



enero - abril 17

COYUNTURA ECONÓMICA

El sistema de salud en el México actual,
retos y perspectivas a futuro

COYUNTURA ECONÓMICA, año 7, núm. 17, enero - abril de 2025 es una publicación cuatrimestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, a través del Instituto de Investigaciones Económicas, Circuito Mario de la Cueva s/n, Ciudad de la Investigación en Humanidades, Ciudad Universitaria, Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, www.iiec.unam.mx, camp@iiec.unam.mx. Editor responsable: Eufemia Basilio Morales. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del título 04-2022-101412222500-102, ISSN 2954-4580. Responsable de la última actualización de este número: Coordinación de Análisis Macroeconómico Prospectivo del IIEC-UNAM, Eufemia Basilio Morales. Comité Editorial: Abraham Granados Martínez, Eric Hernández Ramírez, Eufemia Basilio Morales, Isalia Nava Bolaños, Jessica Mariela Tolentino Martínez, José Manuel Márquez Estrada, Mildred Yólatl Espíndola Torres y Uberto Salgado Nieto. Fecha de última modificación: abril de 2025. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa.

Introducción

Eufemia Basilio Morales¹

La salud es un derecho humano básico que debe garantizar a todas las personas el acceso a servicios de salud de calidad, y será el Estado quien deba proporcionar dichos servicios de manera pública y gratuita por medio de la federación, estados y municipios para la población que no pueda tener derecho a estos de otra forma. Las enfermedades crónico degenerativas han ido en aumento en las últimas décadas, a la par del crecimiento poblacional, lo cual hace necesario un sistema de salud eficiente que vaya acorde con las necesidades de la población, pero lejos de ello, el gasto en salud ha venido decreciendo en los últimos años, estando México por debajo de los estándares internacionales en atención a la salud. Así, el sistema de salud en nuestro país enfrenta grandes retos tales como, la cobertura universal, la inequidad y la falta de recursos.

Mucha gente gasta gran parte de sus ingresos en medicamentos y doctores, sobre todo cuando no están afiliados a la seguridad social. El problema con el sistema de salud está presente desde sexenios anteriores, y resulta preocupante dado que vulnera más a las personas con menores recursos. Las grandes fallas en el sistema de salud quedaron de manifiesto durante la pandemia de covid-19, y fueron sufridas por millones de mexicanos. El sistema de salud excluye a 50.4 millones de personas en el país, de acuerdo con los últimos datos del Coneval, lo cual profundiza la brecha social, afectando a los más pobres, y hace imperativo mejorar las condiciones del sistema de salud. Para lograr una mejora, es urgente invertir en hospitales, personal médico y en optimizar la disponibilidad de insumos y tecnologías, así como construir un sistema de salud de cobertura universal, financiado por el Estado, e implementar una política de salud pública dirigida a la

¹ Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México, titular de la Coordinación de Análisis Macroeconómico Prospectivo. Correo electrónico: ebasilio@iiec.unam.mx.

prevención, dado que la atención está concentrada en atender los problemas de salud que llegan en etapas terminales, siendo estas casi 80 % de las enfermedades atendidas, en lugar de hacerlos desde la etapa temprana en la que es mucho más barato y fácil detener las enfermedades. Por todo lo anterior, es importante adentrarnos al estudio y revisión de un tema tan importante como es la salud, ya que eso nos permitirá entender la problemática que se vive al interior de este sector, así como las afectaciones en salud que tiene la población en general, y la más vulnerable, en particular. Así, en el presente boletín expertos abordarán las principales aristas sobre este tema tan importante en nuestro país.

En el primer artículo, titulado “Acceso a la salud en México: prevalencias y disparidades actuales”, Yedith Guillén muestra las prevalencias en el acceso a la salud y a la seguridad social de la población mexicana en la actualidad; pone de manifiesto las características o disparidades de los grupos más vulnerables para acceder a estos derechos sociales.

En el segundo artículo, “Carencia por acceso a los servicios de salud entre la población mayor en el México contemporáneo”, Isalia Nava y Abraham Granados exponen los problemas que sufren los adultos mayores para acceder a los servicios de salud, en el marco de la transición demográfica. Analizando también otros factores que pueden influir en esta problemática, tales como la escolaridad y los sociodemográficos.

Por su parte, Sebastián Jiménez, en su escrito “Gastos de polifarmacia de la población mayor en México. Diferencias de género”, identifica la problemática que presenta la población mexicana de 65 años y más, con presencia de multimorbilidad y que recurre al uso de polifarmacia, identificando cuánto destinan de su gasto en medicamentos prescritos según el tipo de enfermedad. Lo que visibiliza las desigualdades de género.

A continuación, Claudio Alberto Dávila hace un puntual análisis sobre “La diabetes *mellitus* en el México de hoy”, tocando los determinantes y factores de riesgo de la enfermedad en el caso de México. Realiza recomendaciones importantes para disminuir las repercusiones de esta enfermedad en la población.

Finalmente, Enrique García Tejeda y Karina Sánchez, en el trabajo “La nueva Ley de Alimentación y sus retos para el sistema de salud”, analizan los avances y retos de la Ley General de Alimentación Adecuada y Sostenible, explicando su margen de acción dentro del sector alimentario, así como la coordinación institucional que debe haber para su instrumentación.

Acceso a la salud en México: prevalencias y disparidades actuales¹

Yedith B. Guillén-Fernández²

Introducción

El derecho a la salud en México se encuentra estipulado en diferentes marcos normativos, como en la Constitución mexicana, la Ley General de Salud, la Ley de Desarrollo Social, entre otros. Este derecho considera la obligación que tiene el Estado de proveer los bienes y servicios para la atención médica y tratamiento de enfermedades de la población mexicana, así como el derecho al bienestar en salud.

La Constitución mexicana establece en su artículo 4 el derecho a la salud de la siguiente manera:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud... La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.³

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y se considera, tanto en el ámbito nacional como

¹ Este documento deriva del proyecto titulado “Factores de la pobreza y determinantes socioeconómicos de la salud. Un análisis de sus interrelaciones en México y América Latina”, adscrito al IIEC-UNAM del cual la autora es responsable. Se agradece el apoyo en la búsqueda de bibliografía e información que realizó. Pedro Sevilla López, egresado del Posgrado en Economía UNAM, sede IIEC.

² Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas-UNAM. Correo electrónico: yedith@comunidad.unam.mx

³ DOF (*Diario Oficial de la Federación*) (2024), Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (párrafo reformado en DOF 08-05-2020, publicada originalmente en 1917). Revisado el 14 de enero de 2025, en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>.

en el internacional como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social que le permita vivir dignamente a las personas.⁴ En México, esto se ha establecido en el artículo 1 de la Ley General de Desarrollo Social en México (LGDS).⁵

Asimismo, este estudio se fundamenta en el artículo 1 de la LGDS que establece la obligatoriedad del Estado mexicano de garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales para todas las personas que viven en el territorio nacional, como lo es el caso del derecho a la salud y la seguridad social, con el propósito de asegurar el acceso de la población al desarrollo social.⁶

El objetivo de este documento de investigación es mostrar las prevalencias en el acceso a salud (AS) y a la seguridad social (Assoc) de la población mexicana en la actualidad; así como poner de manifiesto las características o disparidades de los grupos más vulnerables para acceder en menor medida a estos derechos sociales. Se reflexiona al final de este documento sobre la necesidad de acceso universal a la salud.

Acceso a salud de la población mexicana

Las privaciones en salud, para su medición, derivan de la falta acceso a los servicios médicos o de la necesidad insatisfecha (carencia o privación), tanto en salud como en seguridad social.⁷ La medición del indicador de Assoc es trascendental para dar cuenta asimismo del AS, ello se explica debido a que México fundamenta su sistema de salud en uno contributivo, en donde solo las personas que acceden al mercado formal de la economía tienen, por consiguiente, seguridad social y, por ende, servicios de salud. El resto de las personas, si no cuentan con registro directo o indirecto, vía familiar o por pagos directos a algún tipo de sistema de salud, quedan fuera en el cumplimiento de este derecho.⁸

⁴ Declaración Universal de los Derechos Humanos; *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* "Protocolo de San Salvador"; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

⁵ DOF (*Diario Oficial de la Federación*) (2004). Ley General de Desarrollo Social. Revisado el 9 de octubre del 2023, en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=676752&fecha=20/01/2004#gsc.tab=0.

⁶ *Ibidem*.

⁷ Boltvinik, J. (1992), "El método de medición integrada de la pobreza. Una propuesta para su desarrollo", *Comercio Exterior*, 42(4), 354-365.

⁸ A. C. Laurell (2013), *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*, CLACSO-CROP, Buenos Aires y Bergen.

La prevalencia de la población mexicana en conjunto con respecto a AS en 2022 es de 61 %.⁹ De acuerdo con el criterio del Coneval (2018),¹⁰ este indicador considera a todas aquellas personas que acceden a una institución de salud pública o privada o a algún programa social de salud, como el Seguro Popular, el INSABI o el IMSS-Bienestar.

Por otro lado, la incidencia de cumplimiento en Assoc fue de 49 % en 2022. Este indicador integra en su cálculo a las personas que contribuyen en el sistema de seguridad social en México, por lo que ellas tienen posibilidades de acceder a servicios médicos de manera formal, como los que provee el IMSS, el ISSSTE o la Marina. Las personas con Assoc tienen posibilidades de recibir servicios médicos en los distintos niveles de atención, así como quienes pueden pagar cuotas para acceder a servicios médicos privados.¹¹ Cabe señalar que, del total de ocupados, solo 39 % accedieron de forma directa a la seguridad social en 2022.¹²

Cabe destacar la pandemia de covid-19 que, de forma específica, en países pobres y en desarrollo como México, puso a prueba el papel del Estado en cuanto a la provisión de su sistema de protección social y de salud, dada la crisis económica y social que también implicó los diferentes tipos de desigualdades, particularmente en el acceso a los servicios de salud y, por ende, superó la capacidad del Estado para enfrentar esta emergencia sanitaria (CEPAL, 2020). Sin embargo, el problema es estructural, la marcada inequidad es consecuencia de la vinculación al sistema contributivo de la seguridad social, es decir, contar con un empleo formal marca la diferencia entre tener acceso a salud o no; el reto es que el Estado mexicano provea entonces medidas hacia un sistema de seguridad social integrador, incluyendo la salud de los trabajadores del sector informal, subocupados y desempleados.¹³

Con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), había 4.7 millones de personas subocupadas antes de la crisis económica por la pandemia. Esta situación subóptima del empleo casi se triplicó en el periodo de contingen-

⁹ Coneval (2022a), Base de datos de pobreza multidimensional (base final: pobreza_22). Revisado el 14 de enero de 2025, en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2022.aspx

¹⁰ Coneval (2018), Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, CdMx.

¹¹ *Ibidem*.

¹² Coneval (2022a). *Op.cit*.

¹³ N. Lustig (2007), "Salud y desarrollo económico: el caso de México", *El Trimestre Económico*, 74(296): 793-822.

cia sanitaria de mayo de 2020, alcanzando la cifra de 13.0 millones de personas.¹⁴ Otro de los aspectos críticos en materia de AS de la población en México es la baja inversión en salud. Como ejemplo, tenemos que el gasto en salud como porcentaje del PIB fue de 5.5 % en 2022, muy por debajo de las economías de la OCDE (9.2 % del PIB); países latinoamericanos y de habla española muestran un mayor porcentaje: España (10.4 %); Colombia (8.1 %); Costa Rica (7.2 %) y Chile (9 %).¹⁵ Además, la distribución en infraestructura en salud y de los servicios médicos no contribuye a reducir las disparidades en los indicadores de salud, estas se muestran a continuación.

Disparidades actuales en salud de la población mexicana

La gráfica 1 muestra el acceso a la salud y a la seguridad social de la población en México en 2022, por condiciones demográficas y socioeconómicas distintas, y se aprecia que hay disparidades en dichas prevalencias.

La prevalencia en AS de las personas que se encuentran en el primer quintil¹⁶ de ingreso en México es menos de la mitad de la prevalencia en AS de las personas que se encuentran en el último quintil de ingresos (38 vs. 80 %), y en cuanto a la prevalencia de Assoc la disparidad es más amplia, es alrededor de cuatro veces menos para el primer quintil (17 vs. 75 %). El segundo quintil¹⁷ de ingresos muestra que más de la mitad de su grupo poblacional tiene AS (52 %) pero no así en Assoc, su prevalencia es de 38 %, es decir, la mitad del acceso que muestra el último quintil. Además, se aprecia que la prevalencia en AS para el quintil tres de

¹⁴ Coneval (2020), Pobreza laboral con la Encuesta Telefónica de Ocupación y Empleo (ETOE) ante la crisis sanitaria generada por la COVID-19, comunicado de prensa, Ciudad de México, 27 de julio de 2020. https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2020/Nota_POBREZA_LABORAL_CON_ETOE.pdf.

¹⁵ Organisation for Economic Co-operation and Development OECD(2021), OECD. Stat, Social Expenditure, OECD. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/health-expenditure-in-relation-to-gdp_e3566919.html.

¹⁶ La media del ingreso en el primer quintil de ingresos es de \$1 624.37 pesos mensuales. Este ingreso es menor a la línea de pobreza extrema de Coneval, de \$2 086.21 en el área urbana y similar a la rural de 1 600.18 pesos. (<https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-Pobreza-por-Ingresos.aspx>)

¹⁷ La media del ingreso en el segundo quintil de ingresos es de \$2 996.97 mensuales. Este ingreso es menor a la línea de pobreza de Coneval, de la canasta no alimentaria (4 158.35 urbano; y similar a la rural de 2 970.76). (<https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-Pobreza-por-Ingresos.aspx>).

ingresos¹⁸ está en el promedio poblacional (63 %) y su prevalencia en Assoc es de 53 %. Estas prevalencias son mayores para el quintil cuatro, su prevalencia en AS es de 72 % y en Assoc es de 6 %. Las prevalencias más altas de las dos anteriores pertenecen al último quintil (80 y 75 %, respectivamente).

Otro de los grupos vulnerables (aparte del primer y segundo quintiles de ingreso) es la población indígena, quienes muestran una prevalencia menor a 50 % en el AS y, en referencia al Assoc, es una de las más bajas prevalencias que se muestran en la gráfica 1, de 25 %. Las bajas prevalencias en estos derechos sociales también las muestra la población desocupada como grupo poblacional de la población económicamente activa (PEA), el AS es de 30 % y la seguridad social es de solo 19. La PEA ocupada muestra una prevalencia de AS de 60 y de Assoc de 50 por ciento.¹⁹ Por otro lado, se puede apreciar además que la población asentada en la región Centro-Sur de México –la cual comprende los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Tlaxcala-- muestran una baja prevalencia en AS (46 %) y Assoc (31 %), en promedio con respecto a la población que vive en la región Centro-Norte de México, que comprende el resto de los estados de México (66 % y 56 %). La población rural accede en menor medida a estos derechos, sobresale su baja participación en Assoc, la prevalencia es de solo 27 por ciento.

La gráfica 1 también muestra que la población de hombres y mujeres no presenta grandes diferencias en estos componentes de acceso; alrededor de tres a dos puntos porcentuales de diferencia en AS y acceso a la seguridad social. Además, el grupo de edad entre 0 y 17 años y el de 18 a 64, es decir, niñas, niños y adolescentes (NNA) y PEA presentan prevalencias de AS y Assoc por debajo del promedio poblacional (61 y 49 %). El grupo de personas adultas mayores se ha visto más favorecido porque son proclives a obtener la pensión universal que pudiera permitirles acceder a algunas consultas básicas o cuotas para la atención médica, además de los programas sociales que brindan atención primaria a la salud. En suma, la población más vulnerable en acceso a salud y seguridad social que se analizó en este documento de estudio, son los grupos poblacionales pobres, población no ocupada, indígena y rural; población del Centro-Sur de México, así como la población NNA y la PEA que no cuenta con empleo formal.

¹⁸ La media del ingreso en el tercer quintil de ingresos es de \$4 299.49 mensuales (Coneval, 2022a), a penas por arriba de la línea de pobreza urbana.

¹⁹ Esta cifra no implica que sea acceso directo a seguridad social, puede tener acceso vía indirecta o cuotas.

Reflexiones finales

La importancia del acceso y ejercicio de los derechos sociales, como lo es la salud y la seguridad social, se fundamenta en la normatividad de un país y en el consenso social para que las personas puedan participar de los beneficios de su sociedad,²⁰ asimismo, les permite a las personas ejercer el resto del conjunto de derechos conforme al avance en el desarrollo social y económico que experimenta su país, y su implicación es la reducción, tanto de la pobreza, como de las privaciones sociales,²¹ vistas estas últimas como la negación de los derechos mismos²².

La segmentación de los servicios públicos, en cuanto al acceso, uso y calidad de los servicios de salud, ha generado exclusión social y disparidades, debido a que el sistema de seguridad social, que incluye la salud pública, ha sido contributivo y se ha orientado solo a los empleados formales,²³ ello desde la marcada época del ajuste estructural.²⁴ Es necesario repensar el sistema de salud en México, con miras a brindar un sistema universal, basado en los derechos ciudadanos establecidos en la Constitución mexicana, con el fin de cubrir a la población que no se encuentra en el empleo formal o que se encuentra desocupada, así como a grupos de población no económicamente activa y grupos vulnerables y pobres.

Una de las estrategias de política pública para incrementar el AS de la población es incrementando la inversión en salud y protección social,²⁵ pero este mecanismo debe ir acompañado con la reducción de la desigualdad y de la pobreza, la in-

²⁰ P. Townsend, (2009), "Social security in developing countries: A brief overview", en P. Townsend (ed.), *Building decent societies. Rethinking the role of social security in development*, Palgrave Macmillan.

²¹ Y. B. Guillén-Fernández (2023), *Breaking the Poverty Code. An Integrative Approach to Measuring Multidimensional Poverty in Mexico*, Emerald Publishing Limited, Bingley, RU, ISBN 978-1-83753-520-0.

²² L. Despouy (1996), Rapport final sur les droits de l'Homme et l'extrême pauvreté, Rappporteur de la sous commission de la lutte contre les mesures discriminatoires et de la protection des minorités du Conseil Économique et Social de L'ONU. Quarante-huitième session, UN Document E/EC.4/Sub.2/1996/13, 28 de junio de 1996.

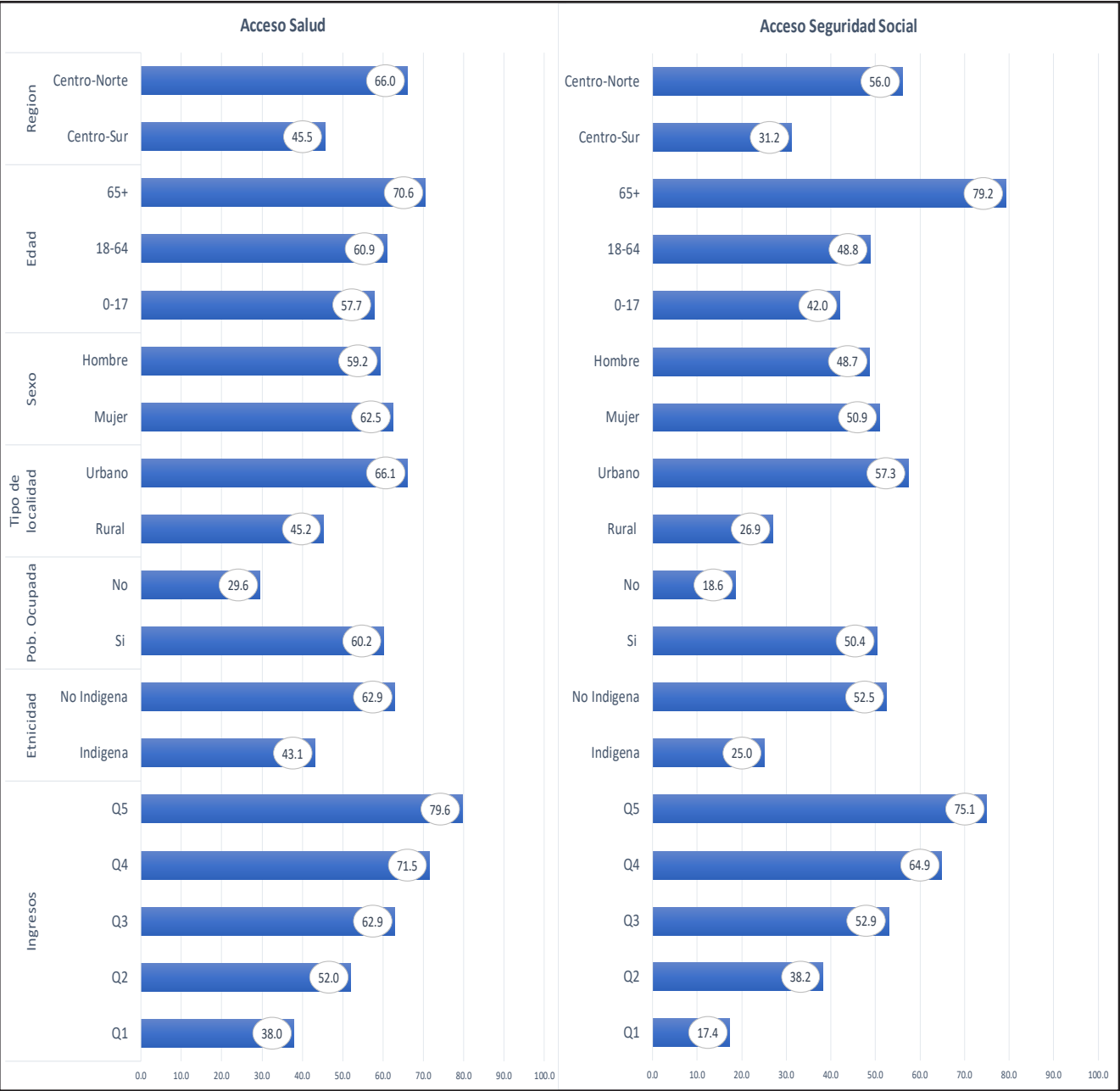
²³ F. Filgueira (2007), "Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina", *Serie Políticas Sociales*, 135: 1-66.

²⁴ C. Barba-Solano (2004), "Régimen de bienestar y reforma social en México", *Serie Políticas Sociales*, 92: 1-56.

²⁵ M. Cichon y W. Scholz (2009), "Social Security, Social Impact and Economic Performance: A Farewell to Three Famous Myths", en P. Townsend (ed.), *Building Decent Societies. Rethinking the Role of Social Security in Development*, Palgrave Macmillan, Londres, pp. 80-98.

equidad debe combatirse independiente de que exista crecimiento económico,²⁶ es necesario combatirla de forma directa y orientarnos a la equidad en salud.

Gráfica 1. Prevalencias y disparidades del acceso a salud y seguridad social en México, 2022



Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2022 y estimaciones de pobreza multidimensional de Coneval (2022a).

²⁶ J. Cuesta; M.Negre, C. Silva-Jauregui (2020), “Is it really possible for countries to simultaneously grow and reduce poverty and inequality? Going beyond global narratives”, *Oxford Development Studies*, 48: 1-15. <https://doi.org/10.1080/13600818.2020.1784864>

Notas sobre la gráfica 1:

La población no ocupada incluye a las personas en edad de trabajar que no se encuentran laborando.

La región Centro-Norte comprende los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chihuahua, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Jalisco, México, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas, y la región Centro-Sur incluye los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo; Michoacán, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Tlaxcala.

Coneval cita²⁷ los criterios del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) para señalar que se considera población indígena a todas las personas que forman parte de un hogar indígena. Además, se incluye a personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares.²⁸

²⁷ Coneval (2022b). Anexo Estadístico 2022. Medición Multidimensional de la Pobreza. Revisado 14 de enero de 2025 de: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2022.aspx

²⁸ <https://www.gob.mx/inpi/documentos/indicadores-de-la-poblacion-indigena> (Consultado el 10 de agosto de 2023).

Carencia por acceso a los servicios de salud entre la población mayor en el México contemporáneo¹

Isalia Nava Bolaños² y Abraham Granados Martínez³

Introducción

México ha seguido el patrón clásico de la transición demográfica. En un primer momento, se registró una marcada reducción de la mortalidad, impulsada por los avances médicos, las mejoras en la infraestructura sanitaria y el mayor acceso a los servicios de salud. La esperanza de vida al nacimiento pasó de 46.3 años en 1950 a 74 en 2000, y se espera que en 2050 sea de 80.1 años.⁴ En un segundo momento, alrededor de la década de los sesenta, se presentó una disminución de la fecundidad. Este cambio comenzó con un grupo pionero de mujeres urbanas y con altos niveles de escolaridad que optaron por reducir su descendencia, un fenómeno que posteriormente se generalizó gracias a la implementación de políticas públicas de control demográfico, como el uso masivo de métodos anticonceptivos. La evolución de ambas variables, junto con los flujos migratorios, principalmente hacia Estados Unidos, modificó el tamaño de la población y transformó la estructura poblacional.

El país pasó de tener una pirámide demográfica con una base amplia, característica de una población joven, a una que apuntala un aumento sostenido de las personas mayores. Este cambio da cuenta de un proceso de envejecimiento demográfico, con un crecimiento permanente de la población de 65 años y más

¹ Investigación realizada gracias al programa UNAM-PAPIIT IN307623 “El bienestar económico de las personas mayores en México: tendencias, determinantes y desafíos para la política pública”. Agradecemos el apoyo de Sebastián Antonio Jiménez Solís por su colaboración en la revisión.

² Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Correo electrónico: isalia@unam.mx.

³ Investigador del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Correo electrónico: abraham.granados@iiec.unam.mx

⁴ Consejo Nacional de Población (Conapo) (2024), *Bases de datos de las proyecciones de la población de México 2020 a 2070*, México, Conapo. Recuperado de: <http://www.conapo.gob.mx>

(P65+), tanto en términos absolutos como relativos. En 1950, la P65+ representaba 2.9 % de la población total (839 000 personas), para el año 2000, su participación aumentó a 5.1 % (5.0 millones), y se proyecta que en 2050 alcanzará 18.2 % (26.8 millones).⁵ Esto implica que, en el transcurso de este último decalustro, la población de personas mayores se habrá quintuplicado.

Además, a partir de 2020, la proporción de la población de 0 a 14 años comenzó a disminuir, mientras que la P65+ registró un aumento constante. Este hito demográfico muestra la importancia de abordar los retos asociados al proceso de envejecimiento de la población. Una de las principales preocupaciones se refiere a la seguridad social, especialmente en la protección que otorgan las pensiones y la atención de la salud.

En relación con la salud, Ham⁶ señala que el envejecimiento conlleva un riesgo significativo, vinculado a la “creciente fragilidad de la salud y la gran propensión al deterioro físico y mental que acompaña a las edades avanzadas”. En esta etapa de la vida, las personas suelen enfrentar periodos prolongados marcados por padecimientos crónicos y enfermedades degenerativas que, generan síntomas, lesiones e incapacidades que afectan la calidad de vida y el bienestar. Estas condiciones, si bien pueden ser controladas o mitigadas, suelen persistir, planteando desafíos significativos. Desde una perspectiva social y económica, estas circunstancias generan una creciente demanda de atención médica y cuidados a largo plazo. Por ello, garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud integrales y especializados para la población adulta mayor es una necesidad prioritaria.

Acceso a los servicios de salud en las personas mayores: un análisis exploratorio

A partir del indicador de carencia por acceso a servicios de salud,⁷ que forma parte de la medición multidimensional de la pobreza que establece el Consejo Nacional de Evaluación del Desarrollo Social (Coneval) se identifica que 3.7 mi-

⁵ *Idem.*

⁶ Roberto Ham (2003), *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, México, El Colegio de la Frontera Norte -Miguel Ángel Porrúa, p.123.

⁷ Una persona se encuentra sin servicios de salud “cuando no cuentan con adscripción o afiliación a las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, ejército o marina), a servicios médicos privados, o bien, no se encuentra afiliado o inscrito al Seguro Popular, o no reportó tener derecho a recibir los servicios que presta el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)” (Coneval, 2023: 43).

lones (29.4 %) de personas de 65 años y más enfrentan esta condición.⁸ Existen marcadas desigualdades a nivel territorial: en entidades como Oaxaca y Chiapas, más de la mitad de la población adulta mayor (63.5 y 60.6 %, respectivamente) enfrenta esta condición, mientras que en Baja California Sur (10.9 %) y Coahuila (10.7 %) los porcentajes son considerablemente más bajos. Diversos factores sociodemográficos y económicos se asocian con el acceso a la atención por lo que es importante analizar sus interrelaciones para comprender cómo se configuran las oportunidades y barreras en el acceso a los servicios de salud.

Para ello, se emplea el análisis de correspondencias múltiples (ACM), una técnica descriptiva que permite examinar simultáneamente múltiples variables categóricas, al reducir la dimensionalidad de los datos y facilitar la interpretación de patrones entre la P65+. En la gráfica 1 se identifican dos dimensiones principales que ayudan a caracterizar los perfiles de quienes enfrentan mayores dificultades en el acceso a los servicios de salud. La primera dimensión (horizontal, 27.6 % de inercia) puede interpretarse como una de vulnerabilidad socioeconómica. En el extremo izquierdo se agrupan categorías como nivel de escolaridad de primaria incompleta o menos, hablante de lengua indígena y residencia en localidades rurales, que reflejan a una población en condiciones socioeconómicas más desfavorables. En contraste, hacia la derecha aparecen categorías asociadas con mejores condiciones sociales y económicas, como los mayores niveles de escolaridad (secundaria y más) y la residencia en localidades urbanas. La segunda dimensión (vertical, 21.5 % de inercia) está relacionada con la estructura demográfica. En la parte superior de la gráfica aparecen categorías vinculadas a menores barreras, como la ausencia de discapacidad física o mental, mientras que en la parte inferior se agrupan categorías asociadas con mayores barreras, como la presencia de discapacidad.

En relación con el acceso a servicios de salud (representada por un rombo), el perfil de la población con carencia de estos servicios se ubica hacia el centro-izquierda de la gráfica 1. Esta posición sugiere una asociación moderada con la vulnerabilidad socioeconómica. Se observa que la categoría de menor escolaridad está próxima, lo que da cuenta de la dificultad de las personas con menor nivel educativo para obtener los servicios de salud. Asimismo, las categorías hablante de lengua indígena y la residencia en localidades rurales muestran una asociación con la carencia, lo que evidencia que hay barreras estructurales y de acceso

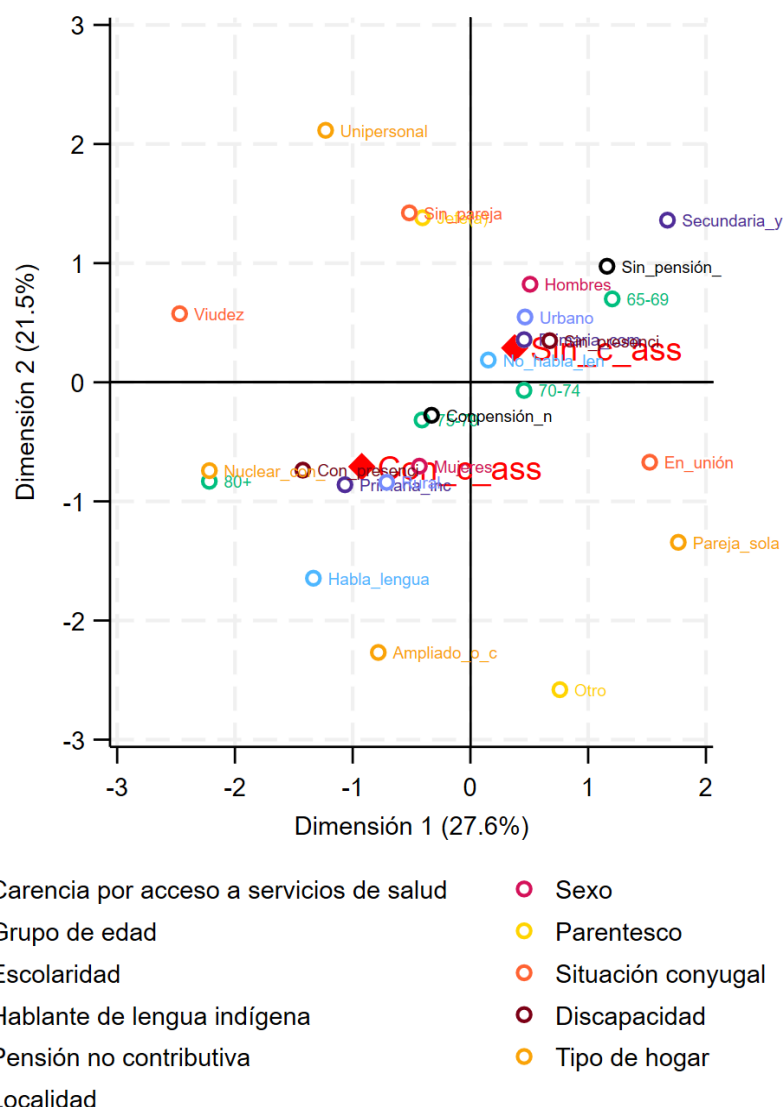
⁸ Entre la población total, 50.4 millones (39.1 %) presentaba carencia por acceso a los servicios de salud en 2022.

para estos grupos de la población mayor. Del mismo modo, el grupo de edad 80+ y aquellas personas con discapacidad se encuentran cercanas al indicador, lo que puede mostrar que enfrentan mayores dificultades para obtener atención médica. Además, los hogares nucleares con hijos(as) también presentan una relación con la carencia de acceso a servicios de salud, lo que sugiere que la estructura de los hogares se asocia con la carencia.

Respecto a la población sin carencia por acceso a servicios de salud, la gráfica 1 muestra que esta se asocia con características que favorecen el acceso a la atención médica. Su proximidad a variables como contar con escolaridad de secundaria o más, la residencia en localidades urbanas, ser hombre y pertenecer al grupo de edad de 65 a 69 años, indica que estos grupos enfrentan menos barreras en el acceso a los servicios de salud. Además, su ubicación cercana a la categoría "sin pensión no contributiva" sugiere que puede tratarse de población con la garantía de seguridad económica en las edades avanzadas, por ejemplo, por medio de los ingresos por pensiones contributivas o los estipendios derivados de la actividad económica.

A partir de estos resultados se resalta la importancia de considerar los factores sociodemográficos, económicos y territoriales en la incorporación de la población al sistema de protección social en salud, así como la necesidad de políticas que reduzcan las brechas en los grupos de la población en edades avanzadas más vulnerables. Para superar la carencia en el acceso a la salud entre la población mayor es necesario que el Estado garantice la disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y adaptabilidad de los servicios médicos. La disponibilidad implica contar con suficiente infraestructura de atención médica, personal capacitado e insumos para atender a la P65+. La accesibilidad se refiere a la eliminación de barreras geográficas, económicas y administrativas que dificultan el acceso a los servicios, especialmente para la población en edades avanzadas en localidades rurales o en zonas marginadas. La calidad debe asegurar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados, mientras que la aceptabilidad se relaciona con la pertinencia cultural y el respeto a las necesidades en la vejez. Por su parte, la adaptabilidad exige que el sistema de salud evolucione conforme a los cambios en la estructura poblacional y epidemiológica. Se requiere de una estrategia integral que considere estos elementos, de otra forma la brecha en la atención médica persistirá, agravando las desigualdades en el bienestar y la calidad de vida de la población mayor.

Gráfica 1. Análisis de correspondencias múltiples (variables sociodemográficas, económicas y carencia por acceso a los servicios de salud de la P65+)



Fuente: elaboración propia con base en microdatos de la ENIGH 2022 (INEGI, 2022)

Reflexiones finales

El envejecimiento demográfico, un fenómeno “que va a crecer rápidamente y de modo notable”⁹ trae consigo una fuerte demanda de atención médica especializada y de servicios de cuidados. Por lo tanto, es importante el diseño de medidas y acciones encaminadas a fortalecer las políticas públicas en este ámbito.

⁹ R. Ham (2003), *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, México, El Colegio de la Frontera Norte -Miguel Ángel Porrúa, p. 286.

Los resultados del ACM muestran que la carencia por acceso a servicios de salud está asociada con factores sociodemográficos y económicos. En particular, las personas mayores sin acceso a servicios médicos tienden a compartir condiciones de vulnerabilidad como bajo nivel de escolaridad, residencia en localidades rurales, ser hablante de lengua indígena, tener alguna discapacidad y estar en el grupo de edad 80+. Desde las políticas públicas, estos hallazgos subrayan la urgencia de implementar estrategias que prioricen a los grupos más afectados, garantizando la disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y adaptabilidad de los servicios de salud. El ACM proporciona evidencia para diseñar intervenciones precisas que permitan reducir las brechas de desigualdad entre la población mayor y asegurar que los esfuerzos del Estado lleguen a quienes enfrentan mayores barreras para acceder a la atención médica.

Estos elementos son clave para avanzar de manera progresiva en la protección del derecho a la salud, asegurando que las personas adultas mayores cuenten con una atención integral, oportuna y adecuada, en un contexto donde prevalecerá la presencia de enfermedades crónico degenerativas y discapacitantes.

Gastos de polifarmacia de la población mayor en México. Diferencias de género

Sebastián Antonio Jiménez Solís¹

Hoy día la población mexicana se ha caracterizado por un paulatino crecimiento en su población envejecida. De acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda de 2020, habían 10.3 millones personas de 65 años y más (65+) en el país, el cual representaban 8.2 % de la población total. Al contrastar con los censos anteriores, las cifras y porcentajes era inferiores, por ejemplo, en 2010 con 6.9 millones (6.3 %) y en el 2000 con 4.8 millones (5.0 %). Este comportamiento demográfico se debió al mejoramiento en el control de la mortalidad y fecundidad, componentes que definen la transición demográfica y que da como resultado el envejecimiento demográfico. No obstante, este cambio trae inevitables consecuencias económicas y sociales. Por otra parte, si bien la esperanza de vida ha aumentado en las edades avanzadas se suele vivir con múltiples afectaciones de salud como son las enfermedades crónicas-degenerativas² y con ello el aumento en los costos asociados en la atención médica.

Este artículo tiene como objetivo analizar a la p65+ mexicana con presencia de multimorbilidad³ y que recurre al uso de polifarmacia,⁴ así como identificar cuán-

¹ Académico del Instituto de Investigaciones Económicas-UNAM. Correo electrónico: jimiseb@gmail.com

² R. Ham(2003)], *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, México, El Colegio de la Frontera Norte.

³ La multimorbilidad se refiere a la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo (OMS, 2016).

⁴ Entendida como la ingesta de más de tres medicamentos al día (OMS, 2013).

tas de ellas destinan gastos en medicamentos prescritos según el tipo de enfermedad y visibilizar las desigualdades de género. Para ello utiliza los micro datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (Enasem) de 2021.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), las personas que padecen una enfermedad crónica es más probable que a menudo tengan (o desarrollen) múltiples enfermedades en lugar de una sola. Esta multimorbilidad es común entre las personas mayores.⁵

La mayor presencia de multimorbilidad en la vejez conlleva a mayor demanda de atención médica y un aumento de recurrencia en el uso de medicamentos. De acuerdo con la literatura revisada, las personas mayores con padecimientos cardiovasculares tienen una mayor prevalencia de multimorbilidad y polifarmacia asociada,⁶ lo que contribuye a un mayor gasto en salud. Comprender la amplitud en el aumento del gasto relacionado con medicamentos brinda información valiosa para las políticas públicas sanitarias encaminadas a una población que está envejeciendo en condiciones desiguales en el acceso a los recursos económicos e inequidad en la atención de los servicios de salud.

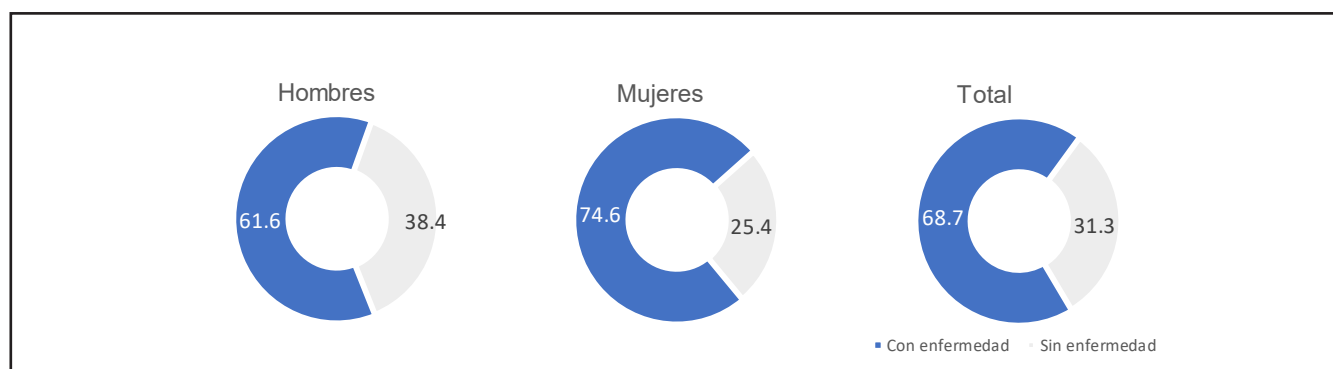
De acuerdo con datos del Enasem,⁷ se distingue que un gran porcentaje de personas mayores autodeclararon padecer alguna enfermedad crónica, por lo que se puede decir que, a medida que avanza la edad, el riesgo aumenta de contraer algún padecimiento o incluso multimorbilidad. En la gráfica 1 se observa que aproximadamente siete de cada 10 p65+ autoreportaron padecer al menos una enfermedad crónica. En cuanto a la diferencia entre sexos, 74.6 % de las mujeres de 65+ presentan peores condiciones de salud contra 61.6 % de los hombres. Estas cifras dan cuenta que las personas mayores en México se caracterizan por tener diferentes grados de padecimientos lo cual requiere prestar atención para generar mecanismos sofisticados en atención a la salud y evitar gastos de bolsillo en salud en una población tan económicamente desigual.

⁵ A. A. Uijen y E. H. van de Lisdonk (2008), "Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years", *Eur J Gen Pract.*, 14(s1): 28-32.

⁶ M. J. Kwaket al(2022), "Healthcare Expenditure Associated With Polypharmacy in Older Adults With Cardiovascular Diseases", *Am J Cardiol.* <doi: subir línea <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2022.01.012>>.

⁷ Enasem (Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México) [2021], Base de datos de 2021, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Recuperado de < https://enasem.org/Home/index_esp.aspx>.

Gráfica 1. P65+ con algún tipo de enfermedad crónica en el último año, por sexo, 2021⁸



Fuente: elaboración propia con datos del Enasem, 2021.

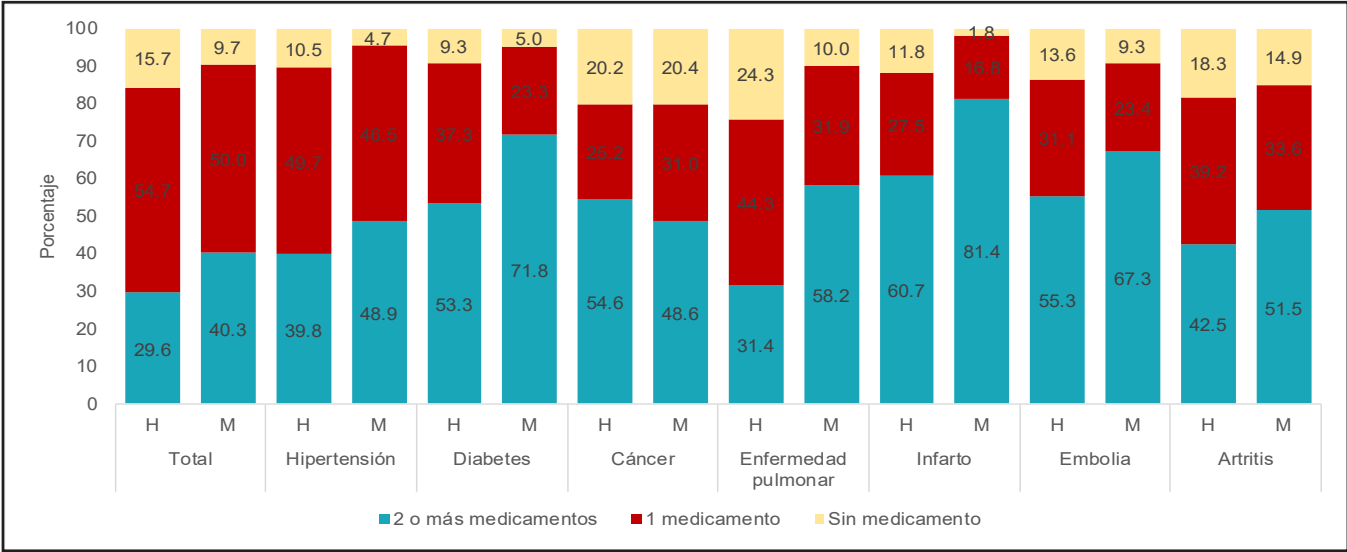
Para este documento se utiliza el término polifarmacia al referirse como la ingesta de dos o más medicamentos.⁹ A partir de la información numérica se distingue que las mujeres mayores con algún padecimiento crónico recurren mayormente al uso de polifarmacia en comparación con los hombres mayores. De las mujeres de 65+ 40.3 % recurren a la polifarmacia, mientras que sus contrapartes solo 29.6 % (gráfica 2), por lo que se puede afirmar que las mujeres envejecidas son quienes más recurren a una mayor ingesta de medicamentos en comparación con los varones mayores, aunque este resultado era de esperar ya que son ellas quienes presentan peores condiciones de salud. Al distinguir el uso de la polifarmacia por tipo de enfermedad crónica, se logra distinguir, para ambos sexos, una mayor proporción de p65+ que ingieren dos o más medicamentos en las enfermedades como infartos, diabetes y embolia. Al contrastar las diferencias entre los géneros, las mayores proporciones en el caso de mujeres 65+ que recurren a la ingesta de dos o más medicamentos corresponden a enfermedades

⁸ Se consideró como persona con enfermedad crónica si autoreportó al menos una de las siguientes enfermedades: hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar, infarto, embolia, problema cardíaco y artritis. Parte de la pregunta: ¿Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que usted tiene o ha tenido...?

⁹ Con la intención de mantener la calidad muestral de los datos, al operacionalizar el término polifarmacia, se identificó un coeficiente de variación alto en la submuestra, por lo que el corte o umbral de datos se empieza a partir de la ingesta de dos o más medicamentos y no de 3+ como establece la definición planteada por la OMS. Esta variable se construyó considerando el caso de que una persona mayor autoreportara padecimientos crónicos y que actualmente estuviera tomando medicamento por cada enfermedad reportada. A partir de lo anterior, se realizaron dos categorías bajo los siguientes criterios: a) persona mayor que autodeclara padecer una o más enfermedades crónicas y al menos ingiere un medicamento y b) persona mayor que autorreporta dos o más enfermedades y al menos toma dos medicamentos (polifarmacia).

como infarto (81.4 %), diabetes (71.8 %) y embolia (67.3 %), mientras que en el caso de los hombres se refieren a enfermedades como infarto (60.7 %), embolia (55.3 %) y cáncer (54.6 %). Se llegan a los mismos resultados que mencionan Kwak *et al.* (2022) los cuales muestran que los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares tienen una alta prevalencia de multimorbilidad y polifarmacia asociada, lo que conlleva a un mayor gasto destinado a ello, sobre todo para quienes no tienen afiliación en alguna institución del sector salud.

Gráfica 2. P65+ con algún tipo de enfermedad crónica y tomó medicamento en el último año (por sexo), 2021¹⁰

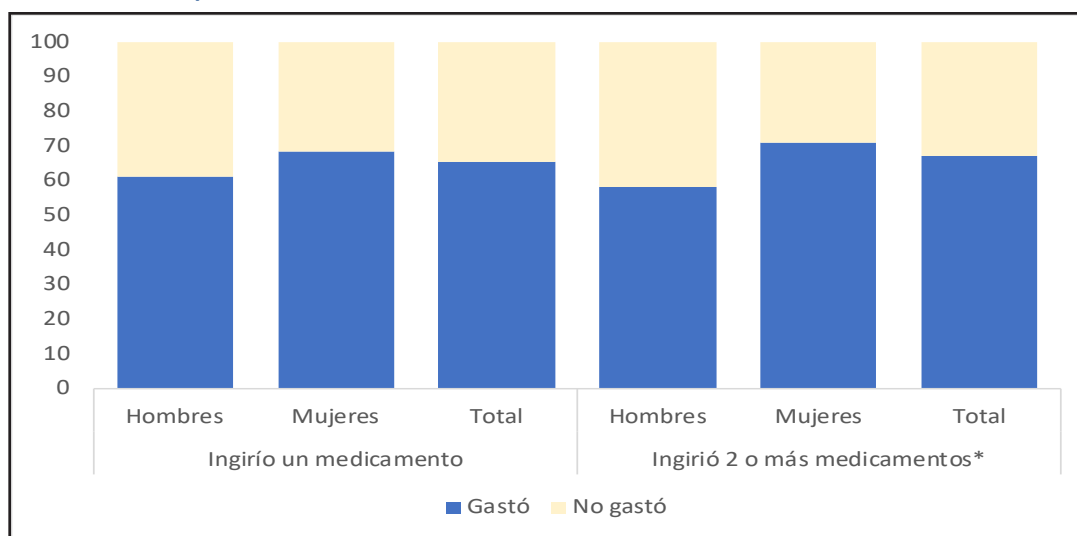


Fuente: elaboración propia con datos del Enasem, 2021.

Al analizar el gasto destinado a la compra de medicamentos de las p65+ con algún padecimiento crónico, un mayor porcentaje corresponde a mujeres que destinan este tipo de gasto en comparación con los hombres (gráfica 3). Este resultado da cuenta de las marcadas desigualdades; en particular muchas mujeres tuvieron menor posibilidad en el acceso a una pensión contributiva que garantizará la afiliación en alguna institución de salud y, por ende, adquirir medicamentos gratuitos. De las mujeres mayores con multimorbilidad y polifarmacia, 70.7 % efectuaron gastos en medicamentos en el último año, mientras que, en caso de los hombres, fue de 57.9, entre quienes tomaron al menos un medicamento: 68.4 mujeres y 61.2 % hombres.

¹⁰ Nota: H = hombres y M = Mujeres

Gráfica 3. P65+ con alguna enfermedad crónica que efectuó gastos en la compra de medicamentos en el último año, 2021

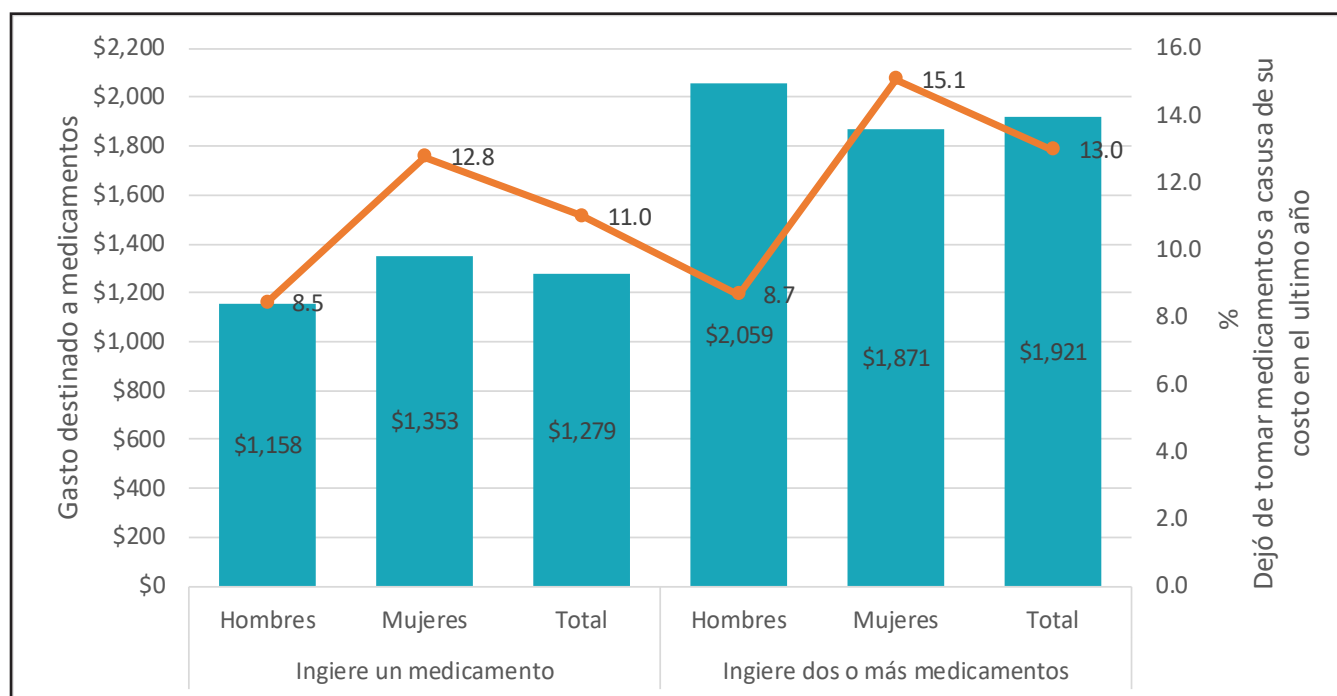


Fuente: elaboración propia con datos de la Enasem, 2021.

Al revisar el monto entre quienes recurrieron al uso de polifarmacia, se observa que los hombres gastaron en medicamentos en promedio 2059.00 pesos mensuales y 1871.00 en el caso de las mujeres. Estas diferencias dependen en gran medida de la cantidad de recursos económicos disponibles, la condición de acceso a la atención médica y el abasto de medicamentos que brinde cada institución de salud. Una de las posibles causas en la diferencia de montos entre los sexos es que las mujeres estén comprando medicamentos más baratos, por ejemplo, medicamentos similares o genéricos, debido a la insuficiencia o menor nivel de ingresos (elasticidad del ingreso). Por otra parte, de quienes toman al menos un medicamento, las mujeres gastaron más que los varones para la compra de los mismos (gráfica 4).

Ante la falta de seguridad económica que han enfrentado las mujeres mayores, la mayoría de ellas no cuentan con ingresos suficientes para costear medicamentos y hacer frente a sus enfermedades. De acuerdo con el Enasem de 2021, entre quienes consumen dos o más medicamentos, 15.1 % de las mujeres mayores han tenido que dejar de tomarlos a causa de su costo en el último año, mientras que solo 8.7 % de los varones se encuentran en esa situación (gráfica 4).

Gráfica 4. Gasto promedio mensual de medicamentos y porcentaje de p65+ que dejó de tomar medicamentos a causa de su costo en el último año (según sexo), 2021



Fuente: elaboración propia con datos de la Enasem, 2021.

Conclusiones

Conocer el efecto económico en el uso de polifarmacia entre las personas mayores da cuenta sobre la situación de desigualdad y desventaja en la que viven actualmente. Esta situación afecta en particular a las mujeres que son quienes presentan peores condiciones de salud y menor disposición de recursos económicos y acceso a la atención médica para hacer frente a su enfermedad, ya que la mayoría depende únicamente del ingreso de otros integrantes del hogar o de apoyos de los programas del gobierno, los cuales, en muchas de las ocasiones son insuficientes para solventar los costos ocasionados por las enfermedades que padecen. Comprender la amplitud del gasto sanitario relacionado con el uso de la polifarmacia proporcionaría información valiosa para las políticas públicas sanitarias que garanticen el abasto de medicamentos gratuitos que coadyuven en el bienestar, tanto de mujeres como de hombres en las edades avanzadas, para así contribuir hacia un sistema de atención médica eficiente e igualitario que reconozca estas notorias diferencias entre la población.

La diabetes *mellitus* en el México de hoy

Claudio Alberto Dávila-Cervantes¹

¿Qué es la diabetes *mellitus*?

Es un grave problema de salud pública, una de las principales causas de muerte y enfermedad en el mundo y uno de los mayores retos para el sistema de salud en México. La diabetes tipo 2 (DM) la más común y representa 90 % de los casos mundiales. En su etapa inicial, las células del cuerpo no responden de manera adecuada a la insulina, término conocido como resistencia a la insulina. Esta es una hormona producida por el páncreas que ayuda a la glucosa (que es la principal fuente de energía o "combustible" del cuerpo) a entrar a las células para que puedan realizar sus procesos naturales. Después de esta etapa, la insulina se vuelve menos efectiva y el cuerpo reacciona con un incremento en su producción. Con el tiempo, el organismo desarrolla una inadecuada producción de la hormona y cuando esto ocurre, el páncreas deja de fabricar la necesaria para mantener controlada la concentración de azúcar en sangre. Como la glucosa no puede entrar en las células con normalidad, su concentración en la sangre aumenta (hiperglucemia), lo que provoca distintos daños en el organismo, incluyendo el corazón, los riñones, los nervios, los ojos y los vasos sanguíneos.

A largo plazo, estos daños provocan complicaciones como infarto del miocardio, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, mayor riesgo de contraer infecciones respiratorias y desarrollar cuadros más severos, amputación de miembros inferiores, pérdida de agudeza visual o incluso ceguera y neuropatía (daño en los nervios) o la enfermedad de Alzheimer. Este aumento crónico de la concentración de glucosa en sangre influye en la intensidad y gravedad de las complicaciones relacionadas con la diabetes. Sus síntomas más comunes son: emisión excesiva de orina, ya que el cuerpo intenta eliminar el exceso de azúcar en

¹ Profesor-investigador de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México. Correo electrónico: claudio.davila@flacso.edu.mx.

la sangre, un aumento anormal de la necesidad de comer y de la sed, la pérdida de peso sin razón aparente, cansancio porque el cuerpo no aprovecha el azúcar que se consume, mareo y heridas que no se curan.

DM en el mundo

Se estima que en 2021 había 537 millones de personas entre los 20 y 79 años con DM a nivel mundial, y se pronostica que para 2045 dicha cifra se incremente a 783 millones.² Este aumento se debe al envejecimiento de la población y a un mayor número de personas con obesidad y sobrepeso relacionado con cambios en los estilos de vida (aumento en el consumo de calorías en la dieta y reducción en la actividad física). Se considera que en 2021, fallecieron 6.7 millones de personas entre los 20 y los 79 años, en el mundo por DM o como resultado de complicaciones (12.2 % del total de defunciones). Se registran 80 % de los fallecimientos por DM en países de ingresos bajos y medios, afectando más a personas entre 35-64 años.³ El porcentaje de población con DM aumenta a medida que se incrementa la edad. Por ejemplo, el porcentaje de personas con DM entre los 20 y 24 años fue de 2.2 % en 2021, mientras que en adultos mayores de 75 a 79 años fue de 24 %. El porcentaje de mujeres entre 20-79 años de edad fue ligeramente menor (10.2 %) que el de hombres (10.8 %), lo que implica que en 2021 había 17.7 millones más hombres viviendo con esta enfermedad que mujeres. El gasto anual mundial en salud generado por este padecimiento asciende a más de 966 000.00 millones de dólares, el cual se incrementó de 232 000.00 millones de dólares en 2007.⁴

Panorama de la DM en México

En 2021, México fue el séptimo país del mundo con mayor número de personas viviendo con DM con 14.1 millones de personas entre 20 y 79 años de edad (¡uno de cada seis adultos mexicanos la tiene!). Dicha cifra se espera aumente a 21.2 millones en 2045.⁵ Fue la segunda causa de muerte en 2023 después de las enfermedades cardiovasculares, con 110 059 defunciones registradas. En las úl-

² International Diabetes Federation (IDF (2021), IDF Diabetes Atlas 10th edition, 2021. https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf

³ *Idem.*

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem.*

timas tres décadas, la mortalidad atribuible a DM se ha incrementado 77 % pero, derivado de la pandemia de covid-19, se estima que en 2020 hubo un incremento de 41 % en fallecimientos con respecto al periodo previo de 2017-2019.⁶

En México, el costo total estimado por DM en 2021 fue superior a 19 900.00 millones de dólares, con un promedio de 1 412.30 dólares por persona.⁷ El mayor efecto proviene del manejo de la nefropatía (daño o enfermedad en los riñones) o la insuficiencia renal y la retinopatía (complicación por la DM que afecta los ojos y puede desencadenar la pérdida de agudeza visual y hasta ceguera). Estos costos afectan la economía de los hogares, puesto que de cada 100 dólares que se gastan en México por esta enfermedad, más de la mitad proviene del bolsillo de los hogares. Cuando al menos uno de sus miembros tiene DM, los gastos familiares en salud fueron entre 25 y 35 % mayores que en aquellos hogares donde ningún miembro la padece.

Lo más preocupante de todo este escenario es que el número de personas en edades jóvenes se está incrementando en México. En 2016, 3.2 % de adultos entre 30 y 39 años la presentaban; este porcentaje se incrementó 7.6 % en 2020.⁸ Esto es importante porque aquellos individuos diagnosticados con DM a edades más jóvenes presentan un deterioro mayor en el cuerpo, causado por un mayor tiempo de tener la enfermedad, lo que lleva a un mayor riesgo de desarrollar complicaciones, un mayor riesgo de fallecer, una menor calidad de vida y mayores costos de tratamiento. Un diagnóstico en personas menores de 40 años se ha asociado al riesgo de muerte hasta tres veces mayor.

La esperanza de vida de los individuos (o el número de años que en promedio se espera que viva una persona) disminuye entre 5 y 10 años, pero si el diagnóstico se realiza entre los 20-40 años de edad, su esperanza de vida se reduce unos 15 años respecto al resto de la población.⁹ El desarrollo de la DM en edades jóvenes se caracteriza por tener un peor control de sus niveles (como por ejemplo, la glucosa en la sangre) e implica el desarrollo de complicaciones durante los años más productivos en la vida, lo que repercute en las personas, en sus familias y en la

⁶ Bello-Chavolla, O. *et al.* (2022), “Diabetes-related excess mortality in Mexico: a comparative analysis of national death registries between 2017 -2019 and 2020”, *Diabetes care*, 45(12): 2957-2966.

⁷ International Diabetes Federation (IDF) (2021), *Diabetes Atlas* 10th edition, 2021. https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf

⁸ Lascar, N. *et al.* (2018), “Type 2 diabetes in adolescents and young adults”, *The lancet Diabetes & Endocrinology*, 6(1): 69-80.

⁹ Magliano, D. J. *et al.* (2020), “Young-onset type 2 diabetes mellitus—Implications for morbidity and mortality”, *Nature Reviews Endocrinology*, 16(6): 321-331.

sociedad, e impone una mayor presión en los sistemas de salud. Las personas con DM en México normalmente cuentan con poca información y comprensión sobre cómo se desarrolla la enfermedad y cómo se debe cuidar o manejar una vez que fueron diagnosticados con ella. Muchas personas no asocian la enfermedad con dieta y actividad física y, por lo tanto, no comprenden su importancia como parte del control y su manejo, en cambio sostienen la creencia de que la causa de la DM es un susto o un coraje repentino. Esto lleva a su inadecuado autocuidado o manejo; 12 % de las personas no realizan ningún manejo de la enfermedad, como monitorear sus niveles de glucosa en la sangre, efectuar cambios en su dieta o realizar actividad física; solamente 50 % realizan una o dos de dichas actividades, con un estimado de 39 % que realizan un adecuado control glucémico; y únicamente 28 % las realizan todas.¹⁰ Esta situación se agrava por la baja escolaridad de la población, el elevado uso de remedios herbolarios, barreras financieras que limitan el acceso a alimentos saludables, dificultades en seguir recomendaciones de dieta, la presencia de síntomas depresivos y una limitada comunicación con los proveedores de salud.

Principales factores de riesgo

La DM se relaciona, en gran medida, con un historial familiar, lo que lleva a tener una predisposición genética a la enfermedad. Factores individuales y ambientales como llevar un estilo de vida sedentario, tener sobrepeso u obesidad, fumar, la edad (a mayor edad, mayor es el riesgo), tener colesterol o triglicéridos altos y alta presión arterial, aceleran el desarrollo de la enfermedad en las personas susceptibles. Por ejemplo, en México, el porcentaje de la población de 12 a 19 años de edad que presentó sobrepeso y obesidad en 2018 fue de 38.4 % (23.8 sobrepeso y 14.6 obesidad); asimismo, uno de cada cuatro adultos mayores a 20 años tiene sobrepeso u obesidad, lo que ubica a México en la segunda posición en escala mundial.¹¹ Estos elevados niveles de obesidad y sobrepeso están relacionados con un aumento en los últimos 15 años, de casi el triple, en el consumo de bebidas azucaradas, llegando a casi 163 litros por persona al año, lo que convierte a México en uno de los países con mayor consumo de bebidas azucaradas

¹⁰ Basto-Abreu, A. et al. (2021), "Prevalence of diabetes and glycemic control in Mexico: national results from 2018 and 2020", *Salud Pública de México*, 63(6): 725-733.

¹¹ Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), 2018-2019. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

en el mundo. El consumo de calorías también se ha incrementado cerca de 650 kcal por persona al día, debido a cambios en la dieta de los individuos (con un alto contenido de energía, grasas saturadas, grasa total y azúcares). Siguiendo las recomendaciones de actividad física de la Organización Mundial de la Salud, 17.3 % de los adultos se clasificaron como físicamente inactivos (acumulan <150 minutos de actividad física moderada-vigorosa a la semana). La actividad física reduce el riesgo de desarrollar DM a casi la mitad, debido a una mejor sensibilidad a la insulina, reducción del peso corporal, mejor captación y entrega de la glucosa y un mejor balance hormonal.

Otros graves problemas son el diagnóstico tardío y el desconocimiento de padecer la enfermedad, por lo que el total de adultos que la padece podría ser mayor al mencionado, debido al alto porcentaje de diabéticos que no conocen su condición. Esto es, un paciente recién diagnosticado con DM, en promedio, ha tenido la enfermedad sin su conocimiento durante más de seis años.¹² Esta es una de las principales razones por las que hay grandes dificultades en su prevención y tratamiento, ya que la DM es el desenlace de un proceso sin síntomas que inició años antes y muchas veces se diagnostica hasta que aparecen las primeras complicaciones y para entonces ya es muy tarde. En 2021, casi la mitad de los adultos (44.7 %) entre los 20 y 79 años con la enfermedad no habían sido diagnosticados previamente.¹³ Es fundamental que las personas sean diagnosticadas lo más pronto posible después de desarrollar la enfermedad, con ello se pueden prevenir o retrasar las complicaciones, evitar la muerte prematura, mejorar su calidad de vida y disminuir los costos de atención.

¿Qué se puede hacer para disminuir el efecto de esta enfermedad en la población? Los desafíos más importantes para el sistema de salud en México se centran en la prevención, la identificación oportuna de los casos no diagnosticados, el manejo y control de la enfermedad y sus complicaciones. La prevención se logra con base en un incremento de actividad física, control y pérdida de peso, así como con ciertos medicamentos para contener los niveles de glucosa en la sangre. La modificación del estilo de vida se puede lograr al consumir una dieta adecuada, no fumar, realizar actividad física de manera moderada a intensa y beber alcohol con moderación.

¹² Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), 2018-2019. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

¹³ International Diabetes Federation (IDF) (2021), *Diabetes Atlas* 10th edition, 2021. https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf

Es importante también mejorar el acceso a la educación sobre el automanejo de la DM, disipar dudas y mitos que rodean a la enfermedad, resolver el reto de alimentación saludable en regiones con recursos limitados, involucrar a las familias y las comunidades en su prevención y manejo y promover el cuidado de la salud. En fechas recientes se ha dado mayor énfasis en la agenda política nacional respecto a la DM, lo que ha llevado a un aumento de pruebas diagnósticas o el establecimiento de políticas públicas, como el impuesto a bebidas azucaradas; la modificación en el etiquetado de alimentos y bebidas industrializadas que permite identificar aquellos productos que superen los límites establecidos para calorías, azúcares, grasas saturadas y sodio, o la regulación de la venta de alimentos en entornos escolares y campañas educativas.

La nueva Ley de Alimentación y sus retos para el sistema de salud

Enrique García Tejeda¹ y Karina Sánchez Bazán²

Los avances y retos de la Ley de Alimentación

La Ley General de Alimentación Adecuada y Sostenible (LGAAS) es un hito en la legislación mexicana. Fue promulgada el 17 de abril de 2024 y es pionera en su enfoque: articula por primera vez una visión sistémica que conecta los distintos eslabones del sistema agroalimentario, desde la producción hasta el consumo de alimentos.³ Además, es la primera ley en el país que reglamenta el derecho humano a la alimentación, con base en el artículo 4° de la Constitución Mexicana que garantiza el acceso a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad como una responsabilidad del Estado.

La LGAAS tuvo más de 10 años de desarrollo y en su discusión participaron el Frente Parlamentario Contra el Hambre, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otras organizaciones internacionales. La ley propone una Política Nacional Alimentaria que orientará tanto un Programa Especial del Sistema Agroalimentario como una Estrategia Nacional de Alimentación.

No obstante, la nueva Ley de Alimentación tiene tres retos para el sistema de salud: de presupuesto, de coordinación y de complejidad legal.

¹ Profesor-Investigador titular de la División de Estudios Jurídicos del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Correo electrónico: enrique.garciatejeda@cide.edu

² Doctoranda en Política Pública en la Escuela de Gobierno y Transformación Pública del Tecnológico de Monterrey. Correo electrónico: a00881988@tec.mx

³ La FAO define los sistemas agroalimentarios como todas las actividades y actores interconectados involucrados en llevar los alimentos desde el campo hasta el tenedor. Esta definición amplia incluye desde la producción agrícola y el procesamiento hasta la distribución, el consumo y la gestión de residuos <https://www.fao.org/evaluation/highlights/agri-food-systems/en>.

En primer lugar, integra y prioriza múltiples derechos: salud, medio ambiente, acceso al agua y protección de la niñez. Este objetivo implica un desafío significativo en materia presupuestal, ya que se crean nuevos órganos de gobernanza que requieren recursos para su funcionamiento. La ley prevé la creación del Sistema Intersectorial Nacional de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad (SINSAMAC), así como consejos intersectoriales en los niveles estatal y municipal y comités de alimentación locales. Esta nueva infraestructura de colaboración es dirigida por el titular de la Secretaría de Salud y pretende asegurar la planeación efectiva y la instrumentación de políticas alimentarias.

En segundo lugar, establece políticas sustantivas que tienen un efecto positivo en la salud pública, en particular en el último eslabón del sistema agroalimentario: el consumo. Sin embargo, la materialización de los objetivos dependen del trabajo conjunto de órganos federales y locales – principalmente por medio del SINSAMAC – que pueden tener metas, recursos y lógicas que logran ser incompatibles entre sí, dificultando su implementación. A pesar de ello, las políticas de alimentación de la ley son un modelo innovador a nivel global y regional. La ley promueve entornos alimentarios sostenibles que fomenten dietas saludables, priorizando la lactancia materna, la alimentación escolar y la educación nutricional. La ley también busca que la población tenga acceso a una canasta normativa con criterios nutricionales y ambientales, de accesibilidad, asequibilidad y pertinencia cultural. Este tipo de políticas son un acierto en un contexto global marcado por una creciente epidemia de sobrepeso y obesidad, y con sistemas agroalimentarios que contribuyen con 30 % de las emisiones globales de gases de efecto invernadero.

En tercer lugar, el contenido de la LGAAS tiene una complejidad inherente en su texto normativo que dificulta su comprensión y, en última instancia, su instrumentación. Las técnicas de minería de texto que utilizamos y presentamos miden la extensión de la ley, el uso de palabras poco frecuentes en español y la estructura de sus párrafos. Las estimaciones revelan que la ley es una de las cinco normas más difíciles de comprender en el marco jurídico-administrativo del sector alimentario. Las normas más difíciles de entender son las más difíciles de cumplir.⁴

⁴ En los últimos años, existen avances para cuantificar la complejidad de los textos legales a través de índices de legibilidad. Sin embargo, la práctica de simplificar las normas para mejorar su cumplimiento es una política establecida desde el siglo pasado. Por ejemplo, el gobierno del Reino Unido establece como una práctica obligatoria que los documentos legales dirigidos al público en GOV.UK deben contener un vocabulario y estructura en el inglés para niños de nueve años.

En consecuencia, el análisis de texto legal muestra dónde se encuentra la LGAAS en términos de complejidad legal y la dificultad de cumplimiento, y es una forma de complementar el análisis jurídico tradicional con un enfoque general que facilita entender la complejidad del derecho en todo el sector alimentario federal. En los siguientes párrafos, profundizamos en los retos.

La complejidad de la nueva Ley de Alimentación dentro del sector alimentario

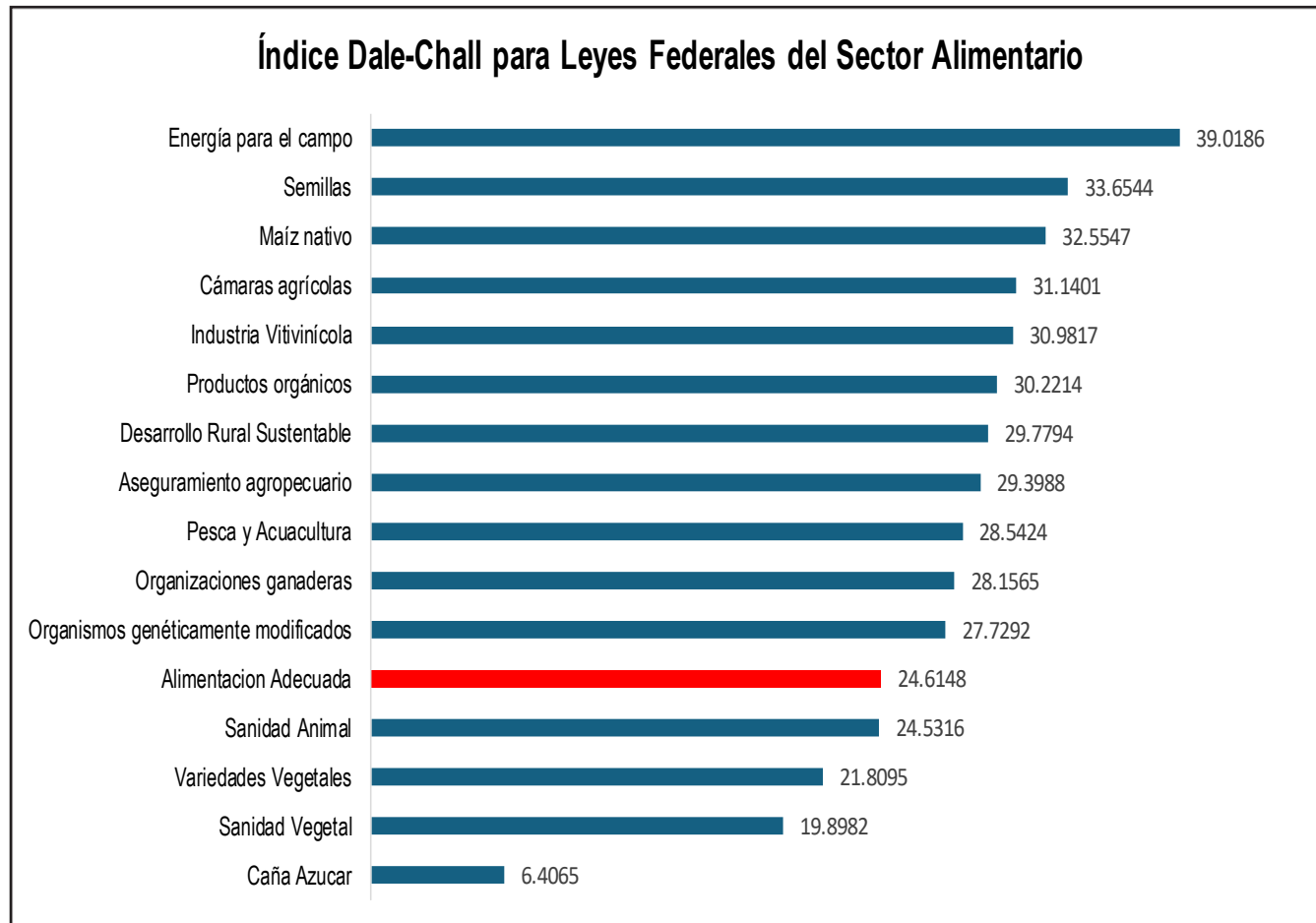
El análisis de minería de texto jurídico que utilizamos fue el índice Dale-Chall de legibilidad adaptado al idioma español.⁵ El índice cuantifica la facilidad para entender un texto legal por su extensión, el uso de palabras raras o poco frecuentes en español y la estructura de los párrafos del documento legal. Una norma con un puntaje cercano a los 20 puntos indica una norma de mayor complejidad, equivalente a la legibilidad de un artículo académico. En cambio, un documento con un puntaje de 40 puntos indica un texto de fácil comprensión. De esta manera, el uso del índice facilita identificar las leyes con mayores costos de cumplimiento y de implementación para las autoridades y para los ciudadanos.

Utilizamos los documentos que contienen el texto jurídico de la LGAAS y de las 17 Leyes Federales del Sector Alimentario para estudiar su nivel de complejidad legal dentro de este sector. Analizamos las leyes reglamentarias identificadas por el Manual de Organización General de la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural, el cual establece el marco jurídico-administrativo del sector incluyendo leyes, reglamentos, decretos, acuerdos, y otras disposiciones jurídicas.

Los resultados muestran una gran variación respecto a la dificultad y complejidad de los textos legales del Sector Alimentario (gráfica 1). Por un lado, la Ley de Energía para el Campo (LEC) tiene un puntaje que indica que es un texto fácil de entender, incluso para quienes no tienen una formación jurídica (39.0186). En contraste, la Ley de Desarrollo Sustentable de la Caña de Azúcar (LDSCA) es el texto de mayor complejidad del sector (6.4065), que exige un esfuerzo de lectura mayor que un artículo académico.

⁵ La metodología utilizada está basada en el índice Dale-Chall, pero utiliza un corpus de 10 000 palabras de uso frecuente en el idioma español construido por la Real Academia Española como se describe en la metodología propuesta en E. García-Tejeda (2024), “La claridad en los textos jurídicos y su medición”, *Documento de trabajo*, <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.33089.77928>

Gráfica 1. Índice Dale-Chall. Un menor puntaje identifica leyes con mayores costos de cumplimiento



Fuente: LGAAS y las 17 Leyes Federales del Sector Alimentario

El análisis jurídico cualitativo de la LEC revela que es un documento corto que organiza el objeto y aplicación de la ley, la figura de las cuotas energéticas, los requisitos y obligaciones de los beneficiarios y las infracciones y sanciones en 14 artículos. En contraste, la LDSCA utiliza 150 artículos para organizar la agroindustria de la caña de azúcar mediante autoridades, organizaciones, un régimen contractual especial, actividades de investigación, diversificación y sustentabilidad, y procedimientos especiales de conciliación y arbitraje para la agroindustria.

En ese marco jurídico, la LGAAS se inserta como una ley federal con importantes costos de cumplimiento, ya que con un puntaje de 24.6148 se ubica entre las cinco normas jurídicas más difíciles de cumplir en el sector alimentario (identificada en color rojo en la gráfica 1). La extensión de la ley (111 artículos), la dificultad de su comprensión por la estructura de sus párrafos y el uso de palabras poco frecuentes convierten a la LGAAS en una norma de difícil cumplimiento que equi-

vale a leer y comprender un artículo académico. El siguiente apartado analiza cualitativamente algunas de sus nuevas obligaciones, mismas que impone a la administración pública, revelando los costos que las autoridades federales y locales tienen que considerar para su adecuada implementación.

La coordinación institucional para la implementación de la ley

La LGAAS establece un marco de gobernanza vertical y horizontal, el cual es una de las principales innovaciones gubernamentales de la norma. La ley configura como núcleo de coordinación institucional el SINSAMAC. La estructura incluye una dirección encabezada por la Secretaría de Salud, consejos intersectoriales en los niveles nacional, estatal y municipal, y comités de alimentación que incorporen la participación ciudadana. También tiene asignadas funciones críticas como analizar y monitorear la Estrategia Nacional de Alimentación y la Política Nacional Alimentaria, opinar sobre la fijación de precios de alimentos, y desarrollar planes de acción para emergencias, entre otras funciones que establece la ley.

El funcionamiento del SINSAMAC plantea los principales retos presupuestales y de coordinación institucional de la Ley de Alimentación, pues desde una dirección central basada en la Secretaría de Salud tratará de organizar a diferentes secretarías del gobierno federal desde un Consejo Intersectorial Nacional, a órganos de gobierno a nivel estatal y municipal desde consejos intersectoriales estatales y municipales, y también a comités de participación ciudadana. La interacción entre múltiples entidades gubernamentales y comités ciudadanos implica una carga administrativa significativa, lo que puede entorpecer la eficiencia y efectividad del sistema. Los retos que enfrenta el SINSAMAC no son exclusivos del sector alimentario. La necesidad de recursos y la dificultad de la coordinación institucional son desafíos para cualquier sistema diseñado de esta forma. Francis Fukuyama, en su obra *State Building: Governance and World Order in the 21st Century*, argumenta que la "capacidad estatal", que incluye recursos financieros y habilidades administrativas, es crucial para la efectividad de tales sistemas de gobernanza. Además, Mark Bevir, en *The SAGE Handbook of Governance*, resalta la importancia de entender la gobernanza como un proceso influido por creencias e interpretaciones individuales, lo que es fundamental para la implementación de políticas en un marco tan diverso como el Sistema Intersecretarial de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad.

Sin embargo, el SINSAMAC no es la primera propuesta de creación de un órgano de gobernanza en México para coordinar una parte del sistema agroalimentario. Tenemos el caso de la Ley de Desarrollo Rural Sustentable, cuya forma de coordinación está orientada a la primera parte de la cadena, que es la producción, y que también prevé esquemas de gobernanza y participación ciudadana. Por ello, vale la pena aprender de la instrumentación de otras leyes del sector alimentario. El entender experiencias previas puede ser un camino adecuado para superar los desafíos que se presenten en este rubro.

Conclusiones

La LGAAS es un avance sustantivo en las políticas alimentarias en México. La ley es fruto de años de diálogo y trabajo entre diferentes organizaciones públicas, privadas y de la sociedad civil. No obstante, este avance en la legislación alimentaria enfrenta el desafío de su implementación, ya que requiere una coordinación efectiva entre múltiples órdenes de gobierno y sectores, entre varios desafíos que plantea. Al respecto, plantea tres retos principales: de presupuesto, de coordinación y de complejidad legal.

Por una parte, su creación es una de las principales innovaciones de la ley, cuya dirección está a cargo de la Secretaría de Salud. Sin embargo, genera costos asociados con el cumplimiento de los criterios de gobernanza entre los diferentes participantes del sistema, lo que podría complicar su aplicación práctica. Por otra parte, el texto de la ley es uno de los más difíciles de comprender dentro del sector. Las normas jurídicas más difíciles de entender son las más difíciles de cumplir.

La LGAAS estará más cerca de cumplir con sus objetivos con el presupuesto adecuado, la coordinación institucional efectiva y la aplicación a pesar de su complejidad legal. Es crucial considerar estos recursos para asegurar una adecuada instrumentación y que las políticas no solo sean innovadoras en su concepción, sino efectivas en su ejecución

Créditos

Directorio

Director

Armando Sánchez Vargas

Secretario Académico

José Manuel Márquez Estrada

Secretaria Técnica

Nayeli Pérez Juárez

Cuerpo editorial

Edición académica

Eufemia Basilio Morales

Diseño editorial

Ma. Victoria Jiménez Sánchez

Cuidado editorial

Graciela Reynoso Rivas

