

La salud de los mexicanos que habitan en localidades de menos de 100 000 habitantes

Juan Rivera-Dommarco, D en Nutr Int,⁽¹⁾ Teresa Shamah-Levy, D en SP,⁽²⁾
 Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez, D en Epidemiol,^(1,3) Sergio Bautista-Arredondo, M en Econ de la Sal,⁽⁴⁾
 Martín Romero-Martínez, D en Est,⁽²⁾ Blanca Pelcastre-Villafuerte, D en Psic Soc,⁽⁴⁾ Pilar Torres-Pereda, M en Antrop Méd.⁽⁴⁾

Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T,
 Barrientos-Gutiérrez T, Bautista-Arredondo S,
 Romero-Martínez M, Pelcastre-Villafuerte B,
 Torres-Pereda P.

La salud de los mexicanos que habitan en
 localidades de menos de 100 000 habitantes.

Salud Publica Mex. 2019;61:709-715.

<https://doi.org/10.21149/10980>

Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T,
 Barrientos-Gutiérrez T, Bautista-Arredondo S,
 Romero-Martínez M, Pelcastre-Villafuerte B,
 Torres-Pereda P.

The health of Mexicans living in localities
 with less than 100 000 inhabitants.

Salud Publica Mex. 2019;61:709-715.

<https://doi.org/10.21149/10980>

Resumen

Objetivo. Describir la situación de salud y nutrición de la población mexicana que habita en localidades de menos de 100 000 habitantes (100k) para el año 2018 y compararla con una muestra con características similares en 2012. **Material y métodos.** Se presentan los resultados sobre la salud y nutrición de la población, analizados en 19 artículos sobre el acceso y utilización de los servicios de salud, la situación de salud y nutrición por grupos de edad y sobre los hogares afectados por inseguridad alimentaria. **Resultados.** Se obtuvo información de salud y nutrición a nivel nacional en población de localidades <100k, caracterizada por tener mayores condiciones de pobreza. **Conclusiones.** En México prevalecen desigualdades en las condiciones de salud y nutrición de la población. Los hallazgos son de utilidad para desarrollar políticas públicas capaces de reducir las desigualdades en salud, con el objeto de lograr la equidad social.

Palabras clave: salud; nutrición; encuestas; pobreza; México

Abstract

Objective. To describe the health and nutritional status of Mexican population living in localities under 100 000 inhabitants (100k) in year 2018 in comparison it with a sample of similar characteristics in 2012. **Materials and methods.** The more relevant results analyzed in 19 articles about health and nutrition of the population are presented. This included information on access and utilization of health services, health and nutrition status by age groups and households affected by food insecurity (FI). **Results.** Information was obtained about the health and nutrition status of the population from <100k localities, which is characterized by its higher poverty levels. **Conclusions.** Great inequities prevails the health and nutrition conditions of the Mexican population. The findings are useful for the development of public policies capable of reducing health inequities conditions, in order to achieve social equity.

Keywords: health; nutrition; surveys; poverty; Mexico

- (1) Dirección General, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (2) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (3) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (4) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 15 de octubre de 2019 • **Fecha de aceptado:** 29 de octubre de 2019
 Autor de correspondencia: Dr. Juan Rivera Dommarco. Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655
 col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
 Correo electrónico: jriversa@insp.mx

A pesar de los avances durante los últimos 15 años en la cobertura de servicios de salud y la protección financiera en México, el Sistema de Salud en nuestro país no ha conseguido aún el acceso efectivo a la salud para todos los mexicanos. El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 propone “promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos”. Lo anterior requiere de un sistema de salud en que los diversos niveles de atención estén fortalecidos. Es de primordial importancia la consolidación y el robustecimiento de los cimientos del sistema de salud: los servicios de atención primaria y de salud pública.

Una de las funciones del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) es estudiar las condiciones de salud de la población y sus determinantes, además de evaluar el desempeño del sistema de salud y las políticas intersectoriales dirigidas a proteger y promover la salud de la población. Las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (Ensanut),¹ realizadas por el INSP, son un insumo fundamental para la planificación y el desarrollo de políticas públicas.

La Ensanut 100k es una encuesta probabilística que permite hacer inferencias en localidades con menos de 100 000 habitantes.

En 2018, 52% de la población vivía en localidades de 100 000 habitantes o menos (<100k) que concentran a la población más pobre. De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2012, en las localidades con menos de 100 000 habitantes vivía 49% de todos los hogares del país y 75% de los que tenían menores capacidades económicas (pertenecientes al tercil más bajo del índice que mide la posesión de bienes).²

En el diseño del sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos asociados que realiza la actual administración federal, es fundamental contar con información actualizada y fidedigna sobre las condiciones de salud de la población y el desempeño de los sistemas de salud. De gran relevancia es contar con información sobre la población más pobre.

Con base en lo anterior, el propósito del número especial que presenta los resultados de los análisis de la Ensanut 100k es aportar información sobre la salud y sus determinantes a los sectores gubernamentales involucrados en el desarrollo y a la sociedad en general, así como la respuesta del sector salud ante dichos problemas en la población que habita en localidades con menos de 100 000 habitantes y, en particular, en la población más vulnerable. Este manuscrito resalta los resultados más relevantes de cada uno de los artículos que forman parte de este número especial.

Material y métodos

La metodología de muestreo está descrita en Romero y colaboradores.² A continuación se presenta un breve resumen.

La Ensanut 100k es una encuesta probabilística que sobremuestra a los hogares beneficiarios del programa *Prospera* y, en consecuencia, a los hogares con menor capacidad para disfrutar recursos. Se realizó esta sobremuestra porque, en general, las carencias en salud y nutrición tienen mayor impacto en hogares con menores capacidades económicas.

Se obtuvieron 10 461 entrevistas completas de hogar y 26 161 de individuos. La tasa de respuesta de hogar fue de 89% y la de individuos de 92%. El diseño probabilístico de la Ensanut 100k permite hacer inferencias válidas sobre parámetros de interés para la salud pública en localidades con menos de 100 000 habitantes. Además, sus resultados son comparables con una muestra de localidades de <100k obtenida en la Ensanut 2012. Este hecho facilita la evaluación de acciones de gobierno, dirigidas a la población de estudio en el periodo de 2012 a 2018.

Resumen de los resultados más relevantes

Los indicadores a describir se detallan en los manuscritos de este número.

Acceso a servicios de atención

Un aspecto clave que ha buscado resolver el sistema de salud con las reformas del año 2004 ha sido el acceso a servicios médicos. Las evaluaciones del Seguro Popular se han enfocado en dos aspectos clave de este tema. Por un lado, se ha documentado su impacto en el gasto de bolsillo y los gastos catastróficos ligados a atención médica. Por otro lado, una buena parte de esta literatura ha analizado el cambio en la afiliación de los hogares al Seguro Popular, bajo el supuesto de que la afiliación se traduciría eventualmente en utilización de los servicios médicos.³⁻⁷ Colchero y colaboradores abordan el acceso con un enfoque secuencial.⁸ Se miden las proporciones de usuarios que, frente a un problema de salud, deciden demandar atención médica; de éstos, se mide la proporción que recibe atención y de quienes la reciben en su institución de afiliación o en otros establecimientos públicos o privados. Del total de personas que reportan haber tenido un problema de salud en los últimos 30 días –17% de los encuestados–, 33% resolvió su problema en servicios públicos. Aproximadamente la mitad de los afiliados al Seguro Popular que buscaron atención,

recurrieron a consultorios adyacentes a farmacias para resolver su problema de salud, lo cual indica la necesidad de continuar en esta línea de investigación para entender mejor el vínculo entre afiliación, acceso y utilización de servicios públicos en el contexto mexicano.

Al respecto, Gutiérrez y colaboradores exploran el mismo tema bajo la perspectiva de las desigualdades, analizan las brechas en el acceso a servicios médicos entre diferentes grupos y distinguen entre el acceso a cualquier servicio y el acceso a servicios provistos por la institución de aseguramiento.⁹ Adicionalmente, Flores y colaboradores analizan los cambios en la percepción de la calidad de los servicios de atención entre 2012 y 2018 en la población indígena y no indígena.¹⁰ En general, se reporta satisfacción con la atención, con pocos cambios entre estos periodos, prácticamente sin diferencias entre población indígena y no indígena. Un hallazgo importante es que “la atención ambulatoria otorgada por los servicios públicos de salud disminuyó de 2012 a 2018 (69.8 a 41.3%) a expensas de un aumento en la provisión de servicios privados en ambos grupos, el cual es mayor en el grupo de población indígena ya que mostró un incremento tres veces mayor entre ambos periodos.”

Salud reproductiva

La tasa de fecundidad adolescente en México ha disminuido de 77 nacimientos por cada 1 000 mujeres en 2014 a 70.6 en 2018.¹¹ Villalobos y colaboradores analizan el porcentaje de mujeres con hijos nacidos durante la adolescencia.¹² En las localidades <100k la proporción de mujeres que reportó un hijo nacido vivo en la adolescencia ha ido en aumento, al pasar entre 2012 y 2018 de 9.0 a 15.4%, respectivamente. Estas cifras son preocupantes si se considera que el embarazo en la adolescencia puede incrementar algunos riesgos en la salud y favorecer el ciclo de la pobreza. El análisis de estas tendencias podría apoyar el desarrollo de intervenciones en estos contextos que suelen tener un mayor nivel de pobreza y menor cobertura de atención médica.

La atención durante el embarazo y los primeros años de vida es una estrategia clave para reducir la morbilidad materna e infantil. Suárez y colaboradores desarrollan un índice de atención continua a las mujeres y sus hijas e hijos capturando la cobertura durante la atención prenatal, parto y método anticonceptivo postnatal.¹³ Al comparar el índice de atención continua, sólo 8.1% de las mujeres que tuvo su último hijo en la adolescencia reportó atención continua, frente a 19.6% de las mujeres adultas. Si bien algunos indicadores de atención muestran niveles de cobertura muy altos, como la atención calificada durante el parto, persisten rezagos importantes en otros.

Seguridad alimentaria y salud infantil

Se estima que 43% (249 millones) de los niños menores de cinco años que habitan en países de bajos y medianos ingresos del mundo tiene un alto riesgo de sufrir deficiencias en su desarrollo debido a la extrema pobreza y al retraso en el crecimiento.

Al respecto, se ha documentado que un adecuado desarrollo infantil temprano (DIT) en los niños es fundamental para su sano crecimiento y desarrollo durante el resto de la niñez y adolescencia. De Castro y colaboradores muestran que en localidades donde imperan carencias sociales, sólo 1 de cada 5 menores asistió a ocho consultas de niño sano en su primer año de vida, 13.0% recibió evaluación de DIT y cerca de 58.0% sufre disciplina violenta.¹⁴

En hogares indígenas, los menores que asisten a preescolar indígena tienen un nivel inferior de lenguaje en comparación con los que asisten a instituciones privadas o preescolar general. En esta misma línea, la prevalencia de anemia también fue mayor para los menores que pertenecían a un hogar indígena.

Asimismo, Mongua y colaboradores documentan una baja cobertura del esquema básico de vacunación, ya sea utilizando como fuente de información el comprobante y memoria de la madre o cuidador o solamente el comprobante: 60.2% (12-23 meses), y 50.0% (24-35 meses) respectivamente. Este último grupo de edad además presenta un esquema de refuerzo aún más bajo: 34.0%.¹⁵

Escamilla y colaboradores refieren que 1 de cada 3 niños presentó infecciones respiratorias agudas en los 15 días previos a la entrevista y 13.1% de los hogares más pobres sufre de privación de agua entubada.¹⁶

Respecto a la desnutrición crónica, Cuevas y colaboradores muestran que en las localidades con menos de 100 000 habitantes, 1 de cada 6 niños presentó talla baja, mientras que la prevalencia en localidades indígenas es de 1 de cada 4 niños.¹⁷

De la Cruz y colaboradores documentan que 18.6% de la niñez que vive en estas localidades padece deficiencia de zinc, la cual se asocia con talla baja. La anemia afectó a 23.0 y 7.2% presentó deficiencia de hierro. Las prevalencias de anemia fueron superiores en niños <5 años con baja talla para la edad, con emaciación y pertenecientes a hogares indígenas.¹⁸

Cabe destacar que las deficiencias de zinc y anemia son altamente frecuentes en niños menores de dos años en el tercil socioeconómico bajo, lo que afecta en promedio a 1 de cada 3 niños en el caso de zinc y a 1 de cada 4 en anemia, periodo donde las consecuencias a largo plazo de estas condiciones de nutrición son irreversibles si no se corrigen oportunamente.

Adicionalmente, Téllez y colaboradores refieren los resultados de concentración de plomo en sangre (PbS) de la población entre 1 y 4 años de edad y su asociación con el uso de barro vidriado en la preparación de alimentos y bebidas.¹⁹ Como explican los autores, el nivel de plomo es clave para el desarrollo de la población que vive en condiciones de vulnerabilidad en México. Se ha estimado que 15% de la población mexicana ha perdido cinco puntos de coeficiente intelectual debido a esta exposición, lo cual repercute negativamente en la educación, productividad, ingreso y oportunidades futuras y contribuye a perpetuar la pobreza. También encontraron altas prevalencias de niveles detectables (43%) y elevados (17%) de PbS. La asociación de uso de barro vidriado con PbS fue estadísticamente significativa y más alta en la población indígena.

La seguridad alimentaria es un factor indispensable para el cumplimiento de los derechos humanos y de la salud de las personas, especialmente de los niños. En este contexto, un dato importante es que la inseguridad alimentaria (IA) moderada y severa se mantuvo en 43% en el periodo entre 2012 y 2018 en localidades de menos de 100 000 habitantes.²⁰

Ante el panorama de la salud infantil, se requieren acciones integrales y multisectoriales de atención a la niñez, ya que invertir en el desarrollo en la primera infancia es esencial para que más niños, niñas y comunidades prosperen.

Consumo de alcohol y tabaco en jóvenes

El consumo de tabaco o alcohol son comportamientos que pueden causar daños importantes a la salud cuando se realizan de modo adictivo. La Ensanut 100k no muestra diferencias significativas en la prevalencia de consumo actual de tabaco (consumo diario, semanal, mensual u ocasional) al comparar sus resultados con los de localidades con menos de 100 000 habitantes de la Ensanut 2012 (5.5 y 4.6%, respectivamente). Respecto al consumo de alcohol, en 2012 en el último mes era de 9.9% en localidades <100k, mientras para 2018 fue de 9.3%. Aunque los cambios no son significativos en las prevalencias, es importante conocer los factores asociados con el consumo con el propósito de definir estrategias de prevención.²¹

Obesidad, diabetes e hipertensión

La prevalencia de sobrepeso y obesidad (SP+O) en los últimos 30 años ha alcanzado cifras alarmantes. En localidades <100k, Shamah y colaboradores refieren que 6% de los preescolares presenta SP+O. En escolares, la prevalencia de sobrepeso fue de 16.1% y la de obesidad

de 15.3%, la cual aumenta para quienes tenían talla baja. En adolescentes, la prevalencia de sobrepeso fue de 22.6% y de obesidad de 14.2%; 33.3% de los adolescentes indígenas presentó SP+O. El porcentaje de adultos con obesidad fue de 33.6% y el de sobrepeso de 38.4%, el cual es mayor en quienes vivían en localidades de <100k urbanas hasta alcanzar una prevalencia combinada de SP+O de 71% en los adultos indígenas.²²

Villalobos y colaboradores analizan las condiciones de atención de las personas con diabetes, al estudiar al tercil más bajo en las localidades <100k, lo que muestra graves inequidades en la atención en salud. Las personas con diabetes que pertenecen a los grupos más desprotegidos tienden a realizar menos acciones de autocuidado y experimentan una mayor probabilidad de recibir atención deficiente. Esta información ayuda a explicar por qué las personas en el nivel socioeconómico bajo tienen una prevalencia dos veces más alta de úlceras y amputaciones y tres veces más alta para coma diabético, a pesar de ser 7 años más jóvenes que las personas con diabetes en los niveles socioeconómicos medios y altos. Sin duda, el Estado mexicano enfrenta uno de sus retos más importantes en el tratamiento de la diabetes.²³

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica altamente prevalente en México. En 2017, la Academia Americana del Corazón modificó los criterios de diagnóstico de hipertensión, con lo que se redujeron los puntos de corte de 140/90 a 130/80 mm Hg. Esto implica una redefinición de la prevalencia de hipertensión,²⁴ aunque diversos estudios sugieren que el aumento de la prevalencia no implicará un mayor uso de fármacos.²⁵ Campos y colaboradores argumentan que la prevalencia en estas localidades, bajo la definición anterior, alcanzaría a 32.7% de la población adulta.²⁶ Sin embargo, utilizando los nuevos criterios, la prevalencia de hipertensión se estimó en 49.2%, lo que representa 50% más casos. Los retos para el sistema de salud con esta nueva definición están siendo discutidos²⁷ y se requerirá de estudios cuidadosos para identificar las mejores estrategias de implementación de los diferentes tipos de tratamiento.

Lesiones y accidentes

Hidalgo y colaboradores analizan la prevalencia de lesiones accidentales. De la población en localidades de <100k, 5.15% reporta haber sufrido una lesión accidental en el último año y se identifican dos causas principales: caídas y accidentes de tránsito.²⁸ Estudios recientes han delineado recomendaciones para la prevención de caídas de las personas adultas mayores en hospitales y comunidades.²⁹ Sin embargo, su implementación debe reforzarse para disminuir la enorme cantidad de caídas. México ha logrado avances importantes en la prevención

de la mortalidad por accidentes de tránsito,³⁰ sin embargo, algunos estados del país continúan sin una política pública clara para la prevención de la accidentabilidad por causas relacionadas con el tráfico.

Intento de suicidio y depresión

La tasa de suicidio en la población general según registros administrativos fue de 2.89 casos en localidades <100k en 1994³¹ y pasó a 5.1 en 2016.³² La Ensanut 100k estimó la prevalencia acumulada de intento de suicidio en jóvenes (10 a 19 años) en 3.9%, estimación que no es estadísticamente diferente de la prevalencia (1.2%) estimada por Ensanut 2012. Sin embargo, es importante identificar factores asociados con el suicidio porque su tasa ha aumentado según registros administrativos. González y colaboradores estiman una asociación positiva entre ideación suicida y consumo de tabaco en la Ensanut 100k, aunque lo más probable es que el tabaquismo no sea un factor causal del suicidio.²¹

La depresión está asociada con el suicidio. La Ensanut 100k estimó la prevalencia de síntomas depresivos en adultos (>20 años) como la fracción de adultos con un puntaje mayor a ocho en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7).³³ La Ensanut 2012 estimó una prevalencia de síntomas depresivos (8 o más puntos en la escala CESD-7) de 19.6% en las localidades <100k, valor sin diferencias estadísticas de la estimación Ensanut 100k (21.4%) para la misma prevalencia.

Funcionalidad y estado cognitivo en adultos de la tercera edad

El envejecimiento afecta muchas funcionalidades. Katz y colaboradores cuantifican la dificultad para bañarse, vestirse o acostarse/levantarse de la cama.³⁴ La Ensanut 100k y la Ensanut 2012-100k estimaron la prevalencia de existencia de dificultades funcionales en adultos mayores (60+) con 20%. Por otra parte, la memoria es una funcionalidad cognitiva que no presentó cambios estadísticamente significativos en el periodo para adultos mayores de 60 años. Para 2018 se estimó la prevalencia declarada de problemas graves de memoria con 7.5% y en 2012 en 6.9%. Aunque la funcionalidad de los adultos mayores de 60 años no tuvo cambios estadísticos entre 2012 y 2018, el reto radica en que dicha población se incrementará en 87% durante los próximos 20 años.³⁵

Conclusiones

Los análisis de la Ensanut 100k publicados en este número de Salud Pública de México ofrecen evidencia clave

para el diseño de políticas de salud, particularmente aquellas que van dirigidas a la población más pobre.

Los resultados muestran que en la población estudiada conviven problemas derivados de las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional y el inadecuado acceso a servicios de salud, en un trasfondo de profundas inequidades.

El avance hacia la cobertura universal es un reto para el nuevo gobierno. Los análisis de la Ensanut 100k muestran una disminución notable en la población que recibió atención ambulatoria en servicios públicos de salud entre 2012 y 2018, así como un aumento en la provisión de atención privada. Además, se encontró que la afiliación a servicios públicos de salud no se traduce en el uso de dichos servicios, sobre todo en esta población. Hallazgos previos indican la necesidad de eliminar las barreras al acceso de estos servicios.

Un resultado relevante es el aumento de embarazos durante la adolescencia en la población de Ensanut 100k que sugiere la necesidad de intervenciones de prevención en estas localidades. Asimismo, se documentó que la atención prenatal oportuna y frecuente, al igual que la anticoncepción postparto, es menor en adolescentes que en adultas embarazadas.

En adolescentes y jóvenes se documentan consumos de alcohol y tabaco similares a los encontrados en 2012, lo que indica también la necesidad de reforzar acciones preventivas.

La situación de los niños menores de cinco años denota la persistencia de problemas del rezago epidemiológico y deficiencias en los servicios de protección, promoción y atención de la salud.

La cobertura de atención del niño sano en esta población es muy baja. Además de que un porcentaje alto de los niños sufrió disciplina violenta, el desarrollo infantil temprano es inadecuado y la cobertura de vacunación es sumamente baja. Aunado a lo anterior, 1 de cada 6 niños menores de cinco años sufre desnutrición crónica y 1 de cada 4 presentó anemia; la prevalencia de ésta en niños indígenas es aún mayor (1 de cada 3). Asimismo, las deficiencias de zinc y hierro son elevadas.

Además, un elevado porcentaje de niños tiene niveles altos de plomo en sangre. Los resultados anteriores indican una urgente necesidad de emprender una política integral de protección y atención de la primera infancia, particularmente dada la falta de presupuesto asignado a los programas dirigidos a este grupo durante el inicio de la presente administración.

La inseguridad alimentaria en esta población se ha mantenido en niveles elevados y sin cambios entre 2012 y 2018, lo que explica parcialmente las prevalencias de desnutrición y deficiencias nutrimentales.

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad en los distintos grupos de edad en esta población son similares a las observadas en 2012 a nivel nacional; más aún, las prevalencias en la población indígena son también muy elevadas. Por ello, los resultados sugieren que las políticas de prevención de obesidad deben aplicarse por igual en las grandes urbes y en localidades con menor población.

La obesidad y sus determinantes son también causa de diabetes y enfermedades crónicas no transmisibles. Se documentó una elevada prevalencia de hipertensión en esta población. Un resultado de gran relevancia es que al interior de la población que habita localidades <100k, los diabéticos del tercil inferior de ingresos tuvieron una probabilidad notablemente mayor de no recibir tratamiento farmacológico, en comparación con los terciles de mayor ingreso. Esto indica inequidad en el acceso y calidad de los servicios.

La prevalencia de lesiones accidentales en esta población es similar a la prevalencia nacional y sus causas principales son accidentes de tránsito y caídas, lo que indica la necesidad de reforzar las acciones de prevención de accidentes.

Las prevalencias de síntomas depresivos y de intento de suicidio fueron elevadas; esto indica la necesidad de aplicar acciones de promoción de la salud mental.

En los adultos mayores se encontraron prevalencias elevadas de dificultades en diversas funcionalidades, de allí la necesidad de fortalecer la atención de la salud de este grupo de edad.

En suma, los resultados señalan la necesidad de políticas de salud focalizadas en los más pobres y, entre ellos, en los hogares indígenas y con particular énfasis en los menores.

Es necesaria una estrecha vigilancia y seguimiento de los programas ya implementados para detectar con oportunidad problemas de desabasto, barreras para el acceso y de disponibilidad de recursos y, en general, garantizar condiciones que permitan a las personas acceder a mejores condiciones de vida para tener mejores resultados en salud.

En México prevalecen desigualdades en la población en condiciones de pobreza, por lo tanto, es necesario desarrollar iniciativas públicas con mayor granularidad y que sean capaces de identificar diferencias en grupos vulnerables para incidir de forma efectiva en las desigualdades en salud, en particular, y avanzar hacia una mayor equidad social.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Méndez Gómez-Humarán I, Gaona-Pineda EB, Gómez-Acosta LM, et al. Diseño metodológico de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Publica Mex.* 2017;59(3):299-305. <https://doi.org/10.21149/8593>
- Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Gaona-Pineda EB, Gómez-Acosta LM, Mendoza-Alvarado LR, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición para localidades con menos de 100 000 habitantes (Ensanut 100k). *Salud Publica Mex.* 2019;61(5):678-84. <https://doi.org/10.21149/10539>
- Knaut F, Arreola-Ornelas H, Wong R, Lugo-Palacios D, Méndez-Carniado O. Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012. *Salud Publica Mex.* 2018;60(2):130-40. <https://doi.org/10.21149/9064>
- King G, Gakidou E, Imai K, Lakin J, Moore RT, Nall C, et al. Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet.* 2009;373(9673):1447-54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60239-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60239-7)
- Galárraga O, Sosa SG, Salinas A, Sesma S. Health insurance for the poor: impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico. *Eur J Health Econ.* 2010;11(5):437-47. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0180-3>
- Nikoloski Z, Mossialos E. Membership in Seguro Popular in Mexico linked to a small reduction in catastrophic health expenditure. *Health Affairs.* 2018;37(7):1169-77. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.1510>
- Knaut F, Arreola H, Mendez O, Martínez A. Fair health financing and catastrophic health expenditures: potential impact of the coverage extension of the popular health insurance in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2005;47(supl 1):S54-65.
- Colchero MA, Gómez R, Bautista-Arredondo S. Caracterización de la "cascada de atención" en servicios públicos en México en localidades de menos de 100 000 habitantes. *Salud Publica Mex.* 2019; 61(6):734-41 <https://doi.org/10.21149/10570>
- Gutiérrez JP, Heredia-Pi I, Hernández-Serrato MI, Pelcastre-Villafuerte BE, Torres-Pereda P, Reyes-Morales H. Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):726-33. <https://doi.org/10.21149/10561>
- Flores-Hernández S, Mendoza-Alvarado LR, Vieyra-Romero WI, Moreno-Zegbe E, Bautista-Morales AC, Reyes-Morales H. La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):716-25. <https://doi.org/10.21149/10562>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Comunicado de Prensa Núm. 244/19. Desciende la proporción de personas menores de 15 años de 27.5% en 2014 a 25.3% en 2018. México: ENADID, 2018. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodem/ENADID2018.pdf>
- Villalobos A, Hubert C, Hernández-Serrato MI, de la Vara-Salazar E, Suárez-López L, Romero-Martínez M, et al. Maternidad en la adolescencia en localidades menores de 100 000 habitantes en las primeras décadas del milenio. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):742-52. <https://doi.org/10.21149/10553>
- Suárez-López L, de Castro F, Hubert C, de la Vara-Salazar E, Villalobos A, Hernández-Serrato MI, et al. Atención en salud materno-infantil y maternidad adolescente en localidades menores de 100 000 habitantes. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):753-63. <https://doi.org/10.21149/10551>
- de Castro F, Vázquez-Salas RA, Villalobos A, Rubio-Codina M, Prado E, Sánchez-Ferrer J, et al. Contexto y resultados del desarrollo infantil temprano en niños y niñas de 12 a 59 meses en México. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):775-86. <https://doi.org/10.21149/10560>

15. Mongua-Rodríguez N, Hubert C, Ferreira-Guerrero E, de Castro F, Ferreyra-Reyes L, Villalobos-Hernández A, et al. Tendencias en las coberturas de vacunación en niños de 12 a 23 y 24 a 35 meses en México. *Ensanut 2012 y Ensanut 100k. Salud Publica Mex.* 2019;61(6):809-20. <https://doi.org/10.21149/10559>
16. Escamilla-Núñez C, Delgado-Sánchez G, Castro-Porras LV, Ferreira-Guerrero E, Hernández-Cadena L, Mongua-Rodríguez N, et al. Tendencias en la prevalencia de IRA y EDA en la primera infancia y factores asociados: Ensanut 2012 y 100k. *Salud Publica Mex.* 2019;81(6):798-8. <https://doi.org/10.21149/10572>
17. Cuevas-Nasu L, Gaona-Pineda EB, Rodríguez-Ramírez S, Morales-Ruán MC, González-Castell LD, García-Feregrino R, et al. Desnutrición crónica en población infantil con localidades de menos de 100 000 habitantes en México. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):833-40. <https://doi.org/10.21149/10642>
18. De la Cruz-Góngora V, Martínez-Tapia B, Cuevas-Nasu L, Rangel-Baltazar E, Medina-Zacarias MC, García-Guerra A, et al. Anemia, deficiencias de zinc y hierro, consumo de suplementos y morbilidad en niños mexicanos de 1 a 4 años: resultados de la Ensanut 100k. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):821-32. <https://doi.org/10.21149/10557>
19. Tellez-Rojo MM, Bautista-Arredondo LF, Trejo-Valdivia B, Cantoral A, Estrada-Sánchez D, Kraiem R, et al. Reporte nacional de niveles de plomo en sangre y uso de barro vidriado en población infantil vulnerable. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):787-97. <https://doi.org/10.21149/10555>
20. Mundo-Rosas V, Unar-Munguía M, Hernández-Fernández M, Pérez-Escamilla R, Shamah-Levy T. La seguridad alimentaria en los hogares en pobreza de México: una mirada desde el acceso, la disponibilidad y el consumo. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):866-75. <https://doi.org/10.21149/10579>
21. González-Bautista E, Zavala-Arciniega L, Rivera-Rivera L, Leyva-López A, Natera-Rey G, Reynales-Shigematsu LM. Factores sociales asociados con el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes mexicanos de poblaciones menores a 100 000 habitantes. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):764-74. <https://doi.org/10.21149/10563>
22. Shamah-Levy T, Campos-Nonato I, Cuevas-Nasu L, Hernández-Barrera L, Morales-Ruán MC, Rivera-Dommarco JA, Barquera S. Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):852-65. <https://doi.org/10.21149/10585>
23. Villalobos A, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Romero-Martínez M, Mendoza-Alvarado LR, Flores-Luna ML, et al. Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):876-87. <https://doi.org/10.21149/10546>
24. Khera R, Lu Y, Lu J, Saxena A, Nasir K, Jiang L, Krumholz HM. Impact of 2017 ACC/AHA guidelines on prevalence of hypertension and eligibility for antihypertensive treatment in United States and China: nationally representative cross sectional study. *BMJ.* 2018;362:k2357. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2357>
25. Muntner P, Carey RM, Gidding S, Jones DW, Taler SJ, Wright JT Jr, Whelton PK. Potential US population impact of the 2017 ACC/AHA high blood pressure guideline. *Circulation.* 2018;137(2):109-18. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032582>
26. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Flores-Coria A, Gómez Álvarez E, Barquera S. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):888-97. <https://doi.org/10.21149/10574>
27. Rosas M, Borrayo G. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/American Heart Association. *Gac Med Mex.* 2018;154(6):633-7. <https://doi.org/10.24875/GMM.18004690>
28. Hidalgo-Solórzano E, Pérez-Núñez R, Valdez-Santiago MR, Híjar-Medina M. Análisis de las lesiones accidentales no fatales en población vulnerable, México 2018. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):907-16. <https://doi.org/10.21149/10549>
29. Vieira ER, Palmer R, Chaves PH. Prevention of falls in older people living in the community. *BMJ.* 2016;353:i1419. <https://doi.org/10.1136/bmj.i141>
30. Híjar M, Pérez N, Ricardo A. Advances in Mexico in the middle of the Decade of Action for Road Safety 2011–2020. *Rev Saude Publica.* 2018;52:67. Disponible en: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000225>
31. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex.* 2010;52(4):292-304.
32. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Comunicado de prensa 410/18. México: INEGI, 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
33. Salinas A, Manrique B, Acosta I, Téllez MM, Franco A, Gutierrez LM, Sosa AL. Validación de un punto de corte para la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológico, versión abreviada (CESD-7). *Salud Publica Mex.* 2013;55(3):367-74. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7209>
34. Katz S, Branch LG, Branson MH, Papsidero JA, Beck JC, Greer DS. Active life expectancy. *N Engl J Med.* 1983;309(2):1218-24. <https://doi.org/10.1056/NEJM198311173092005>
35. Consejo Nacional de Población. Población a mitad de año. Para la República Mexicana el periodo es de 1950-2050, para las entidades federativas el periodo es de 1970-2050 [internet]. México: Conapo, 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>