclusión social, la invisibilización sistemática de la discriminación, la vulnerabilidad ante la pobreza (ya que los costos se incrementan ante la necesidad de apoyos, ayudas técnicas, transporte y asistencia), la exclusión en el ámbito laboral, etcétera.

## DATOS EN CIFRAS

La cuantificación de la población discapacitada es muy laboriosa y complicada por cuestiones de índole metodológica, como la selección de criterios y factores a considerar para detectar y evaluar la discapacidad. No obstante, se ha reconocido que las mujeres, los más viejos (en especial mayores de 80 años), los más pobres y aquellos con menor escolaridad son los que presentan una mayor prevalencia y severidad de la discapacidad.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) calcula que al menos 10 por ciento de la población está en situación de discapacidad. Más de 70 por ciento de estas personas vive en países en vías de desarrollo, donde es frecuente encontrar dificultades relacionadas con el acceso. El *Informe mundial sobre la discapacidad 2011* (OMS, 2011) nombra la existencia de 785 y 975 millones de personas mayores de 15 años con alguna discapacidad y 110 millones con discapacidad grave.

En México, las cifras de discapacidad son extraídas de diferentes estudios, entre los que se encuentra el *Censo de población y vivienda* que lleva a cabo el INEGI y que contempla criterios como: poder caminar, moverse, subir o bajar escaleras; ver, aun usando lentes; hablar, comunicarse o conversar; oír, aun usando aparato auditivo; vestirse, bañarse o comer; poner atención o aprender cosas sencillas, y tener alguna limitación mental. A pesar de ser un cuestionario pequeño, aplicado por personal que no está capacitado para llevar cabo una evaluación de la situación física o del entorno, este instrumento proporciona información relevante de la población total del país, por lo que sus resultados deben ser tomados en consideración para la elaboración de encuestas específicas.

Los datos encontrados en el *Censo de población y vivienda 2010* señalan que 5 739 000 personas en el territorio nacional declararon tener alguna discapacidad (dificultad para realizar alguna de las actividades evaluadas), cifra que representa 5.1 por ciento de la población total para ese momento. La población de 60 años y más es la que porcentualmente se ve más afectada; 81 por ciento de los que reportaron discapacidad tiene más de 30 años de edad. Entre los adultos mayores, 26 de cada cien presentan discapacidad, mientras que en los niños sólo 1.6 de cada cien. La distribución entre hombres y mujeres no mostró diferencias proporcionales (cuadro 10).



**CUADRO 10**

**PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD  
POR SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2010**  
(PORCENTAJES)

RANGOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES
Niños	1.8	1.4
Jóvenes	2.2	1.6
Adultos	5.1	4.6
Adultos mayores	25.1	27.3

Fuente: INEGI, *Censo de Población y vivienda 2010*.

94



El Censo 2010 muestra que el desplazamiento (caminar o moverse) es la discapacidad más mencionada y las alteraciones del aprendizaje, la menor. Las dificultades para hablar o comunicarse, las dificultades mentales y para poner atención o aprender tienen mayor presencia en niños y jóvenes. Como era de esperarse, las alteraciones en caminar, ver, escuchar y atender el cuidado personal se reportaron con mayor prevalencia en la población adulta mayor.

Otra fuente del INEGI, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) realizada en 2012, reporta cifras de las incapacidades ligeramente superiores para algunos rubros. Las diferencias entre unas cifras y otras depende de los criterios considerados para identificar la discapacidad, así como de la forma de encuestar y la población de la que se obtiene la información (cuadro 11).

Por otro lado, en la ENSANUT, más de cinco millones de personas adultas mayores presentan algún tipo de discapacidad y 500 000 tienen dependencia (cuadro 12).

La ENSANUT de 2012 demostró que uno de cada cuatro adultos mayores (26.9 por ciento) tiene limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria, lo que señala que la dependencia funcional es uno de los factores físicos a considerar y evaluar; ésta limita, a su vez, la atención y acceso a los servicios de salud, especialmente si se trata de servicios públicos. En el Censo 2010 sólo el siete por ciento de la población informa no ser derechohabiente de ninguna institución de salud, por lo que se atiende en consultorios, clínicas u hospitales privados. La ENSANUT menciona que diez por ciento de la población no tiene derechohabencia alguna. A pesar de ello, cerca de 20 por ciento de la población con discapacidad usa los servicios privados, lo que puede

**CUADRO 11**
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DISCAPACIDADES REPORTADAS  
POR SEXO Y GRUPO DE EDAD SEGÚN CAUSA DE DISCAPACIDAD  
(PORCENTAJES)**

SEXO Y GRUPO DE EDAD	NACIMIENTO	ENFERMEDAD	ACCIDENTE	EDAD AVANZADA	OTRA
Total	15	38.5	12	31	3.5
Hombres	18.2	37.2	15.3	25.8	3.5
Mujeres	12	39.6	9	35.6	3.8
Niños	68.9	20.8	4.7	0	5.6
Jóvenes	53.9	28.1	11.5	0	6.5
Adultos	17.1	51.2	17	8.8	5.9
Adultos mayores	1.5	35.5	10.4	50.9	1.7

Fuente: INEGI, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012*.

95



Salud

**CUADRO 12**
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS LIMITACIONES ASOCIADAS CON DISCAPACIDAD  
POR GRUPOS DE EDAD, MÉXICO, ENSANUT 2012.  
(PORCENTAJES)**

GRUPOS DE EDAD	DISTRIBUCIÓN DE LAS LIMITACIONES (MILES)								NÚMERO DE DISCAPACIDADES		AM CON ALGUNA DISCAPACIDAD
	COGNICIÓN	VER	ESCUCHAR	ARTICULARES	FUNCIONALIDAD				1	2 O MÁS	
					ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE LA VIDA DIARIA		ACTIVIDADES DE INTERACCIÓN CON EL MEDIO				
					LIMITACIÓN	DEPENDENCIA	LIMITACIÓN	DEPENDENCIA			
60-69	11.9	12.9	4.9	1.1	16.0	2.2	13.8	1.0	19.7	16.3	36.0
70-79	20.9	16.9	11.8	3.6	25.7	5.3	26.5	2.2	19.8	32.9	52.6
80 y más	33.5	26.5	31.4	8.2	32.9	14.7	38.1	11.0	19.5	57.9	77.3
Total	18.2	16.3	11.3	2.8	21.7	5.1	21.7	3.0	19.7	28.1	47.8

Fuente: *Distribución porcentual de las limitaciones asociadas con discapacidad por grupos de edad, México, ENSANUT 2012*.





deberse a obstáculos en el acceso a los servicios públicos o la poca satisfacción respecto a ellos. La búsqueda de atención médica privada repercute en el gasto de bolsillo en salud, complicando aún más el escenario.

Es posible prever que en los próximos años el problema de la discapacidad se incrementará debido a la creciente presencia de enfermedades crónicas, como obesidad, hipertensión, diabetes y osteoartropatía degenerativa (ENSANUT, 2012).

## OBSTÁCULOS DISCAPACITANTES

Cuando hablamos de discapacidad es necesario hablar de obstáculos discapacitantes. Generalmente éstos no son biológicos, sino que dependen más bien de dónde, cómo y con quién vivimos; bajo qué régimen político, económico, cultural y educativo nos encontramos y cómo se ha manejado en el transcurso del tiempo.

En este sentido, las políticas y normas insuficientes o su falta de aplicación son responsables en gran medida de que la discapacidad aparezca. La falta de presupuesto, la dispersión de recursos, la ausencia de supervisión y la corrupción son factores que favorecen su presencia. La prestación de un servicio circunscrito a un área o grupo no resuelve el problema, sino que sólo lo acota o segrega sin proporcionar bases reales para solucionar las repercusiones que se dan en lo social y político. La prestación insuficiente de servicios enfocados a acciones individuales que no se concatenan con esfuerzos a otros niveles tiene una repercusión reducida y no logra cambios necesarios y suficientes aun en las personas afectadas. Problemas en la prestación de servicios, la capacitación, la educación y la actitud que manifiestan los prestadores de servicios no son siempre adecuados, lo que repercute en los resultados e incluso puede llevar al fracaso de las intervenciones.

Con respecto a los recursos, algunos obstáculos discapacitantes son la financiación insuficiente y la dispersión de los recursos sin una visión holística y coordinada, que conlleva a una utilización ineficaz de los mismos. ¿Cuántas instituciones gubernamentales y privadas tienen el mismo objetivo? Aunado a ello, las fallas de accesibilidad, la dificultad de traslado y la ubicación de los servicios entorpecen el aprovechamiento de los recursos. Se requiere inves-

tigación seria y profesional para desarrollar una planeación estratégica que responda a las necesidades actuales y futuras; los resultados serían diferentes si se conocieran las variables que entorpecen la accesibilidad.

Otro factor relevante que obstaculiza la atención del problema de la discapacidad es la falta de consulta a la población afectada y de su participación. Cuando se programan y se implementan actividades no suele tomarse en cuenta a los usuarios de dichos servicios. Copiar acciones, programas e intervenciones de otros países o localidades no necesariamente conduce al éxito. Es menester conocer las condiciones locales, la idiosincrasia (educación, cultura, situación económica), el entorno social en el que se encuentran las personas que recibirán el beneficio y las necesidades reales de la población, así como la coexistencia de actividades de otras dependencias. A pesar de contar con encuestas como ENASEM, ENSANUT, Censo de población y vivienda, o la misma Encuesta Nacional de Salud. *Los mexicanos vistos por sí mismos*, siguen faltando datos y pruebas locales, que atiendan las especificidades de las poblaciones afectadas, buscando con ello dar soluciones situadas y descentralizadas.

## TIPOS DE DISCAPACIDAD

La capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria constituye el principal indicador para medir el funcionamiento de las personas. Por actividades de la vida diaria se entiende que son cotidianas, cuya ejecución regular y en forma apropiada es necesaria para el cuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente; el resultado es un adecuado funcionamiento de las áreas de la salud física, mental y socioeconómica (Pearlman, 1998). Con base en las áreas de la salud que se ven afectadas en los distintos casos de discapacidad, es posible clasificarlos de acuerdo con cuatro grandes grupos:

- **Discapacidades motrices:** es una condición de vida que afecta el control y movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas que la padecen, limitando su desarrollo personal y social. Se presen-





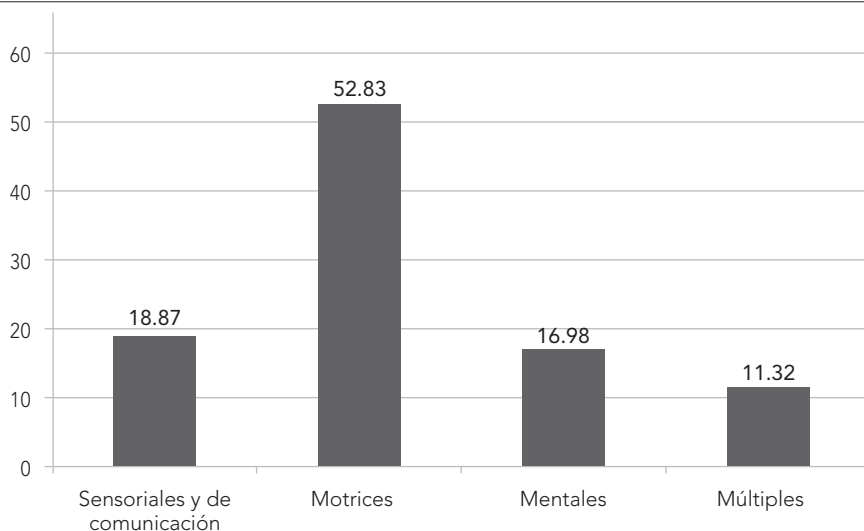
- tan ante las alteraciones de los músculos, huesos, articulaciones o provienen de lesiones neurológicas tanto degenerativas, centrales o de la médula espinal.
- Discapacidades sensoriales y de la comunicación: dentro de esta categoría encontramos la discapacidad visual, la discapacidad auditiva y otros tipos de discapacidades relacionadas con disminución de algunos de los sentidos; por ejemplo, la hipogesia, que es la disminución en la sensación del gusto. Este tipo de discapacidades cobra especial relevancia cuando afecta la capacidad de comunicación del individuo.
  - Discapacidades mentales: se refiere a los trastornos definidos por la presencia de un desarrollo mental incompleto, detenido o deteriorado, que afectan en el nivel global la inteligencia: las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización.
  - Discapacidades múltiples: se refiere a cuando coexisten problemas que discapacitan en más de una de las áreas comprendidas por las categorías previamente descritas.

En la gráfica 29 se observa que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud. *Los mexicanos vistos por sí mismos*. Los grandes temas nacionales, las discapacidades motrices son las más frecuentes en nuestro país (44.4 por ciento), seguidas en orden descendente por las sensoriales (15.9 por ciento), las mentales (14.3 por ciento) y, en último lugar, las discapacidades múltiples y otras (con 9.5 puntos porcentuales). Llama mucho la atención que las personas que respondieron la encuesta no supieron identificar el tipo de discapacidad que padece(n) su(s) familiar(es) en 15.9 de cada cien casos.

Entre algunos factores de riesgo que se han identificado para presentar discapacidades se encuentran los siguientes: edad avanzada —que agrava tanto la frecuencia como la gravedad de las discapacidades—, la baja escolaridad, la desocupación, la insatisfacción de las actividades cotidianas, la pérdida de roles sociales, la pérdida de familiares, amigos, cónyuge, sentimientos de soledad, ausencia de confidente, las condiciones materiales de vida inadecuada, las enfermedades crónicas que con el paso de los años se suman unas a otras, las secuelas de enfermedades que dejan alterada la estructura orgánica —por ejemplo fracturas—, la sensación de inactividad, la inadaptación a la jubilación y ser del sexo femenino.

## GRÁFICA 29

PORCENTAJE DE DISCAPACIDADES CLASIFICADAS CON BASE EN INEGI 2010<sup>1</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

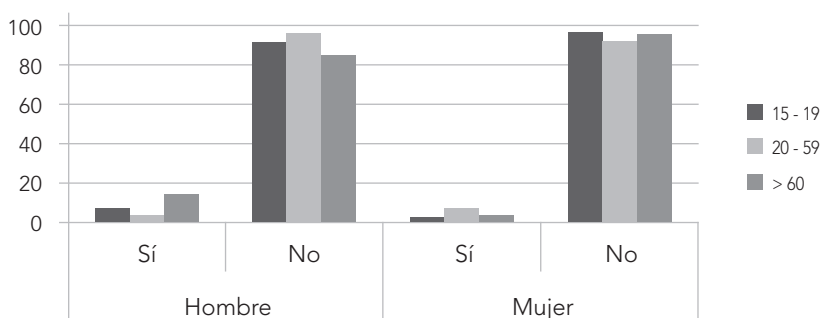
La encuesta sobre *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*: salud nos permitió observar dos de los factores de riesgo antes mencionados: la edad avanzada y el sexo femenino. Como puede observarse en la gráfica 30, en la población estudiada se obtuvieron resultados contradictorios: el conjunto de sexo masculino presentó más discapacidades en el grupo de adultos mayores, mientras que se reportó mayor discapacidad en el conjunto de mujeres en edad entre 20 y 59 años. Ya se ha mencionado en otras secciones del libro que estos resultados contrapuestos pueden explicarse porque la muestra del estudio fue pequeña para la representación nacional, así como por el distinto enfoque que pueden tener las preguntas en los diferentes instrumentos de medición.

<sup>1</sup> La gráfica 29 fue elaborada a partir de la pregunta 50.1 de la encuesta reclasificada según el INEGI.



## GRÁFICA 30

PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD POR SEXO Y GRUPO DE EDAD<sup>2</sup>  
(PORCENTAJES)



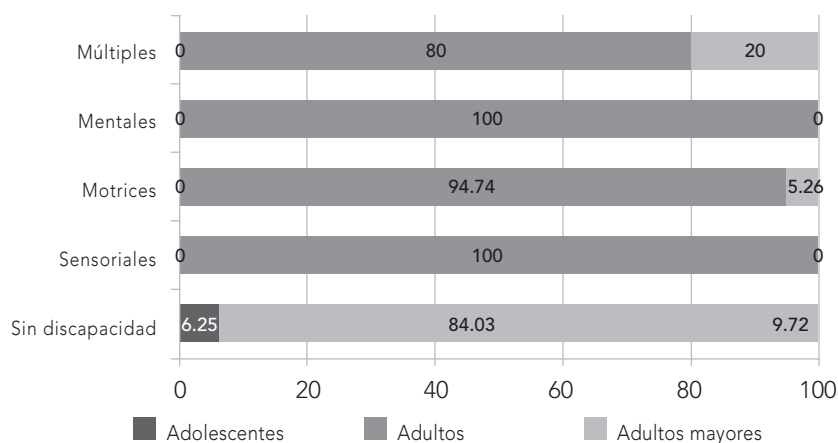
Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

En las gráficas 31 y 32 se puede observar la distribución de la prevalencia de discapacidad tanto para hombres como para mujeres, respectivamente, según el tipo de discapacidad y el grupo de edad. Llama la atención que en el conjunto femenino resulta mucho más visible la discapacidad en adultas mayores, especialmente en el caso de las discapacidades motrices. Por el contrario, en el grupo de los hombres, los adultos que tienen entre 20 y 59 años abarcan la mayor parte de las cuatro categorías de discapacidad; el grupo de los adultos mayores cobra visibilidad casi exclusivamente en la categoría de las discapacidades múltiples. Estas diferencias podrían explicarse porque: 1) las mujeres tienen mayor esperanza de vida, por lo que es posible que vivan más años con discapacidad; 2) las mujeres posmenopáusicas tienen mayor riesgo de fracturas con secuelas discapacitantes debido a que padecen con mayor frecuencia de osteoporosis; y 3) los casos de discapacidades mentales, motrices y sensoriales en hombres mayores de 60 años pueden estar invisibilizadas al estar agrupadas en su mayoría bajo la categoría de las discapacidades múltiples, donde este grupo etáreo tiene mayor representatividad.

<sup>2</sup> La gráfica 30 fue elaborada a partir de la pregunta 49 de la encuesta relacionada con los grupos de edad y sexo.

## GRÁFICA 31

PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD RECLASIFICADA SEGÚN INEGI (2010), POR GRUPO DE EDAD EN HOMBRES<sup>3</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

## DISCAPACIDAD MOTRIZ

Los problemas de movimiento dependen del momento de aparición (prenatal, perinatal y después del nacimiento), los grupos musculares involucrados, el grado de afectación (leve, moderada o severa) y su etiología (malformaciones congénitas, enfermedad cerebral, infecciones, traumatismos, trastornos degenerativos e inmunológicos).

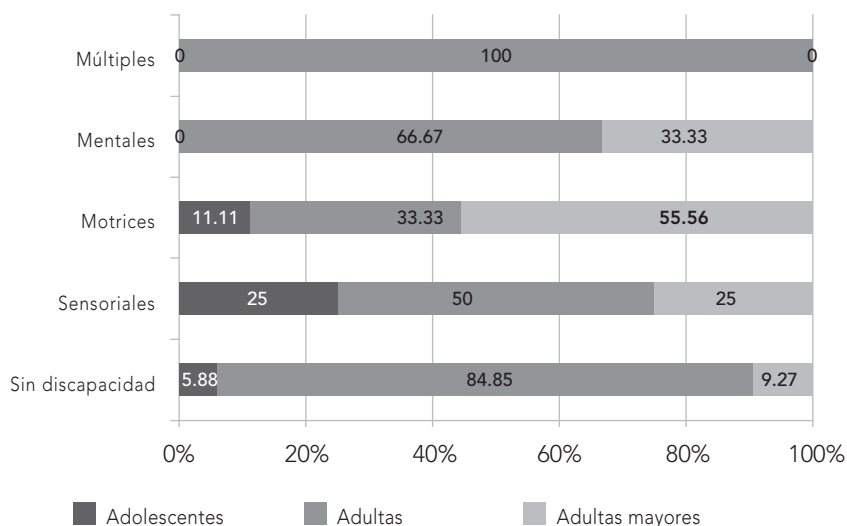
De la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* se desprenden las siguientes cifras: 14 por ciento de la muestra requiere de una persona para su cuidado, mencionándose que 5.9 por ciento tiene discapacidad y de éstos, 22.3 por ciento se encuentra con invalidez o utiliza silla de ruedas para su desplazamiento. Los encuestados además señalaron como responsables

<sup>3</sup> La gráfica 31 fue elaborada a partir de la pregunta 50.1 de la encuesta reclasificada según el INEGI y relacionada con los grupos de edad en hombres.



## GRÁFICA 32

PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD RECLASIFICADA SEGÚN INEGI (2010), POR GRUPO DE EDAD EN MUJERES<sup>4</sup>  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

de la discapacidad motriz a las secuelas de poliomielitis en 8.8 por ciento de los casos, a la artritis severa de rodillas con 5.6 por ciento, las amputaciones con 2.2 por ciento, las alteraciones cerebro-vasculares en el 3.2 por ciento, las alteraciones de la columna con 1.3 por ciento, fracturas con 0.8 y las artritis progresivas con 0.4 por ciento. Una enfermedad que nos deja mucho que pensar es la parálisis cerebral infantil, que sólo se reporta como responsable de 0.3 por ciento de los casos de discapacidad motriz.

Es necesario recordar que la discapacidad motriz conlleva la necesidad no sólo de adaptar el ambiente que rodea al individuo, sino que, en la mayoría de los casos, también se requiere rehabilitación, donde el ejercicio

<sup>4</sup> La gráfica 31 fue elaborada a partir de la pregunta 50.1 de la encuesta reclasificada según el INEGI y relacionada con los grupos de edad en mujeres.

guiado y el mantenimiento de la movilidad articular permiten al individuo una mejor adaptación a sí mismo y al entorno. Tan importante es el manejo del medio donde desarrolla sus actividades como el de la persona misma; se precisa fuerza de voluntad, deseos, tenacidad y persistencia por parte del individuo y su familia y, de manera igual o más importante, la modificación estructural que le permita llevar a cabo, como sociedad, las actividades que satisfagan un mínimo de sus necesidades personales.

## DISCAPACIDADES SENSORIALES Y DE LA COMUNICACIÓN

La discapacidad visual es cuando una persona presenta una ausencia de visión o mal funcionamiento del sistema óptico, la cual puede tener su origen en enfermedad, lesión o anomalía congénita y que, a pesar de la corrección, convierte a la persona en un sujeto oficialmente considerado como deficiente visual. La forma más grave es la ceguera, que se refiere a la pérdida de la visión suficientemente pronunciada para evitar que una persona se mantenga por sí misma en cualquier ocupación y dejándola dependiente de otra. La baja visión o subnormal se puede definir como agudeza central disminuida, que incluso con la mejor corrección óptica por lentes convencionales no logra realizar sus actividades completas. Las causas pueden variar mucho, desde las hereditarias, congénitas o adquiridas, hasta las causadas por traumatismo, infección o tumor.

En las personas de edad avanzada observamos cómo la presbicia se vuelve prácticamente generalizada; al sumarse a enfermedades como las cataratas y el glaucoma, se vuelve frecuente discapacidad visual, que las vuelve retraídas y se asocia con disminución de capacidad mental en lo general. La ceguera representa 12.7 por ciento de las causas de discapacidad nombradas en la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* como razón para necesitar ayuda y cuidado, siendo la tercera causa de discapacidad mencionada. En comparación, la ENSANUT da una cifra de 16.3 por ciento en los adultos mayores. Ambos resultados apuntan a un gran reto para la sociedad, en el sentido de que habrá que adaptar el entorno para que puedan tener acceso a los servicios que se ofrecen en general.







La discapacidad auditiva es la carencia, disminución o deficiencia de la capacidad auditiva; existen tres tipos dependiendo de las causas que la originan, las cuales pueden ubicarse en el oído o en el sistema nervioso. En general, la persona sorda, como es conocida, se auxilia de la vista para poder realizar muchas de las actividades. En las personas de edad avanzada es frecuente encontrar una disminución de su capacidad auditiva que las lleva a tener problemas en sus relaciones personales; desarrollan un proceso de aislamiento y soledad que las incapacita no solamente en forma física, sino que a esto se suma el problema social. Sólo 0.8 por ciento de las discapacidades nombradas en la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* están en este rubro. Comparativamente, la ENSANUT menciona 11.3 por ciento en personas de edad avanzada, probablemente debido a que la pérdida de audición en la vejez se considera normal.

## DISCAPACIDADES MENTALES

Las personas con discapacidad mental no tienen alterada la percepción de sí mismas o de la realidad, por lo que son capaces de decidir por ellas mismas.

En los niños, la población afectada va de 1 a 3 por ciento y, en general, 25 por ciento de ellos sí tiene una causa específica que explica la discapacidad. La adaptación de la familia y el medio ambiente que la rodea es necesario para dar una mejor calidad de vida tanto al individuo como a sus seres queridos. En la Encuesta Nacional de Salud 2012 se observa que 5.9 por ciento de las personas contestó que tienen alguna persona con la que cohabita con discapacidad mental. De éstos, las causas remiten al síndrome de Down en 5.1 por ciento de los casos, la parálisis cerebral en 0.3 por ciento y el retraso psicomotor en 0.3 por ciento.

Cuando hablamos de personas mayores, la OMS nos da cifras que demuestran la importancia del tema. De la población de adultos mayores, 15 por ciento sufren de algún trastorno mental y 6.6 por ciento de las discapacidades en este grupo etáreo corresponden a trastornos neuropsiquiátricos. La demencia y la depresión pueden llegar a considerarse como un problema de salud pública en este grupo de edad. La demencia es un síndrome que se caracteriza por la disminución de la memoria, la capacidad de pen-

sar, presencia de afasia, apraxia y agnosia, con trastornos del comportamiento, todo lo cual lleva a una incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Se calcula que en el mundo existen 35.6 millones de personas con el padecimiento, pero su número puede duplicarse cada 20 años. La ENSANUT da 18.2 por ciento de las personas de edad avanzada afectadas en su estado de cognición, contra 1.5 por ciento mencionado en *Los mexicanos vistos por sí mismos...* Esto representa una diferencia muy grande, que probablemente pueda ser explicada porque existe la noción de que la pérdida de la memoria es normal con el paso de los años por lo que, de entrada, no se considera como una enfermedad y mucho menos como una discapacidad.



## DISCAPACIDADES MÚLTIPLES Y OTRAS

Al hablar de discapacidades múltiples abarcamos una diversa gama de enfermedades que pueden incluir dos o más de las siguientes:

- Enfermedades del aparato urinario que producen incontinencia, impidiendo una relación social completa pues recluye a las personas en sus hogares por cuestiones higiénicas, provocando discapacidad social.
- Enfermedades respiratorias como la pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de pulmón, que restringen la movilidad y la capacidad física de la persona.
- Enfermedades cardiovasculares que pueden llevar a fallas cardíacas que limitan el movimiento, o a infartos, hemorragias o embolias cerebrales que conllevan el riesgo de disminuir la capacidad física y mental.
- Enfermedades digestivas, como la gastritis crónica, las alteraciones funcionales que se manifiestan como diarreas o estreñimiento crónico, las cuales pueden afectar las relaciones, favorecer la soledad y llegar a causar varias discapacidades secundarias debido a problemas nutricionales.
- Enfermedades cerebrales, como la parálisis cerebral que impacta en casi todos los rubros del funcionamiento del individuo; enfermedad

de Parkinson que afecta principalmente la movilidad de las personas, etcétera.

En la encuesta de *Los mexicanos vistos por sí mismos...*, la categoría de discapacidad múltiple, que abarcó 9.5 por ciento del total de discapacidad registrada, agrupó casos de embolia cerebral, enfisema, enfermedad de Parkinson y parálisis cerebral.



# **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: PERCEPCIONES, EXPERIENCIAS Y SATISFACCIÓN VITAL**

Mónica Uribe Gómez \*  
Adriana Zubieta Zavala\*

107



## **INTRODUCCIÓN**

No cabe duda que la calidad de vida (CV) es una variable central cuando se hace alusión al grado de satisfacción que tienen las personas con su vida familiar, laboral, social, emocional y su estado de salud (Urzúa, 2012; Palomba, 2002). El interés por estos temas implica reconocer que el bienestar es multidimensional y no depende únicamente de aspectos biológicos y materiales (como la capacidad económica), sino también de factores ambientales, sociales y culturales, así como de la percepción subjetiva sobre el bienestar que tienen los individuos y las comunidades. En este sentido, aspectos como las emociones, las expectativas, los roles sociales, el soporte familiar y social, son muy importantes al momento de evaluar la CV.

Un ejemplo de la relevancia que ha cobrado el tema de la CV en las agendas públicas es que, desde 2011, la Organización para la Cooperación y el

\* Investigadoras del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM.



Desarrollo Económico (OCDE) ha buscado medir el bienestar de sus países miembros mediante el instrumento conocido como “Índice para una vida mejor”, el cual contempla nueve indicadores de seguridad: ingresos, acceso a servicios, empleo, educación, salud (medida por el estado de salud reportado por los ciudadanos y la esperanza de vida), medio ambiente, vivienda y participación cívica. Según el informe, en 2014 México estaba por debajo del promedio de los 34 países que conforman la organización. En materia de seguridad, el país aparece en el último lugar de la lista, con 22.9 homicidios por cada cien mil habitantes; en términos de ingreso ocupó el lugar 33 de 34, sólo por arriba de Chile; y la expectativa de vida es menor al promedio con 74.2 años contra 79.5. No obstante, el informe también muestra que la educación, la salud y la satisfacción ante la vida son los temas que tienen mayor importancia para la percepción de bienestar entre los mexicanos (OCDE, 2014).

Los estudios que se especializan en la CV en el ámbito de la salud, han acuñado el concepto de “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS), el cual se ha usado para dar cuenta de las necesidades y satisfacción de los pacientes, los resultados terapéuticos y la percepción que tienen las personas sobre la enfermedad y su estado de salud (Hernández y Siegrist, 2001; Urzúa, 2010; Fernández *et al.*, 2010). Esta perspectiva, que cuestiona los parámetros del modelo biomédico tradicional que suele excluir la influencia que tienen los estados de ánimo, las redes de apoyo social y familiar y las percepciones sobre el estado de salud (Schwartzmann, 2003), se deriva de la definición acuñada por la OMS desde 1948 que plantea que la salud incluye el bienestar físico, social y mental, y no simplemente ausencia de enfermedad. Los análisis en este campo han sido usados para analizar aspectos como los efectos en la comunicación médico-paciente, la adherencia a los tratamientos, la respuesta a la rehabilitación, el uso de los servicios de salud, el monitoreo de intervenciones y la formulación de políticas de atención primaria (Urzúa, 2010; Guedes *et al.*, 2014).

Incorporar dimensiones como las percepciones en la toma de decisiones en salud implica ir más allá de los análisis basados en indicadores de mortalidad, morbilidad y esperanza de vida, para indagar sobre aspectos como la satisfacción con los servicios, las autoapreciaciones sobre el bienestar físico y emocional y las redes de apoyo social y familiar con las que cuentan los individuos. Aunque no existe un consenso sobre las dimensiones que debe

incluir la CVRS, los estudios en este tema suelen enfocarse en dimensiones como el desempeño y la capacidad física y emocional, la respuesta a los tratamientos, el impacto de la enfermedad y la percepción de los sujetos sobre su padecimiento y recuperación. “La evaluación de la CVRS en un paciente refleja el impacto que una enfermedad y el tratamiento consiguiente tienen sobre la percepción del paciente, de su satisfacción y bienestar físico, psicológico y social” (Badia *et al.*, 2003: 194).

Los instrumentos de la CVRS han buscado por un lado incluir mediciones más genéricas o globales, las cuales no hacen referencia a un tipo de enfermedad concreta. Un ejemplo de éstas son los perfiles de salud que son aplicables a diferentes tipos de pacientes y poblaciones y permiten comparaciones globales de la eficacia de los tratamientos y el análisis de costo-efectividad. Mientras que las herramientas específicas se concentran en una determinada patología o grupo de pacientes y permiten evaluar síntomas, funciones o enfermedades (Lugo *et al.*, 2005: 38). Existen numerosos instrumentos para medir CVRS; a continuación se mencionan algunos de los más utilizados:

- La Organización Mundial de la Salud (OMS), a mediados de los años noventa, conformó un grupo de trabajo con el propósito de realizar estudios internacionales comparados. Este grupo, conocido como *World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL)*, reconoce el carácter subjetivo y multidimensional de la CV, la cual define como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive. A partir de esta definición, prioriza dimensiones de funcionamiento físico, psicológico, emocional y social, así como de la percepción de salud general y bienestar (OMS, 1995). Posterior a este desarrollo, en 2001, la OMS propuso un nuevo modelo base para la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud, conocido como CIF (Fernández-López *et al.*, 2010: 172). Este último busca integrar componentes como las funciones corporales, las actividades que pueden realizar los individuos y la participación que pueden mantener en la vida social. Este instrumento remarca que dichos aspectos deben ser analizados con la referencia de los factores contextuales (ambientales y personales) en los que se desarrollan.





- El cuestionario “Calidad de vida en salud SF-36”: este instrumento, desarrollado en Estados Unidos, incluye 36 ítems que evalúan aspectos como el funcionamiento físico, el desempeño físico, el dolor corporal y emocional, la salud mental, el desempeño social y los cambios de la salud en el tiempo (Lugo et al., 2008).
- Escala de independencia funcional (FIM) e índice de Barthel: miden la capacidad funcional de los pacientes a partir de dimensiones como el cuidado personal, el control de esfínteres, la movilidad, la comunicación, la capacidad de desplazamiento y la autonomía para realizar labores cotidianas.
- Índice de Katz: busca describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones, predecir necesidad de rehabilitación, comparar resultados de diversas intervenciones y seguir la evolución de los pacientes.

Aunque los instrumentos para medir CVRS enfatizan en distintos componentes (globales o particulares), todos tienen en común el interés por documentar dimensiones físicas, sociales y emocionales o psicológicas, además de interesarse en la forma como son percibidos por las personas los estados de salud, los niveles de bienestar y la satisfacción con la vida. Los modelos también resaltan la importancia de “registrar la variabilidad en el tiempo de estas apreciaciones según la edad, la etapa vital y el estadio de la enfermedad que se padece, porque marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran” (Madrigal et al., 2003: 469).

El objetivo de este capítulo es indagar sobre las percepciones, experiencias y vivencias que sobre la calidad de vida relacionada con la salud tienen los mexicanos. El análisis se basa en los datos de la Encuesta Nacional de Salud. *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, a la vez que retoma los planteamientos y las clasificaciones realizadas por distintos modelos e instrumentos para la medición de la CVRS. Se priorizan aquellas dimensiones que se consideran pertinentes para la planeación de intervenciones integrales en materia de salud y que aportan evidencias para las políticas públicas.

## AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

El concepto de CVRS incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados de salud (Testa, 1996). Algunas posturas refieren incluso que la salud autorreportada puede ser un predictor de mortalidad. Las percepciones sobre salud y la calidad de vida suelen variar según el género y las distintas etapas de la vida. Algunos autores hacen referencia a eventos de salud que pueden llevar a los llamados “puntos de no regreso”, que son definidos como “el cambio de dirección en el curso de la vida o la ruptura de una trayectoria previamente establecida” (Plagnol, 2011: 118).

La autopercepción de la salud se considera una herramienta útil para conocer el nivel de salud de una población. En el estudio de la OCDE antes citado, se menciona que la percepción de buena salud en población mayor a 15 años en México se ubica en 65.5 por ciento, en una escala que va de 30 por ciento para Japón a 89.5 por ciento para Estados Unidos, con una cifra de 64.2 para mujeres y 66.9 para hombres (OCDE, 2013). Al comparar estos datos con las respuestas de la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* a la pregunta de cómo consideraban su salud, 47 por ciento la clasificaron como buena y 16 por ciento como muy buena, dando un total de 63 por ciento, lo cual lo hace congruente con los datos anteriormente presentados (ver gráfica 33). Sin embargo, en este último estudio no se observa una diferencia significativa en relación con el sexo de los entrevistados.

A esta percepción sobre buena o mala salud se agrega que 75 por ciento de los entrevistados respondió que “no” había presentado un problema de salud en el último mes.

## DESEMPEÑO FUNCIONAL

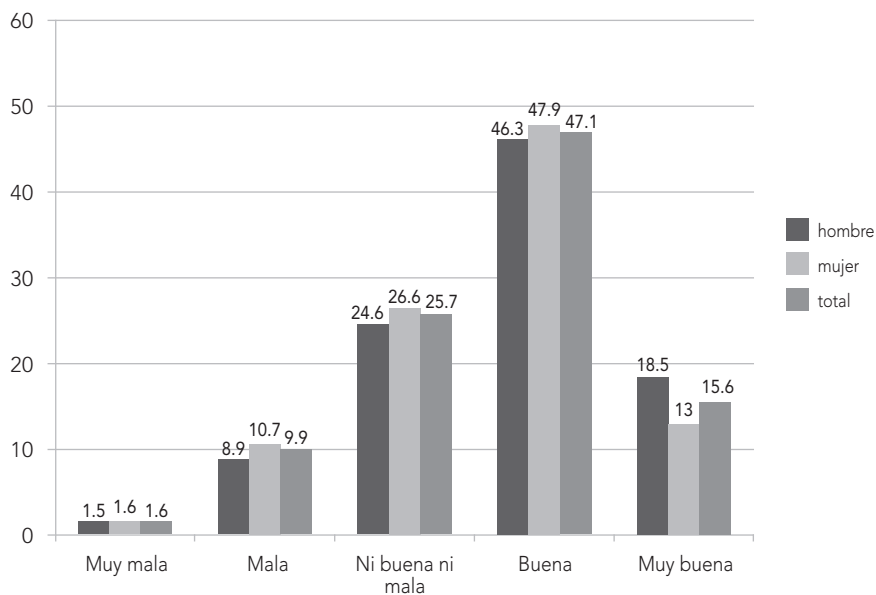
La Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud (OMS, 2001) pretende dar una perspectiva más allá de la presencia o no de enfermedad, considerando además de los síntomas físicos, el grado de discapacidad y funcionalidad que genera el padecimiento. De acuerdo con







## GRÁFICA 33

 1. ¿EN GENERAL, USTED DIRÍA QUE SU SALUD ES?  
 (PORCENTAJES)


Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

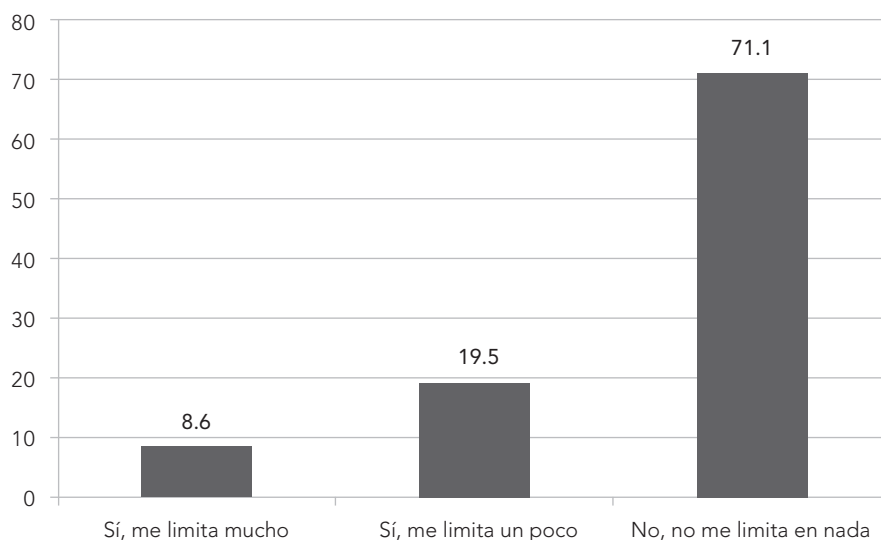
Robles-García y colaboradores (2010), este concepto de discapacidad vs. funcionalidad hace referencia, desde el punto de vista legal y clínico, a un nivel de daño funcional suficiente para impedir la mayoría de las actividades de la vida diaria (AVD), entendiendo éstas como el conjunto de actividades cuya realización es necesaria para el autocuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente.

Gran parte de los estudios enfocados a medir las afecciones en la capacidad funcional y las actividades de la vida diaria, lo hacen en poblaciones de adultos mayores o como consecuencia de alguna enfermedad. Sin embargo, la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* buscó incluir otros grupos de edad con el fin de conocer posibilidades de funcionalidad. Sobre la pregunta por la medida en que el estado de salud podía limitar el desempeño físico o las actividades cotidianas, 71 por ciento de las perso-

nas manifestó que realizar esfuerzos físicos moderados (como caminar 30 minutos o hacer limpieza en su casa) no se ve limitado por su estado de salud, contra 28 por ciento que expresó sentirse limitado por su estado de salud (gráfica 34).

**GRÁFICA 34**

2. ¿SU ESTADO DE SALUD ACTUAL LE LIMITA REALIZAR ESFUERZOS FÍSICOS MODERADOS COMO CAMINAR 30 MINUTOS O HACER LIMPIEZA EN SU CASA?  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

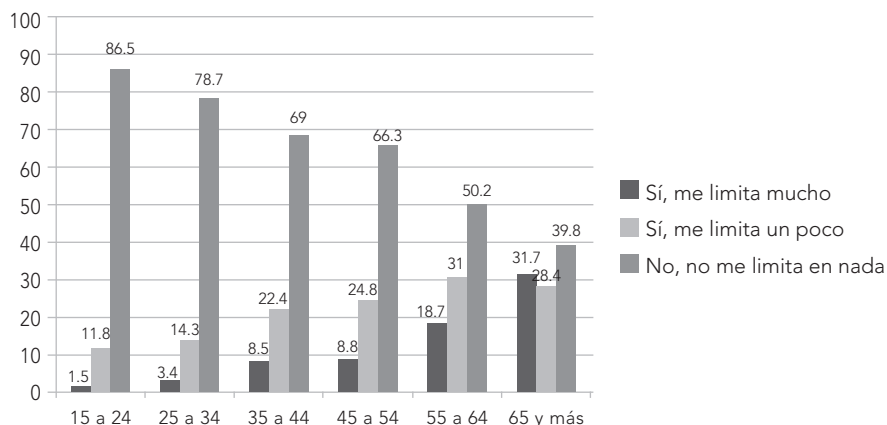
Si se observan estos mismos datos según los grupos de edad, podemos ver que los mayores de 65 años dijeron ver sus actividades cotidianas más afectadas por un padecimiento físico (ver gráfica 34). Al aumentar el grado de actividad por algo más vigoroso como es subir varios pisos por la escalera, los porcentajes no parecen cambiar mucho a lo presentado anteriormente para una actividad moderada; en este punto es importante mencionar que la mayoría (70 por ciento), también consideró que su estado de salud no le limita subir escaleras (gráficas 35 y 36).





### GRÁFICA 35

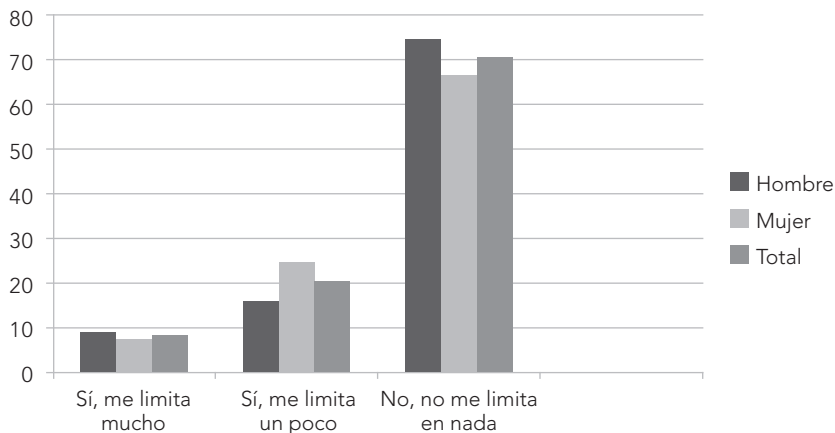
2. ¿SU ESTADO DE SALUD LE LIMITA REALIZAR ESFUERZOS FÍSICOS MODERADOS COMO CAMINAR 30 MINUTOS O HACER LIMPIEZA EN SU CASA?  
(PORCENTAJES POR GRUPOS DE EDAD)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión UPEIS-FM e IJU, UNAM, 2015.

### GRÁFICA 36

3. ¿SU ESTADO DE SALUD ACTUAL LE LIMITA SUBIR VARIOS PISOS POR LA ESCALERA?  
(PORCENTAJES)

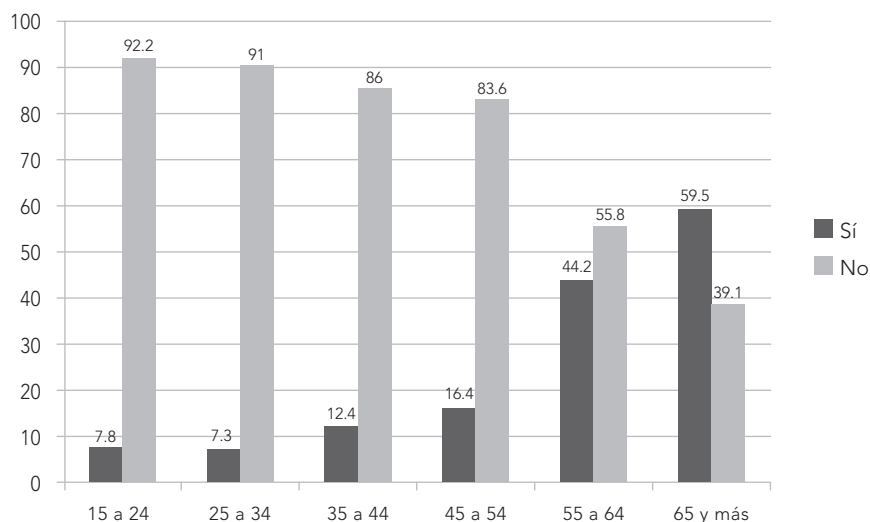


Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión UPEIS-FM e IJU, UNAM, 2015.

Al preguntar a los entrevistados si tuvieron que dejar actividades de la vida cotidiana a causa de la enfermedad, 17 por ciento contestó que sí (ver gráfica 36). Al cruzar esta respuesta con la edad, son las personas mayores de 65 años las que en su mayoría (59 por ciento) manifestaron dejar de hacer tareas o trabajo como consecuencia de su estado de salud (gráfica 37).

### GRÁFICA 37

5. ¿TUVO QUE DEJAR DE HACER ALGUNAS TAREAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS?  
(PORCENTAJES POR EDAD)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

## VIDA COTIDIANA Y VIVENCIA DEL DOLOR

El dolor crónico es un padecimiento que afecta la vida de las personas que lo padecen y también es el síntoma principal para acudir a un servicio de salud. Diferentes estudios, como el realizado por González y Moreno en 2007, han podido constatar que a pesar de los avances científicos y tecnológicos aún existe una alta proporción de pacientes que sufren a causa de la presencia de dolor.

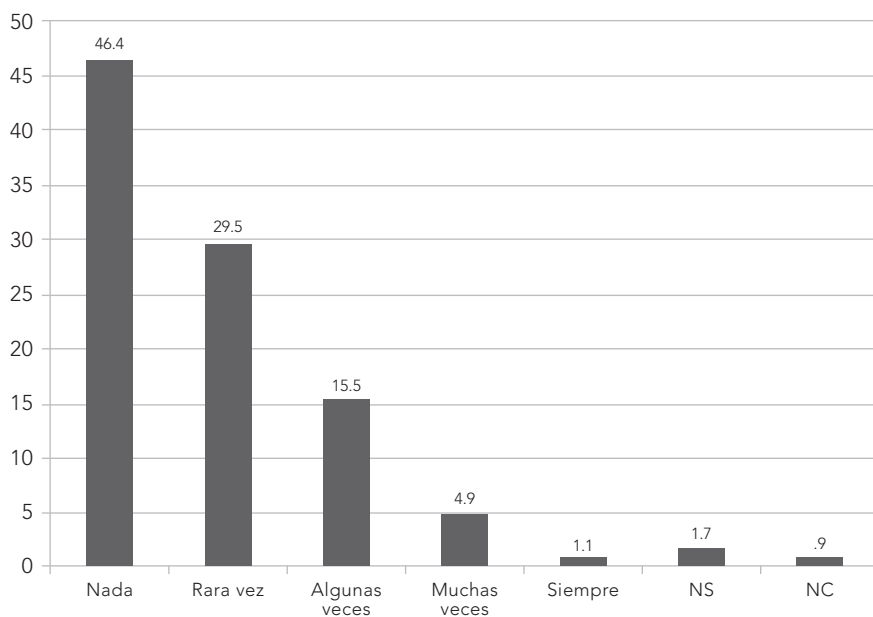




Según los datos de la encuesta que sirve de referencia para este análisis, aunque 46 de cada cien mexicanos expresaron no haber padecido un dolor que limitara sus actividades domésticas o laborales en las últimas cuatro semanas, 15 de cada cien señalaron que algunas veces el dolor fue un obstáculo y seis de cada cien manifestaron que muchas veces o siempre, como se muestra en la gráfica 38. Pese a que los porcentajes de estos últimos parecerían no ser representativos estadísticamente, es un tema que debe profundizarse dado que ésta es una dimensión que se hace relevante no sólo por la magnitud sino por los daños y la afectación que genera en la CV de quienes la padecen, y por las posibilidades que existen en la actualidad de disminuir el sufrimiento generado por el dolor.

### GRÁFICA 38

7. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿HASTA QUÉ PUNTO PADECER DOLOR LE HA DIFICULTADO SU TRABAJO HABITUAL (INCLUIDO EL TRABAJO FUERA DE CASA Y LAS TAREAS DOMÉSTICAS)?  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

## BIENESTAR EMOCIONAL

Existe evidencia sobre la relación que existe entre el estrés, la ansiedad, las enfermedades mentales y la satisfacción (o no) con la vida y el estado de salud (Trucco, 2002; Moyano y Ramos, 2007). Según el grupo WHOQOL (1995), el funcionamiento emocional (aquí llamado *bienestar emocional*) busca medir el grado en que el sufrimiento psicológico, la falta de estabilidad emocional, la ansiedad y la depresión interfieren en las actividades diarias y pueden llegar a ser más incapacitantes incluso que las enfermedades crónicas.

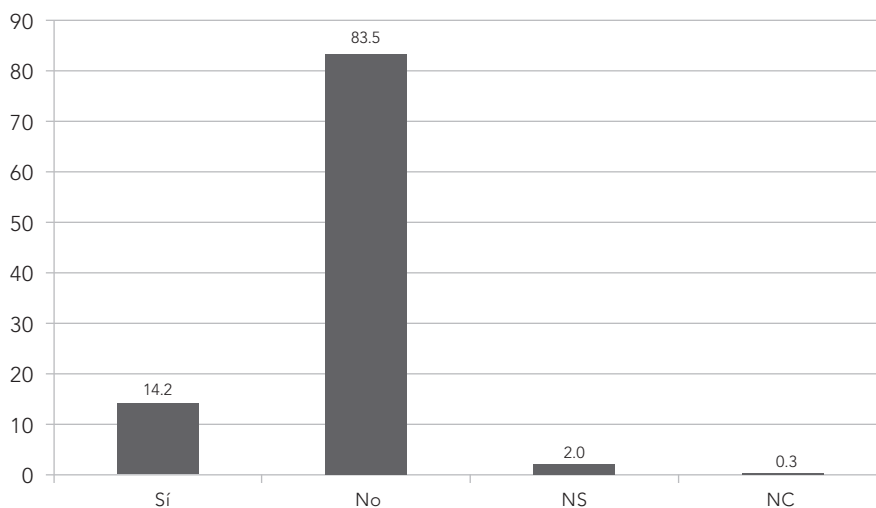
Un análisis de Harvey Whiteford *et al.*, publicado en la revista *The Lancet* en 2013, retomó los datos del reporte sobre salud mental y abuso de sustancias recopilados por el estudio *The Global Burden of Disease Study*, de 2010, para señalar que las enfermedades mentales (especialmente la depresión que supone 40.5 por ciento de la carga de enfermedad) junto con el abuso de sustancias, representaban la quinta causa de muerte y enfermedad en todo el mundo, generando a la vez importantes impactos en la discapacidad y en la calidad de vida de las personas (Whiteford *et al.*, 2013). En México, la última Encuesta Nacional de Epidemiología y Psiquiatría fue realizada en 2003; según la misma, uno de cada cinco individuos presentaba al menos un trastorno mental en algún momento de su vida, siendo el más frecuente la ansiedad (14.3 por ciento), seguido por los trastornos por el uso de sustancias (9.2 por ciento) y los trastornos afectivos en donde se encuentra la depresión como el más común (9.1 por ciento). Recomendamos ver el capítulo 2 para una discusión más amplia sobre la ansiedad y la depresión.

En la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, concretamente en el apartado sobre salud, se preguntó sobre la posibilidad de haber dejado de realizar algunas actividades como consecuencia de algún problema emocional, encontrándose que casi la totalidad de los entrevistados, 83 por ciento, manifestó no haber hecho menos cosas de las que hubiera querido por un problema emocional, mientras 14 por ciento expresó lo contrario. Estas apreciaciones indican que, para la mayoría de las personas entrevistadas, lo emocional continúa siendo un asunto al parecer separado de los padecimientos físicos o de la dependencia al alcohol y las drogas, por tanto, poco relacionado en muchos casos con la autovaloración de la salud (ver gráfica 39).



**GRÁFICA 39**

6. ¿HIZO MENOS COSAS DE LAS QUE HUBIERA QUERIDO HACER,  
POR ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL?  
(PORCENTAJES)

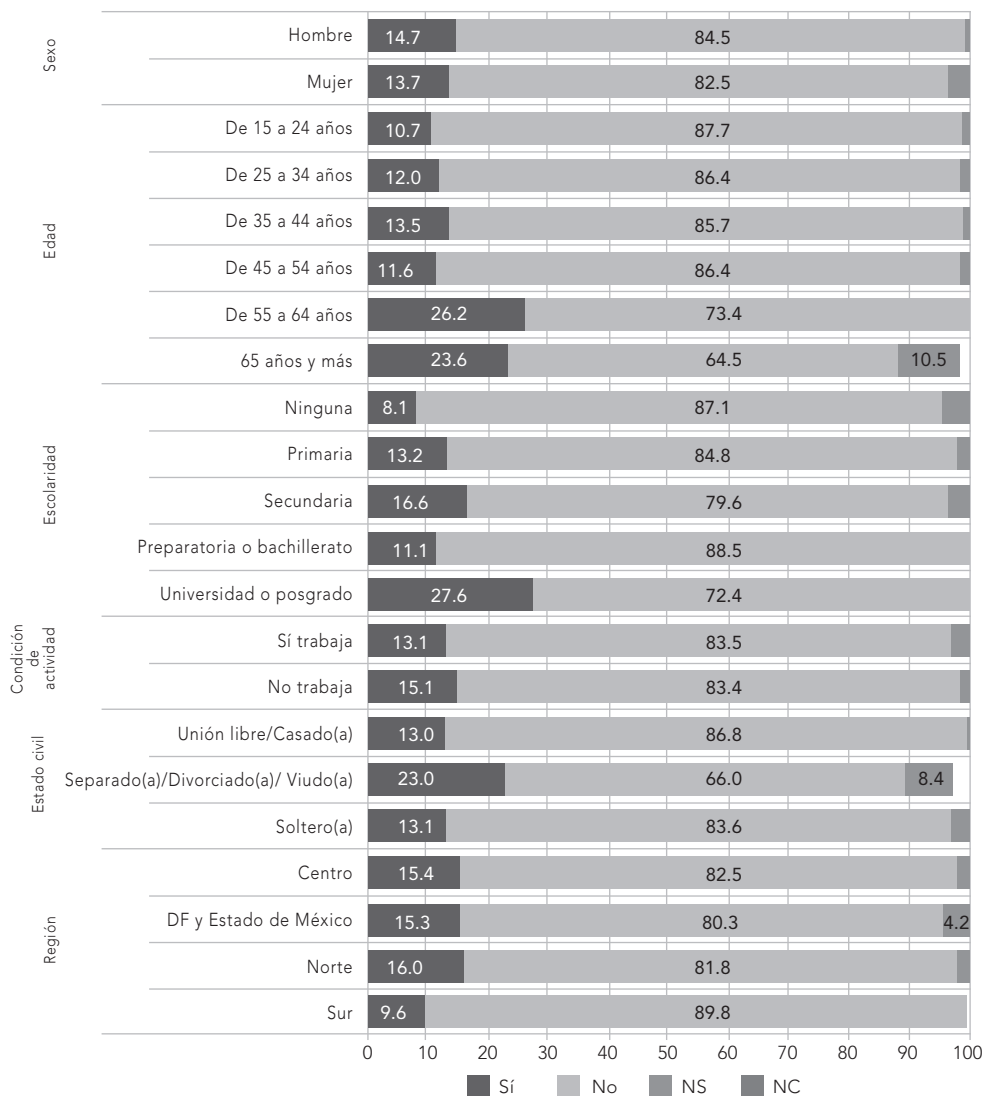


Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

Al analizar las mismas preguntas según distintas variables sociodemográficas como sexo, edad, escolaridad, condición de actividad, estado civil y región, se encontró que tanto las mujeres como los hombres estuvieron de acuerdo, con porcentajes similares (83 por ciento), en que los problemas emocionales no limitaron sus actividades cotidianas. Sin embargo, algunos datos llaman la atención. Como puede verse en la gráfica 40, son los mayores de 55 años, aquellos que están separados, divorciados o viudos y las personas con mayor nivel educativo (estudios de posgrado), quienes señalaron un porcentaje más elevado de afectación de sus actividades cotidianas por un problema emocional respecto al promedio de los entrevistados, lo que lleva a suponer que aspectos como ser un adulto mayor o el estado civil pueden tener mayor incidencia en el bienestar emocional que la percepción sobre el desempeño físico o padecer dolor.

## GRÁFICA 40

### 6. ¿HIZO MENOS COSAS DE LAS QUE HUBIERA QUERIDO HACER, POR ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL? (PORCENTAJES POR EDAD)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJU, UNAM, 2015.

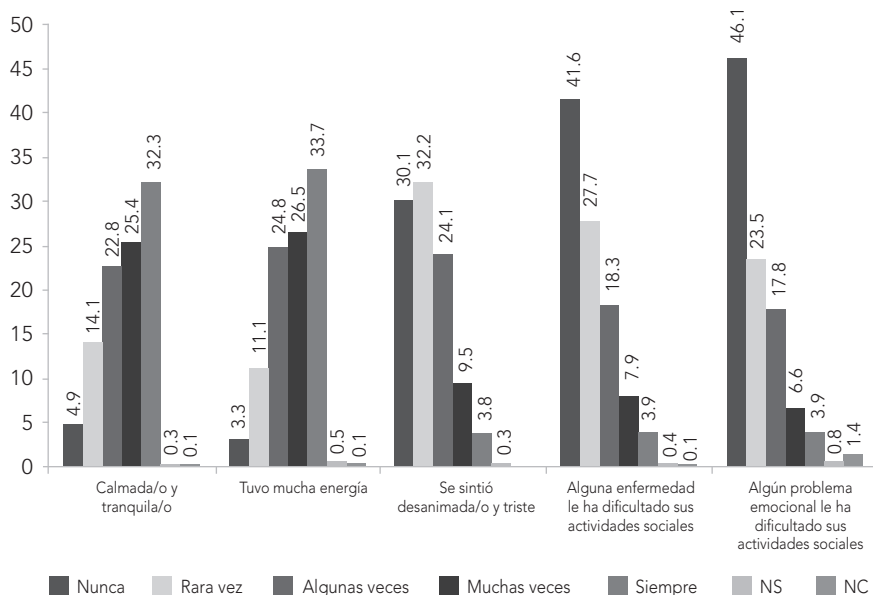




Al incorporar, además de los aspectos sociodemográficos, otras variables como la sensación de tranquilidad, energía, tristeza durante las últimas cuatro semanas, e indagar por las dificultades que hubiera podido representar una enfermedad para el desarrollo de actividades físicas y sociales, se encontró que 58 por ciento de las personas dijo sentirse calmada y tranquila muchas veces y siempre, contra 23 por ciento que expresó sólo estarlo algunas veces, y 19 por ciento que respondió nunca o rara vez sentirse calmado. Por otro lado, 38 por ciento de los entrevistados dijo tener mucha energía. Sobre la sensación de estar desanimado o triste, 37 por ciento aceptó estarlo algunas veces, muchas veces o siempre (gráfica 41).

**GRÁFICA 41**

8. ¿CÓMO SE HA SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

Es de resaltar que casi la mitad de los entrevistados (45 por ciento) coincidió en que ni la enfermedad ni los problemas emocionales han obstaculizado sus actividades sociales; sólo cuatro por ciento manifestó haber tenido algún tipo de limitación en este sentido. Estos resultados son muy interesantes porque, aunque la mayoría de las personas manifestó sentirse usualmente tranquilo y satisfecho con la vida, en otras fuentes como la Encuesta Nacional de Epidemiología y Psiquiatría, realizada en 2003, se mostró que uno de cada cinco mexicanos presentaba al menos un trastorno mental (depresión, trastornos de ansiedad) a lo largo de su ciclo vital, aspecto que se sabe repercute en el desempeño laboral, físico y psicológico de las personas afectadas.



## SATISFACCIÓN VITAL

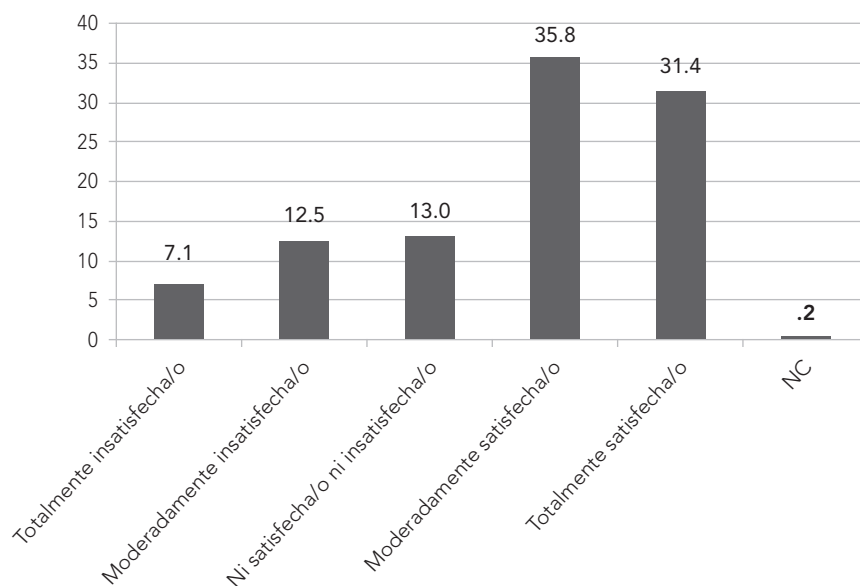
La satisfacción con la vida supone un proceso de reflexión consciente mediante el cual las personas evalúan si están logrando sus aspiraciones y si les gusta la vida que llevan; esta dimensión incluye la valoración subjetiva que hacen los individuos sobre su calidad de vida (Diener *et al.*, 1985; Videra y Reigal, 2013). Este componente suele incluir diversos elementos de carácter externo como los ingresos y las características del contexto en el que se vive, y otros más relacionados con las apreciaciones particulares como la autonomía, la satisfacción sexual y el autoconcepto físico.

En la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...*, se priorizaron las apreciaciones individuales sobre la satisfacción, el disfrute con la vida y el bienestar sexual. En la pregunta *¿Qué tan satisfecho está con su vida?*, sobresalió la percepción de estar moderadamente satisfecho (40 de cada cien personas de 18 años de edad o más), seguido de aquellos que expresaron estar totalmente satisfechos con su vida (31 de cada cien personas). Mientras que sólo siete de cada cien dijeron estar totalmente insatisfechos (gráfica 42).

Al desagregar esta misma pregunta por variables sociodemográficas se puede observar que la edad en la que las personas manifestaron sentir mayor satisfacción con la vida fue el periodo entre los 35 y los 54 años. Mientras que, como puede verse en la gráfica 43, el nivel de escolaridad no pareció



## GRÁFICA 42

 38. ¿QUÉ TAN SATISFECHO ESTÁ CON SU VIDA?  
 (PORCENTAJES)


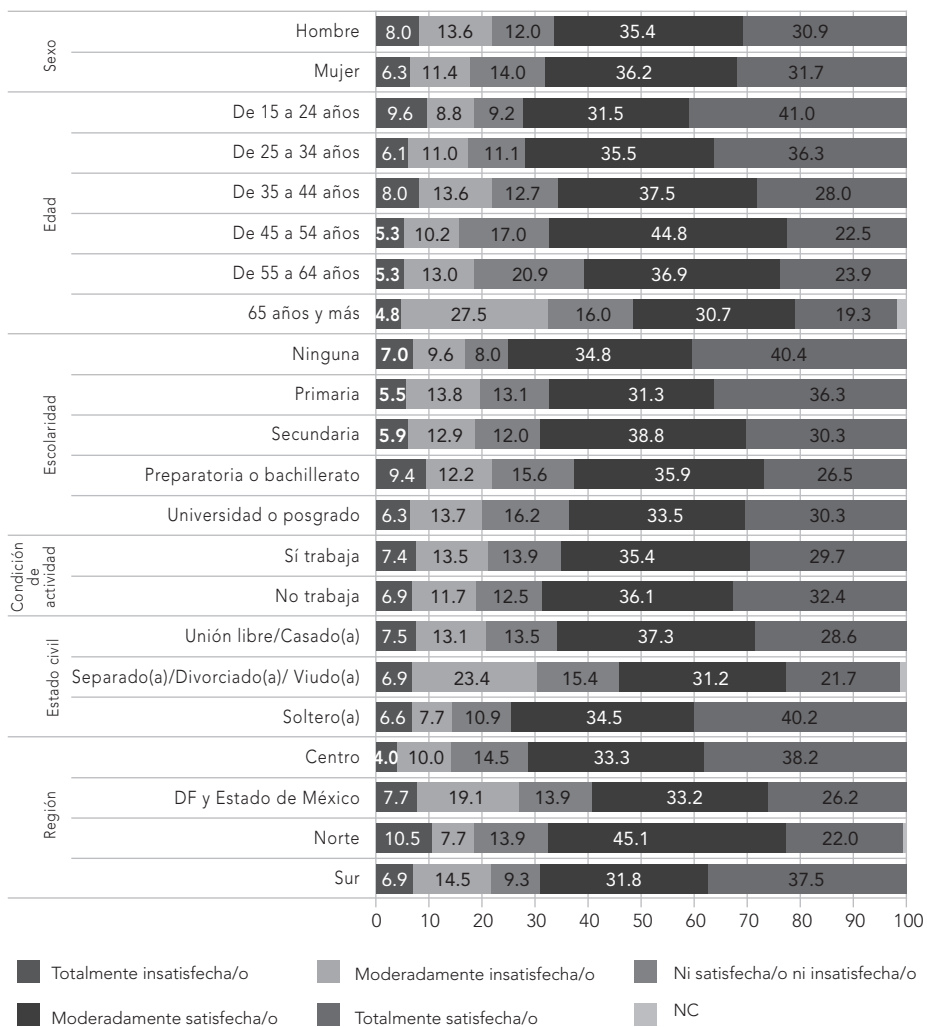
Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

tener un efecto importante y tampoco la condición laboral. Sin embargo, una vez más, el estado civil apareció como un elemento relevante. Los separados, viudos o divorciados tuvieron una leve diferencia con aquellos que manifestaron estar casados o en unión libre, en tanto que manifestaron sentirse menos satisfechos que el promedio. La variable regional, por otro lado, se mostró como un componente importante, dado que las personas que viven en el norte del país fueron las que señalaron sentir mayor satisfacción.

Otra de las preguntas sobre satisfacción vital fue *¿Qué tanto disfruta la vida?* Sorprendentemente, 71 de cada cien mexicanos mayores de 18 años expresaron disfrutarla bastante o mucho, contra sólo 9.6 por ciento que respondió que no la disfruta nada o muy poco (gráfica 44).

## GRÁFICA 43

### 38. ¿QUÉ TAN SATISFECHO ESTÁ CON SU VIDA? (PORCENTAJES)

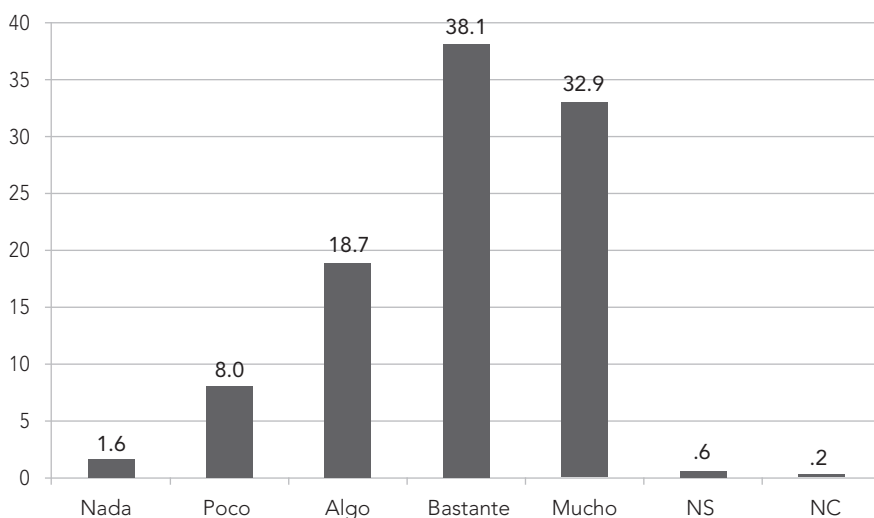


Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.



## GRÁFICA 44

39. ¿QUÉ TANTO DIRÍA QUE DISFRUTA SU VIDA?  
(PORCENTAJES)



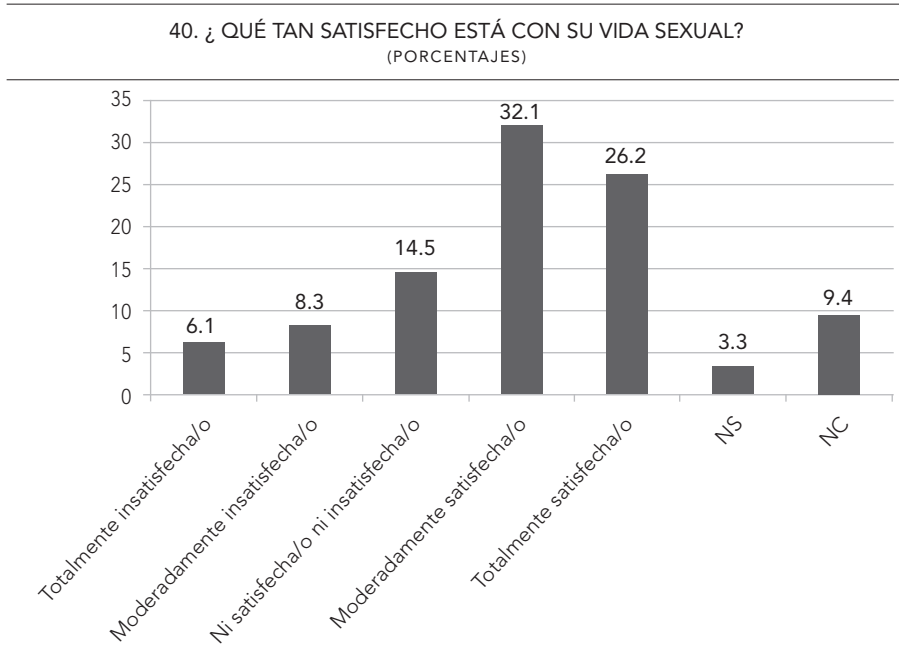
Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

Es importante mencionar que la valoración de los niveles de satisfacción vital de los individuos tiene incidencia directa en los estados de salud de las personas. “Los estudios han mostrado que una buena autopercepción se relaciona con una mayor sobrevivencia, mientras que la negativa se vincula con un mayor nivel de mortalidad” (Mladislavovna y Cuevas, 2008: 391).

La satisfacción sexual, por otro lado, es considerada como uno de los aspectos que mayor satisfacción vital puede proporcionar tanto a hombres como a mujeres. En esta dimensión particular, se encontró que 32 por ciento de las personas dijo estar moderadamente satisfecho, mientras que 14 por ciento expresó estar totalmente insatisfecho o moderadamente insatisfecho. Únicamente 26 por ciento manifestaron estar totalmente satisfechos con su vida sexual. Lo más interesante al observar la información desagregada por características sociodemográficas es que tanto hombres como mujeres (entre los 15 y los 64 años) expresaron estar moderadamente satisfechos; siendo los separados, viudos y divorciados los que mayor insatisfac-

ción señalaron contra los solteros que dijeron sentirse más satisfechos (gráficas 45 y 46).

**GRÁFICA 45**



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

## REDES DE APOYO Y CUIDADORES PRIMARIOS

El apoyo social es una de las dimensiones fundamentales en el mantenimiento de la salud de los individuos, en tanto el grado de integración o de aislamiento puede definir las posibilidades de adherencia a un tratamiento, aumentar las posibilidades de sobrevivir y disminuir los estados de estrés por enfermedad.

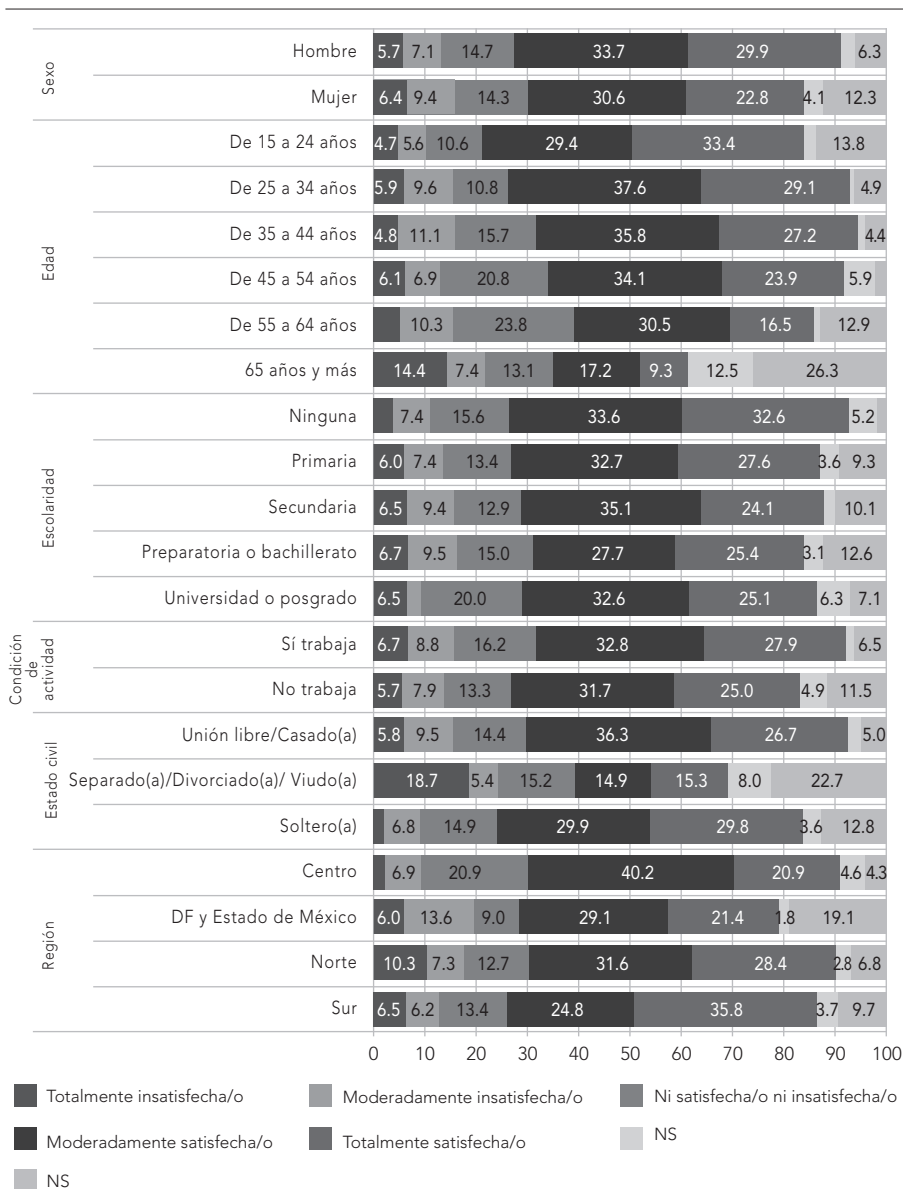
El apoyo social puede proporcionar al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo hace sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente. Esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí





## GRÁFICA 46

### 40. ¿QUÉ TAN SATISFECHO ESTÁ CON SU VIDA SEXUAL? (PORCENTAJES POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ-UNAM, 2015.

mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés (Barra, 2014: 239).

Este tema retoma uno de los postulados más importantes de la salud pública, según el cual la respuesta a las necesidades y problemas de salud no involucra únicamente a la organización del sistema de salud sino a un conjunto de actores e instituciones que deberían actuar de forma colaborativa y coordinada. En este sentido, las redes sociales (de amigos, vecinos, organizaciones de distinto tipo) y el soporte familiar son dimensiones fundamentales al momento de evaluar CVRS.

Sobre este punto, la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* indagó por la necesidad de cuidado de algún miembro de la familia, a lo que 90 por ciento de los entrevistados respondió que no viven con personas que requieren de cuidados especiales por parte de algún miembro de la familia. Sin embargo, como era de esperarse en las personas de 65 años o más, esta respuesta fue diferente: 24 de cada cien personas entrevistadas en este rango de edad manifestaron necesitar cuidados y fueron especialmente las mujeres las que aceptaron la presencia de esta necesidad, lo que no sorprende porque, como ya lo han mostrado distintos estudios, son ellas las cuidadoras primarias por excelencia.

El perfil típico del cuidador principal es ser mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (madre, hija o esposa) y que convive con la persona que cuida. Las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clase social baja conforman el gran colectivo de cuidadoras (Rivera, Dávila y González, 2011: 28).

Los entrevistados tampoco expresaron una afectación en sus ingresos como consecuencia del cuidado de algún familiar. Como puede verse en la gráfica 48, sólo siete de cada cien personas dijeron ver afectados sus ingresos algo, bastante o mucho. La mayoría (60 por ciento) dijo no ver afectada su salud o la del posible cuidador por estar a cargo de alguien más. En este punto es importante resaltar que el envejecimiento de la población y el incremento de las tasas de supervivencia por enfermedad crónica, ha elevado el número de personas dedicadas al cuidado de familiares enfermos, lo que

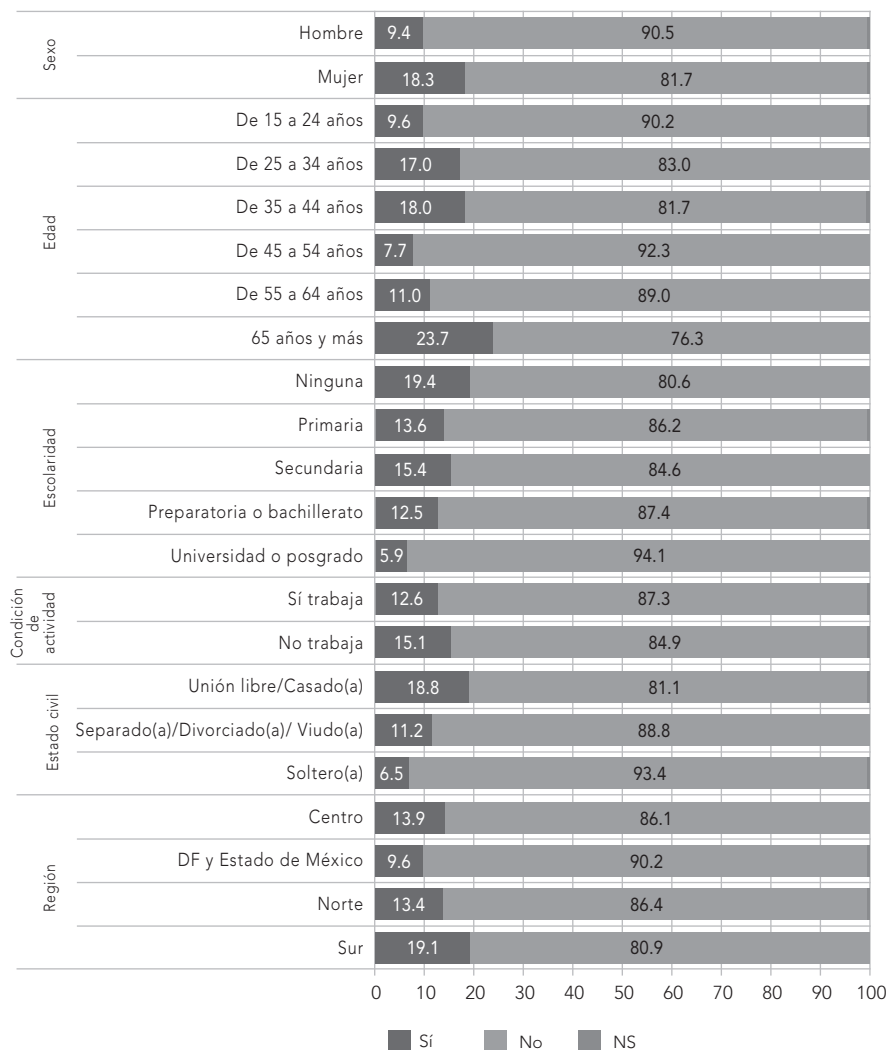






## GRÁFICA 47

47. ¿ALGUNO DE SUS FAMILIARES O DE LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE NECESITA QUE USTED O ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA SE DEDIQUE A CUIDARLOS?  
(PORCENTAJES)

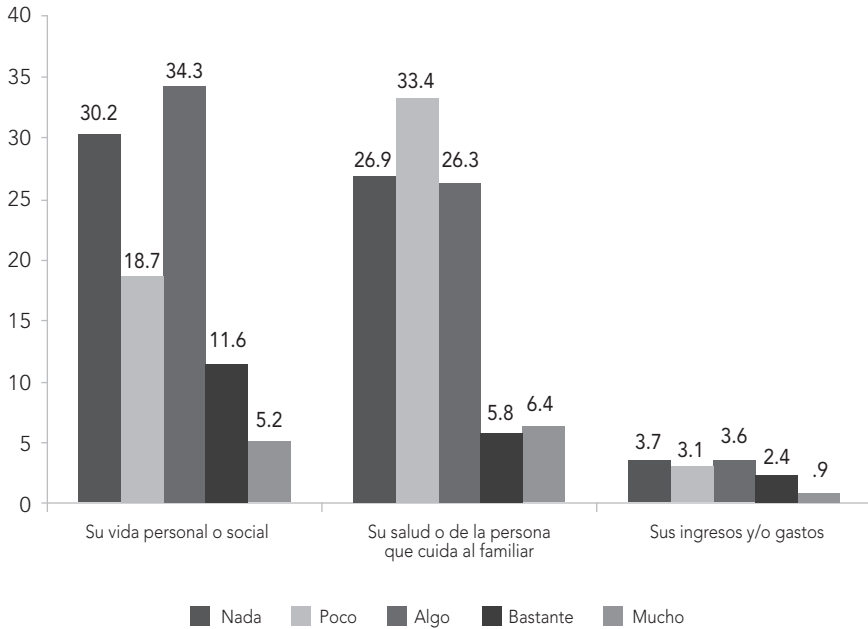


Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ-UNAM, 2015.

muestra la necesidad de indagar más sobre este tema en investigaciones futuras, dado que llama la atención que tan pocas personas manifestaran sentir afectada su vida por estar al cuidado de algún familiar (gráficas 47 y 48).

**GRÁFICA 48**

48. ¿QUÉ TANTO LE AFECTA A USTED O A SU FAMILIA ESTA SITUACIÓN EN...? (PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ-UNAM, 2015.

**CONCLUSIONES**

Esta aproximación al tema de calidad de vida relacionada con la salud muestra que pese a los problemas reales de pobreza<sup>1</sup> y desigualdad, al deterioro

<sup>1</sup> Según los resultados de la medición de la pobreza multidimensional proporcionados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) para 2012, 45.5 por ciento de la población mexicana (equivalente a 53 millones de personas, 500 000 más que en 2010), viven en la pobreza.



de la seguridad pública y a las limitaciones del sistema de salud, la percepción de los mexicanos sobre CVRS suelen ser buena o muy buena. No cabe duda que esta valoración sobre el estado de salud que prevalece puede ser un factor protector y favorecer las acciones preventivas. En términos prácticos la CV incorpora dimensiones como la satisfacción de necesidades básicas, la autonomía, la funcionalidad, salud física y mental y las redes de apoyo social.

Las tendencias mostradas en la Encuesta Nacional sobre Salud dan pie a suponer que la valoración de la satisfacción vital en los mexicanos pasa fundamentalmente por no tener obstáculos físicos y/o emocionales para el desempeño de las actividades cotidianas. Sin embargo, se sabe que en esta perspectiva se conjugan fenómenos más complejos, debido a que en contextos de alto rezago social no se suelen priorizar o reconocer fácilmente los padecimientos de salud, porque la prioridad es resolver lo inmediato, la sobrevivencia cotidiana (Castro, 2002). Estos temas, que por supuesto deberán ser profundizados, dejan abiertas preguntas como: ¿qué aspectos influyen en la construcción del concepto de calidad de vida que tienen los mexicanos?, ¿en qué situaciones las personas sienten haber perdido condiciones de salud?, ¿de qué manera atribuyen los sujetos sentido a sus experiencias de salud-enfermedad?, ¿cómo están resolviendo las personas sus necesidades de salud física y emocional?

También es interesante que los problemas emocionales no fueran señalados como limitantes importantes de las actividades cotidianas por la mayoría de los entrevistados. Éstas son apreciaciones que deberán ser rastreadas con mayor detenimiento, debido a que cuando algunas dimensiones fueron desagregadas según características sociodemográficas aparecieron algunos datos que merecen especial atención. Por ejemplo, al revisar las apreciaciones según el estado civil y la edad, fueron los separados, divorciados y viudos y los mayores de 65 años quienes manifestaron mayor afectación de sus actividades cotidianas. Esto hace suponer que algunos padecimientos físicos y emocionales (como la ansiedad) podrían estar relacionados con el estado civil y el anímico (Cobo-Sánchez, 2011). También llama la atención que, además del grupo antes mencionado, las personas con mayor nivel educativo (con estudios de posgrado) también manifestaran sentir afectadas sus actividades cotidianas debido a problemas emocionales.

Este análisis deja claro que el estudio de las percepciones, experiencias y vivencias sobre la calidad de vida relacionada con la salud que tienen los mexicanos, debe involucrar un conjunto de dimensiones individuales, familiares, sociales, educativas, laborales, sexuales, etcétera, en las cuales se tendrá que profundizar. También es evidente la pertinencia del tema en las agendas de investigación, debido a que estas distintas apreciaciones sobre la funcionalidad o limitaciones físicas, psicológicas y sociales impactan directamente en el uso que se hace de los servicios de salud y en el éxito que pueden tener las intervenciones en los distintos niveles de atención.





# CONDUCTAS DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Mario Enrique Rojas Russell\*

133



Entre los determinantes proximales de la salud, los hábitos que conforman el estilo de vida tienen un papel principal. La evidencia científica es abundante y consistente respecto al papel que los llamados *comportamientos relacionados con la salud*, de riesgo o de protección, juegan en la carga de la enfermedad, particularmente de los padecimientos crónicos o las enfermedades no transmisibles (Lim *et al.*, 2012). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado una matriz de cuatro por cuatro para relacionar las principales enfermedades no transmisibles (ENT) en el nivel mundial asociadas causalmente a comportamientos de riesgo. Las cuatro ENT que conforman la matriz son las enfermedades cardiovasculares (ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma) y la diabetes. Los cuatro factores de riesgo con los que se relacionan estas enfermedades en la matriz son el tabaquismo (activo y pasivo), la inactividad física, el uso nocivo de alcohol y la dieta inapropia-

\* Investigador de la Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédica de la Facultad de Medicina de la UNAM.



da, particularmente la ingesta excesiva de sodio (Organización Mundial de la Salud, 2015).

A estos cuatro comportamientos se pueden añadir otros que van desde los relativamente simples, como lavarse las manos y cepillarse los dientes, hasta comportamientos más complejos como seguir una dieta, hacer ejercicio, o incluso comportamientos episódicos más que continuos como realizarse pruebas de tamizaje, vacunarse o hacerse valoraciones médicas periódicas.

Con base en esta consideración, en la encuesta de *Los mexicanos vistos por sí mismos...* se exploraron las prácticas relacionadas con el estilo de vida sobre algunos de estos comportamientos. Las campañas informativas patrocinadas por el Estado, así como las normas de publicidad de una variedad de productos y servicios han enfocado su interés en transmitir un mensaje sobre la conveniencia de practicar o abandonar un conjunto de comportamientos ("come frutas y verduras", "haz deporte", "fumar es nocivo para la salud", "por tu salud, muévete", etcétera). El cuadro 13 ofrece información sobre el posible impacto que éstas y otras estrategias pudieran haber tenido sobre el consciente colectivo. Se pidió a los entrevistados que expresaran jerárquicamente sus creencias sobre los beneficios para la salud de un conjunto de acciones para las cuales existe evidencia epidemiológica de una asociación con ella (cuadro 13).

Se puede ver que, efectivamente, comer frutas y verduras son identificadas como dos de las principales recomendaciones que se asocian a mejores beneficios sobre la salud. De los entrevistados 70 por ciento ubicó en la posición 1, 2 o 3 a "comer verduras" y 51 por ciento a "comer frutas" como las acciones más benéficas. En tercer sitio, con 47 por ciento, se situó "tomar agua". En cambio, "fumar tabaco", "tomar alcohol" y "tomar refresco" fueron ubicadas en uno de tres últimos sitios, con 85 por ciento para tabaco y alcohol y 61 por ciento para refresco. Llama la atención la posición que ocupó "practicar algún deporte o realizar actividad física": solamente 15 por ciento de las personas la colocó entre las posiciones 1 a 3 como las acciones que más beneficios aportan para la salud y 31 por ciento le asignó la posición número siete.

Estas cifras podrían aproximarnos indirectamente a la intención de las personas para llevar a cabo estas conductas. Sin embargo, suele existir un

**CUADRO 13**

26. DE LA SIGUIENTE LISTA ENUMERE DEL 1 AL 11 CONSIDERANDO EL NÚMERO 1 LO QUE MÁS BENEFICIA Y EL 11 LO QUE MENOS BENEFICIA SU SALUD.  
(PORCENTAJES)

Conducta \ Importancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Comer verduras	41.6	16.6	12.4	9.3	7.8	3.6	3.1	1.6	1.2	1.4	1.4
Comer 3 veces al día	16.4	12.1	15.5	17.3	12.5	9.1	4.8	4.3	4	1.9	2.1
Tomar agua	11.2	10.6	25.3	15.7	9.1	8.9	6.5	5.9	2.8	2.3	1.7
Desayunar	8.9	12.6	10.9	15.8	16.8	12.3	9	6.5	4.5	1.7	1
Comer frutas	7.6	28.8	14.5	11.7	16.1	8	5.8	1.9	3.5	1.5	0.6
Dormir 8 horas	5.2	7.1	7.1	6.9	15.5	28.3	13.1	6.9	6.6	1.9	1.4
Practicar algún deporte o realizar actividad física	3.9	6.5	4.8	7.5	9.1	12.7	30.7	15	5.7	1.8	2.3
Comer carne	2.8	1.4	4.1	4.8	6.7	9.6	15	36.5	9.6	4.5	5
Tomar alcohol	2.1	2.6	0.9	3.8	0.7	1.1	1.7	2	6.4	31.5	47.2
Fumar tabaco	1.4	0.9	1	1.8	1.7	1.8	2.6	4.2	7.7	44.8	32.1
Tomar refresco	0.5	1.4	2.8	4	3.7	4	8.3	14.6	48.1	8.2	4.4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJU-UNAM, 2015.

vacío entre la expresión de una intención y la realización del comportamiento (Schwarzer, Lippke y Luszczynska, 2011), ya que éste está sujeto además a otros factores como, por ejemplo, la accesibilidad y la disponibilidad de los medios o recursos para realizarlos.

Con esta consideración, se preguntó acerca de la frecuencia de la realización de las mismas 11 acciones (cuadro 14); “desayunar” y “tomar agua” aparecieron como las conductas de práctica más frecuentes con 84 y 80 por ciento, respectivamente. Además, 64 por ciento reportó “comer verduras” y “comer frutas” muchas veces o siempre, lo cual se acerca a la prioridad que se le concedió a ambas conductas como benéficas para la salud; sin embargo, éste puede ser un caso de la distancia que suele existir entre la expresión de una intención para la realización de una acción y su auténtica puesta en práctica. Además, es probable que este dato esté sobreestimado. Es decir, el consumo frecuente no significa necesariamente que se cumpla con los requerimientos diarios. En un estudio hecho con escolares mexicanos, se encontró que sólo 34.4 por ciento de los niños entre 6 y 12 años de edad







cumplía apropiadamente con los requerimientos diarios de frutas y verduras (Jiménez-Aguilar *et al.*, 2014).

Por otra parte, tomar refresco fue reportada como una conducta muy frecuente en casi 39 por ciento de la población, siete puntos por arriba de hacer ejercicio. La aportación a la ingesta calórica con la que contribuye el consumo de bebidas azucaradas está bien documentada, así como su papel en la etiología de la obesidad, particularmente en los menores de edad (Araneda, Bustos, Cerecera y Amigo, 2015; Brownell *et al.*, 2009; Jiménez-Aguilar, Flores y Shamah-Levy, 2009; Woodward-López, Kao y Ritchie, 2011). El incremento de la tasa impositiva a las bebidas con alto contenido calórico para inhibir su consumo debe acompañarse con estrategias que promuevan el consumo de agua simple como parte de un esquema integral para combatir la obesidad (Brownell *et al.*, 2009).

Sobre la actividad física, casi 30 por ciento de la población indicó nunca o raras veces practicar alguna actividad de este tipo. El dato es preocupante dado el papel protector para la salud que se le confiere al estilo de vida físicamente activo.

Del mismo modo, casi 54 por ciento reportó no fumar nunca, dato cercano a 52 por ciento de nunca fumadores reportado por la ENA 2011<sup>1</sup> (Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2012a). Tampoco toma alcohol 38 por ciento, porcentaje 9.5 puntos por arriba de lo reportado por la ENA 2011 (Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2012b).

## TABACO

Los riesgos del consumo habitual de tabaco, tanto pasivo como activo, están bien documentados (Samet, 2002). Fumar es un factor de riesgo principal para diferentes formas de cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, así como para efectos adversos en la reproducción. Asimismo, la exposición pasiva al humo del tabaco, especialmente en los niños, produce efectos adversos, particularmente síntomas respiratorios

<sup>1</sup> La ENA 2011 incluyó a personas en un rango de edad de 12 a 65 años.

## CUADRO 14

### DE LA SIGUIENTE LISTA INDIQUE ¿QUÉ TAN SEGUIDO REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES? (PORCENTAJES)

Conducta	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE	NS	NC
Fumar tabaco	53.8	21.4	12.9	6.9	4.2	0.2	0.6
Tomar alcohol	38.2	33.6	22.4	4.6	1.1	0	0.1
Practicar algún deporte o realizar actividad física	14.9	22.8	28.2	15.4	17	0.3	1.4
Tomar refresco	5.5	21	34.2	25.6	13.1	0.4	0.2
Comer carne	2.3	13.9	35.9	27.1	14.5	0.7	5.6
Comer 3 veces al día	1.3	3.6	13.1	27.3	53.9	0.5	0.3
Dormir 8 horas	1.2	5.6	21.2	28.7	42.5	0.4	0.4
Tomar agua	1.1	4.4	13.4	27.6	52.5	0.8	0.2
Desayunar	1.1	2.9	10.8	24.5	59.8	0.7	0.2
Comer frutas	0.8	6.5	27.9	38.9	25.4	0.4	0.1
Comer verduras	0.3	6.8	28.4	36.7	27.4	0.3	0.1

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ-UNAM, 2015.

crónicos y cambios sutiles adversos en la función pulmonar. La prevención de su consumo, principalmente entre la población más joven, debe ser una prioridad en las políticas de salud pública.

Los datos de la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* revelaron, respecto al tabaquismo en particular, que 53 por ciento de la población ha fumado en algún momento de su vida (cuadro 15). Por género, los hombres tienen el antecedente en 50 por ciento más que las mujeres (57 vs. 38 por ciento). La edad promedio de inicio de quienes aceptaron haber fumado alguna vez en su vida es alrededor de los 17 años en ambos géneros. Sin embargo, 50 por ciento de ellos empezó antes de esa edad. Este dato es menor en 2.4 años con el reportado por la ENA 2011 como edad de inicio. Es claro que el grupo etáreo de menores de edad sigue siendo uno de los principales focos de atención para prevenir el tabaquismo.

De quienes admitieron haber fumado alguna vez en su vida, 17 por ciento se declara ex fumador y el mismo porcentaje admite consumir 11 cigari-

**CUADRO 15**

**28. ¿USTED HA FUMADO EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA?**  
(PORCENTAJES)

TABAQUISMO ALGUNA VEZ EN LA VIDA	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Sí	56.6	37.6	46.7
No	43.3	62.4	53.2
NC	.1	.1	.1
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

llos o más todos los días (cuadro 16). Nuevamente, los datos de esta encuesta discrepan de los ofrecidos por la ENA 2011. En ésta, el porcentaje reportado de ex fumadores fue de 26.4 por ciento. Una posible explicación de la diferencia puede estar en la edad mínima incluida en la ENA 2011, que fue de 12 años, a diferencia de este estudio cuyo valor de edad mínimo fue de 15 años.

**CUADRO 16**

**31. APROXIMADAMENTE, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS HA FUMADO DIARIAMENTE EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?**  
(PORCENTAJES)

FRECUENCIA	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
No fuma diario	21.3	26.1	22.9
De 1 a 5	29.7	40.8	33.4
De 6 a 10	9.3	10.4	9.7
De 11 a 20	5.2	5.4	5.3
Más de 20	14.2	6.2	11.5
Ya no fuma	20.2	11.2	17.2
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

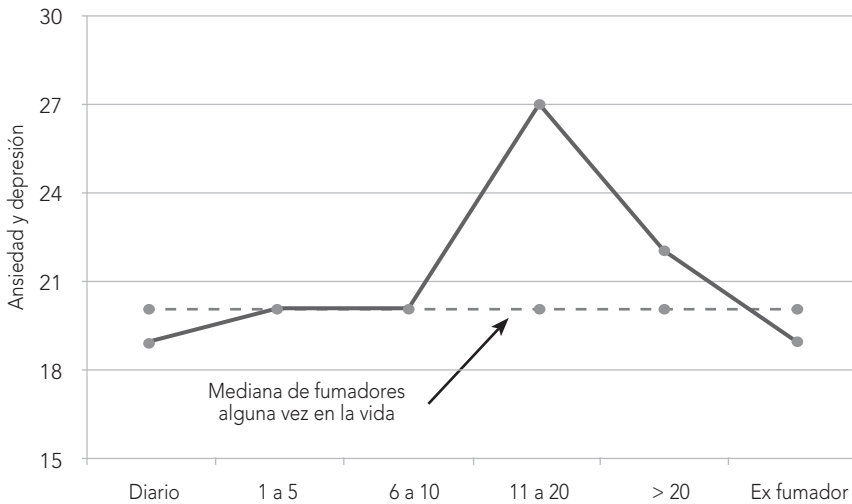
Por otra parte, se observó una relación significativa entre quienes fuman cigarrillos e indicadores de ansiedad y depresión. Quienes consumen 11 ci-



garrillos o más reportan niveles más altos de ansiedad y depresión comparados con quienes consumen menos de esa cantidad y los ex fumadores (gráfica 49). Sin poder presumir alguna relación causal, el dato confirma la comorbilidad observada en otros estudios (Trosclair y Dube, 2010). El dato pone de relieve la importancia de abordar las necesidades de las personas con problemas de salud mental, pasados y actuales, ya que tienen una gran proporción de la carga del uso del tabaco. Es necesario desarrollar estrategias farmacológicas y de consejería efectivas contra la dependencia al tabaco para los pacientes con comorbilidades de salud mental, y será necesaria la vigilancia continua de personas con depresión, ansiedad y la depresión mayor, actual y de toda la vida, para determinar si los tratamientos adaptados y los programas de control del tabaco están reduciendo el tabaquismo en esta población vulnerable (Trosclair y Dube, 2010).

**GRÁFICA 49**

**MEDIANAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN  
POR FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO<sup>2</sup>**



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

<sup>2</sup> La gráfica 49 fue elaborada a partir de la pregunta 31 y relacionada con la frecuencia de ansiedad y depresión.



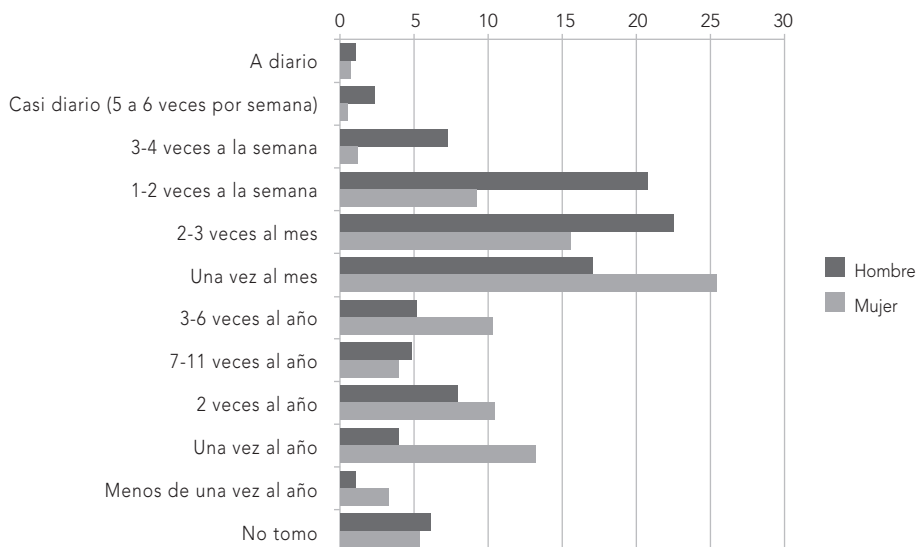
Una forma de suponer el grado de dependencia al tabaco es por medio de la dificultad de resistir la tentación de fumar. En este sentido, poco más de 18 por ciento de la población declaró que el cigarrillo más difícil de abandonar es el primero de la mañana. Este dato coincide con el de la ENSANUT 2012, en donde se encontró que 18.6 por ciento de los encuestados reportó que fumaba su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse (Gutiérrez *et al.*, 2013).

## ALCOHOL

El 62.2 por ciento de la población reconoce haber consumido alcohol en algún momento de su vida. Los hombres lo reportan con una frecuencia 36

**GRÁFICA 50**

34. ¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMÓ ALGUNA BEBIDA QUE CONTENÍA ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?  
(PORCENTAJES)



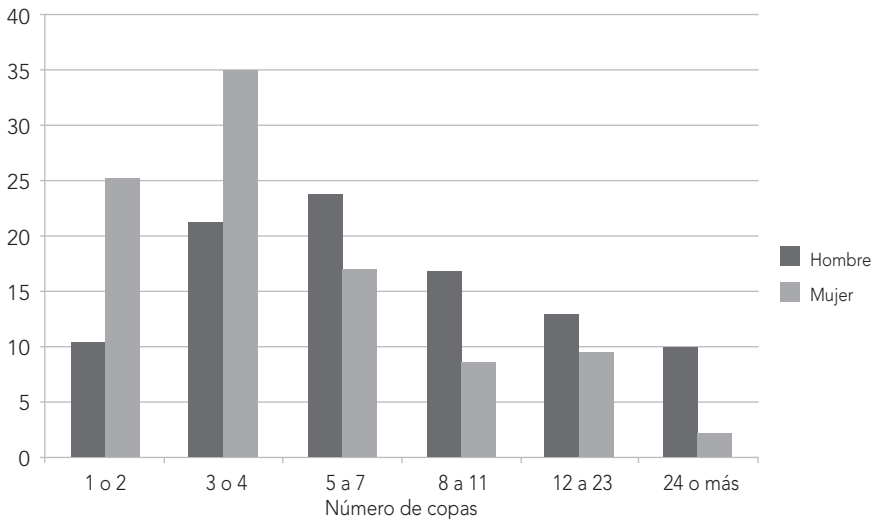
Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.



por ciento mayor que las mujeres (72.2 vs. 53 por ciento). Usando los criterios de la ENSANUT 2012 para definir esta variante como el consumo de una bebida alcohólica de forma diaria, semanal, mensual u ocasional —sin que quede clara la definición de consumo ocasional—, en el último año 88.9 por ciento de la población que ha consumido alcohol alguna vez en su vida cumple con ese criterio según *Los mexicanos vistos por sí mismos...*; al respecto, la ENSANUT reporta un porcentaje de 53.9. Es decir, existe una diferencia de 35 puntos porcentuales entre ambos estudios. Sin embargo, si el consumo se precisa a una copa al menos una vez al mes, el porcentaje de consumidores de alcohol en el país es de 62.7 por ciento, según la presente encuesta. Cifra que de cualquier modo sigue estando 9 puntos porcentuales por arriba del dato de la ENSANUT 2012. Por su parte, la ENA 2011 reporta una prevalencia de 55.7 por ciento para el consumo alguna vez en el año y de 35 por ciento en el último mes. La explicación de las discrepancias parece radicar en las diferentes formas de medir el consumo.

### GRÁFICA 51

35. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿CUÁL ES EL MAYOR NÚMERO DE COPAS QUE USTED HA BEBIDO EN UNA SOLA OCASIÓN?  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.



## CONCLUSIONES

Si bien en el plano de la posesión de la información se puede considerar que la población conoce acerca de las indicaciones para promover la salud, esto no es enteramente congruente con las acciones que realiza al respecto. El consumo de refrescos, el tabaquismo y la baja práctica de actividad física aparecen en estos datos como comportamientos altamente prevalentes y preocupantes como factores de riesgo para una variedad de enfermedades.

Los datos sugieren la existencia de una laguna entre la intención o deseo de llevar a cabo una conducta protectora de la salud —o abandonar una de riesgo— y su real ejecución. En la eventual satisfacción de las condiciones de disponibilidad y accesibilidad para promover estos comportamientos relacionados con la salud, se requieren además intervenciones sociales, grupales e individuales basadas en una perspectiva de la atención primaria a la salud que:

1. Ofrezcan información sobre el valor y la importancia de la adopción/ abandono de estos comportamientos de protección/riesgo, resolviendo posibles ambivalencias respecto a la conveniencia de llevar a cabo la conducta.
2. Estimulen la toma de decisiones para emprender la conducta mediante la identificación de las barreras y los facilitadores para iniciar su práctica, así como la promoción de acciones de planeación y organización personal para realizar la conducta.

3. Prevengan el abandono o la reincidencia y consoliden el mantenimiento de la conducta, por medio de la identificación y el manejo de situaciones asociadas al riesgo de recaídas.

Lo anterior implica disponer de una variedad de estrategias de intervención dirigidas particularmente a grupos de personas que pueden estar en cualquiera de las tres posibilidades esbozadas en el conjunto de intervenciones que acaban de describirse:

- Personas con ninguna o poca intención de cambiar.
- Personas que tienen el interés o intención de iniciar un cambio, pero que no poseen los elementos que les permitan empezar a actuar.
- Personas que ya han iniciado el cambio —o que incluso lo han abandonado— y quienes es necesario que lo mantengan.

Atrás han quedado los tiempos en los que se suponía que bastaba solamente con “concientizar” a la población para con ello conseguir un cambio de comportamiento. La investigación ha demostrado que efectivamente, la información es un componente necesario en la modificación de las conductas relacionadas con la salud, pero que su importancia es secundaria en la medida en que otros factores sociales y personales contribuyen en la toma de decisiones, así como en la realización y el mantenimiento de una conducta relacionada con la salud.







## SERVICIOS DE SALUD

Luis Durán Arenas\*

Marcia Villanueva Lozano\*\*

Adriana Zubieta Zavala\*



De acuerdo con la definición clásica de Bertalanffy (1973), un sistema puede entenderse como un conjunto de partes y sus interacciones, que se unen para un fin específico. Ésta, que es una definición simple y de fácil comprensión, resulta limitada cuando se trata de analizar los Sistemas de Salud. Entre otras posiciones que reflejan esta complejidad, la Organización Mundial de la Salud (2000), en su *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, define a los sistemas de salud como aquellos que abarcan todas las organizaciones, instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud. Por lo tanto, casi cualquier arreglo, organizado o no, es definido como un sistema de salud.

Se ha tratado de definir operacionalmente a los sistemas de salud, sobre todo por organizaciones internacionales, como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud, entendiendo que al mejorar de manera equitativa y consistente las

\* Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM.

\*\* Investigadora de la Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédica de la Facultad de Medicina de la UNAM.



condiciones de salud de la población, su calidad y expectativa de vida, se fomenta un desarrollo integral de las naciones. Esto es obviamente ambiguo y favorece que cualquier arreglo sea considerado como un sistema sin importar la efectividad del mismo.

De acuerdo con Soberón y Valdés (1991), los sistemas de salud tienen una fuerte connotación política y no sólo clínica o sanitaria. Para estos autores, los sistemas de salud implican lo que ha sido denominado “una respuesta social organizada” para contender con la intrincada problemática de la salud, de tal forma que las políticas de salud le dan sentido y cohesión a estos sistemas.

El estudio de la gestión, las políticas y los sistemas de salud implica el análisis de la evolución de sus principios, metas y objetivos y de las modalidades de organización de la provisión de servicios de salud, entre otros, con el fin de ajustarlos a las necesidades cambiantes de la población, así como a los avances tecnológicos. Esta aportación de enfoque político se ve fortalecida con lo que la OMS (2007) confirma al establecer los seis componentes que se encuentran dentro de todo sistema de salud:

1. Prestación de servicios: comprende intervenciones, personales o no, eficaces, seguras y de calidad, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan (incluida la infraestructura), realizadas con un mínimo desperdicio de recursos.
2. Personal de servicios: los sistemas de salud han de ser receptivos, equitativos y eficientes en función de las circunstancias y los recursos existentes y disponibles en número suficiente.
3. Información sanitaria: han de posibilitar la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre los determinantes de salud, el desempeño del sistema de salud y la situación sanitaria.
4. Tecnologías médicas: comprende productos médicos, vacunas y otras tecnologías de comprobada calidad, seguridad, efectividad y costo-eficacia y su utilización científicamente racional y costo-eficaz.
5. Financiamiento de la salud: han de permitir fondos suficientes para la salud a fin de que las personas puedan utilizar los servicios que necesiten y estén protegidos contra las catástrofes financieras o el empobrecimiento a que podría conducirles la obligación de pagar por estos servicios.

6. Liderazgo y gobernanza: han de permitir contar con marcos normativos y estratégicos además de facilitar la supervisión efectiva, el establecimiento de alianzas, la rendición de cuentas, las reglamentaciones, los incentivos, así como prestar atención al diseño del sistema.

## COBERTURA

Los países buscan, por medio de políticas públicas, asegurar condiciones de vida digna (WHO, 2009; OIT-OPS, 2005) y garantizar derechos. Por ello, es cuestionable referirse a la cobertura universal de manera simplista, confundiendo este término con la sencilla acción de afiliar a las personas a un seguro médico que en muchas circunstancias les es inaccesible. En un documento reciente coordinado por la OPS, se utiliza el concepto de protección universal (Figueas, 2002). Esto se da en referencia a la expresión legal de que “toda persona tiene derecho a la protección a la salud”, la cual puede encontrarse en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En el documento de la OPS mencionado, se entiende por protección social en salud a

...la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo (OPS-OIT, 2002).

Es en este sentido que la cobertura universal efectiva se constituye en una expresión o resultado de dicho concepto más amplio de protección. El término *cobertura* conviene entenderlo no solamente como la afiliación formal de las personas a un seguro o institución, o a la presencia física de establecimientos de salud distribuidos homogéneamente en un territorio, sino más bien como la capacidad de producir servicios del sistema de salud que efectivamente garanticen el acceso a servicios de calidad de forma oportuna.

A continuación presentaremos un análisis de las graves limitaciones de la conceptualización de cobertura que se ha seguido en el país y los retos que necesitamos enfrentar con mayor investigación para alcanzar una verdadera cobertura universal en salud.



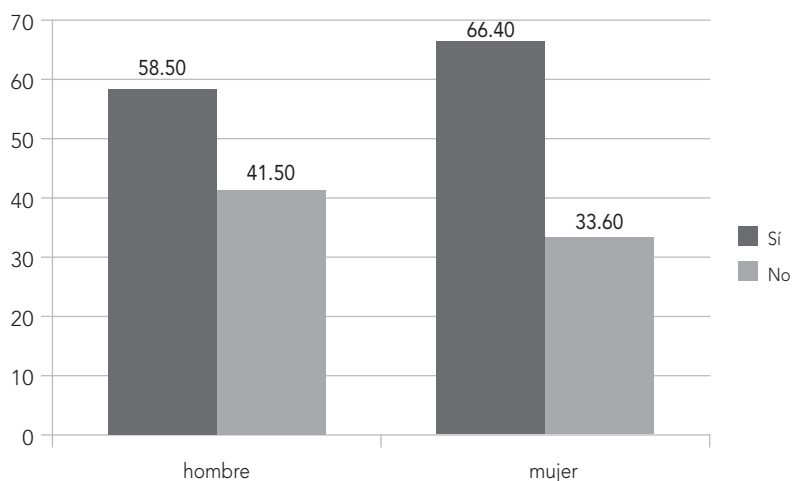


## AFILIACIÓN

En relación con la afiliación, en *Los mexicanos vistos por sí mismos...* encontramos que 37 por ciento de las personas encuestadas refieren no tener afiliación a ninguna de las instituciones públicas de salud (gráfica 52).

**GRÁFICA 52**

9. ¿CUENTA CON AFILIACIÓN A ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD?  
(PORCENTAJES)

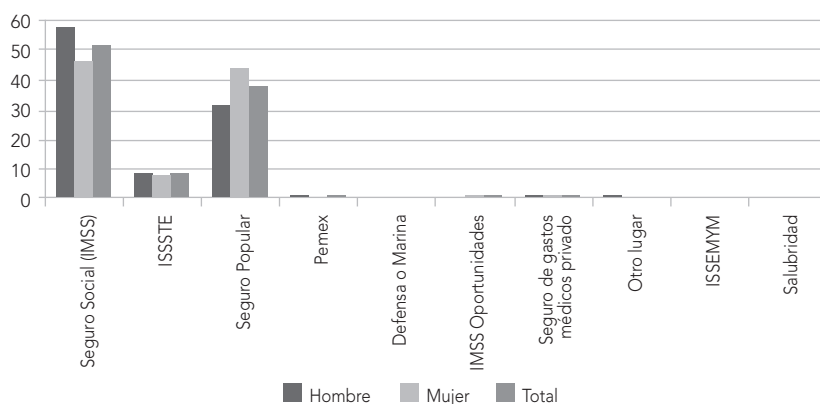


Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

De acuerdo con el CONEVAL, “la afiliación a un sistema de salud no asegura que se esté recibiendo el servicio y que, en su caso, éste sea de calidad y resolutivo”. Sin embargo, la falta de afiliación es un claro indicador de que el sistema de salud no protege a la población.

La afiliación presenta una diferencia paradójica por género: mientras que en la afiliación en general más mujeres reportan estar afiliadas que los hombres (66.4 vs. 58.5, respectivamente), esta situación se invierte en las instituciones de seguridad social, pero no en el Seguro Popular (gráfica 53).

### 10. ¿A CUÁL INSTITUCIÓN? (PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

Una posible interpretación es que el Seguro Popular ha captado mujeres en el momento de la atención del parto, además de que su sistema de afiliación se basa en los usuarios que visitan las unidades médicas y éstos son fundamentalmente mujeres y niños. Esto tiene la implicación de que a estas mujeres se les considera afiliadas por haber sido usuarias y se asume que su familia está protegida. En otros estudios realizados por el grupo de investigación involucrado en la rama de salud de esta encuesta, se encontró que un alto porcentaje de las mujeres que estaban en las listas de afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG, 2008) no sabían que eran afiliadas. Estos datos nos dejan una imagen de desprotección de la salud de la población en el país.

Sin embargo, para profundizar en esta situación es necesario, como avanza el CONEVAL:

considerar elementos de análisis que permitan identificar si la cobertura de los servicios de salud se traduce en que, al demandarlos, éstos sean otorgados y en que medida son accesibles, de calidad y corresponden a las necesidades de las y los beneficiarios (CONEVAL, 2012).



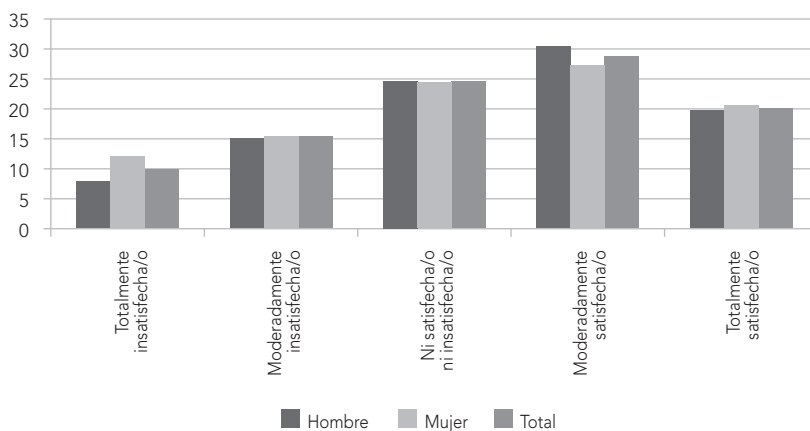
## CALIDAD Y SATISFACCIÓN

Como ya se señaló, la calidad de la atención es una medida más adecuada de la cobertura efectiva de los servicios de salud en el sistema. Idealmente, la calidad de la atención se debería de evaluar con criterios explícitos de estructura, proceso y resultados; sin embargo, en este trabajo nos restringiremos al uso de la valoración de la satisfacción de los entrevistados con selectos aspectos de la estructura (recursos humanos profesionales en salud) y del proceso de la atención.

En este sentido, en *Los mexicanos vistos por sí mismos...* observamos que 49 por ciento de los entrevistados reportó estar satisfecho con la atención recibida por el médico (gráfica 54). Este porcentaje es bajo en relación con lo observado en otras encuestas en las que alrededor de 80 por ciento de las personas reporta estar satisfecho. No se encontraron diferencias relevantes al ajustar los resultados por sexo.

### GRÁFICA 54

25. ¿QUÉ TAN SATISFECHO SE SIENTE USTED CON LA ATENCIÓN OTORGADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO ACUDE POR ALGÚN PROBLEMA? CON LA ATENCIÓN QUE RECIBE DEL MÉDICO  
(PORCENTAJES)

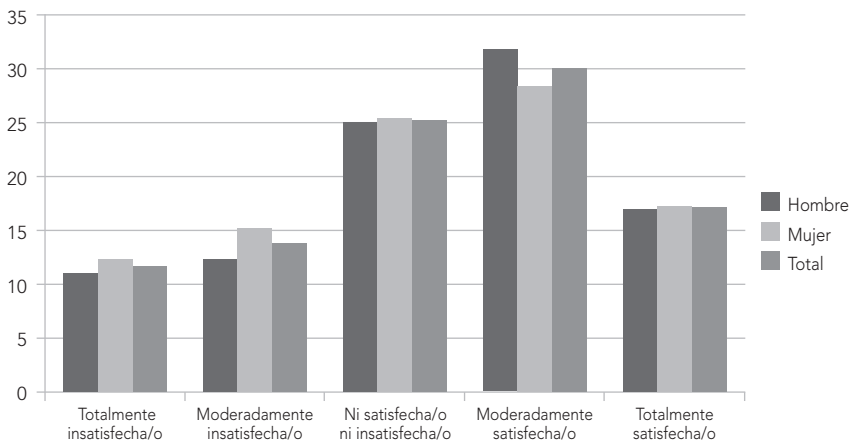


Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IIJ, UNAM, 2015.

Esta situación de baja satisfacción con los servicios recibidos se observa en relación con el personal de enfermería; en este caso sólo 47.3 por ciento de los entrevistados reportó estar satisfecho con la atención recibida (gráfica 55). En este caso existe una pequeña diferencia en la percepción de los hombres, que evalúan la atención de manera más satisfactoria en casi cuatro puntos porcentuales.

**GRÁFICA 55**

25. ¿QUÉ TAN SATISFECHO SE SIENTE USTED CON LA ATENCIÓN OTORGADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO ACUDE POR ALGÚN PROBLEMA? CON LA ATENCIÓN QUE LE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA (PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

Un indicador de resultados intermedios es la satisfacción con el tratamiento recibido. En este aspecto, 54.1 de los entrevistados señaló que está satisfecho con el tratamiento; situación que no se modifica al ajustar por sexo (gráfica 56).

Un indicador indirecto de la calidad del proceso de la atención es la duración de la consulta médica. En este sentido, observamos que 44.6 por ciento de los entrevistados consideró la duración de la consulta como satisfactoria, sin diferencias al ajustar por sexo (gráfica 57).

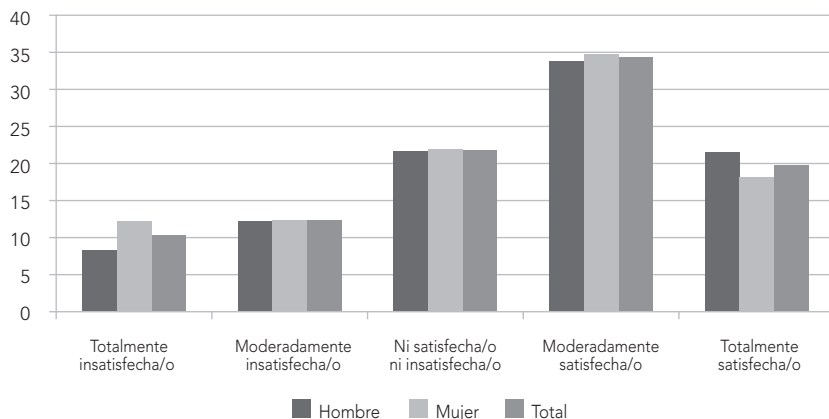






### GRÁFICA 56

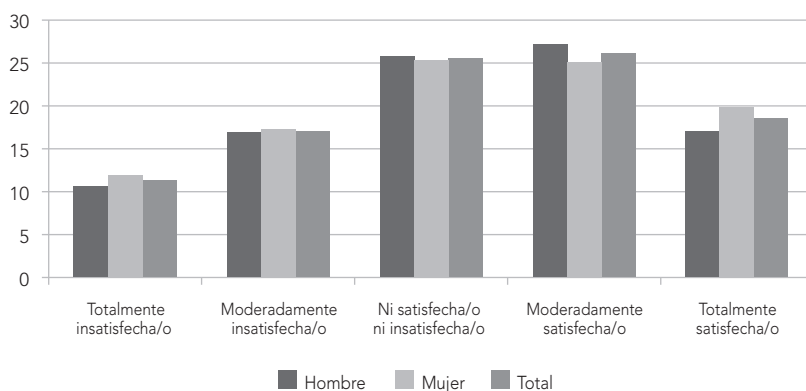
25. ¿QUÉ TAN SATISFECHO SE SIENTE USTED CON LA ATENCIÓN OTORGADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO ACUDE POR ALGÚN PROBLEMA? CON EL TRATAMIENTO QUE RECIBIÓ.  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

### GRÁFICA 57

25. ¿QUÉ TAN SATISFECHO SE SIENTE USTED CON LA ATENCIÓN OTORGADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO ACUDE POR ALGÚN PROBLEMA? CON EL TIEMPO QUE DURÓ SU CONSULTA  
(PORCENTAJES)

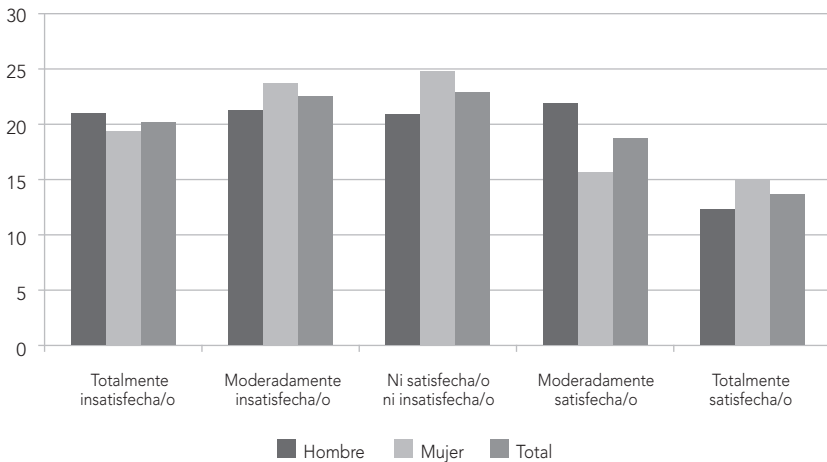


Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

De la misma manera, el tiempo de espera es un indicador del proceso de la atención que engloba aspectos tanto de acceso como de calidad. Si los entrevistados declaran un nivel de satisfacción bajo con la duración de la consulta sería de esperarse un nivel aún menor con el tiempo de espera. Los entrevistados reportan el nivel más bajo de satisfacción precisamente con el tiempo de espera, 32.4 por ciento (gráfica 58).

**GRAFICA 58**

25. ¿QUÉ TAN SATISFECHO SE SIENTE USTED CON LA ATENCIÓN OTORGADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO ACUDE POR ALGÚN PROBLEMA? CON EL TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR CONSULTA (PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

Los resultados en términos de calidad revisados hasta el momento señalan claramente que no existe una cobertura efectiva en los servicios de salud de acuerdo con la opinión de los entrevistados. Estos datos son congruentes con la evaluación de CONEVAL, así como con datos provenientes de las Encuestas Nacionales de Salud y otros estudios realizados por este grupo de trabajo (CONEVAL, 2012).





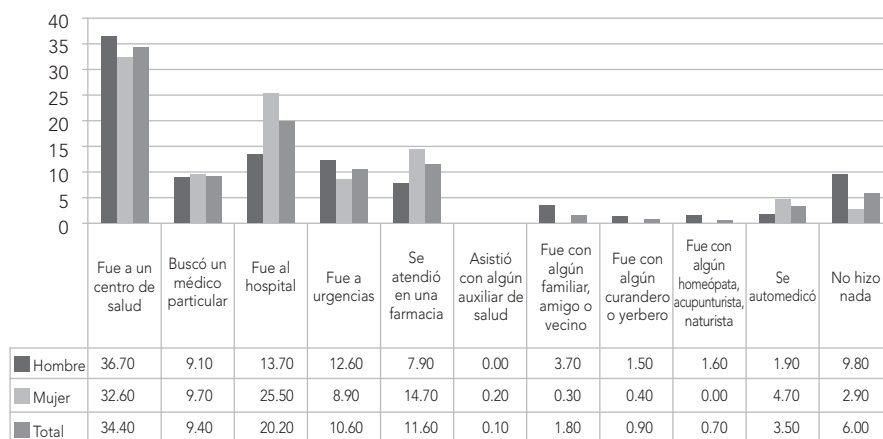
## UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

La utilización de los servicios es el medio por el cual podemos inicialmente valorar la cobertura. Como vimos, la afiliación no garantiza la entrega de servicios; es sólo cuando el derechohabiente o beneficiario usa los servicios de salud que podemos valorar la extensión con la cual los sistemas de salud protegen a las poblaciones.

Dentro de las acciones que los entrevistados reportaron como consecuencia de la percepción de la enfermedad en *Los mexicanos vistos por sí mismos...*, es importante señalar que sólo 34.4 por ciento de los entrevistados que reportó síntomas o enfermedades acudió a un centro de salud; 30.8 por ciento fue a urgencias o al hospital y recibir atención en una farmacia superó el porcentaje de los médicos particulares (11.6 y 9.4, respectivamente). Al ajustar por sexo, llama la atención que son las mujeres las que en mayor proporción asisten a los servicios de atención a la salud, son las que más asisten a hospitales y farmacias (casi el doble que los hombres) (gráfica 59).

**GRÁFICA 59**

13. ¿PARA RESOLVER ESTE PROBLEMA DE SALUD QUÉ ACCIÓN REALIZÓ?  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

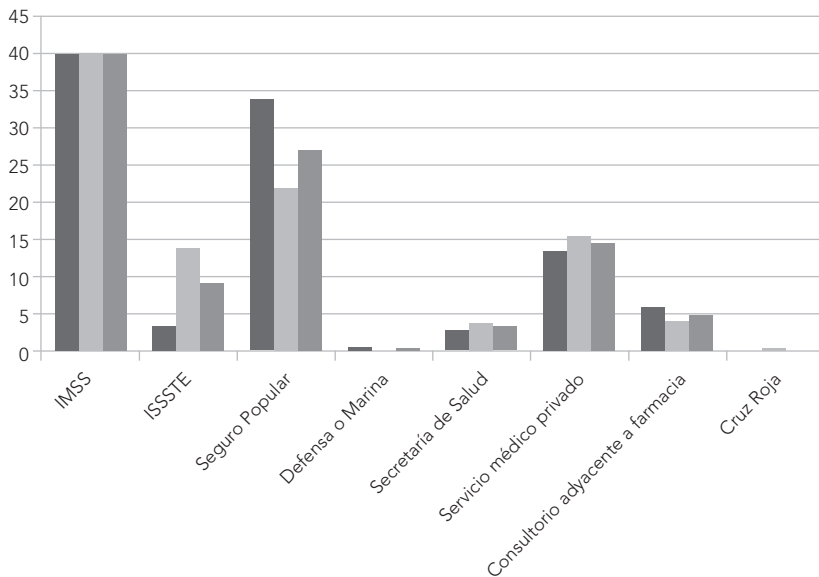


La utilización de servicios reportada por los entrevistados es mayor en la Seguridad Social, seguida por el Seguro Popular y en tercer lugar proveedores privados: 49.3 por ciento, 27.2 por ciento y 14.6 por ciento, respectivamente (gráfica 60). Si comparamos esta situación con la afiliación oficial reportada por las instituciones de salud, llama la atención que la afiliación y la utilización son muy cercanas en la seguridad social, mientras que la utilización del Seguro Popular es casi la mitad de lo esperado con una afiliación oficial que se aproxima a 50 por ciento de la población y una utilización de sólo 27 por ciento. Esto puede interpretarse como una cobertura efectiva muy limitada en este servicio.

Al ajustar por sexo no se modifican los porcentajes relativos, aunque es clara la mayor utilización de las mujeres.

#### GRÁFICA 60

14. ¿A QUÉ SERVICIO MÉDICO ACUDIÓ?  
(PORCENTAJES)

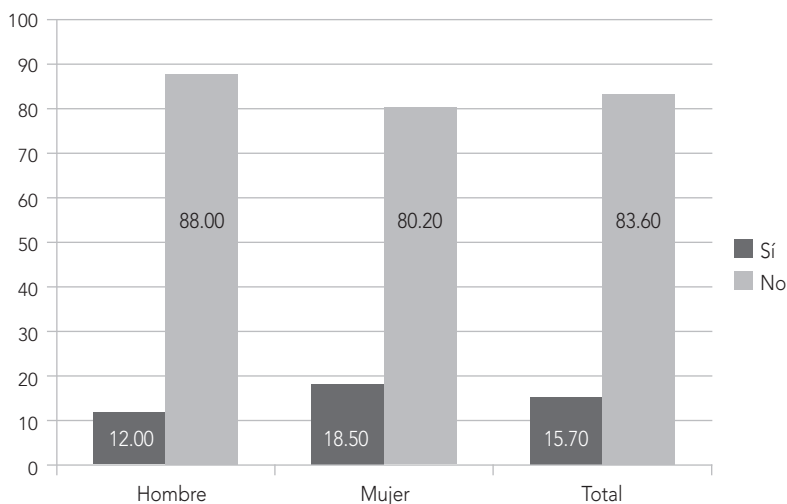


Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IUJ, UNAM, 2015.



## GRÁFICA 61

19. ¿POR ESTE PROBLEMA DE SALUD REQUIRIÓ USTED HOSPITALIZACIÓN?  
(PORCENTAJES)



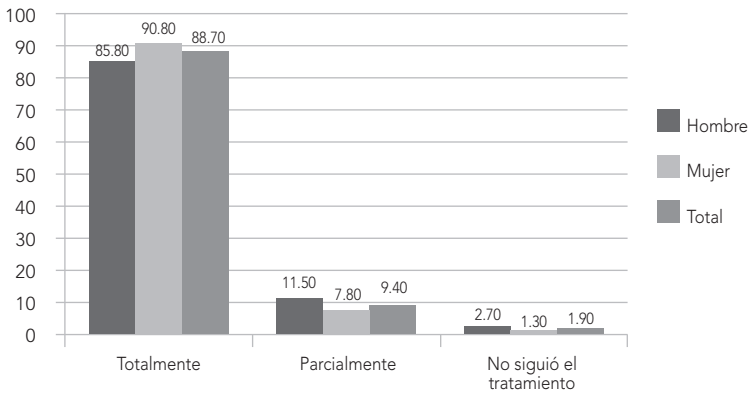
Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

Un proceso más que revela el nivel de cobertura efectiva de los servicios de salud es la percepción de los derechohabientes y beneficiarios sobre el diagnóstico y tratamiento de sus malestares. En este sentido, se reporta en esta encuesta que los diagnósticos más reportados son diabetes, gripe e hipertensión (11.3, 10.1 y 9.9, respectivamente).

Del mismo modo, 88.7 por ciento reportó que cumplió con el tratamiento prescrito (gráfica 62). En otras palabras, el apego al tratamiento es muy alto, en particular en las mujeres que reportan apego con una diferencia de cinco puntos porcentuales a favor de ellas.

**GRÁFICA 62**

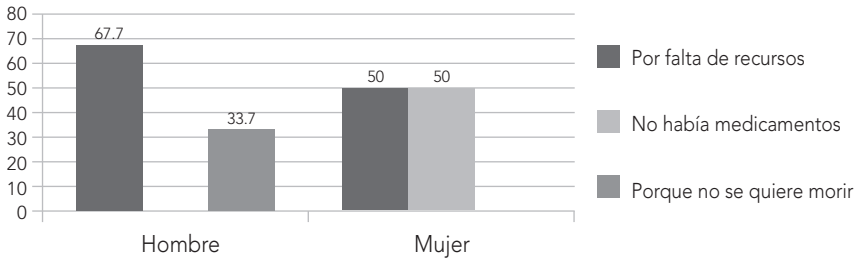
**18. ¿CUMPLIÓ USTED CON EL TRATAMIENTO QUE LE DIERON?**  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

**GRÁFICA 63**

**18.1. ¿POR QUÉ RAZÓN NO LO HIZO?**  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.



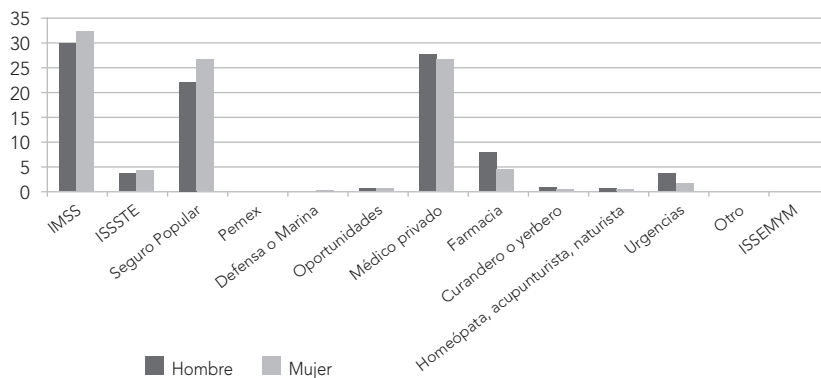


A pesar de que el porcentaje de no cumplimiento es muy bajo, la razón principal de él en 60 por ciento de los casos es la falta de recursos económicos. Llama la atención que en este caso, al ajustar por sexo, los hombres reportan más la falta de recursos que las mujeres por casi ocho puntos porcentuales.

En resumen, los datos de utilización nos señalan que no sólo la cobertura efectiva parece ser limitada, sino que la afiliación lo es y la proporción de encuestados que refieren falta de un mecanismo de protección social en salud es de un nivel mayor que el reportado por CONEVAL en la medición de pobreza realizada en 2010 (CONEVAL, 2012).

**GRÁFICA 64**

24. SI USTED O ALGUIEN DE SU FAMILIA TUVIERA LA NECESIDAD DE IR CON UN MÉDICO ¿A DÓNDE IRÍA?  
(PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJ, UNAM, 2015.

**PROGRAMAS PREVENTIVOS**

Las actividades de prevención y promoción a la salud son fundamentales en los sistemas de salud; éstas han sido recomendadas por los organismos internacionales desde la carta de Ottawa (1986), ahora apoyada por la carta de Tallin (WHO, 2008).



En México existen diferentes organismos encargados de la prevención y promoción; por ejemplo, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud es la unidad encargada de establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud, control de enfermedades, vigilancia epidemiológica, así como en materia de salud mental, accidentes y adicciones; el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (Cenaprece) es el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud responsable de conducir e implementar los programas sustantivos para la prevención y control de enfermedades, para reducir la morbilidad y mortalidad en la población mexicana; por otro lado, cada institución sanitaria cuenta con sus propios programas, por ejemplo Prevenimss o Prevenissste.

Desde 1974, México cuenta con un Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico-uterino. En 1994 México emitió una norma oficial mexicana (NOM-014-SSA2-1994) "Sobre el control y tratamiento del cáncer cérvico-uterino" que define los lineamientos a seguir en el programa nacional de tamizaje (Gutiérrez-Delgado, 2008). De acuerdo con la ENSANUT 2012, se encontró un aumento significativo en la cifra de mujeres de 20 a 65 años que acudió a un servicio médico para una prueba de Papanicolaou, ya que fue de 44.3 por ciento, en comparación de 37.1 encontrado en 2006 y 29.4 por ciento en 2000.

En la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* podemos ver en la gráfica 65 que 32.2 por ciento de las mujeres respondió que nunca se había realizado la prueba y 37.3 por ciento hacía más de un año que no se la realizaba.

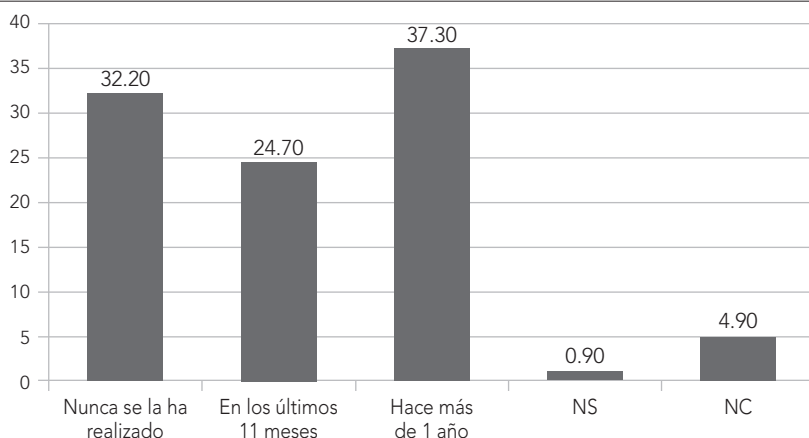
En relación con el cáncer de mama, no se ha llevado a cabo un programa efectivo de detección y tratamiento, a pesar de que éste se ha considerado un problema de salud pública desde la década de los noventa y se han generado diferentes normas. Al analizar los datos de la ENSANUT 2012, podemos ver que sólo 36.31 por ciento de las mujeres de 20 años o más acudió a exploración clínica de senos. Acerca de la mastografía, de las mujeres de 40 a 49 años sólo 15 por ciento se realizó el estudio, y de 50 a 69 años, 26 por ciento acudió a realizarse una mastografía en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta. Sin embargo, al comparar los resultados de la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...*, en la gráfica 66, podemos ver cómo 27.7 por ciento de las entrevistadas nunca se ha realizado una mastografía.





### GRÁFICA 65

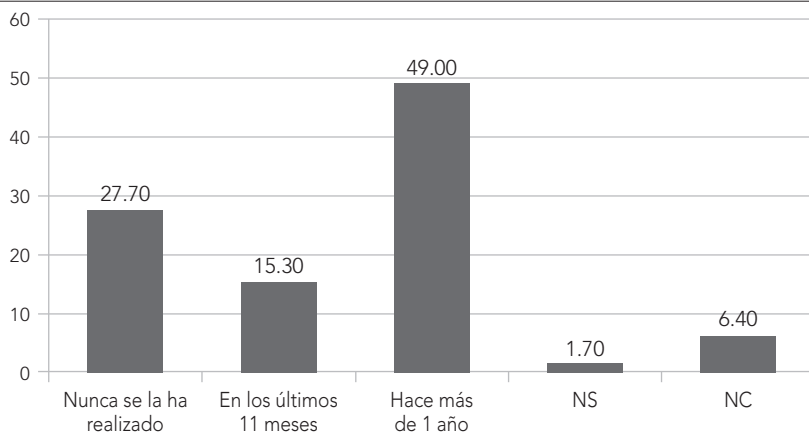
50. ÚNICAMENTE PARA MUJERES DE 18 AÑOS EN ADELANTE. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE REALIZÓ UNA PRUEBA DE PAPANICOLAOU? (PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJU, UNAM, 2015.

### GRÁFICA 66

51. ÚNICAMENTE PARA MUJERES DE 40 AÑOS EN ADELANTE. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE REALIZÓ UNA MASTOGRAFÍA? (PORCENTAJES)



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud, *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, México, Área de Investigación Aplicada y Opinión, UPEIS-FM e IJU, UNAM, 2015.

## DEFORMIDADES DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

La percepción que los ciudadanos tienen acerca de su salud está determinada tanto por sus experiencias personales como por condiciones estructurales. Por ejemplo, sus percepciones probablemente habrán sido influidas por las experiencias que han tenido respecto a la atención médica, la cual muchas veces resulta inadecuada por problemas propios del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Varios de los investigadores que participaron en el presente proyecto han expuesto en otras publicaciones (Agenda Ciudadana, 2013; López-Cervantes *et al.*, 2011) que es necesario transformar el SNS, puesto que éste es un determinante social de la salud que en lugar de mejorar las condiciones estructurales en las que se atienden los mexicanos, las compromete al menos en tres sentidos:

### EL DERECHO A LA SALUD

En el capítulo 1 del presente libro ya se expuso este tema. En el contexto de este capítulo conviene hacer una síntesis al respecto para explicar por qué consideramos que ésta es la primera deformidad del sistema de salud mexicano.

En nuestro país no existe un compromiso explícito por parte del Estado para garantizar el derecho a la salud para todos los mexicanos. El artículo 4o. de la Constitución establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud”; y en el artículo 123 establece que la seguridad social incluye atención médica, pero sólo para los trabajadores que tengan un empleo formal. Contrasta el contrato social en términos de educación; el artículo 3o. de la Constitución dice que “todo individuo tiene derecho a recibir educación. El Estado impartirá educación preescolar, primaria y secundaria” y en la fracción IV estipula que “toda educación que el Estado imparta será gratuita”.





## EL FRACCIONAMIENTO DEL SISTEMA

El sistema de salud mexicano está fraccionado. Desde los años sesenta del siglo XX se diseñó un modelo de seguridad social vinculado al empleo formal, de tal suerte que los trabajadores formales de empresas privadas tienen acceso a la atención que brinda el IMSS, los trabajadores formales de sectores específicos a servicios exclusivos para ellos (como los trabajadores del Estado, los petroleros, las fuerzas armadas, etcétera), y los trabajadores que se ubican en la economía informal o en el ejercicio libre de profesiones u oficios, al igual que los desempleados, al Seguro Popular. Paralelamente, el sector de la población más privilegiado opta por contratar seguros privados de atención médica.

Esta maraña de instituciones y mecanismos de aseguramiento de la atención médica no ha podido cumplir con la recomendación de la OMS (2000) de proporcionar una cobertura universal de atención médica para todos; por lo contrario, da lugar a una inequidad estructural entre los mexicanos. Dicha inequidad no sólo se construye a partir de las diferencias en cuanto a la derechohabencia a una u otra institución, sino también por las diferentes coberturas que ofrece cada una de ellas (cuadro 17).

**CUADRO 17**

### COBERTURA SEGÚN INSTITUCIONES DE SALUD (PORCENTAJES)

IMSS	ISSSTE	SEGURO POPULAR	SEGUROS PRIVADOS
Cobertura de 21 apartados de la CIE-10 en donde se integran 12487 diagnósticos.	Cobertura de 21 apartados de la CIE-10 en donde se integran 12487 diagnósticos.	264 intervenciones de acuerdo con datos oficiales, que cubren 1400 diagnósticos de la CIE-10	Una póliza media (20000 pesos MN anuales) da cobertura con cláusulas condicionantes a la mitad de los padecimientos que cubre la seguridad social.

Fuente: Agenda Ciudadana, 2013.

## EL ENFOQUE CURATIVO

El sistema de salud mexicano está basado en un modelo curativo y especializado. Esto quiere decir que la atención a la salud que se brinda en México

responde a una medicina basada en la práctica de especialidades y la atención hospitalaria, sin el soporte de un primer nivel con cobertura universal, con programas con un enfoque claramente preventivo y un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia. Este escenario no responde a las necesidades de salud reales de los mexicanos, determinadas en gran parte por los cambios demográficos y epidemiológicos.

A grandes rasgos, el problema que genera este modelo de atención especializada, aunado al descuido de la estructura del primer nivel de atención, es que muchas de las enfermedades crónico-degenerativas que actualmente encabezan las listas de morbilidad nacionales evolucionan a estados donde el tratamiento es muy caro y poco efectivo, mal utilizando los recursos disponibles. En lugar de suspender o retardar el curso de la historia natural de tales enfermedades en etapas incipientes con medidas propias del primer nivel de atención, como la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, los pacientes reciben atención cuando ésta resulta muy costosa y tiene pocas probabilidades de marcar un cambio favorable en el curso de la enfermedad.

Al igual que el Sistema Nacional de Salud, la formación de recursos humanos en salud de nuestro país está estructurada de acuerdo con un modelo de medicina especializada y curativa. El origen de este enfoque en la educación médica se remonta al Informe Flexner, de 1910, un documento que nació a partir de una exhaustiva evaluación de las escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá, la cual arrojó abundante evidencia acerca de la necesidad que existía de reglamentar la educación médica para que ésta tuviera sólidas bases científicas.

Las principales recomendaciones emitidas en el Informe Flexner giraron en torno al tratamiento de las enfermedades, enfocándose en dos puntos primordiales: 1) la importancia de instruir a los alumnos en el conocimiento de las ciencias biomédicas (anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, histoembriología, bacteriología y patología), y 2) la formación indispensable dentro de los hospitales para obtener experiencia clínica. En esencia, el modelo flexneriano promovió el enfoque biologicista de la enfermedad y la atención de los pacientes de acuerdo con la “departamentalización” del conocimiento clínico y las prácticas médicas especializadas (Borell, 2005).





Durante la primera mitad del siglo XX, las universidades de México y distintas escuelas de medicina de Latinoamérica se adscribieron a este paradigma, ajustando sus planes de estudio a las recomendaciones mencionadas. No obstante, los resultados no fueron tan prometedores como se esperaba, pues habían quedado inviabilizadas las dimensiones social y psicológica de la salud, así como un abordaje preventivo de las enfermedades; todas ellas indispensables para ofrecer una adecuada “atención primaria a la salud”.

Desde la década de los sesenta inició una intensa labor por la “transformación de la enseñanza” para revertir el enfoque flexneriano en la educación médica. Sin embargo, las condiciones estructurales en las que se halla la medicina hoy en día han refrenado este esfuerzo. Si deseamos transformar el Sistema Nacional de Salud de México, será preciso reorientar también la educación en la medicina, de tal suerte que los recursos humanos formados sean compatibles con los servicios médicos que la población necesita (Borell, 2005).

A manera de conclusión, es pertinente subrayar que es necesario y urgente transformar de fondo el Sistema de Salud de México, unificando los servicios para terminar con la fragmentación, tomando la atención primaria en salud como pilar fundamental y considerando a la ciudadanía como criterio legal para el derecho a la atención de la salud.

# CONCLUSIONES

Clara Bellamy Ortiz\*  
Samantha Flores Rodríguez\*  
Marcia Villanueva Lozano\*

165



El apartado de salud de la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales* nos permitió explorar la percepción que tienen nuestros connacionales acerca de su estado de salud. El análisis de resultados fue elaborado por un equipo multidisciplinario de investigadores de la Facultad de Medicina de la UNAM, que incluyó académicos expertos en medicina, salud pública, epidemiología, psicología, trabajo social, gestión y políticas en salud, sociología y filosofía de la ciencia. Esta diversidad derivó en un trabajo nutrido por múltiples enfoques interpretativos que sin duda enriquecen la comprensión de algunos de los principales problemas que moldean la salud de la población nacional.

En el presente libro se estudiaron las percepciones que tienen los mexicanos respecto a cuáles son los padecimientos que con mayor frecuencia producen enfermedad y muerte entre los mexicanos, la discapacidad como condición que atañe tanto a la esfera pública como a la privada, la calidad de vida relacionada con la salud, las opiniones y disposiciones ante conduc-

\* Investigadoras de la Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédica de la Facultad de Medicina de la UNAM.



tas de riesgo y protección, y las condiciones generales de los servicios de salud. A partir de este análisis se desprenden un par de conclusiones generales de la investigación, así como una serie de conclusiones específicas.

## CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo del análisis de los resultados de la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* sobresalieron dos grandes temas o ejes que cruzan el debate de cada uno de los capítulos: 1) los adultos mayores y el sistema de salud, y 2) la complejidad que encierra el concepto de salud.

### LOS ADULTOS MAYORES Y EL SISTEMA DE SALUD

En las últimas décadas, se ha discutido ampliamente acerca del envejecimiento de la población, ya que esta situación impacta en muchas esferas de la vida humana: la salud, la demografía, la economía, la seguridad social, etcétera. Como muestran los resultados presentados en este libro, entre las poblaciones marginadas, los adultos mayores sufren de especial vulnerabilidad ya que enferman con mayor frecuencia y gravedad que personas de otros grupos etáreos (ver capítulo 2), y por lo mismo tienen mayor predisposición a desarrollar algún tipo de discapacidad —desde la sordera hasta la pérdida de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria de manera autónoma— (ver capítulo 3), de tal manera que su calidad de vida se ve deteriorada (ver capítulo 4).

Los padecimientos que afectan de manera más severa a los adultos mayores son las enfermedades crónico-degenerativas. Al no tener cura, estos trastornos atentan contra la salud de las personas por periodos prolongados de tiempo, dañando progresivamente el organismo hasta producir la muerte. La mayor parte (si no todas) de las enfermedades de este tipo suelen relacionarse con conductas de riesgo como el tabaquismo, el sedentarismo, malos hábitos alimenticios y el abuso de sustancias nocivas como las bebidas alcohólicas (hecho que se argumenta en el capítulo 5). Asimismo, estas enfermedades progresan hacia estadios más complicados y cuya aten-

ción es más costosa en la medida en que las personas no cuentan con servicios de salud enfocados en la prevención de estos trastornos, en su detección oportuna y en la prevención de sus complicaciones, como sucede en el contexto de nuestro país.

Actualmente, el sistema de salud mexicano no está preparado para hacer frente a este escenario epidemiológico, por lo que es urgente transformar la atención que se brinda a los mexicanos (como se discute en el capítulo 6). Los esfuerzos que se realicen en esta línea deberán ser acompañados por acciones intersectoriales que apunten hacia la misma dirección, ya que la salud es un fenómeno que involucra no sólo la dimensión biomédica del individuo, sino que es, sobre todo, reflejo de las condiciones estructurales en las que viven las personas (ver capítulo 1). Esto último nos abre camino para abordar el otro gran tema que cruzó el debate de cada uno de los capítulos del presente libro: la complejidad que encierra el concepto de salud.

## LA SALUD COMO UN FENÓMENO MULTIDIMENSIONAL

Los resultados de la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* permiten problematizar el concepto de salud, pues arrojan luz sobre el hecho de que más que tratarse de un estado de bienestar físico, psicológico y social —como propone la OMS—, la salud es un fenómeno con múltiples dimensiones que está determinado sobre todo por las condiciones estructurales en las que viven las personas. Estas condiciones rebasan la noción de determinantes sociales de la salud propuesta por la OMS, la cual falla al no reconocer claramente la dimensión política de la salud (ver capítulo 1).

Es en virtud de la naturaleza compleja de este fenómeno que, en el análisis del presente estudio, se entretujan las dimensiones biológica, mental y social de la salud. En el capítulo 2, por ejemplo, en la sección de análisis de la dimensión biológica de la salud, se abordan asimismo datos que parecen más pertinentes de la dimensión social —como el uso de los servicios de salud por hospitalización y el gasto de bolsillo—, pero que al mismo tiempo están directamente relacionados con los datos meramente biomédicos que ofrecieron los entrevistados.







En el capítulo 3 también resulta evidente que la frontera entre las distintas dimensiones de la salud es poco clara. Las discapacidades afectan principalmente a las personas que, por sus condiciones materiales de vida, se ubican dentro de las poblaciones vulnerables —mujeres, pobres, indígenas, adultos mayores y personas con baja escolaridad. En este mismo sentido, llama la atención que el problema de la discapacidad ha migrado de la esfera privada (el individuo y su familia) a la pública (lo social), de la mano de discursos políticos como el de los derechos humanos. También vale la pena señalar que, entre los obstáculos discapacitantes, sobresalen aquellos de índole política y económica, con un claro enfoque en lo local, es decir, en lo situado en un contexto específico no generalizable.

Al respecto, la sección de dimensión mental del capítulo 2 es muy ilustrativa acerca de cómo la noción compleja de la salud no ha permeado en la cultura general. Al parecer, la visión dicotómica del individuo —en la que se separan mente-cuerpo y cultura-naturaleza— se mantiene en la población general en tanto que los entrevistados no consideran la esfera de lo mental en la autovaloración de su propia salud, y mucho menos toman en cuenta la esfera social. Lo anterior es compatible con la valoración que hacen también de su calidad de vida (ver capítulo 4). Bajo este panorama, no parece muy arriesgado suponer que la opinión general identifica la salud con lo biológico en respuesta al carácter hegemónico que tiene el enfoque biomédico a nivel social y cultural (Menéndez, 1992).

Las conductas de riesgo y protección representan un fabuloso ejemplo de cómo se ha invisibilizado la dimensión social de la salud (ver capítulo 5). Es por ello que ha prevalecido el discurso en el que se asumen y asignan responsabilidades individuales para lo que está mediado social y culturalmente, como son —evidentemente— los hábitos y las costumbres de las personas, que emergen del propio marco del consumismo capitalista. Esta mediación sociocultural de las prácticas ofrece explicación a la brecha que existe entre lo que las personas dicen y hacen respecto a sus propias conductas de riesgo y protección, eliminando de paso el juicio despótico de que quienes caen en este tipo de contradicciones son irracionales.

Quizás donde resulta más evidente que el fenómeno de la salud está condicionado por condiciones políticas, materiales y sociales, es en el impacto que tienen los propios servicios médicos en la trayectoria de la salud



de las personas. Los resultados de la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* revelan la ya de por sí conocida insatisfacción de la población respecto a la calidad de la atención que brindan tanto médicos como enfermeras, al tiempo de espera y a la duración de las consultas. Esta insatisfacción nos habla de que, en realidad, en México no hay una cobertura efectiva para asegurar el derecho a la protección de la salud. Así pues, resulta evidente que, como postula la OMS, el propio sistema de salud es un fuertísimo determinante social de la salud y que, en nuestro país, es urgente transformarlo en beneficio de toda la población (ver capítulo 6).

No es posible dar por concluida esta reflexión sin dejar claro que reconocer la complejidad de la salud no es una invitación a que se medicalicen<sup>1</sup> las dimensiones no biomédicas de la salud. Se trata más bien de lo opuesto: abrir espacio en todos los foros para discutir los aportes que las ciencias sociales y las humanidades pueden dar —y en efecto han dado abundantemente— respecto a la salud.

## CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

Un hallazgo recurrente durante el análisis de los resultados de la encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismos...* fue que éstos muchas veces no coinciden con los datos reportados por otras fuentes. Estas incongruencias pueden explicarse a partir de tres hechos metodológicos.

En primer lugar, existe una marcadísima diferencia entre el número de personas entrevistadas en *Los mexicanos vistos por sí mismos...* y otras encuestas donde se exploran rubros equivalentes, como la ENSANUT 2012 y el censo poblacional 2010 del INEGI. En el estudio que aquí se analiza, se entrevistaron 1 200 personas, mientras que la ENSANUT obtuvo información de 50 528 hogares en los cuales se aplicaron 96 031 cuestionarios individuales, y en el Censo de 2010 se cubrió a toda la población del país en términos ideales.

<sup>1</sup> De acuerdo con el sociólogo Peter Conrad (2005), la medicalización consiste esencialmente en definir un problema en términos médicos o utilizar una intervención médica para solucionarlo. En otras palabras, se trata de crear o construir nuevas categorías médicas con la subsecuente expansión de la jurisdicción médica.



En segundo lugar, difieren los periodos sobre los que se indagó acerca de los eventos de salud-enfermedad. Mientras que la ENSANUT preguntó por los eventos ocurridos en las dos semanas previas a la aplicación de la encuesta, en *Los mexicanos vistos por sí mismos...* se buscaron los eventos ocurridos en el último mes con el propósito de localizar un mayor número de casos positivos, aumentando así la representatividad de los resultados.

En tercer lugar, tampoco son comparativos los grupos etéreos investigados por las distintas fuentes. En *Los mexicanos vistos por sí mismos...* se estudió exclusivamente a las personas con 15 o más años de edad, lo que dejó fuera a la población infantil y eliminó a las adolescentes que tienen entre 10 y 14 años. Por lo contrario, la ENSANUT recoge información de todos los grupos de edad, sin distinción.

Es importante tomar en cuenta que un cuestionario de 50 preguntas aplicado a 1 200 personas sólo nos puede devolver un esbozo de la percepción de la salud de los mexicanos. Los resultados específicos de este estudio, por lo tanto, no pueden ser considerados de manera concluyente, ni como evidencia fuerte de las necesidades de salud de la población de nuestro país, ni tampoco como base para explicar cabalmente categorías tan complejas y profundas como, por ejemplo, la calidad de vida.

## A MANERA DE COROLARIO

Existe una tensión no resuelta en la cuestión de determinar cuál es el mejor abordaje metodológico para conocer las percepciones de los sujetos en distintos contextos generales y en el tema de la salud específicamente. Por un lado se encuentran los métodos cuantitativos, dedicados a observar la frecuencia de patrones colectivos con instrumentos de medición cerrados, como las encuestas. Por otro lado, están los métodos cualitativos, interesados más bien en adentrarse en los significados subjetivos de los actores sociales mediante aproximaciones abiertas como las entrevistas semiestructuradas. Por último, están los investigadores que defienden la posibilidad de articular ambos enfoques, aunque en la práctica casi no hay ejemplos de combinación de técnicas estadísticas complejas —regresión lineal, análisis

factorial y otras— con técnicas cualitativas sofisticadas —historias de vida, entrevistas a profundidad y demás— (Castro, 2011).

Respecto a las críticas que se han elaborado hacia los métodos cuantitativos, se argumenta que la situación de la aplicación de la encuesta es tan artificial —un individuo se limita a formular preguntas rígidas, mientras el otro se limita a elegir entre las opciones predeterminadas—, que es posible formular cuestionamientos muy sólidos sobre la validez de los datos obtenidos (Cicourel, 1982; en Castro, 2011). Por *validez* aquí nos referimos al tipo de validez interna, es decir, que la metodología aplicada estudie precisamente el objeto que se quiere estudiar, o lo que es lo mismo, que se mida lo que se quiere medir. En este sentido, conviene aconsejar que se observen los resultados del presente estudio con precaución y que cada lector se cuestione qué tipo de datos se produjeron, bajo qué margen de libertad de respuesta y cuánta profundidad se alcanzó en la subjetividad de los agentes que contestaron al instrumento aplicado.





# BIBLIOGRAFÍA

- Agenda Ciudadana de Ciencia, Tecnología e Innovación (2013), *Salud Pública. Conformar un sistema integral de salud de alta calidad para toda la población*, vol. 4. López Cervantes, M. (coord.), colaboradores: Durán, L. Rojas, M. Villanueva, M. Ramírez, A., Academia Nacional de Ciencias.
- Álvarez L. S., (2009), "Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo", *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 8 (17): 69-79.
- Araneda, J., Bustos, P., Cerecera, F. y Amigo, H. (2015), "Ingesta de bebidas azucaradas alcohólicas e índice de masa corporal en escolares chilenos", *Salud Pública Méx.*, 57(2), 128-134.
- Association, A. P. (2014), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. A. P. Association*, Arlington, VA.
- Badia, L. y Lizán-Tudela, L. (2003), "Estudios de calidad de vida", en M. Zurro (ed). *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica*, España, Elsevier: 250-261.
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza-Tobías, A., Rivera-Dommarco, J. (2013), "Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos", *ENSANUT 2012, Salud Pública de México*, 55 (2).
- Barra, E. (2014), "Apoyo social, estrés y salud", *Psicología y Salud*, 14 (2), 237-243.
- Benjet, C., Casanova, L., Borges, G., Medina-Mora, M. E. (2013), "Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad", *Salud Pública de México*, 55: 248-256.
- Bertalanffy, L. V. (1973), "General System Theory: Foundations, Development, Applications", Nueva York, George Braziller. Recuperado de <<http://www.afscet.asso.fr/resSystemica/Crete02/Guberman.pdf>>.
- Boletín Epidemiológico* (2014), Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Información, vol. 31, núm. 15, semana 15.
- Borell, R. M. (2005), "La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos", *Proceso de transformación curricular: otro paradigma es posible. Facultad de Ciencias Médicas*, Argentina, Universidad Nacional de Rosario, UNR Editora, 2005. Recuperado de <[http://cursospaíses.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/61026/mod\\_folder/content/0/2.%20Borrell\\_RM\\_La\\_Educ\\_Medica\\_en\\_Amlat\\_debates\\_centrales.pdf?forcedownload=1](http://cursospaíses.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/61026/mod_folder/content/0/2.%20Borrell_RM_La_Educ_Medica_en_Amlat_debates_centrales.pdf?forcedownload=1)>.
- Breilh, J. (2010), "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano", *Salud Colectiva*, 6(1): 83-101.





- Brownell, K. D., Farley, T., Willett, W. C., Popkin, B. M., Chaloupka, F. J., Thompson, J. W. y Ludwig, D. S. (2009), "The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages", *N. Engl J Med.*, 361(16), 1599-1605. doi: 10.1056/NEJMhpr0905723.
- Bynum, B. (2000), "Discarded Diagnosis", *The Lancet*, 356(4): 1615. doi:10.1016/S0140-6736(05)74468-8.
- Caldwell, J. (2001), "Population Health in Transition", *Bulletin of the World Health Organization. Public Health Classics*, 79(2): 159-170.
- Carta de Ottawa (1986), *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud*, Ottawa, OMS.
- Castro, R. (2002), *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, México, CRIM-UNAM.
- \_\_\_\_\_, (2011), *Teoría social y salud*, México, CRIM-UNAM: 147-163.
- Conrad, P. (2005), "The Shifting Engines of Medicalization", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, núm. 1, pp. 3-14.
- Davies, A. (1997), "Epidemiological Approaches to Disability in the Elderly from Measurement to the Projection of Need", *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique*, 35: 241-247.
- Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J., Barrera-Cruz, A. (2015), "Panorama de la obesidad en México", *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 53(2): 240-249.
- De la Espriella, R. (2007), "Homofobia y psiquiatría. Epistemología. Filosofía de la mente y bioética", *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 36 (4): 718-735.
- Diario Oficial de la Federación (DOF)*, (2011), Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad. Recuperado de <[http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/558c2c24-0b12-4676-ad90-8ab78086b184/ley\\_general\\_inclusion\\_personas\\_discapacidad.pdf](http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/558c2c24-0b12-4676-ad90-8ab78086b184/ley_general_inclusion_personas_discapacidad.pdf)>. [http://www.who.int/whr/2010/10\\_chap03\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2010/10_chap03_es.pdf)
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985), "The satisfaction with Life Scale", *Journal of Personality Assessment*, 49(1): 71-75.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT, (2012), Evidencia para la política pública en salud. Recuperado de <<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>>.
- Engels, F. (1976), *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, España, Akal: 7-336.
- Estadísticas de la OCDE sobre la salud (2014), *México en comparación*. Recuperado de <<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>>. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>
- Fernández, J. A., Fernández, M. y Alarcos, C. (2010), "Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento CIF", *Revista Española de Salud Pública*, (84): 169-184. Recuperado de <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext)>.
- Figueras, J., Musgrove, P., Carrin, G., Durán, A. (2002), "Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?", en *Gac. Sanit.*, (1): 5-17.
- Fleury, S. (1998), "Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90", *Nueva Sociedad*, 156. Recuperado de <[http://nuso.org/media/articles/downloads/2698\\_1.pdf](http://nuso.org/media/articles/downloads/2698_1.pdf)>.
- Folstein, M., Anthony, J. C., Parhad, Y. et al. (1988), "The Meaning of Cognitive Impairment in the Elderly", *J Am Geriat Soc.*, 18: 716-722.

- Fossati, A. (1992), *Todos estamos expuestos "Naturaleza humana, calidad de vida y discapacidad"*, Montevideo, CEPAL.
- Frenz, P. (2005), "Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud", *Rev. Chil. Salud Pública*, vol 9 (2): 103-110.
- Garner (1979), citado en Larsons, J. (1999), "The Conceptualization of Health", *Medical Care Research and Review*, 56 (2): 123-136.
- Gómez, A., Rubén, D. (2001), "La transición en epidemiología y la salud pública: ¿explicación o condena? / Epidemiological Transition and Public Health: Explanation or Damnation?", *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19(2): 57-74. Recuperado de <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=323900&indexSearch=ID>>.
- González, C. y Moreno, M. (2007), "Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria", *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14 (6): 422-427.
- Guedes, D., Villagra, H., Moya, J. y Pires, R. (2014), "Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(1): 46-52.
- Gutiérrez, C. (2010), "La protección financiera y el gasto de bolsillo en salud de la población mexicana 2002-2010", *Unidad de Análisis Económico con base en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos de los Hogares, 2002 a 2010*. Recuperado de <[http://www.paho.org/chil/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=135&Itemid=>](http://www.paho.org/chil/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=135&Itemid=>)>.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Hernández-Ávila, M. (2013), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*, (2a. ed.), Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Recuperado de <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=21702>>.
- Gutiérrez-Delgado, C., Báez-Mendoza, C., González-Pier, E., Prieto-De la Rosa, A., Witlen, R. (2008), "Generalized Cost-Effectiveness of Preventive Interventions against Cervical Cancer in Mexican Women: Results of a Markov Model from the Public Sector Perspective", *Salud Pública de México*, 50: 107-118
- Huber, M.; Knottnerus, J., Grren, L. et al. (2011), "How Should we Define Health?" *British Medical Journal*; 343 Recuperado de: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>
- Hunt, S. M. (1997). "The Problem of Quality of Life", *Quality of Life Research*, (6), 205-12.
- Illich, I. (1978). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Joaquín Mortiz. 385.
- ILO, WHO, (2009), *The Social Protection Floor*, Geneva, WHO.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2010), "Derechohabiencia y uso de servicios de salud. Distribucion porcentual de la población usuaria de servicios de salud según tipo de institución para cada sexo y grupo de edad". Recuperado de <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal02&s=est&c=22568>>.
- \_\_\_\_\_, (2012), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012. Recuperado de <<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/encuestanacionaldeingresosyगतosdelos hogares>>.
- \_\_\_\_\_, (2012), "Servicios de Salud. Servicios de hospitalización seleccionados en instituciones del Sistema Nacional de Salud, 1995 a 2012". Recuperado de <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal27&s=est&c=22552>>. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal27&s=est&c=22552>







- \_\_\_\_\_. (2013), "Servicios de Salud. Indicadores seleccionados de hospitalización en establecimientos médicos particulares, 1995 a 2013". Recuperado de <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal32&s=est&c=22538>>. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal32&s=est&c=22538>
- \_\_\_\_\_. (2015), "Esperanza de vida por entidad federativa (2014)". Recuperado de <<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>>.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, (2012a), *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*, México, INPRFM.
- \_\_\_\_\_. (2012b), *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol*, México, INPRFM.
- Jiménez-Aguilar, A., Flores, M. y Shamah-Levy, T. (2009), "Sugar-Sweetened Beverages Consumption and BMI in Mexican Adolescents: Mexican National Health and Nutrition Survey 2006", *Salud Pública Méx*, 51 Suppl. 4: S604-612.
- Jiménez-Aguilar, A., Gaona-Pineda, E. B., Mejía-Rodríguez, F., Gómez-Acosta, L. M., Méndez-Gómez Humaran, I. y Flores-Aldana, M. (2014), "Consumption of Fruits and Vegetables and Health Status of Mexican Children from the National Health and Nutrition Survey 2012", *Salud Pública Méx*, 56 Suppl. 2: s103-112.
- Katz, S., Frd, A. B., Moskowitz et al. (1963), "Studies of Illness in the Aged: *The Index od ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function*", *JAMA*: 185-194.
- Katz S. A., Akpon C. A. (1986), "A Measure of Primary Sociobiological Characteristics", *J Term J Health Service*: 493-507.
- Laurell, A. C. (2013), *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*, Buenos Aires, CLACSO-CROP.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., Memish, Z. A. (2012), "A Comparative Risk Assessment of Burden of Disease and Injury Attributable to 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters in 21 regions, 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", *Lancet*, 380(9859): 2224-2260. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
- López O., Escudero J., Carmona L. D. (2008), "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud (ALAMES)", *Medicina Social*, 3(4): 323-335.
- López, S., Chapela, Hernández, Cerda, Outon (2011), "La salud en México", *Pensar en el futuro de México*, México, UAM, colección Conmemorativa: 56.
- López-Cervantes, M., Durán, L., Villanueva, M. (2011), "La necesidad de transformar el sistema de salud en México", *Gaceta Médica de México*. 147: 469-7. Recuperado de <<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm116d.pdf>>.
- Lugo L. H., García, H., Gómez, C. (2008), "Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (24) 2: 37-50. Recuperado de <<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05>>.
- Madrigal de la Torre, M., Velandrino, A. y Ruzafa, M. (2010), "Evaluación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud". Recuperado de <[https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo\\_17.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf)>.

- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K. M., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A. L., Gutiérrez-Robledo, L. M., Téllez-Rojo M. M. (2013), "Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores", México, *Salud Pública Méx*, 55 suppl. 2: S323-S331.
- Marmot, M. (2011), "Social Determinants of Health. What Doctors Can Do". Recuperado de <<http://bma.org.uk/-/media/files/pdfs/workingporciento20forporciento20change/improvingpor ciento20health/socialdeterminantshealth.pdf>>.
- \_\_\_\_\_, (2005), "Social Determinants of Health Inequalities", *The Lancet*: 365.
- Martínez, C. (2008), "Abrir" la epidemiología, Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud (ALAMES), pp. 30-38. Recuperado de <<http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>>.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003), "Prevalence of Mental Disorders and Use of Services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology", *Salud Mental*, 26(4): 1-16.
- Menéndez, E. (1992), *La antropología médica en México*, 1ª ed., México, Universidad Autónoma Metropolitana: 97-113.
- Moctezuma, G. (2001), *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, 2ª ed., México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM.
- Morin, E., citado en Acurio, D. (2011), "La salud, bien público concebido en lo 'glocal'", *La salud y la vida*, 1ª ed., vol. 3, Ecuador. Recuperado de <[http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/saludyvida\\_vol3.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/saludyvida_vol3.pdf)>.
- Moyano, E. y Ramos, N. (2007), "Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule". *Universum*, 22 (2): 177-193.
- Muradás Troitiño, M., Solís Escobar, A., Sánchez Castillo, M. (2013), "Ganancias y pérdidas en la esperanza de vida por enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad". Recuperado de <[http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Ganancias\\_y\\_perdidas\\_en\\_la\\_esperanza\\_de\\_vida\\_por\\_enfermedades\\_relacionadas\\_con\\_el\\_sobrepeso\\_y\\_la\\_obesidad](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Ganancias_y_perdidas_en_la_esperanza_de_vida_por_enfermedades_relacionadas_con_el_sobrepeso_y_la_obesidad)> [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Ganancias\\_y\\_perdidas\\_en\\_la\\_esperanza\\_de\\_vida\\_por\\_enfermedades\\_relacionadas\\_con\\_el\\_sobrepeso\\_y\\_la\\_obesidad](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Ganancias_y_perdidas_en_la_esperanza_de_vida_por_enfermedades_relacionadas_con_el_sobrepeso_y_la_obesidad)
- Norma Oficial Mexicana (NOM-035-SSA3-2012), (2012), En materia de información en salud, *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de <[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012)>.
- Nussbaum, M., Sen, A. (1998), *La calidad de vida*, México, FCE.
- Omran, A. (1971), "The Epidemiologic Transition", *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4): 509-538.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2000), *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño*, Ginebra, OMS.
- \_\_\_\_\_, (2003). "Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action". Recuperado de <[https://books.google.com.mx/books?hl=en&lr=&id=kcYUTH8rPiwC&oi=fnd&pg=PR5&dq=therapeutic+adherence+costs&ots=tA2Klx\\_esT&sig=vSzmSmbSwMTQYYITgUkKjCNGoVA#v=onepage&q=therapeuticpor ciento20adherencepor ciento20costs&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=en&lr=&id=kcYUTH8rPiwC&oi=fnd&pg=PR5&dq=therapeutic+adherence+costs&ots=tA2Klx_esT&sig=vSzmSmbSwMTQYYITgUkKjCNGoVA#v=onepage&q=therapeuticpor ciento20adherencepor ciento20costs&f=false)>.





- \_\_\_\_\_. (2007), "¿Qué es la salud mental? 2015". Recuperado de <<http://www.who.int/features/qa/62/es/>>.
- \_\_\_\_\_. (2015), "Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional: 2014-2023", Recuperado de <<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>>.
- \_\_\_\_\_. (2015). Recuperado de <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>>.
- \_\_\_\_\_. (2015\*), "Preguntas más frecuentes". Recuperado de <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>>.
- \_\_\_\_\_. (2015b), "Determinantes sociales". Recuperado de <[http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)>.
- \_\_\_\_\_. (2012), "Nota descriptiva Núm. 369", Recuperado de <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>>.
- \_\_\_\_\_. (2013), "La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva Núm. 381".
- \_\_\_\_\_. (2013), "La unión hace la fuerza. Informe sobre la salud en el mundo, financiación para la cobertura universal". Recuperado de <[http://www.who.int/whr/2010/10\\_chap03\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2010/10_chap03_es.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. (2015), "Enfermedades no transmisibles". Recuperado de <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>>
- Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo (OPS-OIT), (2002), "Ampliación de la protección social en materia de salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo", documento CSP26/12.
- \_\_\_\_\_. (2005), "Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre la extensión de la protección social en salud", Washington, D.C.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), (2014), "¿Cómo va la vida en México? Informe OCDE, agosto de 2014". Recuperado de <<http://www.oecd.org/statistics/BLIpor ciento202014por ciento20Mexicopor ciento20countryrpor ciento20reportpor ciento20Spanish.pdf>>
- \_\_\_\_\_. (2013), "Health Care at a Glance, OECD Indicators", Recuperado de <[http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health\\_glance-2011-en/04/04/index.html?itemId=/content/chapter/health\\_glance-2011-32-en](http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/04/04/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2011-32-en)>.
- Orge, G., Ovedo-Arce, Pellet, L., Priego-López, A., Negrete-García, A., "Necesidades de educación para el desarrollo de programas binacionales de atención a la salud (1992)", *Salud Pública Méx.*, 34(5): 562-568.
- Palomba, R. (2002), *Calidad de vida, conceptos y medidas. Memorias de taller sobre calidad de vida y redes de apoyo a las personas adultas mayores*, Santiago de Chile, División de Población, CEPAL.
- Pearlman, R. A. Utilman, R. F., (1998), "Quality of Life in Chronic Diseases: Perceptions of Elderly Patients", *J Gerontol.*, 43: 25-30.
- Plagnol, A. C., Scott, J., (2011), "What Matters for Well-Being: Individual Perceptions of Quality of Life Before and After Important Life Events", *Applied Research in Quality of Life*, 6(2): 115-137.
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018, *Diario Oficial de la Federación*, 12 de diciembre de 2013. Recuperado de <[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013)>.

- Rivera, H., Dávila, R. y González, A. (2011), "Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar", *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, (16) 1: 27-32.
- Samet, J. M. (2002), "Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo", *Salud Pública Méx*, 44 Suppl. 1: S144-160.
- Sánchez-Castillo, C. P., Pichardo-Ontiveros, E., López P. (2004), "Epidemiología de la obesidad", *Gac. Méd. Méx.*, vol.140, supl. núm. 2.
- Schwartzmann, L. (2003), "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales", *Ciencia y Enfermería*, (IX) 2: 9-21. Recuperado de <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_abstract)>.
- Schwarzer, R., Lippke, S. y Luszczynska, A. (2011), "Mechanisms of Health Behavior Change in Persons with Chronic Illness or Disability: the Health Action Process Approach (HAPA)", *Rehabil Psychol*, 56 (3): 161-170. doi: 10.1037/a0024509.
- Secretaría de Salud (SSA) (2010), *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*, México, Gobierno Federal.
- \_\_\_\_\_, *Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos*, vol. III, núms. 23-32. Recuperado de <<http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/estadisticas.html>>.
- \_\_\_\_\_, "Egresos hospitalarios, 2008-2012". Recuperado de <<http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/serviciosotorgados.html>>.
- \_\_\_\_\_, *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011*, (2012), Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, México.  
<http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/serviciosotorgados.html>
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (Sedesa), "Adherencia terapéutica". Recuperado de <[http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3918](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=3918)>. [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3918](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=3918)
- Sesma Vázquez, S., Pérez Rico, R., Gómez Dantés, O., *Magnitud y origen de los gastos catastróficos por motivos de salud por entidad federativa: México 2002-2003*, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Recuperado de <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7466.pdf>>. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7466.pdf>
- SINAVE/DGE/SALUD, "Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010". Recuperado de <[http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/A\\_Morta\\_por\\_ciento202010\\_FINAL\\_Juniopor\\_ciento202012.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/A_Morta_por_ciento202010_FINAL_Juniopor_ciento202012.pdf)>. [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/A\\_Morta\\_2010\\_FINAL\\_Junio\\_2012.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/A_Morta_2010_FINAL_Junio_2012.pdf)
- Spinelli, H., Urquía, M., Bargalló, M. L., Alazraqui, M. (2002), "Equidad en salud: teoría y praxis", Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Recuperado de <<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedes.pdf>>.
- SSA, DGIS (2014), *Boletín de Información Estadística*, núm. 33, vol. LII, 2013. México.
- Starfield, B. (2012), "Primary Care: An Increasingly Important Contributor to Effectiveness, Equity and Efficiency of Health Services. SESPAS Report 2012", *Gac Saint*, 26, Suppl. 1: 20-26.





- SUIVE/DGE/SALUD, "Información epidemiológica de morbilidad. Anuario 2011", versión ejecutiva. Recuperado de <[http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/ver\\_ejecutiva\\_2011.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/ver_ejecutiva_2011.pdf)>.
- Tangalos, E. G., (1996 ), "The Mini Mental State Examination", *General Medical Practice*, Mayo Clinics.
- Testa, M. (1996), "Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes", *The New England Journal of Medicine*, (334) 13: 835-840.
- Trosclair, A. y Dube, S. R. (2010), "Smoking Among Adults Reporting Lifetime Depression, Anxiety, Anxiety with Depression, and Major Depressive Episode, United States, 2005-2006", *Addict Behav*, 35(5): 438-443. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.12.011.
- Trucco, M. (2002), "Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales", *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40, Supl. 2: 8-19.
- UNAM-Siglo XXI (2010), *Enciclopedia de conocimientos fundamentales UNAM-Siglo XXI*, 5 tomos, México, Siglo XXI/UNAM, (vol. 4: Química, Biología y Ciencias de la Salud).
- Urzúa, A. (2010), "Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales", *Revista Médica de Chile*, (138): 358-365.
- \_\_\_\_\_, (2012), "Calidad de vida: una revisión teórica del concepto", *Revista Terapia Psicológica*, (1): 61-71.
- Videra, A. y Reigal, R. "Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes", *Anal. Psicol.* [online], (29): 1141-1147. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16725574016>>.
- Vladislavovna, S., Pérez-Cuevas, R. y Reyes, H. (2008), "Autopercepción del estado de salud en climáticas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social", *Salud Pública de México*, 50(5): 390-396.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J. et al. (2013), "Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance use Disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010", *Lancet*, 382: 1575-1586. Recuperado de <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/23993280>>.
- Whitehead, M. (2000), "The Concepts and Principles of Equity and Health", *Int J Health Serv* 1992, 22 (3): 429-445. Recuperado de <<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezaspor ciento20comunicacionales/cursosDDS/cursoseng/Textospor ciento20Completo/theopor ciento20conceptspor ciento20andpor ciento20principespor ciento20ofpor ciento20equitypor ciento20andpor ciento20health.pdf>>.
- WHO, (2008), "The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth", Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Recuperado de <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf)>
- WHO-AIMS, (2013), "Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe", Washington, OPS.
- Wilkinson, R. G., Pickett, K. (2006), "Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the Evidence", *Social Science & Medicine*, 62 (7): 1768-1784.
- Woodward-López, G., Kao, J. y Ritchie, L. (2011), "To What Extent Have Sweetened Beverages Contributed to the Obesity Epidemic?", *Public Health Nutr*, 14 (3): 499-509. doi: 10.1017/S1368980010002375.

World Health Organization, (2007), "Everybody Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action", Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

World Health Organization Quality, (1995), "WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)", position paper from the World Health Organization, *Soc Sci Med*, (41): 1403-1409. Recuperado de <[http://www.who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en](http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en)>.





# SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AGEB's	Área Geoestadística Básica
AARM	Asociación Americana sobre Retardo Mental
AIIMS	Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe
AINES	Antiinflamatorios No Esteroideos
APS	Atención Primaria en Salud
AVD	Actividades de la Vida Diaria
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
Genaprece	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CIDDM	Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONSAME	Consejo Nacional de Salud Mental
CV	Calidad de Vida
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DESCA	Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DM	Discapacidad Motriz
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones
ENASEM	Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento
ENEP	Encuesta Nacional de Epidemiología y Psiquiatría
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENT	Enfermedades No Transmisibles
FIM	Escala de Independencia Funcional
FM	Facultad de Medicina
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IJ	Instituto de Investigaciones Jurídicas
IESM-OMS	Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México
IMC	Índice de Masa Corporal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía







ISSEMYM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MICS	Encuesta de Aglomerados de Indicadores Múltiples
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OIT	Organización Mundial del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
Pemex	Petróleos Mexicanos
PREVENIMSS	Programas Integrales de Salud del IMSS
PREVENISSSTE	Programas Integrales de Salud del ISSSTE
Sedesa	Servicios de Salud
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional
Semar	Secretaría de Marina Armada de México
SESA	Servicios Estatales de Salud
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSA	Secretaría de Salud
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UPEIS	Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédica
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WHODASII	World Health Organization Assessment Schedule II
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

# ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>Gráfica 1</b> Modelo de evolución de la estructura poblacional	35
<b>Gráfica 2</b> Evolución de la mortalidad proporcional en México, 1950-2008	36
<b>Gráfica 3</b> Principales causas de mortalidad en México 2013	45
<b>Gráfica 4</b> Veinte principales causas de enfermedad en México 2013	47
<b>Gráfica 5</b> Principales motivos de consulta, ENSANUT 2012	49
<b>Gráfica 6</b> Principales causas de enfermedad en el último mes	49
<b>Gráfica 7</b> Porcentaje de enfermedades en el último mes	50
<b>Gráfica 8</b> Veinte principales causas de enfermedad según anuario de morbilidad México 2013	51
<b>Gráfica 9</b> Veinte principales causas de enfermedad según datos encontrados en la encuesta	52
<b>Gráfica 10</b> Motivos de hospitalización	59
<b>Gráfica 11</b> Egresos hospitalarios por tipo de institución de salud	60
<b>Gráfica 12</b> Afiliación a instituciones de salud	61
<b>Gráfica 13</b> Afiliación a instituciones de salud	62





<b>Gráfica 14</b> Comparación entre las preguntas de ¿en dónde se atendió y dónde se atendería?	63
<b>Gráfica 15</b> Utilización de los servicios de hospitalización por fuente de información	64
<b>Gráfica 16</b> 19. 1. ¿Cuánto pagó por hospitalización?	68
<b>Gráfica 17</b> 21. ¿Además de acudir al médico realizó otras actividades no indicadas por el médico para atender su problema de salud?	71
<b>Gráfica 18</b> 21.1. ¿Cuáles otras actividades no indicadas por el médico realizó para atender su problema de salud?	72
<b>Gráfica 19</b> Prevalencia de ansiedad y depresión en la población general	76
<b>Gráfica 20</b> Prevalencia de enfermedades clasificadas con base en la ENSANUT 2012	77
<b>Gráfica 21</b> Prevalencia de acciones realizadas ante una enfermedad psiquiátrica	78
<b>Gráfica 22</b> Prevalencia de depresión en mujeres, clasificada por etapa de vida	80
<b>Gráfica 23</b> Prevalencia de depresión en hombres, clasificada por etapa de vida	81
<b>Gráfica 24</b> Percepción de salud general respecto a la escala de depresión autorreportada	82
<b>Gráfica 25</b> Prevalencia de ansiedad en mujeres, clasificada por etapa de vida	84
<b>Gráfica 26</b> Prevalencia de ansiedad en hombres, clasificada por etapa de vida	85
<b>Gráfica 27</b> Percepción de salud general respecto a la escala de ansiedad autorreportada	86
<b>Gráfica 28</b> 46.2. Indique qué tan satisfecha/ o insatisfecha/ se encuentra en los siguientes aspectos de su entorno	88
<b>Gráfica 29</b> Porcentaje de discapacidades clasificadas con base en INEGI 2010	99
<b>Gráfica 30</b> Prevalencia de discapacidad por sexo y grupo de edad	100
<b>Gráfica 31</b> Prevalencia de discapacidad reclasificada según INEGI (2010), por grupo de edad en hombres	101

<b>Gráfica 32</b> Prevalencia de discapacidad reclasificada según INEGI (2010), por grupo de edad en mujeres	102
<b>Gráfica 33</b> 1. ¿En general, usted diría que su salud es?	112
<b>Gráfica 34</b> 2. ¿Su estado de salud actual le limita realizar esfuerzos físicos moderados como caminar 30 minutos o hacer limpieza en su casa?	113
<b>Gráfica 35</b> 2. ¿Su estado de salud le limita realizar esfuerzos físicos moderados como caminar 30 minutos o hacer limpieza en su casa? (Porcentajes por grupos de edad)	114
<b>Gráfica 36</b> 3. ¿Su estado de salud actual le limita subir varios pisos por la escalera?	114
<b>Gráfica 37</b> 5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? (porcentajes por edad)	115
<b>Gráfica 38</b> 7. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto padecer dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	116
<b>Gráfica 39</b> 6. ¿Hizo menos cosas de las que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	118
<b>Gráfica 40</b> 6. ¿Hizo menos cosas de las que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? (porcentajes de edad)	119
<b>Gráfica 41</b> 8. ¿Cómo se ha sentido en las últimas cuatro semanas?	120
<b>Gráfica 42</b> 38. ¿Qué tan satisfecho está con su vida?	122
<b>Gráfica 43</b> 38. ¿Qué tan satisfecho está con su vida? (porcentajes de edad)	123
<b>Gráfica 44</b> 39. ¿Qué tanto diría que disfruta su vida?	124
<b>Gráfica 45</b> 40. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	125
<b>Gráfica 46</b> 40. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual? (porcentajes por características sociodemográficas)	126
<b>Gráfica 47</b> 47. ¿Alguno de sus familiares o de las personas con las que vive necesita que usted o alguna persona de la familia se dedique a cuidarlos?	128



<b>Gráfica 48</b>		
48. ¿Qué tanto le afecta a usted o a su familia ésta situación en...?		129
<b>Gráfica 49</b>		
Medianas de ansiedad y depresión por frecuencia de consumo de tabaco		139
<b>Gráfica 50</b>		
34. ¿Con qué frecuencia tomó alguna bebida que contenía alcohol en los últimos 12 meses?		140
<b>Gráfica 51</b>		
35. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál es el mayor número de copas que usted ha bebido en una sola ocasión?		141
<b>Gráfica 52</b>		
9. ¿Cuenta con afiliación a alguna institución de salud?		148
<b>Gráfica 53</b>		
10. ¿A cuál institución?		149
<b>Gráfica 54</b>		
25. ¿Qué tan satisfecho se siente usted con la atención otorgada por los servicios de salud cuando acude por algún problema? Con la atención que recibe del médico		150
<b>Gráfica 55</b>		
25. ¿Qué tan satisfecho se siente usted con la atención otorgada por los servicios de salud cuando acude por algún problema? Con la atención que le brinda el personal de enfermería		151
<b>Gráfica 56</b>		
25. ¿Qué tan satisfecho se siente usted con la atención otorgada por los servicios de salud cuando acude por algún problema? Con el tratamiento que recibió		152
<b>Gráfica 57</b>		
25. ¿Qué tan satisfecho se siente usted con la atención otorgada por los servicios de salud cuando acude por algún problema? Con el tiempo que duró su consulta		152
<b>Gráfica 58</b>		
25. ¿Qué tan satisfecho se siente usted con la atención otorgada por los servicios de salud cuando acude por algún problema? Con el tiempo de espera para recibir consulta		153
<b>Gráfica 59</b>		
13. ¿Para resolver este problema de salud qué acción realizó?		154
<b>Gráfica 60</b>		
14. ¿A qué servicio médico acudió?		155
<b>Gráfica 61</b>		
19. ¿Por este problema de salud requirió usted hospitalización?		156
<b>Gráfica 62</b>		
18. ¿Cumplió usted con el tratamiento que le dieron?		157
<b>Gráfica 63</b>		
18.1. ¿Por qué razón no lo hizo?		157

<b>Gráfica 64</b>	
24. Si usted o alguien de su familia tuviera la necesidad de ir con un médico ¿a dónde iría?	158
<b>Gráfica 65</b>	
50. Únicamente para mujeres de 18 años en adelante. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó una prueba de Papanicolaou?	160
<b>Gráfica 66</b>	
51. Únicamente para mujeres de 40 años en adelante. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó una mastografía?	160





# ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 1</b> Comparación entre la prevalencia de obesidad y sobrepeso reportada en la ENSANUT 2012 y la percepción del peso corporal en la Encuesta Nacional de Salud	55
<b>Cuadro 2</b> Comparación entre la prevalencia de obesidad y sobrepeso reportada en la ENSANUT 2012 y la percepción del peso corporal en la Encuesta Nacional de Salud en mujeres	55
<b>Cuadro 3</b> Comparación entre la prevalencia de obesidad y sobrepeso reportada en la ensanut 2012 y la percepción del peso corporal en la Encuesta Nacional de Salud en hombres (porcentajes)	56
<b>Cuadro 4</b> Egresos hospitalarios nacionales	57
<b>Cuadro 5</b> Las tres principales causas de egreso por fuente de información	65
<b>Cuadro 6</b> Porcentaje del gasto total en salud	66
<b>Cuadro 7</b> Gasto de bolsillo por componentes en 2002	67
<b>Cuadro 8</b> Clasificación internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalías	91
<b>Cuadro 9</b> Principales definiciones de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en el contexto de la salud	92
<b>Cuadro 10</b> Porcentaje de población con discapacidad por sexo y grupo de edad, 2010	94
<b>Cuadro 11</b> Distribución porcentual de discapacidades reportadas por sexo y grupo de edad según causa de discapacidad	95
<b>Cuadro 12</b> Distribución porcentual de las limitaciones asociadas con discapacidad por grupos de edad, México, ENSANUT 2012	95





**Cuadro 13**  
26. De la siguiente lista enumere del 1 al 11 considerando el número 1 lo que más beneficia y el 11 lo que menos beneficia su salud 135

**Cuadro 14**  
De la siguiente lista indique ¿qué tan seguido realiza las siguientes actividades? 137

**Cuadro 15**  
28. ¿Usted ha fumado en algún momento de su vida? 138

**Cuadro 16**  
31. Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos ha fumado diariamente en los últimos 3 meses? 138

**Cuadro 17**  
Cobertura según instituciones de salud 162



# DISEÑO MUESTRAL

LOS MEXICANOS VISTOS POR SÍ MISMOS  
LOS GRANDES TEMAS NACIONALES

193



## INTRODUCCIÓN

*La colección Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales* dibuja un panorama extenso del país, en textos en los que convergen la teoría, el contexto actual y la voz de mujeres y hombres. Para ello se recurrió a la aplicación de 25 encuestas en vivienda de 1 200 casos cada una, a personas de 15 años y más distribuidas en todo el país. Las encuestas levantadas para la colección fueron las siguientes:

1. Encuesta Nacional de Corrupción y Cultura de la Legalidad
2. Encuesta Nacional de Cultura, Lectura y Deporte
3. Encuesta Nacional de Derechos Humanos, Discriminación y Grupos Vulnerables
4. Encuesta Nacional de Familia
5. Encuesta Nacional de Salud
6. Encuesta Nacional de Seguridad Pública
7. Encuesta Nacional de Movilidad y Transporte



8. Encuesta Nacional de Pobreza
9. Encuesta Nacional de Migración
10. Encuesta Nacional de Género
11. Encuesta Nacional de Globalización
12. Encuesta Nacional de Niños, Adolescentes y Jóvenes
13. Encuesta Nacional sobre las Condiciones de Habitabilidad de la Vivienda
14. Encuesta Nacional de Envejecimiento
15. Encuesta Nacional de Religión, Secularización y Laicidad
16. Encuesta Nacional de Ciencia y Tecnología
17. Encuesta Nacional de Educación
18. Encuesta Nacional de Economía y Empleo
19. Encuesta Nacional de Indígenas
20. Encuesta Nacional de Justicia
21. Encuesta Nacional de Sociedad de la Información
22. Encuesta Nacional de Medio Ambiente
23. Encuesta Nacional de Federalismo
24. Encuesta Nacional de Identidad y Valores
25. Encuesta Nacional de Cultura Política

Cada encuesta contiene un diseño muestral que permite la sistematización de la información y la inferencia de los resultados en el ámbito nacional.

El objetivo de este apartado es dar a conocer la metodología asociada al diseño muestral general de la investigación. El primer apartado describe las fuentes de información utilizadas al seleccionar a los informantes para cada una de las etapas del muestreo. Posteriormente, se describe el diseño general que se implementó para las 25 encuestas. Por último, se presenta el procedimiento para obtener el tamaño de la muestra, así como el cálculo de las probabilidades de selección, los factores de expansión y su ajuste por variables sociodemográficas.

## LA MUESTRA Y SUS ELEMENTOS

Con el fin de realizar cada una de las encuestas, se propuso la elaboración de distintas muestras en el país, una por cada tema de la investigación, siguiendo un diseño muestral similar en cuanto a la estratificación de la población y al esquema de selección. La selección de individuos dentro de una muestra es independiente de la selección de individuos en cualquier otra muestra de la investigación.

### MARCO MUESTRAL

Se utilizó el programa Mapa Digital de México versión 6.0.1 y SCINCE 2010 versión 1.0.2 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para obtener la georreferenciación de todas las entidades del país, así como los datos de población desagregados en el ámbito de localidad<sup>1</sup> y de Área Geoestadística Básica (AGEB)<sup>2</sup> urbana.

### PERIODO DE LEVANTAMIENTO

El periodo de levantamiento de las encuestas fue de octubre a noviembre de 2014.

### POBLACIÓN OBJETIVO

Para esta investigación, la población objetivo la constituyeron todos los habitantes de 15 años o más. A cada habitante seleccionado en la muestra se le aplicó un cuestionario de opinión que recopila diversas opiniones y actitudes sobre uno de los temas dentro de la investigación.

<sup>1</sup> Localidad. El INEGI lo define como todo lugar ocupado con una o más viviendas y reconocido por un nombre dado por la ley o la costumbre.

<sup>2</sup> Área Geoestadística Básica: extensión territorial delimitada por el INEGI cuyos habitantes comparten características socioeconómicas parecidas.





## ESTRATIFICACIÓN DEL PAÍS

Para fines de selección de la muestra, el país fue dividido tanto por regiones geográficas con características comunes como por tamaño de localidad. Las regiones se describen en el cuadro 1.

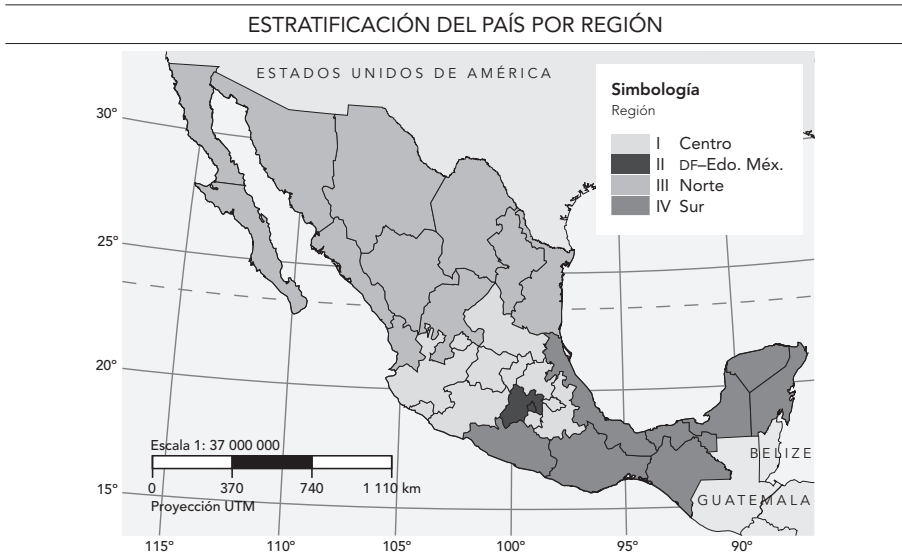
**CUADRO 1**

REGIONALIZACIÓN DEL PAÍS	
REGIÓN	ESTADOS DE LA REPÚBLICA
Centro	Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí y Tlaxcala
DF-Estado de México	Distrito Federal y Estado de México
Norte	Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas
Sur	Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán

Diseño muestral *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales, 2014.*

De igual manera, el mapa 1 muestra la división del país por región.

**MAPA 1**



Dentro de cada región, de manera independiente, se estratificaron las localidades según su número de habitantes. Derivado de ello se establecieron cuatro estratos, los cuales se describen en el cuadro 2.

**CUADRO 2**

ESTRATIFICACIÓN POR TAMAÑO DE LOCALIDAD	
TIPO DE LOCALIDAD	TAMAÑO DE LA LOCALIDAD
I	100 000 habitantes o más
II	De 15 000 a 99 999 habitantes
III	De 2 500 a 14 999 habitantes
IV	2 499 habitantes o menos

Diseño muestral *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, 2014.

Con los criterios anteriores se obtuvieron 16 estratos para todo el país, tal y como se describen en el cuadro 3.

**CUADRO 3**

ESTRATOS GENERADOS POR REGIÓN Y TIPO DE LOCALIDAD			
ESTRATO	REGIÓN	TIPO DE LOCALIDAD	POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS*
1	Centro	I	9 145 749
2	Centro	II	4 683 034
3	Centro	III	4 279 203
4	Centro	IV	6 160 059
5	DF-Estado de México	I	13 165 701
6	DF-Estado de México	II	1 461 226
7	DF-Estado de México	III	1 698 166
8	DF-Estado de México	IV	1 313 940
9	Norte	I	12 333 646
10	Norte	II	2 468 751
11	Norte	III	1 720 733
12	Norte	IV	3 016 044
13	Sur	I	4 792 845
14	Sur	II	2 954 728
15	Sur	III	3 374 837
16	Sur	IV	6 863 440

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010.

Diseño muestral *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, 2014.





## ESQUEMA DE SELECCIÓN

La selección de unidades de muestreo se realizó a través de etapas sucesivas y de manera independiente para cada estrato previamente definido.

- *De localidades.* La selección de localidades que pertenecen a una zona se realizó con probabilidad proporcional al tamaño (PPT) de la población de 15 años o más.
- *De AGEBS.* Se seleccionaron dos AGEBS dentro de cada localidad de tamaños I, II y III, con probabilidad proporcional al tamaño de la población de la AGEB con remplazo. En el caso de las localidades con tamaño poblacional menor a 2500, no se consideró esta etapa, por lo que se pasó directamente a la selección de manzanas.
- *De manzanas.* Se seleccionaron tres manzanas<sup>3</sup> para cada localidad y dicha selección se hizo de manera sistemática con arranque aleatorio (MSA).
- *De viviendas.* Se seleccionaron cuatro viviendas<sup>4</sup> para cada manzana y dicha selección se hizo de forma sistemática, con arranque aleatorio.
- *De individuos.* Se seleccionó de manera aleatoria (MAS) a un individuo de 15 años o más dentro de la vivienda.

Derivado de dicho esquema se consideraron las siguientes unidades de muestreo:

- a) *Unidades primarias de muestreo (UPM):* en todos los estratos generados fueron las localidades.
- b) *Unidades secundarias de muestreo (USM):* en los estratos compuestos por los tipos de localidad I, II y III fueron las AGEB, mientras que en los estratos compuestos por el tipo de localidad IV fueron las manzanas.
- c) *Unidades terciarias de muestreo (UTM):* en los estratos compuestos por los tipos de localidad I, II y III fueron las manzanas, y en los estratos compuestos por el tipo de localidad IV fueron las viviendas.

<sup>3</sup> Para el estrato sur-I se seleccionaron cuatro manzanas por AGEB.

<sup>4</sup> Para el estrato centro-IV se seleccionaron cinco viviendas por manzana.



- d) *Unidades cuaternarias de muestreo (UCM)*: de igual manera, en los estratos compuestos por los tipos de localidad I, II y III fueron las viviendas y para los de tipo de localidad IV fueron los individuos que para estos estratos también se consideran como las unidades últimas de muestreo.
- e) *Unidades últimas de muestreo (UUM)*: dentro de los estratos por tipos de localidad I, II y III fueron los individuos de cada vivienda seleccionada.

El cuadro 4 indica el tamaño de muestra para cada estrato generado por región y tipo de localidad.

**CUADRO 4**

TAMAÑO DE MUESTRA PARA CADA ESTRATO

REGIÓN	TIPO DE LOCALIDAD	TAMAÑO DE MUESTRA
Centro	I	144
Centro	II	72
Centro	III	72
Centro	IV	60
DF-Estado de México	I	192
DF-Estado de México	II	48
DF-Estado de México	III	48
DF-Estado de México	IV	24
Norte	I	192
Norte	II	48
Norte	III	24
Norte	IV	48
Sur	I	96
Sur	II	48
Sur	III	48
Sur	IV	36

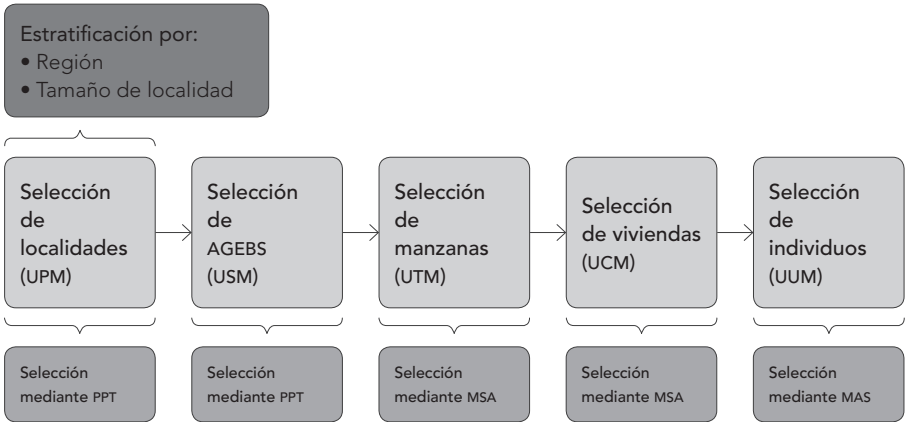




Con fines prácticos, la gráfica 1 resume el esquema de selección descrito en los párrafos anteriores.

**GRÁFICA 1**

ESQUEMA DE SELECCIÓN UTILIZADO EN LAS 25 MUESTRAS



**TAMAÑO DE MUESTRA**

El tamaño de muestra obtenido para cada encuesta fue de 1 200 casos y fue distribuido entre los diferentes estratos descritos anteriormente con el fin de generar una disminución de los márgenes de error estadísticos. Para determinarlo se consideró la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(z^2)(p)(1-p)(Deff)}{d^2(1-TNR)}$$

donde:

*n* = tamaño de la muestra;

*z* = valor en tablas de valores de probabilidad acumulada para la distribución normal estándar; este valor depende del nivel de confianza asignado (1 – α) \* 100 por ciento;

*p* = probabilidad de éxito del evento; se refiere a la probabilidad de éxito esperada. El más conservador de los valores se obtiene cuando *p* = 0.5;

$d$  = diferencia entre el valor estimado y el valor poblacional;  
*TNR* = tasa de no respuesta esperada;  
*Deff* = efecto de diseño por utilizar un muestreo diferente del muestreo aleatorio simple.

Considerando un efecto de diseño (*Deff*) de 2.00, una tasa de no respuesta inferior (*TNR*) a 10 por ciento y un margen de error ( $d$ ) de 4.2 puntos porcentuales con un nivel de confianza de 95 por ciento, se calculó para cada encuesta un tamaño de muestra aproximado de 1 200 casos, resultando un total de 30 000 cuestionarios por las 25 encuestas.



## CÁLCULO DE LOS PONDERADORES

Para obtener los ponderadores utilizados dentro del cálculo de los estimadores de los parámetros tanto en individuos como en viviendas se utiliza la probabilidad de selección de cada etapa del muestreo.

### EL CASO DE LOS ESTRATOS COMPUESTOS POR EL TIPO DE LOCALIDAD I, II Y III

La probabilidad de selección del individuo  $n$ -ésimo que pertenece a la vivienda  $m$ , manzana  $l$ , AGEB  $k$ , localidad  $j$  y estrato  $i$  se calcula de la siguiente forma:

$$P[x_{j,k,l,m,n}^i] = \frac{m_i N_j^i}{N^i} \frac{2N_{j,k}^i}{N_j^i} \frac{m_{i,j,k}}{I_{i,j,k}} \frac{m_{i,j,k,l}}{I_{i,j,k,l}} \frac{1}{I_{i,j,k,l,m}}$$

donde:

$x_{j,k,l,m,n}^i$  es el individuo  $n$ -ésimo que pertenece a la vivienda  $m$ , manzana  $l$ , AGEB  $k$ , localidad  $j$  y estrato  $i$ .

$m_i$  es el número de localidades seleccionadas para el estrato  $i$ .

$m_{i,j,k}$  es el número de manzanas seleccionadas en la AGEB  $k$ , localidad  $j$  y estrato  $i$ .

$m_{i,j,k,l}$  es el número de viviendas seleccionadas en la manzana  $l$ , AGEB  $k$ , localidad  $j$  y estrato  $i$ .



$N^i$  es la población total de personas de 15 años o más que habitan en el estrato  $i$ .

$N_j^i$  es la población total de personas de 15 años o más que habitan en la localidad  $j$  y el estrato  $i$ .

$N_{j,k}^i$  es la población total de personas de 15 años o más que habitan en la AGEB urbana  $k$ , la localidad  $j$  y el estrato  $i$ .

$I_{i,j,k}$  es el número de manzanas existentes en la AGEB  $k$ , la localidad  $j$  y el estrato  $i$ .

$I_{i,j,k,l}$  es el número de viviendas en la manzana  $l$ , AGEB  $k$ , la localidad  $j$  y el estrato  $i$ .

$I_{i,j,k,l,m}$  es el número de individuos de 15 años o más que habitan la vivienda  $m$ , en la manzana  $l$ , la AGEB  $k$ , la localidad  $j$  y el estrato  $i$ .

El recíproco de la probabilidad de selección del individuo da el factor de expansión correspondiente, es decir:

$$F_{j,k,l,m,n}^i = \frac{1}{P[x_{j,k,l,m,n}^i]}$$

La probabilidad de selección de la vivienda  $m$ -ésima que pertenece a la manzana  $l$ , AGEB  $k$ , localidad  $j$  y estrato  $i$  se calcula de la siguiente forma:

$$P[x_{j,k,l,m}^i] = \frac{m_i N_j^i}{N^i} \frac{2N_{j,k}^i}{N_j^i} \frac{m_{i,j,k}}{I_{i,j,k}} \frac{m_{i,j,k,l}}{I_{i,j,k,l}}$$

Respecto al factor de expansión correspondiente, se obtiene de igual manera que el anterior, es decir:

$$F_{j,k,l,m}^i = \frac{1}{P[x_{j,k,l,m}^i]}$$

## EL CASO DE LOS ESTRATOS COMPUESTOS POR EL TIPO DE LOCALIDAD IV

La probabilidad de selección del individuo  $n$ -ésimo que pertenece a la vivienda  $m$ , manzana  $l$ , localidad  $j$  y estrato  $i$  se calcula de la siguiente forma:

$$P[x_{j,l,m,n}^i] = \frac{m_i N_j^i}{N^i} \frac{m_{i,j}}{I_{i,j}} \frac{m_{i,j,l}}{I_{i,j,l}} \frac{1}{I_{i,j,l,m}}$$

donde:

$x_{j,l,m,n}^i$  es el individuo  $n$ -ésimo que pertenece a la vivienda  $m$  manzana  $l$ , localidad  $j$  y estrato  $i$ .

$m_i$  es el número de localidades seleccionadas en el estrato  $i$ .

$m_{i,j}$  es el número de manzanas seleccionadas en la localidad  $j$  y el estrato  $i$ .

$m_{i,j,l}$  es el número de viviendas seleccionadas en la manzana  $l$ , localidad  $j$  y estrato  $i$ .

$N_j^i$  es la población total de personas de 15 años o más que habitan en la localidad  $j$  y el estrato  $i$ .

$N^i$  es la población total de personas de 15 años o más que habitan en el estrato  $i$ .

$I_{i,j}$  es el número de manzanas existentes en la localidad  $j$  y el estrato  $i$ .

$I_{i,j,l}$  es el número de viviendas en la manzana  $l$ , la localidad  $j$  y el estrato  $i$ .

$I_{i,j,l,m}$  es el número de individuos de 15 años o más que habitan la vivienda  $m$ , en la manzana  $l$ , localidad  $j$  y estrato  $i$ .

El recíproco de la probabilidad de selección del individuo da el factor de expansión correspondiente, es decir:

$$F_{j,l,m,n}^i = \frac{1}{P[x_{j,l,m,n}^i]}$$

La probabilidad de selección de la vivienda  $m$ -ésima que pertenece a la manzana  $l$ , localidad  $j$  y estrato  $i$  se calcula de la siguiente forma:

$$P[x_{j,l,m}^i] = \frac{m_i N_j^i}{N^i} \frac{m_{i,j}}{I_{i,j}} \frac{m_{i,j,l}}{I_{i,j,l}}$$

El recíproco de la probabilidad de selección de la vivienda da el factor de expansión correspondiente:

$$F_{j,l,m}^i = \frac{1}{P[x_{j,l,m}^i]}$$



## AJUSTE DE LOS FACTORES DE EXPANSIÓN

Se calibraron los factores de expansión de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2010 con base en la edad<sup>5</sup> por decenios, sexo y región. Esto con el fin de que los datos puedan expandir a la población en las proporciones que se presentan en el país. Este ajuste se logra multiplicando el factor de expansión original por una constante (componente de ajuste) que permita alcanzar tal objetivo.

Sea  $X_{r,s,e}$  el conjunto de individuos  $x_i$  de la muestra que pertenecen a la región del país  $r$ , grupo decenal  $e$  y sexo  $s$ . Defínase  $f_1(x_{r,s,e}) = \sum_{x_i \in X_{r,s,e}} \frac{1}{P[x_i]}$  como la expansión total del conjunto  $X_{r,s,e}$ , es decir, la suma de los factores de expansión correspondientes a los individuos que pertenecen a la misma región, grupo decenal y sexo.

Sea ahora  $g(x_{r,s,e}) = N_{r,s,e}$  la población total de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2010 perteneciente a la región del  $r$ , grupo decenal  $e$  y sexo  $s$ . Con ello es posible calibrar cada factor de expansión de los individuos que componen la muestra. El factor de expansión ya corregido se calculó de la siguiente manera:

$$f_2(x_i) = \frac{g(X_{r,s,e})}{f_1(X_{r,s,e})} \frac{1}{P[x_i]}$$

$f_2(x_i)$  es el nuevo factor de expansión a utilizar del individuo  $i$ -ésimo de la muestra. Con ello se logra expandir los datos de la muestra al tamaño poblacional de cada uno de los nuevos estratos  $X_{r,s,e}$ :

$$\sum_{x_i \in X_{r,s,e}} f_2(x_i) = \sum_{x_i \in X_{r,s,e}} \frac{g(X_{r,s,e})}{f_1(X_{r,s,e})} \frac{1}{P[x_i]} = \frac{g(X_{r,s,e})}{f_1(X_{r,s,e})} \sum_{x_i \in X_{r,s,e}} \frac{1}{P[x_i]} = \frac{g(X_{r,s,e})}{f_1(X_{r,s,e})} f_1(X_{r,s,e}) = g(X_{r,s,e}) = N_{r,s,e}$$

<sup>5</sup> El número de individuos cuya edad no fue especificada dentro del censo se distribuyó uniformemente dentro de los demás rangos de edades.



*Diseño de portada e interiores*  
Rocío Mireles y Bruno Contreras

*Formación*  
Fernando Villafán

**Una reflexión crítica sobre la salud  
de los mexicanos**

Encuesta Nacional de Salud

Editado por la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial de la UNAM, se terminó de imprimir el 11 de septiembre de 2015 en los talleres de Litográfica Ingramex, S. A. de C. V., ubicados en Centeno núm. 162-1, colonia Granjas Esmeralda, delegación Iztapalapa, C. P. 09810, México, D. F. El tiro consta de 1 000 ejemplares impresos mediante offset sobre papel snow de 60 gramos. Para su composición se utilizó la familia tipográfica Avenir LT con cuerpos de 9, 10, 12 y 18 puntos.





