

INFORME SOBRE LA SALUD
DE LOS MEXICANOS
2 0 1 5

DIAGNÓSTICO GENERAL DE LA
SALUD POBLACIONAL

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO





DIRECTORIO

Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Eduardo González Pier
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y
Derechos Humanos

Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y
Hospitales de Alta Especialidad

Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
Titular de Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Nelly Aguilera Aburto
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Mikel Andoni Arriola Peñalosa
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

José Meljem Moctezuma
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Manuel Hugo Ruiz de Chávez Guerrero
Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Gabriel O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Leobardo Ruiz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Miguel Ángel Cedillo Hernández
Director General de Evaluación del Desempeño

Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud

Alberto Jonguitud Falcón
Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

Juan Carlos Reyes Oropeza
Director General de Información en Salud

Ma. Luisa González Rétiz
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

COLABORADORES

Miguel Ángel Cedillo Hernández

Director General de Evaluación del Desempeño

Rodrigo Espinosa de la Peña

Director de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud

Luis Armando Ocaranza Ordaz

Subdirector de Evaluación de las Condiciones de Salud y el Trato Adecuado

Erika Zamora Ramos

Subdirectora de Evaluación de la Protección Financiera

Karla Moreno Tamayo

Jefa del Departamento de Evaluación de la Salud Poblacional

Pavel Hernández Camacho

Jefe del Departamento de Evaluación del Financiamiento del Sistema de Salud

Agradecemos la participación del **Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública**, y a sus investigadores:

Rafael Lozano Ascencio
 Octavio Gómez Dantés
 Ingrid Caballero Peña
 Pedro Alberto Mendoza Pablo
 Julio César Montañez Hernández
 María de Jesús Ríos Blancas
 Alberto Zelocuatécatl Aguilar
 Víctor H. Pulido Barrientos

César Benítez Torres / Sandy Coronado Rebollar

Diseño y diagramación

INFORME SOBRE LA SALUD DE LOS MEXICANOS 2015

Diagnóstico general de la salud poblacional

Primera edición, 2015

D.R. © Secretaría de Salud

Lieja 7, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc

06696 México, D.F.

ISBN en trámite

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico.

Informe sobre la salud de los mexicanos

Puede consultarse en la siguiente dirección:

www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html



CONTENIDO

Mensaje de la Secretaria	11
Mensaje del Subsecretario	15
Resumen Ejecutivo	19
1. Caracterización de la Población de México	23
2. Estado de Salud General	29
Esperanza de vida al nacimiento	30
Esperanza de vida a los 65 años.....	32
3. Factores de Riesgo	35
Porcentaje de viviendas con acceso a fuentes apropiadas de agua.....	36
Porcentaje de viviendas con servicio sanitario.....	38
Porcentaje de viviendas con exposición a aire contaminado dentro de la vivienda...	40
Perfil dietético.....	42
Prevalencia de inactividad física.....	46
Prevalencia de sedentarismo.....	48
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos.....	50
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes.....	52
Prevalencia de bajo peso al nacer.....	54
Prevalencia de consumo (perjudicial) de alcohol.....	56
Prevalencia de consumo de tabaco en adultos.....	58
Prevalencia de consumo de drogas ilícitas.....	60
4. Morbilidad	63
Principales causas de morbilidad.....	64
Prevalencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años.....	66
Prevalencia de diabetes mellitus.....	68
Prevalencia de hipertensión arterial.....	70
Prevalencia de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años.....	72
Prevalencia de síntomas depresivos en adultos.....	74
5. Mortalidad	77
Principales causas de mortalidad.....	78
Tasa de mortalidad infantil.....	82
Tasa de mortalidad en menores de cinco años.....	84
Razón de mortalidad materna.....	86
Tasa de mortalidad en edad productiva.....	88
Tasa de mortalidad en adultos mayores.....	90
Tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de cinco años.....	92
Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.....	94

Tasa de mortalidad por VIH/SIDA.....	96
Mortalidad por principales tipos de cáncer.....	98
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más.....	100
Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años o más.....	102
Tasa de mortalidad por cáncer de próstata.....	104
Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea.....	106
Tasa de mortalidad por cirrosis hepática.....	108
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus.....	110
Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares.....	112
Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón.....	114
Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito de vehículo de motor.....	116
Tasa de mortalidad por suicidios.....	118
Tasa de mortalidad por homicidios.....	120
6. Carga de la Enfermedad, las Lesiones y los Factores de Riesgo en México 1990-2013, resultados a nivel estatal.....	123
Introducción.....	125
Metodología.....	125
Indicadores.....	126
Fuentes de información y procedimientos empleados para los cálculos estatales.....	127
Principales resultados de la carga de la enfermedad a nivel nacional, 1990-2013.....	128
Principales resultados de la carga de la enfermedad por entidad federativa.....	134
Análisis por causas	134
<i>Diabetes mellitus</i>	135
<i>Cardiopatía isquémica</i>	136
<i>Enfermedad renal crónica</i>	137
<i>Cirrosis hepática</i>	138
<i>Depresión</i>	139
<i>Accidentes de tránsito</i>	140
<i>Anomalías congénitas</i>	141
<i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</i>	142
<i>Lumbalgia</i>	143
<i>Violencia</i>	144
Análisis por factores de riesgo.....	146
<i>Hiper glucemia</i>	147
<i>Sobrepeso y obesidad</i>	148
<i>Malos hábitos de dieta</i>	149
<i>Hipertensión arterial</i>	150
<i>Consumo de alcohol</i>	151
Esperanza de vida saludable.....	152
Bibliografía.....	157
Anexos.....	167
I. Notas técnicas.....	169
II. Cuadros estadísticos.....	173
Acrónimos y abreviaturas	200

MENSAJE DE LA SECRETARIA

México es un país diverso y dinámico, cuya mayor riqueza es su población. En este contexto, uno de sus mayores desafíos es garantizar la protección de la salud, establecido como un derecho humano en el Artículo 4° de nuestra Carta Magna, y que constituye un principio fundamental que el Estado mexicano debe proveer con equidad y calidad a toda la sociedad. El actual gobierno del Presidente Enrique Peña Nieto, entiende y asume el compromiso de atender la demanda de salud con un sentido social, es decir, como una prioridad ineludible que debe cumplirse con eficacia y responsabilidad, utilizando los recursos públicos con efectividad, ejerciendo para ello la rectoría y coordinación en esta materia con los tres órdenes de gobierno, para avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, proyecta hacer de México una sociedad en donde todos tengan acceso efectivo a los derechos que otorga la Constitución, visualiza los grandes objetivos como metas a lograr a través del diseño e implementación de políticas públicas eficaces y realistas, señalando para tal efecto las acciones específicas para alcanzar un México en Paz, Incluyente, con Educación de Calidad, Próspero y con Responsabilidad Global. Busca y alienta un federalismo articulado, con la convicción de que la fortaleza de la nación proviene de sus regiones, estados y municipios. Asimismo, promueve transversalmente, en todas las políticas públicas, tres estrategias: Democratizar la Productividad; Consolidar un Gobierno Cercano y Moderno e incorporar en todas las acciones públicas la Perspectiva de Género. En materia de salud, plantea como objetivo fundamental el asegurar el acceso a los servicios de salud, y que dicho acceso sea universal, con calidad, mejorando la atención a la población en situación de vulnerabilidad, privilegiando las acciones de protección, promoción y prevención.

Por su parte, el Programa Sectorial en Salud (PROSESA) 2013-2018, tiene como objetivos: consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. A su vez, estos objetivos se articulan en estrategias y líneas de acción que buscan hacer operativos y tangibles los grandes objetivos delineados en el Plan Nacional de Desarrollo, a través del cumplimiento de diversas metas, a las que se les da seguimiento puntual a través de indicadores claros y precisos.

Bajo estas premisas, el **Informe sobre la salud de los mexicanos 2015**, es un documento que compendia y resume los principales indicadores sobre la situación de la salud de nuestra población. Su contenido está sustentado en datos, estimaciones y evidencias que nos proporcionan una visión global del país en la materia y, al mismo tiempo, nos dará elementos para proyectar esos resultados en diagnósticos y análisis prospectivos, para concebir y ajustar, en su caso, las políticas públicas de prevención, promoción y atención de la salud.

Se seleccionaron por ello, los indicadores que reflejaran de manera más fiel y estratégica la situación del país en relación con los temas considerados como prioritarios para conocer su evolución. Indicadores tales como la esperanza de vida al nacimiento; la prevalencia del sobrepeso y la obesidad; la prevalencia de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial; las principales causas de morbilidad y mortalidad, las tasas de mortalidad materna e infantil, son algunos de los indicadores que se exponen,

haciendo incluso su desglose a nivel estatal y en algunos casos relevantes, su comparación a nivel internacional.

Uno de los aportes de este estudio, es que se incluye un análisis de la carga de la enfermedad a nivel estatal, con lo que México es uno de los tres países a nivel mundial (los otros son Reino Unido y China), que cuenta con estos resultados con ese grado de detalle. La aplicación de esta innovadora metodología permite presentar indicadores de esperanza en años de vida saludable, así como los años perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidad. Si bien este estudio no pretende resolver los porqués de los problemas de salud,

sí abona de manera destacada a explicar el qué sobre las enfermedades, lesiones y factores de riesgo de la población en México, lo que nos debe ayudar a establecer el cómo para resolver estos problemas.

En conclusión, el **Informe sobre la salud de los mexicanos 2015**, es el tipo de estudios que nos permiten tener claridad sobre la situación y necesidades de salud para que, con base en estos resultados, se orienten mejor los recursos y se proporcionen los servicios con mayor efectividad. Espero que la lectura de este documento nos hará meditar, reflexionar y, sobre todo, actuar en beneficio de la población actual y futura de México.

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

MENSAJE DEL SUBSECRETARIO
DE INTEGRACIÓN Y
DESARROLLO DEL SECTOR SALUD



La salud es uno de los pilares de la vida humana. No se puede concebir una calidad de vida aceptable cuando la salud se encuentra en riesgo, ausente o afectada por algún padecimiento. Por ello, una de las tareas sociales más sensibles del Estado es, sin duda, garantizar la protección de la salud para todos los ciudadanos sin distinción alguna.

En las últimas décadas, México ha logrado avances importantes en el nivel promedio de salud de la población, pero aún persisten brechas entre grupos poblacionales, en particular entre los estados del norte y los del sur del país. Además, los padecimientos que ocasionan muerte e incapacidad son ahora más complejos y requieren para su atención del diseño de estrategias precisas y eficientes que sólo se pueden lograr teniendo información oportuna.

Es por eso que es indispensable conocer y cuantificar los efectos de las enfermedades y las lesiones en la población, así como su distribución entre distintos grupos, y reconocer cuáles se encuentran más expuestos a los riesgos que determinan estos padecimientos.

El **Informe sobre la salud de los Mexicanos 2015** presenta el estado de salud de la población, enmarcado en el contexto demográfico que vive el país y, para ello, integra indicadores relacionados con la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los mexicanos. Además, por primera vez, incluye los resultados de un estudio sobre la carga de la enfermedad a nivel estatal, el cual constituye un esfuerzo científico sistemático para cuantificar la magnitud comparativa de las pérdidas de salud por enfermedades, lesiones y factores de riesgo.

Este novedoso estudio representa una poderosa herramienta que permite caracterizar el panorama epidemiológico de la población a través del tiempo y complementar el análisis tradicional de las mortalidades, aportando información relevante sobre la calidad de vida de las personas. Con ello, al identificar causas evitables de muerte y de discapacidad, se pueden delinear políticas públicas para prevenirlas.

Así, este informe también es una muestra del compromiso de esta administración con los esfuerzos que la Secretaría de Salud ha realizado consistentemente desde la década pasada por rendir cuentas a la ciudadanía, a través de transparentar los resultados que se han alcanzado en materia de salud.

Su propósito principal es generar conciencia a través de la aportación de evidencia sobre las principales afecciones y padecimientos que ocasionan muerte, enfermedad y discapacidad entre la población mexicana, sin pretender explicar sus causas a fondo, ni recomendar soluciones. Es claro que el siguiente paso consiste en empezar a buscar más propuestas orientadas a la solución efectiva de estos problemas.

Tengo la convicción de que la información presentada aquí, motivará la generación de políticas mejor focalizadas que tengan como resultado una aplicación más efectiva de los recursos y acciones más eficaces para alcanzar una mejora en la salud de los mexicanos, contribuyendo, de esta forma a hacer realidad la cobertura universal con calidad y equidad.

Dr. Eduardo González Pier
Subsecretario de Integración y
Desarrollo del Sector Salud

RESUMEN EJECUTIVO



El campo de la salud es uno de los más sensibles para los seres humanos, ya que el nivel de bienestar de una persona está determinado, en gran medida, por su estado de salud. Los resultados en salud son, a su vez, producto de la convergencia de una serie de factores metabólicos, ambientales, de condiciones de acceso a los servicios, de programas y acciones de gobierno y de patrones de comportamiento.

El contexto social, económico y geográfico en donde la gente nace, crece y se desarrolla también constituye un determinante en su salud en el largo plazo.

Este documento presenta un panorama de la salud de los mexicanos, a través del análisis de indicadores relacionados con medidas de salud general, la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo que prevalecen en México, y las pérdidas en salud que representan todos éstos, a través del análisis de la carga de la enfermedad a nivel nacional y estatal. Con ello, se genera un preámbulo para poder vincular el análisis del desempeño de los sistemas de salud a estos resultados.

La dinámica poblacional ha cambiado en los últimos años, mostrando una clara desaceleración del crecimiento, una mayor proporción de mujeres y de jóvenes adultos en edad productiva entre 25 y 64 años de edad; sin embargo, en las últimas dos décadas, el grupo poblacional que más ha crecido ha sido el de los adultos mayores de 65 años o más, que se duplicó en ese periodo. Como consecuencia de estos cambios, se tiene una población en proceso de envejecimiento.

A pesar del importante crecimiento de la esperanza de vida al nacimiento (EVN) debido, en gran parte, a la reducción en la mortalidad infantil y al control de enfermedades transmisibles, México aún se encuentra entre los últimos lugares entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en este indicador y su crecimiento ha sido más lento que en el resto. La EVN en México en 2013 fue de 74.5 años, en tanto que en países como Costa Rica, Canadá y Japón, este indicador se ubica por encima de los 80 años.

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, las enfermedades cardíacas y las cerebrovasculares, la cirrosis y el cáncer dominan el panorama de la mortalidad, particularmente entre los adultos mayores de 40 años. En contraste, las lesiones externas son las principales causas de muerte en los jóvenes de entre 15 y 19 años de edad, destacando los homicidios, los accidentes de tráfico y los suicidios.

A pesar de la limitada información disponible sobre las principales enfermedades que prevalecen en la población, se puede inferir que tanto en hombres como en mujeres, la diabetes y la hipertensión se encuentran entre las más frecuentes. Además, los padecimientos por los que la población busca atención con mayor frecuencia tienen que ver con infecciones comunes; en particular, las de las vías respiratorias y las intestinales.

Este panorama está íntimamente relacionado con los cambios en los estilos de vida y los factores a los que se encuentra expuesta la población en los últimos años. La mala alimentación, caracterizada por la ingesta de azúcares añadidos y grasas saturadas en exceso, así como por el bajo consumo de frutas y verduras, aunado al largo tiempo que se pasa frente a pantallas de televisión, tabletas y computadoras, a la baja actividad física y al consumo de tabaco y alcohol, hacen más propensas a las personas a padecer sobrepeso y obesidad, a la vez que los predisponen a sufrir enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes y algunos tipos de cáncer, entre otras.

Un problema adicional del que se conoce poco en México, pero que presenta un foco rojo de atención, tiene que ver con las enfermedades mentales, en particular la depresión, ya que a nivel mundial, los trastornos mentales se sitúan entre las diez principales causas de discapacidad y de éstas, la depresión es la primera. A pesar de su importancia, los últimos datos disponibles en México corresponden al año 2003, captados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003; sin embargo, con aproximaciones realizadas a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, se puede inferir que casi el 17% de la población mexicana padecía síntomas depresivos.

Aunque algunos indicadores tales como la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad infantil, por cirrosis y por cáncer cérvico-uterino dan claras muestras de progreso en los últimos años, otros presentan estancamiento y rezago, como la tasa de mortalidad por cáncer de mama, por enfermedades isquémicas y por suicidios y homicidios.

Asimismo, se observa una gran disparidad entre entidades en indicadores como la prevalencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años, la prevalencia de VIH/SIDA, la prevalencia de diabetes y la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico.

Del análisis de la carga global de la enfermedad a nivel estatal, cuyo objetivo es cuantificar las pérdidas de salud a través de un indicador compuesto que integra los daños provocados por la muerte prematura y los daños por vivir enfermo y discapacitado, se obtiene información fundamental para la priorización de acciones en el campo de la salud, tanto a nivel nacional como para cada entidad federativa.

Así, se obtiene que en 2013 se perdieron casi 30 millones de años de vida saludable ajustados por discapacidad (AVISA) a nivel nacional y que la mayoría de estas pérdidas se concentraron en los adultos de 35 a 60 años de edad y en los de 80 y más años. A nivel estatal, se observa que Baja California Sur, Campeche y Colima, fueron las entidades en donde se perdió el menor número de AVISA, mientras que en el Estado de México, el Distrito Federal y Veracruz, se perdió la mayor cantidad.

Destaca también la evolución creciente que han tenido las enfermedades crónicas no transmisibles como fuente de pérdida de AVISA y la reducción de enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción en la aportación a este hecho.

En el estudio por causas desagregadas, sobresale el papel que juega la diabetes como primer causa de AVISA perdidos a nivel nacional y en 21 estados de la República, seguida de cardiopatías isquémicas en 9 entidades y la violencia en 2 de ellas.

De igual forma, es necesario resaltar la importancia que tuvieron ciertos factores de riesgo en la pérdida de años de vida saludable ajustados por discapacidad, situando a la hiperglucemia como el primer factor a nivel nacional, seguido por la obesidad, los malos hábitos dietéticos y la hipertensión arterial. En 20 entidades federativas es la hiperglucemia el factor de riesgo que se asocia a la mayor cantidad de AVISA perdidos, en tanto en 8 de ellas son los malos hábitos de la dieta el principal factor, y en 4, la obesidad.

Finalmente, en lo que se refiere a la esperanza de vida saludable, que se define como la esperanza de vida de una población sin contar la proporción de población enferma, los resultados demuestran que existen diferencias importantes entre ésta y la esperanza de vida al nacimiento entre entidades federativas. Baja California es la entidad que menores diferencias presenta, en tanto que Guerrero es la que mayores diferencias presenta, tanto para hombres como para mujeres.

1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE MÉXICO

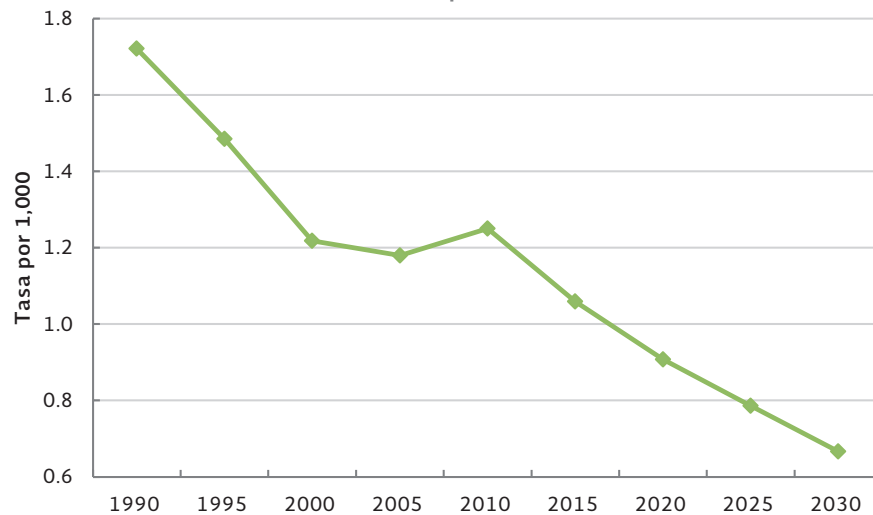
En años recientes, la dinámica poblacional en México ha cambiado, entre otras causas, debido al rápido crecimiento de la población, y al descenso de la mortalidad. Sin embargo, la disminución en la fecundidad desaceleró el crecimiento de la población dando origen al proceso de envejecimiento.

En 1990, la población en México era de 87 millones de habitantes aproximadamente, donde la proporción de mujeres era equivalente a la de hombres. Esto se ve reflejado en el índice de masculinidad que indicaba que por cada 100 hombres también nacían 100 mujeres. Entre tanto, la población crecía a una tasa promedio anual de 1.7% y el promedio de edad de los mexicanos era de 24 años.

Además, 73 de cada 100 personas eran dependientes¹ de los recursos generados por la población en edad productiva² (gráfica 1.1).

Más de dos décadas después, en 2013, la población alcanzó los 118 millones de personas, que significó un incremento de 37% en el periodo, a la vez que su ritmo de crecimiento anual se desaceleró a 1.1%. Los cambios en las proporciones de mujeres y hombres apenas eran visibles, 51% y 49% respectivamente. No obstante, la razón entre sexos empezaba a cambiar, ya que por cada 100 mujeres nacían 105 hombres, a la vez que el promedio de edad se incrementó a 29 años. Además, 54 de cada 100 personas dependían de los ingresos generados por la población en edad productiva.

Gráfica 1.1 Crecimiento poblacional, 1990-2030



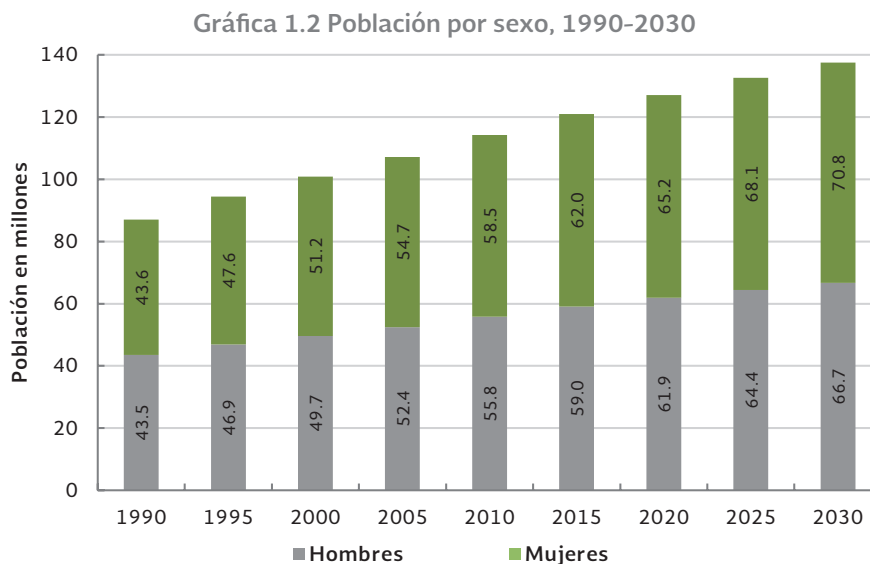
Fuente: CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

¹ Población dependiente: personas menores de 15 años y personas de 65 o más años de edad.

² Población en edad productiva: personas entre 15 y 64 años de edad.

Como resultado de la inercia demográfica, a pesar de que la tasa de crecimiento desciende paulatinamente, la población sigue creciendo en números absolutos. En la gráfica 1.2, se muestra la pobla-

ción por sexo para el periodo 1990-2030, y en ella se observa un mayor crecimiento en las mujeres a partir del año 2000.



Fuente: CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

La evolución de la transición demográfica conlleva a un paulatino envejecimiento de la población mexicana, dejando en el pasado un considerable volumen de niños que en la actualidad se han convertido en jóvenes de edades altamente productivas y reproductivas.

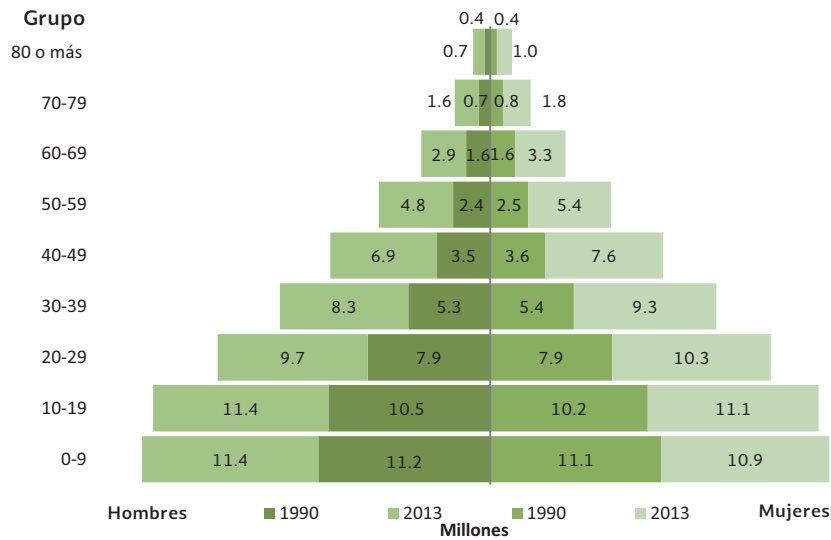
En el análisis por decenios, se observa que la población de menores de 10 años prácticamente se mantuvo constante en términos absolutos en 22.3 millones entre 1990 y 2013. En términos relativos, se redujo de 25.6% a 18.9% de la población total en ese periodo. La población de 10 a 19 años mostró un comportamiento similar al reducir su porcentaje de participación en la población total, de 23.8% a 19.0%; sin embargo, en números absolutos esta población pasó de 20.7 millones a 22.5 millones de personas. Los jóvenes entre 20 y 29 años de edad mostraron un considerable incremento, pues pasaron de 15.7 a 20.0 millones, con una disminución relativa de 18.2% a 16.9% del total de la población.

La población de 30 a 59 años, casi duplicó su volumen al incrementarse de 22.7 a 42.3 millones de personas, teniendo el porcentaje más alto de la población en México en 2013, con 35.7%.

Los adultos de 60 o más años, también registraron un crecimiento considerable, ya que en poco más de dos décadas su población aumentó a más del doble, al pasar de 5.5 a 11.3 millones y su proporción, de 6.4% a 9.5%. El panorama de la estructura poblacional por grupo edad y sexo se puede observar en la gráfica 1.3, que demuestra claramente el envejecimiento de la población.

La población en edad laboral (25 a 64 años), por su parte, casi duplicó su volumen al incrementarse de 31.6 a 55.4 millones de personas, teniendo el porcentaje más alto de la población en México en 2013, con 47%.

Gráfica 1.3 Pirámide de población, 1990 y 2013

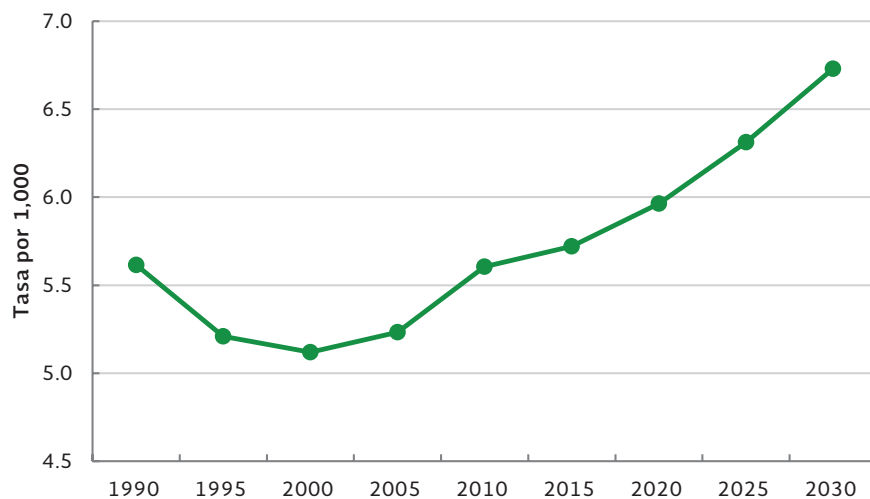


Fuente: CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

La transición demográfica se refiere al cambio de tasas altas de mortalidad y fecundidad a tasas bajas. Es por ello que las modificaciones en el volumen, estructura y composición de la población también son consecuencia de dicha transición. En 1930 comenzó el descenso de la mortalidad cuando se dio una expansión de la infraestructura sanitaria y de los servicios educativos, que coadyuvaron a un ma-

yor uso de servicios de salud. Sin embargo, en el siglo XXI se vislumbra un incremento de la mortalidad general, al confrontar el indicador con el del siglo pasado, siendo más visible el aumento a partir del año 2010. La tasa bruta de mortalidad se ubicó en 5.7 decesos por cada mil habitantes en 2013, cifra ligeramente mayor a la registrada en 1990 (5.6 muertes por cada mil personas) (gráfica 1.4).

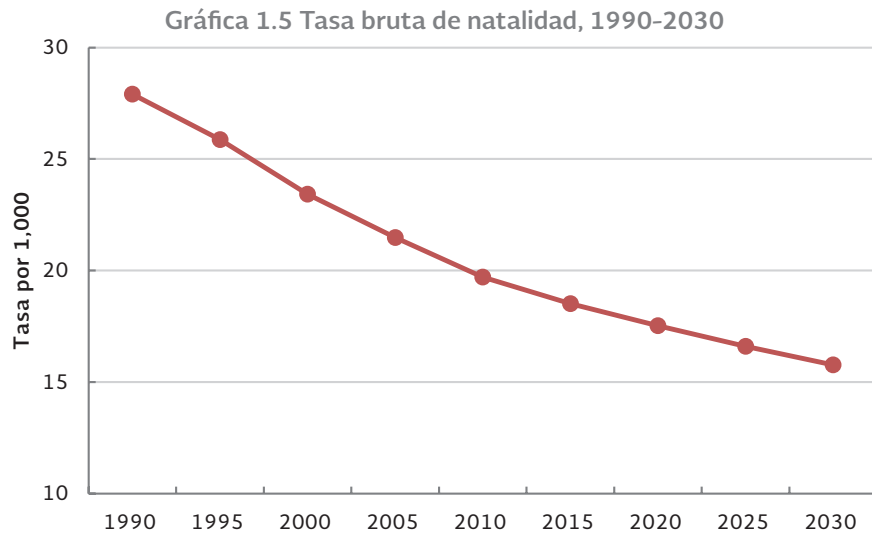
Gráfica 1.4 Tasa de mortalidad, 1990-2030



Fuente: CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Por su parte, la tasa de natalidad experimentó una reducción considerable; esta disminución se debe en gran medida, a la utilización cada vez más extendida de métodos anticonceptivos. En 1990, se

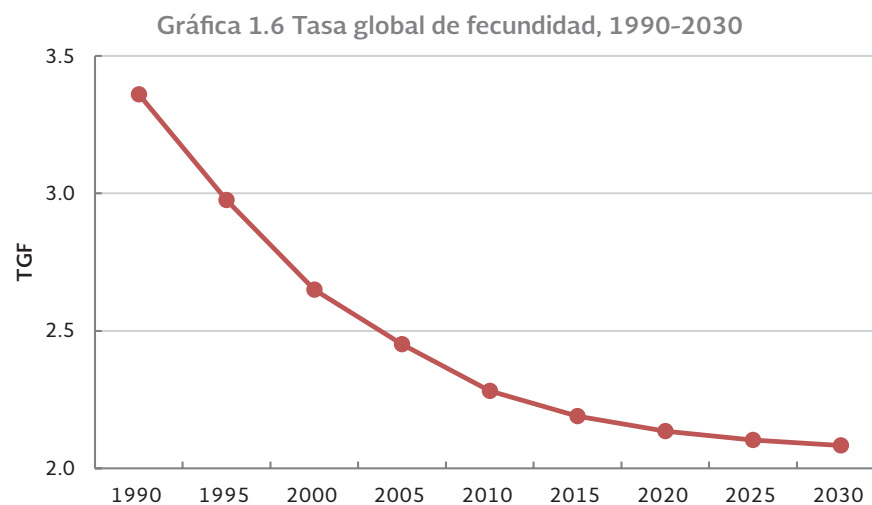
registraron niveles de 27.9 nacimientos por cada mil habitantes, cifra que se redujo considerablemente en 32%, al registrarse 19 nacimientos por cada mil habitantes durante 2013 (gráfica 1.5).



Fuente: CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

A partir de la implementación de la política de planificación familiar en la década de los setenta, se observó un aumento en el uso de métodos anticonceptivos en todo el territorio nacional.

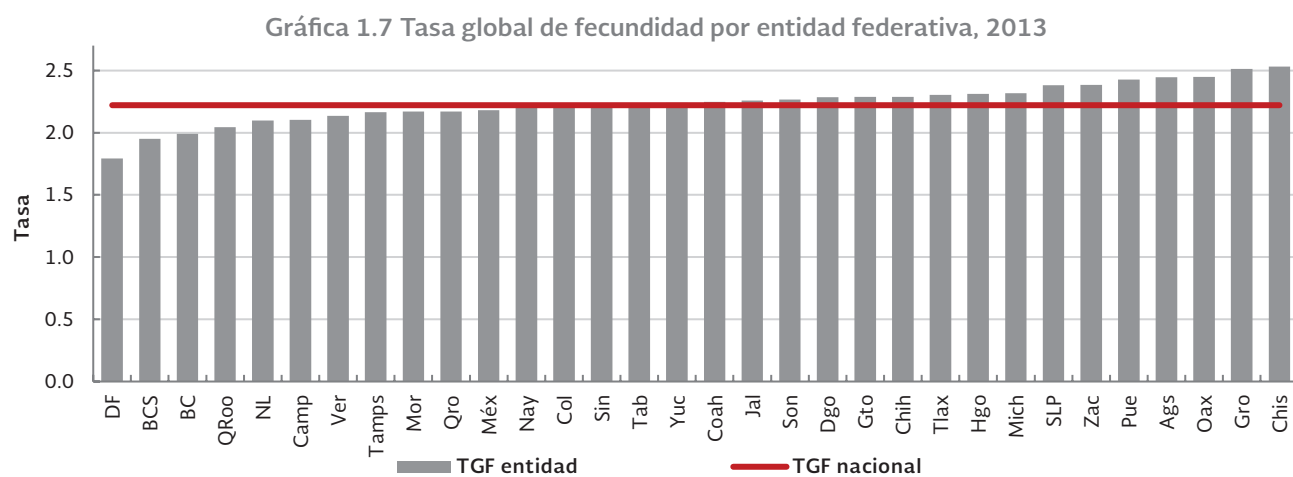
La evolución de la tasa global de fecundidad pasó de 3.4 a 2.2 hijos en promedio por mujer, entre 1990 y 2013. Estas cifras se pueden corroborar al observar la gráfica 1.6.



Fuente: CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

La tasa global de fecundidad es un determinante fundamental tanto del perfil demográfico como del epidemiológico; sumado a la mortalidad, el promedio de hijos que tiene una mujer influye radicalmente en el crecimiento y envejecimiento de una población. En términos generales, conforme desciende la fecundidad tiende a disminuir la mortalidad infantil. El ritmo de descenso observado en el periodo 1990-2013, ocasionó que ya no fuera posible lograr el nivel de reemplazo intergeneracional en 2013¹.

De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la tasa global de fecundidad en 2013 fue de 2.2, ligeramente superior al nivel de reemplazo; donde ya cuatro entidades federativas muestran valores por debajo del nivel de reemplazo, mientras que cerca del 50% de las entidades se encuentran apenas por arriba del promedio nacional (gráfica 1.7).



Fuente: CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

¹ Se refiere a la fecundidad mínima necesaria para que el tamaño de una población cerrada (sin efecto de migración) se mantenga constante, que es un promedio de 2.1 hijos por mujer.

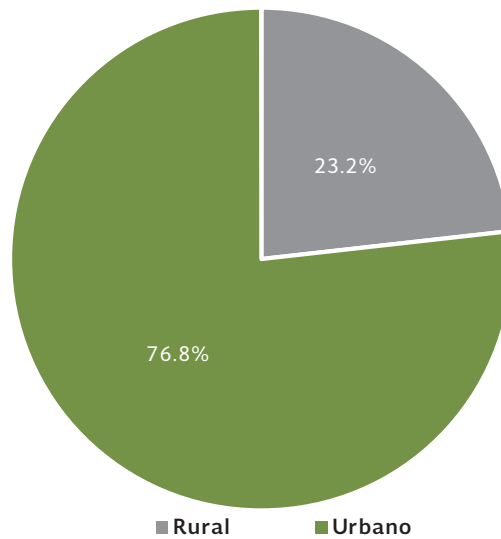
El incremento en la esperanza de vida es el reflejo de la reducción que sostuvo la mortalidad general y particularmente la infantil en el siglo pasado. Esta ganancia en la vida media de la población mexicana fue de 4.1 años, al pasar de 70.4 a 74.5 años entre 1990 y 2013. Sobre este indicador se hablará con mayor detalle en la siguiente sección.

En nuestro país, el fenómeno demográfico migratorio tiene gran relevancia, pues produce movimientos y desplazamientos tanto al interior del país como al exterior. Asimismo, influye en el volumen, estructura y distribución de una población. La distribución territorial en el país revela no solo el proceso de urbanización que ha experimentado México, sino también, la gran disparidad en la dis-

tribución de los mexicanos a lo largo del territorio nacional. Gran cantidad de personas viven o se desplazan para trabajar en las áreas urbanas, mientras que pocos habitan en localidades rurales. Como se observa en la gráfica 1.8, en 2010, la proporción de la población que residía en áreas urbanas era de 76.8%, equivalente a 86 millones de habitantes. En contraste, solo 23.2% de la población radicaba en alguna zona rural del país, esto es, 26 millones de personas.

Así, la estructura y las tendencias demográficas, son factores que deben ser tomados en consideración en la lectura de las siguientes secciones, puesto que contribuirán a su mejor comprensión.

Gráfica 1.8 Porcentaje de población rural y urbana, 2010



Fuente: INEGI Censo de Población y Vivienda 2010

2. ESTADO DE SALUD GENERAL

ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO

Se define como los años que un recién nacido vivirá si los patrones de mortalidad al momento de su nacimiento se mantienen constantes a lo largo de su vida.

Los seres humanos aspiran a una vida larga, de calidad y con oportunidades. Esto se logra cuando se dispone, entre otras cosas, de alimento, vivienda, educación y servicios de salud. Por estas razones, la esperanza de vida al nacimiento se ha convertido en un indicador muy utilizado para evaluar el nivel de desarrollo y salud de una sociedad, ya que sintetiza en un valor único, el patrón de mortalidad para todos los grupos de edad de una población en un momento determinado.

El valor de este indicador ha tenido una evolución extraordinariamente positiva en el último siglo a nivel mundial. La esperanza de vida al nacer que en 1900 era de apenas 30 años, para 1985 ya se había duplicado. En 2012 alcanzó los 70 años, aunque con diferencias importantes: en Japón fue de 84 años mientras que en Sierra Leona fue de apenas 46 años¹. En 2013, México tuvo una de las esperanzas de vida más bajas de los países miembros o asociados a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), inclusive estando por debajo de Brasil, Colombia y Chile (gráfica 2.1).

A pesar de un ligero retroceso entre 2007 y 2010 en los hombres, entre 2000 y 2013 la esperanza de vida en México aumentó 1.3 años, para alcanzar los 74.5 años. En prácticamente todo el mundo, la esperanza de vida por sexo refleja la mayor sobrevivencia de las mujeres y México no es la excepción. A nivel nacional en 2013, las mujeres vivían en promedio, cerca de 6 años más que los hombres (77.4 y 71.7 años, respectivamente). La esperanza de vida de los hombres se incrementó de 67.0 a 71.7 años entre 1990 y 2013, mientras que en las mujeres aumentó de 74.0 a 77.4 años para el mismo periodo. Lo anterior se suma al crecimiento acumulado de este indicador en los últimos 45 años, en los que se produjo un

incremento de 13.2 años en hombres y 14 años en mujeres.

En la gráfica 2.2 se puede observar el comportamiento de la esperanza de vida al nacimiento por sexo, se aprecia una ligera reducción en la esperanza al nacimiento en los hombres durante el quinquenio 2005-2010, la cual recupera su comportamiento creciente de inmediato. Por el contrario, las mujeres muestran un pequeño pero constante crecimiento a través del tiempo.

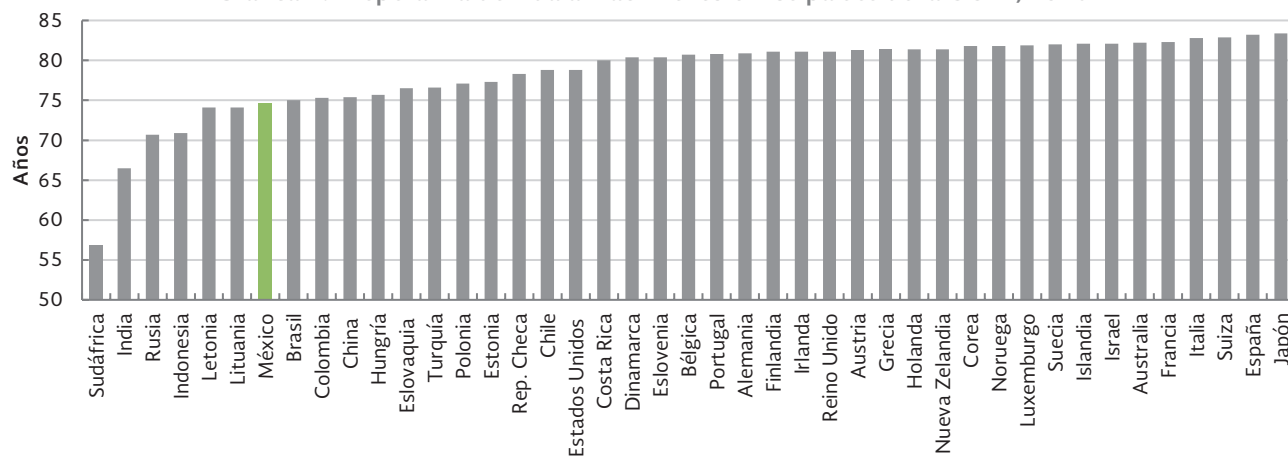
No obstante los logros a nivel de país, persisten diferencias importantes entre estados. En 2013, Oaxaca (72.5), Chiapas (72.5), Guerrero (72.5) y Chihuahua (71.5) fueron las entidades con menor esperanza de vida, mientras que el Distrito Federal (75.8) y Baja California Sur (75.8) reportaron la mayor. Además, la esperanza de vida para los hombres en Nuevo León es muy superior a la de Guerrero, que se compara con la de Guatemala². Aunque en todas las entidades las mujeres viven más que los hombres, es de notar que Chihuahua presenta la mayor diferencia a nivel nacional, de 8.3 años contra el promedio nacional de 5.7 años (gráfica 2.3).

En el análisis de las variaciones por entidad hay un hallazgo que vale la pena destacar y es la reducción en el valor de este indicador que sufrieron algunas entidades entre 2007 y 2010 como consecuencia principalmente de las muertes violentas. Esta reducción fue particularmente significativa en Chihuahua en hombres, en donde en términos porcentuales hubo una pérdida de alrededor de 10%, equivalente a más de siete años: la esperanza de vida al nacimiento en este grupo disminuyó de 70.12 años en 2007 a 62.48 años en 2010. De hecho, esta entidad no ha logrado recuperar el nivel que tenía en 2007. Las estimaciones de la esperanza de vida en hombres para 2013 la ubican en 67.5 años.

¹ World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Life Expectancy, Data by Country. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.680>

² Ibidem.

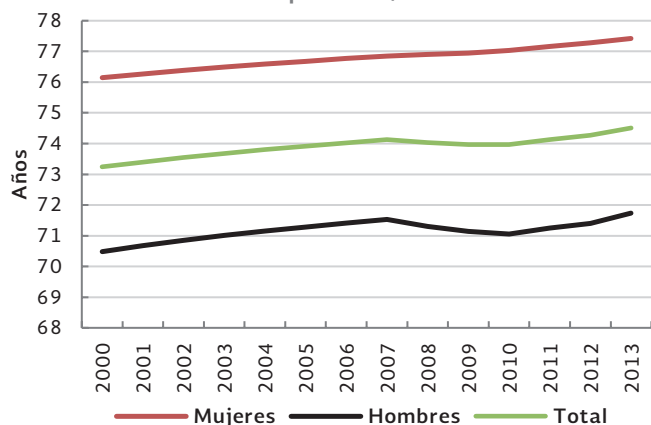
Gráfica 2.1 Esperanza de vida al nacimiento en los países de la OCDE, 2013



Fuente: OECD Health Statistics 2015

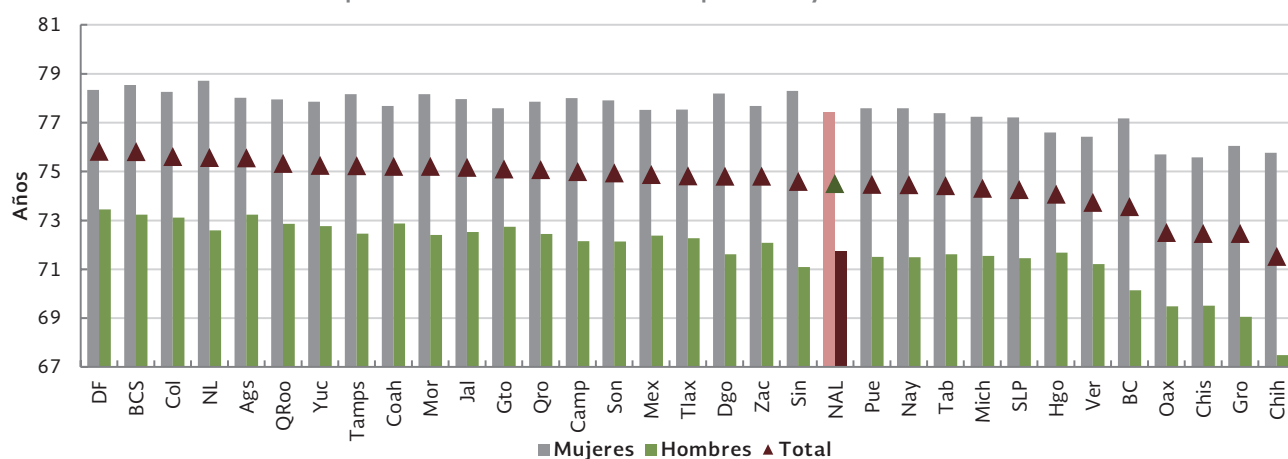
*Nota: La esperanza de vida al nacimiento es estimada por el Secretariado de la OCDE.

Gráfica 2.2 Evolución de la esperanza de vida al nacimiento por sexo, 2000-2013



Fuente: CONAPO, Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 2.3 Esperanza de vida al nacimiento por sexo y entidad federativa, 2013



Fuente: CONAPO, Proyecciones de población 1990-2030

ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS

Se define como los años que un individuo vivirá en promedio una vez que ha cumplido 65 años de edad, siempre y cuando el patrón de la mortalidad al momento de la medición se mantenga estable.

Medir la esperanza de vida a diferentes edades permite analizar cómo varía la experiencia de mortalidad en una sociedad, una vez que se han superado riesgos inherentes a grupos de edad particulares. Por ejemplo, hay una mayor mortalidad al inicio de la vida como consecuencia de enfermedades infecciosas o problemas asociados a la gestación y los primeros días de existencia. Asimismo, durante la edad productiva hay riesgos derivados de conductas de riesgo, como el consumo de sustancias adictivas o la conducción insegura de vehículos automotores. Cuando estos riesgos quedan atrás, la esperanza de vida tiende a homogenizarse y las diferencias entre entidades se reducen.

El análisis de la esperanza de vida a edades avanzadas es un ejercicio de gran importancia para definir, entre otras cosas, la carga financiera derivada de los sistemas de pensiones, pero también es relevante en términos de la planeación de los servicios de salud, ya que las enfermedades que aquejan a los adultos mayores suelen ser de mayor duración y tener un mayor impacto económico.

Las cifras de México están al nivel de lo que se observaba en los Estados Unidos de América hace casi 30 años en el caso de las mujeres y hace 13

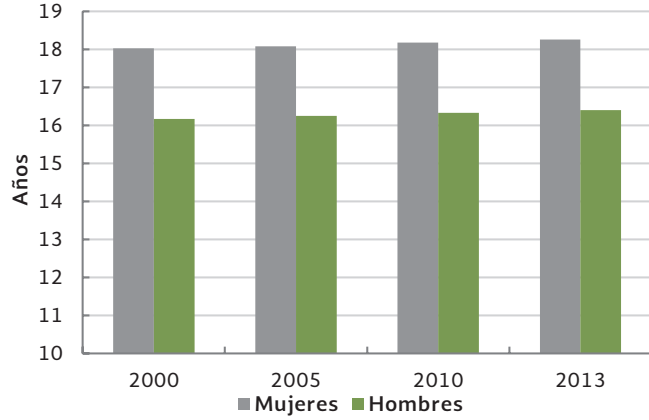
años en el caso de los hombres. Entre los países de la OCDE, Japón es el que presenta la mayor esperanza de vida a los 65 años en mujeres (24 años) y Suiza la cifra más alta para los hombres (19.4 años)¹.

Se estima que la esperanza de vida a los 65 años en 2013 en México fue de 17.4 años, 18.3 en mujeres y 16.4 en hombres. Aunque presentó un avance entre 2000 y 2013, el crecimiento fue prácticamente imperceptible. Además, debido a diferencias en el perfil de mortalidad entre hombres y mujeres, la brecha entre sexos se hace mayor en este indicador. Mientras que las mujeres tienen una esperanza de vida al nacimiento 7.4% mayor que los hombres, en la esperanza de vida a los 65 años esta disparidad asciende a 11% (gráfica 2.4).

La diferencia entre Distrito Federal y Chihuahua (los estados extremos) en la esperanza de vida al nacimiento en 2013 fue de 5.7% a favor del primer estado, mientras que en la esperanza de vida a los 65 años la diferencia fue de sólo 3.1%. Sin embargo, es de notar que en este indicador, Nuevo León es la entidad federativa con mayor esperanza de vida, seguida del Distrito Federal; mientras que Chiapas y Oaxaca son las que presentan menor esperanza de vida a los 65 años (gráfica 2.5).

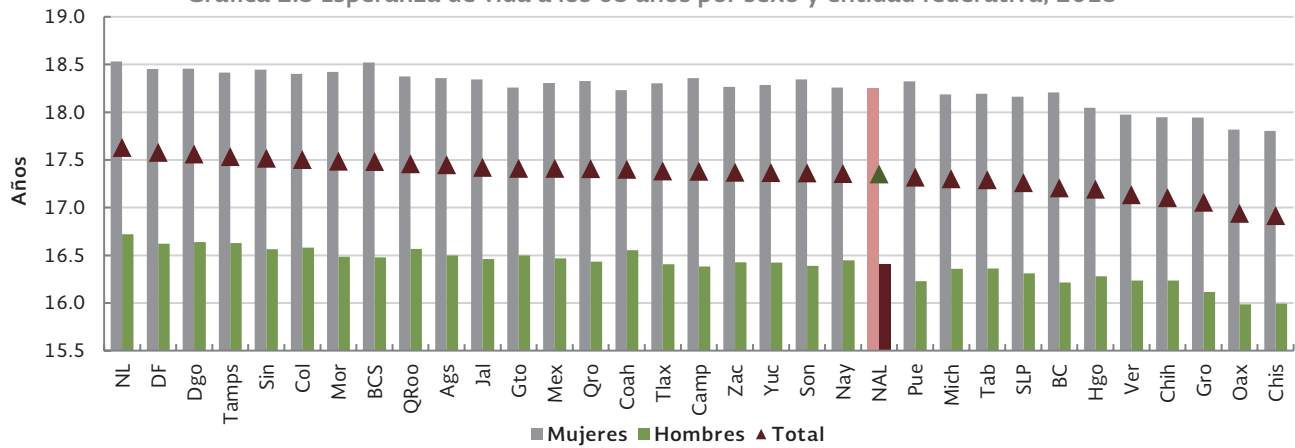
¹ Organisation for Economic Co-Operation and Development. Life expectancy at 65 (indicator). Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/life-expectancy-at-65/indicator/english_0e9a3f00-en?isPartOf=/content/indicatorgroup/bd12d298-en

Gráfica 2.4 Esperanza de vida a los 65 años por sexo, 2000, 2005, 2010 y 2013



Fuente: Estimaciones del INSP y la DGED-SS con base en las relaciones de supervivencia de CONAPO 2013

Gráfica 2.5 Esperanza de vida a los 65 años por sexo y entidad federativa, 2013



Fuente: Estimaciones del INSP y la DGED-SS con base en las relaciones de supervivencia de CONAPO 2013

3. FACTORES DE RIESGO

PORCENTAJE DE VIVIENDAS CON ACCESO A FUENTES APROPIADAS DE AGUA

Se define como la relación de viviendas que cuentan con acceso a agua proveniente de una fuente que asegura el aporte continuo de la misma y evita la contaminación del líquido, y el total de viviendas en una población y tiempo determinados.

El aporte adecuado de agua en cantidad y calidad suficiente es uno de los determinantes más poderosos de la salud y la calidad de vida. La disponibilidad irregular de agua obliga, entre otras cosas, a almacenarla, lo que facilita la contaminación del líquido y favorece la proliferación de mosquitos, factores que contribuyen al desarrollo de enfermedades infecciosas, como las diarreas y el dengue, entre otras.

A nivel mundial, alrededor de 85% de la población cuenta con un sistema adecuado de abasto de agua, ya sea a través de una red o mediante pozos protegidos que evitan la contaminación de la fuente con residuos animales o vegetales, así como con desechos químicos potencialmente peligrosos¹.

En México, en 2012, alrededor de 90% de las viviendas contaban con una fuente apropiada de agua. No obstante, en cuatro entidades –Veracruz, Chiapas, Oaxaca y Guerrero–, más de 20% de las viviendas estaban desprotegidas en este aspecto. Guerrero (65.4%), de hecho, se ubica en niveles más bajos de América², mientras que la situación

de Colima (98.3%), Distrito Federal (98.4%) y Nuevo León (98.6%) es similar a la de los países más desarrollados del planeta (gráfica 3.1).

En el análisis de la evolución por estado destacan los casos de Michoacán, Puebla, Veracruz y Oaxaca, que muestran en 2012 cifras en este rubro mucho mejores que las registradas en 2000. Lo contrario sucede en Baja California, Campeche y Morelos, estados en donde se registra un retroceso.

El principal reto se ubica en las localidades rurales, en donde solo 80% de las viviendas reportó en 2012 contar con una fuente adecuada de agua. Las localidades urbanas y metropolitanas, por su parte, presentan cifras superiores a 95%, aunque este hallazgo debe matizarse por los problemas de continuidad en el abasto y calidad bacteriológica del agua (gráfica 3.2).

Además, se observa una clara diferencia de este indicador por nivel socioeconómico³. Mientras que en el primer decil en 2012 sólo el 80% de las viviendas contaban con acceso a fuentes apropiadas de agua, desde el decil VII el porcentaje es igual o superior al 95%. Los primeros cuatro deciles se encuentran por debajo de la media nacional de 93.2% (gráfica 3.3).

¹ The World Bank. Water supply and sanitation: sector results profile. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/results/2013/04/12/water-sanitation-results-profile>

² Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Programa Conjunto de Monitoreo de Provisión de Agua y Saneamiento. Joint monitoring program for water supply and sanitation. Data and Estimates. Disponible en: <http://www.wssinfo.org/data-estimates/tables/>

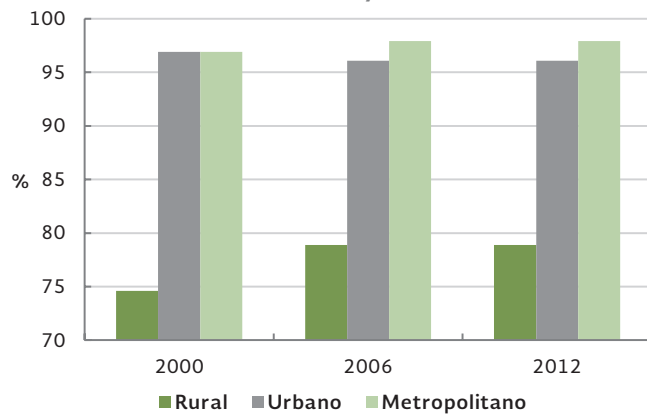
³ El indicador se basa en una imputación del nivel de ingreso (en deciles) de los hogares incluidos en la ENSANUT 2012, a partir de indicadores demográficos y socioeconómicos de los hogares, y utilizando como referencia la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010. Para mayor información consultar: Gutiérrez, J.P. Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012. Salud Pública de México 2013, vol.55, suppl.2, pp. S341-S346.

Gráfica 3.1 Porcentaje de hogares con fuentes apropiadas de agua por entidad federativa, 2000 y 2012



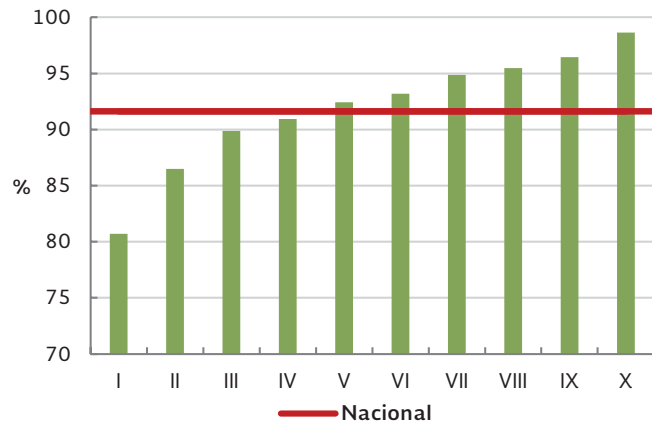
Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2012

Gráfica 3.2 Porcentaje de hogares con fuentes apropiadas de agua por tamaño de localidad, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 3.3 Porcentaje de hogares con fuentes apropiadas de agua por decil socioeconómico, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

PORCENTAJE DE VIVIENDAS CON SERVICIO SANITARIO

Se define como la relación entre los hogares que reportan contar con un servicio sanitario con descarga de agua (directa o a través de una cubeta) y en los que el drenaje está conectado a la red pública o una fosa séptica, y el total de hogares en un área geográfica y tiempo determinado.

La adecuada disposición de excretas reduce los riesgos biológicos derivados del contacto humano con heces y la contaminación del medioambiente. Gracias a los sistemas adecuados para manejar los desechos domésticos, se dificulta la transmisión de un conjunto de enfermedades asociadas al consumo de agua contaminada o al contacto con la misma. Destacan dentro de ellas las enfermedades diarreicas, la hepatitis A y las infecciones cutáneas.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades diarreicas causan más de un millón de muertes anualmente y tres cuartas partes de las mismas se derivan de condiciones inadecuadas de manejo de excretas y abasto de agua.

A nivel mundial hay una tendencia creciente a brindar instalaciones adecuadas de manejo de excretas a la población, pero todavía hay países, particularmente en África, donde menos de 30% de los hogares cuenta con este tipo de servicios. En América continental, el porcentaje más bajo lo tiene Bolivia, con 50%¹.

En México, los datos disponibles muestran que el porcentaje de viviendas con sistemas adecuados de manejo de excretas ha aumentado en los últimos diez años y se ubica alrededor de 90%. Las cifras estatales muestran que hay seis entidades (Distrito Federal, Nuevo León, Aguascalientes, Colima, Jalisco y Baja California Sur) con más de 95% de viviendas con valores positivos en este indicador. En contraste, Oaxaca y San Luis Potosí presentan valores de 66% y 75%, respectivamente (gráfica 3.4).

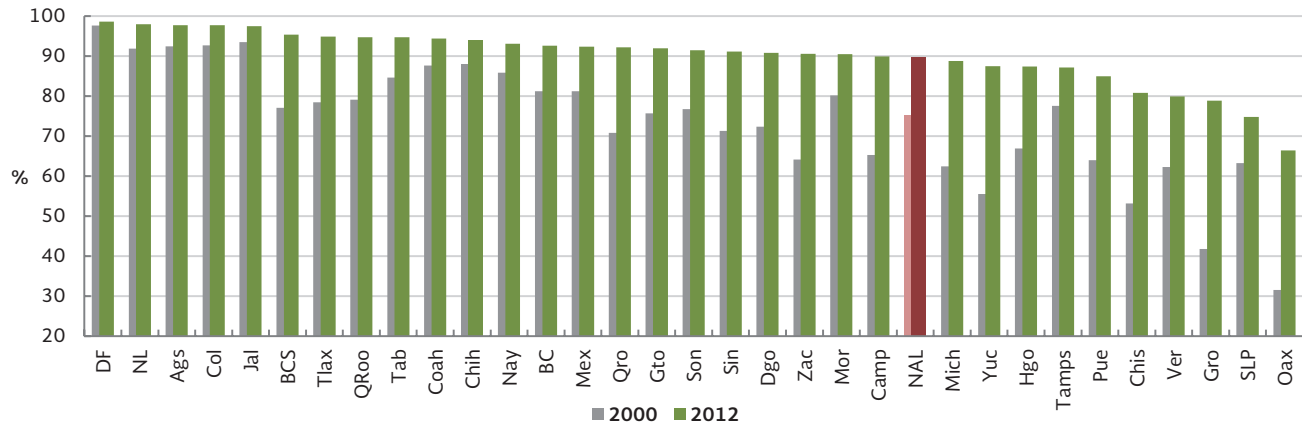
El principal reto se ubica en las viviendas localizadas en las áreas rurales, que si bien muestran un aumento entre el periodo que comprende de 2000 (47.6%) a 2012 (66.7%), se encuentran rezagadas frente a las viviendas ubicadas en las localidades urbanas y metropolitanas. En las áreas metropolitanas el valor de este indicador se ubica en 97% (gráfica 3.5).

Al igual que en el acceso a fuentes apropiadas de agua, el acceso a servicios sanitarios muestra un patrón creciente por nivel socioeconómico². En 2012, el porcentaje de viviendas con acceso a servicios sanitarios adecuados en el primer decil fue de 68.8%, mientras que desde el VII decil el porcentaje fue superior al 95%. A pesar de ello, los primeros tres deciles se encuentran por debajo del porcentaje nacional (gráfica 3.6).

¹ The World Bank. Data. Improved sanitation facilities (% of population with access). Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.ACSN>

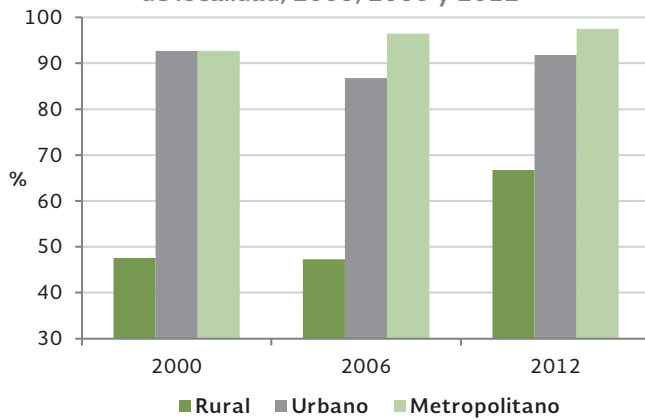
² El indicador se basa en una imputación del nivel de ingreso (en deciles) de los hogares incluidos en la ENSANUT 2012, a partir de indicadores demográficos y socioeconómicos de los hogares, y utilizando como referencia la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010. Para mayor información consultar: Gutiérrez, J.P. Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012. Salud Pública de México 2013, vol.55, suppl.2, pp. S341-S346.

Gráfica 3.4 Porcentaje de viviendas con acceso a servicios sanitarios adecuados por entidad federativa, 2000 y 2012



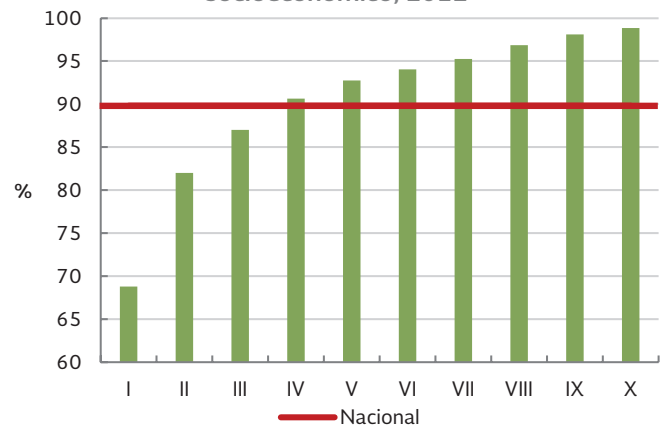
Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2012

Gráfica 3.5. Porcentaje de viviendas con acceso a servicios sanitarios adecuados por tamaño de localidad, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 3.6 Porcentaje de viviendas con acceso a servicios sanitarios adecuados por decil socioeconómico, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

PORCENTAJE DE VIVIENDAS CON EXPOSICIÓN A AIRE CONTAMINADO DENTRO DE LA VIVIENDA

Se define como la relación de viviendas donde se usan residuos vegetales o animales (leña, carbón o estiércol) para cocinar o como calefacción (con la consiguiente exposición a los desechos potencialmente tóxicos de estos materiales) y el total de viviendas en una población y momento determinados.

Aunque en el contexto mundial ha habido mejoras en el acceso a fuentes de energía más limpias, un porcentaje importante de hogares, particularmente en las áreas rurales, continúa utilizando residuos de origen animal o vegetal para cocinar o calentar la vivienda. Esta práctica genera altas concentraciones de contaminantes al interior del hogar, especialmente cuando no se usan estufas con sistemas de conducción del humo hacia el exterior. Las partículas contaminantes favorecen el desarrollo de enfermedades respiratorias, como cáncer, asma y enfisema, e incrementa la probabilidad de sufrir infecciones respiratorias agudas. De hecho, la OMS ha estimado que una de cada tres infecciones respiratorias en el mundo se asocia a este tipo de exposición.

En México, el porcentaje de hogares que usa combustibles sólidos se ha reducido paulatinamente en los últimos años, pero aún se mantiene por arriba

de 10%. Las mayores prevalencias de exposición a aire contaminado dentro de la vivienda se observan en las entidades de menor desarrollo social, como Oaxaca y Chiapas, donde 49.3% y 46.0% de las viviendas, respectivamente, usan este tipo de combustibles, lo que las ubica en niveles similares a los de Bolivia y Paraguay. Por el contrario, Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Distrito Federal y Nuevo León presentan cifras menores a 2%, similares a las que se observan en Argentina y Uruguay¹ (gráfica 3.7).

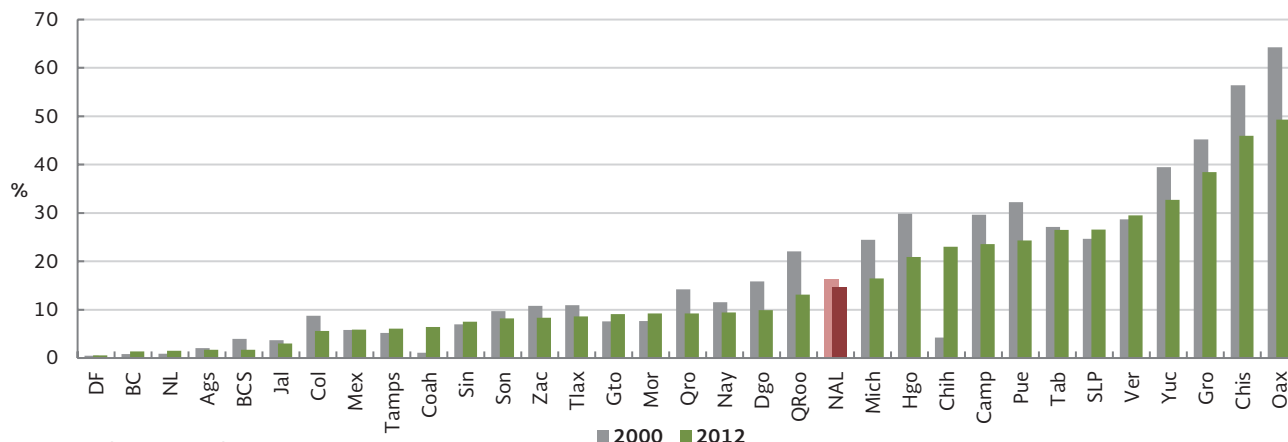
Este porcentaje es significativamente más alto en zonas rurales. En 2012 el valor del indicador en zonas rurales fue de 47.9%, mientras que en las zonas urbanas y metropolitanas fue de 13.2% y 2.2%, respectivamente (gráfica 3.8).

Como sucede con los dos indicadores previos, la exposición a aire contaminado está relacionada con el nivel socioeconómico². Sin embargo, la diferencia entre deciles es más pronunciada, pues en el primer decil más de 50% de las viviendas están expuestas, comparado con el 27% del segundo decil y el 18% del tercero, todos ellos por arriba del promedio nacional. Los últimos cuatro deciles muestran un porcentaje inferior al 5% (gráfica 3.9).

¹ World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Population using solid fuels. Data by country. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.135?lang=en>

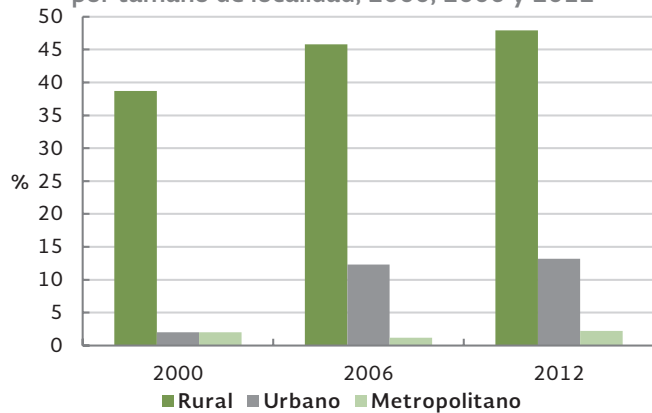
² El indicador se basa en una imputación del nivel de ingreso (en deciles) de los hogares incluidos en la ENSANUT 2012, a partir de indicadores demográficos y socioeconómicos de los hogares, y utilizando como referencia la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010. Para mayor información consultar: Gutiérrez, J.P. Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012. Salud Pública de México 2013, vol.55, suppl.2, pp. S341-S346.

Gráfica 3.7 Porcentaje de viviendas que usan combustibles sólidos dentro del hogar por entidad federativa, 2000 y 2012



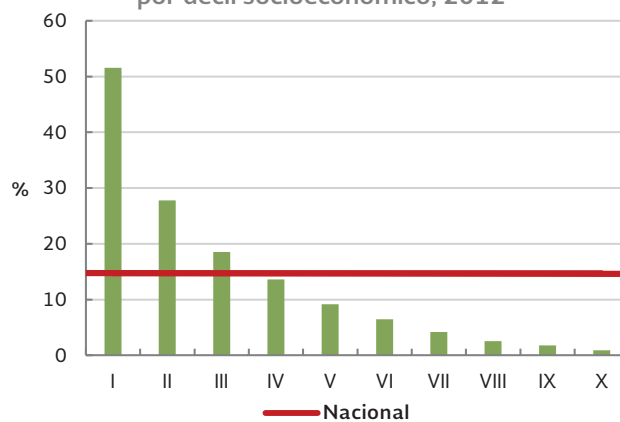
Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2012

Gráfica 3.8 Porcentaje de viviendas que usan combustibles sólidos dentro del hogar por tamaño de localidad, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 3.9 Porcentaje de viviendas que usan combustibles sólidos dentro del hogar por decil socioeconómico, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

PERFIL DIETÉTICO¹

Los cambios de los hábitos alimentarios, el menor gasto de energía asociado a estilos de vida sedentarios y el envejecimiento de la población, unidos al tabaquismo y al consumo de alcohol, son los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y constituyen un reto cada vez mayor para la salud pública. Con el propósito de reducir el nivel de exposición de las personas a dietas poco sanas y al sedentarismo, se ha establecido un compromiso en los estados miembros de la OMS para promover las dietas sanas y fomentar el incremento en la actividad física².

Si bien, existe una gran diversidad de indicadores que permiten estudiar la situación de nutrición, para este informe se seleccionaron tres que dan cuenta sucintamente del perfil dietético de la población mexicana: consumo de azúcares añadidos, consumo de grasas saturadas y consumo de frutas y verduras.

Consumo de azúcares añadidos: uno de los determinantes dietéticos más importantes del estado de nutrición a nivel poblacional es el exceso de energía proveniente de azúcares añadidos³, ya que este exceso promueve un balance energético positivo (ingestión de energía mayor que el gasto de la

misma) y aumenta el riesgo de padecer obesidad, síndrome metabólico, diabetes, enfermedades cardiovasculares y caries dentales⁴.

La recomendación es que los azúcares añadidos aporten un máximo del 10% de la ingestión diaria de energía de una persona⁵. Esto quiere decir que para un adulto que necesite 2,000 kilocalorías al día, la recomendación equivale a no más de 200 kcal de azúcares libres, es decir, cerca de 50 gramos o 10 cucharaditas rasas de azúcar⁶.

Sin embargo, los datos disponibles muestran que en 2012 en México todos los grupos de edad presentaron altas prevalencias de consumo excesivo de azúcares añadidos. Los grupos con las mayores prevalencias de consumo excesivo son las mujeres y hombres adolescentes (entre 12 y 19 años de edad), que presentan prevalencias de 85% y 71%, respectivamente. Les siguen los adultos, tanto hombres como mujeres con prevalencias de aproximadamente 64%, y las niñas en edad escolar (5 a 11 años), que presentan prevalencias superiores a 60% (gráfica 3.10).

¹ Los datos aquí presentados forman parte de López-Olmedo N, Carriquiry AL, Rodríguez-Ramírez S, Ramírez-Silva I, Espinosa-Montero J, Hernández-Barrera L, Campirano F, Martínez-Tapia B, Rivera JA. (En prensa). Usual dietary intake of energy and macronutrients in the Mexican population. *Journal of Nutrition*, 2015. Y de Batís C., Aburto T.C., Sánchez-Pimienta T.G., Pedraza L.S., Rivera J.A. Adherence to recommended dietary intake of food groups by the Mexican population. *J Nutr*, 2015.

² Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Resultados de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles. 2011 Disponible en: http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/spain_annex26_prevention_non-communicable_diseases_control.pdf

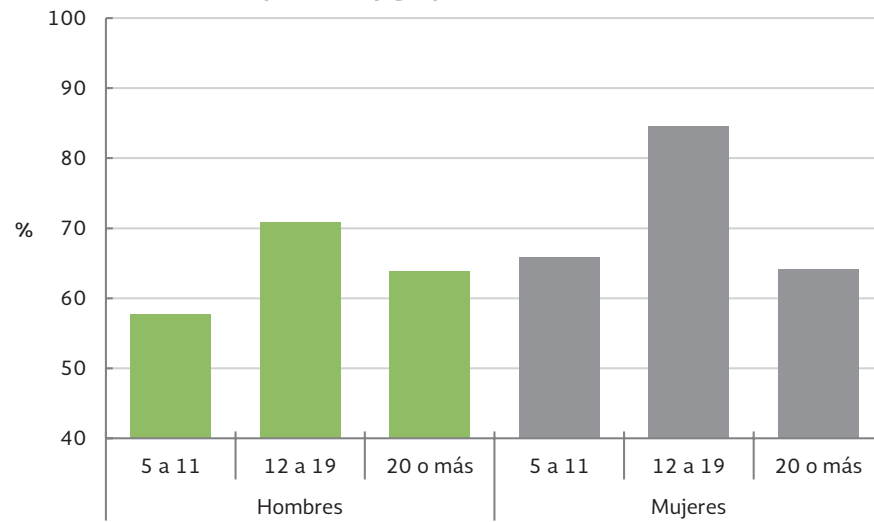
³ Estos incluyen los monosacáridos y los disacáridos añadidos a los alimentos por los fabricantes, los cocineros o los consumidores, así como los azúcares presentes de forma natural en la miel, los jarabes, los jugos de fruta y los concentrados de jugo de fruta.

⁴ Organización Mundial de la Salud. Nota informativa sobre la ingesta de azúcares recomendada en la directriz de la OMS para adultos y niños. Ginebra, Suiza: OMS, 2015. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugar_intake_information_note_es.pdf?ua=1

⁵ *Ibidem*.

⁶ European Food Information Council. Respuestas a preguntas comunes sobre los azúcares. Disponible en: <http://www.eufic.org/article/es/artid/Common-questions-about-sugars/>

Gráfica 3.10 Prevalencia de consumo excesivo de azúcares añadidos por sexo y grupo de edad, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

Consumo de grasas saturadas: aunque la grasa es una de las principales fuentes de energía de la dieta y tiene una serie de funciones biológicas importantes, el exceso trae consigo diversos riesgos para la salud, principalmente aquellos relacionados con las enfermedades cardiovasculares⁷.

La mayoría de las recomendaciones establecen que el consumo de grasas saturadas no debe superar más del 10% de la ingesta energética diaria; esto quiere decir que para un adulto que necesite 2,000 kilocalorías al día, la recomendación equivale a no más de 200 kcal de grasas saturadas, es decir, cerca de 22 gramos o 4.5 cucharadas cafeteras de mantequilla⁸.

Los datos disponibles para México en 2012 muestran que todos los grupos de edad presentaron prevalencias altas de consumo excesivo de grasas saturadas, superiores al 50%. Las mujeres adolescentes presentaron la prevalencia más alta, superior a 80%. Asimismo, los niños en edad escolar son otro de los grupos con altas prevalencias de consumo excesivo de grasas saturadas (79% en varones y 85% en mujeres) (gráfica 3.11).

Consumo de frutas y verduras: es un buen indicador de dieta saludable y hay evidencia de que un consumo diario suficiente de estos alimentos contribuye a la prevención de enfermedades crónicas como las cardiopatías, obesidad y diabetes, además de estar relacionado con menor riesgo de desarrollar diferentes formas de cáncer⁹.

Es recomendable que la población alcance un consumo mínimo de 400 gramos diarios de frutas y verduras al día¹⁰, o lo que es lo mismo, consumir 5 o más porciones de frutas y verduras al día.

Sin embargo, el consumo actual estimado de frutas y verduras es muy variable en todo el mundo, oscilando entre 100 gramos al día en los países menos desarrollados y aproximadamente 450 gramos al día en Europa Occidental.

Los datos disponibles para la población mexicana muestran que en 2012 la prevalencia de consumo insuficiente de frutas y verduras en todos los grupos de edad fue alta. Los grupos con las mayores prevalencias de estos consumos insuficientes son los hombres y las mujeres adolescentes (entre 12 y 19 años de edad) con prevalencias superiores a 90%. Los niños escolares y los adultos presentan prevalencias de consumo insuficiente por arriba de 80% (gráfica 3.12).

La mejor manera de tener una dieta sana con vistas a garantizar la salud, sigue siendo una alimentación variada, basada en alimentos ricos en nutrientes, y que incluya abundantes frutas y verduras. Los hallazgos aquí descritos son tristemente reveladores porque exhiben una dieta inadecuada que, por un lado, supera los límites recomendados de azúcares añadidos y grasas, y por otro, no alcanza el consumo adecuado de frutas y verduras. En conjunto, esto supone un riesgo para la salud de la población mexicana.

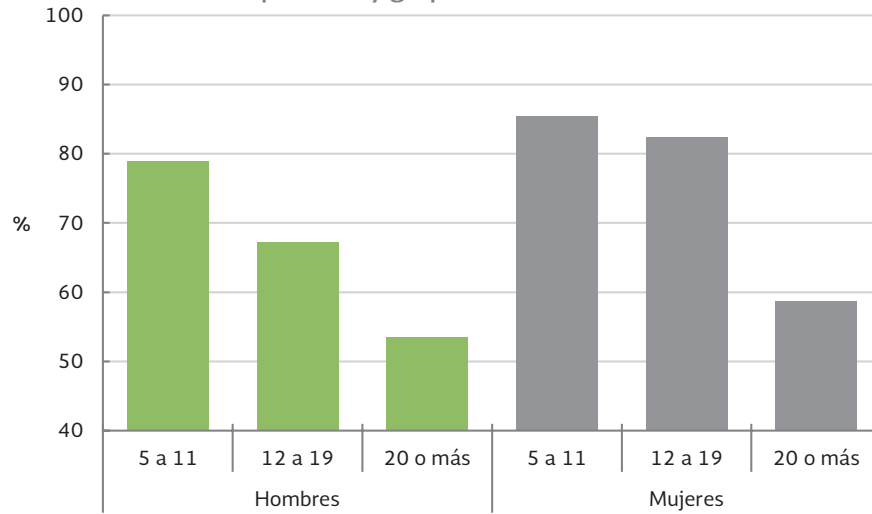
⁷ Food and Agriculture Organization. Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2010.

⁸ Organización Mundial de la Salud. Alimentación Sana Nota descriptiva N° 394 (2015). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

⁹ Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Fomento del consumo mundial de frutas y verduras. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/>

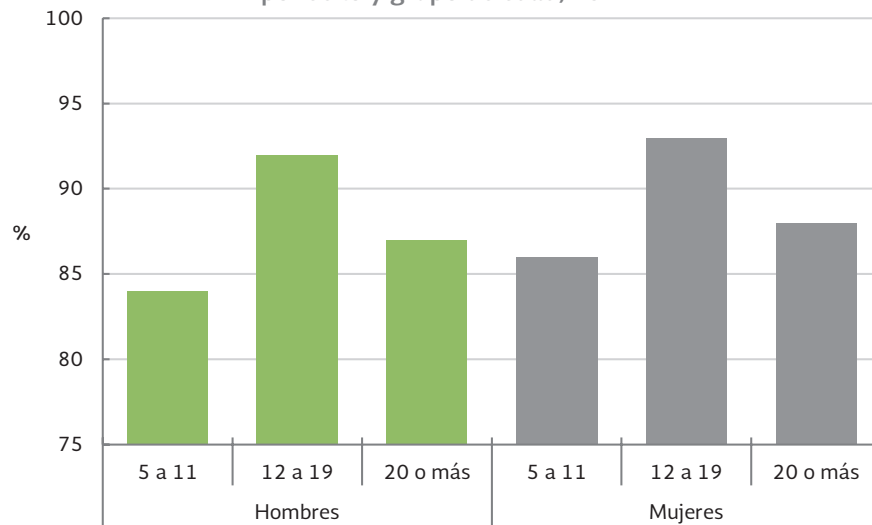
¹⁰ Se excluyen las papas, el camote, la yuca y otros tubérculos feculentos.

Gráfica 3.11 Prevalencia de consumo excesivo de grasas saturadas por sexo y grupo de edad, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

Gráfica 3.12 Prevalencia de consumo inadecuado de frutas y verduras por sexo y grupo de edad, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

PREVALENCIA DE INACTIVIDAD FÍSICA

Se define como el porcentaje de la población que realiza menos de 150 minutos de actividad física moderada o vigorosa acumulados durante la semana.

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas.

A grandes rasgos, en la actividad física se distinguen: la actividad física moderada y la vigorosa. La primera es aquella que requiere un esfuerzo físico que acelera el ritmo cardiaco y que representa un costo energético al menos tres veces mayor al de estar sentado tranquilamente. Actividades como caminar rápido, bailar o hacer tareas domésticas, son consideradas moderadas; mientras que las actividades deportivas, desplazar cargas pesadas o andar en bicicleta son consideradas como vigorosas y representan un costo seis veces mayor al de estar sentado tranquilamente¹.

Realizar regularmente actividad física tiene beneficios para la salud, al mejorar la condición cardiorrespiratoria, metabólica, ósea y prevenir el deterioro cognitivo, entre otros. La OMS recomienda realizar por lo menos 150 minutos de actividad física moderada o vigorosa acumulados durante la semana para obtener los beneficios antes mencionados. En contraste, la inactividad física es un factor de riesgo que se asocia con varios tipos de cáncer (colon, seno, endometrio, páncreas y pulmón), reduce la expectativa de vida y aumenta la probabilidad de desarrollar sobrepeso y obesidad.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 se cuenta con información disponible autorreportada de la población mexicana de 15 años o más. De acuerdo con los datos de esta fuente, en el ámbito nacional, 16.7% de los hombres y 18.1% de las mujeres de nuestro país no cumplían con la recomendación internacional de la OMS para actividad física.

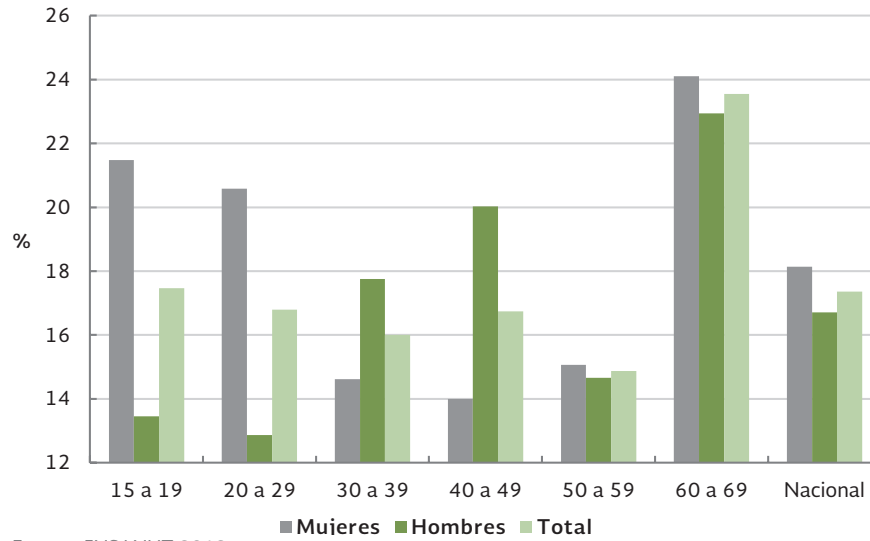
Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad de 60 a 69 años es el que presenta mayor prevalencia de inactividad física, con 22.9% y 24.1%, respectivamente. En los grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 29 años, las mujeres presentaron prevalencias de inactividad física significativamente mayores que los hombres con 21.5% contra 13.5% en el primer grupo y 20.6% contra 12.9% en el segundo grupo etario. Sin embargo, en los grupos de edad de 30 a 39 y de 40 a 49 años esta relación se invierte. En el grupo de edad de 50 a 59 años, la prevalencia de inactividad física fue de alrededor de 15% para ambos sexos (gráfica 3.13).

Puebla y Oaxaca fueron las entidades con menor prevalencia de inactividad física, con valores cercanos al 10%, mientras que en algunas entidades del norte (Baja California, Tamaulipas, Sonora y Baja California Sur), Jalisco, Quintana Roo y Guanajuato, se registraron prevalencias de inactividad física superiores a 20% (gráfica 3.14).

Es importante señalar que el autorreporte de actividad física subestima las prevalencias (las personas tienden a reportar que realizan más actividad física de la que en realidad hacen) al compararlas con métodos de evaluación objetivos como la acelerometría, que usa dispositivos con sensores de movimiento para registrar directamente la actividad de los individuos al portarlos.

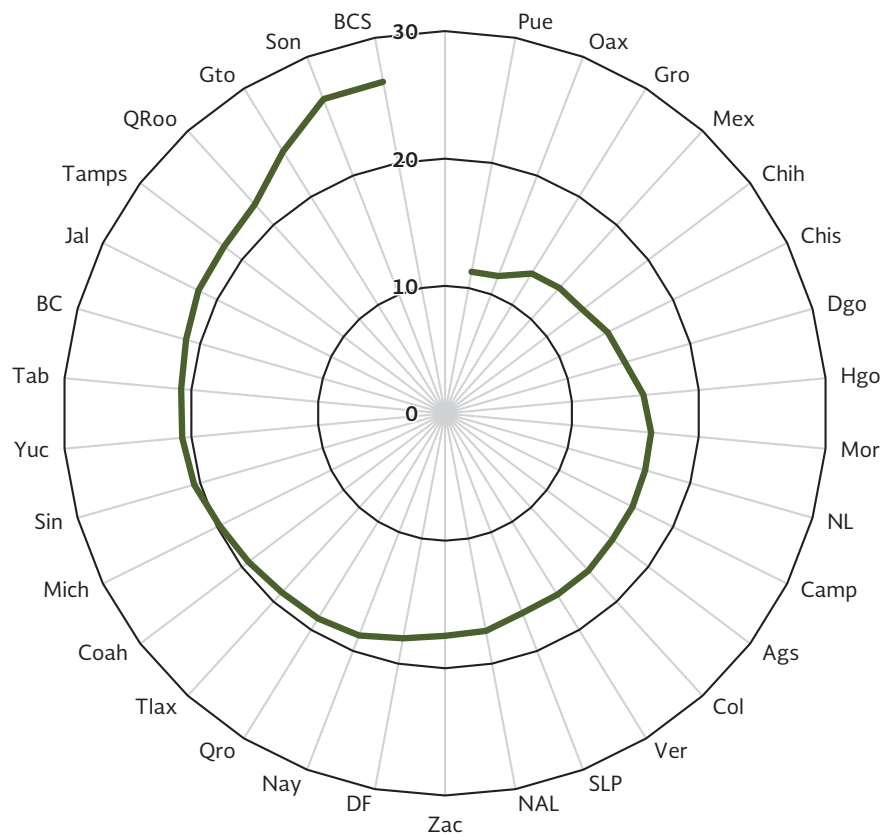
¹ World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010.

Gráfica 3.13 Prevalencia de inactividad física por sexo y grupo de edad, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

Gráfica 3.14 Prevalencia de inactividad física por entidad federativa, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

PREVALENCIA DE SEDENTARISMO
(PREVALENCIA DE TIEMPO INADECUADO
FRENTE A PANTALLAS)

Se define como el porcentaje de la población que pasa 28 horas o más a la semana ya sea viendo televisión, películas, jugando videojuegos o trabajando en la computadora.

Existe evidencia convincente de que el sedentarismo causa sobrepeso y obesidad al promover un balance energético positivo (ingestión de energía mayor que el gasto de la misma). Pasar tiempo frente a pantallas es una conducta sedentaria que además se asocia con aumento de grasa corporal, incremento en el riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular, y consumo de alimentos y bebidas de alta densidad energética¹.

De acuerdo con los datos de la ENSANUT 2012, 20.1% de la población mexicana de 15 años o más, pasaba 28 horas o más a la semana frente a pantallas². La prevalencia fue mayor entre los hombres (22.3%) que entre las mujeres (18.1%).

El tiempo frente a pantallas aumenta a medida que la población es más joven. En el grupo de edad de 15 a 19 años, la prevalencia de sedentarismo es de 29.0% contra 26.4% y 22.8% en los grupos de 20 a 29 años y de 30 a 39 años, respectivamente.

Los grupos de 40 a 49 años y de 50 a 59 años presentan prevalencias de 14.4% y 13.7%, respectivamente. El grupo de edad con la menor prevalencia de tiempo inadecuado frente a pantallas es el de 60 a 69 años de edad; solo 9% de esta población reportó pasar más de 28 horas a la semana frente a pantallas (gráfica 3.15).

Las entidades con menor prevalencia de tiempo inadecuado frente a pantallas fueron Oaxaca, Guerrero, Chiapas, San Luis Potosí y Veracruz, con prevalencias cercanas al 10%, mientras que las entidades donde la prevalencia de tiempo inadecuado frente a pantalla fue cercana a 25% o mayor se localizaron principalmente en la región Norte de la República (Tamaulipas, Chihuahua, Baja California Sur, Sonora, Baja California) e incluyeron también al Distrito Federal, Estado de México y Aguascalientes (gráfica 3.16).

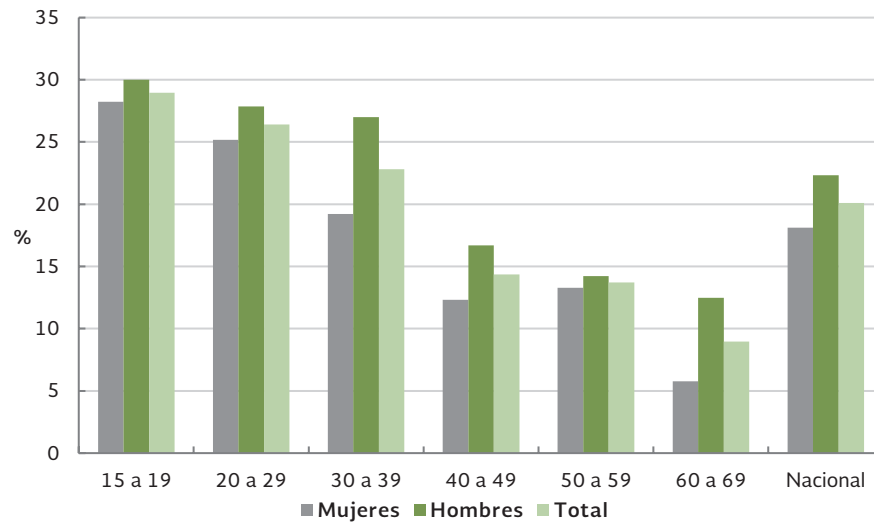
¹ Wilmot EG, Edwardson CL, Achana FA, et al. Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 2012;55:2895-905.

² Se tomó en cuenta este valor con base en diferentes artículos académicos: Tremblay MS, Leblanc AG, Janssen I, et al. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 2011;36:59-64.

Bull FC, Groups EW. Physical Activity Guidelines in the U.K.: Review and Recommendations: School of Sport, Exercise, and Health Sciences, Loughborough University, Leicestershire, U.K, 2010.

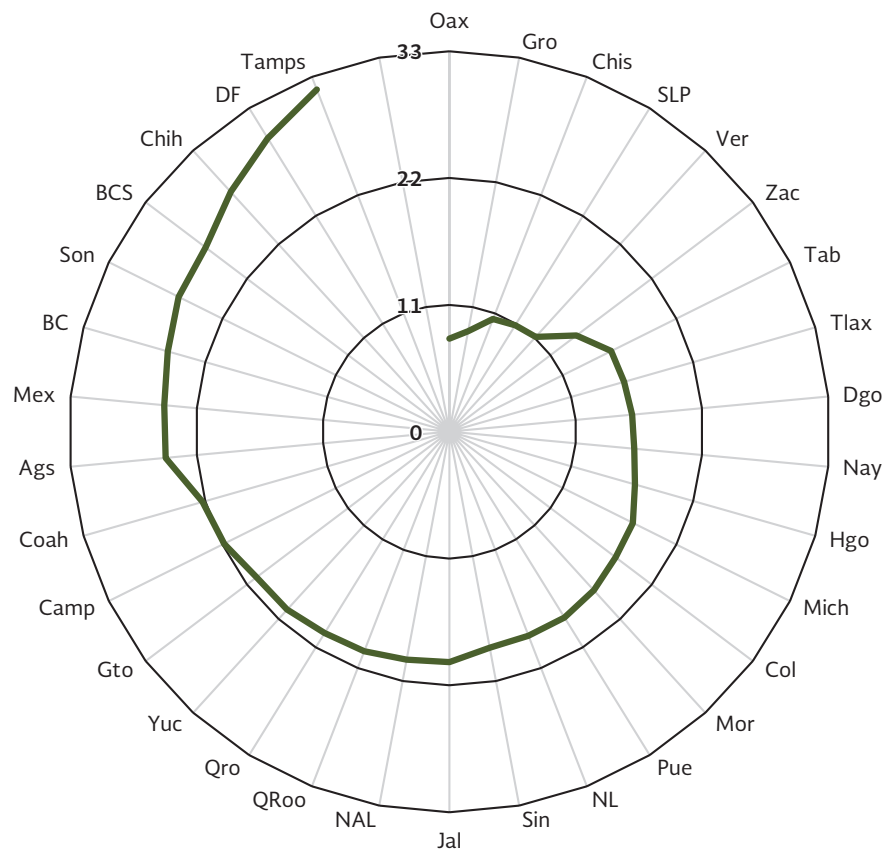
American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. Children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 2001;107(2):423-6.

Gráfica 3.15 Prevalencia de tiempo inadecuado frente a pantallas por sexo y grupo de edad, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

Gráfica 3.16 Prevalencia de tiempo inadecuado frente a pantallas por entidad federativa, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS

Se define para adultos de 20 años o más, como el porcentaje de la población cuyo índice de masa corporal (IMC) se ubica entre 25 kg/m² y 29.9 kg/m² (sobrepeso) o es igual o mayor a 30 kg/m² (obesidad).

Según datos de la OMS, en 2014 había en el mundo 1,900 millones de personas mayores de 18 años con sobrepeso u obesidad, factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades coronarias, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis, cáncer de mama, esófago, colon, endometrio y riñón.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos en México es de las más altas entre los países miembros de la OCDE¹ (gráfica 3.17) y, según datos de la OMS, la prevalencia de obesidad se encuentra entre las más altas de todo el mundo². La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos aumentó de 63.8% en 2000 a 71.3% en 2012. Mientras que la prevalencia de sobrepeso se ha mantenido prácticamente constante (38%), la de obesidad se incrementó 6.7 puntos porcentuales para alcanzar un valor de 32.4% en 2012.

En adultos mayores de 20 años, el sobrepeso es más frecuente en hombres y la obesidad en las mujeres. En ambos sexos se registró un incremento en la prevalencia de obesidad entre 2000 y 2012, mientras que el valor del sobrepeso aumentó entre 2000 y 2006 y disminuyó entre 2006 y 2012 (gráfica 3.18).

Existen diferencias importantes por tamaño de localidad. La prevalencia de sobrepeso y obesidad es menor en las zonas rurales que en las urbanas, sin embargo la prevalencia ha aumentado en ambas zonas y se han manifestado cambios en el tiempo. Mientras que en 2000 la prevalencia de sobrepeso en zonas rurales fue de 35.8% y en zonas urbanas de 39.3%, para el año 2012 las zonas rurales presentaron 38.9% y las urbanas 38.7%. A pesar de ello la prevalencia de obesidad en adultos fue mayor en todos los años en las zonas urbanas (gráfica 3.19).

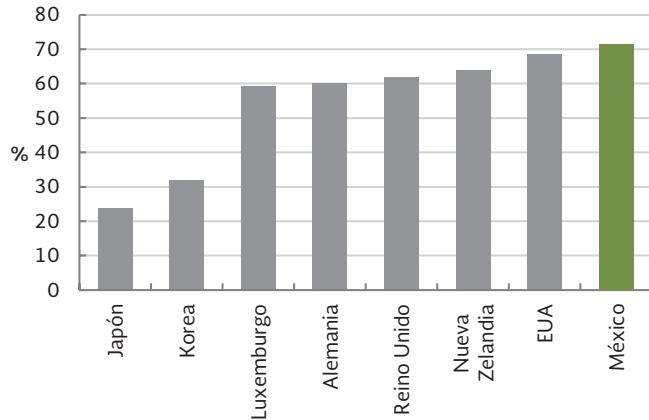
En 2012 no existió una sola entidad en donde la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos fuera inferior a 60%. Destacan Baja California Sur, Tabasco, Yucatán y Campeche, en donde aproximadamente 80 de cada cien sujetos mayores de veinte años presentaron un IMC mayor de 25. En el otro extremo se ubicaron Querétaro, Oaxaca, San Luis Potosí y Chiapas, con una prevalencia de alrededor de 65% (gráfica 3.20).

Otro dato relevante es que en ninguna entidad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos en 2012 fue menor que la observada en 2000. Las entidades en donde el incremento fue de menor magnitud fueron Querétaro y Coahuila. En éstas, el incremento entre 2000 y 2012 fue de menos de dos puntos porcentuales. En Oaxaca y Tabasco, por otro lado, los incrementos en la prevalencia de sobrepeso y obesidad adquirieron niveles alarmantes. En Oaxaca, la prevalencia de sobrepeso y obesidad pasó de 43.7% en 2000, a 64.6% en 2012. En Tabasco el incremento fue de 15.2 unidades porcentuales: de 64.7% en 2000 a 79.9% en 2012.

¹ Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD.Stat. Health Status. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT

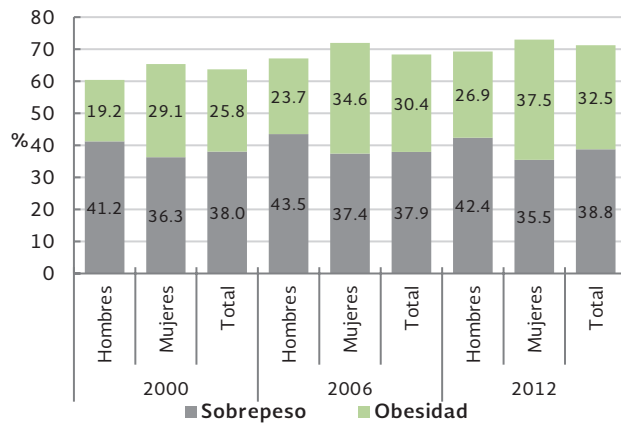
² World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Risk factors. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A867?lang=en>

Gráfica 3.17 Porcentaje de la población con sobrepeso u obesidad en adultos en los países seleccionados de la OCDE, 2012



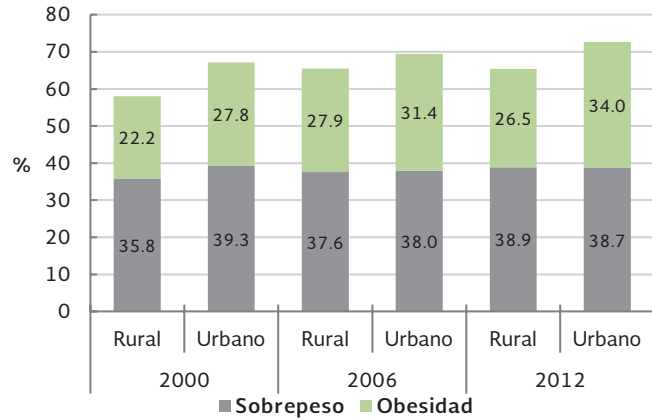
Fuente: OECD Health Statistics 2015

Gráfica 3.18 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos por sexo, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 3.19 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos por tamaño de localidad, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 3.20 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos por entidad federativa, 2000 y 2012



Fuente: ENSA 2000, ENSANUT 2012

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Se define con sobrepeso a niños y adolescentes cuya relación entre el peso y la talla, medida a través del índice de masa corporal (IMC), es mayor a 1 desviación estándar (DE) y menor a 2, de acuerdo a las tablas de crecimiento para edad y sexo específicos. Se consideran con obesidad los niños y adolescentes cuyo IMC es mayor o igual a 2 DE.

El sobrepeso y la obesidad infantil se asocian con dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos¹. Por si fuera poco, también se asocian con mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. México tiene una de las tasas más altas entre los países de la OCDE, pues 28% de los niños y 29% de las niñas padece sobrepeso, en comparación con el promedio de la OCDE de 23% y 21%, respectivamente².

La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años se mantuvo casi constante en un periodo de 6 años (pasó de 34.8% en 2006 a 34.4% en 2012). Con datos recientes de la Encuesta PROSESA 2013-2018 (Encuesta PROSESA 2015), se estimó una prevalencia de 35.5%, es decir un incremento de 1.1 puntos porcentuales durante los últimos tres años. En los niños de 5 a 11 años, con la excepción de 2012, los hombres presentaron una mayor prevalencia de sobrepeso que las mujeres, aunque la diferencia nunca fue mayor de dos puntos porcentuales.

Asimismo, los hombres presentaron una mayor prevalencia de obesidad que las mujeres durante todos los años de estudio, pero en este caso la diferencia es más marcada, de alrededor de 4 puntos porcentuales (gráfica 3.21).

De acuerdo a la localidad de residencia, se observa que en el grupo de edad referido, tanto el sobrepeso como la obesidad fueron mayores en las zonas urbanas en los tres años de análisis (2006, 2012 y 2015). Cabe resaltar que se observa una diferencia mucho mayor en obesidad que en sobrepeso (gráfica 3.22).

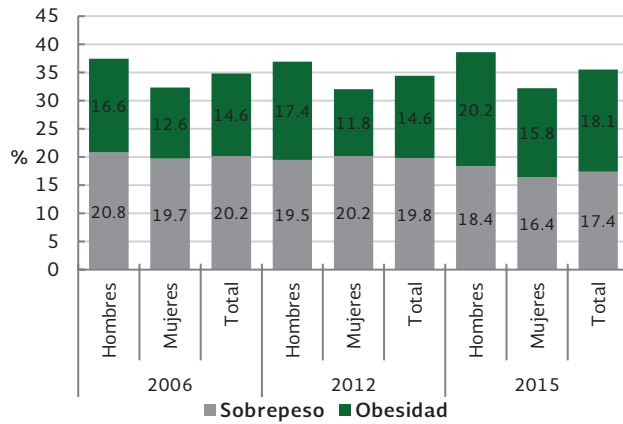
En el caso de los adolescentes de 12 a 19 años, se registró un incremento más lento en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad, la cual aumentó de 33.2% en 2006, a 34.9% en 2012, y de allí a, 36.1% en 2015. En los adolescentes, fueron las mujeres quienes presentaron una mayor prevalencia combinada en comparación con los hombres, y quienes también presentaron la mayor prevalencia de sobrepeso. Los hombres presentaron mayor prevalencia de obesidad en este grupo de edad (gráfica 3.23).

En lo que respecta a los adolescentes de 12 a 19 años, se observó un patrón muy similar al descrito en los niños al analizar la prevalencia por tamaño de localidad. El sobrepeso y la obesidad fueron mayores en zonas urbanas, con una prevalencia de obesidad de casi el doble en zonas urbanas comparada con zonas rurales (gráfica 3.24).

¹ Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

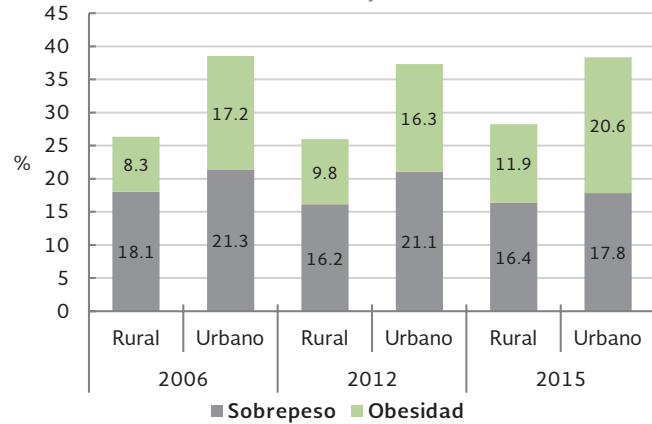
² Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. La obesidad y la economía de la prevención: "fit not fat" hechos claves – México, actualización 2014. Disponible en: http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2014-MEXICO_ES.pdf

Gráfica 3.21 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, 2006, 2012 y 2015



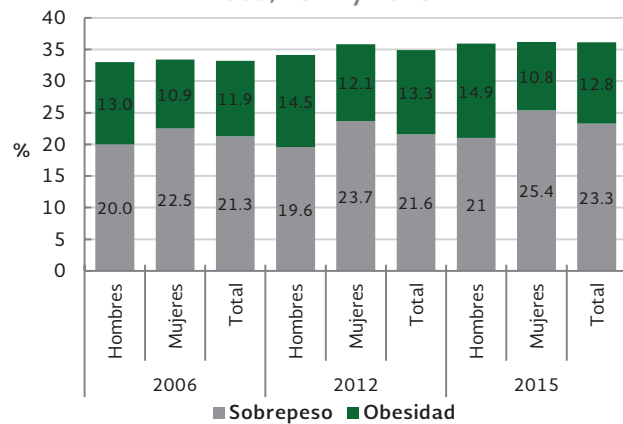
Fuente: ENSANUT 2006 y 2012. Encuesta PROSESA 2015

Gráfica 3.22 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años por tamaño de localidad, 2006, 2012 y 2015



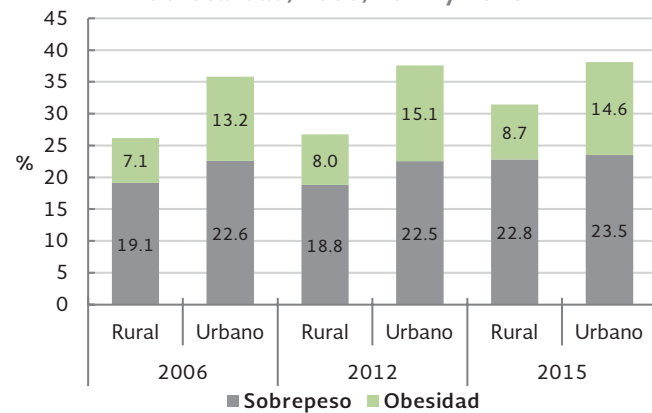
Fuente: ENSANUT 2006 y 2012. Encuesta PROSESA 2015

Gráfica 3.23 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12 a 19 años por sexo, 2006, 2012 y 2015



Fuente: ENSANUT 2006 y 2012. Encuesta PROSESA 2015

Gráfica 3.24 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12 a 19 años por tamaño de localidad, 2006, 2012 y 2015



Fuente: ENSANUT 2006 y 2012. Encuesta PROSESA 2015

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER

Se define como la relación entre el número niños que nacen con un peso menor a 2,500 gramos y el total de niños nacidos vivos en un periodo determinado, expresada como porcentaje.

La cuantificación de la proporción de recién nacidos que nacen con bajo peso es relevante en dos sentidos complementarios: por un lado, este indicador provee información sobre la salud y nutrición de la madre gestante y sobre la atención prenatal; por el otro, esta condición favorece el desarrollo de diversos problemas de salud. Un niño que nace con bajo peso tiene una probabilidad de morir hasta 20 veces más alta que los niños con un peso normal¹. Además, se asocia a problemas de desarrollo neurológico y enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida, como la diabetes.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) calcula que a nivel mundial más de 15% de los niños nacen con bajo peso y este fenómeno ocurre en su gran mayoría en países en vías de desarrollo.

En México la prevalencia de bajo peso al nacer en 2014 se ubicó alrededor de 6% y se ha mantenido

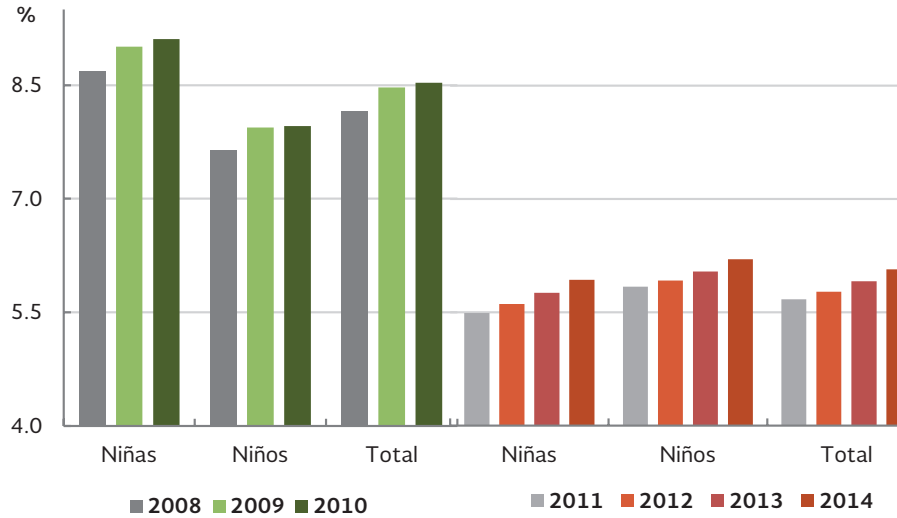
en esos niveles desde 2011, aunque con un ligero crecimiento. Entre 2008 y 2010 el valor se situó por encima del 8% de los nacimientos. La caída que se identifica entre 2010 y 2011 se debe a un cambio en el registro de los niños nacidos fuera de término². A pesar de ello, se aprecia que la prevalencia ha incrementado consistentemente a través de los años (gráfica 3.25).

En 2014, el estado con la mayor prevalencia de bajo peso al nacer fue el Distrito Federal, con 9.6%, mientras que Colima se ubicó en el extremo opuesto, con 3.9%. Esas entidades ocupaban las mismas posiciones en 2008 (previo al cambio de registro), pero con cifras significativamente mayores: 13.5% y 4.9%, respectivamente. Si se comparan contra 2011, se observa que en casi todas las entidades el problema persiste y ha aumentado, siendo la excepción Michoacán y Aguascalientes; en la primera se mantuvo el mismo nivel en 2011 y en 2014, mientras que en la segunda disminuyó 0.2 puntos porcentuales. Destaca Quintana Roo, en donde el aumento entre 2011 y 2014 fue de 1.1 puntos porcentuales (gráfica 3.26).

¹ Lang K. Social medicine analysis of live birth status. Tics of the former district of Gera (1983 to 1986) with special reference to low-birth-weight infants. Z Geburt Shilfe Perinatol, 1992;196:15-20.

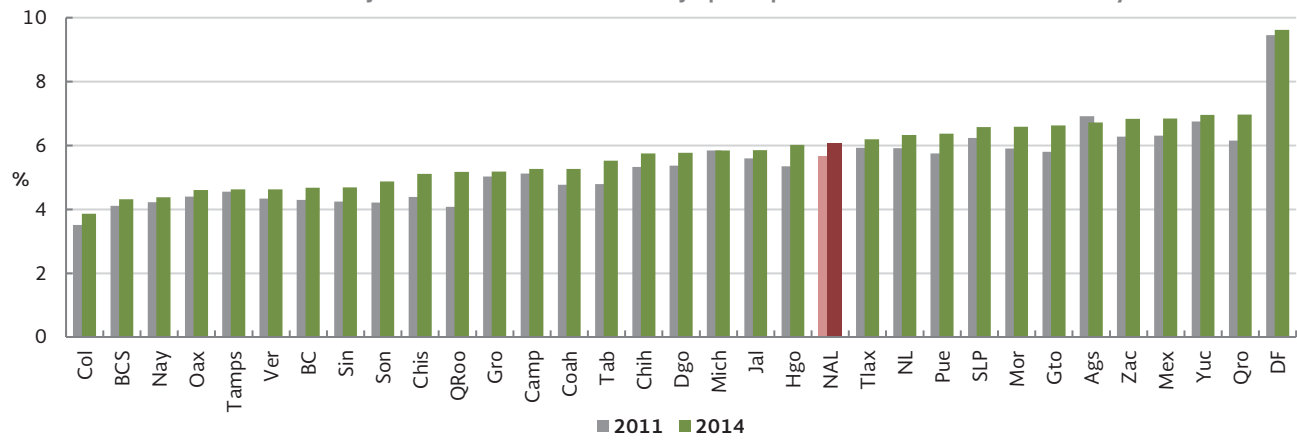
² A partir de 2011 se implementó la validación de la relación semanas de gestación-talla-peso a través de tablas que contienen el peso y talla mínimo, promedio y máximo conforme a las semanas de gestación.

Gráfica 3.25 Porcentaje de recién nacidos con bajo peso por sexo y año de nacimiento, 2008-2014



Fuente: SS-SINAC 2008-2014

Gráfica 3.26 Porcentaje de recién nacidos con bajo peso por entidad federativa, 2011 y 2014



Fuente: SS-SINAC 2011-2014

PREVALENCIA DE CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL

Se define como el porcentaje de población de 20 años o más que incurre en prácticas de consumo de alcohol que pueden poner en peligro su salud. En los hombres corresponde a un consumo de cinco copas o más en una sola ocasión, mientras que en mujeres es de cuatro copas o más.

Las muertes prematuras asociadas a lesiones externas tienen un peso creciente en la morbilidad y la mortalidad de la población mexicana. En los últimos años se ha producido un incremento notable en las muertes prematuras provocadas por agresiones, accidentes de vehículo de motor y lesiones auto-infligidas intencionalmente en jóvenes de 15 a 29 años. El consumo perjudicial de alcohol constituye un factor de riesgo para la ocurrencia de estos eventos. Según la OMS, cada año se producen 3.3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol.

En las Américas, en 2012, el consumo de alcohol ocasionó aproximadamente una muerte cada 100 segundos y contribuyó a más de 300,000 defunciones. Asimismo, en esta región se consume más alcohol que en el resto del mundo, y en los últimos cinco años han aumentado los episodios de consumo perjudicial: de 4.6% a 13.0% en las mujeres y de 17.9% a 29.4% en los hombres¹.

La proporción de la población de 20 años o más que presentó patrones de consumo perjudicial se incrementó ocho puntos porcentuales entre 2000 y 2012, al pasar de 30.7% a 38.1%. Los estados con mayor prevalencia en 2012 fueron Baja California y Baja California Sur, donde cerca de la mitad de la población reportó consumir alcohol de manera perjudicial al menos una vez al año. En Morelos y Chiapas el porcentaje correspondiente es de poco menos de 30%, lo que las ubica en las posiciones con menor prevalencia a pesar de que estas cifras pueden considerarse altas. Asimismo, Morelos junto con Nayarit fueron las entidades que mostraron un mayor descenso en la prevalencia, aunque sólo cinco entidades disminuyeron su prevalencia entre 2000 y 2012.

¹ Organización Panamericana de la Salud. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11108%3A2015-regional-report-alcohol-health&catid=1428%3Aalcohol-substance-abuse-publications&Itemid=41530&lang=es

Por el contrario, el Distrito Federal y Jalisco fueron las entidades que presentaron los aumentos más importantes, por encima de 15 puntos porcentuales (gráfica 3.27).

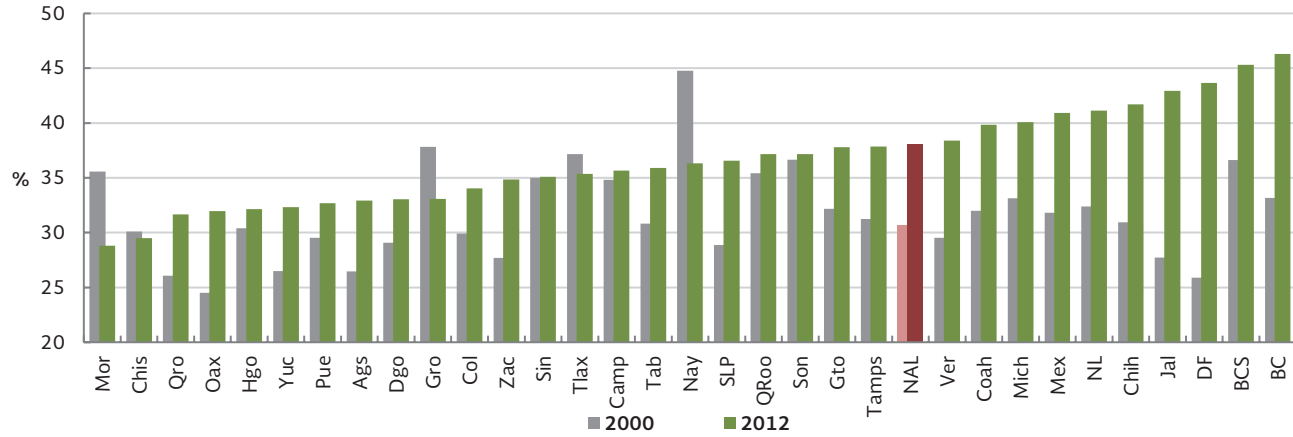
La brecha en la prevalencia por grupos de edad no fue tan amplia en 2000 y 2006. En el primer caso, la diferencia entre el grupo de edad con mayor prevalencia (40 a 49 años) y el de menor prevalencia (60 o más) fue de 8 puntos porcentuales, mientras que en 2006 fue de 6 puntos porcentuales. Además, se observa una caída pequeña entre 2000 y 2006 en todos los grupos de edad; sin embargo, para 2012 hubo un cambio importante, pues los adultos de 20 a 29 años pasaron de 25.1% en 2006 a 46.5% en 2012 y se convirtieron en el grupo de edad con mayor prevalencia, mientras que los de 30 a 39 años pasaron de 25.3% a 40.7%. Aunque los demás grupos presentaron también un incremento, no tuvo las dimensiones que para los grupos de edad previamente mencionados. Con lo anterior, la brecha entre los grupos de edad fue de 24 puntos porcentuales en 2012 (gráfica 3.28).

En lo que respecta a diferencias por sexo, hay un comportamiento alarmante, pues aunque los hombres tuvieron una prevalencia muy superior a la de las mujeres en 2000, 2006 y 2012; la brecha se redujo de forma importante entre 2006 y 2012, pues las mujeres más que duplicaron su prevalencia de consumo perjudicial de alcohol, pasando de 8.6% a 20.3%, mientras que en los hombres aumentó de 43.3% a 57.8%.

Cuando se toma en cuenta el nivel socioeconómico², si bien hubo una disminución de la prevalencia en todos los quintiles entre 2000 y 2006, no hubo diferencias significativas entre los ellos. Sin embargo, en 2012 hubo una diferenciación importante, pues se incrementó el consumo en todos los quintiles en comparación con 2006 y además se evidenció una mayor prevalencia entre mayor fuera el quintil de nivel socioeconómico (gráfica 3.29).

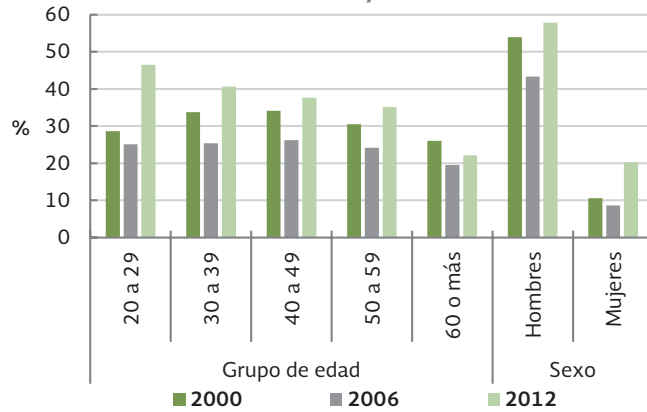
² El indicador utilizado para medir nivel socioeconómico se basa en una imputación del nivel de ingreso de los hogares incluidos en la ENSANUT 2012, a partir de indicadores demográficos y socioeconómicos de los hogares, con el cual se forman cinco grupos ordenados de menor a mayor nivel. Un ajuste similar se hizo en la ENSANUT 2006. En el caso de la ENSA 2000 el análisis se hizo a partir de una decilización simple del ingreso mensual reportado. Para mayor información consultar: Gutiérrez JP. Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012. Salud Pública de México, 2013;55:S341-S346.

Gráfica 3.27 Prevalencia de consumo perjudicial de alcohol por entidad federativa, 2000 y 2012



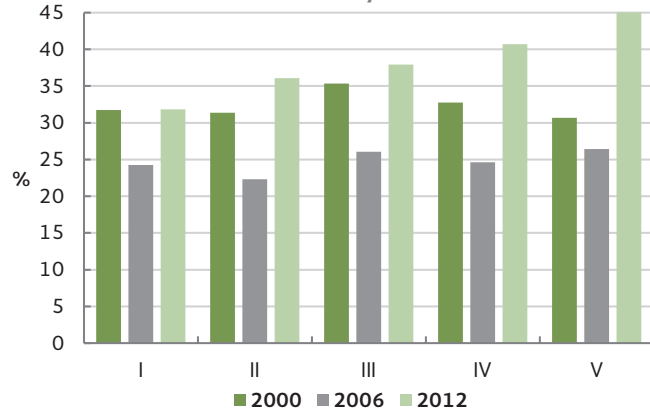
Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2012

Gráfica 3.28 Prevalencia de consumo perjudicial de alcohol por sexo y grupo de edad, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 3.29 Prevalencia de consumo perjudicial de alcohol por quintiles de nivel socioeconómico, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN ADULTOS

Se define como el porcentaje de la población de 20 años o más que en el transcurso de su vida ha fumado un mínimo de cien cigarrillos (5 cajetillas) y que reporta fumar actualmente.

El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo asociado a seis de las ocho principales causas de mortalidad evitable en el mundo. Se estima que anualmente causa la muerte de seis millones de personas a nivel mundial y cerca de 600,000 muertes ocurren entre las personas no fumadoras que están expuestas al humo de tabaco. Si la tendencia actual continúa, el tabaco habrá matado a más de siete millones de personas para el año 2030. Cuatro quintas partes de estas muertes ocurrirán en países de bajos y medianos ingresos¹.

Entre los factores de riesgo habitualmente estudiados, el consumo de tabaco es el más susceptible de cambiar a través de políticas públicas. En México, el porcentaje de adultos de 20 años o más que en toda su vida ha fumado al menos cien cigarrillos y que sigue fumando registró una disminución durante el periodo 2000-2012 de 2.4 puntos porcentuales: pasó de 22.3% a 19.9%. Si bien es cierto que esta tendencia se observa en la mayor parte del país, Michoacán y el Estado de México son la excepción. En estas entidades la proporción de consumidores de tabaco se incrementó en más de dos puntos porcentuales. Por otro lado, las entidades en donde se registra una disminución importante (más de cinco puntos porcentuales) en la proporción de consumidores de tabaco son Guerrero, Distrito Federal y Baja California Sur (gráfica 3.30).

La mayor proporción de consumo de tabaco en adultos se registra en hombres. Sin embargo, es importante resaltar que el consumo se redujo cinco puntos porcentuales entre 2000 y 2012, al pasar de 35.8% a 31.0% (gráfica 3.31).

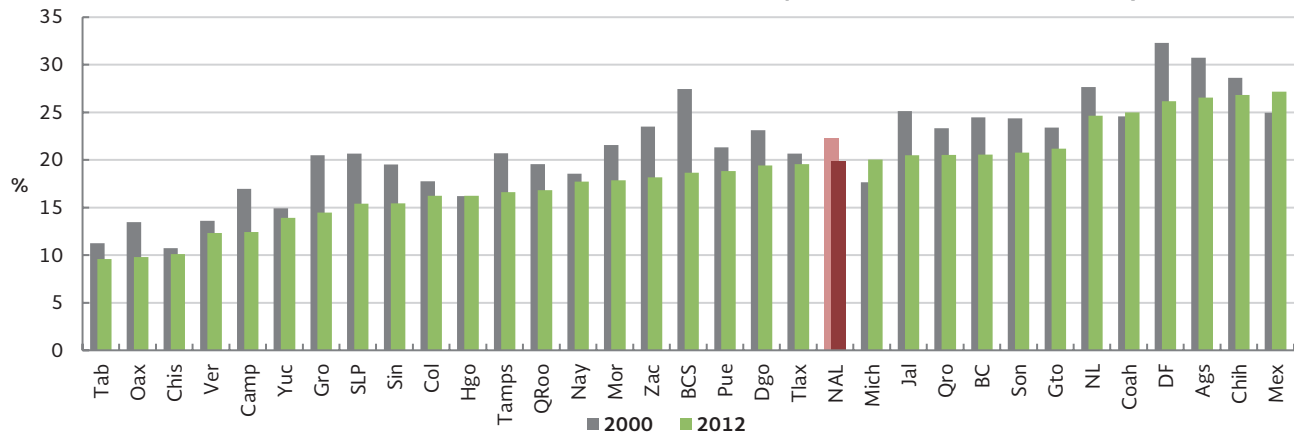
En contraste, en las mujeres el consumo de tabaco se mantuvo constante durante este periodo y las jóvenes de 20 a 29 años de edad son quienes con mayor frecuencia fumaron en 2012. En los hombres, este grupo de edad es también el que presenta una mayor prevalencia de consumo de tabaco (20%). A pesar de ello, las diferencias entre decenios de edad no son muy amplias, con una diferencia de 5 puntos porcentuales entre los adultos de 20 a 29 años con 25% y los de 50 a 59 años con 20%, solamente los adultos de 60 años o más presentan un consumo de 11%. Además, el consumo por grupo de edad cambió muy poco entre 2000 y 2012 (anexo II.3).

El consumo de tabaco se asocia positivamente al nivel socioeconómico, es decir, hay un menor consumo de tabaco en zonas rurales y un mayor consumo en los deciles de mayor ingreso. Por nivel socioeconómico, en 2012, la mayor parte de adultos de veinte años o más que consume un mínimo de cien cigarrillos se concentró en el quintil de mayor nivel socioeconómico², aunque este porcentaje se redujo comparado con 2000 y 2006. Es importante mencionar que entre 2000 y 2006 se redujo significativamente el consumo de tabaco en los primeros cuatro quintiles (gráfica 3.32).

¹ Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el Control de Tabaco para la Región de las Américas. Washington, DC: OPS, 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23415&Itemid

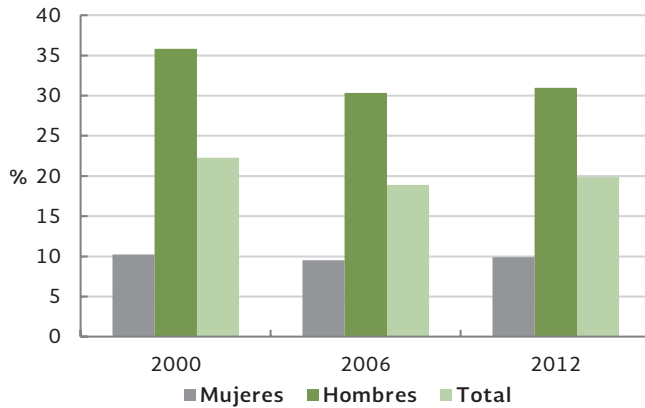
² El indicador utilizado para medir nivel socioeconómico se basa en una imputación del nivel de ingreso de los hogares incluidos en la ENSANUT 2012, a partir de indicadores demográficos y socioeconómicos de los hogares, con el cual se forman cinco grupos ordenados de menor a mayor nivel. Un ajuste similar se hizo en la ENSANUT 2006. En el caso de la ENSA 2000 el análisis se hizo a partir de una decilización simple del ingreso mensual reportado. Para mayor información consultar: Gutiérrez JP. Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012. Salud Pública de México, 2013;55:S341-S346.

Gráfica 3.30 Prevalencia de consumo de tabaco en adultos por entidad federativa, 2000 y 2012



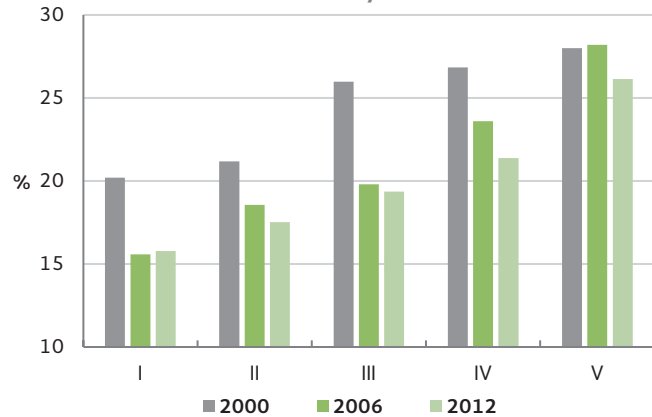
Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2012

Gráfica 3.31 Prevalencia de consumo de tabaco por sexo, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 3.32 Prevalencia de consumo de tabaco en adultos por quintiles de nivel socioeconómico, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

Se define como el porcentaje de la población de 12 a 65 años de edad que consumió alguna vez en la vida cocaína, cannabis, crack, alucinógenos, inhalables, heroína o estimulantes de tipo anfetamínico.

Los datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito indican que en 2013, un total de 246 millones de personas a nivel mundial, equivalente a una de cada veinte personas, consumieron drogas ilícitas¹.

Como en todo el mundo, en México el consumo habitual de drogas es un problema que afecta en mayor medida a los hombres. Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, la diferencia entre hombres y mujeres es de más de cinco veces. A nivel nacional, 2.4% de las mujeres de entre 12 y 65 años reportaron haber usado al menos una vez en la vida drogas ilícitas, mientras que en los hombres este porcentaje ascendió a 12.6% (gráfica 3.33).

En cuanto a los resultados por grupo de edad, a partir de los 20 años hay una tendencia descendente, con prevalencias significativamente bajas en la población mayor de 60 años. Se observa que la cifra para la población de 12 a 19 años es la tercera parte de la que corresponde al grupo de 20 a 29.

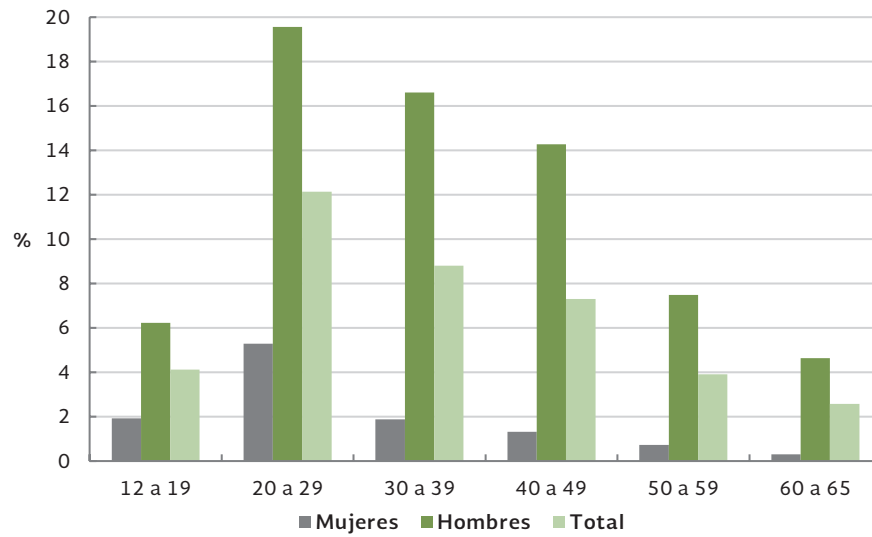
De acuerdo con la regionalización del diseño de la encuesta citada², la mayor prevalencia de consumo de drogas ilegales en los hombres se da en la región norte del país con cifras por arriba de 14%. En el caso de las mujeres, la mayor prevalencia de consumo se observó en el Distrito Federal, con 4.3%, una cifra significativamente mayor que el promedio nacional. Mientras que la región sur fue la que en general tuvo el menor consumo de drogas con un 5% (figura 3.1).

Por otro lado, la prevalencia de este factor de riesgo es más frecuente en áreas metropolitanas que en localidades de tamaño medio y áreas rurales.

¹ United Nations Office Drugs and Crime. World Drug Report, 2015. New York: United Nations, 2015. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/eventos/2015/WDD2015/World_Drug_Report_2015.pdf

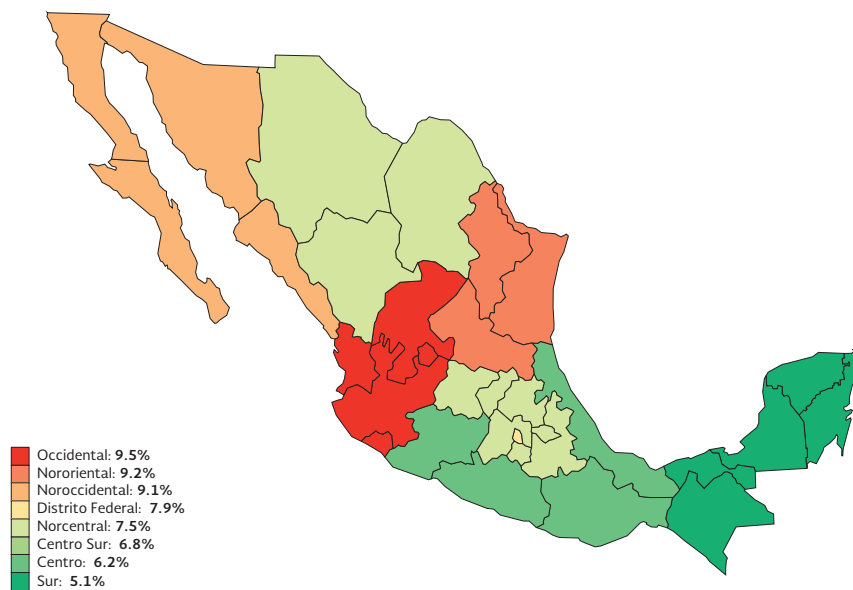
² Norcentral: Coahuila, Chihuahua, Durango. Noroccidental: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa. Nororiental: Nuevo León, Tamaulipas, San Luis Potosí. Occidental: Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit. Centro: Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro, Guanajuato. Ciudad de México: Distrito Federal. Centro Sur: Veracruz, Oaxaca, Guerrero, Michoacán. Sur: Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas, Tabasco.

Gráfica 3.33 Prevalencia de consumo de drogas ilícitas por sexo y grupo de edad, 2011



Fuente: ENADIC 2011

Figura 3.1 Prevalencia de consumo de drogas ilícitas por región, 2011



Fuente: ENADIC 2011

4. MORBILIDAD

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

Corresponden a las enfermedades o categorías diagnósticas más frecuentemente registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2014.

En este apartado se presentan las primeras diez causas de enfermedad por sexo en 2014, tal y como las reporta el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)¹. En ese año, se reportaron poco más de 46 millones de casos de enfermedad, 27 en mujeres y 19 en hombres. La causa más frecuente de atención entre los hombres fueron las reportadas como “infecciones respiratorias agudas”, con 12.1 millones de casos, más de 60% del total. El segundo sitio lo ocuparon las catalogadas como “infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas”, con 2.27 millones de casos. Lo anterior denota que, a diferencia de lo que ocurre en el análisis de mortalidad, la atención médica en las unidades está fuertemente dirigida hacia la atención de infecciones comunes. De hecho, la tercera causa en los hombres son las infecciones de vías urinarias, con lo que el conglomerado de estas tres categorías suma más de quince millones de registros, aproximadamente 80% del total registrado en hombres (cuadro 4.1).

En el caso de las mujeres la situación es muy similar, pues las primeras seis causas de enfermedad fueron las mismas que para los hombres, aunque el número absoluto es mayor. Las diferencias que se dan en las primeras causas de enfermedad por sexo, son principalmente por la aparición de padecimientos propios de este género, como la vulvo-vaginitis aguda y la candidiasis urogenital.

La octava causa de enfermedad en ambos sexos fue la hipertensión arterial. Además, la novena causa en hombres fue la diabetes, que en el caso de las mujeres ocupó la posición 12, detrás de la obesidad.

Esta última tuvo el lugar 14 en los hombres. Debido a lo anterior, la hipertensión arterial es la séptima causa de enfermedad a nivel nacional, la diabetes mellitus la novena y la obesidad la décima. Es importante mencionar que la obesidad apareció por primera vez en 2014 entre las primeras 20 causas de enfermedad registradas.

Además de la fuerte carga que representa para el sistema la atención de padecimientos infecciosos, vale la pena destacar la alta frecuencia con que se registran en México, cuidados a consecuencia de picadura de alacrán (más de 300,000) lo que la convierte en la 13er causa a nivel nacional. Se enfatiza la aparición de estas causas de atención debido a que no suelen incluirse entre las prioridades en materia de prevención.

Entre grupos de edad las principales causas son muy parecidas al total de la población, ya que se mantienen las infecciones respiratorias agudas como principal causa de morbilidad y las infecciones intestinales como segunda causa, además de que las infecciones de vías urinarias están entre las primeras cinco causas. A partir de los 15 años se presentan las úlceras, gastritis y duodenitis. Es a partir de los 50 años que la hipertensión arterial se presenta como la quinta causa de atención, seguida de la diabetes mellitus (cuadro 4.2).

A pesar de que las principales causas son muy parecidas entre los diferentes grupos de edad, su importancia relativa es diferente. Las infecciones respiratorias agudas representaron el 81% de las enfermedades en los menores de un año, porcentaje que decrece con la edad hasta el 46% en los adultos de 65 años o más. Por otra parte, las infecciones intestinales se mantienen a lo largo de los grupos de edad muy cerca del 10% del total de las enfermedades (anexo II.4).

¹ Es importante considerar que las cifras de morbilidad que se derivan del SINAVE no deben considerarse como tasas de incidencia, toda vez que no representan, por diferentes razones, a todos los casos nuevos de una enfermedad. Lo que se presenta aquí, está basado en el número de casos registrados en dicho sistema.

Cuadro 4.1 Diez principales causas de morbilidad por sexo, 2014

Posición	Hombres		Mujeres	
	Padecimiento	Casos	Padecimiento	Casos
1	Infecciones respiratorias agudas	12,120,993	Infecciones respiratorias agudas	15,372,246
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	2,272,667	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	3,246,261
3	Infección de vías urinarias	997,792	Infección de vías urinarias	2,668,760
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	529,636	Úlceras, gastritis y duodenitis	968,166
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	415,435	Gingivitis y enfermedad periodontal	703,724
6	Otitis media aguda	272,191	Otitis media aguda	367,434
7	Conjuntivitis mucopurulenta	201,215	Vulvovaginitis aguda	355,600
8	Hipertensión arterial	194,258	Hipertensión arterial	286,074
9	Diabetes mellitus	157,793	Conjuntivitis	255,068
10	Intoxicación por picadura de alacrán	146,330	Candidiasis urogenital	235,372

Fuente: SS-SINAVE 2014

Cuadro 4.2 Diez principales causas de morbilidad por grupo de edad, 2014

Padecimiento	Grupo de edad										
	Menores de 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 44	45 - 49	50 - 59	60 - 64	65 o más
Infecciones respiratorias agudas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
Infección de vías urinarias	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2
Úlceras, gastritis y duodenitis	16	16	16	4	4	4	4	4	4	4	4
Gingivitis y enfermedades periodontales	15	14	7	5	5	5	5	5	5	5	6
Otitis media aguda	6	4	4	6	6	7	8	9	9	10	10
Hipertensión arterial	18	18	18	20	19	18	10	6	6	6	5
Conjuntivitis	3	6	8	7	9	10	11	11	10	9	9
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	18	18	18	19	20	20	13	7	7	7	7
Obesidad	12	15	14	14	13	11	7	8	8	8	11
Vulvovaginitis aguda	17	17	17	16	7	6	6	10	11	15	17
Asma y estado asmático	10	7	6	8	14	14	16	14	13	13	14
Intoxicación por picadura de alacrán	14	13	11	9	8	9	12	13	12	12	12
Amebiasis intestinal	8	8	9	10	11	13	15	15	14	14	13
Candidiasis urogenital	18	18	18	18	10	8	9	12	16	18	19
Síndrome febril	9	10	12	13	12	12	14	16	17	17	16
Varicela	7	5	5	12	17	17	20	20	20	20	20
Otras helmintiasis	13	9	10	11	15	15	17	17	15	16	15
Neumonías y bronconeumonías	5	11	15	17	18	19	19	19	18	11	8

Fuente: SS-SINAVE 2014

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN MODERADA Y GRAVE EN MENORES DE CINCO AÑOS

Se define como el porcentaje de niños menores de cinco años en un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes, en un tiempo determinado. De acuerdo a la severidad puede clasificarse en moderada o grave.

La desnutrición es la consecuencia más directa del hambre. Provoca efectos negativos en la salud, la educación, la productividad y el crecimiento económico. Según UNICEF, a nivel mundial casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica¹ y una tercera parte de las muertes en este grupo de edad son atribuibles a la desnutrición. Esta condición además incrementa el riesgo de sufrir infecciones comunes graves en la infancia, como neumonía, diarrea, paludismo o sarampión. La desnutrición crónica también se asocia con un desarrollo anormal del cerebro. Cabe destacar que 75% de los niños que reciben tratamiento llegan a recuperarse.

A nivel mundial, la prevalencia de desnutrición global² ha disminuido de 25% en 1990 a 16% en 2013. Además, 52 millones de menores de cinco años sufren desnutrición aguda, moderada³ o grave⁴.

En México, la prevalencia de desnutrición en menores de cinco años muestra un descenso. De acuerdo con la ENSANUT, la prevalencia de desnutrición moderada⁵ disminuyó de 1.6% en 2006 a 1.2% en 2012. La prevalencia de desnutrición severa⁶ pasó de 0.5% en 2006 a 0.4% en 2012.

No obstante el buen comportamiento del indicador a nivel nacional, cuya cifra cayó dentro de lo esperado en una población sana de referencia (2.5)⁷, en el análisis por entidad federativa, llama la atención lo que ocurre en Colima, entidad que registró un incremento de la prevalencia de desnutrición moderada de 0% en 2006 a 5.2% en 2012, es decir, un poco más del doble de la prevalencia esperada. Algo similar ocurrió en Nuevo León, en donde pasó de 0.7% en 2006 a 3.2% en 2012 (gráfica 4.1). La prevalencia de desnutrición grave se incrementó casi 1% en ese periodo en Campeche, Chiapas y Guerrero; y se abatió por completo en Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Colima, Hidalgo, Oaxaca, Sonora, Yucatán y Distrito Federal. Cabe destacar que Baja California Sur, Jalisco y Sinaloa se mantuvieron sin registrar casos de desnutrición severa en el periodo de análisis (gráfica 4.2).

La prevalencia de desnutrición moderada en zonas rurales pasó de 1.5% en 2006 a 1.4% en 2012. En las zonas urbanas se redujo de 1.6% a 1.1% en ese mismo periodo. La prevalencia de desnutrición grave presentó cambios mínimos: pasó de 0.7% en 2006 a 0.6% en 2012 en zonas rurales, mientras que en el estrato urbano se mantuvo en 0.4% (gráfica 4.3).

Si bien la desnutrición moderada y grave no es un problema de salud pública a nivel nacional, la variabilidad encontrada en algunas entidades federativas resalta la necesidad generar políticas para su atención.

¹ Baja talla para la edad.

² Bajo peso para la edad.

³ Bajo peso para la talla.

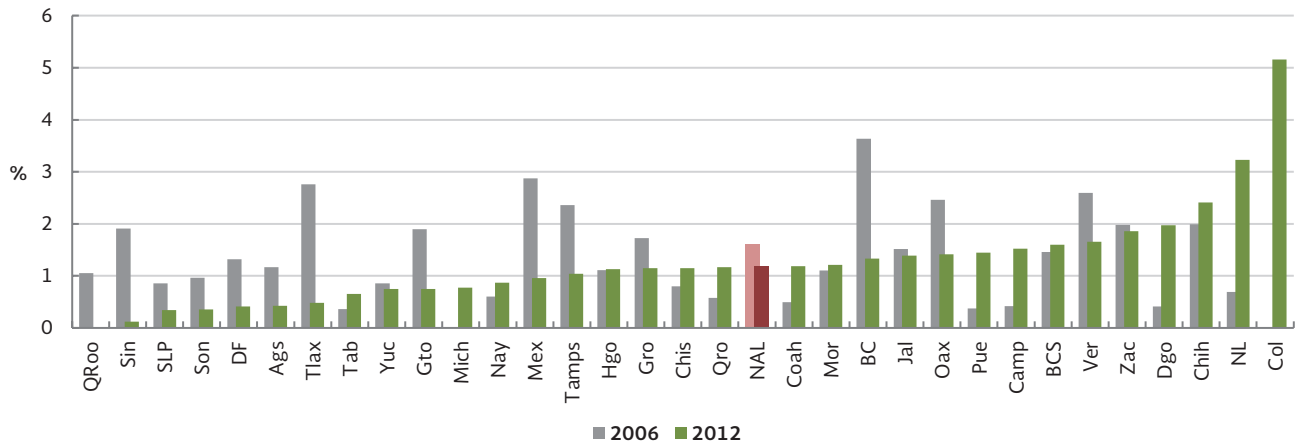
⁴ UNICEF. Únete por la niñez. Datos y cifras clave sobre nutrición. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/UNICEF_key_facts_and_figures_on_Nutrition_ESP.pdf

⁵ Peso entre dos y tres desviaciones estándar por debajo del peso promedio para la estatura.

⁶ Peso con tres o más desviaciones estándar por debajo del peso promedio para la talla.

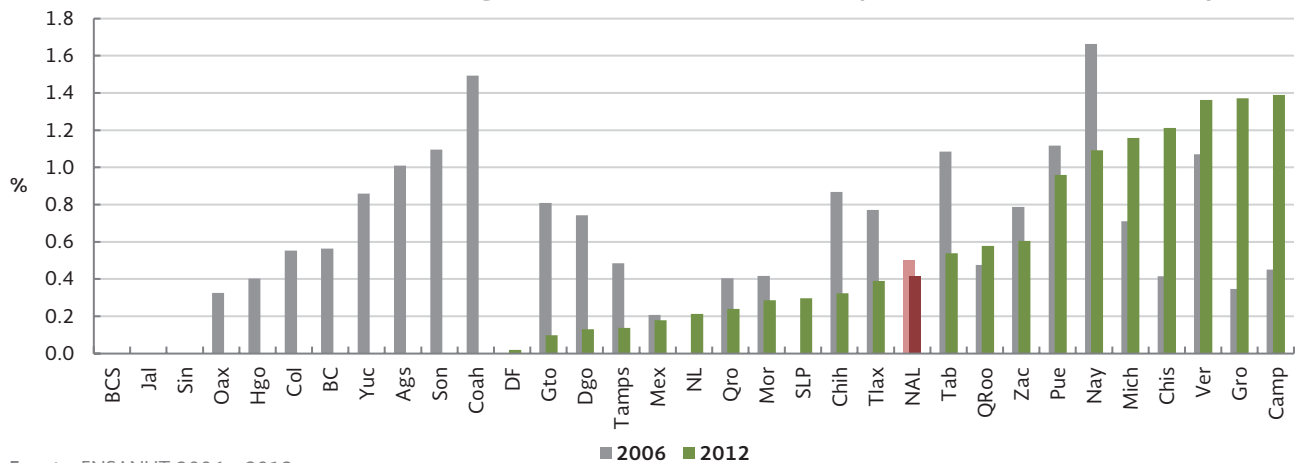
⁷ OMS. The use and interpretation of Anthropometry: report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1999.

Gráfica 4.1 Prevalencia de desnutrición moderada en menores de cinco años por entidad federativa, 2006 y 2012



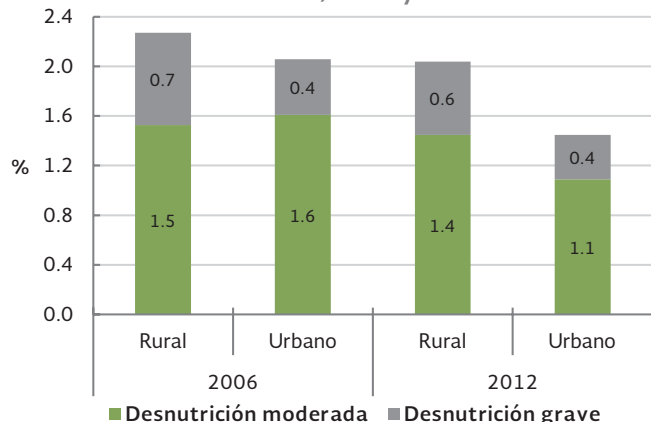
Fuente: ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 4.2 Prevalencia de desnutrición grave en menores de cinco años por entidad federativa, 2006 y 2012



Fuente: ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 4.3 Prevalencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años por tamaño de localidad, 2006 y 2012



Fuente: ENSANUT 2006 y 2012

PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS

Se define como el porcentaje de la población de 20 años o más que ha sido diagnosticada como diabética por un médico o que presenta niveles de glucosa en ayuno mayores a 126 mg/dl o casual mayor a 200 mg/dl.

La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por el aumento de los niveles de glucosa en la sangre debido a una baja producción o un uso inadecuado de la insulina, la hormona encargada de convertir la glucosa en energía. Intervienen en su desarrollo la genética, la mala alimentación y el sedentarismo. Se trata de una enfermedad muy incapacitante que da origen a amputaciones de los miembros inferiores, ceguera e insuficiencia renal, y que favorece el desarrollo de enfermedades cardio y cerebrovasculares. Se calcula que en el mundo hay 387 millones de adultos diabéticos¹.

La prevalencia de diabetes en México alcanzó niveles muy altos a principios de este siglo y ha estado aumentando consistentemente. En 2000, 6.5% de la población de 20 años o más fue diagnosticada como diabética, porcentaje que ascendió a 7.5% en 2006 y 9.2% en 2012. Por su parte, el porcentaje de personas que, sin saberlo, presenta niveles de glucosa altamente sugerentes de una condición diabética pasó de 1.9% en 2000 a 6.5% en 2006. Esto significa que la prevalencia global aumentó de 8.5% a 14.0% en ese periodo. Al momento, no se encuentran disponibles los datos de las mediciones bioquímicas para medir la prevalencia total en 2012, pero la tendencia sugiere que la cifra puede ser mayor a la observada en 2006 (gráfica 4.4).

Las cifras demuestran que la prevalencia de diabetes aumenta con la edad. En 2006, el porcentaje de personas con diabetes en el grupo de 20 a 29 años

fue de poco más de 2.5%, cifra que se incrementa a más de 25% en la población de 50 años o más (gráfica 4.5).

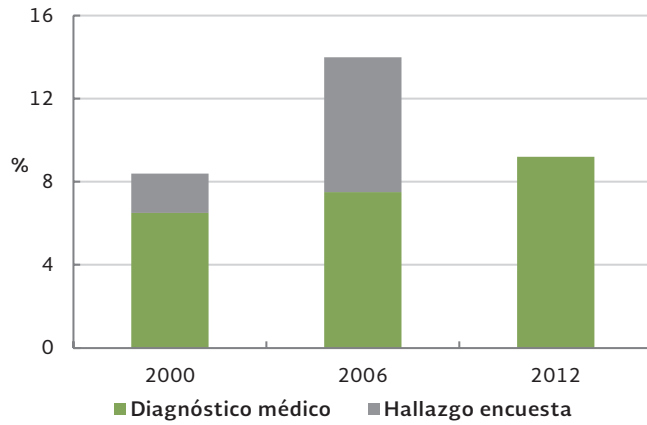
La diabetes en 2006 también fue más prevalente en hombres que en mujeres (15.6% y 13.0%, respectivamente). Como se señaló anteriormente, esta enfermedad se asocia, entre otros factores, a sedentarismo y dieta hipercalórica, por lo que no resulta extraño que su prevalencia sea más común en el ámbito urbano, donde estos factores de riesgo son más frecuentes.

En lo que respecta a la prevalencia en las entidades federativas², Oaxaca fue la que presentó menor prevalencia en 2000 y 2006 con 5.5% y 9.4% respectivamente, mientras que Chiapas lo fue en 2012 con 5.6%. En el otro lado, Coahuila fue la entidad con mayor prevalencia en 2000 con 11.1%, el Distrito Federal lo fue en 2006 con 21.4% y nuevamente en 2012 con 12.3%. Entre 2000 y 2006 Sinaloa fue la entidad con el menor crecimiento en la prevalencia, al pasar de 9.5% a 9.7% y se ubicó como la segunda entidad con menor prevalencia en 2006. Adicionalmente al Distrito Federal, destacan Guanajuato y Zacatecas, entidades en donde más que se duplicó la prevalencia entre 2000 y 2006. Aunque la información para 2012 sólo es autorreportada, es de notar que en 16 entidades la prevalencia en 2012 fue mayor a la prevalencia (autorreportada y detectada por medición bioquímica) que en el año 2000, además de que para las otras 16 entidades la prevalencia en 2012 fue en promedio 0.9% menor a la de 2000 (gráfica 4.6). Con base en lo anterior se puede inferir que la prevalencia en 2012 aumentaría si se contaran con los datos de las mediciones bioquímicas.

¹ Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID, 6ª edición. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf

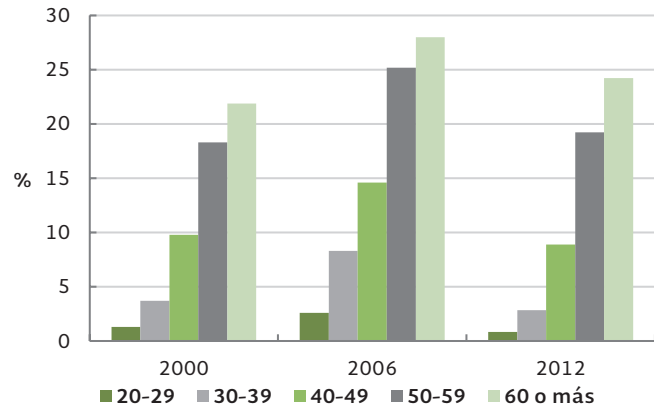
² Incluye diagnóstico médico y hallazgo por mediciones bioquímicas realizadas por las encuestas.

Gráfica 4.4 Prevalencia de diabetes en población adulta por tipo de diagnóstico, 2000, 2006 y 2012



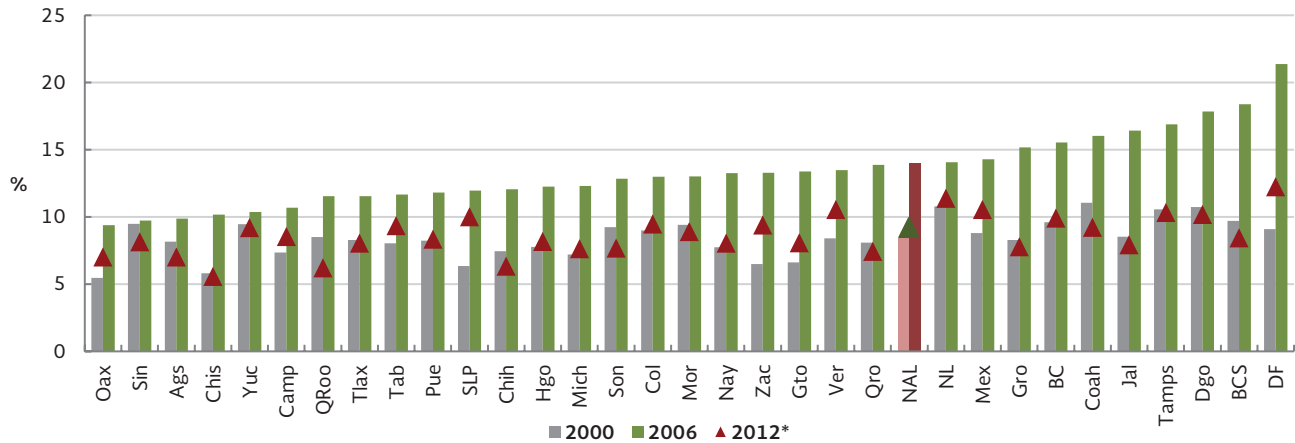
Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 4.5 Prevalencia de diabetes en población adulta por grupo de edad, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 4.6 Prevalencia de diabetes en población adulta por entidad federativa, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012
 *Nota: solo incluye diabetes autorreportada

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se define como el porcentaje de la población de 20 años o más que ha sido diagnosticada como hipertensa por un médico o que presenta cifras de presión arterial que se consideran de riesgo para la salud (sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg).

La hipertensión arterial representa uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, mismas que se encuentran dentro de las principales causas de mortalidad en adultos. Las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9.4 millones de muertes en el mundo¹.

En México, la prevalencia de hipertensión arterial muestra una ligera tendencia a la baja en ambos sexos durante el periodo 2000-2006. Sin embargo, entre 2006 y 2012 la prevalencia de hipertensión parece que se ha mantenido constante, al registrar 31.3% en 2006 y 30.2% en 2012. Esta condición es más frecuente en hombres que en mujeres (gráfica 4.7).

Al igual que la diabetes, la prevalencia de hipertensión arterial aumenta con la edad. En el grupo de 20 a 29 años en 2012, la prevalencia fue de 12.7% y ascendió hasta 58.3% en el grupo de 60 años o más. Cabe señalar, sin embargo, que todos los grupos de edad experimentaron cambios a la baja entre 2000 y 2006.

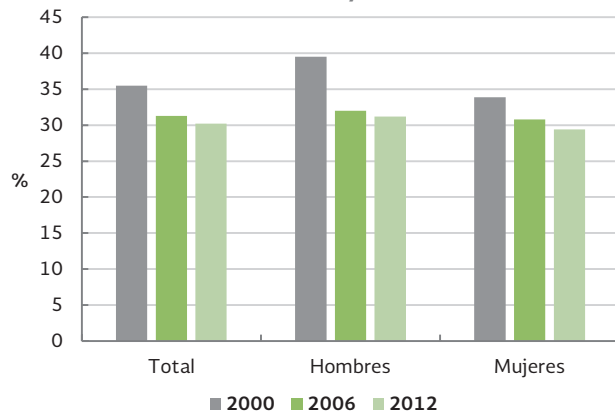
Mientras tanto entre 2006 y 2012, tres de los cinco grupos de edad presentados también presentaron una disminución, aunque más modesta que la del periodo anterior. Fueron la excepción las personas de 40 a 49 años, en quienes la prevalencia aumentó un punto porcentual; y las personas de 60 años o más, en donde no hubo cambio en la prevalencia (gráfica 4.8).

En 2012, Sonora, Tamaulipas y Durango fueron las entidades con la prevalencia de hipertensión arterial más alta: 37.7%, 37.2% y 36.5%, respectivamente. En el otro extremo se encuentran Oaxaca, Quintana Roo y Chiapas, que registran valores de 19.4%, 20.9% y 21.7%, respectivamente. La diferencia en la prevalencia de hipertensión entre Sonora y Oaxaca es de 18 puntos porcentuales (gráfica 4.9).

Por lo que se refiere a la evolución de la prevalencia de hipertensión al interior de las entidades, cabe destacar que el Distrito Federal, Guerrero, Guanajuato y Puebla fueron las únicas entidades en donde la prevalencia de hipertensión se incrementó entre 2000 y 2012. En contraste, en Zacatecas, Coahuila, Colima, Quintana Roo y Yucatán se documentó un notable descenso de la prevalencia de hipertensión en ese mismo periodo. En dichos estados, la disminución de la prevalencia de hipertensión fue mayor a 10 puntos porcentuales. A pesar de las diferencias entre entidades, no existe diferencia entre zonas urbanas y rurales.

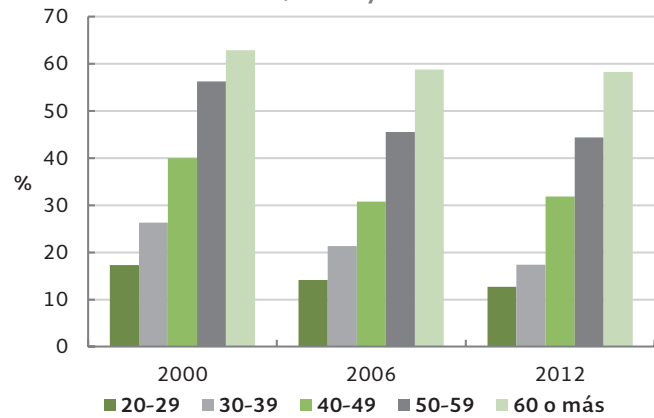
¹ Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

Gráfica 4.7 Prevalencia de hipertensión arterial en mayores de 20 años por sexo, 2000, 2006 y 2012



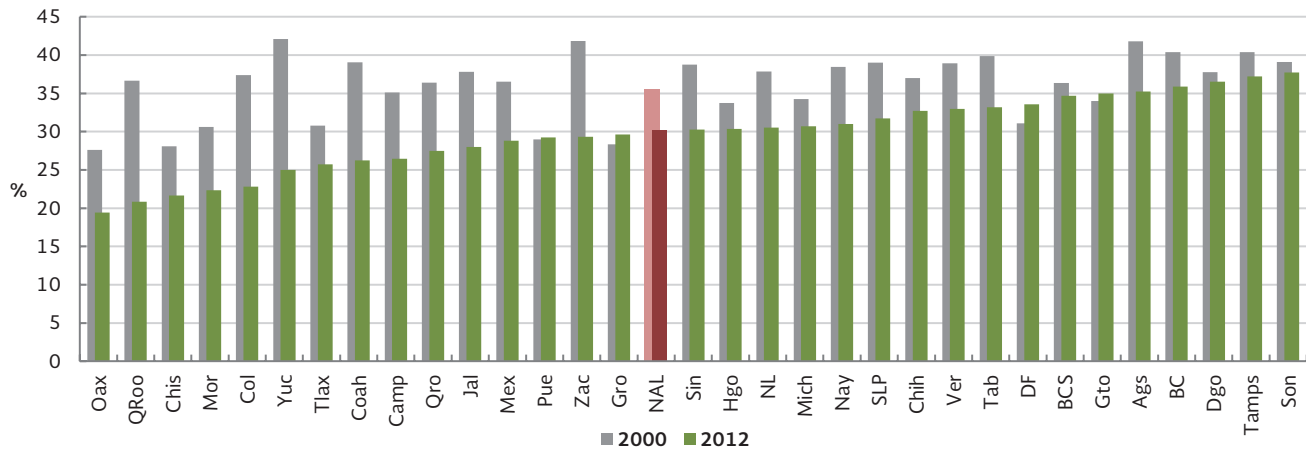
Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 4.8 Prevalencia de hipertensión arterial en mayores de 20 años por grupos de edad, 2000, 2006 y 2012



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Gráfica 4.9 Prevalencia de hipertensión arterial en mayores de 20 años por entidad federativa, 2000 y 2012



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2012

PREVALENCIA DE VIH/SIDA EN POBLACIÓN DE 15 A 49 AÑOS

Se define como el porcentaje de personas de 15 a 49 años que viven con VIH o que han desarrollado SIDA en un momento determinado.

Los casos de infección por VIH continúan a la baja en todo el mundo como resultado de los esfuerzos globales en materia de prevención. En 2012 se presentaron 2.3 millones de nuevas infecciones por VIH, la cifra más baja de nuevas infecciones por año desde la segunda mitad de los años 90. Entre 2001 y 2012, el índice de infecciones por VIH descendió en más de un 50% en 26 países, y entre un 25% y 49% en otros 17 países¹. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estimó que a finales de 2011, el número de personas de 15 años o más que adquirió la infección por VIH en el mundo fue de 2.2 millones, de las cuales cerca de 1.5 millones habrían ocurrido en África Subsahariana.

El Registro Nacional de Casos de SIDA (RNCS), que constituye la principal herramienta para la vigilancia de esta epidemia en el país, indicaba que al cierre del año 2000, se habían notificado un total de 44,809 casos de SIDA en la población de 15 a 49 años (85% en hombres y 15% en mujeres) y 3,297 casos que continuaban como seropositivos al VIH (75% en hombres y 25% en mujeres). Al cierre de 2014 los casos de SIDA notificados habían ascendido a 136,303 y los de VIH a 47,198. Mientras que en 2000, del total de casos de SIDA y VIH notificados se conocía que seguían vivos el 18%, mientras que en 2014 el porcentaje fue de 55% (gráfica 4.10).

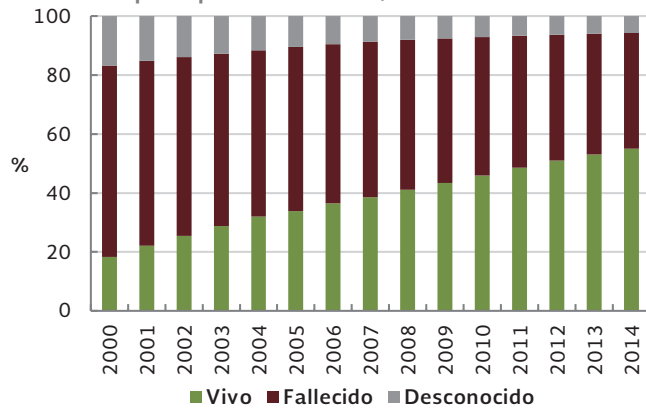
De lo anterior, se aproximó una prevalencia de 0.02% en 2000 y de 0.16% en 2014. Esto se debe en parte a la mejora en el registro de los casos, pero también a que existe un mayor acceso a tratamientos antirretrovirales, mismos que a su vez han ido mejorando, otorgando una mayor oportunidad de vivir más tiempo a las personas con VIH/SIDA (gráfica 4.11). La prevalencia es baja en comparación con la estimada por ONUSIDA para 2011, que fue de 0.24%². La diferencia principal estriba en que ONUSIDA calcula la prevalencia a través de un modelo que considera el sub-registro y sub-diagnóstico. Estos últimos ocurren en parte por el estigma que rodea a esta enfermedad y que ocasiona que un número importante de personas no se realizan pruebas para detectarla y por lo tanto no se registran sus casos ni acuden a buscar tratamiento oportuno.

En 2014, tres entidades concentraron el 36.5% de los casos notificados de SIDA y VIH: el Distrito Federal (16,520 casos o 16.4% del total), Veracruz (10,497 casos o 10.9% del total) y el Estado de México (9,351 casos o 9.3% del total). Las entidades con las prevalencias más altas fueron el Distrito Federal (0.34%), Campeche (0.31%) y Quintana Roo (0.30%). Las entidades con las prevalencias más bajas fueron Durango (0.04%), Coahuila (0.06%) e Hidalgo (0.07%) (gráfica 4.12).

¹ ONUSIDA. El sida en cifras 2013. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2571_AIDS_by_the_numbers_es_1.pdf

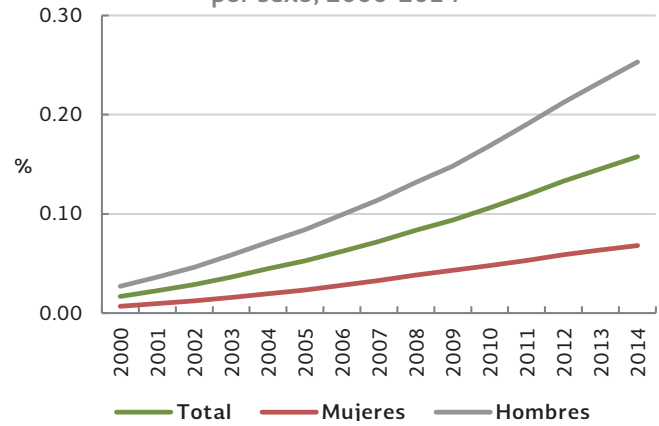
² CENSIDA/Secretaría de Salud. El VIH/SIDA en México 2012. Distrito Federal, México: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf

Gráfica 4.10 Casos notificados de VIH/SIDA en población adulta de 15 a 49 años por tipo de evolución, 2000-2014



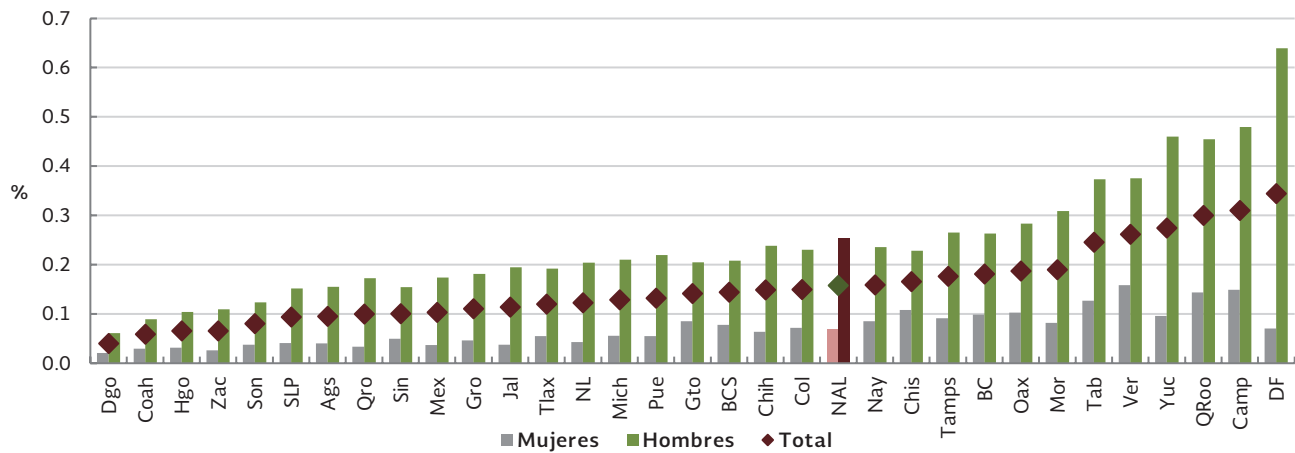
Fuente: CENSIDA 2015

Gráfica 4.11 Prevalencia de VIH/SIDA en población adulta de 15 a 49 años por sexo, 2000-2014



Fuente: CENSIDA 2015

Gráfica 4.12 Prevalencia de VIH/SIDA en población adulta de 15 a 49 años por entidad federativa y sexo, 2014



Fuente: CENSIDA 2015

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS

Se refiere al porcentaje de la población de 20 años o más que ha experimentado un ánimo depresivo, es decir, síntomas de depresión (combinación de tristeza, menor capacidad de concentración, desinterés por las actividades y merma de la energía) en los últimos siete días y que supera un umbral establecido con base en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (≥ 9 puntos en adultos de 20-59 años; y ≥ 5 puntos en adultos de 60 años o más).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales y del comportamiento se encuentran entre las diez principales causas de discapacidad en el mundo. Dichos trastornos representan 7.2% de la carga global de enfermedad. Entre el conglomerado de trastornos incluidos en este conjunto de enfermedades destaca la depresión, que es la primera causa de discapacidad a nivel mundial¹.

Pese a la trascendencia de la depresión a nivel global, las estimaciones más recientes con las que se cuenta en México corresponden a 2003. Esos datos muestran que 4% de la población adulta tuvo sintomatología compatible con la ocurrencia de un episodio depresivo mayor² en el último año. La frecuencia de este padecimiento fue significativamente más alta entre las mujeres.

Con información de la ENSANUT 2012, se estimó la prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos, es decir, el conjunto de síntomas que podrían indicar un estado de depresión. Con base en esta información, se encontró que el 16.5% de los adultos de 20 años o más presentaron síntomas depresivos, con una diferencia importante entre mujeres con 21.6% y hombres con 10.8%

Además, estos síntomas se incrementan con la edad, pues 35.4% de los adultos de 60 o más años los presentaron, comparado con el 9.6% de los adultos de 20 a 29 años. El primer grupo de edad más joven presenta el menor diferencial entre hombres y mujeres, comparado con los demás grupos de edad en donde las mujeres presentaron estos síntomas 2 o hasta 3 veces más que los hombres (gráfica 4.13).

La ENSANUT 2012 también recabó información autorreportada sobre el diagnóstico previo de depresión. Las prevalencias de diagnóstico previo son notoriamente menores a la prevalencia de síntomas, pero aun así son altos, pues 10.7% de los adultos dijeron haber sido diagnosticados con depresión, cifra que se eleva a 15.4% en mujeres (gráfica 4.14).

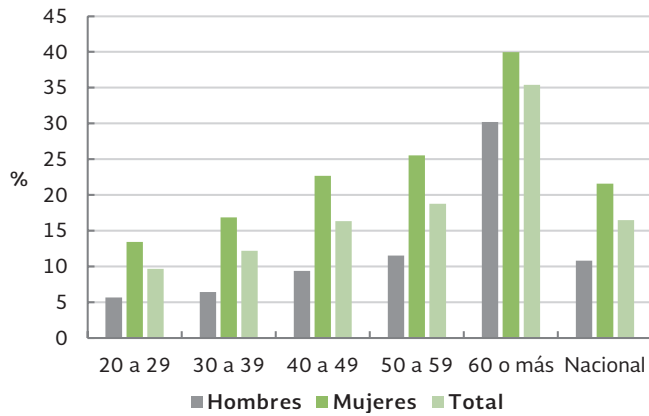
Es importante mencionar la diferencia que existe entre zonas urbanas y rurales, ya que mientras el 18.4% de los adultos en zonas rurales presentaron síntomas depresivos, 16% los presentaron en zonas urbanas. Sin embargo, en las zonas rurales, 7% de los adultos reportaron contar con diagnóstico previo contra 11.7% en zonas urbanas (gráfica 4.15). Este hallazgo sugiere una falta de acceso a servicios de salud mental en zonas rurales.

Asimismo, existen diferencias importantes entre entidades federativas. Quintana Roo fue la entidad que presentó la menor prevalencia de síntomas con 8%, muy por debajo de Sinaloa con 11.9%, entidad que le sigue con la menor prevalencia. Zacatecas fue la entidad que presentó la mayor prevalencia con 21.2%, seguido de cerca por Guanajuato con 20.5%. Al interior de las entidades, se mantiene la diferencia entre hombres y mujeres, aunque sólo en Morelos la diferencia fue menor a 5 puntos porcentuales (gráfica 4.16).

¹ World Health Organization. Depression Fact Sheet N° 369, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en>

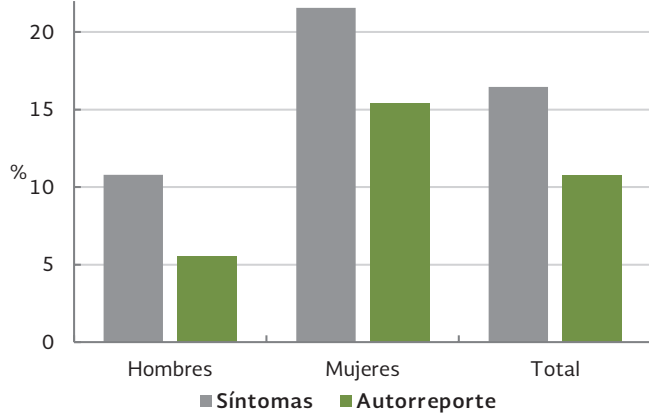
² Se define como el porcentaje de la población de 18 años o más que presenta un conjunto de síntomas (tristeza, pérdida de interés y fatiga que se presentan la mayor parte de día durante al menos dos semanas) que pueden asociarse a la presencia de un episodio depresivo.

Gráfica 4.13 Prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos por grupo de edad, 2012



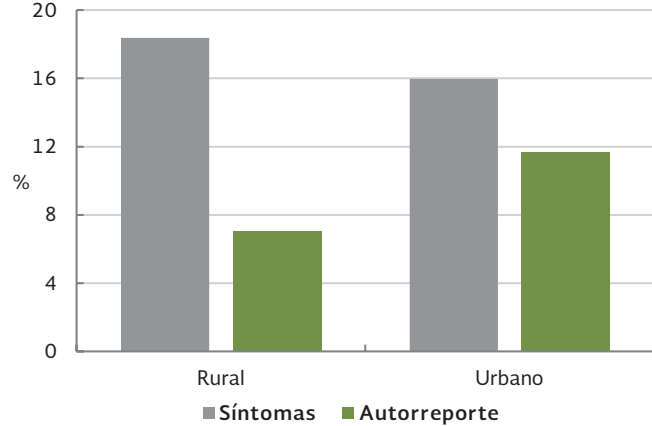
Fuente: ENSANUT 2012

Gráfica 4.14 Prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos contra depresión por autorreporte por sexo, 2012



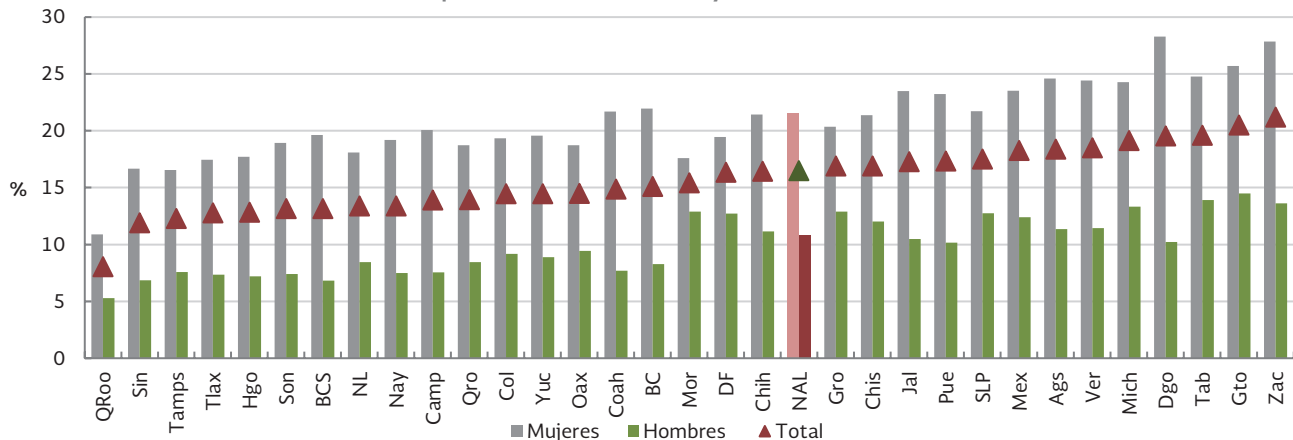
Fuente: ENSANUT 2012

Gráfica 4.15 Prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos contra depresión por autorreporte por tamaño de localidad, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

Gráfica 4.16 Prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos por entidad federativa y sexo, 2012



Fuente: ENSANUT 2012

5. MORTALIDAD

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

Se definen como las enfermedades o lesiones que se asocian a un mayor número de defunciones en una población en un periodo determinado.

El estudio de las principales causas de mortalidad es fundamental para la caracterización epidemiológica de una población. En países como el nuestro, con un buen sistema de estadísticas vitales, el análisis de la mortalidad permite identificar las enfermedades y lesiones que más impactan la salud.

El panorama epidemiológico de nuestro país está dominado por las enfermedades crónicas no transmisibles, tanto en hombres como en mujeres, aunque en el primer caso las muertes violentas también se ubican entre las primeras cinco causas de muerte desde el año 2000. Entre ese año y el 2013, el principal cambio ha sido el abatimiento de la mortalidad por desnutrición y el aumento de la insuficiencia renal crónica como causa de muerte. En el caso de las mujeres, la modificación más notable es el enroque entre el cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama como principal cáncer asociado a muerte, ya que este último no aparecía dentro de las primeras causas en 2000, y en 2013 se ubicó en la octava posición, mientras que el cáncer cérvico-uterino desapareció de los primeros diez lugares (cuadro 5.1).

Este panorama general debe complementarse con el análisis de los matices locales y las variaciones por grupo de edad. Por ejemplo, si bien las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes ocupan las primeras posiciones en la gran mayoría de los estados, en Guerrero y Chihuahua han sido desplazadas por los homicidios en el caso de los hombres. También destaca el tercer lugar que ocupan los accidentes de tráfico entre los hombres en Tabasco. En el caso de las mujeres, en 31 entidades las tres primeras posiciones las ocupan la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares (anexos II.6, II.7 y II.8).

Otro análisis fundamental es por grupos de edad. En los primeros años de vida, la mortalidad está dominada por las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas¹, aunque una vez superada la infancia temprana, hacen su aparición las infecciones respi-

ratorias y las diarreas, a pesar del notable descenso en la frecuencia de muertes debidas a estas últimas. Destacan también la leucemia, los ahogamientos accidentales y los accidentes de tráfico (cuadro 5.2 y cuadro 5.3).

En la juventud (15 a 29 años), las primeras causas son externas, tanto en hombres como en mujeres: homicidios, accidentes de tráfico y suicidios. En este grupo se mantienen las leucemias y aparece el VIH/SIDA. También comienzan a destacar las cardiopatías isquémicas y la insuficiencia renal.

Entre los 30 y los 44 años se establecen panoramas diferentes por sexo. En hombres se mantienen los homicidios y los accidentes de tráfico, pero aparecen la cirrosis, la diabetes y las cardiopatías isquémicas, además del VIH/SIDA. En mujeres, la diabetes ya es la primera causa de muerte a esta edad y el cáncer de mama se ubica en la segunda posición. Los homicidios aparecen en tercera posición y el cáncer cérvico-uterino sigue ocupando un destacado quinto lugar.

A partir de los 45 años, el panorama comienza a ser dominado en ambos sexos por las enfermedades crónicas, aunque entre los hombres siguen siendo frecuentes las muertes violentas y las causadas por accidentes de vehículos automotores. En las mujeres, el cáncer de mama causa casi 5% de las defunciones entre los 45 y 64 años. Junto con las muertes por cáncer cérvico-uterino, ovario e hígado, suman más del 10% de las muertes en esta etapa de la vida. Aunque no aparecen entre las primeras diez causas de muerte, las muertes por cáncer de estómago y pulmón también son frecuentes en ese segmento poblacional.

Las enfermedades crónicas ocupan las primeras posiciones en la lista de las principales causas de muerte en adultos mayores de 65 años. En este grupo también reaparecen las infecciones respiratorias, y el cáncer de próstata ocupa la octava posición entre los hombres. En ambos sexos, un diagnóstico comúnmente registrado como causa básica de defunción es la insuficiencia renal crónica, enfermedad que requiere tratamientos costosos y que se deriva de la exposición prolongada a factores de riesgo como la diabetes y la hipertensión arterial.

¹ Incluye malformaciones del corazón, pulmón, riñón y Síndrome de Down, entre otras.

Cuadro 5.1 Diez principales causas de muerte por sexo, 2013

Posición	Hombres			Mujeres		
	Causa	Defunciones	%	Causa	Defunciones	%
1	Cardiopatía isquémica	42,070	12.6	Diabetes	43,238	16.4
2	Diabetes	40,619	12.2	Cardiopatía isquémica	33,054	12.6
3	Homicidios	19,134	5.8	Enfermedades cerebrovasculares	16,221	6.2
4	Cirrosis	17,454	5.3	Enfermedades respiratorias crónicas	10,724	4.1
5	Enfermedades cerebrovasculares	15,008	4.5	Enfermedad hipertensiva	10,656	4.1
6	Enfermedades respiratorias crónicas	12,665	3.8	Infecciones respiratorias agudas	8,225	3.1
7	Accidentes de tráfico	12,174	3.6	Cirrosis	5,831	2.2
8	Infecciones respiratorias agudas	9,964	3.0	Cáncer de mama	5,338	2.0
9	Enfermedad hipertensiva	8,321	2.5	Insuficiencia renal	5,086	1.9
10	Insuficiencia renal	6,430	1.9	Congénitas	4,274	1.6

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

Cuadro 5.2 Diez principales causas de muerte en hombres por grupo de edad, 2013

	0 a 14 años		15 a 29 años		30 a 44 años		45 a 64 años		65 años o más			
	Causa	Muertes	%	Causa	Muertes	%	Causa	Muertes	%	Causa	Muertes	%
1	Congénitas	3,874	18.6	Homicidios	7,122	28.3	Homicidios	6,822	18.8	Diabetes	14,646	18.0
2	Respiratorias y cardiovasculares perinatales	3,823	18.3	Accidentes de tráfico	4,183	16.6	Accidentes de tráfico	3,323	9.1	Cardiopatía isquémica	10,155	12.5
3	Infecciones perinatales	1,499	7.2	Suicidios	1,838	7.3	Cirrosis	3,095	8.5	Cirrosis	8,252	10.2
4	Infecciones respiratorias agudas	1,272	6.1	VIH/SIDA	824	3.3	Cardiopatía isquémica	2,020	5.6	Homicidios	3,310	4.1
5	Ahogamientos	1,012	4.8	Ahogamiento	821	3.3	VIH/SIDA	1,935	5.3	Enfermedades cerebrovasculares	3,124	3.8
6	Accidentes de tráfico	676	3.2	Insuficiencia renal	516	2.1	Diabetes	1,876	5.2	Accidentes de tráfico	2,521	3.1
7	Diarreas	568	2.7	Cardiopatía isquémica	506	2.0	Suicidios	1,428	3.9	Enfermedades hipertensivas	1,607	2.0
8	Septicemias	453	2.2	Leucemias	448	1.8	Infecciones respiratorias agudas	716	2.3	Insuficiencia hepática	1,570	1.9
9	Bajo peso al nacer o prematuréz	442	2.1	Infecciones respiratorias agudas	353	1.4	Enfermedades cerebrovasculares	645	2.0	Inf respiratorias agudas	1,547	1.9
10	Leucemias	436	2.1	Congénitas	330	1.3	Enfermedad alcohólica del hígado	596	1.8	Insuficiencia renal	1,432	1.8

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

Cuadro 5.3 Diez principales causas de muerte en mujeres por grupo de edad, 2013

	0 a 14 años		15 a 29 años		30 a 44 años		45 a 64 años		65 años o más			
	Causa	Muertes	%	Causa	Muertes	%	Causa	Muertes	%	Causa	Muertes	%
1	Congénitas	3,394	21.3	Homicidios	907	11.0	Diabetes	1,312	9.0	Diabetes	13,115	23.6
2	Respiratorias y cardiovasculares perinatales	2,736	17.1	Accidentes de tráfico	825	10.0	Cáncer de mama	802	5.5	Cardiopatía isquémica	4,397	7.9
3	Infecciones perinatales	1,151	7.2	Suicidios	507	6.2	Homicidios	749	5.1	Cáncer de mama	2,636	4.7
4	Infecciones respiratorias agudas	1,024	6.4	Insuficiencia renal	308	3.7	Accidentes de tráfico	649	4.5	Enfermedades cerebrovasculares	2,515	4.5
5	Ahogamientos	588	3.7	Leucemias	286	3.5	Cáncer cervicouterino	639	4.4	Cirrosis	2,218	4.0
6	Diarreas	423	2.7	Congénitas	248	3.0	Cardiopatía isquémica	578	4.0	Cáncer cervicouterino	1,638	2.9
7	Accidentes de tráfico	368	2.3	Infecciones respiratorias agudas	202	2.5	Enfermedades cerebrovasculares	430	3.0	Enfermedades hipertensivas	1,519	2.7
8	Septicemias	363	2.3	VIH/SIDA	187	2.3	VIH/SIDA	392	2.7	Insuficiencia renal	1,140	2.1
9	Bajo peso al nacer o prematuréz	357	2.2	Parálisis cerebral	174	2.1	Cirrosis	353	2.4	Infecciones respiratorias agudas	995	1.8
10	Leucemias	339	2.1	Enfermedades cerebrovasculares	172	2.1	Infecciones respiratorias	347	2.4	Cáncer de ovario	939	1.7

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

Se define como la relación entre el número de defunciones de niños menores de un año y el número de nacidos vivos en un mismo periodo. En términos genéricos puede interpretarse como la probabilidad de que un niño muera durante su primer año de vida. Se expresa como número de muertes en menores de un año por cada mil nacidos vivos.

La mortalidad infantil está relacionada con diversos factores económicos y sociales como el ingreso, la distribución de la riqueza y el nivel de escolaridad. Por esta razón se ha utilizado para evaluar no solo el desempeño de los sistemas de salud, sino también el grado de desarrollo de una sociedad.

El acceso a agua adecuada para consumo humano, la vacunación y la atención prenatal son medidas altamente costo-efectivas que influyen de manera positiva para disminuir el riesgo de morir en la infancia temprana. Gracias al acceso a este tipo de intervenciones y servicios, la mortalidad infantil en México se ha reducido consistente y significativamente desde los años setenta. A pesar de esos avances, alrededor de 13 de cada mil niños nacidos en 2013, murieron en México antes de cumplir un año de edad. Esta cifra es cuatro veces mayor a la de España o Japón, donde la mortalidad infantil es menor a tres defunciones por cada mil nacimientos. En el contexto latinoamericano, México se ubica en niveles similares a los de Brasil (14.3) y Colombia (14.5), aunque hay diferencias importantes entre entidades¹.

Sólo entre 2000 y 2013 el valor de este indicador se redujo 38%, pasando de 20.8 a 13.0 muertes

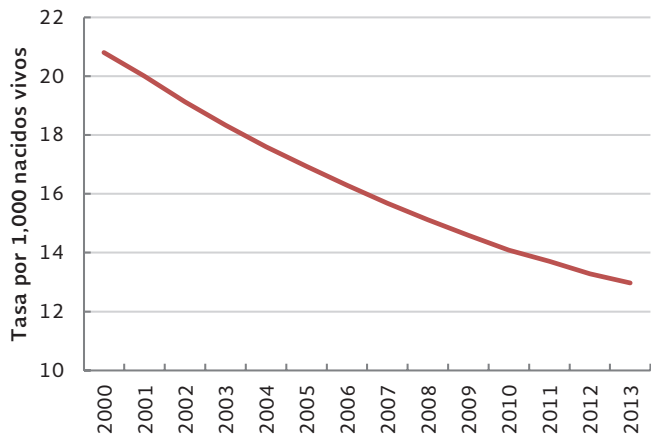
por mil nacidos vivos, particularmente como resultado del abatimiento de las muertes por infecciones comunes (gráfica 5.1). Actualmente, más de la mitad de las defunciones infantiles ocurren durante el primer mes de vida y están asociadas a enfermedades perinatales, particularmente afecciones respiratorias o cardiovasculares, malformaciones congénitas y problemas de origen infeccioso.

En 2013, Aguascalientes (9.4), Nuevo León (9.8) y Sinaloa (9.9) presentaron cifras menores a diez defunciones por mil nacidos vivos, mientras que Puebla (15.6), el Estado de México (15.1) y Chihuahua (15.0) registraron valores en este indicador de 15 o más, lo que significa que el riesgo de morir durante el primer año es 50% mayor en estas últimas entidades (gráfica 5.2). En todas las entidades federativas se observa una reducción en la tasa entre el año 2000 y 2013. Destaca Puebla, quien a pesar de tener una de las tasas más altas en 2013, es una de las entidades federativas en que se presentó una mayor reducción de la mortalidad en ese periodo, junto con Chiapas, Tlaxcala, Guanajuato y Oaxaca, todos con una reducción mayor al 45% (gráfica 5.2).

La interpretación de las cifras estatales debe efectuarse con cautela, ya que existen evidencias de un sub-reporte diferenciado en las muertes ocurridas durante el primer año de vida. Por esta razón, la Dirección General de Información en Salud ha establecido metodologías de ajuste de la información, con lo que se espera que paulatinamente la solidez de las cifras mejore.

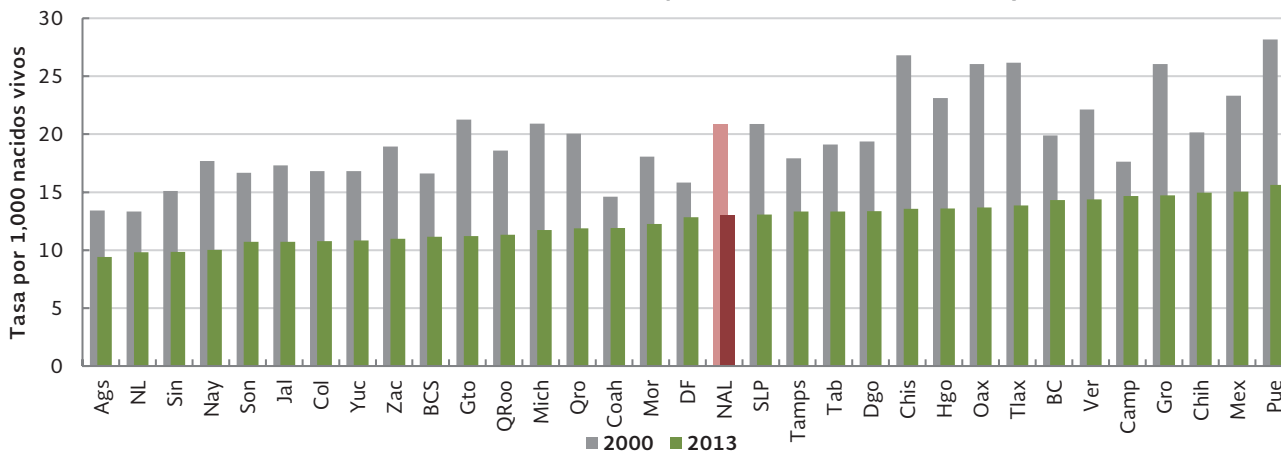
¹ World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Probability of dying per 1000 live births. Data by country. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CM1320R>

Gráfica 5.1 Tasa de mortalidad infantil, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030. SS-SINAC 2008-2013

Gráfica 5.2 Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030. SS-SINAC 2013

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

Se define como la relación entre las muertes en menores de cinco años y el número de nacidos vivos en una población determinada. Se expresa como muertes en menores de cinco años por cada mil nacidos vivos.

La disminución de la mortalidad en niños menores de cinco años es uno de los grandes éxitos de la salud pública en México. Actualmente, más de la mitad de las muertes ocurridas antes de los primeros cinco años de edad se concentran en los primeros seis meses de vida. La mayor parte de las muertes posteriores a los primeros meses de vida se asociaban a enfermedades infecciosas y nutricionales que han sido contenidas en la mayor parte de la población. Algunos de los factores que han contribuido a su reducción, son las mejoras en el acceso a agua potable y servicios sanitarios, la vacunación, y el acceso a la atención prenatal y la atención en la infancia temprana.

Entre 2000 y 2013 la tasa a nivel nacional disminuyó de 22.2 defunciones por mil nacidos vivos, a 15.7. Puede observarse en la gráfica 5.3 que entre 2001 y 2004 la tasa tuvo algunos repuntes, pero desde entonces la tendencia ha sido completamente descendente.

Además, para 2013, la mortalidad más alta en el grupo de menores de cinco años se observó en Guerrero (19.4), Oaxaca (19.3) y Chiapas (19.2), con tasas de casi el doble de lo observado en Aguascalientes (11.0), Nuevo León (11.4) o Sinaloa (11.8),

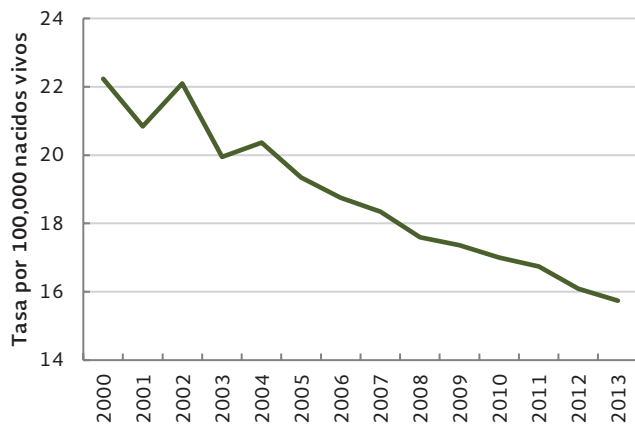
entidades con las menores tasas. Con la excepción de Campeche, Tamaulipas y Coahuila, todas las entidades presentaron tasas menores en 2013 que en 2000; destacan Chiapas, Puebla y Guanajuato, quienes redujeron en más del 40% la tasa de mortalidad entre 2000 y 2013. Más aún, en el país en promedio se registró una disminución promedio de 29.2% (gráfica 5.4).

Si se calcula la tasa usando la población menor a cinco años en lugar del número de nacimientos, lo cual es una representación más exacta de la tasa, ésta hubiera sido de 320 defunciones por cien mil niños menores de cinco años en 2013.

Con esta medida, se presenta la brecha encontrada al comparar las tasas por nivel de marginación¹ y tamaño de localidad. En el primer caso, se observa una clara tendencia hacia la reducción de la tasa de mortalidad conforme disminuye el nivel de marginación de la localidad, pues en 2010 la tasa en las localidades de muy alto nivel de marginación (358.7) fue 35% mayor a las de muy bajo nivel de marginación (264.6) (gráfica 5.5). Además, la brecha en este indicador entre áreas rurales y urbanas es de alrededor de 5%, pero debe considerarse que el registro de esta información no es exhaustivo y que es más probable que este dato esté ausente en el caso de localidades rurales, con lo que es posible que la brecha sea de mayor magnitud (gráfica 5.6).

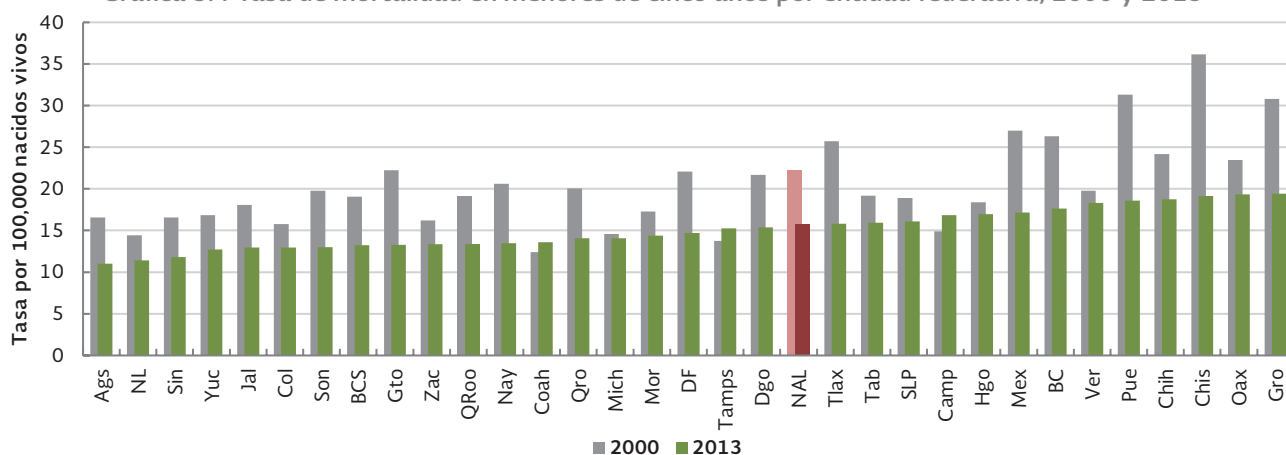
¹ El índice de marginación de CONAPO permite analizar las desventajas sociales o las carencias de la población¹ e identificar con precisión los espacios mayormente marginados, diferenciándolos según el nivel o la intensidad de sus carencias. Para mayor información se puede consultar: Índice absoluto de marginación 2000-2010. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_Absoluto_de_Marginacion_2000_2010

Gráfica 5.3 Tasa de mortalidad en menores de cinco años 2000-2013



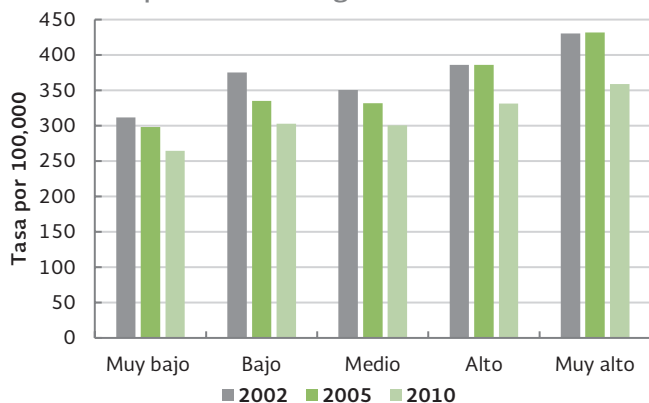
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030. SS-SINAC 2008-2013

Gráfica 5.4 Tasa de mortalidad en menores de cinco años por entidad federativa, 2000 y 2013



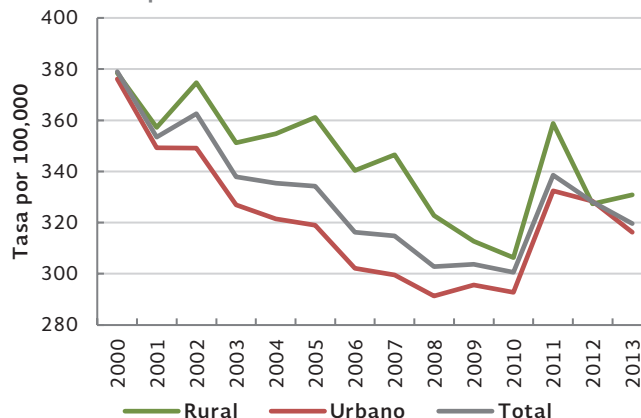
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030. SS-SINAC 2013

Gráfica 5.5 Tasa de mortalidad en menores de cinco años por nivel de marginación, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2002, 2005 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.6 Tasa de mortalidad en menores de cinco años por tamaño de localidad, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

Se define como la relación entre las defunciones ocurridas en asociación con el embarazo, parto o puerperio y el número de nacimientos ocurridos en una población y tiempo determinados. Se expresa como muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.

La mayor parte de las muertes maternas son prevenibles. Este es uno de los motivos por los que la razón de mortalidad materna (RMM) fue seleccionada como uno de los indicadores vinculados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en donde se estableció como meta reducirla en 75% entre 1990 y 2015.

Para el adecuado seguimiento de este indicador, es necesario contar con información confiable sobre su magnitud, a fin de evitar distorsiones derivadas de deficiencias en la cobertura de eventos y la calidad de los registros. México ha hecho esfuerzos desde 2002 para mejorar la información sobre muertes maternas, lo que ha permitido tener un mucho mejor panorama de lo que sucede con este problema de salud pública tanto a nivel nacional como estatal. La estrategia empleada es la denominada Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM), con la que se investigan y valoran las muertes reportadas o sospechosas de estar asociadas al embarazo, parto o puerperio. Con base en la mejora de los registros, se pudo estimar el nivel real de la mortalidad materna en el año 1990 (88.7) para establecer con este dato la meta a alcanzar en 2015. Sin embargo, México presentó la mayor RMM entre los países de la OCDE en 2012 (42.3), siendo de más del doble de la que presentó Chile (17.2), el segundo país con la tasa más alta (gráfica 5.7).

Las cifras disponibles muestran una reducción significativa en este indicador, pasando de 56.1 defunciones por 100,000 nacidos vivos en 2002, a 38.2 en 2013. El número absoluto de muertes en este periodo disminuyó de 1,309 en 2002, a 861 en 2013 (gráfica 5.8). Sin embargo, difícilmente se alcanzará la meta de 22.2 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos en 2015.

Un factor que incidió sobre la reducción total alcanzada fue la ocurrencia de la epidemia de influenza A H1N1 en 2009, que afectó de manera importante a mujeres embarazadas y provocó un aumento puntual de las defunciones maternas en ese año.

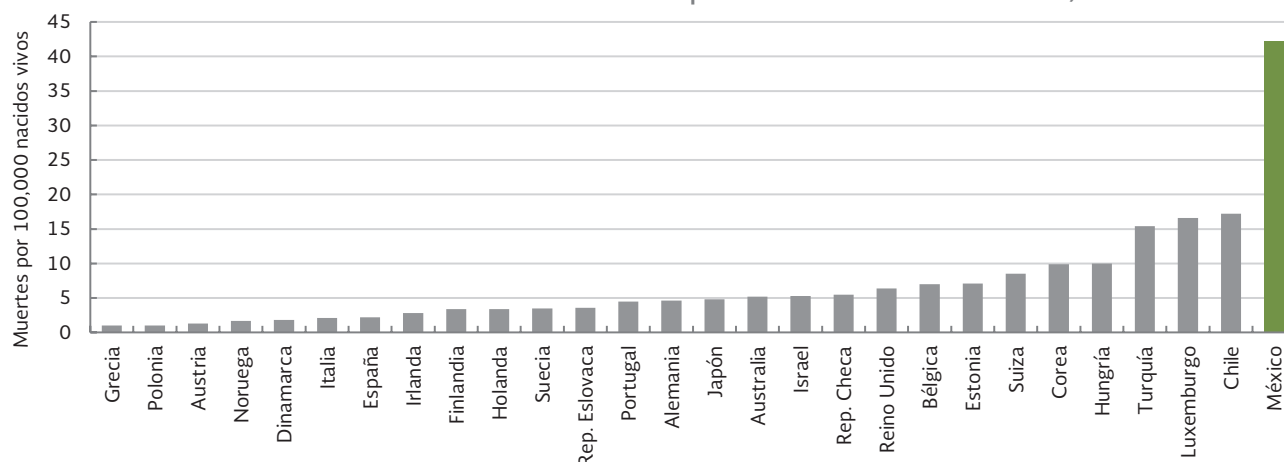
El aumento de las patologías que se agravan con el embarazo, como algunas enfermedades cardiovasculares, también ha provocado un incremento de las muertes asociadas a las denominadas causas indirectas, que casi han duplicado su contribución relativa a la mortalidad materna en los once años transcurridos de 2002 a 2013, pues en 2002 representaron el 14% de las defunciones mientras que en 2013 el 27%. A pesar de lo anterior, los avances son importantes: entre 2002 y 2013, la RMM asociada a trastornos hipertensivos disminuyó más de 50%, mientras que la asociada a infecciones puerperales se redujo 70%.

Otro elemento importante de análisis es el de las desigualdades sociales¹. Como ejemplo baste mencionar que la mortalidad materna en 2013 fue más de cinco veces superior en los municipios con un muy alto nivel de rezago social (RMM=201) que en aquellos que están catalogados como de muy bajo nivel de rezago (RMM=34.6). El aspecto positivo en este tema es que dicha brecha se está cerrando, pues en 2008 era casi 12 veces mayor en los municipios más rezagados que en aquellos de muy bajo nivel de rezago (gráfica 5.9).

En 2013, Campeche fue la entidad con la RMM más alta (65.4), mientras que la más baja la presentó Nuevo León (14.8). El análisis de las cifras estatales debe efectuarse con cautela, ya que la magnitud del indicador se modifica drásticamente año con año, particularmente en estados con pocos nacimientos anuales, como Colima, Aguascalientes o Tlaxcala. No obstante esta advertencia, debe hacerse notar que Nuevo León se ha mantenido persistentemente entre las entidades federativas con cifras más bajas entre 2002 y 2013, mientras que Guerrero y Oaxaca se han mantenido entre las entidades con las tasas más altas (gráfica 5.10).

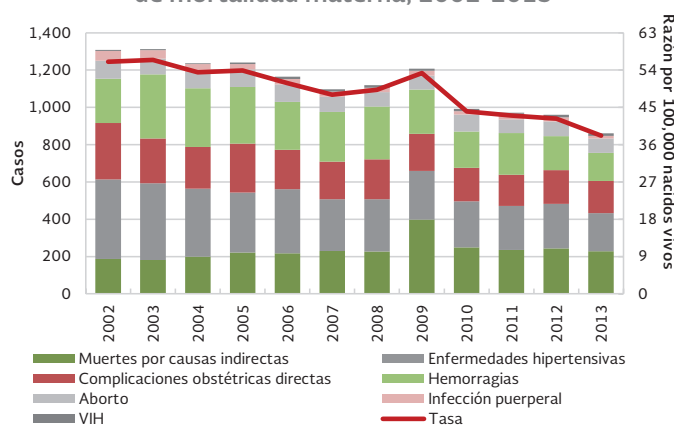
¹ El análisis por nivel socioeconómico utilizó el Índice de rezago social propuesto por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Para mayor información se puede consultar: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Índice de rezago social 2010 a nivel municipal y por localidad. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/IRS/Paginas/%C3%8Dndice-de-Rezago-social-2010.aspx>

Gráfica 5.7 Razón de mortalidad materna en países seleccionados de la OCDE, 2012



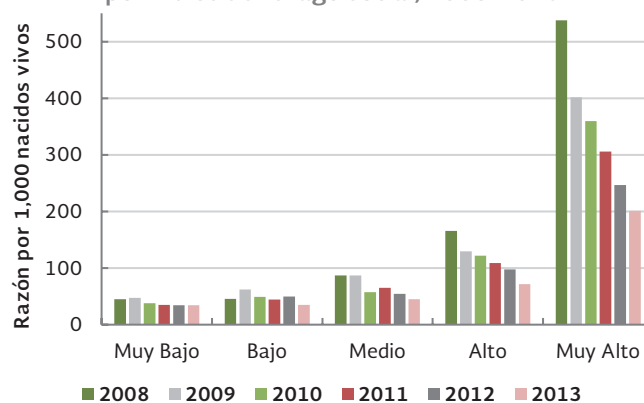
Fuente: OECD Health Statistics 2015

Gráfica 5.8 Defunciones por causa y razón de mortalidad materna, 2002-2013



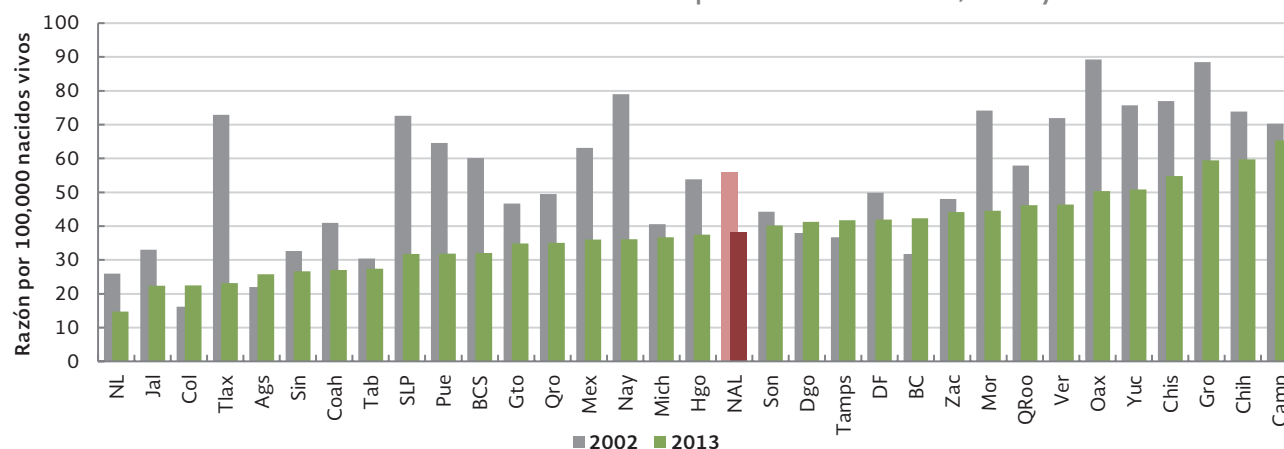
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2002-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030. SS-SINAC 2008-2013

Gráfica 5.9 Razón de mortalidad materna por índice de rezago social, 2008-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2008-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030. SS SINAC 2008-2013

Gráfica 5.10 Razón de mortalidad materna por entidad federativa, 2002 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2002 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030. SS-SINAC 2013

TASA DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA

Se define como la relación entre el número de defunciones en personas de 15 a 64 años de edad y la población a mitad de año de ese mismo grupo etario. Se expresa como defunciones en este grupo de edad por 100,000 habitantes de este mismo grupo.

Una vez superados los riesgos inherentes a la infancia temprana, una situación deseable es que la población joven y la involucrada en actividades productivas se mantenga sana y generando riqueza para toda la sociedad.

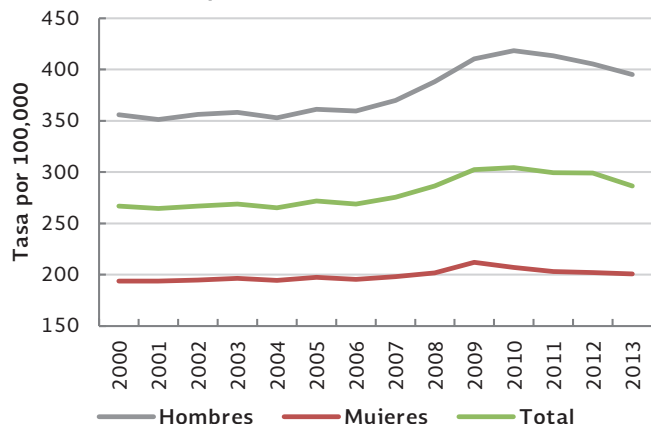
En nuestro país, con un modelo de transición epidemiológica avanzada, las enfermedades infecciosas han sido casi abatidas y la mayor parte de los riesgos a la salud provienen de conductas poco propicias y lesiones de causa externa. Estas últimas concentran sus efectos en la población que se encuentra en edad productiva, tanto en hombres como en mujeres, por lo que las acciones de salud pública necesarias para reducir el riesgo de muerte en este segmento poblacional, requieren ser desarrolladas con un enfoque multisectorial, que incida sobre la salud mental, la letalidad de los accidentes viales y, sobre todo, las muertes violentas.

La tasa de mortalidad en edad productiva ha tenido altas y bajas entre 2000 y 2013. En 2001 se presentó la tasa más baja de 265.5 y en 2010 la más alta, 304.4. Debido a la importancia de las muertes violentas en este grupo de edad en particular, el crecimiento de las mismas en la segunda mitad de la década pasada impacta la tendencia general de este indicador. Después de mantenerse estable por siete años la tasa de mortalidad en edad productiva, en 2007 se presentó un crecimiento marcado en ambos sexos, aunque en el caso de las mujeres se presentó un retorno rápido a los niveles previos, lo que no ha ocurrido en los hombres, por lo que la tasa total en 2013 fue de 286.5 (gráfica 5.11).

Tanto en hombres como en mujeres, las tres principales causas de muerte en este grupo etario corresponden a lesiones de causa externa, aunque al final de este periodo (45 a 64 años de edad) aparecen causas como la diabetes y la cardiopatía isquémica en ambos sexos y el cáncer de mama en el caso particular de las mujeres. No obstante, la coincidencia en el tipo de causas no es aplicable al nivel de las mismas: en los últimos tres años, la mortalidad agregada en edad productiva en hombres es prácticamente el doble que en las mujeres. Las diferencias en el patrón de mortalidad responden a cuestiones de género, el consumo de alcohol y drogas es un factor que incide directamente en las tres primeras causas de muerte en adultos jóvenes (homicidios, accidentes de todo tipo y suicidios), las que en conjunto son seis veces más frecuentes en hombres de este grupo que en las mujeres. Incluso en las enfermedades que ocupan posiciones altas en el caso de las mujeres, como la diabetes, la tasa de mortalidad específica es más elevada en los hombres, lo que denota perfiles de género diferenciales relacionados con medidas de prevención y búsqueda de atención oportuna.

La entidad federativa con mayor tasa de mortalidad en 2013 fue Chihuahua (366.5), entidad que también presentó la tasa más alta en 2000 (338.6). Baja California es otra entidad que en 2000 presentó la segunda tasa más alta (330.9) y la tercera en 2013 (324.8). En el otro extremo, Baja California Sur y Nayarit presentaron las tasas más bajas en 2013 (219.4 y 221.2, respectivamente) y fueron las 2 entidades en las que se observó una reducción mayor (8.7% y 9.5%, respectivamente) de las 7 entidades en que se observó una reducción en la tasa (gráfica 5.12).

Gráfica 5.11 Tasa de mortalidad en edad productiva por sexo, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.12 Tasa de mortalidad en edad productiva por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES

Se define como la relación entre el número de muertes en personas de 65 años o más entre la población total en ese grupo de edad en una población y periodo determinados. Se expresa como defunciones en adultos mayores por 100,000 habitantes de este mismo grupo de edad.

La reducción en la fertilidad y la mortalidad en edades tempranas ha modificado drásticamente la estructura de la pirámide poblacional y contribuido a moldear un perfil epidemiológico totalmente diferente al de hace 20 o 30 años. Hoy, el perfil de enfermedades que aquejan a la población está dominado por las enfermedades no transmisibles. La información sobre mortalidad en adultos mayores permitirá planificar las acciones y orientar las políticas de salud encaminadas a mejorar las condiciones de vida en este grupo de población¹.

La mortalidad en adultos mayores se ha mantenido estable en los últimos 13 años en mujeres, con una cifra de alrededor de 4,000 defunciones anuales por cien mil personas de este sexo y grupo etario. Esto significa que cada año mueren cuatro de cada 100 mujeres que han vivido 65 años o más.

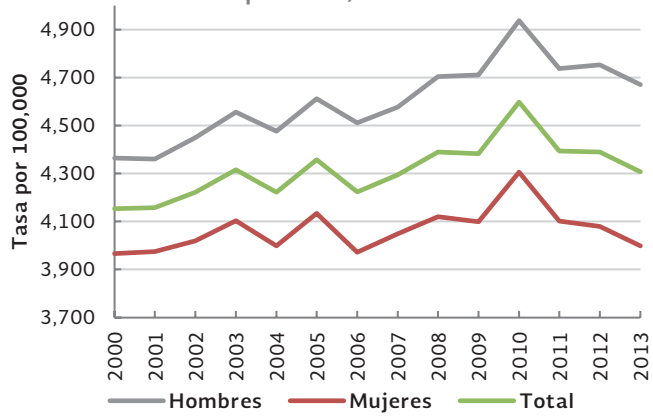
Es importante hacer notar que a pesar de la poca variación observada en este periodo, el análisis de tendencia muestra una elevación puntual de la

mortalidad en mujeres de este grupo en 2010. En hombres de 65 años o más, la mortalidad es más alta que en las mujeres y su evolución muestra un patrón ligeramente ascendente, con un crecimiento de 7% entre 2000 y 2013, con un pico en 2010 (gráfica 5.13).

En este grupo de edad las principales causas de muerte son las cardiopatías isquémicas, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Sólo las dos primeras causas listadas suman más de la tercera parte de las defunciones, lo que muestra la importancia de contar con servicios que permitan un mejor control de las enfermedades crónicas y una adecuada atención de las urgencias cardiacas. Las diferencias entre estados en la mortalidad por este grupo de edad no son tan evidentes como en otros indicadores. No obstante, el estado con la mortalidad más alta en 2013, Yucatán, tuvo una tasa de 4,819 muertes por 100,000 personas en este segmento poblacional, 40% más alta que la del estado con la cifra más baja, Nayarit (3,425 por 100,000). Además, ésta última entidad es una de las 14 en que la tasa disminuyó entre 2000 y 2013 (gráfica 5.14).

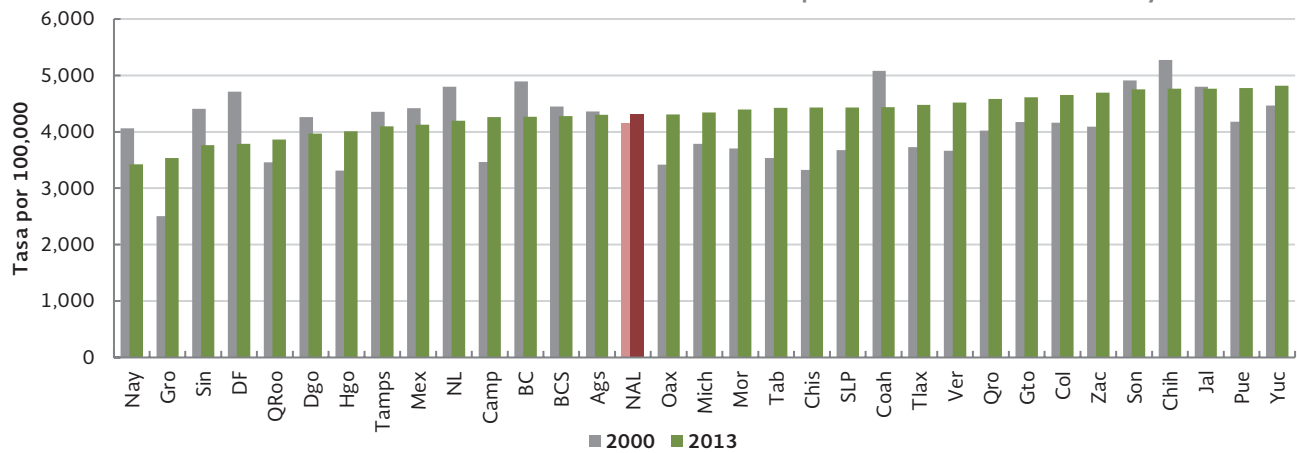
¹ Shetty P. Grey matter: ageing in developing countries. *Lancet*, 2012;379:1285-7.

Gráfica 5.13 Tasa de mortalidad en adultos de 65 años o más por sexo, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.14 Tasa de mortalidad en adultos de 65 años o más por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

Se define como la relación entre el número de muertes causadas por desnutrición en menores de cinco años y la población en este grupo de edad en un periodo de tiempo determinado. Se expresa como defunciones en menores de 5 años por esta causa por 100,000 habitantes de este grupo de edad.

La OMS estima que casi la mitad de las muertes en niños menores de cinco años son atribuibles a la desnutrición. Dada la relevancia de esta información, el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 se planteó la reducción en dos tercios de la tasa de mortalidad de menores de cinco años.

Entre 2000 y 2013, la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años en México disminuyó a la mitad al pasar de seis defunciones por 100,000 niños de este grupo de edad en 2000, a tres defunciones en 2013. A pesar del sentido positivo de la tendencia, resulta oportuno mencionar que en 2012 este indicador alcanzó su valor mínimo (2.4) y repuntó ligeramente en 2013.

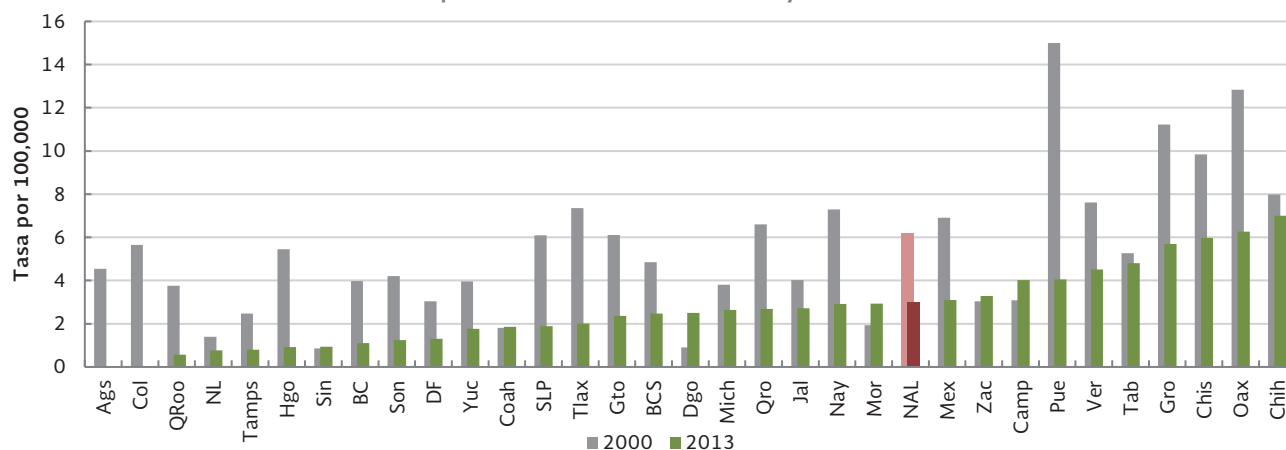
En 2013 las tasas de mortalidad más altas por desnutrición en niños menores de cinco años se registraron en Chihuahua, Oaxaca, Chiapas y Guerrero. En el otro extremo, en Aguascalientes y Colima, no se registraron defunciones por esta causa (gráfica 5.15).

En el análisis temporal, puede destacarse positivamente el comportamiento de Puebla y Oaxaca. En Puebla, la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años en 2000 fue de 15, en tanto que en 2013 el valor observado fue de 4. Oaxaca, aunque actualmente tiene uno de los valores más altos en el indicador, también ha logrado avances importantes: en 2000 la magnitud de este indicador fue de 12.3 y descendió casi a la mitad (6.3) en 2013. Por otro lado, hay seis entidades (Campeche, Coahuila, Durango, Morelos, Sinaloa y Zacatecas) que durante el periodo de análisis registraron un aumento en la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

Como era de esperarse, el análisis del indicador por nivel socioeconómico¹ indica que este problema afecta pronunciadamente a la población más marginada. Mientras que en 2010 en el nivel de marginación muy alto se registró una tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años de 31.0, en el nivel de marginación muy bajo esta cifra fue 10 veces menor (2.7). A lo largo del periodo de análisis, en los niveles de marginación alto, medio y bajo se documentó un decremento del valor del indicador, con un repunte en 2010 en el nivel de marginación muy alto (gráfica 5.16).

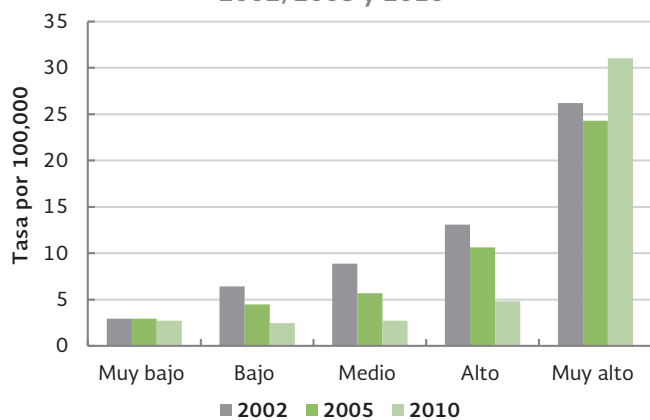
¹ Para el análisis por nivel socioeconómico se usó la información sobre grado de marginación para los años 2000, 2005 y 2010, con base en el Índice de Marginación Social publicado por CONAPO. Para mayor información se puede consultar: Índice absoluto de marginación 2000-2010. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_Absoluto_de_Marginacion_2000_2010

Gráfica 5.15 Tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de cinco años por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.16 Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años por nivel de marginación, 2002, 2005 y 2010



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2002, 2005 y 2010. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Se define como la relación entre las muertes producto de una infección respiratoria aguda y la población total en un momento determinado. Se expresa como muertes por esta causa por 100,000 habitantes.

La infección respiratoria aguda (IRA) se considera una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Se estima que cada año se producen cuatro millones de muertes por esta causa. Los grupos más vulnerables para morir por IRA son los menores de 5 años, las personas que cursan con alguna enfermedad crónica de base, en especial aquellos que cursan con algún tipo de inmunosupresión, y las personas mayores de 60 años.

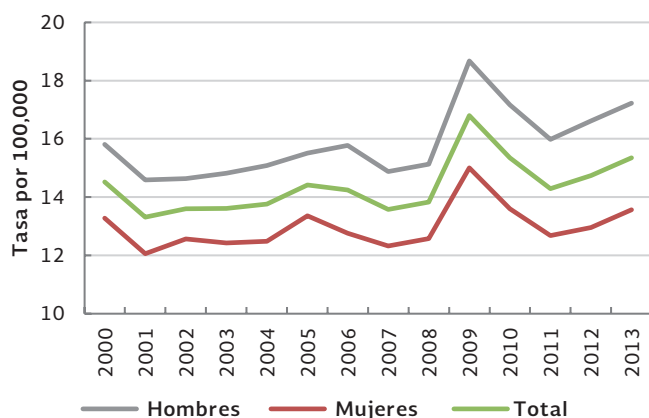
Entre 2000 y 2013 la tasa de mortalidad por IRA en México mostró un comportamiento variable, en 2000 fue de 14.5 y en 2013 de 15.4. Destacan dos hechos: el pico que se alcanzó en 2009 (16.8 defunciones por cada 100,000 sujetos) como consecuencia de la pandemia de influenza AH1N1 y los valores que se documentan en hombres, que son más altos que los registrados en mujeres. En 2013, por ejemplo, la tasa de mortalidad en hombres fue de 17.2 por 100,000 contra solo 13.6 en mujeres (gráfica 5.17).

Por grupo de edad, la tasa de mortalidad es pronunciadamente más alta en las edades extremas. En la gráfica 5.18 se puede observar cómo, entre 2000 y 2013, la tasa de mortalidad por IRA ha disminuido notablemente en el grupo de menores de

un año, al pasar de 152.5 a una cifra de 77.3. En el otro extremo de la vida, la mortalidad por esta causa se mantiene en niveles altos, pues para las personas de 70 años o más la tasa se ha mantenido por arriba de 210, siendo, de hecho, la sexta causa de muerte en adultos mayores. La alta prevalencia de comorbilidades en este grupo de edad es uno de los factores que influye en la dificultad para controlar este problema en este grupo etario.

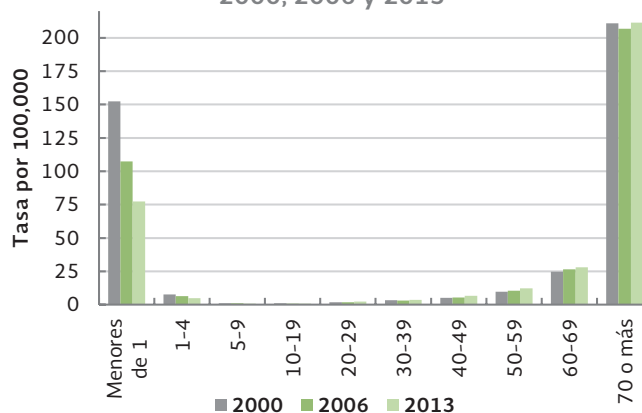
Actualmente, las tasas de mortalidad por IRA más altas se registran en Jalisco, el Distrito Federal y Yucatán (23.2, 23.9 y 24.2 defunciones por cada 100,000 personas de 70 o más años, respectivamente). Destacan favorablemente, Morelos, Guerrero, Campeche, Tabasco y Quintana Roo, entidades en donde la tasa de mortalidad por IRA es menor a 10 defunciones por 100,000 habitantes. A lo largo del periodo de análisis destacan positivamente el comportamiento de Tlaxcala, Puebla y Morelos, entidades que en 2000 registraron una tasa de mortalidad por IRA de 20.1, 23.2 y 11.2 defunciones por 100,000 individuos, en tanto que en 2013 este valor descendió a 10.4, 15.6 y 6.9 respectivamente. En el otro extremo, resulta preocupante el comportamiento de Yucatán, entidad en donde la tasa de mortalidad por IRA se duplicó: pasó de 12.2 defunciones por cada 100,000 personas en 2010 a 24.2 en 2013. De forma similar, aunque en menor grado, en Querétaro, Nuevo León y San Luis Potosí la tasa pasó de 10.5, 11.9 y 10.6 en 2000, a 15.8, 17.5 y 15.6 en 2013, aumentos del 50% (gráfica 5.19).

Gráfica 5.17 Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas por sexo, 2000-2013



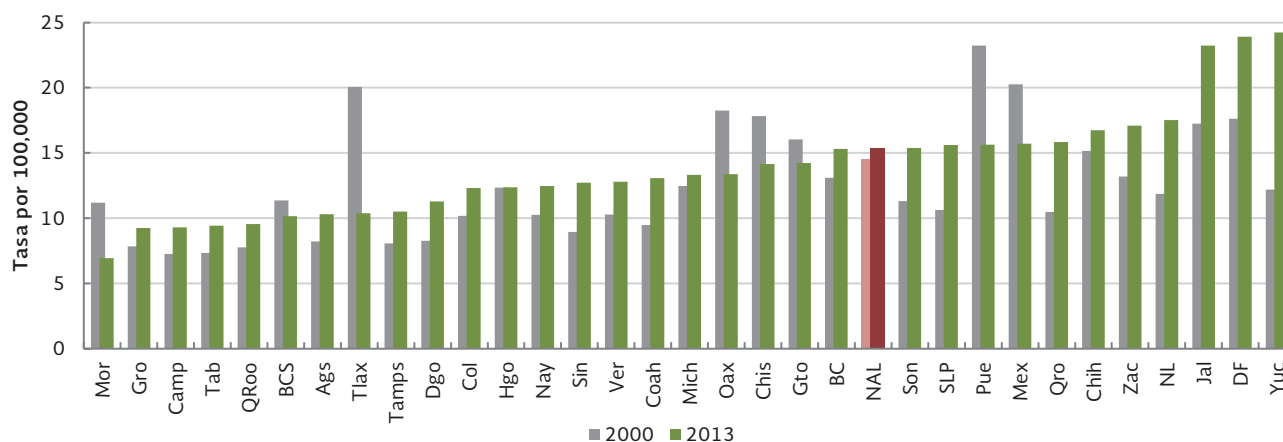
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.18 Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas por grupos de edad, 2000, 2006 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000, 2006 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.19 Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR VIH/SIDA

Se define como la relación entre el número de muertes por causas relacionadas con el VIH/SIDA y la población total en un momento determinado. Se expresa en muertes por esta causa por 100,000 habitantes.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, el número de personas que fallecen al año a nivel mundial por causas relacionadas con el SIDA pasó de 2.3 millones en 2005 a 1.6 millones en 2012. Esta disminución se debe principalmente al incremento en el mayor acceso a tratamientos antirretrovirales (TARV) de calidad. En Latinoamérica, el sostenido y amplio acceso a los TARV ha representado un factor fundamental para reducir las muertes asociadas al VIH/SIDA de 63,000 en 2001 a 57,000 en 2011¹. En 2012, México tuvo la tercera mortalidad más alta de los países de la OCDE, sólo por debajo de Brasil y Sudáfrica (gráfica 5.20).

En México, entre 2000 y 2013, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA muestra una tendencia irregular. Entre 2000 y 2007 se incrementó de 4.2 a 4.7 muertes por 100,000 habitantes. A partir de este último año ha disminuido gradualmente hasta alcanzar la cifra de 4.1 por 100,000 en 2013. Desde el inicio del periodo de análisis, los valores de la tasas de mortalidad por VIH/SIDA han sido significativamente más altos en los hombres. La brecha se mantiene como una constante entre 2000 y 2013

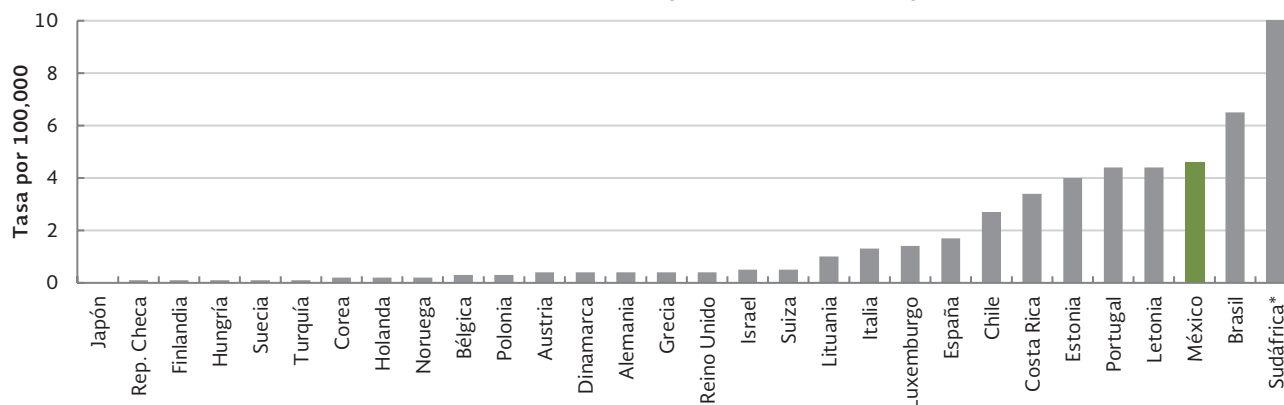
y para caracterizar su dimensión basta mencionar que en 2013 murieron cinco veces más hombres (7.0) que mujeres (1.4) por esta causa (gráfica 5.21).

Si consideramos grupos de edad por decenios, se observa que consistentemente entre el 2000 y 2013 el grupo que mayores tasas ha presentado ha sido el de 30 a 39 años (9.4 en 2013), seguido de el de 40 a 49 años (8.3 en 2013). Sin embargo, se observa heterogeneidad en la tendencia de las tasas de mortalidad en todos los grupos de edad (gráfica 5.22).

Las tasas de mortalidad más altas en 2013 en hombres se registraron en Tabasco (17.4), Quintana Roo (14.7) y Veracruz (14.3), mientras que en mujeres ocurrieron en Colima (3.7), Tabasco (3.6) y Veracruz (3.4). Además, Tabasco y Colima duplicaron su tasa de mortalidad por esta causa entre 2000 y 2013, pasando de 4.6 a 10.4 y de 3.8 a 7.6, respectivamente. En contraste, tres entidades han disminuido su tasa de mortalidad notoriamente: Baja California (de 10.5 defunciones por 100,000 individuos en 2000 a 8.0 en el 2013), el Distrito Federal (de 7.0 a 4.5) y Jalisco (de 5.2 a 3.7). Por otro lado, Zacatecas e Hidalgo se han mantenido consistentemente entre las entidades con las tasas más bajas de mortalidad por esta causa (gráfica 5.23).

¹ CENSIDA/Secretaría de Salud. El VIH/SIDA en México 2012. Distrito Federal, México: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf

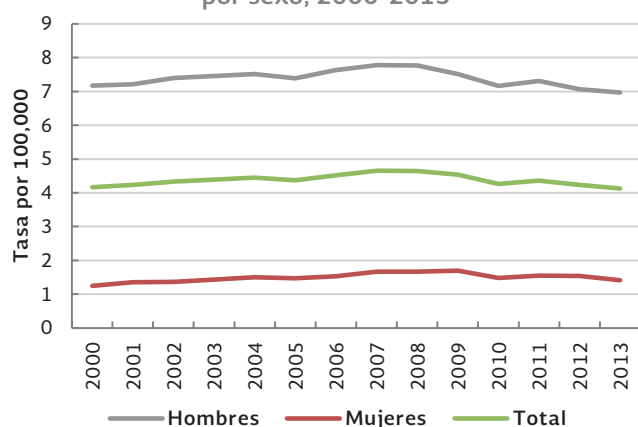
Gráfica 5.20 Tasa estandarizada de mortalidad por VIH/SIDA en los países de la OCDE, 2012



Fuente: OECD Health Statistics 2015

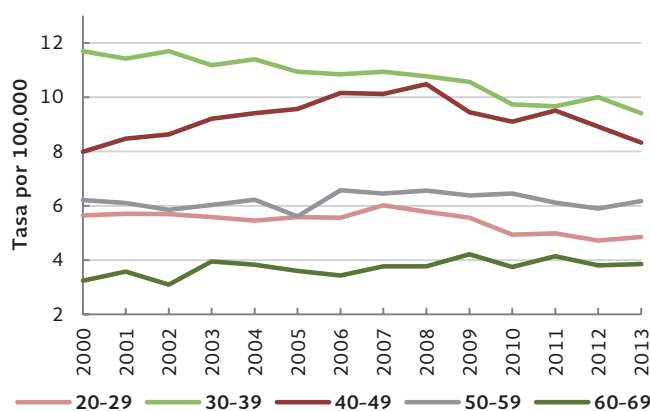
*Nota: El valor de Sudáfrica es 44.6.

Gráfica 5.21 Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por sexo, 2000-2013



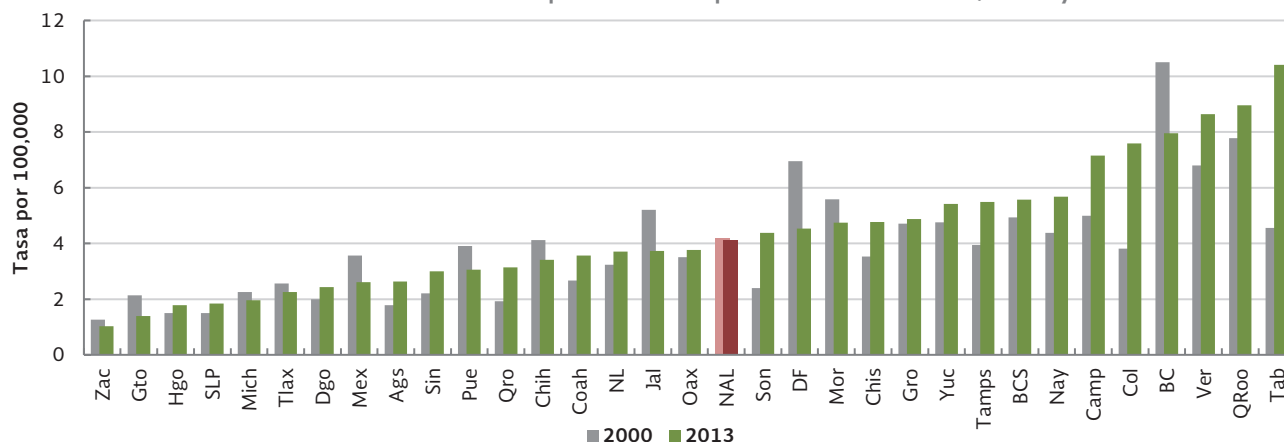
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.22 Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por grupos de edad seleccionados, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.23 Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

MORTALIDAD POR PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER

Indica cuáles son las neoplasias malignas que causan más muertes en la población mexicana.

Si se agruparan todas las defunciones ocurridas en 2013 como consecuencia de algún tipo de cáncer, el número resultante ubicaría a las neoplasias malignas como segunda causa de muerte en mujeres (36,585 defunciones) y tercera en hombres (35,516 defunciones). No obstante, esta agrupación carece de validez ya que los diferentes tipos de cáncer son condiciones con características patológicas, clínicas y epidemiológicas claramente diferenciadas. Por esta razón, estos padecimientos deben analizarse como entidades diferentes.

El perfil epidemiológico de la mortalidad por cáncer es claramente diferenciable por sexo y grupo de edad. En las mujeres, en términos de variación temporal, el principal cambio es el que se observa entre el cáncer cérvico-uterino (que ha salido de las principales causas de muerte) y el cáncer de mama (que ahora es la octava causa de defunción en mujeres). El caso del cáncer de mama pone en perspectiva la importancia relativa de esta enfermedad y el gran desafío que representa para el sistema de salud en términos de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado (cuadro 5.4). Además de estas dos neoplasias, destaca la frecuencia del cáncer de hígado, el que incluso supera al cáncer de mama en el grupo de mujeres de 65 años o más.

En hombres, ningún cáncer se ubica dentro de las primeras diez causas de muerte, pero el tumor maligno de próstata está creciendo año con año como consecuencia del envejecimiento poblacional y se ha posicionado como el más frecuente, desplazando a la segunda posición al de pulmón, que ocupaba el primer lugar en 2000 aunque la tasa de mortalidad específica por éste, muestra una clara tendencia descendente en los últimos diez años.

El análisis por grupos de edad muestra que las leucemias son el cáncer más letal en hombres y mujeres menores de 30 años, aunque el cáncer de encéfalo también es frecuente en este grupo de edad. En mujeres de 15 a 29 ya se observan muertes por cáncer cérvico-uterino, mientras que en hombres de este segmento poblacional el cáncer testicular es la segunda patología maligna en términos del número de muertes que provoca (cuadros 5.5 y 5.6).

Entre los 30 y 44 años, el cáncer de mama se posiciona como el que más muertes causa en mujeres, seguido del cáncer cérvico-uterino. Las leucemias se ubican todavía en un destacable tercer sitio, aunque en los hombres de este grupo de edad éstas siguen siendo la neoplasia maligna más frecuente como causa de muerte, seguido del cáncer de estómago.

Los hombres de 45 a 64 años se ven afectados principalmente por el cáncer de pulmón y estómago. El cáncer de colon e hígado también son frecuentes y la importancia del cáncer de próstata comienza a ser perceptible. En las mujeres de este segmento poblacional, el cáncer de mama alcanza su máxima frecuencia, con casi 1,000 muertes más que el cáncer de cérvico-uterino, que es el que le sigue.

En los adultos mayores (65 años o más), el cáncer de hígado supera al cáncer de mama en las mujeres; mientras que en los hombres, el tumor maligno de próstata causa el doble de muertes que el de pulmón y casi el triple que el de hígado.

Cuadro 5.4 Diez principales cánceres como causa de muerte por sexo, 2013

Posición	Hombres		Mujeres	
	Tipo de cáncer	Muertes	Tipo de cáncer	Muertes
1	Cáncer de próstata	5,770	Cáncer de mama	5,338
2	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	4,074	Cáncer cérvico-uterino	3,694
3	Cáncer de estómago	2,856	Cáncer de hígado	3,029
4	Cáncer de hígado	2,736	Cáncer de estómago	2,510
5	Leucemias	2,146	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	2,360
6	Cáncer de colon	2,081	Cáncer de páncreas	2,026
7	Cáncer de riñón y vías urinarias	1,862	Cáncer de ovario	2,023
8	Cáncer de páncreas	1,701	Cáncer de colon	1,942
9	Linfoma no Hodgkin	1,226	Leucemias	1,854
10	Cáncer de encéfalo	1,114	Cáncer de vesícula biliar	1,090

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

Cuadro 5.5 Diez principales cánceres como causa de muerte en hombres por grupo de edad, 2013

0-14		15-29		30-44		45-64		65+	
Tipo de cáncer	Muertes	Tipo de cáncer	Muertes	Tipo de cáncer	Muertes	Tipo de cáncer	Muertes	Tipo de cáncer	Muertes
Leucemias	436	Leucemias	448	Leucemias	318	Cáncer de pulmón	1,055	Cáncer de próstata	5,148
Cáncer de encéfalo	128	Cáncer de testículo	270	Cáncer de estómago	251	Cáncer de estómago	931	Cáncer de pulmón	2,848
Linfoma no Hodgkin	39	Cáncer de encéfalo	102	Cáncer de colon	174	Cáncer de hígado	838	Cáncer de hígado	1,759
Cáncer de huesos	34	Linfoma no Hodgkin	83	Cáncer de encéfalo	143	Cáncer de colon	760	Cáncer de estómago	1,634
Neoplasias mesoteliales	26	Cáncer de huesos	71	Linfoma no Hodgkin	128	Cáncer de riñón y vías urinarias	631	Cáncer de riñón y vías urinarias	1,136
Cáncer de hígado	23	Neoplasias mesoteliales	66	Cáncer de testículo	125	Cáncer de próstata	608	Cáncer de colon	1,108
Cáncer de glándula suprarrenal	21	Enfermedad de Hodgkin	47	Cáncer de pulmón	117	Cáncer de páncreas	603	Cáncer de páncreas	1,014
Cáncer de ojo	14	Cáncer de pulmón	42	Cáncer de hígado	89	Linfoma no Hodgkin	398	Leucemias	585
Cáncer de riñón y vías urinarias	13	Cáncer de estómago	38	Cáncer de riñón y vías urinarias	77	Cáncer de encéfalo	382	Linfoma no Hodgkin	578
Enfermedad de Hodgkin	12	Cáncer de colon	36	Neoplasias mesoteliales	74	Leucemias	359	Cáncer de laringe	457

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

Cuadro 5.6 Diez principales cánceres como causa de muerte en mujeres por grupo de edad, 2013

0-14		15-29		30-44		45-64		65+	
Tipo de cáncer	Muertes	Tipo de cáncer	Muertes	Tipo de cáncer	Muertes	Tipo de cáncer	Muertes	Tipo de cáncer	Muertes
Leucemias	339	Leucemias	286	Cáncer de mama	802	Cáncer de mama	2,636	Cáncer de hígado	2,053
Cáncer de encéfalo	89	Cáncer cervicouterino	64	Cáncer cervicouterino	639	Cáncer cervicouterino	1,638	Cáncer de mama	1,848
Cáncer de huesos	47	Cáncer de encéfalo	62	Leucemias	279	Cáncer de ovario	939	Cáncer de pulmón	1,450
Neoplasias mesoteliales	27	Cáncer de ovario	59	Cáncer de ovario	257	Cáncer de hígado	834	Cáncer de estómago	1,403
Linfoma no Hodgkin	22	Cáncer de mama	51	Cáncer de estómago	256	Cáncer de estómago	809	Cáncer cervicouterino	1,352
Cáncer de riñón y vías urinarias	22	Linfoma no Hodgkin	46	Cáncer de colon	159	Cáncer de pulmón	757	Cáncer de páncreas	1,295
Cáncer de ojo	14	Cáncer de estómago	42	Cáncer de encéfalo	130	Cáncer de páncreas	647	Cáncer de colon	1,114
Cáncer de glándula suprarrenal	13	Cáncer de huesos	42	Cáncer de pulmón	123	Cáncer de colon	642	Cáncer de ovario	758
Cáncer de hígado	12	Neoplasias mesoteliales	33	Cáncer de hígado	109	Leucemias	446	Cáncer de vesícula	661
Cáncer de otros sitios del sistema nervioso	8	Cáncer de colon	27	Linfoma no Hodgkin	105	Cáncer de vesícula	384	Cáncer de riñón y vías urinarias	606

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO EN MUJERES DE 25 AÑOS O MÁS

Se define como la relación entre el número de muertes ocurridas a consecuencia de cáncer del cuello del útero en mujeres de 25 años o más y la población de mujeres en ese mismo grupo de edad en un periodo determinado. Se expresa como muertes por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más por 100,000 mujeres de 25 años o más.

El cáncer cérvico-uterino representa una de las diez principales causas de muerte por cáncer en mujeres en el mundo. La mortalidad por esta causa es más alta en los países en vías de desarrollo¹. Considerando su carácter prevenible y curable cuando se detecta a tiempo, la mortalidad por esta patología es un indicador del grado de éxito de las medidas preventivas y de detección temprana y tratamiento oportuno.

A pesar de los importantes avances, México presenta la segunda tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino más alta entre los países de la OCDE, sólo por debajo de Sudáfrica. En 2012, último año para el que la OCDE cuenta con información, la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino fue de 10.2 muertes por 100,000 mujeres mayores de 25 años, por encima de Costa Rica, Chile y Brasil (gráfica 5.24).

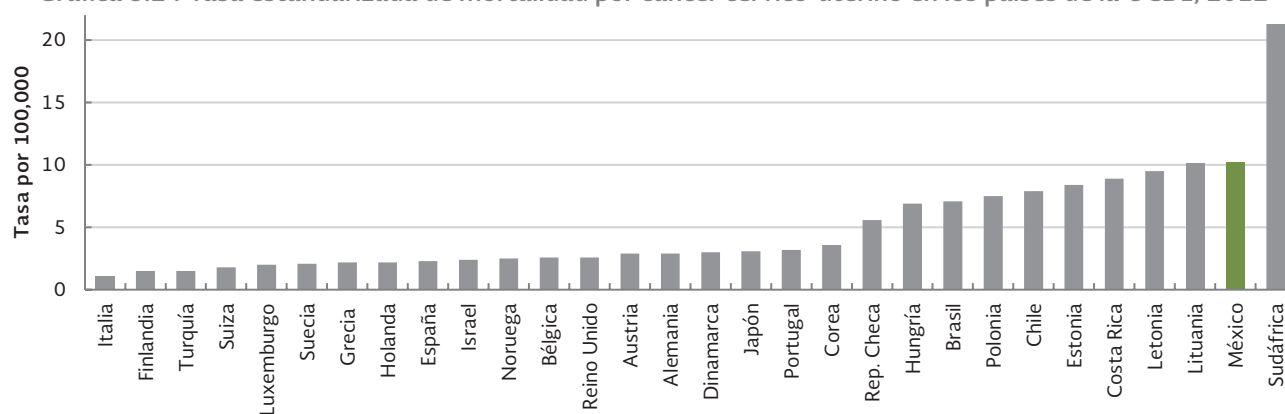
En México, la tasa de mortalidad por esta neoplasia pasó de 18.9 defunciones por 100,000 mujeres de 25 años o más en 2000 a 11.1 defunciones en 2013. En todos los grupos de edad comprendidos puede observarse una disminución del valor del indicador entre 2000 y 2013. El grupo de mujeres de 70 años y más fue el que registró un mayor descenso, pasando de una tasa de 68.3 defunciones por 100,000 mujeres de 70 años o más en 2000, a 37.2 en 2013. Otro grupo que mostró avances importantes en el mismo período fue el de 40 a 49 años, en el que la tasa específica se redujo a poco más de la mitad, de 19.0 a 9.3 (gráfica 5.25).

En 2013, Morelos, Chiapas y Veracruz fueron las entidades con tasas más altas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, con 18.3, 17.2 y 16.2 defunciones por 100,000 mujeres mayores de 25 años, respectivamente. En el extremo opuesto destacan Aguascalientes, Durango y Baja California Sur, con tasas de menos de ocho defunciones por 100,000 mujeres de 25 años o más.

Cabe destacar el caso de Nayarit, que registró en 2013 una tasa de mortalidad por este tipo de cáncer (10) tres veces menor a la reportada en 2000 (34.8). En Yucatán y Colima también se registraron importantes reducciones durante el periodo de análisis, superiores al 60% (gráfica 5.26).

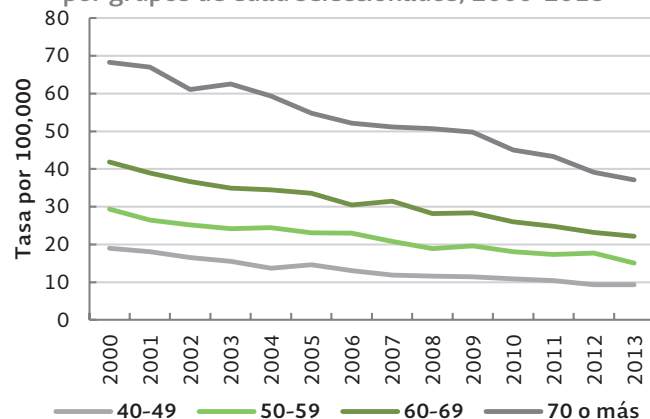
¹ Organización Mundial de la Salud. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Nota descriptiva N° 380. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>

Gráfica 5.24 Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en los países de la OCDE, 2012



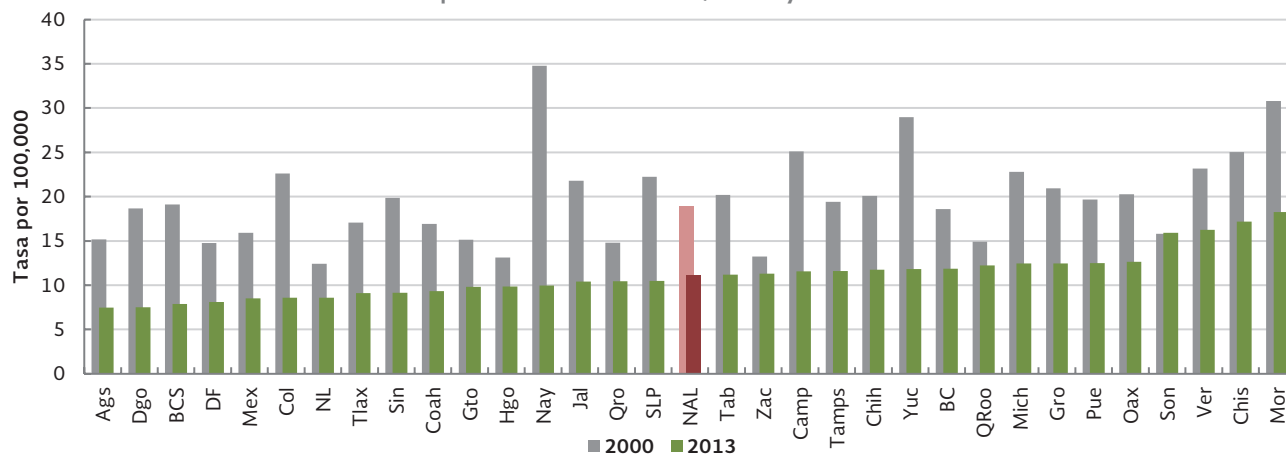
Fuente: OECD Health Statistics 2015

Gráfica 5.25 Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más por grupos de edad seleccionados, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.26 Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA
EN MUJERES DE 25 AÑOS O MÁS

Se define como la relación entre el número de muertes ocurridas a consecuencia de cáncer de la glándula mamaria en mujeres de 25 años o más y el número de mujeres de ese mismo segmento de edad en un periodo determinado. Se expresa como número de muertes por cáncer de mama en mujeres de 25 años por 100,000 mujeres de esa misma edad.

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. La tasa de mortalidad por cáncer de mama de México es una de las más bajas entre los países de la OCDE, en 2012 sólo fue superior a la reportada por Japón (13.6), Turquía (11.1) y Corea (7.6) (gráfica 5.27).

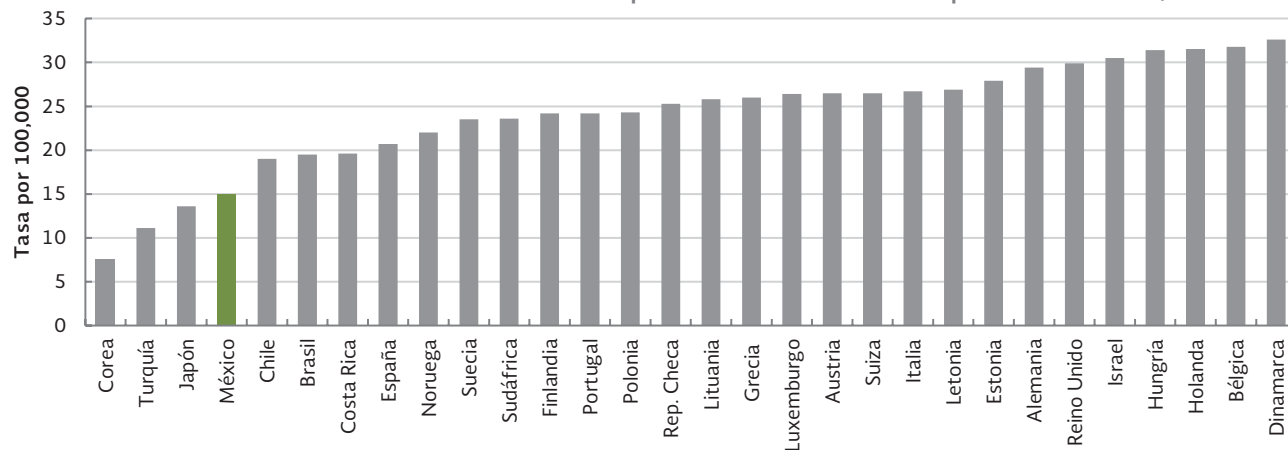
En México, la tasa de mortalidad por cáncer de mama pasó de 14.1 defunciones por 100,000 mujeres de 25 años o más en 2010 a 16 defunciones en 2013, lo que representa un aumento de 13%. Por grupos de edad, en las mujeres de 25 a 29 años hay muy pocas defunciones, y para las mujeres de 30 a 59 años la tasa de mortalidad se ha mantenido estable a lo largo del tiempo o incluso ha disminuido.

Las mujeres de 70 años o más presentan los valores más altos y muestran una tendencia a la alza junto con las de 60 a 69 años (gráfica 5.28).

En 2013, Coahuila, Sonora, Jalisco, Nuevo León y Colima fueron las entidades con los valores más altos, superiores a las 20 defunciones por 100,000 mujeres de 25 años o más. En esos estados, la tasa de mortalidad es prácticamente del doble de lo documentado en Oaxaca y Guerrero, entidades en donde el valor del indicador fue inferior a las diez defunciones por 100,000 mujeres mayores de 25 años.

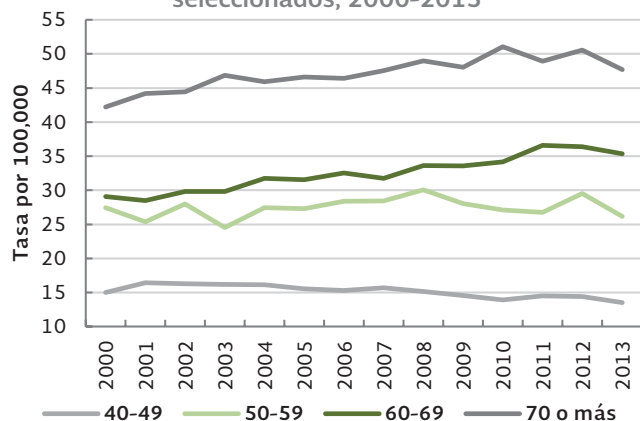
El análisis temporal por entidades muestra que Colima es la entidad en donde existe un mayor incremento en el valor del indicador, que pasó de 12.8 defunciones por 100,000 mujeres mayores de 25 años en 2000, a 21.2 defunciones en 2013. En siete entidades (Nayarit, Distrito Federal, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Aguascalientes y Nuevo León) se documentó un descenso en el valor del indicador entre 2000 y 2013. En Nayarit, la tasa de mortalidad por cáncer de mama pasó de 15.8 defunciones por 100,000 mujeres mayores de 25 años en 2010 a 12.2 en 2013, mientras que en el Distrito Federal el valor de este indicador pasó de 22.3 en 2010 a 19.2 en 2013 (gráfica 5.29).

Gráfica 5.27 Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de mama en los países de la OCDE, 2012



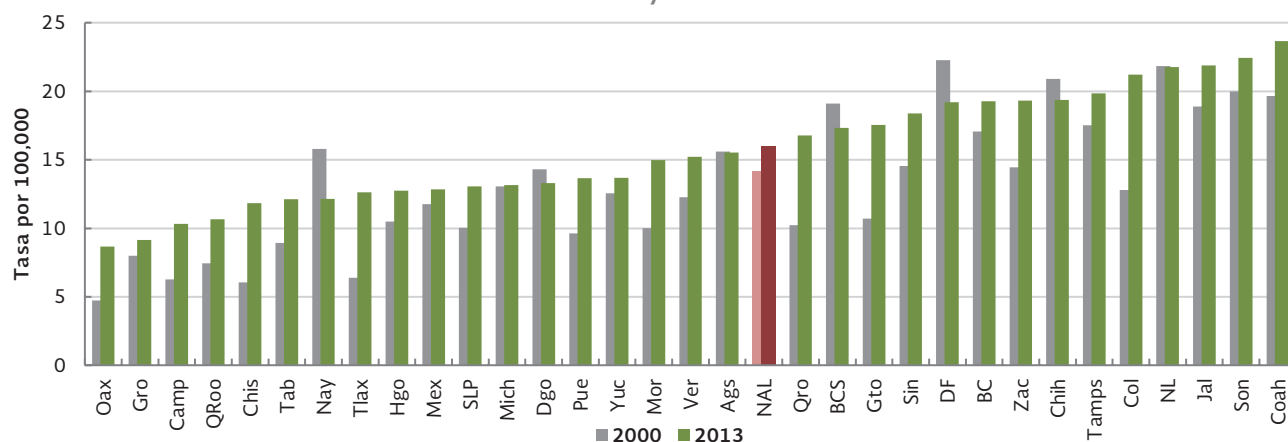
Fuente: OECD Health Statistics 2015

Gráfica 5.28 Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años o más por grupos de edad seleccionados, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.29 Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años o más por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA

Se define como la relación entre el número de muertes ocurridas a consecuencia de cáncer de próstata en hombres mayores de 40 años y el total de hombres de esa misma edad en una población y tiempo determinados. Se expresa como número de muertes por cáncer de próstata en hombres mayores de 40 años por 100,000 hombres de esa edad.

El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente en el mundo, en los hombres mayores de 50 años y representa uno de los principales problemas de salud pública en la población masculina. Se estima que uno de cada seis varones desarrollará cáncer de próstata a lo largo de su vida y la probabilidad de presentarlo se incrementa con la edad. La incidencia de este tumor ha aumentado en los últimos años debido a tres hechos: el aumento de la esperanza de vida; la utilización, desde finales de los años 80, del antígeno prostático específico (PSA) que permite el diagnóstico en fase preclínica aumentando así el número de casos diagnosticados, y la mejora y extensión de los métodos diagnósticos de imagen. Entre los países de la OCDE, México tuvo en 2012 la décima tasa más baja (27.8), aún con niveles muy por debajo de lo observado en países como Chile (48.5), quien presentó la quinta tasa más alta (gráfica 5.30).

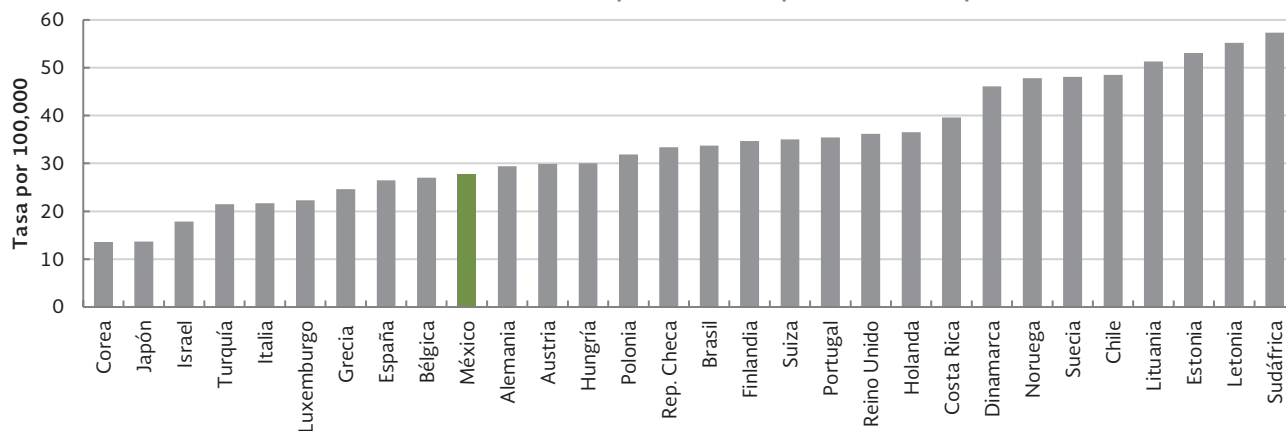
La tasa de mortalidad por cáncer de próstata en México ha tenido variaciones mínimas entre 2000 y

2013. En el año 2000 la tasa de mortalidad por esta causa en hombres mayores de 40 años fue de 33.7 defunciones por 100,000 sujetos del mismo grupo de edad, mientras que para 2013 fue de 34.0. Con ligeras variaciones de año en año, la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer ha fluctuado entre 34 y 37 defunciones por 100,000 hombres de 40 años o más (gráfica 5.31).

Para los hombres de 40 a 49 años el indicador es muy cercano a cero, mientras que para los hombres de 60 a 69 años brinca por encima de 30 y para los de 70 o más alrededor de 200. La tasa de mortalidad por esta neoplasia es cinco veces más alta en hombres mayores de 70 años que en aquellos de entre 60 y 69 años (anexo II.15).

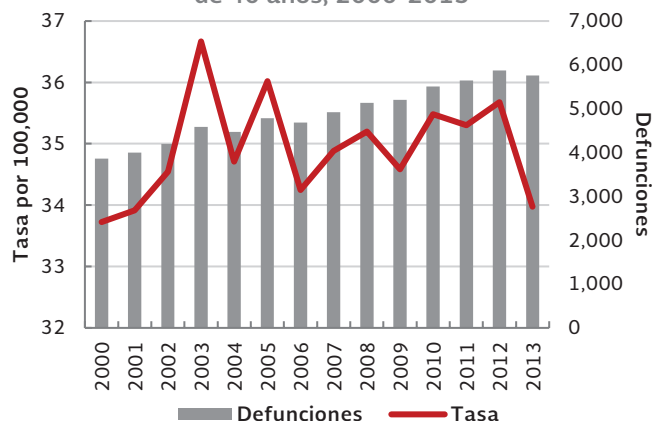
Las diferencias entre entidades son marcadas. Colima, la entidad federativa con mayor tasa en 2013, presentó una cifra de 53.5, casi cinco veces más alta que la de Quintana Roo, cuya tasa en 2013 fue de sólo 11.7. Entre 2000 y 2013, Chiapas y Tlaxcala tuvieron incrementos de más de 80% en sus tasas, mientras que Quintana Roo redujo prácticamente a la mitad su tasa en este periodo al pasar de 21.1 a 11.7, y Sinaloa la redujo en casi un tercio al pasar de 52.3 a 37.0 (gráfica 5.32).

Gráfica 5.30 Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de próstata en los países de la OCDE, 2012



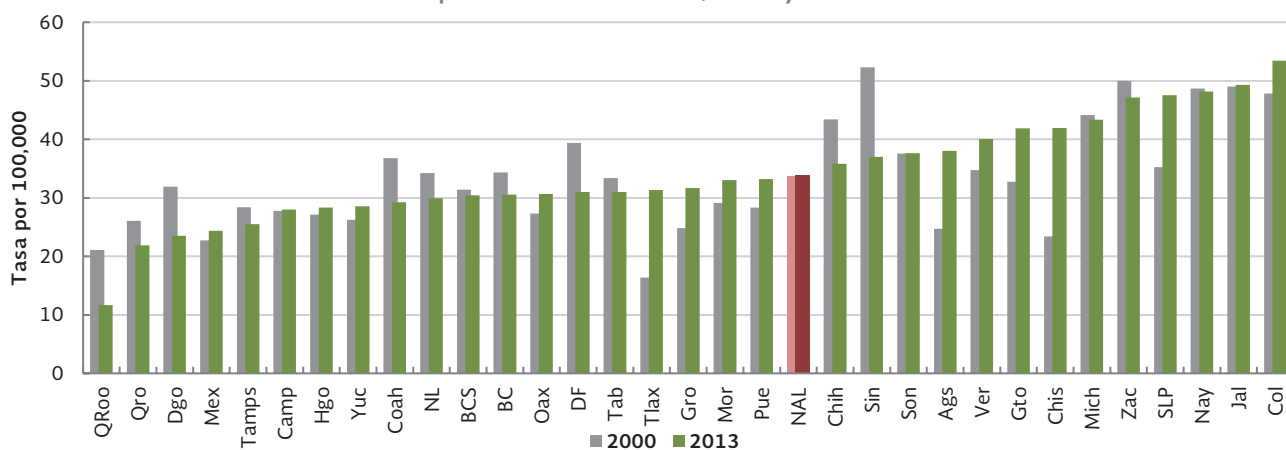
Fuente: OECD Health Statistics 2015

Gráfica 5.31 Tasa de mortalidad y defunciones por cáncer de próstata en hombres mayores de 40 años, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.32 Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en hombres mayores de 40 años por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN, BRONQUIOS Y TRÁQUEA

Se define como la relación entre el número de muertes a consecuencia de neoplasia de las vías respiratorias bajas y la población total en un periodo determinado. Se expresa como muertes por este tipo de cáncer por 100,000 habitantes.

El cáncer de pulmón, bronquios y tráquea es uno de los cinco principales cánceres que aquejan a los hombres a nivel mundial. El principal factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad es el consumo de tabaco, al cual se le atribuyen 70% de estas muertes¹. Otro factor importante para su desarrollo es la exposición a aire contaminado derivado de la combustión de material sólido, actividad realizada para cocinar principalmente en los hogares más pobres.

En 2013, México fue el país miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, (OCDE) con el valor más bajo en la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea (gráfica 5.33). A nivel latinoamericano, nuestro país también destaca por reportar uno de los valores más bajos en este indicador. En 2013, Argentina, Brasil, Chile y Uruguay mostraron tasas de mortalidad por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea de 26.7, 14.5, 17.2 y 42.2 por 100,000 habitantes, respectivamente². Estos datos son consistentes con la prevalencia de consumo de tabaco, que es considerablemente más baja en nuestro país que en otras sociedades latinoamericanas.

En México, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea ha descendido. Pasó de 6.2 defunciones por 100,000 habitantes en 2000 a 5.4 en 2013. El valor de este indicador muestra un comportamiento diferenciado por sexo, siendo casi del doble en hombres (7.0) que en mujeres (3.9) en 2013.

Cabe señalar, sin embargo, que mientras la tendencia en hombres ha sido decreciente (en 2000 fue 8.3), en mujeres se ha mantenido constante (en 2000 fue 3.9), quizás debido a que los factores de riesgo que las afectan han sido controlados con menos éxito (gráfica 5.34).

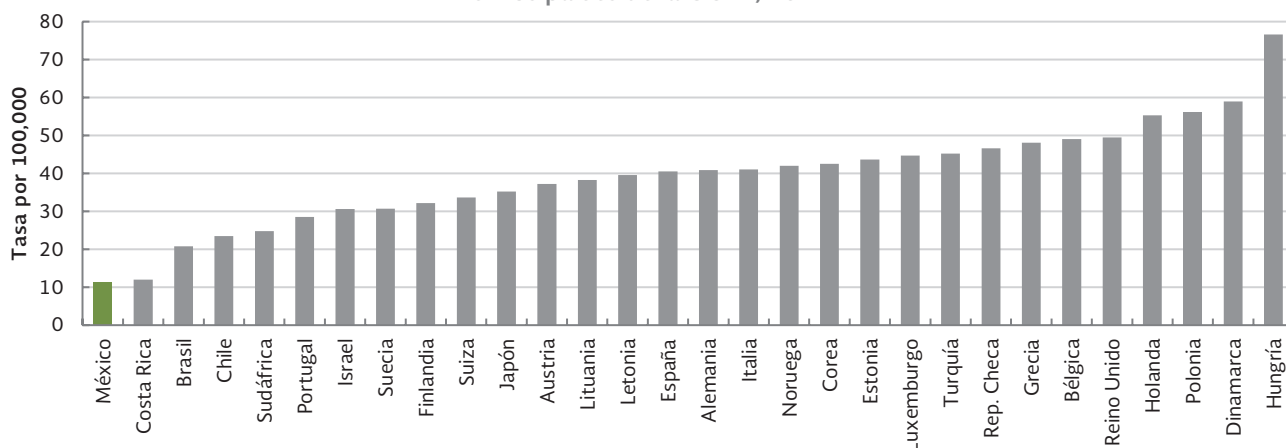
Los estados con cifras más altas en este indicador en 2013 fueron Sonora, con 11.1 muertes por esta causa por 100,000 habitantes, y Sinaloa, con una tasa de 9.6. Las entidades con las cifras más bajas en 2013 fueron Tlaxcala, Quintana Roo e Hidalgo, con tasas de tres o menos defunciones por 100,000 habitantes. A pesar de que siguen ubicándose en la parte más alta de la distribución de entidades, es destacable el descenso que Sinaloa y Sonora presentaron entre 2000 y 2013, con una disminución de alrededor del 30%, similar a la presentada por Campeche, Baja California Sur, Tamaulipas y Durango. Por otro lado, en este mismo periodo se registraron incrementos en diez entidades federativas, siendo Quintana Roo uno de los que presentó el mayor aumento con 16%. Oaxaca, Puebla y Guerrero presentaron aumentos superiores al 15% (gráfica 5.35).

El análisis por grupos de edad, identificó que el riesgo de morir por cáncer de pulmón crece exponencialmente con la edad. Mientras que la tasa en el grupo de 40 a 49 años en 2013 fue de sólo 2.2, en los de 50 a 59 crece a 8.9, se triplica en el grupo de 60 a 69 años para alcanzar 25.0 y llega a 67.6 en el grupo de 70 o más. Es importante mencionar que la tasa de mortalidad en el grupo de 70 y más disminuyó de 93.2 en 2000 a 67.6 en 2013 (anexo II.16).

¹ Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Nota descriptiva n.º 339. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/health_priority/es

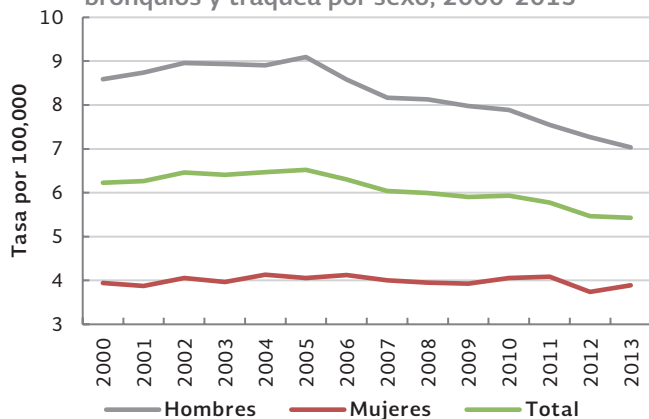
² Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington 2015; [citado 5 oct 2015]. GBD compare. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

Gráfica 5.33 Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea en los países de la OCDE, 2012



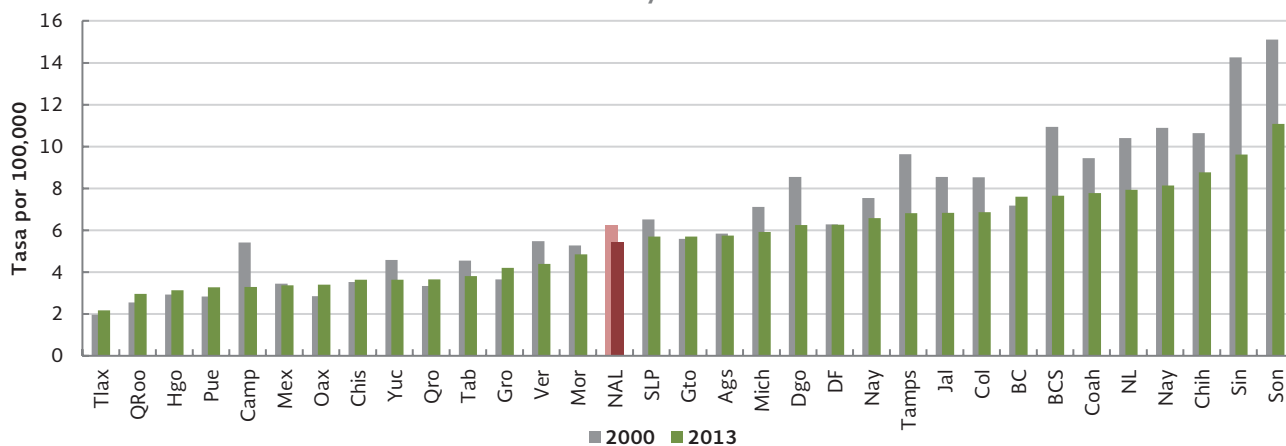
Fuente: OECD Health Statistics 2015

Gráfica 5.34 Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea por sexo, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.35 Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPÁTICA

Se define como la relación entre el número de muertes por cirrosis hepática entre el total de población en un tiempo determinado. Se expresa como número de muertes por cirrosis por 100,000 habitantes.

A pesar de manifestar un patrón descendente en los últimos 20 años, en México la cirrosis se mantiene como una de las diez principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres. Esto se debe a que el ritmo de descenso de esta patología no ha sido tan drástico como el de las diarreas o las infecciones respiratorias, así como a la aparición de nuevos riesgos derivados de las hepatitis virales.

Esta enfermedad es resultado de agresiones continuas al hígado, como puede ser el consumo reiterado de alcohol, infecciones virales o la presencia del denominado hígado graso. Como resultado de las lesiones producidas, el tejido normal de este órgano comienza a ser sustituido paulatinamente por tejido fibroso (cicatrices), hasta que la funcionalidad del hígado se ve mermada. Aunque puede diagnosticarse a tiempo para evitar un mayor deterioro y la muerte temprana, lo habitual es que se diagnostique cuando el cuadro ha llegado a etapas avanzadas y el tratamiento es más complicado.

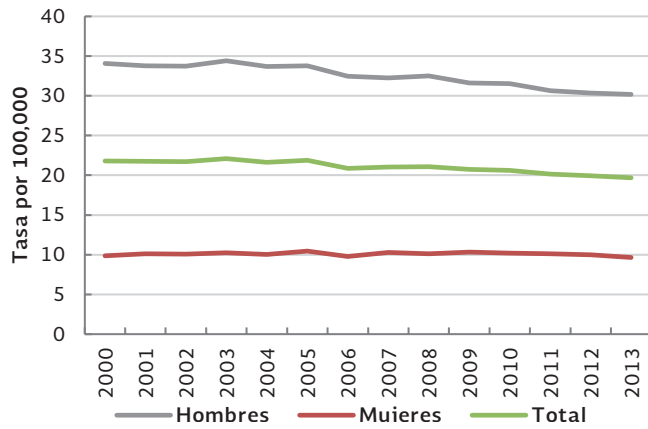
En 2013, más de 23,000 personas murieron por cirrosis en México, casi tres cuartas partes de las cuales eran del sexo masculino. Esto se refleja en una tasa en 2013 de 19.6 para el total de la población, de 30.2 para hombres y de 9.6 para mujeres. Además, mientras que para los hombres la tasa

ha disminuido de 34.1 en 2000, para las mujeres se ha mantenido casi sin cambios, pues en 2000 fue de 9.9; lo que ubicó la tasa general en 21.8 en 2000. También hay un patrón diferencial en el tipo de cirrosis. Las de origen alcohólico son más frecuentes en hombres que en mujeres, entre quienes predominan las de origen infeccioso (gráfica 5.36).

Aunque existen algunas muertes por cirrosis en recién nacidos (a consecuencia de una obstrucción congénita del flujo biliar), las defunciones por esta causa se presentan con mayor frecuencia a partir de los 30 años y en su mayoría se concentran en personas mayores de 50 años. La tasa casi se duplica entre decenios de edad a partir de los 30 años. En nuestro país, en 2013, una de cada mil personas de 60 años o más murió por esta causa. Como ya se mencionó, la tendencia es descendente, aunque a un ritmo lento (gráfica 5.37).

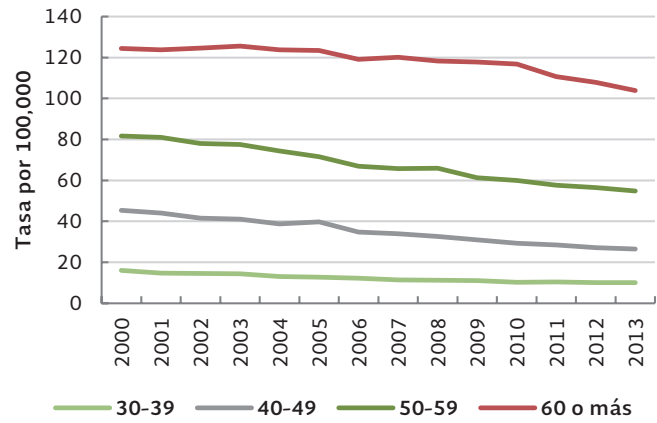
El análisis por estados en 2013 muestra a tres entidades con cifras claramente superiores a las del resto del país: Veracruz, Puebla y Yucatán, con tasas superiores a 30 defunciones por 100,000 habitantes. Esta cifra es de casi el triple de la que se observó en Sinaloa (9.8). Entre 2000 y 2013, el mayor descenso en este indicador se registró en el Distrito Federal, que disminuyó su mortalidad por cirrosis en 41%, descenso similar al observado en Querétaro e Hidalgo. Por el contrario, Michoacán y Tabasco tuvieron incrementos de más de 45% en este mismo periodo (gráfica 5.38).

Gráfica 5.36 Tasa de mortalidad por cirrosis hepática por sexo, 2000-2013



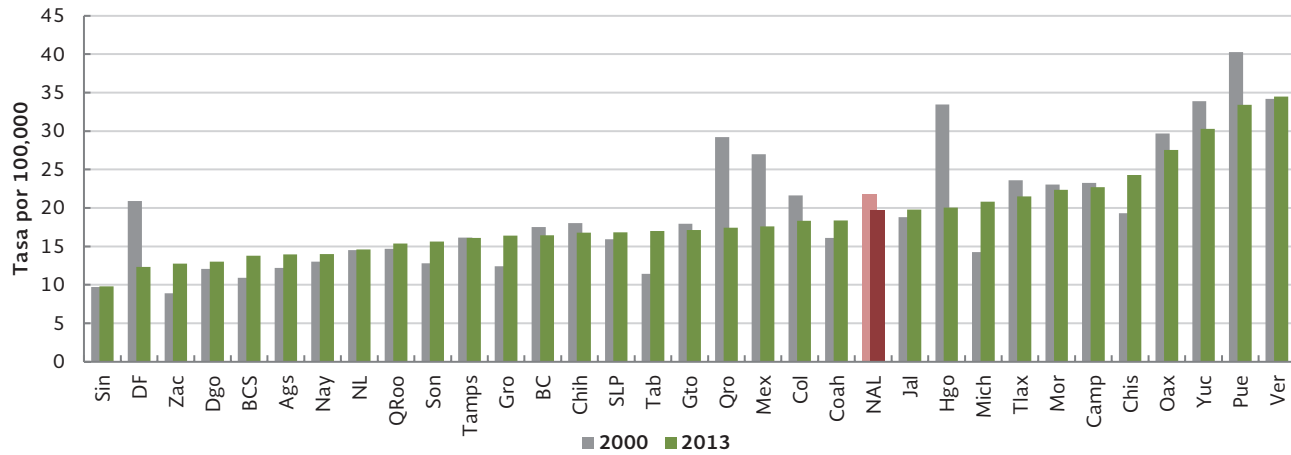
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.37 Tasa de mortalidad por cirrosis hepática por grupo de edad seleccionados, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.38 Tasa de mortalidad por cirrosis hepática por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS

Se define como la relación entre el número de muertes ocurridas a consecuencia de diabetes no insulínica y el total de la población, a mitad de año, en un periodo determinado. Se expresa como muertes por diabetes mellitus por 100,000 habitantes.

La diabetes mellitus —enfermedad caracterizada por la incapacidad del organismo para regular adecuadamente los niveles de azúcar en sangre— constituye una de las diez principales causas de mortalidad en el mundo. En 2012, 1.5 millones de personas murieron por esta enfermedad¹. La tasa de mortalidad por esta causa en las Américas en 2012 fue de 32.2 muertes por 100,000² habitantes y en nuestro país es una de las primeras causas de muerte desde hace varios años³. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la tasa de mortalidad por diabetes de México es una de las más altas del continente⁴, sólo superado por la de algunos países del Caribe no-latino.

Entre 2000 y 2013 la mortalidad por diabetes en México se ha incrementado de manera importante en ambos sexos, aunque en los últimos dos años comienza a verse una estabilización. La tasa general pasó de 45.5 a 70.8 entre 2000 y 2013. En hombres, la tasa pasó de 41.3 a 70.2 defunciones por 100,000, mientras que en mujeres el incremento

fue menor pero también significativo, de 49.6 a 71.3. Si bien en 2000 existía una brecha entre sexos, con el transcurrir de los años ésta prácticamente ha desaparecido (gráfica 5.39).

Hay que destacar que el valor de este indicador para menores de 30 años es de 1 muerte o menos por 100,000 personas, mismo que se ha mantenido entre 2000 y 2013. Para el decenio de edad de las personas de 40 a 49 años en 2000 se tuvo una tasa de 31.4 defunciones, que aumentó a 36.8 en 2013. Es para los grupos de edad de 50-59, 60-69 y 70 o más en donde las tasas son sustancialmente mayores y en donde han presentado un mayor incremento (gráfica 5.40).

El comportamiento del indicador entre entidades federativas es muy heterogéneo. Mientras que en 2013 la tasa de mortalidad por diabetes se ubicó alrededor de 90 en Tlaxcala y Veracruz, en Baja California Sur y Quintana Roo fue inferior a 45. La evolución de la tasa de mortalidad entre 2000 y 2013 es un dato que aporta mucha información. Por ejemplo, aunque el valor de la tasa de mortalidad en Quintana Roo fue de los más bajos, su magnitud en esta entidad prácticamente se ha triplicado, mientras que en Campeche, Guerrero, Oaxaca y Tabasco se ha más que duplicado (gráfica 5.41)

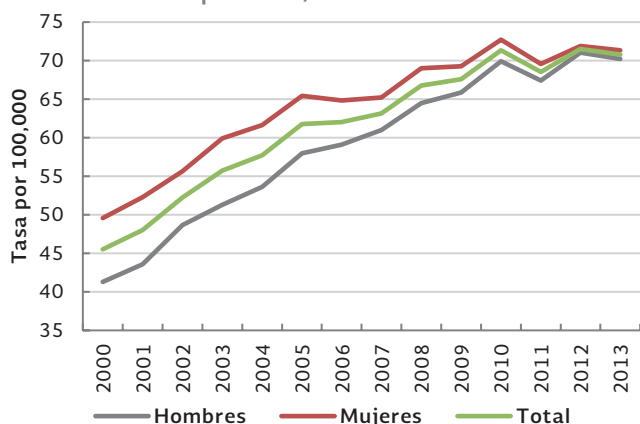
¹ Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. 10 datos sobre la diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/facts/es>

² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2014. Washington, D.C.: OPS, 2014.

³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Causas de defunción. Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2013. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>

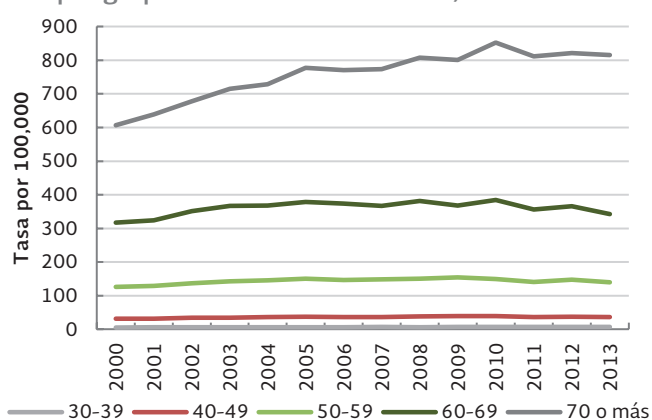
⁴ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2014. Washington, D.C.: OPS, 2014.

Gráfica 5.39 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por sexo, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.40 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por grupos de edad seleccionados, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.41 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

Se define como la relación entre las muertes por enfermedades cerebrovasculares y la población total en un momento determinado. Se expresa como el número de muertes por enfermedades cerebrovasculares por 100,000 habitantes.

Actualmente en México, la mortalidad por accidentes cerebrovasculares es considerada un problema de salud de orden prioritario¹.

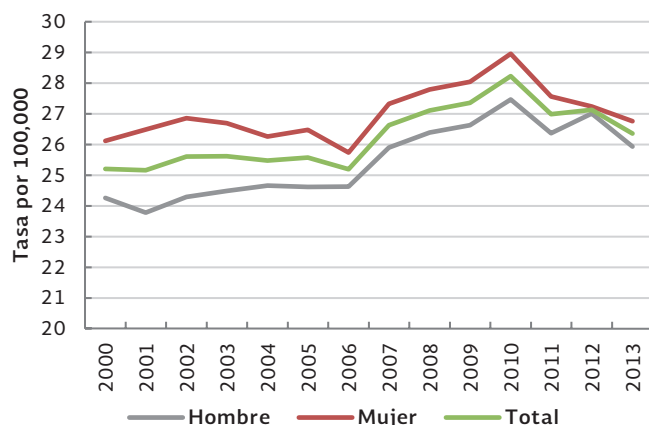
En México, en los últimos años se observa un incremento en la mortalidad por este padecimiento, pasando de 25.2 en 2000 a 28.2 en 2010 y disminuyendo a 26.4 en 2013, con el mismo patrón por sexo y sin grandes diferencias entre hombres y mujeres. Entre 2000 y 2013 este conjunto de padecimientos se mantuvo entre las cinco primeras causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres. En población joven, menor de 30 años, las enfermedades cerebrovasculares aparecen entre las primeras diez causas de muerte, lo que denota claramente el crecimiento en la prevalencia de algunos de los factores de riesgo ya mencionados en edades tempranas (gráfica 5.42).

Por grupos de edad, la tasa es muy baja para las personas de menos de 30 años y aumenta rápidamente con la edad, siendo cinco veces más alta entre los adultos de 70 años o más que entre los de 60 a 69 años. Es en estos dos grupos y en el de 50 a 59 años en donde se ha presentado una reducción de la mortalidad entre 2000 y 2013. Posteriormente, a partir de los 40 años, con cada decenio de edad aumenta la mortalidad, hasta llegar a la más alta que corresponde a los adultos mayores de 70 años (461.0 en 2013), muy superior a la observada en personas de 50 a 59 años (31.1 en 2013) (gráfica 5.43).

En 2000 las entidades federativas con las tasas de mortalidad más altas fueron Yucatán (36.4) y el Distrito Federal (32.1), mientras que en 2013, las tasas más altas se observaron en Veracruz (35.5) y Oaxaca (35.1). Este cambio se debe en parte a que la tasa entre 2000 y 2013 disminuyó en Yucatán y el Distrito Federal, mientras que en Oaxaca aumentó en 34%, mismo monto en que aumentó en Guerrero. En cambio, Nayarit redujo su tasa en 32% y Colima en 23% (gráfica 5.44).

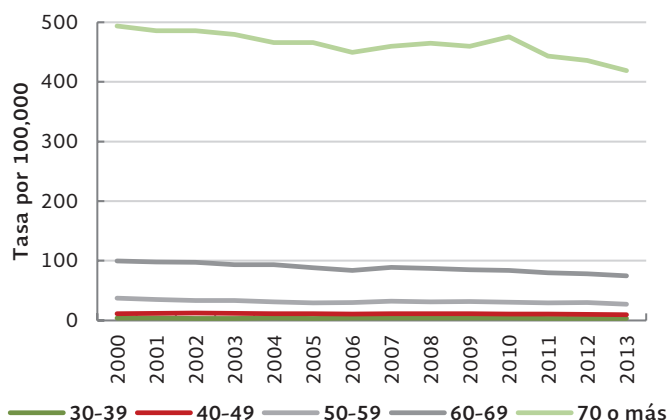
¹ Secretaría de Salud, México. Perfil epidemiológico de las enfermedades cerebrovasculares en México. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2012.

Gráfica 5.42 Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por sexo, 2000-2013



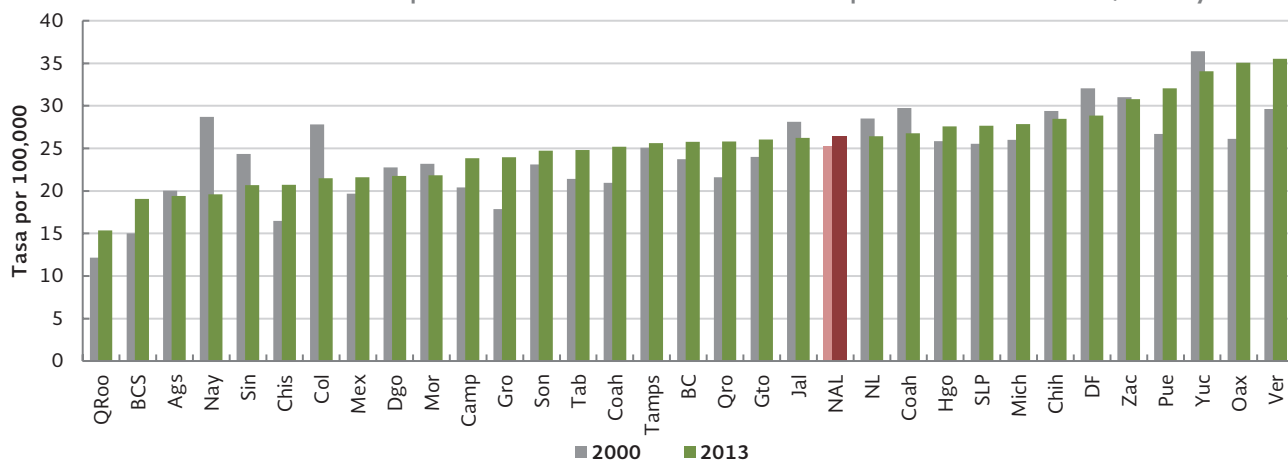
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.43 Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por grupos de edad seleccionados, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.44 Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN

Se define como la relación entre las muertes por enfermedades isquémicas del corazón y la población total en un periodo determinado. Se expresa como muertes por enfermedades isquémicas del corazón por 100,000 habitantes.

En la segunda mitad del siglo pasado la cardiopatía isquémica adquirió un comportamiento epidémico a nivel global. En México, el primer aumento notable en la frecuencia de esta causa de muerte se observó en la década de los setenta. Previo a ese periodo, la mortalidad por esta causa en nuestro país era de las más bajas de América Latina, mientras que actualmente ha superado a varios países que tenían tasas claramente superiores a la de México, como Argentina y Chile¹. En 2012, México se tuvo la octava tasa más alta de mortalidad entre los países de la OCDE (140.4), por encima de países como Chile (67.9) y Brasil (96.5) (gráfica 5.45).

En los países desarrollados se ha observado una disminución en la mortalidad por cardiopatía isquémica desde 1970, atribuible tanto a una disminución en la incidencia como en la letalidad asociada a estas enfermedades. Esta reducción se puede explicar por el cambio en la exposición a algunos factores de riesgo cardiovascular y el acceso oportuno a mejores tratamientos médicos y quirúrgicos.

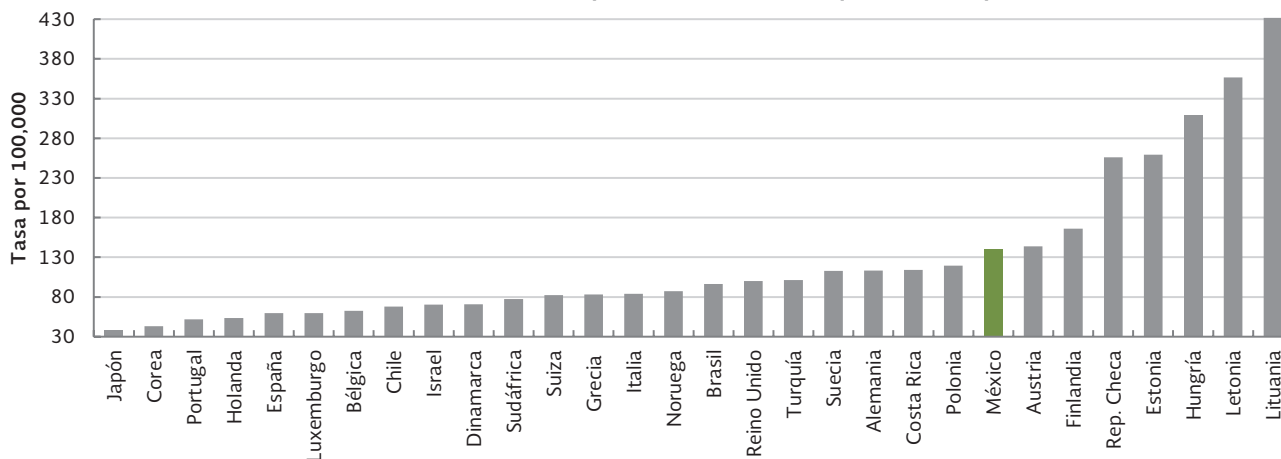
En nuestro país la tendencia de la mortalidad por isquemia cardiaca continúa siendo de ascenso gradual. Entre 2000 y 2013 el aumento fue de más de 45%, pasando de 43.5 muertes por 100,000 habitantes en 2000 a 63.3 en 2013. El crecimiento es más acelerado en los hombres, por lo que la brecha entre éstos y las mujeres se ha venido ensanchando (gráfica 5.46).

Esta enfermedad afecta también a las personas de mayor edad, especialmente a partir de los 40 años. La tasa de mortalidad por esta causa en 2013 fue de 993 por 100,000 en mayores de 70 años. Entre los adultos de 60 a 69 años la tasa es alta también, pero cinco veces menor a la del grupo anterior, alcanzando en 2013 192 muertes por 100,000 personas de este grupo de edad en 2013 (gráfica 5.47).

El análisis por entidad federativa muestra tres estados con grandes incrementos en este indicador entre 2000 y 2013: Yucatán, que pasó de 56.9 a 96.1, Hidalgo, de 28.8 a 66.9 y Veracruz, de 41.3 a 74.5 por 100,000 habitantes. Los estados con tasas más bajas en 2013 fueron Quintana Roo con 26.4 y Tlaxcala con 36.0, aunque en estas entidades la tendencia también fue creciente (gráfica 5.48).

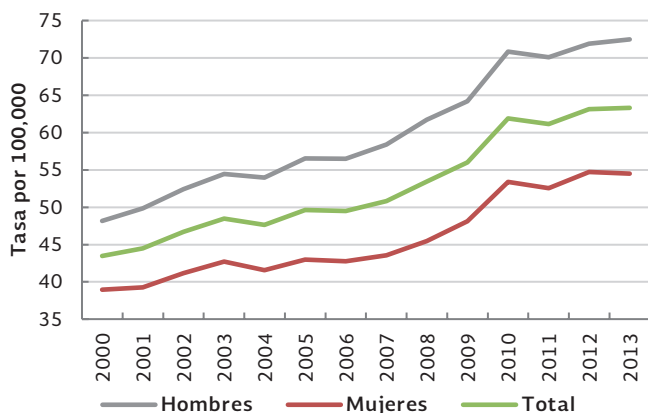
¹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud en las Américas, Edición de 2002 Volumen I. Washington, DC: OPS, 2002. Disponible en: <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americas-2002-vol-1.pdf>

Gráfica 5.45 Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades isquémicas en países de la OCDE, 2012



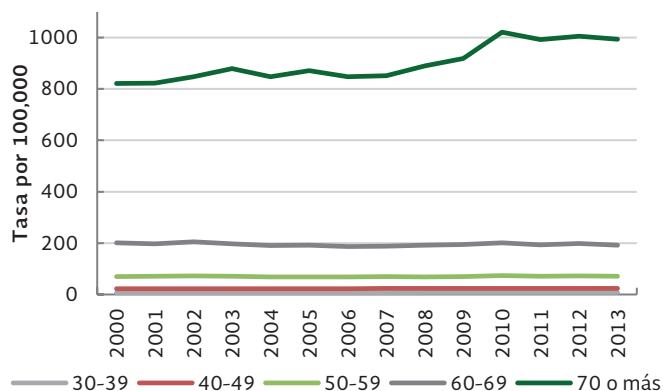
Fuente: OECD Health Statistics 2015

Gráfica 5.46 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por sexo, 2000-2013



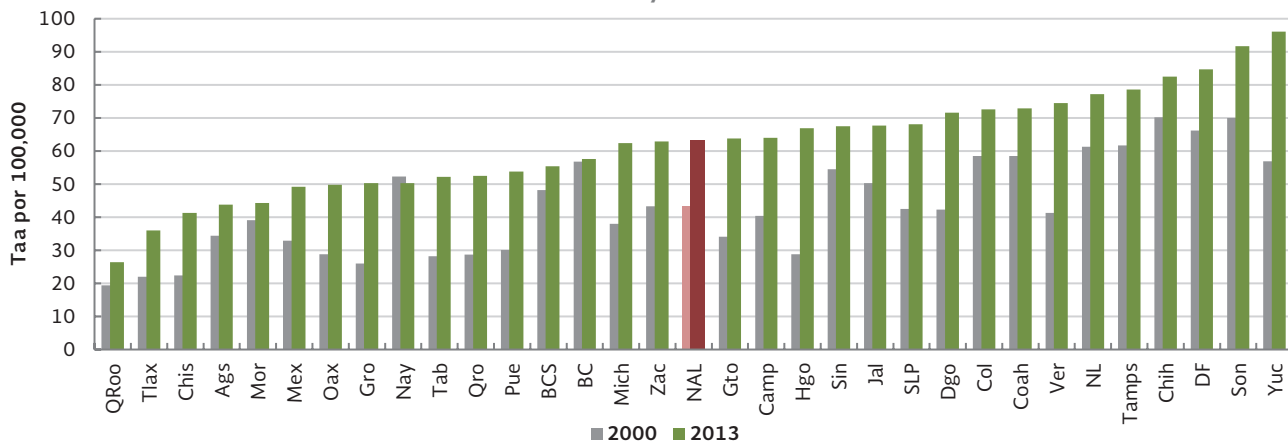
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.47 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por grupos de edad seleccionados, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.48 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR

Se define como la relación entre las defunciones a consecuencias de lesiones no intencionales en las que existió participación de un vehículo terrestre de motor en un evento de tránsito (ocurrido en vía pública), y la población total en un momento determinado. Se expresa como número de muertes por accidentes de tránsito de vehículo de motor por 100,000 habitantes.

Los accidentes de tránsito son considerados por la Organización Mundial de la Salud como un problema prioritario de salud pública. Estos eventos representan la novena causa de muerte a nivel mundial y provocan la pérdida de 1.24 millones de vidas cada año. Además, su impacto sobre la salud no se limita a su letalidad: entre 20 y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, los que generan un alto impacto en los sistemas de atención hospitalaria y provocan limitaciones físicas temporales o permanentes¹.

Casi dos terceras partes de las muertes que en el mundo se derivan de este tipo de accidentes ocurren en diez países, de los cuales México ocupa el séptimo lugar. Las muertes por accidentes viales en nuestro país duplica el valor promedio a nivel mundial y casi una tercera parte de ellos lo constituyen los atropellamientos².

Dentro de los países de la OCDE, México ocupó en 2012 el segundo lugar con la tasa más alta (17.4) solo por debajo de Brasil (25.1) (gráfica 5.49).

A nivel nacional la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito mantiene una tendencia estable, con variaciones irregulares entre 2000 y 2013. En 2000 el valor agregado de este indicador fue de 13.6 muertes por 100,000 habitantes, mientras que en 2013 se ubicó en 12.8. La tasa es cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres (gráfica 5.50).

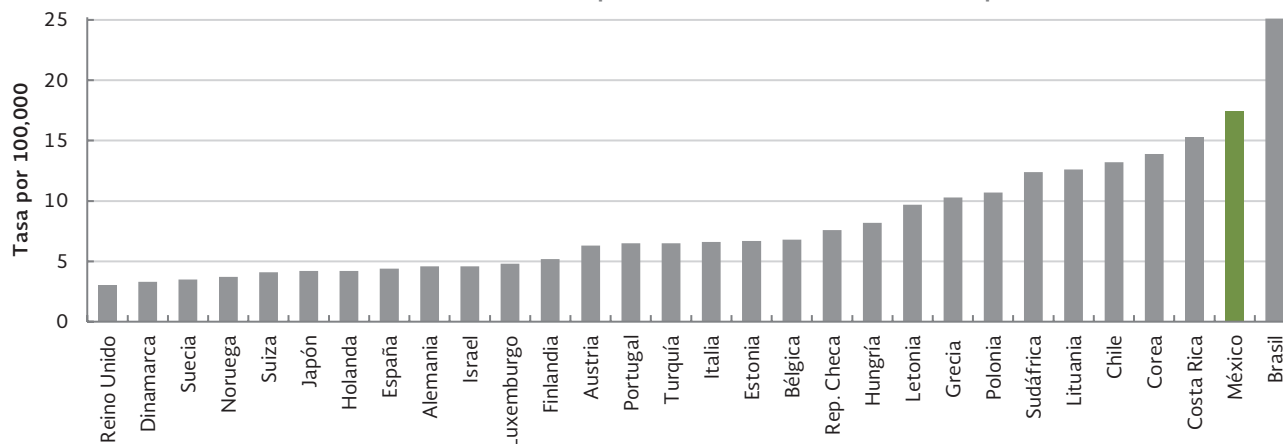
Aunque los accidentes de tránsito causan más muertes tanto en hombres como en mujeres de 15 a 29 años de edad que en otros grupos de edad, la tasa de mortalidad más alta por esta causa se observa en adultos mayores de 65 años (cuadro 5.7). Vale la pena resaltar que la tendencia en este grupo es claramente descendente a partir de 2008.

A nivel de entidad, hay tres estados que han tenido un incremento marcado en la mortalidad por accidentes de tránsito entre 2000 y 2013: Tabasco, que pasó de una tasa de 13.5 a 24.8, Durango que pasó 10.8 a 20.5 y Nuevo León, que pasó de 4.8 a 12.4 muertes por 100,000 habitantes. En 2013, las entidades con tasas más bajas fueron Baja California y Veracruz, ambas con valores por debajo de 8 defunciones anuales por 100,000 habitantes. Se observan descensos significativos superiores al 25% en Baja California Sur, Tamaulipas, Michoacán y Puebla (gráfica 5.51).

¹ Silva E. Mortalidad por accidentes automovilísticos en la zona metropolitana de la Ciudad de México a finales del siglo XX. Papeles de población, 2009;15:143-72.

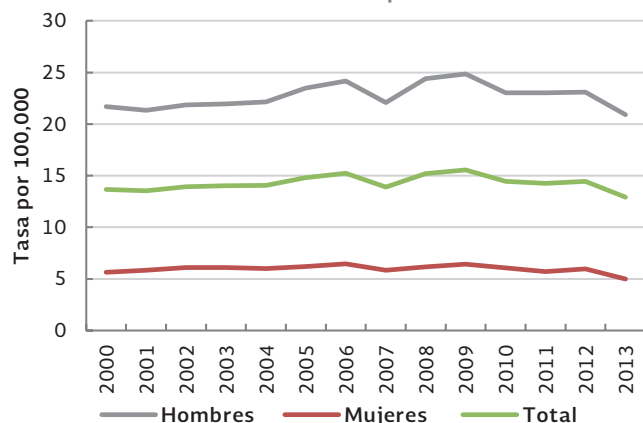
² Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Accidentes de tránsito, 2012. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/avisos/977-accidentes-transito.html>

Gráfica 5.49 Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tránsito en los países de la OCDE, 2012



Fuente: OECD Health Statistics 2015

Gráfica 5.50 Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito de vehículos de motor por sexo, 2000-2013



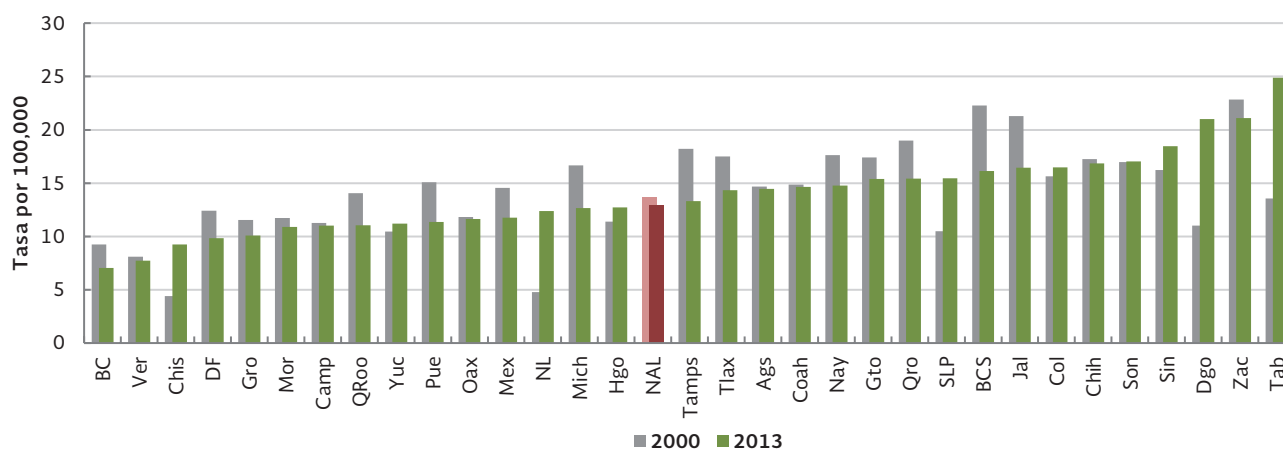
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Cuadro 5.7 Tasa de mortalidad y defunciones por accidentes de tránsito de vehículos de motor por grupo de edad, 2000 y 2013

Grupo de edad	2000			2013		
	Defunciones			Defunciones		
	Total	Porcentaje	Tasa por 100,000	Total	Porcentaje	Tasa por 100,000
0 a 14	1,516	11%	4.5	1,046	7%	3.1
15 a 29	4,503	33%	15.6	5,009	33%	16.0
30 a 44	3,377	25%	17.1	3,970	26%	15.6
45 a 64	2,603	19%	19.8	3,222	21%	15.8
65 o más	1,623	12%	31.1	1,855	12%	24.0

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.51 Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito de vehículos de motor por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIOS

Se define como el número de muertes por lesiones auto-infligidas intencionalmente entre el total de la población en un momento determinado. Se expresa como el número de muertes por suicidios por 100,000 habitantes.

En México, las lesiones intencionales auto-infligidas son la tercera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres de 15 a 29 años de edad. Este comportamiento no es muy distinto al observado en el panorama internacional. De hecho, la diferencia con México no se debe a que la muerte auto-infligida sea menos importante, sino al peso relativo que tienen los homicidios en la gente joven de nuestro país.

Más allá de los números, los suicidios representan un gran desafío para la salud pública porque requieren una aproximación multisectorial y generan un gran impacto en la familia de la víctima e incluso en el círculo social externo al núcleo familiar.

Aunque el suicidio por lo general se interpreta como un acto desencadenado por una problemática vital agobiante, existen estudios que muestran que un alto porcentaje de este tipo de eventos se liga a condiciones de salud mental, como la depresión, los trastornos esquizoide y el consumo de alcohol o drogas, sobre los que sería posible intervenir¹.

La tasa nacional de mortalidad por suicidios entre 2000 y 2013 pasó de 3.5 a 4.8. Los suicidios en nuestro país son 4.7 veces más frecuentes en

hombres que en mujeres, aunque la frecuencia en éstas se ha incrementado a un ritmo más rápido en los últimos años, pasando de 1.1 suicidios por 100,000 mujeres en el año 2000 a 1.7 en 2013, un incremento de 62%. En el mismo periodo, la tasa de suicidios en hombres creció 37%, mientras que la tasa nacional pasó de 3.5 a 4.8 (gráfica 5.52).

La tasa más alta de suicidios se observa en el grupo de 20 a 29 años, pero con una tendencia claramente ascendente entre 2000 y 2010 para los decenios de edad de los 10 y hasta los 49 años. Después de esa edad el patrón es más estable, aunque también creciente, con incrementos acumulados de 27% para el grupo de 50-59 años y 7% para mayores de 60 años (gráfica 5.53).

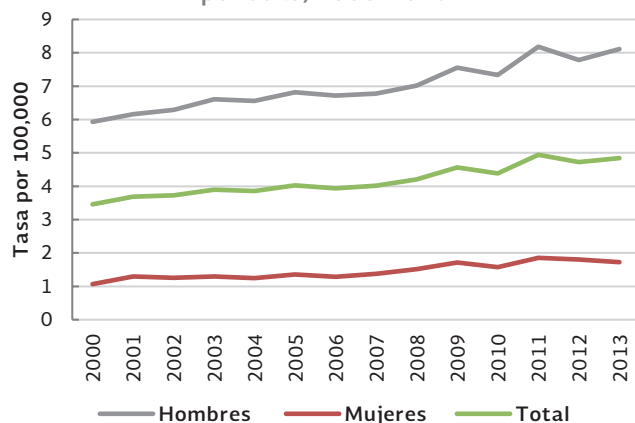
Tradicionalmente^{2 y 3} se ha identificado a los estados de la costa del golfo como los de tasas más altas. No obstante, el análisis por sexo y entidad muestra que en 2013, los estados con mayor mortalidad por esta causa fueron Quintana Roo, Aguascalientes y Campeche, con tasas cercanas a 9 suicidios por 100,000 habitantes. En el extremo opuesto se ubican Guerrero y Oaxaca, con una tasa de mortalidad de 2.7 y 2.9, respectivamente. Es de notar el aumento que presentaron Aguascalientes y Chiapas tanto en hombres como en mujeres, pues en ambas entidades sus tasas más que se duplicaron entre 2000 y 2013 (gráfica 5.54).

¹ World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative. Geneva, Switzerland: WHO, 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

² Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2004;16:102-9.

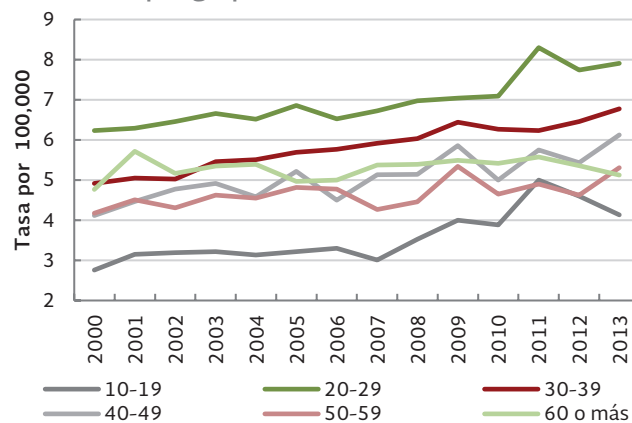
³ Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública de México*, 1996;38:197-206.

Gráfica 5.52 Tasa de mortalidad por suicidios por sexo, 2000-2013



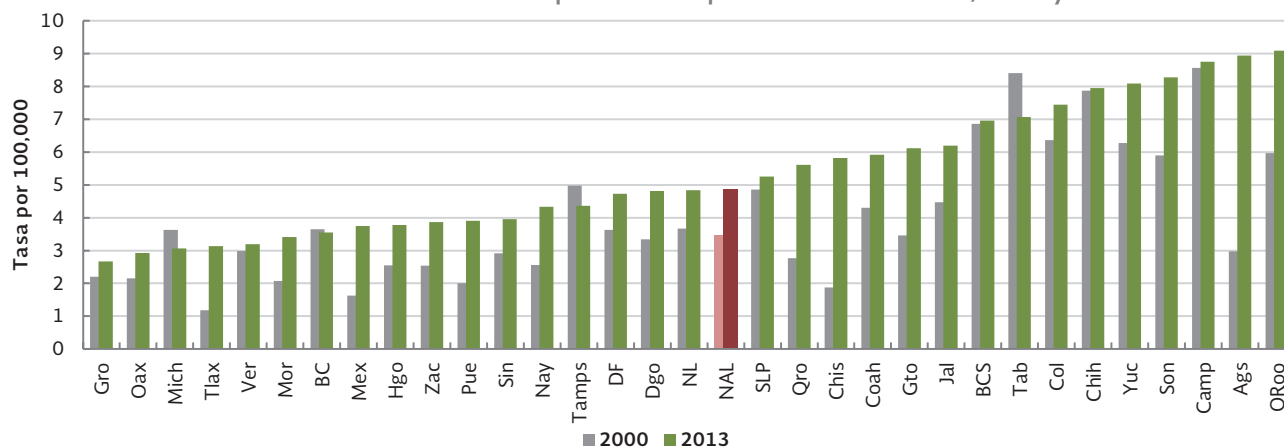
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.53 Tasa de mortalidad por suicidios por grupo de edad, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.54 Tasa de mortalidad por suicidios por entidad federativa, 2000 y 2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

TASA DE MORTALIDAD POR HOMICIDIOS

Se define como la relación entre las muertes a consecuencia de lesiones intencionales causadas por otra u otras personas y la población total en momento determinado. Se expresa como muertes por homicidios por 100,000 habitantes.

Uno de los grandes moduladores del perfil epidemiológico de la salud poblacional en México ha sido el crecimiento exponencial de las muertes violentas que se dio en la segunda mitad de la década pasada. El efecto de esa explosión sigue manifestándose. La violencia no es exclusiva de México. A nivel mundial se registró más de medio millón de homicidios en 2012 y una gran parte de éstos ocurrieron en la región latinoamericana (36%). La Oficina de las Naciones Unidas para Drogas y Crimen estima que la tasa de homicidios mundial es de 6.2 por 100,000 habitantes, significativamente inferior a la cifra de 18.3 observada en México en 2013¹.

En 2012, México presentó una tasa de 19.3, muy por encima de países como Chile (3.9) y Argentina (5.1) pero por debajo de Brasil (27.8), Guatemala (29.7) o El Salvador (61.1) (gráfica 5.55).

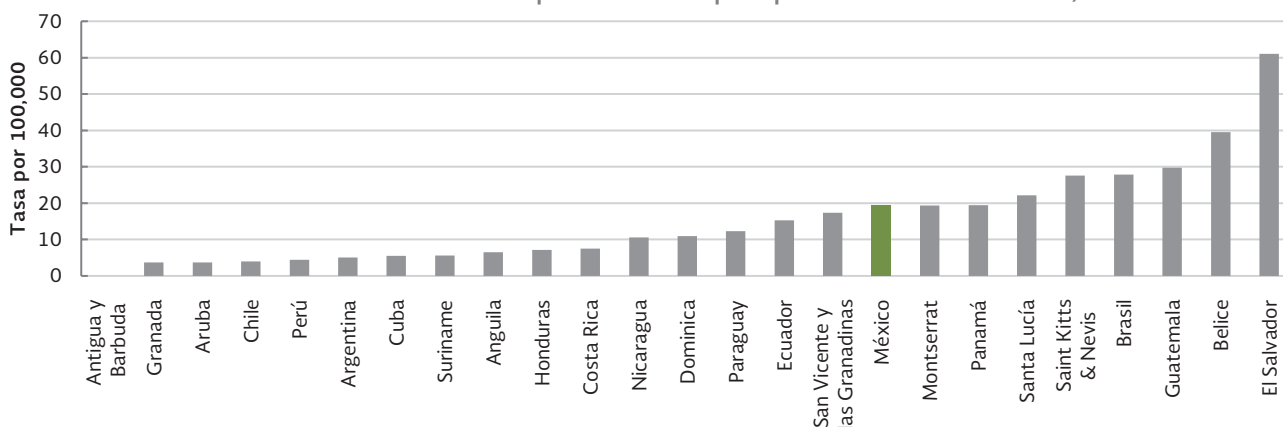
En 2007, la tasa de homicidios en México se disparó súbitamente hasta alcanzar en 2010 el triple del valor correspondiente a 2006 (gráfica 5.56). Para dimensionar el problema, entre 2000 y 2006 las defunciones por homicidios se mantuvieron entre 9 mil y 11 mil. En 2008 las defunciones superaron las 14 mil, en 2009 las 19 mil, en 2010 las 25 mil y en 2011 casi alcanzaron las 27 mil. Gran parte de este aumento se dio en los hombres, cuyas muertes pasaron de 9 mil en 2006 a 24 mil en 2011.

El crecimiento de los homicidios fue particularmente marcado en el caso de los hombres adultos jóvenes, pero en las mujeres también se manifestó entre 2007 y 2012, principalmente debido a lo ocurrido en el grupo de 15 a 29 años, donde la violencia se posicionó como la primera causa de muerte (gráfica 5.57).

Al interior del país las diferencias son abrumadoras. Mientras que Chiapas registró una disminución entre 2000 y 2010 de 56.5%, Chihuahua en el mismo periodo registró un crecimiento de 822%. Chihuahua fue una de ocho entidades en las que la tasa de homicidios más que se duplicó entre 2000 y 2010. Si bien entre 2010 y 2013 los homicidios disminuyeron en Chihuahua, en otras entidades éstos siguieron siendo superiores a los niveles de 2000. Contrastan los casos de Coahuila y Zacatecas, en donde los homicidios han seguido aumentando, ya que en el primero la tasa de homicidios entre 2000 y 2013 aumentó un 389%, mientras que en el segundo el aumento fue de 316%. Algunos estudios internacionales califican como extremadamente grave la situación de la violencia cuando los homicidios ocurren en tasas superiores a 30 por 100,000. Bajo este parámetro, en México en 2013, hubo cuatro estados con niveles críticos de muertes violentas: Morelos (32.2), Sinaloa (40.0), Chihuahua (52.7) y Guerrero (59.5). Hay que mencionar que existen 19 entidades federativas en donde la tasa en 2013 fue superior a la de 2010 y sólo 6 en donde fue menor a la de 2000 (gráfica 5.58).

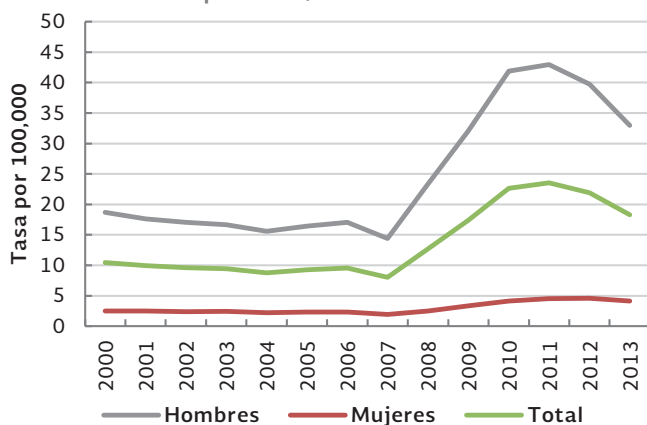
¹ United Nations Office on Drugs and Crime. Global Study on Homicide 2013. Trends, Context, Data. Vienna, Austria: United Nations Publication, 2014. Disponible en: <https://www.unodc.org/gsh/>

Gráfica 5.55 Tasa de mortalidad por homicidios para países seleccionados OPS, 2012

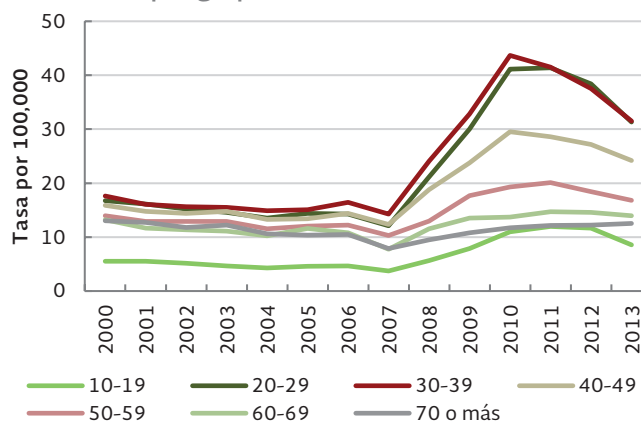


Fuente: PAHO Regional Mortality Information System. Observed mortality. 2015.

Gráfica 5.56 Tasa de mortalidad por homicidios por sexo, 2000-2013



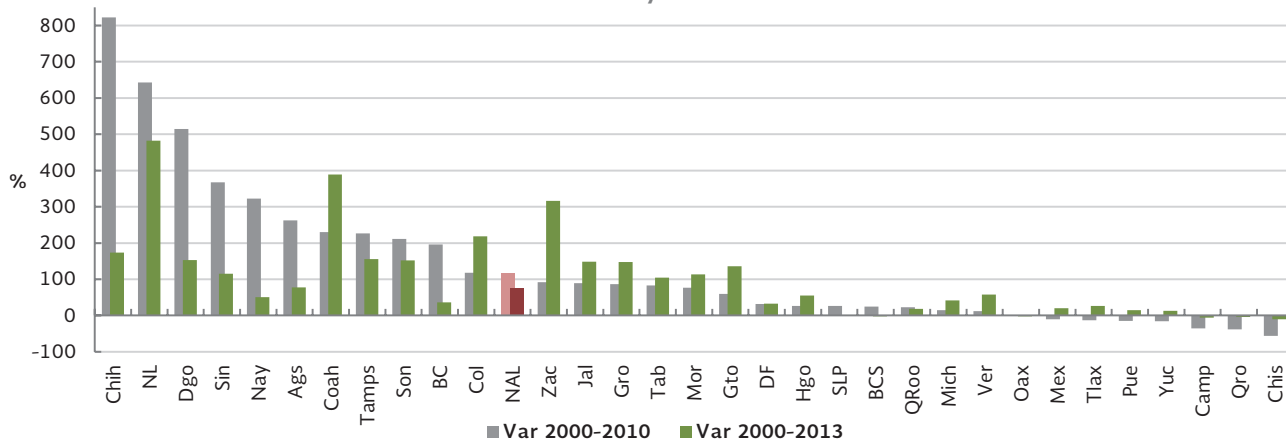
Gráfica 5.57 Tasa de mortalidad por homicidios por grupo de edad, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.58 Variación en la tasa de mortalidad por homicidios por entidad federativa, 2000-2010 y 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000, 2010 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

6. CARGA DE LA ENFERMEDAD, LAS
LESIONES Y LOS FACTORES DE RIESGO
EN MÉXICO 1990-2013, RESULTADOS
A NIVEL ESTATAL



INTRODUCCIÓN

Usualmente, las pérdidas de salud por enfermedades, lesiones y factores de riesgo se estiman de manera separada. Por un lado se cuantifican las muertes y por otro, los casos de enfermedad y/o discapacidad, pero por la naturaleza intrínseca del hecho, se reportan de manera separada ya que no se pueden agregar. En otras palabras, se presentan las principales causas de muerte y las principales causas de morbilidad en listas separadas. Esto implica que cuando se establecen prioridades de salud bajo dicho enfoque, de manera implícita se asume que las personas que no murieron están “sanas” y que las listas de morbilidad efectivamente reflejan las necesidades de salud de la población y no la demanda de atención.

El estudio de la Carga Global de la Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) ofrece una manera diferente de analizar las pérdidas de salud, ya que aporta un indicador compuesto que integra los daños provocados por la muerte prematura y aquellos ocasionados por vivir enfermo y discapacitado con diferentes niveles de gravedad por una o varias enfermedades a la vez. En otras palabras, el estudio de la carga de la enfermedad incorpora el concepto del tiempo utilizando los años de vida que se pierden por muertes prematuras (APMP) y los años de vida asociados con discapacidad (AVD), con lo cual, es posible agregar las pérdidas por muerte y enfermedad en el indicador años de vida saludable perdidos (AVISA).

El GBD se trata de un enfoque holístico, descriptivo, incluyente y comparable, cuya intención explícita es informar los debates sobre cómo determinar prioridades de salud. Este estudio es un esfuerzo científico sistemático, cuyos antecedentes se sustentan en los trabajos iniciales de Murray y Lopez¹. En el estudio de la *Carga Mundial de la Enfermedad 2013* (GBD2013), que es una actualización del estudio de la *Carga Mundial de la Enfermedad, las Lesiones y los Factores de Riesgo 2010* (GBD2010), publicado en 2012, los resultados se generaron

por primera vez a nivel estatal en México^{2,3,4}. Cabe señalar que solo tres países en el mundo cuentan con resultados a nivel sub-nacional: China, el Reino Unido y México, lo cual permite volver partícipes a las entidades federativas, para hacerse cargo y resolver lo más apremiante en su contexto.

METODOLOGÍA

Algunos detalles metodológicos se describen en continuación. El estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013 incluye el análisis de información del periodo 1990-2013 para 188 países, 306 enfermedades, 2,337 secuelas y 79 factores de riesgo, por grupos de edad y sexo^{5,6,7,8}. Cabe resaltar que los métodos de cálculo empleados para las 32 entidades federativas fueron los mismos que para los 188 países, en otras palabras, cada una de las entidades federativas se trató como otro país.

El análisis de este trabajo descansa en dos principios importantes que rigen el estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad:

- I. Realizar comparaciones adecuadas. Por esa razón, la lista de causas de enfermedades y lesiones, así como de factores de riesgo estudiadas, son un conjunto de categorías mutuamente excluyentes y colectivamente exhaustivas. Con el objeto de realizar comparaciones en el tiempo, se incluyen los insumos necesarios para cons-

² Murray CJL, Vos T, Lozano R., et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases Study 2010. *Lancet* 2012, 380:2197-223.

³ Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jimenez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgos y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Publica Mex* 2013; 55 (6): 580-594.

⁴ Lozano R, Gómez-Dantes H, Pelcastre B, Ruelas MG, Montañez JC., Campuzano JC, Franco F, González JJ. Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos, Cuernavaca Mor. Instituto Nacional de Salud Publica/Secretaria de Salud.

⁵ GBD 2013. Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, Regional, and National age-sex specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 385:117-71.

⁶ Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *www.thelancet.com* Published online June 8, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)

⁷ GBD 2013 Risk Factors Collaborators. Global, regional and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risk or cluster of risk in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. Published on line Sept 11, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00129-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00129-4)

⁸ GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*. Published on line August 27, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X)

¹ Murray C, Lopez AD. Global and regional cause of death patterns in 1990. *Bull World Health Organ* 1994;72(3):447-480.

truir estimaciones de los indicadores de interés en toda la serie de tiempo, es decir de 1990 a 2013. Es conveniente hacer explícito que se considera que una estimación incierta -incluso cuando los datos son escasos o no están disponibles- es preferible a no tener ninguna estimación, pues por lo general la falta de estimaciones puede ser interpretada como si no hubiera pérdidas de salud de esa condición.

- II. Se privilegia la consistencia interna de las mediciones a la precisión de las estimaciones. En este sentido, la suma de las causas específicas de muerte debe igualar la mortalidad por todas las causas. Es decir se sigue el principio de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que establece que “una muerte es igual a una causa”. De la misma manera, la suma de los resultados estimados de discapacidad como la ceguera, debe igualar el número de todas las causas de ceguera. Se trata de generar resultados cuando la incidencia, prevalencia, remisión y duración de las enfermedades y lesiones sean internamente consistentes.

INDICADORES

Años de vida perdidos por muerte prematura

Los años de vida perdidos por muerte prematura (APMP), se definen como el tiempo perdido por haber fallecido antes del tiempo esperado y se obtienen de multiplicar el número de muertes para cada grupo de edad, por la esperanza de vida estándar a esa edad, independientemente del sexo. La esperanza de vida al nacer de esta tabla estándar es de 86.0 años y deriva de aplicar la menor mortalidad por edad y sexo observada en el mundo, con lo cual se pretende representar el patrón de mortalidad al que se puede aspirar en todos los lugares del mundo⁹. Los APMP se calcularon para 240 enfermedades por grupos de edad y sexo, de 1990 a 2013, para cada una de las entidades federativas.

Años vividos asociados a discapacidad

Los años vividos con discapacidad (AVD) se definen como el tiempo que un individuo perdió su capacidad funcional debido a una enfermedad o a una secuela a consecuencia de esa enfermedad. Los AVD

son el producto de multiplicar las prevalencias estimadas de cada una de las secuelas vinculadas a las 301 condiciones agudas y crónicas seleccionadas, por el ponderador de la discapacidad de cada una de ellas. El ponderador de discapacidad es un valor en una escala continua que va de 0 a 1, en donde 0 equivale a *salud* y 1 equivale a *muerte*. Las condiciones más graves como cuadriplejía, depresión severa y esquizofrenia se acercan al valor de 1, y las más leves, como vitíligo y diarrea, entre otras, al valor de 0. La construcción de los ponderadores de la discapacidad deriva de los resultados de una encuesta realizada en más de 15 mil hogares en cinco países y de una encuesta electrónica aplicada a 16,328 participantes de 175 países. En esta encuesta, se obtuvieron comparaciones pareadas que valoraron 220 condiciones de salud a través de viñetas, que describían las consecuencias funcionales y síntomas asociados a cada una de las secuelas exploradas. Los detalles de la metodología empleada para calcular los ponderadores fueron publicados previamente¹⁰.

Los AVD se estimaron a partir de casos prevalentes de las 2,337 secuelas estudiadas. Para la obtención de las prevalencias se revisaron de manera sistemática 35,620 distintas fuentes de datos a nivel mundial, por ejemplo: estudios publicados, encuestas en viviendas, sistemas de vigilancia de enfermedades notificables, registros de cáncer y de otras enfermedades (diabetes, insuficiencia renal, entre otras); egresos hospitalarios y consultas ambulatorias. Es importante mencionar que para algunas condiciones se hicieron ajustes de gravedad en los ponderadores y para todas las causas se ajustó el cálculo de la comorbilidad presente.

Años de vida saludable perdidos

Los años de vida saludable perdidos o años de vida saludable ajustados por discapacidad (AVISA) son un indicador general de la GBD y se calculan al sumar los APMP y AVD.

Esperanza de vida saludable

La esperanza de vida saludable (EVISA) se define como la esperanza de vida de una población sin contar la proporción de población enferma. Es el único indicador que se emplea en el estudio de la

⁹ Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012;380:2095-128.

¹⁰ Salomon J, Vos T, Hogan D, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: Global Burden of Disease 2010 disability weights measurement study. *Lancet*, 2012, 380:2129-43.

carga de la enfermedad que mide la salud de manera positiva. A diferencia de los otros indicadores que miden pérdidas, este resume en una medida los años que en una población se esperaría vivir con plena salud a diferentes edades. Se obtiene al ajustar la esperanza de vida por los AVD, combinando los resultados de las tablas de mortalidad y las estimaciones de los años vividos con discapacidad para todas las causas. Los detalles del procedimiento de cálculo han sido publicados recientemente¹¹. Es decir, al descontar los años que representan las enfermedades en la población a la esperanza de vida, queda un remanente de años de vida libres de discapacidad o esperanza de vida saludable.

FUENTES DE INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS PARA LOS CÁLCULOS ESTATALES

Los insumos que se usaron para correr los modelos de causas de muerte y de los casos prevalentes provienen de fuentes de datos mexicanas cuando éstas estaban disponibles. Para apoyar la modelación se construyó una matriz de covariables de 1990 a 2013. Del total de covariables requeridas (363) se logró conjuntar 80% a nivel estatal¹². Para calcular los APMP se emplearon las bases de datos de defunciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de 1980 a 2013. Para calcular los resultados no letales se emplearon resultados de las encuestas de salud (1987 a 2012), registros epidemiológicos y estudios epidemiológicos especiales (publicaciones). Para calcular la carga atribuible a los factores de riesgo se generaron variables a nivel estatal, regional o nacional para 58 de los 79 factores de riesgo estudiados. Estos datos fueron proporcionados por un grupo de investigadores mexicanos de los Institutos Nacionales de Salud. Los modelos para generar resultados se realizaron en el Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington, en Estados Unidos de América (IHME, por sus siglas en inglés).

¹¹ Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 2015;386:743-800.

¹² Para fines del estudio de la carga de la enfermedad una covariable es una variable que tiene una relación positiva o negativa con una enfermedad, lesión o factor de riesgo en el GBD. También se conocen como variables independientes, predictoras o variables explicativas. Se utilizan para informar el proceso de estimación de todos los modelos en el estudio GBD. Para los países y las condiciones con una gran cantidad de datos, las covariables juegan un papel mínimo en el proceso de estimación. Para los países y las condiciones con pocos datos, el papel de las covariables es muy importante.

Los indicadores que dan cuenta de los resultados de pérdidas de salud relacionadas con causas específicas de enfermedad y lesiones son:

Mortalidad por causas

Los métodos que se usaron para corregir el sub-registro para poder modelar la mortalidad por edad y sexo de 2000 a 2013 fueron presentados por Wang y colaboradores¹³. Es importante mencionar que se corrigió por separado el sub-registro en menores de 5 años y en adultos de 15 a 59 años. Las fuentes de información que se emplearon para el análisis fueron las bases de estadísticas vitales del INEGI, así como otras fuentes nacionales e internacionales^{14,15,16,17}. Los detalles de la agrupación de causas usando la 9° y 10° revisiones de la CIE han sido publicados previamente¹⁰. La corrección de la incorrecta clasificación de las causas de muerte se basa en los criterios generales usados en los estudios de Naghavi y Ahern. En general, estos métodos consisten en la identificación de causas mal definidas inespecíficas o aquellas que no pueden ser consideradas como causa básica de muerte (por ejemplo, senilidad y paro cardiaco), y en su redistribución en las causas estudiadas, empleando algoritmos estadísticos, juicios de expertos basados en la literatura científica o siguiendo proporciones de las causas conocidas^{18,19}. Una vez corregida la calidad de los datos se procedió a modelar cada una de las causas por separado. Los detalles de la modelación y la validación de los modelos empleados han sido publicados previamente^{20,21,22}.

¹³ Wang H, Dwyer L, Lofgren K, et al. Age specific and sex specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2071-2094.

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de mortalidad 1990-2011. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=11094>.

¹⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censos y Conteos de Población y Vivienda. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx>.

¹⁶ Integrated Public Use Microdata Series, International, IPUMS, Minnesota Population Center, University of Minnesota, EUA. Disponible en: <https://international.ipums.org/international>.

¹⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Registros Administrativos/Mortalidad. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=mortgral&c=33465&cl=4>.

¹⁸ Naghavi M, Makela S, Foreman K, et al. Algorithms for enhancing public health utility of national causes of death data. *Population Health Metrics*, 2010;8:9.

¹⁹ Ahern RM, Lozano R, Naghavi M, et al. Improving the public health utility of global cardiovascular mortality data: the rise of ischemic heart disease. *Population Health Metrics*, 2011;9:8.

²⁰ Foreman K, Lozano R, López AD, et al. Modeling causes of death. An integrated approach using CODEm. *Population Health Metrics* 2012;10:1.

²¹ Murray CJL, Rosenfeld LOC, Lim SS, et al. Global malaria mortality between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet* 2012;379:413-431.

²² Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1890 and 2010; a systematic analysis. *Lancet* 2011;378:461-484.

Factores de riesgo

Finalmente, el componente de carga de la enfermedad incluye la estimación de daños atribuibles a la exposición a 79 factores de riesgo que se agregan en: conductuales (por ejemplo, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas, e inactividad física); dieta (deficiencias de micronutrientes, consumo elevado de grasas o de azúcares industrializados, entre otros); metabólicos o fisiológicos (glucosa en sangre elevada, presión arterial elevada, índice de masa corporal elevado, baja concentración de hemoglobina, entre otros); ambientales (utilización de combustibles sólidos, exposición a plomo o a partículas suspendidas, entre otros); agua y saneamiento (hogares sin dotación de agua potable y drenaje dentro de la vivienda); ocupacionales; abuso sexual; y lesiones y violencia.

La estimación de las defunciones y AVISA atribuibles al conjunto de factores de riesgo, se realizó a partir del marco conceptual que integra las causas distales socioeconómicas, las proximales conductuales y ambientales, y las causas fisiológicas y pato-fisiológicas identificadas en la revisión sistemática de las evidencias convincentes o probables. Las evidencias convincentes son aquellas asociaciones biológicas plausibles entre la exposición al factor de riesgo y la enfermedad, que además son consistentes en un número sustancial de estudios prospectivos o ensayos aleatorizados controlados, con tamaños de muestra y seguimiento suficientes, y que no cuenten con estudios que sugieran lo contrario o un efecto nulo. Las evidencias probables son las que muestran alguna evidencia en contra, pocos estudios, de corta duración, muestras pequeñas o tasas de seguimiento bajas. La estimación de la exposición a los diferentes factores de riesgo se realizó a partir de la revisión de la literatura publicada y gris²³.

En esencia los modelos se sustentan en la distribución de los factores de riesgo, la prevalencia de la exposición a cada factor de riesgo en todos los grupos

de edad, en la medición de la fracción atribuible poblacional para las diferentes causas de muerte y el valor de riesgo teórico mínimo. Cada factor de riesgo se analizó de manera independiente por lo que la suma de las fracciones atribuibles para una enfermedad o lesión puede superar 100%. Los niveles de incertidumbre se estimaron a partir de los modelos de simulación diseñados *ex profeso*²⁴.

PRINCIPALES RESULTADOS DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD A NIVEL NACIONAL, 1990-2013²⁵

Los resultados muestran que en México se perdieron 25.8 millones de AVISA en 1990 y 29.9 millones en 2013. Lo anterior representa una tasa anual de incremento de 0.6%. Esta tasa equivale a un poco menos de la mitad de la tasa de crecimiento de la población mexicana para el mismo periodo, por lo que el riesgo de perder un año de vida saludable en el país presenta un decremento de 0.9% anual. En 1990 la tasa ajustada por edad de AVISA perdidos fue de 343 por 1,000 habitantes y en 2013 bajó a 278 por 1,000.

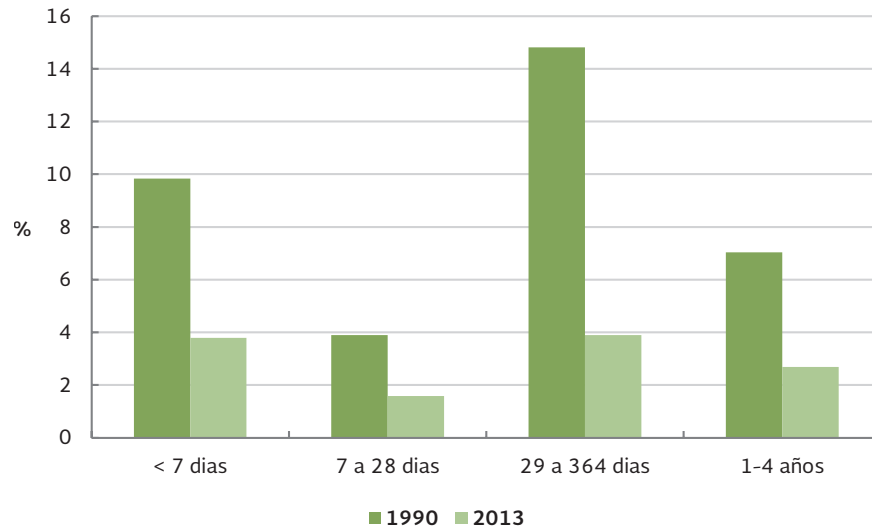
La proporción de AVISA perdidos, expresada como porcentaje por grupo de edad se muestra en las gráficas 6.1 y 6.2. En la gráfica 6.1 se aprecian claramente los importantes resultados de éxito en los niños menores de cinco años. Se observa un decremento significativo en la proporción de AVISA perdidos en este grupo de edad durante el periodo 1990 a 2013. En contraste, en la gráfica 6.2 se observan dos tendencias, la primera ocurre en el grupo de 5 a 24 años, en donde se mantiene el descenso; y la segunda, en donde no obstante lo anterior, a partir de los 25 años, la proporción de AVISA perdidos aumenta progresivamente. Esto se traduce en que, el éxito obtenido en los menores de 25 años, genera una mayor carga en los adultos jóvenes. Esta transición de las pérdidas de la salud de los niños a los adultos jóvenes, en gran medida se asocia con la caída de la fecundidad y el envejecimiento de la población.

²³ También conocida como no convencional, semi-publicada, invisible, menor o informal. Se refiere a cualquier tipo de documento que no se difunde por los canales ordinarios de publicación comercial, y que por tanto plantea problemas de acceso.

²⁴ Lim S, Vos T, Flaxman D, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2224-60.

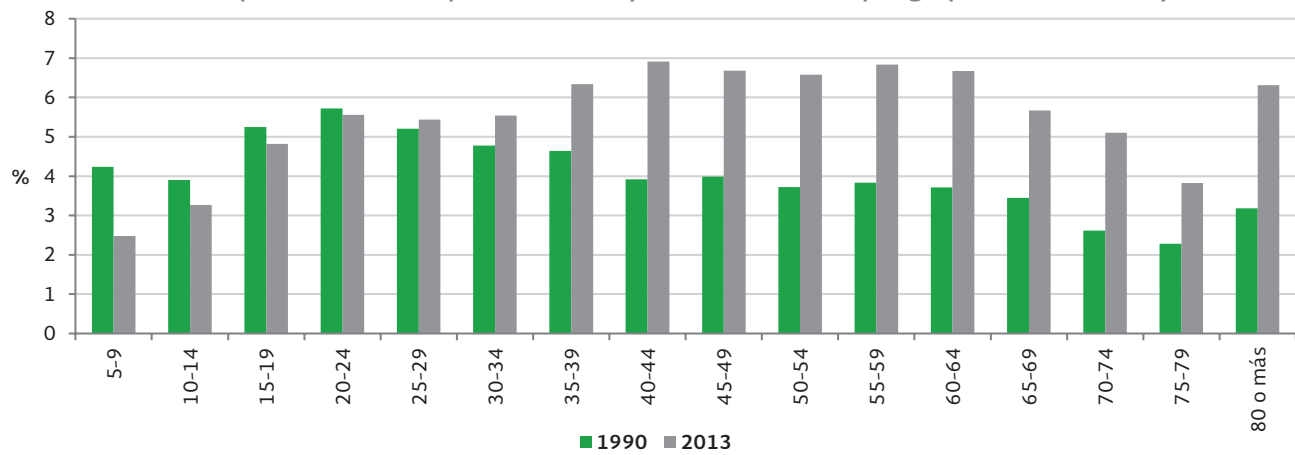
²⁵ Las principales causas de muerte presentadas aquí pueden no coincidir con lo presentado en otras secciones del informe debido a que en esta sección se corrigen las mortalidades por subregistro y se utiliza una clasificación de enfermedades diferente.

Gráfica 6.1 Proporción de AVISA perdidos en menores de cinco años, 1990 y 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.2 Proporción de AVISA perdidos en mayores de cinco años por grupo de edad, 1990 y 2013



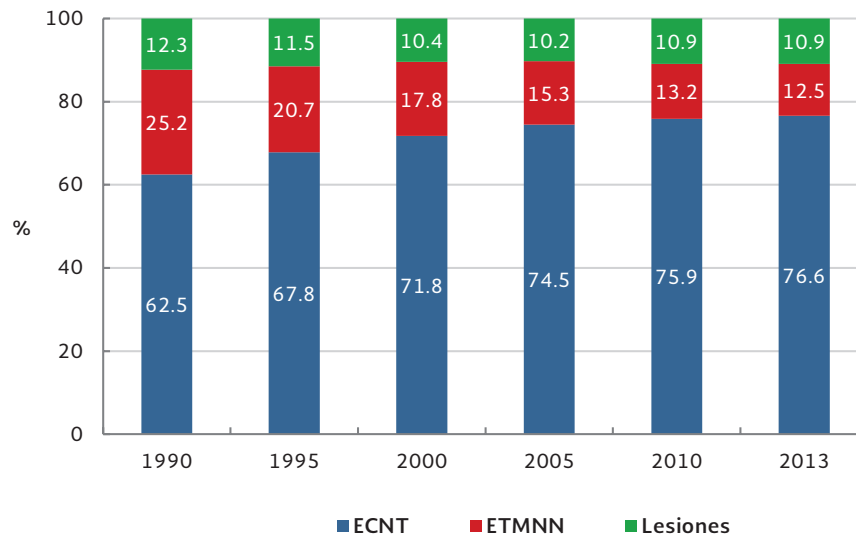
Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Otra transición es la que sucede en relación con las causas (enfermedades transmisibles, no transmisibles y las lesiones) asociadas a las pérdidas de la salud en México en los últimos 23 años. En la gráfica 6.3 se presenta la proporción de la carga que se asocia con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que desde 1990 ya representaban para el país 62.5% y 23 años después asciende a 76.6%. Esto se explica en gran medida, por la dis-

minución de AVISA perdidos en el grupo de enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y de la nutrición (ETMNN), pues la carga asociada a las lesiones accidentales e intencionales no sufrió modificaciones importantes a lo largo del tiempo analizado.

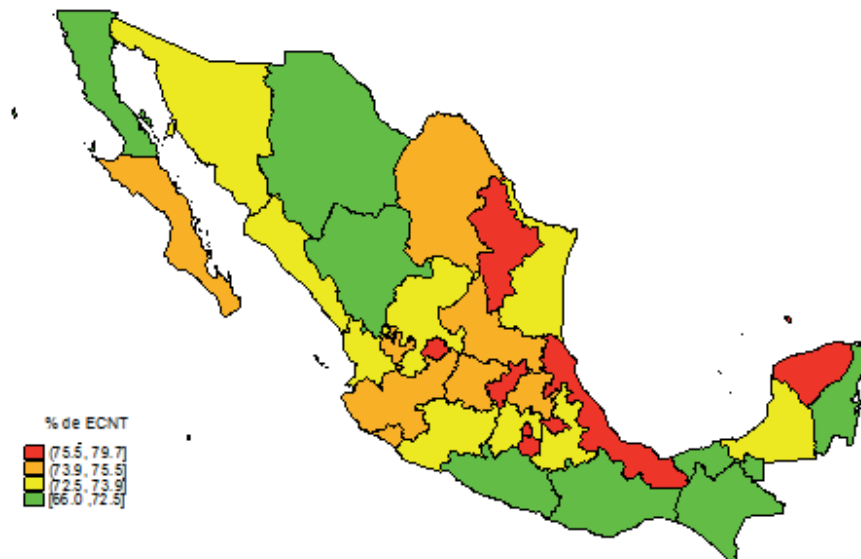
El contraste por entidad federativa se presenta en la figura 6.1, en donde se observa que la proporción

Gráfica 6.3 Proporción de AVISA perdidos por grandes grupos de causas, 1990-2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Figura 6.1 Proporción de AVISA perdidos por ECNT, 2013



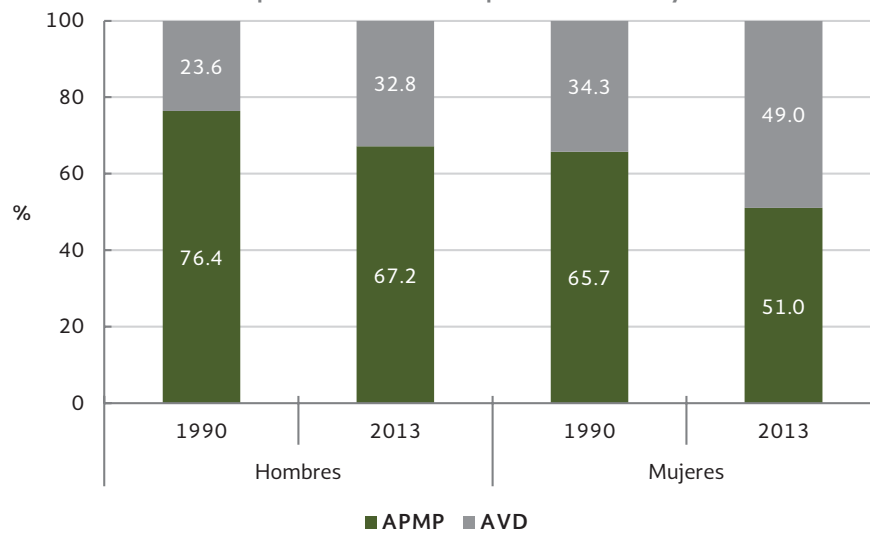
Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

de AVISA perdidos por ECNT va de 66% a 80%. La mayor pérdida de AVISA por causa de ECNT se presenta en entidades de la región central del país.

Una transición más es la que se observa al comparar la carga de la enfermedad según los APMP y AVD. En la gráfica 6.4 se presenta la carga asociada a AVD y APMP, tanto en hombres como en mujeres en 1990 y 2013. En ambos géneros, se observa un

incremento en la proporción atribuible a AVD, aunque en el caso de los hombres hubo un aumento de 9.2 puntos porcentuales —pasó de 23.6% en 1990 a 32.8% en 2013—, mientras que en las mujeres el aumento fue mayor, 14.7 puntos porcentuales —pasó de 34.3% a más de 50%. La disminución de la mortalidad prematura se puede asociar con mayor acceso a los servicios de salud y con el desarrollo de la tecnología, entre otros factores.

Gráfica 6.4 Porcentaje de carga asociada a discapacidad (AVD) y a muerte prematura (APMP) por sexo, 1990 y 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Para conocer cuáles son las necesidades de salud prioritarias en el país se siguió una estrategia sencilla: se organizaron las principales causas de pérdidas de la salud por cada uno de los indicadores mencionados (mortalidad, APMP, AVD y AVISA) y se seleccionaron las 15 primeras causas para ambos sexos y para todas las edades (cuadro 6.1). Es importante hacer notar que la lista de causas no incluye ninguna agrupación, pues el interés es presentar enfermedades asociadas a una intervención específica. Lo anterior se menciona, ya que es muy común que se presenten dentro de las principales causas, agrupaciones como todos los cánceres juntos, o las enfermedades del corazón. Para facilitar el análisis, se presentan en cada una de las columnas el nombre de la causa y su contribución en porcentaje, y a la vez se emplean colores para distinguir si la causa se agrupa como una enfermedad transmisible, materna, neonatal y de la nutrición (ETMNN, en color rojo), como una enfer-

medad crónica no transmisibles (ECNT, en color azul) o como lesiones (en color verde).

Otra aclaración importante es que tradicionalmente las necesidades de salud se organizan con base en la primera columna (del cuadro 6.1), es decir, analizando las principales causas de muerte; esta medida es imprecisa, pues no incluye las pérdidas no letales (como la depresión o la lumbalgia) y asume que el efecto de la edad es similar para todas las causas. Los resultados de este ejercicio de medición de necesidades de salud arrojan que para 2013 la mitad de las 650 mil muertes en México ocurrieron después de los 64 años, mientras que en 1970 (hace 45 años) la mitad de las muertes sucedía antes de cumplir 3 años. Ante este progreso contundente es importante trabajar indicadores que midan la mortalidad prematura y que privilegien las muertes en los menores y en los jóvenes.

El cuadro 6.1 presenta las 15 primeras causas en las que se debería prestar atención de acuerdo a mortalidad, APMP, AVD y AVISA. En la primera columna se observa el típico panorama de un país de ingresos medios con un dominio de las ECNT. Cuando se privilegian las causas que predominan en los niños y los jóvenes (segunda columna), no solo aumenta la importancia de los accidentes de vehículo de motor y homicidios, sino también aparece el suicidio y las enfermedades propias del periodo perinatal. En la tercera columna se observa que fuera de la diabetes, la enfermedad renal crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los demás son padecimientos de alta prevalencia que de manera silenciosa saturan al sistema de salud. Algunos de ellos provienen de los órganos de los sentidos (hipoacusia y defectos refractivos); otros del aparato músculo esquelético (lumbalgia, dolor de cuello, osteoartritis); y los relacionados con las esferas de la salud mental y sistema nervioso (depresión, ansiedad, migraña, esquizofrenia). La suma de los indicadores de las columnas 2 y 3 nos dan el resultado de la columna 4, que en sentido estricto es la forma más adecuada para orientar las necesidades prioritarias para el país.

El cuadro 6.1 presenta los cuatro indicadores para medir daños a la salud: mortalidad, APMP, AVD y AVISA, 2013. En la primera columna se observa el típico panorama de un país de ingresos medios con un dominio de las ECNT. Cuando se privilegian las causas que predominan en los niños y los jóvenes (segunda columna), no solo aumenta la importancia de los accidentes de vehículo de motor y homicidios, sino también aparece el suicidio y las enfermedades propias del periodo perinatal. En la tercera columna se observa que fuera de la diabetes, la enfermedad renal crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los demás son padecimientos de alta prevalencia que de manera silenciosa saturan al sistema de salud. Algunos de ellos provienen de los órganos de los sentidos (hipoacusia y defectos refractivos); otros del aparato músculo esquelético (lumbalgia, dolor de cuello, osteoartritis); y los relacionados con las esferas de la salud mental y sistema nervioso (depresión, ansiedad, migraña, esquizofrenia). La suma de los indicadores de las columnas 2 y 3 nos dan el resultado de la columna 4, que en sentido estricto es la forma más adecuada para orientar las necesidades prioritarias para el país.

Cuadro 6.1 Cuatro indicadores para medir daños a la salud: mortalidad, APMP, AVD y AVISA, 2013

Mortalidad (ajustada por edad)	%	Años Perdidos por Muerte Prematura	%	Años Vividos con discapacidad	%	Años de Vida Saludable perdidos	%
Cardiopatía isquémica	14.5	Cardiopatía isquémica	9.7	Depresión	9.8	Diabetes mellitus	7.1
Diabetes mellitus	9.4	Enfermedad renal crónica	8.1	Lumbalgia	8.3	Cardiopatía isquémica	6.5
Enfermedad renal crónica	9.0	Diabetes mellitus	7.6	Diabetes mellitus	6.3	Enfermedad renal crónica	5.7
Enfermedad cerebrovascular	6.8	Cirrosis	6.6	Hipoacusia relacionada con la edad	5.1	Cirrosis	4.1
Cirrosis	5.9	Accidentes de vehículo de motor	5.2	Otros desordenes musculoesqueléticos	4.6	Drepsión	3.8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	5.6	Homicidios	5.1	Ansiedad	3.9	Accidentes de vehículo de motor	3.4
Enfermedad de Alzheimer	4.3	Anomalías congénitas	4.6	Anemia ferroporiva	3.3	Anomalías congénitas	3.4
Infección respiratoria baja	3.6	Enfermedad cerebrovascular	4.5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.3	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.2
Accidentes de vehículo de motor	2.9	Infección respiratoria baja	3.9	Dolor de cuello	3.1	Lumbalgia	3.2
Homicidios	2.5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.2	Migraña	2.8	Homicidios	3.2
Desnutrición	1.7	Complicaciones de parto prematuro	2.6	Asma	2.7	Enfermedad cerebrovascular	2.9
Cáncer de pulmón	1.4	Enfermedad de Alzheimer	1.7	Osteoartritis	2.0	Infección respiratoria baja	2.4
Anomalías congénitas	1.4	Suicidio	1.4	Esquizofrenia	1.8	Otros desordenes musculoesqueléticos	2.0
Cardiopatía hipertensiva	1.3	Asfisia neonatal	1.2	Enfermedad renal crónica	1.7	Hipoacusia relacionada con la edad	2.0
Cáncer de estomago	1.3	Desnutrición	1.2	Defectos refractivos no corregidos	1.7	Complicaciones de parto prematuro	2.0

Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Por último, en esta sección se debe mencionar el importante cambio que ha presentado la carga atribuible a consecuencia de la exposición a los 79 factores de riesgo estudiados. En el cuadro 6.2 se presentan los 15 principales factores de riesgo observados en 1990 y en 2013 a nivel nacional. En ese periodo, algunos de ellos modificaron su lugar ya sea porque subieron o descendieron en orden de relevancia por su contribución, otros desaparecieron, unos más aparecieron por primera vez y algunos otros se mantuvieron estables. La hiperglucemia y la obesidad, factores de riesgo metabólicos, se mantuvieron en primero y segundo lugar, respectivamente. En ambos, la contribución relativa aumentó más de 50% en el periodo de estudio.

De hecho, fueron los factores de riesgo que, junto con la filtración glomerular baja y la hipertensión, más crecieron en el periodo. El caso de la filtración glomerular baja por la magnitud del porcentaje de cambio (135.7%) y su ascenso al cuarto lugar, debe ser atendido. Otro aspecto a tomar en cuenta es que todos los factores de riesgo asociados a la dieta están aumentando, tanto en el lugar que ocupan, como en su contribución relativa. En contraste, los que descienden son aquellos relacionados con el ambiente, agua y saneamiento inseguro; con las conductas del individuo (consumo de alcohol y tabaco); o con la lactancia y la deficiencia de hierro.

Cuadro 6.2 Cambio en el orden y porcentaje atribuible a 15 factores de riesgo más importantes, de 1990 a 2013

1990			2013			% cambio 1990 a 2013
Orden	Factor de Riesgo	%	Orden	Factor de Riesgo	%	
1	Hiperglucemia	8.5	1	Hiperglucemia	13.2	55.3
2	Obesidad	7.7	2	Obesidad	12.3	59.7
3	Consumo de alcohol	7.1	3	Hipertensión	7.9	49.1
4	Desnutrición infantil	6.6	4	Filtración glomerular baja	6.6	135.7
5	Hipertensión	5.3	5	Consumo de alcohol	6.5	-8.5
6	Agua insegura	4.8	6	Consumo de bebidas azucaradas	3.6	50.0
7	Tabaquismo	4.5	7	Consumo elevado de carne procesada	3.3	32.0
8	Lactancia no optima	4.4	8	Tabaquismo	3.1	-31.1
9	Saneamiento inseguro	3.0	9	Dieta baja en granos	3.1	24.0
10	Filtración glomerular baja	2.8	10	Colesterol elevado	3.0	36.4
11	Consumo elevado de carne procesada	2.5	11	Baja actividad física	2.5	25.0
12	Dieta baja en granos	2.5	12	Dieta baja en vegetales	1.5	15.4
13	Consumo de bebidas azucaradas	2.4	13	Dieta baja en frutas	1.5	7.1
14	Colesterol elevado	2.2	14	Deficiencia de hierro	1.5	-11.8
15	Baja actividad física	2.0	15	Dieta baja en nueces y semillas	1.5	-6.3

	Factor de riesgo metabólico
	Factor de riesgo ambiental y ocupacional
	Factor de riesgo conductual

Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

PRINCIPALES RESULTADOS DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD POR ENTIDAD FEDERATIVA

Análisis por causas

En el cuadro 6.3 se encuentran los resultados de las diez principales causas de AVISA perdidos en el país y en cada una de las entidades federativas. Tanto los colores como las abreviaturas representan una enfermedad y en conjunto permiten realizar una interpretación más amigable de las pérdidas en salud. Lo primero que se aprecia es el mosaico de causas que contribuyen a la pérdida de AVISA. También se observa que es la diabetes mellitus (DM) la que, además de ser la primera causa de AVISA perdidos en nuestro país para 2013, fue la primera causa en 21 entidades.

La violencia también se capitaliza negativamente en el plano sanitario, particularmente en dos entidades, Chihuahua y Guerrero, en donde se constituyó como la primera causa de pérdida de AVISA. En las nueve entidades restantes, fue la cardiopatía isquémica quien protagonizó las primeras causa de pérdida de AVISAS. Si bien la segunda causa a nivel nacional es la cardiopatía isquémica, en algunos estados se suma la enfermedad renal crónica (ERC) como importante causa de AVISA perdidos. Cabe mencionar que ésta se construye a partir de la suma de condiciones renales crónicas derivadas de hipertensión, diabetes, glomerulonefritis y otras.

Cuadro 6.3 Diez principales causas de AVISA perdidos por entidad federativa, 2013

Entidad Federativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nacional	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	DEPRE	A.T	CONGE	EPOC	LUMBA	VIOLEN
Aguascalientes	DIAB	E.R.C.	C ISQ	DEPRE	A.T	EPOC	CONGE	LUMBA	CIRROS	E.R.C.
Baja California	C ISQ	DIAB	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	VIOLEN	CIRROS	CONGE	E.C.V.	A.T
Baja California Sur	C ISQ	DIAB	E.R.C.	A.T	DEPRE	LUMBA	CONGE	EPOC	CIRROS	E.C.V.
Campeche	DIAB	C ISQ	CIRROS	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	A.T	CONGE	EPOC	E.C.V.
Coahuila	C ISQ	DIAB	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	A.T	VIOLEN	E.C.V.	CONGE	EPOC
Colima	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	A.T	DEPRE	LUMBA	VIOLEN	EPOC	CONGE
Chiapas	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	DEPRE	LUMBA	I.R.B.	EPOC	E.C.V.	CONGE
Chihuahua	VIOLEN	C ISQ	DIAB	E.R.C.	A.T	LUMBA	DEPRE	EPOC	CIRROS	E.C.V.
Distrito Federal	DIAB	C ISQ	E.R.C.	DEPRE	CIRROS	LUMBA	CONGE	EPOC	I.R.B.	E.C.V.
Durango	C ISQ	DIAB	VIOLEN	E.R.C.	CONGE	DEPRE	A.T	LUMBA	EPOC	PREMAT
Guanajuato	DIAB	E.R.C.	C ISQ	A.T	DEPRE	CIRROS	LUMBA	EPOC	CONGE	E.C.V.
Guerrero	VIOLEN	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	CONGE	E.C.V.	A.T	LUMBA	DEPRE
Hidalgo	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	DEPRE	LUMBA	A.T	CONGE	EPOC	E.C.V.
Jalisco	DIAB	C ISQ	E.R.C.	A.T	CIRROS	DEPRE	EPOC	CONGE	LUMBA	E.C.V.
México	DIAB	E.R.C.	C ISQ	CIRROS	I.R.B.	CONGE	EPOC	VIOLEN	DEPRE	A.T
Michoacán	DIAB	C ISQ	E.R.C.	A.T	DEPRE	VIOLEN	CIRROS	EPOC	LUMBA	CONGE
Morelos	DIAB	E.R.C.	C ISQ	LUMBA	CIRROS	DEPRE	VIOLEN	EPOC	CONGE	A.T
Nayarit	DIAB	C ISQ	E.R.C.	A.T	DEPRE	VIOLEN	CONGE	LUMBA	EPOC	CIRROS
Nuevo León	C ISQ	DIAB	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	CONGE	VIOLEN	A.T	E.C.V.	EPOC
Oaxaca	DIAB	E.R.C.	CIRROS	C ISQ	DEPRE	VIOLEN	CONGE	LUMBA	E.C.V.	EPOC
Puebla	DIAB	E.R.C.	CIRROS	C ISQ	DEPRE	CONGE	LUMBA	A.T	EPOC	I.R.B.
Querétaro	DIAB	C ISQ	CIRROS	E.R.C.	A.T	DEPRE	LUMBA	CONGE	EPOC	E.C.V.
Quintana Roo	DIAB	C ISQ	CIRROS	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	A.T	EPOC	CONGE	E.C.V.
San Luis Potosí	DIAB	C ISQ	E.R.C.	DEPRE	CONGE	LUMBA	A.T	EPOC	CIRROS	E.C.V.
Sinaloa	C ISQ	DIAB	VIOLEN	DEPRE	A.T	E.R.C.	LUMBA	EPOC	CONGE	E.C.V.
Sonora	C ISQ	DIAB	A.T	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	EPOC	CONGE	VIOLEN	E.C.V.
Tabasco	DIAB	E.R.C.	C ISQ	A.T	DEPRE	LUMBA	CONGE	EPOC	CIRROS	E.C.V.
Tamaulipas	C ISQ	DIAB	E.R.C.	VIOLEN	DEPRE	A.T	LUMBA	CONGE	EPOC	E.C.V.
Tlaxcala	DIAB	E.R.C.	CIRROS	DEPRE	C ISQ	LUMBA	A.T	CONGE	EPOC	E.C.V.
Veracruz	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	DEPRE	CONGE	E.C.V.	LUMBA	EPOC	A.T
Yucatán	C ISQ	DIAB	CIRROS	E.R.C.	DEPRE	A.T	E.C.V.	CONGE	EPOC	I.R.B.
Zacatecas	DIAB	C ISQ	A.T	E.R.C.	DEPRE	EPOC	LUMBA	E.C.V.	CONGE	VIOLEN

DIAB	Diabetes mellitus
C ISQ	Cardiopatía isquémica
E.R.C.	Enfermedad renal crónica
CIRROS	Cirrosis
DEPRE	Depresión
A.T	Accidentes de tránsito
CONGE	Anomalías congénitas*
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
LUMBA	Lumbalgia
VIOLEN	Violencia
E.C.V.	Enfermedad cerebrovascular
I.R.B.	Infección respiratoria baja
PREMAT	Complicaciones de parto prematuro

Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Nota: Las anomalías congénitas agrupan los defectos congénitos del corazón, labio leporino, defectos del tubo neural y síndrome de Down, entre otros.

Diabetes mellitus

Como se dijo antes, la diabetes mellitus (DM) es la principal causa de pérdidas de salud en México y contribuye con 7.1% de los AVISA perdidos (cuadro 6.1). Es importante hacer notar que en esta definición de diabetes no se incluye la nefropatía diabética pues de haberlo hecho, su aportación llegaría

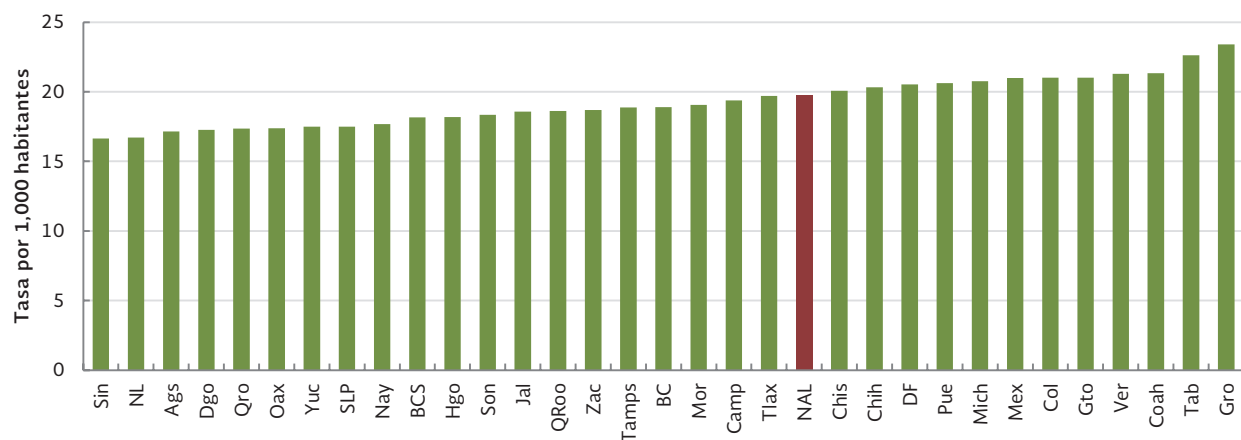
a 10.3%. La DM es la segunda causa de muerte en el país y contribuye con 9.4% de las muertes; es la tercera causa de pérdidas por muerte prematuras y de años vividos con discapacidad. Si bien, en el comportamiento de la DM no se distingue un patrón geográfico (figura 6.2), se observa que la entidad con mayor tasa de AVISA perdidos es Guerrero, 40% más alta que la de Sinaloa (gráfica 6.5).

Figura 6.2 Tasa de AVISA perdidos por diabetes mellitus (ajustada por edad), 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.5 Tasa de AVISA perdidos por diabetes mellitus (ajustada por edad) por entidad federativa, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica, es la segunda causa de pérdidas de la salud en México y contribuye con 6.5% de los AVISA del país (cuadro 6.1). Es la primera causa de muerte con 14.5% del total, y la primera causa de pérdidas por muerte prematura con una participación de 9.7% del total. Su contribu-

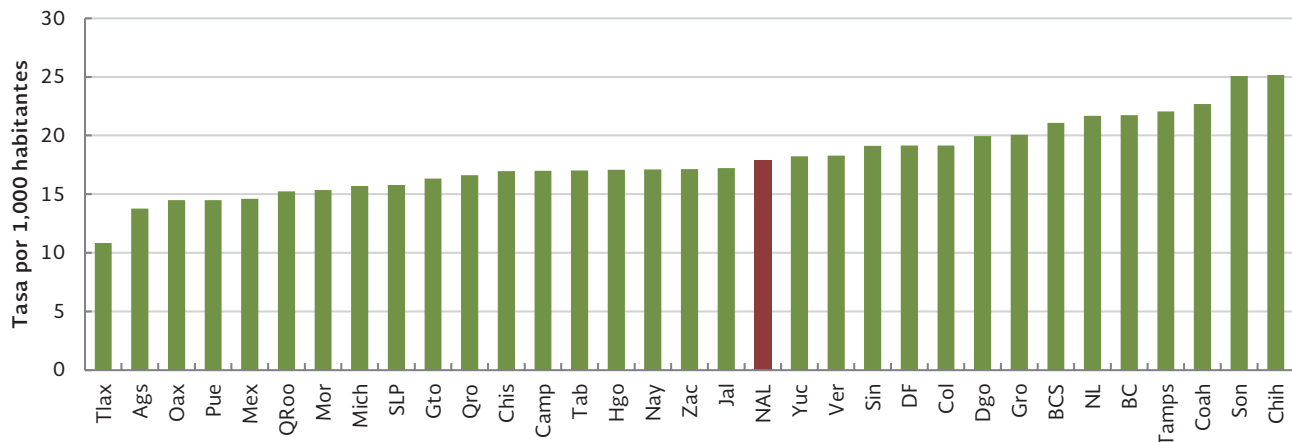
ción a la carga es por la mortalidad prematura y no por la discapacidad. Es evidente la concentración de pérdidas en los estados del norte del país y el menor riesgo en el sur, con excepción de Guerrero que también presenta una tasa alta (figura 6.3). La brecha entre los estados con la mayor y la menor tasa, Chihuahua y Tlaxcala, respectivamente, es de 230% (gráfica 6.6).

Figura 6.3 Tasa de AVISA perdidos por cardiopatía isquémica (ajustada por edad), 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.6 Tasa de AVISA perdidos por cardiopatía isquémica (ajustada por edad) por entidad federativa, 2013



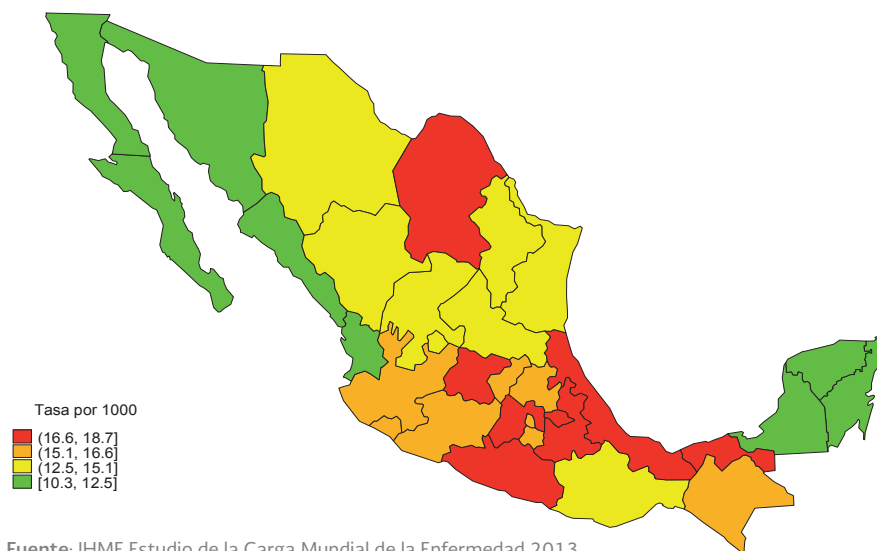
Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Enfermedad renal crónica

Cuando se unen en una categoría la enfermedad renal crónica (ERC) relacionada con la diabetes mellitus, con la hipertensión arterial y con otras enfermedades renales, como la glomerulonefritis, obtenemos una categoría que participa con 5.7% de la carga de la enfermedad y que se ubica como la segunda causa de muerte prematura en el país (cuadro 6.1). Este padecimiento no solo

es un asunto importante por su magnitud, sino también porque se ubica en edades tempranas. Si analizamos los componentes de la ERC, dos terceras partes están asociadas a DM. No se registra una distribución geográfica específica aunque se observa una concentración importante en las entidades del centro y sur (figura 6.4) y la brecha entre Puebla que es el estado con mayor riesgo y Sinaloa es de 80% (gráfica 6.7).

Figura 6.4 Tasa de AVISA perdidos por ERC (ajustada por edad), 2013



Gráfica 6.7 Tasa de AVISA perdidos por ERC (ajustada por edad) por entidad federativa, 2013



Cirrosis Hepática

La cirrosis hepática es de etiología múltiple y se asocia al consumo de alcohol, pero también es una secuela de una enfermedad infecciosa, ya sea hepatitis B o hepatitis C. En México, la cirrosis hepática es la cuarta causa de pérdidas de salud y acumula el 4.1% de la carga (cuadro 6.1); se ubica en el quinto lugar de la mortalidad general y en el cuarto de las muertes prematuras.

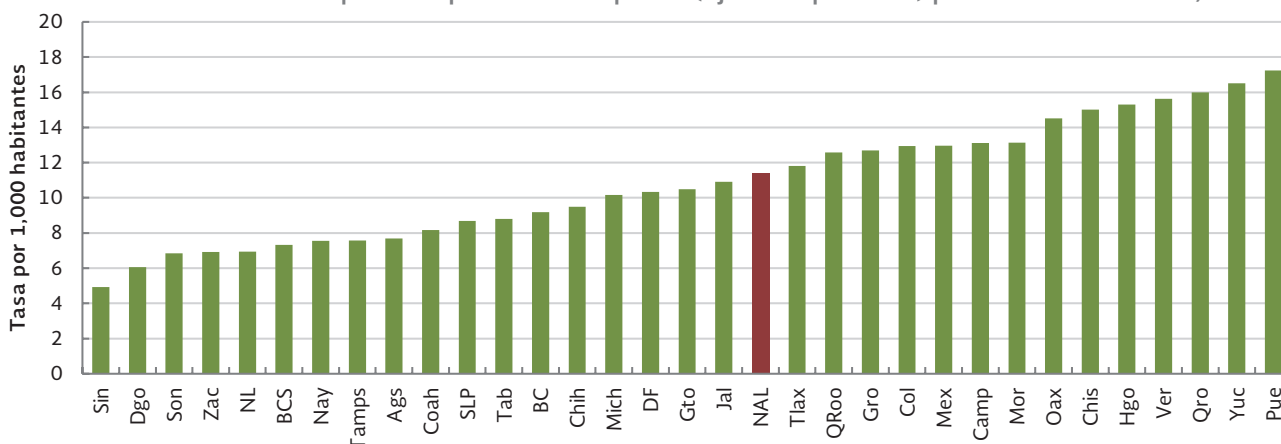
Al observar su distribución geográfica en el país, es evidente que el mayor riesgo se concentra en las entidades del sur del país con excepción de Tabasco; menores tasas de AVISA perdidos se observan en el norte del país (figura 6.5). En Puebla el riesgo es 3.5 veces mayor que en Sinaloa, las entidades de los extremos de la distribución (gráfica 6.8). A nivel nacional, 46% de la carga por CIRROS se asocia con el consumo de alcohol y 35% con hepatitis C.

Figura 6.5 Tasa de AVISA perdidos por cirrosis hepática (ajustada por edad), 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.8 Tasa de AVISA perdidos por cirrosis hepática (ajustada por edad) por entidad federativa, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Depresión

A diferencia de las causas anteriores, la depresión no es una causa que ocasione muertes; puede estar influyendo en la cadena causal de diferentes tipos de muertes, pero no se registra ninguna en la que la depresión sea la causa básica. Sin embargo, la depresión es responsable de 3.8% de la carga de la enfermedad que equivale a 9.8% de pérdidas por

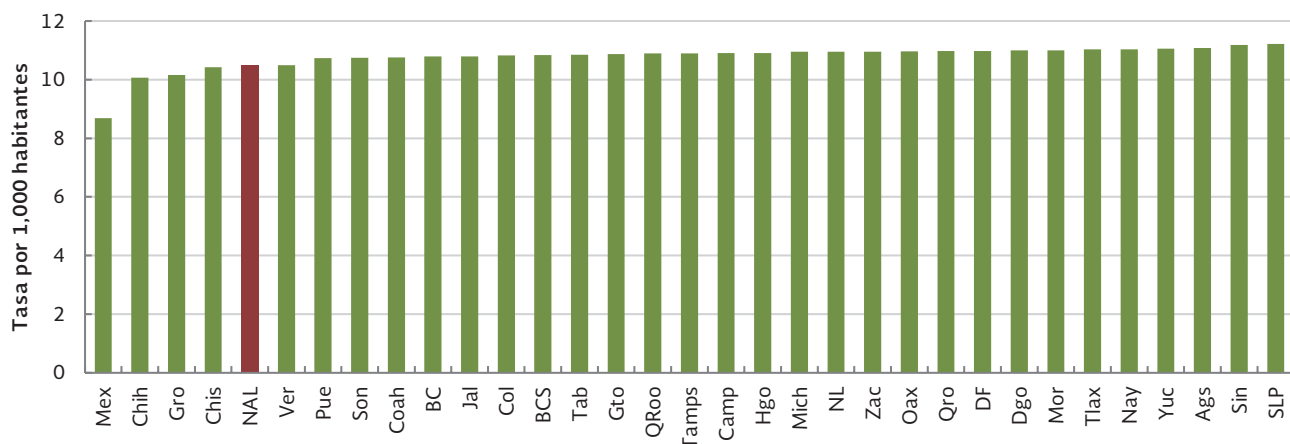
AVD (cuadro 6.1). De hecho es la primera causa de AVD en el país y la quinta de AVISA perdidos. Aunque no se observa un patrón geográfico claro en la presentación de esta enfermedad (figura 6.6), el Estado de México es la entidad que presenta los menores niveles en el país (gráfica 6.9). En algunos estados se ubica en el cuarto lugar de AVISA perdidos (cuadro 6.3).

Figura 6.6 Tasa de AVISA perdidos por depresión (ajustada por edad), 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.9 Tasa de AVISA perdidos por depresión (ajustada por edad) por entidad federativa, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Accidentes de tránsito

Este grupo de causas ocupa el sexto lugar en la lista de necesidades de salud, empleando los AVISA como indicador. Si sólo se consideran APMP, asciende al quinto lugar (cuadro 6.1). Los tipos de vehículos que se estudian en este rubro son bicicletas, motocicletas y vehículos de motor. Además, se incluyen los atropellados, que representan 41% de la carga asociada a todos los accidentes de tránsito. Los accidentes por vehículo de motor

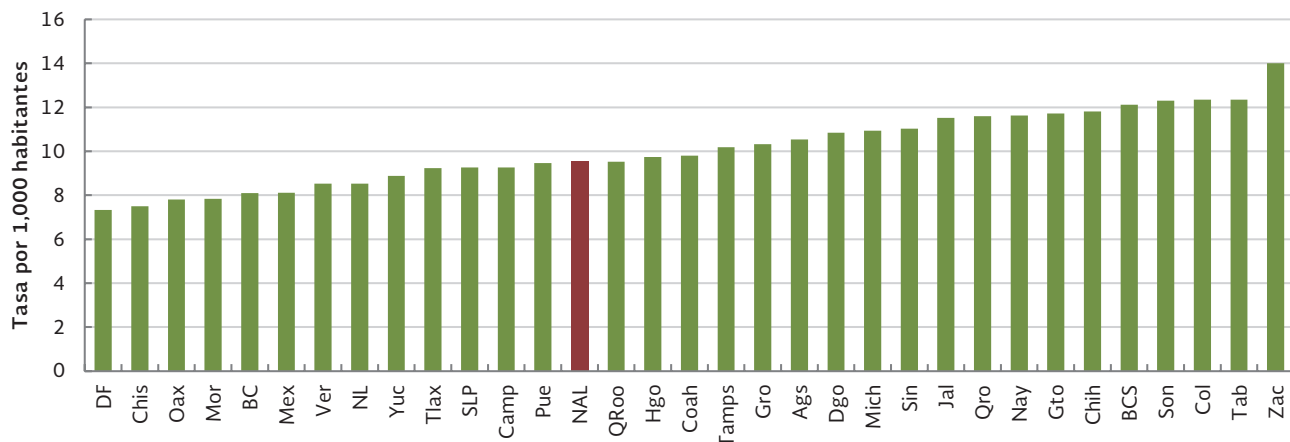
contribuyen con el 45% de la carga de AVISA, los accidentes de motociclistas contribuyen con 8% y los ciclistas con 4%. El riesgo de perder un AVISA por accidentes de tránsito en Zacatecas es 1.9 veces mayor que en el Distrito Federal. Pero cuando se comparan solo los accidentes de vehículo de motor, la brecha aumenta a 2.5 veces y cuando la comparación es por AVISA perdidos por accidentes de ciclistas, el riesgo es 3 veces mayor en Zacatecas que en el Distrito Federal (figura 6.7, gráfica 6.10 y cuadro 6.4).

Figura 6.7 Tasa de AVISA perdidos por accidentes de tránsito (ajustada por edad), 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.10 Tasa de AVISA perdidos por accidentes de tránsito (ajustada por edad) por entidad federativa, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Cuadro 6.4 Tasa de AVISA perdidos por accidentes de tránsito (ajustada por edad)
por entidad federativa y tipo, 2013

Entidad	Vehículo de motor	Peatón	Motociclista	Ciclista	Otros A.T.	Total
Nacional	4.3	3.9	0.8	0.4	0.3	9.5
Aguascalientes	4.5	4.1	0.9	0.7	0.3	10.5
Baja California	4.2	2.8	0.5	0.3	0.2	8.1
Baja California Sur	6.6	3.7	1.0	0.5	0.3	12.1
Campeche	4.1	3.4	1.0	0.6	0.2	9.3
Chiapas	4.0	2.6	0.4	0.3	0.2	7.5
Chihuahua	5.7	4.6	0.7	0.5	0.3	11.8
Coahuila	4.8	3.6	0.7	0.5	0.3	9.8
Colima	5.1	5.0	1.3	0.6	0.3	12.3
Distrito Federal	2.9	3.4	0.6	0.2	0.1	7.3
Durango	5.0	4.2	0.7	0.5	0.4	10.8
Guanajuato	4.7	5.1	1.0	0.6	0.3	11.7
Guerrero	4.9	3.8	0.7	0.6	0.4	10.3
Hidalgo	5.2	3.4	0.6	0.4	0.2	9.7
Jalisco	4.5	5.1	1.2	0.5	0.2	11.5
México	3.2	3.9	0.5	0.3	0.1	8.1
Michoacán	5.3	4.1	0.8	0.5	0.2	10.9
Morelos	3.2	3.4	0.6	0.4	0.2	7.8
Nayarit	5.2	4.3	1.1	0.6	0.4	11.6
Nuevo León	4.1	3.3	0.6	0.3	0.2	8.5
Oaxaca	3.7	2.7	0.8	0.4	0.2	7.8
Puebla	4.4	3.9	0.6	0.4	0.2	9.5
Querétaro	5.2	4.7	0.9	0.5	0.3	11.6
Quintana Roo	4.1	3.5	1.0	0.6	0.2	9.5
San Luis Potosí	3.9	3.8	0.8	0.5	0.2	9.3
Sinaloa	4.5	4.4	1.1	0.7	0.3	11.0
Sonora	5.8	4.4	1.1	0.7	0.4	12.3
Tabasco	4.8	5.6	1.1	0.7	0.2	12.3
Tamaulipas	4.7	3.9	0.9	0.5	0.3	10.2
Tlaxcala	4.1	3.9	0.6	0.4	0.2	9.2
Veracruz	4.3	3.2	0.6	0.3	0.2	8.5
Yucatán	3.6	3.1	1.2	0.8	0.2	8.9
Zacatecas	7.2	4.7	1.1	0.6	0.4	14.0

Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013
Tasa por 1,000 habitantes

Anomalías congénitas

Las anomalías congénitas agrupan los defectos congénitos del corazón, labio leporino, defectos del tubo neural y síndrome de Down, entre otros. Las anomalías congénitas ocupan el séptimo puesto en las causas de pérdida de AVISA, debido a la fuerte carga por muerte prematura (cuadro 6.1). De he-

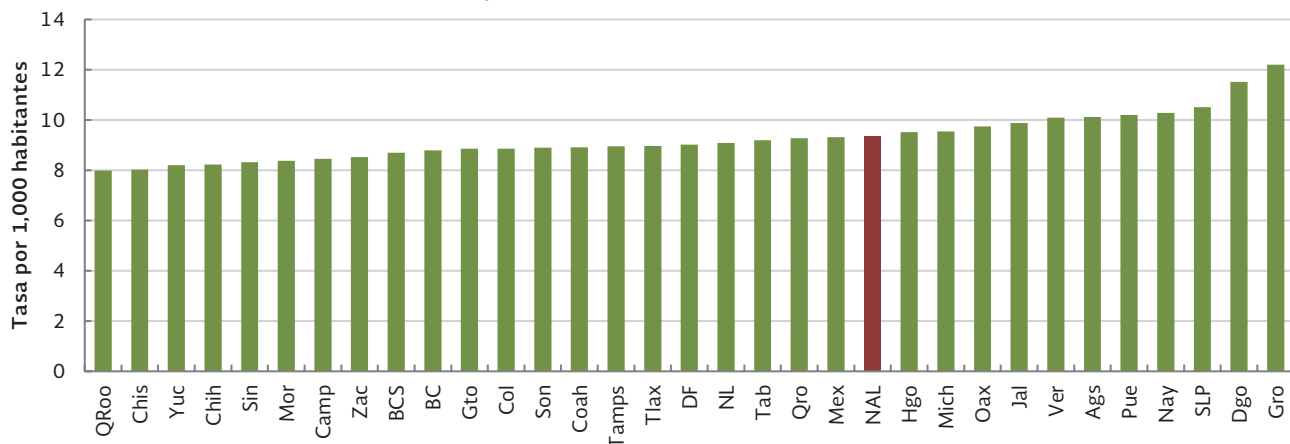
cho representan la primera causa de muerte en los menores de cinco años en el país y dentro de las anomalías congénitas las más importantes son las relacionadas con el corazón. No se observa un patrón geográfico específico (figura 6.8) pero se observa que el riesgo de AVISA perdidos por esta causa es 1.5 veces más alto en Guerrero que en Quintana Roo (gráfica 6.11).

Figura 6.8 Tasa de AVISA perdidos por anomalías congénitas (ajustada por edad), 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.11 Tasa de AVISA perdidos por anomalías congénitas (ajustada por edad) por entidad federativa, 2013



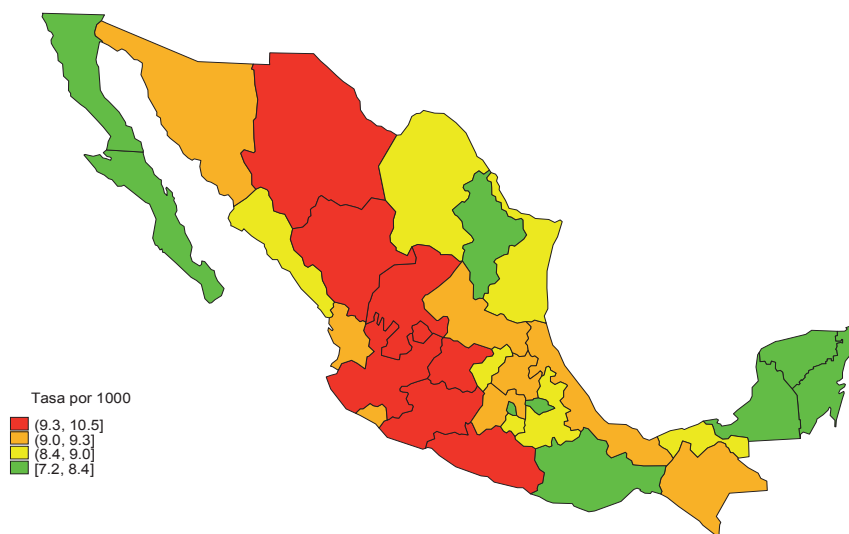
Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

La enfermedad obstructiva crónica (EPOC) participa con 3.2% de la carga de la enfermedad (cuadro 6.1). Es importante mencionar que 61% de la contribución de AVISA de esta enfermedad corresponde a muertes prematuras y 39% a discapacidad.

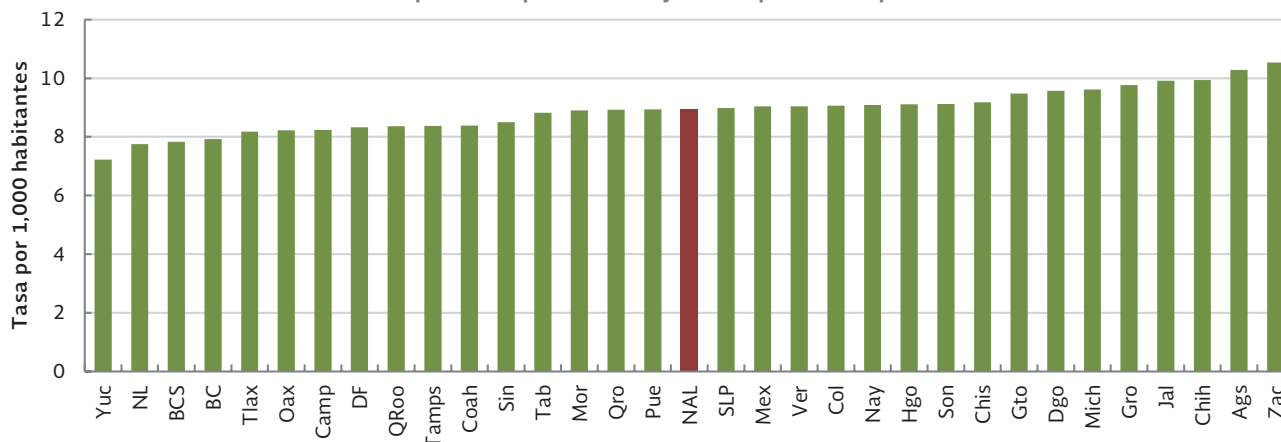
Geográficamente forma un conglomerado de norte a sur con la mayor pérdida en Chihuahua a Guerrero (figura 6.9). Si se contrasta Zacatecas quien tiene la tasa más alta (10.5), con Yucatán, quien tiene la tasa más baja (7.2), el riesgo es 50% más alto en el primer estado con respecto al segundo (gráfica 6.12).

Figura 6.9 Tasa de AVISA perdidos por EPOC (ajustada por edad), 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.12 Tasa de AVISA perdidos por EPOC (ajustada por edad) por entidad federativa, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Lumbalgia

Otro de los padecimientos invisibles si se toma en cuenta solo la mortalidad, es la lumbalgia. Responsable de 3.2% de la carga y segundo lugar de pérdidas por AVD con 8.3% (cuadro 6.1), la lumbalgia es un padecimiento que no sigue un patrón geográfico

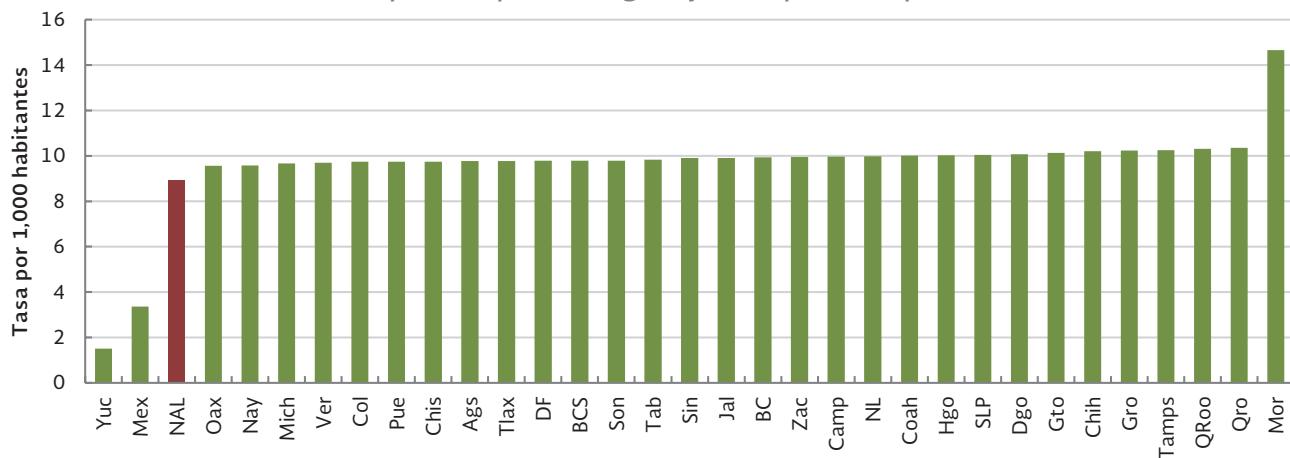
definido (figura 6.10). Según las estimaciones de la GBD 2013, se muestra una brecha considerable entre Morelos y Yucatán, siendo 9 veces mayor en la primera entidad que en la segunda; sin embargo, fuera de estas dos entidades y el Estado de México, el resto del país muestra tasas similares en las pérdidas de AVISA por esta causa (gráfica 6.13).

Figura 6.10 Tasa de AVISA perdidos por lumbalgia (ajustada por edad), 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.13 Tasa de AVISA perdidos por lumbalgia (ajustada por edad) por entidad federativa, 2013



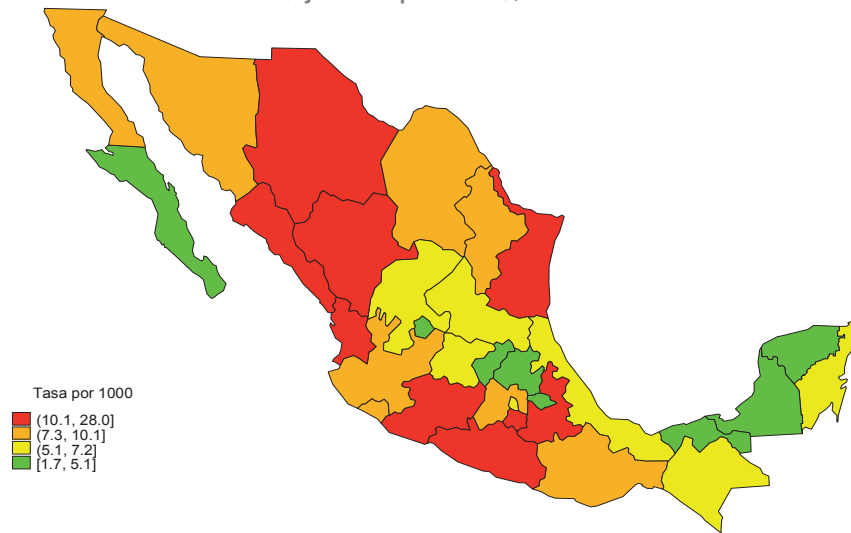
Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Violencia

Considerando los resultados para ambos sexos, los homicidios alcanzan el décimo lugar de las causas de AVISA perdidos, con 3.2% de contribución a la carga del país (cuadro 6.1). Sin embargo, si solo se presenta el análisis en hombres, la violencia se ubica en el cuarto lugar de AVISA perdidos, con 5.2% y en el caso de muerte prematura se sitúa en segun-

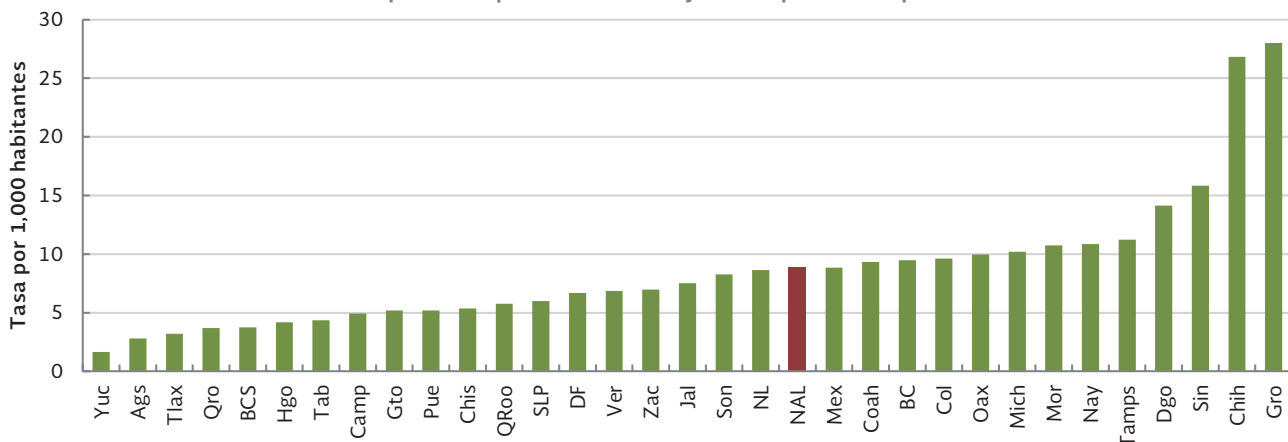
do lugar, con 7.5%. La geografía del homicidio se concentra en el norte y en los estados de la costa del Pacífico, desde Sinaloa a Guerrero (figura 6.11). El riesgo entre la entidad con mayor número de AVISA por 1,000 habitantes, Guerrero, es dramáticamente superior a la entidad que tiene el menor número, Yucatán, pues es de 17 veces más alto en la primera (gráfica 6.14).

Figura 6.11 Tasa de AVISA perdidos por homicidio (ajustada por edad), 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.14 Tasa de AVISA perdidos por homicidio (ajustada por edad) por entidad federativa, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Análisis por factores de riesgo

La combinación de todos los factores de riesgo estudiados se asocian con 57% de las muertes y 41% de los 29.9 millones de AVISA perdidos en 2013. La hiperglucemia —elevados niveles de glucosa circulante—, contribuye con 13.2% de la carga; el sobrepeso y la obesidad (índice de masa corporal elevado) con 12.3%; la hipertensión arterial con 7.9% de los AVISA perdidos; el consumo excesivo de alcohol aporta el 6.5% y la suma de los 14 factores asociados a la dieta contribuyen con 12% de la carga (cuadro 6.2). En otras palabras, estos cinco factores agrupan más de la mitad de la carga de la enfermedad y 78% de las defunciones.

La distribución de la carga atribuible a estos factores de riesgo sigue patrones geográficos particulares. En el cuadro 6.5 se presentan, organizados por colores, los diez principales factores de riesgo conforme a la proporción de la carga que se le atribuye en cada una de las entidades federativas. En este cuadro se observa que en tres entidades (Campeche, Jalisco y Yucatán), el principal factor de pérdidas es la obesidad. En cambio, en nueve entidades del norte son los malos hábitos de la dieta y en las 20 entidades restantes es la hiperglucemia. Para hacer más sencillas las representaciones geográficas se incluyen cinco mapas en donde se aprecia la distribución del porcentaje de carga atribuible por entidad federativa para cada uno de los cinco primeros factores de riesgo.

Cuadro 6.5 Diez principales factores de riesgo en México por entidad federativa, 2013

Entidad Federativa	Hiperglucemia	Sobrepeso y obesidad	Malos hábitos dietéticos	Hipertensión arterial	Consumo de alcohol y drogas	Baja filtración glomerular	Tabaquismo	Colesterol elevado	Malnutrición	Baja actividad física
Nacional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aguascalientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Baja California	3	2	1	4	5	6	7	8	10	9
Baja California Sur	3	2	1	4	5	6	7	8	10	9
Campeche	2	1	3	5	4	6	10	8	7	9
Chiapas	1	3	2	5	4	6	12	9	7	10
Chihuahua	3	2	1	4	5	7	6	8	10	9
Coahuila	3	2	1	4	6	5	7	8	10	9
Colima	1	2	3	5	4	6	7	8	10	9
Distrito Federal	1	2	3	4	6	5	7	8	10	9
Durango	3	2	1	4	5	6	7	8	9	10
Guanajuato	1	2	3	4	6	5	7	8	9	10
Guerrero	1	3	2	5	4	6	9	10	7	11
Hidalgo	1	2	3	5	4	6	12	8	9	10
Jalisco	2	1	3	5	4	6	7	8	9	10
México	1	2	3	6	4	5	9	10	7	8
Michoacán	1	2	3	5	4	6	7	9	8	11
Morelos	1	2	3	6	4	5	9	7	8	12
Nayarit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nuevo León	3	2	1	4	6	5	7	8	10	9
Oaxaca	1	3	2	5	4	6	14	9	7	11
Puebla	1	2	3	5	4	6	12	9	7	10
Querétaro	1	3	2	5	4	6	8	7	10	9
Quintana Roo	1	2	3	5	4	6	7	8	9	10
San Luis Potosí	1	3	2	4	5	6	7	9	8	11
Sinaloa	2	3	1	4	5	7	6	8	9	10
Sonora	3	2	1	4	5	7	6	8	10	9
Tabasco	1	2	3	4	6	5	11	8	7	10
Tamaulipas	3	2	1	4	6	5	7	8	10	9
Tlaxcala	1	2	3	6	5	4	12	10	7	8
Veracruz	1	2	3	4	5	6	11	9	7	10
Yucatán	2	1	3	5	4	6	11	7	8	9
Zacatecas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Hiper glucemia

México es uno de los países en el mundo con mayor prevalencia de elevada glucosa circulante. Desde 1990, nuestro país se ubica dentro de los primeros 20 con más carga atribuible a este factor de riesgo, pero en 23 años escaló lugares y de estar

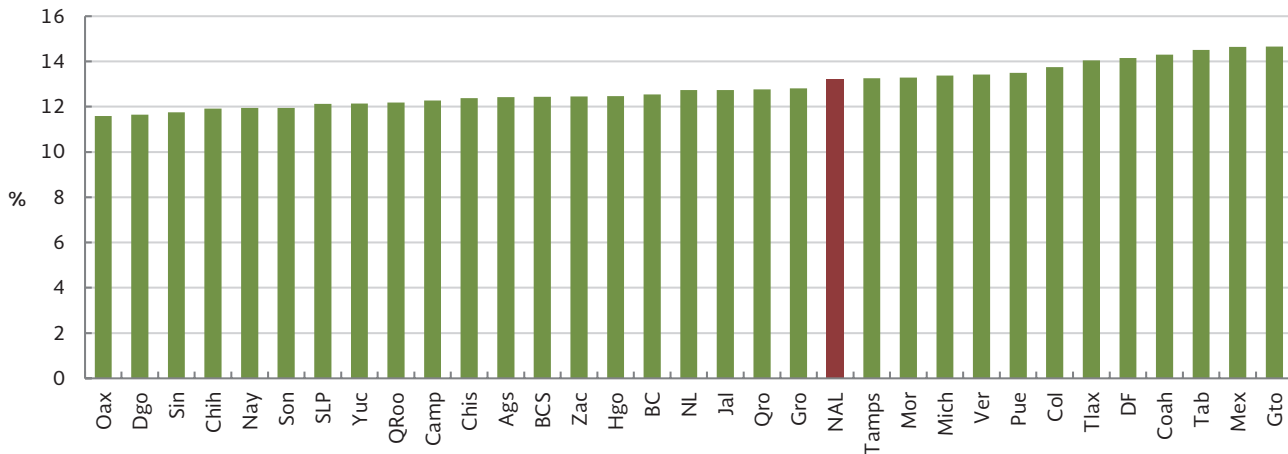
en el lugar 17, se ubicó en el 10 en 2013. En Guanajuato, 14.6% de la carga es atribuible a este factor de riesgo, mientras que en Oaxaca es 11.5%. Guanajuato, Estado de México y Tabasco fueron las entidades que presentaron el mayor porcentaje de AVISA perdidos (figura 6.12 y gráfica 6.15).

Figura 6.12 Porcentaje de AVISA perdidos atribuible a la hiper glucemia, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.15 Porcentaje de AVISA perdidos atribuible a la hiper glucemia por entidad federativa, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Sobrepeso y obesidad

La epidemia de sobrepeso y obesidad en nuestro país inició justo en los años 90 y de entonces a la fecha, la tendencia es creciente en menores de 20 años en donde alcanza una prevalencia de 29% si la definición utilizada es IMC igual o mayor a 25. En 2013, de acuerdo con el análisis derivado del estudio GBD 2013, nuestro país ocupó el lugar 20 a escala mundial con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad¹.

El problema se agrava cuando analizamos la carga atribuible solo en adultos. Siguiendo la definición

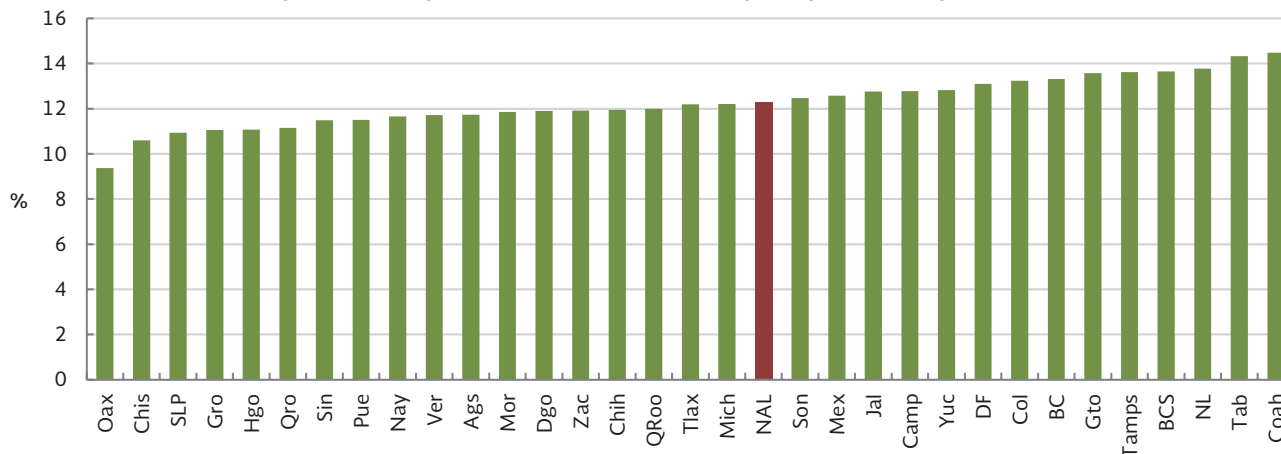
de sobrepeso y obesidad antes mencionada, casi 70% de los adultos caen en esta categoría. En 23 años la población con sobrepeso y obesidad aumentó de 56% a 69.3%. A nivel mundial México ocupa el lugar 13 de la lista de países con mayor número de adultos con sobrepeso y obesidad; y la carga atribuible a este factor de riesgo es de 12.3% (cuadro 6.2). La carga de la enfermedad por sobrepeso y obesidad no sigue un patrón geográfico particular (figura 6.13), pero se puede destacar que la diferencia entre Coahuila (14.5%) y Oaxaca (9.3%), es de 1.5 veces (gráfica 6.16).

Figura 6.13 Porcentaje de AVISA perdidos atribuible al sobrepeso y obesidad, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.16 Porcentaje de AVISA perdidos atribuible al sobrepeso y obesidad por entidad federativa, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

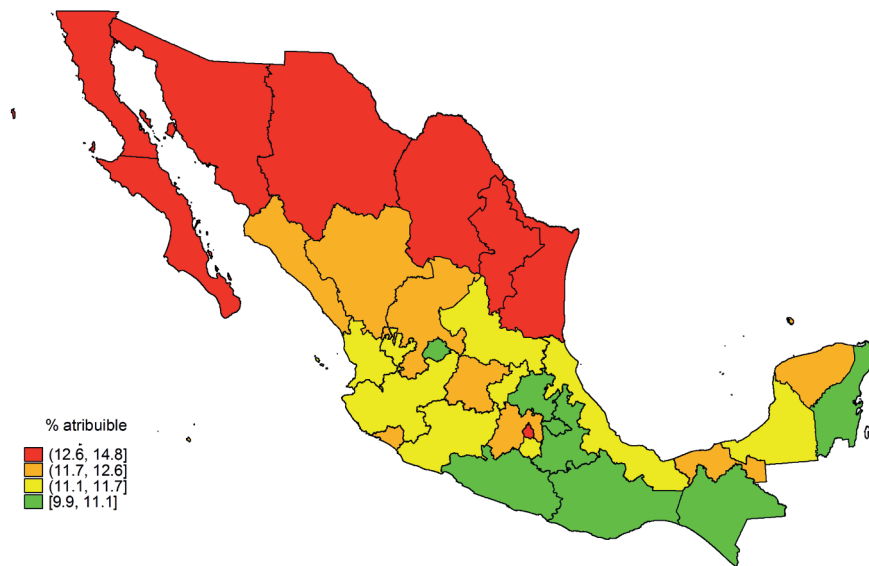
¹ Estos datos pueden no coincidir con lo publicado por otros organismos ya que los aquí presentados son estimaciones propias del estudio GBD2013.

Malos hábitos de dieta

Bajo este título se agrupan 14 factores de riesgo, algunos de ellos por elevado consumo (carne procesada o bebidas azucaradas) y otros porque su consumo es bajo (frutas y verduras, nueces y semillas, ácidos grasos omega 3, entre otros). Estos 14 factores juntos son responsables del 12%

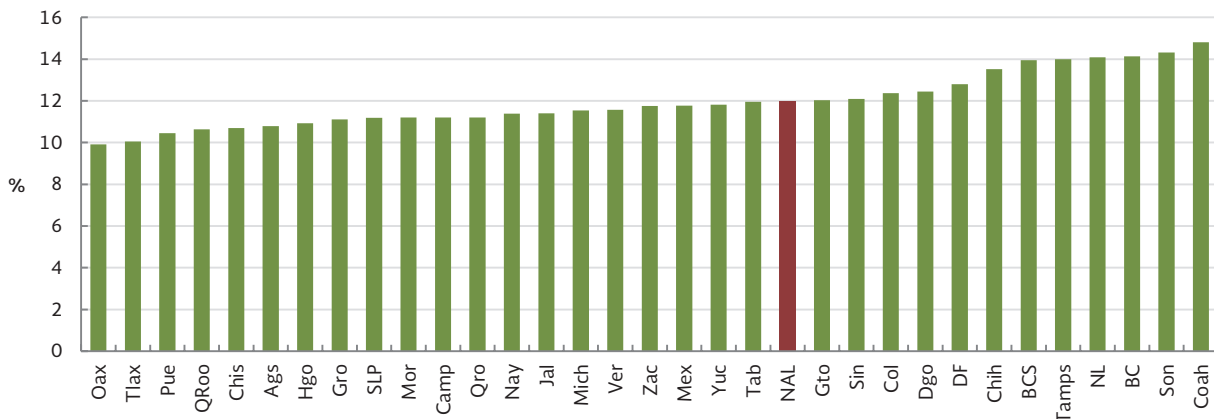
de los AVISA. La variación entre entidades federativas es destacable. Es evidente un patrón geográfico, en el que claramente las entidades del norte del país presentan mayores porcentajes de AVISA atribuible a los factores dietéticos que las del sur (figura 6.14). Por ejemplo, en Coahuila, 14.5% es atribuible a la mala dieta y en Oaxaca, 10% (gráfica 6.17).

Figura 6.14 Porcentaje de AVISA perdidos atribuible a malos hábitos de dieta, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.17 Porcentaje de AVISA perdidos atribuible a malos hábitos de dieta por entidad federativa, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Hipertensión arterial

En este factor de riesgo se hace evidente un patrón geográfico, ya que la carga asociada a la hipertensión arterial es mayor en las entidades del norte y va disminuyendo su importancia entre más al sur se encuentran las entidades (figura 6.15). El porcen-

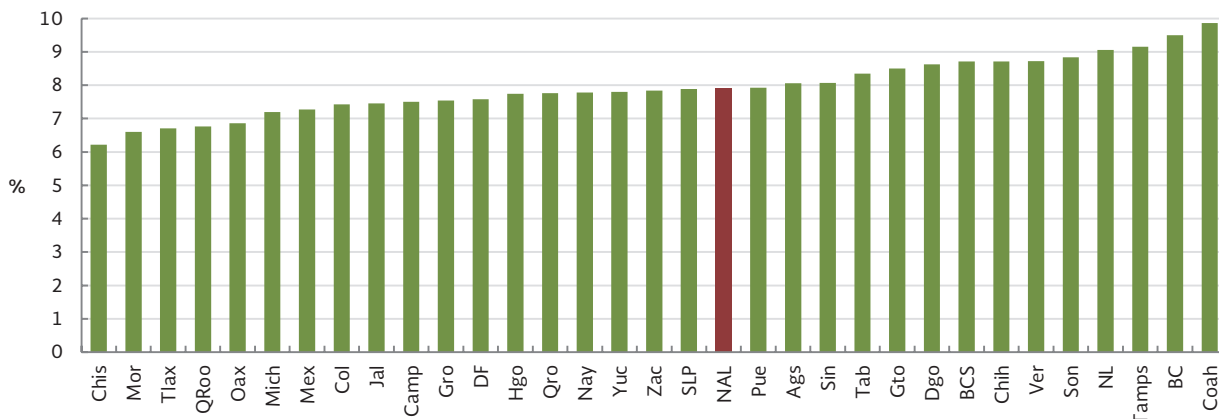
taje de los AVISA perdidos asociados a este factor en 2013 se situó entre 6.2% en Chiapas y 9.9% en Coahuila. En tres entidades el porcentaje supera 9% y en cinco está por debajo de 7%. A nivel nacional, cerca del 8% de los AVISA se le pueden atribuir a la hipertensión arterial (gráfica 6.18).

Figura 6.15 Porcentaje de AVISA perdidos atribuible a la hipertensión arterial, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.18 Porcentaje de AVISA perdidos atribuible a la hipertensión arterial por entidad federativa, 2013



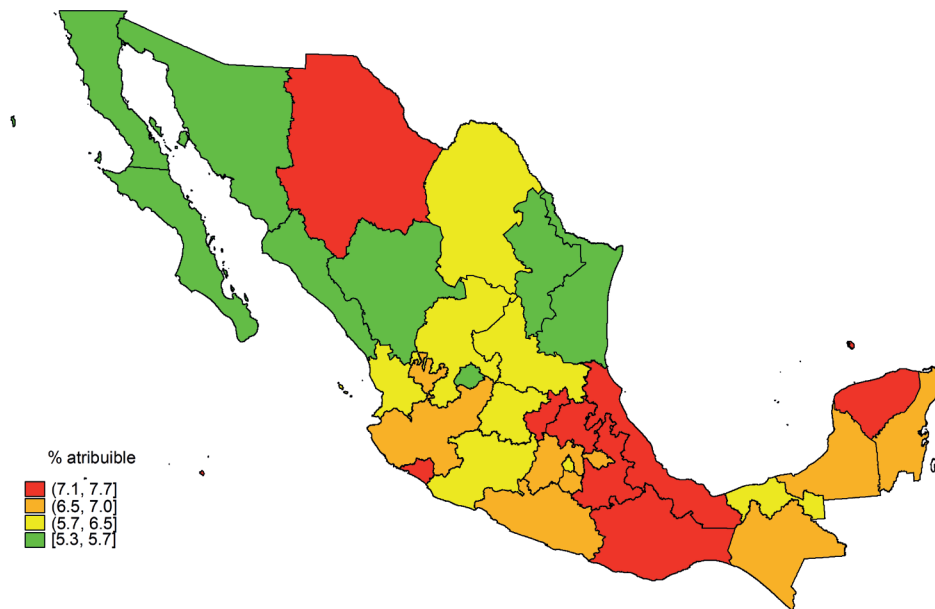
Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Consumo de alcohol

Aunque la tendencia de la carga atribuible al consumo de alcohol disminuyó en México de 1990 a 2013, este factor se ubica en el quinto lugar a nivel nacional con 6.5% de la carga atribuible (cuadro 6.2). A diferencia de los otros factores de riesgo,

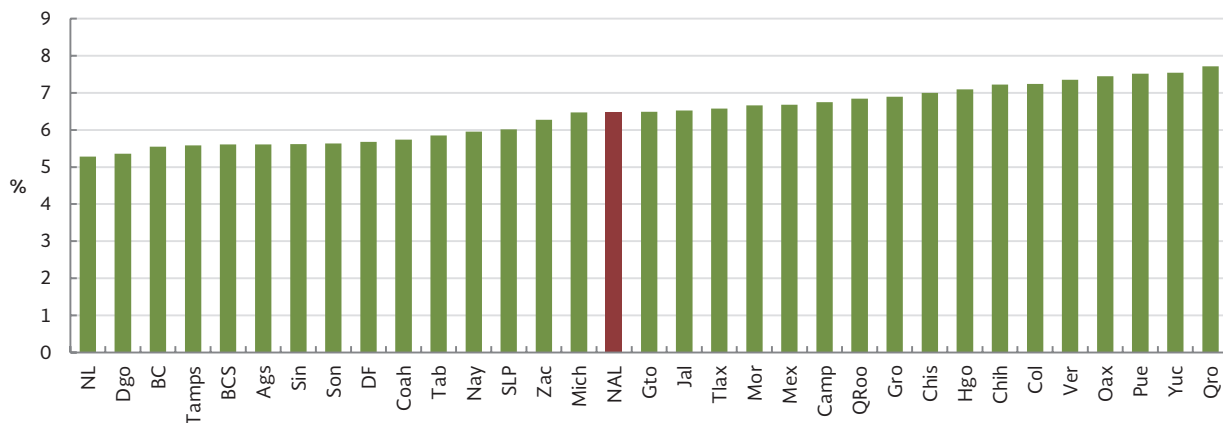
se insinúa cierto patrón geográfico, concentrando mayor carga atribuible las entidades del centro y del sur del país (figura 6.16). La magnitud de la diferencia entre Querétaro (7.7%) y Nuevo León (5.3%), entidades con mayor y menor AVISA atribuible al consumo de alcohol, respectivamente, es estadísticamente significativa (gráfica 6.19).

Figura 6.16 Porcentaje de AVISA perdidos atribuible al consumo de alcohol, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Gráfica 6.19 Porcentaje de AVISA perdidos atribuible al consumo de alcohol por entidad federativa, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Esperanza de vida saludable

Mientras que en 1990 la Esperanza de Vida Saludable (EVISA) en México fue de 63.0 años, en 2013 mostró un ascenso a 65.8 años, lo que se traduce en un incremento de 2.8 años. Otra forma de entender la dinámica de este indicador es comparándolo con la Esperanza de Vida al Nacimiento (EVN) para conocer la magnitud de las pérdidas por discapacidad y su cambio en el tiempo. En 1990 la distancia entre estos dos indicadores fue de 9.1 años y en 2013 la brecha entre dichos indicadores fue de 9.7 años, es decir, la población mexicana acumula más discapacidad en el presente. Eso puede estar relacionado con dos factores combinados: por un lado la disminución de la mortalidad prematura que tiene un efecto importante en la mejora de la esperanza de vida al nacer, y por otro, el incremento de personas con secuelas discapacitantes. En otras palabras, hay menos muertes prematuras pero más discapacidad.

A escala mundial, México se ubica por debajo de los países ricos de Asia y Europa y es superado por Costa Rica, Cuba, Chile, Argentina y Uruguay en la región. En los EVISA por hombres, México ocupa el lugar 72, es decir 71 países presentan una esperanza de vida saludable mejor. En el caso de las mujeres son 66 países los que presentan EVISA mayor.

En los hombres mexicanos, la esperanza de vida saludable en 2013 alcanzó 63.8 años, lo cual representó un incremento de 3 años con respecto a 1990. En cambio, en las mujeres el incremento fue de 2.6 años, al pasar de 65.2 años en 1990, a 67.8 años en 2013.

Llama la atención que las mujeres acumulan un diferencial con respecto a la esperanza de vida al nacer de 10.9 años y en los hombres es solo de 8.4 años. Esto se debe a que las mujeres en México acumulan más carga asociada a la discapacidad, en contraste con los hombres que mantienen dos terceras partes de la carga relacionada con muertes prematuras.

Los contrastes al interior del país se observan en la figura 6.17 que presenta la esperanza de vida saludable en los hombres en 2013. Se observa que las entidades con menor EVISA se ubican en el sur y en un grupo de entidades del norte. La entidad con mayor EVISA es Tlaxcala con 65.6 años y la de menor EVISA es Guerrero, con 59.8 años, es decir que los separa una distancia de 5.8 años. En Colima, Chihuahua y Guerrero la diferencia entre la esperanza de vida y los EVISA es mayor a 10 años, mientras que en Chiapas y Baja California es menor a 6 años.

En el caso de las mujeres no se observa un patrón geográfico definido (figura 6.18), aunque es en el sur donde se presenta la menor EVISA del país. La entidad con mayor EVISA en 2013 fue Sinaloa con 70.2 años; y la menor fue Chiapas con 66.1 años. Lo anterior confirma que en las mujeres hay menos heterogeneidad que en los hombres. Por otro lado, solo en dos entidades (Baja California y Chihuahua) la diferencia con la esperanza de vida es menor a 10 años, en el resto es superior, llegando al extremo de Guerrero con un diferencial de 13.4 años (cuadro 6.6).

Figura 6.17 Esperanza de vida saludable por entidad federativa en hombres, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Figura 6.18 Esperanza de vida saludable por entidad federativa en mujeres, 2013



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

Cuadro 6.6 Esperanza de Vida al Nacimiento y Esperanza de Vida Saludable por entidad federativa y sexo, 1990 y 2013

Entidad Federativa	Hombres				Mujeres			
	1990		2013		1990		2013	
	EVN	EVISA	EVN	EVISA	EVN	EVISA	EVN	EVISA
Aguascalientes	69.3	62.2	74.8	65.2	74.5	65.8	79.8	68.4
Baja California	65.1	59.6	67.4	63.8	73.1	65.1	76.6	68.4
Baja California Sur	68.1	61.5	70.9	64.4	75.5	66.6	79.1	68.3
Campeche	69.8	61.1	73.1	64.1	75.9	65.3	79.6	68.2
Chiapas	66.0	59.1	68.8	63.5	73.1	62.3	77.4	66.1
Chihuahua	67.0	58.3	72.0	60.9	71.7	63.5	76.5	66.7
Coahuila	69.5	61.1	72.2	63.7	75.2	65.0	78.0	67.1
Colima	70.5	59.9	73.6	62.6	77.6	65.1	79.6	67.8
Distrito Federal	71.0	62.5	72.8	64.3	76.4	65.9	78.8	67.8
Durango	67.2	59.2	71.8	63.4	74.3	64.1	80.0	68.5
Guanajuato	69.4	61.1	72.5	64.0	75.7	65.2	78.8	67.8
Guerrero	69.1	57.5	72.3	59.8	76.1	63.4	79.5	66.1
Hidalgo	67.4	59.5	72.8	64.1	73.9	64.0	78.5	67.5
Jalisco	70.0	61.6	72.2	63.7	76.0	65.5	78.5	67.5
Michoacán	68.6	60.4	71.6	63.2	76.2	65.6	79.6	68.2
Morelos	67.8	60.6	72.6	63.8	75.1	65.0	79.4	67.8
México	69.2	62.0	73.1	65.4	76.1	66.4	78.8	68.4
Nayarit	68.4	60.1	72.9	64.1	75.2	64.9	80.2	68.6
Nuevo León	72.0	63.4	73.3	64.5	77.4	67.1	80.1	69.0
Oaxaca	65.7	58.1	72.2	63.6	72.8	63.2	78.7	67.7
Puebla	67.1	59.3	72.1	63.6	73.6	63.9	77.8	67.2
Querétaro	69.3	59.8	72.7	64.0	75.7	64.8	79.3	68.2
Quintana Roo	71.9	62.6	73.9	64.8	79.1	67.5	79.6	68.2
San Luis Potosí	69.7	61.3	73.4	64.5	75.8	65.4	80.0	68.5
Sinaloa	71.1	62.2	72.8	64.1	78.0	66.9	82.3	70.2
Sonora	69.2	60.9	72.0	63.4	75.7	65.3	78.7	67.6
Tabasco	69.8	60.9	72.4	63.5	75.9	65.3	78.6	67.6
Tamaulipas	67.4	60.8	72.4	63.6	75.2	65.6	79.5	68.2
Tlaxcala	71.2	60.9	74.3	65.6	76.7	64.2	79.9	68.5
Veracruz	68.3	60.2	71.2	62.9	75.0	64.9	77.4	66.7
Yucatán	71.9	63.7	73.8	65.5	76.2	66.5	79.5	68.9
Zacatecas	71.0	62.2	71.9	63.5	76.6	65.8	79.3	68.1

Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013



BIBLIOGRAFÍA

1. Ahern R.M., Lozano R., Naghavi M., et al. Improving the public health utility of global cardiovascular mortality data: the rise of ischemic heart disease. *Population Health Metrics*, 2011; 9:8.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. Children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 2001; 107(2):423-6.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
4. Antecedentes sobre cáncer cérvico-uterino en México e importancia de la educación sexual en la prevención temprana en jóvenes y población rural. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
5. Azoulay A., Pilote L., Filion K.B., Eisenberg M.J. Costs of Treatment of Acute Myocardial Infarction in Canadian and US Hospitals. *Cardiovascular Rev. Rep.* 2003; 24 (11): 555-560.
6. Barquera S., Campos-Nonato I., Hernández-Barrera L., Pedroza-Tobías A., Rivera-Dommarco J.A. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Publica México*, 2013;55 supl 2:S151-S160.
7. Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complication and challenges for health policy. *Globalization and health*. 2013, 9/1/3. Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/pdf/1744-8603-9-3.pdf>
8. Batís C., Aburto T.C., Sánchez-Pimienta T.G., Pedraza L.S., Rivera J.A. En prensa. Adherence to recommended dietary intake of food groups by the Mexican population. *Journal of Nutrition*, 2015.
9. Borges G., Rosovsky H., Gómez C., Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Publica de México*, 1996;38:197-206.
10. Bull F.C., Groups E.W. *Physical Activity Guidelines in the U.K., Review and Recommendations: School of Sport, Exercise, and Health Sciences, Loughborough University. Leicestershire, U.K.*, 2010.
11. Cancer Research UK. Prostate Cancer statistics. Disponible en: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/prostate-cancer>
12. Causas de defunción. Defunciones generales de hombres. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo124&s=est&c=23588>
13. Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA. Secretaría de Salud. VIH/SIDA en México 2012. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf
14. Consejo Nacional de Población. Datos de Proyecciones. Estimaciones y Proyecciones de la Población por Entidad Federativa. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
15. Consejo Nacional de Población. Documento metodológico: Proyecciones de la población de México 2010-2050. Consejo Nacional de Población, 2012. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1529/2/images/DocumentoMetodologicoProyecciones2010_2050.pdf
16. Consejo Nacional de Población. Índices de Marginación, 2010. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_Marginacion_Publicaciones
17. Consejo Nacional de Población. Índice absoluto de marginación 2000-2010. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_Absoluto_de_Marginacion_2000_2010
18. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Índice de rezago social 2010 a nivel municipal y por localidad. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx>

- mx/Medicion/IRS/Paginas/%C3%8Dndice-de-Rezago-social-2010.aspx
19. Delivering cervical cancer prevention in the developing world. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CCA_reportcard_low-res.pdf
 20. Dirección General de Información en Salud. Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores. Secretaría de Salud, 2013. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/>
 21. El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: morbilidad, mortalidad, y carga de la enfermedad, 2009. Disponible en: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/El%20cancer%20de%20mama%20en%20America%20Latina.pdf>
 22. Encuesta Nacional de Nutrición 2012. Diabetes mellitus: la urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>
 23. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer: soluciones al alcance, 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/RetosCancerMujer.pdf>
 24. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control, 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/HipertensionArterialAdultos.pdf>
 25. Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso y la Obesidad y la Diabetes. Secretaría de Salud, 2013. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf
 26. European Food Information Council. Respuestas a preguntas comunes sobre los azúcares. Disponible en: <http://www.eu-fic.org/article/es/artid/Common-questions-about-sugars/>
 27. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID, 6ª edición. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf
 28. Food and Agriculture Organization. Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2010.
 29. Foreman K., Lozano R., López A.D., et al. Modeling causes of death. An integrated approach using CODEm. *Population Health Metrics*, 2012;10:1.
 30. Forouzanfar M.H., Foreman K.J., Delossantos A.M., et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1890 and 2010; a systematic analysis. *Lancet*, 2011;378:461-84.
 31. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 2013; Volume 385, Issue 9963, 117 – 171.
 32. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA Oncol.* 2015; 1(4):505-527. doi:10.1001/jamaoncol, 2015.0735.
 33. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 2015;386:743-800.
 34. Guerrero-López C.M., Muños Hernández J.A., Miera Juárez B.S., Reynales-Shigematsu L.M. Consumo de tabaco, mortalidad y política fiscal en México. *Salud Pública México*, 2013; 55(2): S276-S281.

35. Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. Definición y Diagnóstico de la Depresión Mayor. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/apartado04/definicion%20y%20diagnostico.pdf>.
36. Gutiérrez J.P. Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012. Salud Pública de México, 2013; 55:S341-S346.
37. Gutierrez J.P., Rivera-Dommarco J., Shamah-Levy T., Villalpando-Hernandez S., Franco A., Cuevas-Nasu L., Romero-Martínez M., Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2012.
38. Household Air Pollution and Health. Fact Sheet 292. World Health Organization, 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/en/>
39. Información general sobre hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
40. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington 2015; GBD compare. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
41. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Los adultos Mayores en México. Perfil Sociodemográfico al inicio del siglo XXI. Edición 2005. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
42. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Causas de defunción. Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2013. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mde-mo107&s=est&c=23587>
43. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de mortalidad 1990-2011. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=11094>
44. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censos y Conteos de Población y Vivienda. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx>
45. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Registros Administrativos/Mortalidad. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.aspx?p=mortgral&c=33465&cl=4>
46. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cáncer de próstata, 2014. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata>
47. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cáncer de Pulmón, 2015. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-pulmon>
48. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Indicadores de demografía y población. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
49. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno Número 19, Edición 2002. México D.F., 2003; 50-51.
50. Integrated Public Use Microdata Series, International. Minnesota Population Center, University of Minnesota, EUA. Disponible en: <https://international.ipums.org/international>
51. Jiménez-Corona A., Aguilar-Salinas C.A., Rojas-Martínez R., Hernández-Ávila M. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. Salud Pública, México, 2013; 55 supl 2:S137-S143.
52. Krieger N., Williams D.R., Moss N.E. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. Annu Rev. Public Health, 1997; 18:341-78.
53. Lang K. Social medicine analysis of live birth status. Tics of the former district of Gera (1983 to 1986) with special reference to low-birth-weight infants. Z Geburt Shilfe Perinatol, 1992;196:15-20.

54. Lee, I., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219-229. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.
55. Lim S., Vos T., Flaxman D., et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012; 380: 2224-60.
56. López-Olmedo N., Carriquiry A. L., Rodríguez-Ramírez S., Ramírez-Silva I., Espinosa-Montero J., Hernández-Barrera L., Campirano F., Martínez-Tapia B., Rivera J.A. (En prensa) Usual dietary intake of energy and macronutrients in the Mexican population. *Journal of Nutrition*, 2015.
57. Lozano R., Naghavi M., Foreman K., et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012;380:2095-128.
58. Ludwig D.S. Technology, diet, and the burden of chronic disease. *JAMA*, 2011; 305(13):1352-3.
59. Malik V.S., Pan A., Willet W.C., Hu F.B. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2013;98:1084-102.
60. Mayo Clinic. Cirrhosis, 2014. Disponible en: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cirrhosis/basics/definition/con-20031617>
61. Mosley, W.H., Chen, L.C. An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. *Population and Development Review*, Vol. 10, Supplement: Child Survival: Strategies for Research, 1984; pp. 25-45.
62. Murray C.J.L., Rosenfeld L.O.C., Lim S.S., et al. Global malaria mortality between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet*, 2012;379:413-31.
63. Naghavi M., Makela S., Foreman K., et al. Algorithms for enhancing public health utility of national causes of death data. *Population Health Metrics*, 2010;8:9.
64. National Institute of Mental Health. Suicide in America. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq/index.shtml>.
65. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Drinking Levels Defined, 2013. Disponible en: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.
66. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/00_NOM-017-SSA2-2012_para_vig_epidemiologica.pdf
67. Nsubuga P., White M., Thacker M., et al. Public Health Surveillance: A Tool for Targeting and Monitoring Interventions. In: Jamison DT, et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington; World Bank, 2006.
68. Objetivos de Desarrollo del Milenio. VIH/SIDA, 2015. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/>
69. Observatorio Metropolitano de Toluca, Metrosum. Acceso a instalaciones sanitarias adecuadas, 2010. Disponible en: <http://www.metrosum.org.mx/index.php/descripcion/acceso-a-instalaciones-sanitarias-ade cuadas>.
70. Onco guía. Cáncer de próstata. *Cancerología* 6, 2011. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1298053652.pdf>
71. Office for National Statistics. Guide to calculating national life tables. Disponible en: <http://www.ons.gov.uk/ons/gui->

- de-method/method-quality/specific/population-and-migration/demography/guide-to-calculating-interim-life-tables/index.html
72. ONUSIDA, El sida en cifras, 2013. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2571_AIDS_by_the_numbers_es_1.pdf
 73. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Sana Nota descriptiva N° 394, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
 74. Organización Mundial de la Salud. Calidad del agua potable, 2009. Disponible en: http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/es/
 75. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. 10 datos sobre la diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/facts/es>
 76. Organización Mundial de la Salud. Datos sobre la salud infantil, 2012. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/child_health2/photo_story/es/index6.html
 77. Organización Mundial de la Salud. Desnutrición moderada. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/moderate_malnutrition/es/
 78. Organización Mundial de la Salud. Desnutrición severa. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/severe_malnutrition/es/
 79. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
 80. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Fomento del consumo mundial de frutas y verduras. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/>
 81. Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Programa Conjunto de Monitoreo de Provisión de Agua y Saneamiento. Joint monitoring program for water supply and sanitation. Data and Estimates. Disponible en: <http://www.wssinfo.org/data-estimates/tables/>
 82. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra, Suiza, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
 83. Organización Mundial de la Salud. Introduction. En: OMS. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Ed. OMS, Ginebra; 2003; 1-5.
 84. Organización Mundial de la Salud. Nota informativa sobre la ingesta de azúcares recomendada en la directriz de la OMS para adultos y niños. Ginebra, Suiza: OMS, 2015. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugar_intake_information_note_es.pdf?ua=1
 85. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
 86. Organización Mundial de la Salud. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Nota descriptiva N° 380, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
 87. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Resultados de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles. 2011 Disponible en: http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/spain_annex26_prevention_noncommunicable_diseases_control.pdf
 88. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra, Suiza, 2010.
 89. Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y obesidad, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

90. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Nota descriptiva n.º 339. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/health_priority/es
91. Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD.Stat. Health Status. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT
92. Organisation for Economic Co-Operation and Development. Life expectancy at 65 (indicator). Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/life-expectancy-at-65/indicator/english_0e9a3f00-en?isPartOf=/content/indicatorgroup/bd12d298-en
93. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. La obesidad y la economía de la prevención: “fit not fat” hechos claves – México, actualización 2014. Disponible en: http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2014-MEXICO_ES.pdf
94. Organización Panamericana de la Salud. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11108%3A2015-regional-report-alcohol-health&catid=1428%3Aalcohol-substance-abuse-publications&Itemid=41530&lang=es
95. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el Control de Tabaco para la Región de las Américas. Washington, DC: OPS, 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23415&Itemid
96. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Obesidad. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=824
97. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC., 2015. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11108%3A2015-regional-report-alcohol-health&catid=1428%3Aalcohol-substance-abuse-publications&Itemid=41530&lang=es
98. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud en las Américas, Edición de 2002 Volumen I. Washington, DC: OPS, 2002. Disponible en: <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americas-2002-vol-1.pdf>
99. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2014. Washington, DC: OPS, 2014.
100. Pan American Health Organization / World Health Organization. Cervical Cancer, 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=en
101. Pickett K.E., Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health*, 2001; 55: 111–22.
102. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf
103. Planificación Familiar. Organización Mundial de la Salud, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
104. Programa Hídrico Nacional. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Disponible en: http://www.conagua.gob.mx/CONAGUA07/Contenido/Documentos/PROGRAMA_Nacional_Hidrico_2014_2018_espa%C3%B1ol.pdf
105. Programa Sectorial de Salud. Prevención y control del cáncer de la mujer 2013-2018. Disponible en: http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldelCancerdeLaMujer_2013_2018.pdf

106. Programa Sectorial de Salud. Programa Específico. Prevención y control de la obesidad y riesgo cardiovascular. 2013-2018. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevenccionControlObesidadRiesgoCardiovascular2013_2018.pdf
107. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Infección Respiratoria Aguda (IRA). Instituto Nacional de Salud, Colombia 2014. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/sub-direccion-vigilancia/sivigila/protocolos%20sivigila/pro%20infeccion%20respiratoria%20aguda%20ira.pdf>
108. Puentes, E. Accidentes de tráfico: letales y en aumento. Salud Pública de México, 2005; 47 (1); pp.3-4.
109. Puentes-Rosas E., López-Nieto L., Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. Revista Panamericana de Salud Pública, 2004;16:102-9.
110. Reddy K.S., Katan M.B. Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases. Public Health Nutrition, 2004; 7(1A), 167-186.
111. Riojas-Rodríguez H., et al. La salud ambiental en México: situación actual y perspectivas futuras. Salud Pública de México, 2013; 55: 638.
112. Robert S.A. Community-level socioeconomic status effects on adult health. J Health Soc Behav, 1998;39:18-37.
113. Ruiz R., Ocaña R., Hermosín B. Evolución de la mortalidad por accidentes de tráfico en Andalucía desde 1975 hasta 2001 y predicción para el año 2004. Aten Primaria, 2004;33(6):297-304.
114. Sais S., Rentero D., Corella P., Cortina B., y González A. Análisis Edad-periodo-cohorte de la mortalidad por accidentes de tráfico en España. Salud Publica México, 1999; 41:170-176.
115. Salinas P. H., Albornoz V.J., et al., Análisis de componentes principales aplicado a variables respecto a la mujer gestante en la Región de las Américas, Rev. Chilena Obstet Ginecol, 2006.
116. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo M, Franco-Núñez A, Gutiérrez-Robledo L, Sosa-Ortiz A. Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7) Salud Publica Mex 2013; 55(3):267-274.
117. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo GI, Franco-Núñez A, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, Sosa-Ortiz AL. Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. Salud Publica Mex 2014;56:279-285.
118. Salomon J., Vos T., Hogan D., et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: Global Burden of Disease 2010 disability weights measurement study. Lancet, 2012, 380:2129-43.
119. Salvo D., Torres C., Villa U., Rivera J.A., Sarmiento O., Reis R.S., Pratt M. Accelerometer-based physical activity levels among Mexican adults and their relation with sociodemographic characteristics and BMI: a cross-sectional study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2015, 12:79. doi:10.1186/s12966-015-0243-z.
120. Santos S., Mauri J.A., López del Val. L.J., Mostacero E., Ríos C., Tejero C. Análisis de los principales factores determinantes de la evolución de los pacientes con ictus. Comunicaciones Libres del Área de Patología Vascul. 1er Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. Zaragoza, España.1998.
121. SAVE. Suicide Awareness. Voices of Education. Disponible en: http://www.save.org/index.cfm?fuseaction=home.viewPage&page_id=1
122. Say, Lale, Doris Chou, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health, 2014; Issue 6, e323 - e333.
123. Schuppan D., Afdhal N.H. Liver cirrhosis. Lancet, 2008; 371(9615): 838-851.

124. Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico de las enfermedades cerebrovasculares en México. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2012.
125. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. (En prensa). Encuesta 2015 para el seguimiento de los indicadores del PROSESA 2013 – 2018. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/encuesta_seg_ind_prosesa.html
126. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Accidentes de tránsito, 2012. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/avisos/977-accidentes-transito.html>
127. Seeman T.E., Crimmins E. Social environment effects on health and aging: integrating epidemiologic and demographic approaches and perspectives. *Ann NY Acad Sci*, 2001; 954: 88–117.
128. Shetty P. Grey matter: ageing in developing countries. *Lancet*, 2012; 379: 1285–7.
129. Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Centers for Disease Control and Prevention, 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/self-directed-violence-a.pdf>.
130. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México 2010. Secretaría de Salud, 2010. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf
131. Silva E. Mortalidad por accidentes automovilísticos en la zona metropolitana de la Ciudad de México a finales del siglo XX. *Papeles de población*, 2009; 15:143-72.
132. Murdock S.H., Ellis D.R. *Applied Demography. An Introduction to Basic Concepts, Methods, and Data*. Boulder, CO: Westview Press, 1991.
133. Szot M. Mortalidad por Enfermedades Respiratorias en Chile durante 1999. *Rev. Chile enfermedades respiratorias*. Santiago, 2003; v.19 n.1.
134. The guidelines: a framework for safe drinking-water. Disponible en: http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/gdwq3_2.pdf?ua=1
135. The World Bank. Data. Improved sanitation facilities (% of population with access). Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.ACSN>
136. The World Bank. Water supply and sanitation: sector results profile. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/results/2013/04/12/water-sanitation-results-profile>
137. Thorp, A. A., Owen, N., Neuhaus, M., & Dunstan, D. W. Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults a systematic review of longitudinal studies, 1996–2011. *American Journal Of Preventive Medicine*, 2011; 41(2), 207-215.
138. Tovar Guzmán J., Barquera S., López Antuñano J. Tendencia de mortalidad por cánceres atribuibles al tabaco en México. *Salud Pública de México*, 2002; 44(sup 1):20-28.
139. Tremblay M.S., Leblanc A.G., Janssen I., et al. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 2011; 36:59-64.
140. UNICEF, La Infancia. México, 2009. Disponible en: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos.html>
141. UNICEF. Malnutrición, 2015. Disponible en: <http://www.data.unicef.org/nutrition/malnutrition.html#sthash.YuaG59JO.dpuf>
142. UNICEF. Progress on Sanitation and Drinking-Water. World Health Organization, 2010. Disponible en: http://www.childinfo.org/files/WatSan_JMP_report_2010.pdf
143. UNICEF. Under-five mortality, 2015. Disponible en: <http://www.data.unicef.org/child-mortality/under-five.html#sthash.DDhTQgNY.dpuf>
144. UNICEF. Únete por la niñez. Datos y cifras clave sobre nutrición. Disponible en: <http://www.>

- unicef.org/lac/UNICEF_Key_facts_and_figures_on_Nutrition_ESP.pdf
145. United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*. UNICEF, New York, 2004.
 146. United Nations Office on Drugs and Crime. *Global Study on Homicide 2013. Trends, Context, Data*. Vienna, Austria: United Nations Publication, 2014. Disponible en: <https://www.unodc.org/gsh/>
 147. United Nations Office Drugs and Crime. *World Drug report, 2015*. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/eventos/2015/WDD2015/World_Drug_Report_2015.pdf
 148. United Nations Office on Drugs and Crime. *Global Study on Homicide 2013. Trends, Contexts, Data*. United Nations, 2014. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf
 149. United Nations. *Millennium Development Goals and Beyond 2015. Reduce Child Mortality*. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/childhealth.shtml>
 150. United Nations. *Trends in Contraceptive Methods Used Worldwide, 2013*. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/popfacts_2013-9.pdf
 151. Valdespino J.L., García G., Conde-González, Olaiz-Fernández, Palma O., Sepúlveda J. Prevalencia de Infección por VIH en Población Adulta en México: una Epidemia en Ascenso y Expansión. *Salud Pública de México: Cuernavaca*, 2007; vol.49 supl.3.
 152. Velázquez M., Barinagarrementería A., Rubio G., Verdejo., Méndez B., Violante. Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005. *Arch. Cardiol. México*, 2007; vol.77 no.1.
 153. Villalpando S., Rojas R., Shamah-Levy T., Ávila M.A., Gaona B., De la Cruz V., Rebollar R., Hernández L. Prevalence and distribution of type 2 Diabetes mellitus in Mexican adult population. A probabilistic survey. *Salud Pública de México* 2010; 52 suppl 1:S19-S26.
 154. Wang H., Dwyer L., Lofgren K., et al. Age specific and sex specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012; 380:2071-94.
 155. Wilmot E.G., Edwardson C.L., Achana F.A., et al. Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 2012; 55:2895-905.
 156. World Cancer Research Fund. American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, and Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington D.C., 2007.
 157. World Health Organization. *Cancer, 2015*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
 158. World Health Organization. *Causes of death. Ten leading causes of death*. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.wrapper.MGHEMORTCAUSE10-2012?lang=en&menu=hide>
 159. World Health Organization. *Depression, 2015*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
 160. World Health Organization. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Technical Report no. 916. WHO. Ginebra, 2003.
 161. World Health Organization. *Global Health Observatory Data Repository. Population using solid fuels. Data by country, 2013*. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.135?lang=en>
 162. World Health Organization. *Global Health Observatory Data Repository. Risk factors*. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A867?lang=en>
 163. World Health Organization. *Global Health Observatory. Under five mortality, 2015*. Disponible

- en: http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/
164. World Health Organization. Global HIV prevalence has levelled off. Media Centre, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/media-centre/news/releases/2007/pr61/en/>
165. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010.
166. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Switzerland, 2011. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf?ua=1
167. World Health Organization. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. World Health Organization, 2013. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/
168. World Health Organization. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva, 2015.
169. World Health Organization. Health Topics. Mortality. Disponible en: <http://www.who.int/topics/mortality/en/>
170. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, 2012. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
171. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision, World Health Organization. Geneva, 1992.
172. World Health Organization. Media Centre. The Top 10 causes of death. Fact sheet 310, 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
173. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative. Geneva, Switzerland: WHO, 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
174. World Health Organization. Preventing youth violence: an overview of the evidence. World Health Organization, 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/188122/1/9789241549425_eng.pdf Environ Epidemiol, 2007; 7(3):224-232.
175. World Health Organization. WHO methods for life expectancy and healthy life expectancy. WHO. Geneva, 2014. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/LT_method.pdf
176. Zuk M., Rojas L., Blanco S., Serrano P., Cruz J., Ángeles F., et al. The impact of improved wood-burning stoves on fine particulate matter concentrations in rural Mexican homes. Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology, 2007;17:224-32.

ANEXOS



ANEXO I. NOTAS TÉCNICAS

Estado de Salud General

La información presentada en la sección correspondiente se deriva de los datos publicados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en sus estimaciones y proyecciones de población. La Esperanza de Vida al Nacimiento se obtuvo directamente de esta fuente. La Esperanza de Vida a los 65 años se calculó mediante una tabla de mortalidad usando como insumo las relaciones de supervivencia que el CONAPO publica como parte de las proyecciones ya mencionadas. La tabla construida fue a edad desplegada con cierre en el último año disponible en los datos del CONAPO y calculando la población estacionaria en cada grupo, asumiendo que la función de supervivencia disminuye linealmente entre edades contiguas. Se exploró el efecto de modificar el coeficiente de reparto (*separation factor*) y se constató que no influía mayormente en el estimador calculado. Los datos pueden ser directamente consultados en:

http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

Con excepción del indicador “Prevalencia de bajo peso al nacer”, todos los indicadores incluidos en la sección correspondiente se derivan de encuestas de base poblacional. Las encuestas utilizadas fueron las siguientes:

- Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN 1999)
- Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012)
- Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENADIC 2011)
- Encuesta 2015 para el seguimiento de los indicadores del PROSESA 2013 – 2018.

En todos los casos, el análisis de estas encuestas tomó en consideración su diseño muestral complejo, a fin de ponderar adecuadamente las observaciones. El análisis por tamaño de localidad dependió de la disponibilidad de información en la encuesta. Cuando se contaba con el dato, se analizaron tres estratos: i) rurales, las localidades con menos de 2,500 habitantes; ii) urbanas no metropolitanas, las de 2500 a 99,999 habitantes, y iii) metropolitanas, las de 100,000 o más habitantes. En el caso de la ENSA 2000, la estratificación define como rurales aquellas localidades de menos de 15,000 habitantes y como urbanas el complemento.

El análisis por nivel socioeconómico se realizó con base en la disponibilidad de información en las bases de datos correspondientes. Para el caso de la ENSANUT 2012, la base incluye una variable de nivel socioeconómico derivada de una propuesta del INSP que usa un modelo logit ordinal para, a partir de variables demográficas, de vivienda, de activos y de patrones de consumo, imputar la pertenencia a un determinado estrato socioeconómico. En la ENSANUT 2006 se usó una aproximación similar pero, dado que la disponibilidad de insumos era menor, hay ligeras diferencias en el ajuste del modelo que no afectan la validez de las estimaciones. En el caso de la ENSA 2000 el análisis se hizo a partir de una decilización simple del ingreso mensual reportado.

Información detallada sobre la construcción de estas variables puede obtenerse en:

http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/32clasificaci.pdf

http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2015/vol%2057%20No%204/2Bienes.pdf

En la ENADIC 2011, debido a su diseño muestral, el nivel de análisis no fue por entidad federativa, sino por 8 regiones, conformadas de la siguiente manera: **Norcentral:** Coahuila, Chihuahua, Durango; **Noroccidental:** Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa; **Nororiental:** Nuevo

León, Tamaulipas, San Luis Potosí; **Occidental:** Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit; **Centro** Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro, Guanajuato; **Ciudad de México:** Distrito Federal Centro; **Centro Sur:** Veracruz, Oaxaca, Guerrero, Michoacán; y, **Sur:** Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas, Tabasco.

En el caso del indicador de “Prevalencia de bajo peso al nacer” la fuente de información fue el Subsistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINAC) administrado por la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Esta información está disponible de 2008 a 2014. Conforme a la definición habitual, se consideró con bajo peso a los niños nacidos con menos de 2,500 gramos. No se definió un límite inferior para el registro de peso ya que las recomendaciones internacionales indican que es importante capturar en este indicador los nacimientos prematuros o con malformaciones mayores (y con extremo bajo peso), ya que se relacionan directamente con la problemática a valorar. En la serie histórica disponible, el porcentaje de niños sin registro de peso aumentó de 0.2% en 2008 a 5.9% en 2014. Esto se debe a que a partir de 2011 se incorporó al SINAC la validación de la relación semanas de gestación-talla-peso a través de tablas que definieron el peso y talla mínimo, promedio y máximo generales para las semanas de gestación 18 a 22, y acordes a las semanas de gestación y sexo a partir de la semana 23. Los datos para el cálculo de este indicador pueden obtenerse directamente de la página de la Dirección General de Información en Salud:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html

Las asociaciones epidemiológicas entre los factores de riesgo y algunas condiciones de salud se basan en el conocimiento derivado de una amplia gama de estudios epidemiológicos, aunque debe enfatizarse que las asociaciones estadísticas y epidemiológicas no necesariamente reflejan relaciones causales. Para mayor referencia sobre estas asociaciones, pueden consultarse dos documentos que abordan el tema en extenso y que compendian una gran cantidad de literatura

para cada uno de los factores por específico. Los dos documentos de consulta referidos son los siguientes:

- Ezzati, M, Lopez AD, Rodgers A y Murray CJ. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. World Health Organization 2004. Disponible en <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/part1/en/>
- Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans D, Jha P, Mills A y Musgrove P. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edition. Washington, D.C. World Bank 2006. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728/>

Morbilidad

Las principales causas de morbilidad presentadas son un resumen de lo publicado por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en sus Anuarios de Morbilidad. Se respetó la desagregación que efectúa esta dependencia. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) está diseñado para proporcionar información de manera continua y oportuna a las autoridades en materia de control de enfermedades. Es importante considerar que las cifras de morbilidad que se derivan del SINAVE no deben considerarse como tasas de incidencia, toda vez que no representan, por diferentes razones, a todos los casos incidentes de una enfermedad. Tampoco se puede verificar que todos los casos reportados como nuevos son verdaderamente incidentes. Además, debe considerarse que muchas de las enfermedades que con más frecuencia aquejan a la población son de tipo crónico, por lo que su registro en el sistema no ocurre cuando se da su incidencia, sino cuando el cuadro de signos y síntomas es suficientemente serio como para provocar la búsqueda de atención y cuando el sistema de salud ha diagnosticado adecuadamente a la persona. Para mayores detalles se recomienda visitar la página correspondiente:

<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

La prevalencia de desnutrición en menores de cinco años resulta del análisis de la ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012. Se aplicó una aproximación de desnutrición aguda (bajo peso para la altura). Los criterios de caracterización de la desnutrición como moderada o severa se basaron en el número de desviaciones estándar por debajo del valor estándar. Se consideró que la desnutrición aguda era de nivel moderado cuando el peso del niño se ubicaba entre dos y tres desviaciones estándar del peso considerado promedio para su talla. La desnutrición aguda de nivel extremo ocurre cuando el peso se ubica a tres desviaciones estándar o más por debajo del estándar para la talla.

La prevalencia de diabetes y de hipertensión arterial se basa en datos de la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012. En el caso de la diabetes, la prevalencia para 2000 y 2006 fue estimada como una función agregada de la población que cuenta con diagnóstico médico de esta enfermedad o que, sin tener este diagnóstico, tuvo valores de glucosa por arriba de los umbrales considerados para definir a una persona como diabética. En el año 2000 esta estimación pudo ser aplicada para la mayor parte de la población incluida en la encuesta, mientras que para 2006 sólo fue aplicable a una submuestra ya que la medición de glucosa sólo incluyó a una fracción de la muestra total incluida. En el caso de la estimación 2012, dado que en ese año no hay resultados de medición de glucosa, los resultados se limitan a mostrar la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico. Finalmente, vale la pena mencionar que el procedimiento de medición empleado en la ENSANUT 2012 no permite obtener estimaciones robustas a nivel de entidad federativa, por lo que los datos presentados en este documento deben tomarse con precaución. Para la hipertensión arterial, se consideró como hipertenso a todo aquel que contara con diagnóstico médico o que en las dos mediciones efectuadas como parte de la encuesta tuviera valores mayores o iguales a 140mmHg en la tensión sistólica o mayores o iguales a 90mmHg en la tensión diastólica.

La prevalencia de VIH/SIDA se estimó a partir de una base de datos proporcionada por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. Se consideraron casos prevalentes a aquellos individuos incluidos en esta base como pacientes positivos a VIH o con SIDA y cuyo estatus reportado en el sistema fue “vivos” al momento del reporte.

La prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos se construyó, a partir de la versión abreviada de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, (CESD-7) que se incluyó en la ENSANUT, 2012. El CESD-7 es un instrumento que se incluyó en el cuestionario de adultos de 20 años o más; y evaluó la frecuencia con que se han experimentado síntomas de depresión en la última semana. Las características de la escala y el punto de corte validado para la población mexicana han sido presentados previamente. Se puede consultar más información en:

- Herrero J, Gracia E. Una Medida Breve de la Sintomatología Depresiva (CESD-7). *Salud Ment* 2007;30(5):40-46.
- Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo M, Franco-Núñez A, Gutiérrez-Robledo L, Sosa-Ortiz A. Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7) *Salud Publica Mex* 2013; 55(3):267-274.
- Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo GI, Franco-Núñez A, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, Sosa-Ortiz AL. Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. *Salud Publica Mex* 2014;56:279-285.

Mortalidad

La fuente de información utilizada para calcular el número de muertes por causa específica y para los grupos de edad fueron las bases de mortalidad oficiales del INEGI/SS. Todos los estimadores pre-

sentados, con excepción de la mortalidad materna y mortalidad infantil, se derivan del análisis de las defunciones por año de ocurrencia, por lo que es esperable encontrar algunas divergencias con cifras oficiales previas ya que éstas se basan en la contabilización de muertes por año de registro. Se decidió esta aproximación considerando que permite caracterizar mejor la situación epidemiológica de la mortalidad al incorporar todas las defunciones ocurrida en un mismo periodo calendario. Sólo se incluyeron en el análisis las defunciones de personas con residencia habitual en México.

Para calcular las tasas se usaron las poblaciones a mitad del año publicadas por el CONAPO. En casos particulares, como la mortalidad infantil y la mortalidad materna, los denominadores de 2002 a 2010 fueron los nacimientos estimados por el CONAPO y de 2011 a 2013 los proporcionados por la Dirección General de Información en Salud con base en la *Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores* a partir de los nacimientos registrados en el SINAC. Esta metodología puede ser consultada en:

<http://dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>

En el caso particular de la mortalidad materna, el análisis se efectuó por año de registro y a partir de una base específica en la cual se concentran todas las muertes maternas registradas entre 2002 y 2014. En este caso, el análisis por nivel socioeconómico utilizó el índice de rezago social propuesto por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

El cálculo de la mortalidad infantil usó los nacimientos y las defunciones estimadas del CONAPO de 2000 a 2010. A partir de 2011 se usaron los nacimientos y defunciones ajustadas con base en la metodología propuesta de la Secretaría de Salud ya mencionada.

En el análisis de algunos indicadores se efectuó una desagregación por nivel de marginación a nivel de localidad de residencia de la persona fallecida. Para efectuar este análisis se usó la información sobre grado de marginación para los años 2000, 2005 y 2010, con base en el Índice de Marginación Social publicado por CONAPO. Aunque el análisis se efectuó para los años 2002 (con el criterio de marginación 2000), 2005 y 2010, ya que la base de datos de mortalidad no contenía el identificador de localidad para el año 2000. La población por nivel de marginación en el año 2000 se obtuvo mediante una proyección simple de la variación en cada nivel entre 2000 y 2005.

Conforme a la definición habitual, el análisis por tamaño de la localidad de residencia consideró localidades rurales a aquellas con menos de 2500 pobladores. Para la definición de la mortalidad específica se utilizaron los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10). Es importante aclarar que al analizar las principales causas de defunción se encontraron frecuentemente códigos que se consideran poco informativos y que por esa razón se califican de “códigos basura”. Los más frecuentemente encontrados en este análisis fueron el I50 (insuficiencia cardiaca), R54 (senilidad) y X59 (exposición a factores no especificados).

ANEXO II. CUADROS ESTADÍSTICOS

Anexo II.1 Prevalencia de consumo perjudicial de alcohol por sexo y entidad federativa, 2000, 2006 y 2012 (porcentaje)

Entidad federativa	2000		2006		2012	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Aguascalientes	49.2	8.7	44.5	7.0	52.0	15.9
Baja California	52.6	16.2	48.1	11.4	66.7	25.8
Baja California Sur	60.7	13.7	55.7	14.1	65.7	24.2
Campeche	58.5	12.4	45.0	8.4	53.4	18.7
Coahuila	60.3	6.7	41.1	7.1	63.4	17.3
Colima	48.1	13.5	44.3	13.7	47.8	21.1
Chiapas	50.3	11.6	44.8	11.2	48.1	12.4
Chihuahua	54.2	10.4	36.1	8.8	57.9	26.2
Distrito Federal	42.8	13.0	39.3	9.3	60.6	29.3
Durango	53.1	7.6	45.4	6.0	56.5	11.1
Guanajuato	59.1	10.7	42.9	7.5	60.1	18.6
Guerrero	64.6	15.1	40.6	7.2	53.9	14.8
Hidalgo	52.2	11.8	45.6	8.5	51.1	15.7
Jalisco	49.9	8.5	41.0	9.7	63.8	23.5
México	53.1	12.4	43.7	10.3	58.9	24.9
Michoacán	58.1	11.8	44.9	6.8	59.3	22.9
Morelos	60.0	14.0	41.1	7.2	45.3	14.4
Nayarit	70.1	21.9	52.2	15.1	55.5	18.0
Nuevo León	61.4	6.9	43.6	9.4	61.1	21.6
Oaxaca	45.1	7.8	48.0	5.1	53.8	13.7
Puebla	54.4	8.6	47.2	7.8	52.4	16.2
Querétaro	46.8	9.2	37.7	6.0	48.9	16.3
Quintana Roo	57.9	13.5	53.9	16.0	55.7	18.4
San Luis Potosí	56.9	3.9	40.6	5.3	61.9	13.4
Sinaloa	61.3	12.3	51.1	10.6	56.3	15.0
Sonora	61.4	13.3	49.4	9.2	56.9	17.6
Tabasco	54.7	9.5	38.6	8.3	56.2	17.4
Tamaulipas	57.8	6.8	43.4	9.2	57.8	19.3
Tlaxcala	62.0	16.5	46.2	7.2	56.9	16.9
Veracruz	54.8	7.3	43.2	5.6	61.2	18.8
Yucatán	44.5	10.9	35.2	9.0	45.6	20.1
Zacatecas	52.2	6.6	42.3	3.3	60.0	12.7
Nacional	53.9	10.6	43.3	8.6	57.8	20.3

Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Anexo II.2 Prevalencia de consumo de tabaco por entidad federativa y sexo, 2000, 2006 y 2012 (porcentaje)

Entidad federativa	2000		2006		2012	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Aguascalientes	48.3	16.9	34.1	13.0	39.6	15.0
Baja California	34.8	14.7	29.3	11.8	30.8	10.3
Baja California Sur	39.8	15.3	36.3	10.9	26.6	10.6
Campeche	30.3	3.9	26.3	3.7	21.9	3.4
Coahuila	40.4	10.3	36.3	11.2	39.1	11.5
Colima	28.6	7.6	25.8	9.5	24.3	8.6
Chiapas	20.0	2.1	15.7	2.6	18.4	2.5
Chihuahua	38.1	20.0	34.1	13.9	35.5	18.6
Distrito Federal	46.3	21.3	37.3	18.3	36.5	17.4
Durango	38.2	9.1	32.5	10.1	34.4	5.5
Guanajuato	41.7	8.4	35.7	7.8	36.6	7.8
Guerrero	35.6	7.3	27.0	3.1	27.7	2.9
Hidalgo	30.8	3.3	27.4	5.6	27.3	6.7
Jalisco	39.3	12.5	31.5	12.6	30.0	11.8
México	39.5	11.4	36.7	14.9	41.3	14.6
Michoacán	31.6	5.5	26.2	5.2	35.5	6.5
Morelos	37.1	7.6	27.2	7.5	29.9	7.5
Nayarit	31.8	5.7	23.9	6.0	28.2	7.7
Nuevo León	42.4	14.5	34.8	14.4	33.3	16.3
Oaxaca	26.8	2.3	19.0	1.2	18.6	2.4
Puebla	37.0	7.7	28.2	6.5	31.8	8.0
Querétaro	39.3	9.9	30.6	7.3	33.1	9.5
Quintana Roo	31.8	7.1	22.3	8.5	26.2	7.4
San Luis Potosí	36.8	6.1	26.9	5.7	26.4	5.4
Sinaloa	32.1	8.0	27.8	5.6	23.9	7.4
Sonora	36.4	12.7	30.8	10.2	29.5	12.2
Tabasco	19.8	3.3	17.1	4.3	16.0	3.8
Tamaulipas	30.9	11.2	31.2	7.5	26.0	8.0
Tlaxcala	39.0	5.0	30.4	4.1	33.6	7.4
Veracruz	24.6	3.8	23.8	3.3	20.1	5.7
Yucatán	27.4	3.6	24.2	3.3	25.3	3.4
Zacatecas	39.6	9.3	30.9	6.8	29.4	8.2
Nacional	35.8	10.2	30.4	9.5	31.0	9.9

Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Anexo II.3 Prevalencia de consumo de tabaco por grupo de edad,
2000, 2006 y 2012 (porcentaje)

Grupo de edad	2000	2006	2012
20 a 29	23.1	21.7	24.5
30 a 39	23.9	19.9	19.9
40 a 49	25.3	20.0	20.5
50 a 59	20.3	19.0	19.5
60 o más	14.3	11.9	11.3

Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

Anexo II.4 Diez principales causas de morbilidad por sexo, 2003, 2006, 2009, 2012 y 2014

Padecimiento	2003			2006			2009			2012			2014		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Infecciones respiratorias agudas	12,183,925	14,858,334	27,042,259	10,545,371	13,230,828	23,776,199	13,886,397	17,330,662	31,217,059	11,798,386	14,909,075	26,707,461	12,120,993	15,372,246	27,493,239
Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	2,190,392	2,690,976	4,881,368	2,146,981	2,569,030	4,716,011	2,158,530	2,705,673	4,864,203	2,455,469	3,068,138	5,523,607	2,272,667	3,246,261	5,518,928
Infección de vías urinarias	888,078	2,399,033	3,287,111	761,109	2,315,359	3,076,468	875,445	2,557,253	3,432,698	941,562	2,919,685	3,861,247	997,792	2,668,760	3,666,552
Úlceras, gastritis y duodenitis	456,488	879,226	1,335,714	500,243	991,066	1,491,309	530,184	1,027,131	1,557,315	566,100	1,075,612	1,641,712	529,636	968,166	1,497,802
Gingivitis y enfermedad periodontal	113,812	173,779	287,591	194,898	312,497	507,395	208,040	339,869	547,909	266,027	431,260	697,287	415,435	703,724	1,119,159
Otitis media aguda	323,890	401,016	724,906	305,950	402,606	708,556	282,138	371,778	653,916	275,407	370,972	646,379	272,191	367,434	639,625
Conjuntivitis mucopurulenta	202,337	0	202,337	144,453	0	144,453	167,348	0	167,348	189,439	0	189,439	201,215	355,600	556,815
Hipertensión arterial	179,173	319,192	498,365	193,059	328,427	521,486	216,204	336,326	552,530	213,325	321,871	535,196	194,258	286,074	480,332
Diabetes mellitus	147,171	220,713	367,884	152,836	180,980	333,816	177,825	210,480	388,305	173,725	236,282	410,007	157,793	255,068	412,861
Intoxicación por picadura de alacrán	0	341,318	341,318	139,146	334,865	474,011	143,226	280,503	423,729	153,108	285,527	438,635	0	235,372	235,372
Asma y estado asmático	136,327	0	136,327	128,256	0	128,256	149,158	0	149,158	154,095	0	154,095	142,354	234,271	376,625
Amebiasis intestinal	445,381	233,161	678,542	290,589	241,524	532,113	221,264	248,977	470,241	164,890	245,768	410,658	133,343	223,306	356,649
Varicela	159,539	568,154	727,693	142,388	371,608	513,996	138,578	286,644	425,222	133,473	209,165	342,638	123,643	165,899	289,542
Obesidad	0	164,951	164,951	0	148,212	148,212	0	169,531	169,531	0	173,928	173,928	122,441	162,126	284,567
Síndrome febril	0	121,160	121,160	0	143,452	143,452	0	144,440	144,440	0	160,451	160,451	114,797	154,185	268,982

Fuente: SS-SINAVE 2014

Anexo II.5 Prevalencia de diabetes mellitus por sexo y tamaño de localidad, 2000, 2006 y 2012 (porcentaje)

	2000	2006	2012*
Sexo			
Hombres	8.4	15.6	8.6
Mujeres	8.5	13.0	9.7
Tamaño localidad			
Rural	7.4	10.1	7.0
Urbano	9.1	14.7	9.1
Metropolitano	N.A.	15.6	9.9
Total	8.5	14.0	N.D.

Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012

N. A. No Aplica

N. D. No Disponible

*Nota: solo incluye diabetes autorreportada

Anexo II.6 Diez principales causas de mortalidad por sexo y grupo de edad, 2000 y 2013

	2000						2013					
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres		
	Causa	Total	%	Causa	Total	%	Causa	Total	%	Causa	Total	%
Población de 0 a 14 años de edad												
1	Respiratorias y cardiovasculares perinatales	6,607	22.8	Respiratorias y cardiovasculares perinatales	4,502	20.3	Congénitas	3,874	18.6	Congénitas	3,394	21.3
2	Congénitas	4,314	14.9	Congénitas	3,893	17.5	Respiratorias y cardiovasculares perinatales	3,823	18.3	Respiratorias y cardiovasculares perinatales	2,736	17.1
3	Infecciones respiratorias agudas	2,499	8.6	Inf. respiratorias agudas	1,972	8.9	Infecciones perinatales	1,499	7.2	Infecciones perinatales	1,151	7.2
4	Infecciones perinatales	1,714	5.9	Infecciones perinatales	1,321	6.0	Inf. respiratorias agudas	1,272	6.1	Inf. respiratorias agudas	1,024	6.4
5	Diarreas	1,482	5.1	Diarreas	1,217	5.5	Ahogamientos	1,012	4.8	Ahogamientos	588	3.7
6	Ahogamiento	1,463	5.1	Ahogamientos	915	4.1	Accidentes de tráfico	676	3.2	Diarreas	423	2.7
7	Accidentes de tráfico	1,000	3.5	Desnutrición	652	2.9	Diarreas	568	2.7	Accidentes de tráfico	368	2.3
8	Desnutrición	705	2.4	Accidentes de tráfico	533	2.4	Septicemias	453	2.2	Septicemias	363	2.3
9	Bajo peso al nacer o prematuridad	503	1.7	Leucemias	440	2.0	Bajo peso al nacer o prematuridad	442	2.1	Bajo peso al nacer o prematuridad	357	2.2
10	Leucemias	499	1.7	Bajo peso al nacer o prematuridad	433	2.0	Leucemias	436	2.1	Leucemias	339	2.1
Población de 15 a 29 años de edad												
1	Accidentes de tráfico	3,807	18.2	Accidentes de tráfico	756	9.7	Homicidios	7,122	28.3	Homicidios	907	11.0
2	Homicidios	3,647	17.5	Homicidios	427	5.5	Accidentes de tráfico	4,183	16.6	Accidentes de tráfico	825	10.0
3	Suicidios	1,336	6.4	Leucemias	296	3.8	Suicidios	1,838	7.3	Suicidios	507	6.2
4	Ahogamiento	1,149	5.5	Suicidios	295	3.8	VIH/SIDA	824	3.3	Insuficiencia renal	308	3.7
5	VIH/SIDA	887	4.2	Congénitas	229	2.9	Ahogamiento	821	3.3	Leucemias	286	3.5
6	Cirrosis	382	1.8	Insuficiencia renal	226	2.9	Insuficiencia renal	516	2.1	Congénitas	248	3.0
7	Leucemias	365	1.7	VIH/SIDA	210	2.7	Cardiopatía Isquémica	506	2.0	Inf. respiratorias agudas	202	2.5
8	Insuficiencia renal	285	1.4	Enfermedades cerebrovasculares	194	2.5	Leucemias	448	1.8	VIH/SIDA	187	2.3
9	Inf. respiratorias agudas	263	1.3	Inf. respiratorias agudas	170	2.2	Inf. respiratorias agudas	353	1.4	Parálisis cerebral	174	2.1
10	Trastornos mentales debido al uso de alcohol	249	1.2	Ahogamiento	162	2.1	Congénitas	330	1.3	Enfermedades cerebrovasculares	172	2.1

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

Continúa en la siguiente página

Viene de la página anterior

Anexo II.6 Diez principales causas de mortalidad por sexo y grupo de edad, 2000 y 2013

	2000						2013					
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres		
	Causa	Total	%	Causa	Total	%	Causa	Total	%	Causa	Total	%
Población de 30 a 44 años de edad												
1	Cirrosis	3,814	13.2	Cáncer cervicouterino	883	7.1	Homicidios	6,822	18.8	Diabetes	1,312	9.0
2	Homicidios	3,037	10.5	Diabetes	810	6.5	Accidentes de tráfico	3,323	9.1	Cáncer de mama	802	5.5
3	Accidentes de tráfico	2,850	9.8	Cáncer de mama	710	5.7	Cirrosis	3,095	8.5	Homicidios	749	5.1
4	VIH/SIDA	1,892	6.5	Accidentes de tráfico	587	4.7	Cardiopatía Isquémica	2,020	5.6	Accidentes de tráfico	649	4.5
5	Cardiopatía isquémica	1,223	4.2	Cirrosis	528	4.2	VIH/SIDA	1,935	5.3	Cáncer cervicouterino	639	4.4
6	Trastornos mentales debido al uso de alcohol	1,140	3.9	Cardiopatía isquémica	469	3.8	Diabetes	1,876	5.2	Cardiopatía isquémica	578	4.0
7	Diabetes	1,101	3.8	Enfermedades cerebrovasculares	457	3.7	Suicidios	1,428	3.9	Enf. cerebrovasculares	430	3.0
8	Ahogamiento	838	2.9	Homicidios	330	2.6	Inf. respiratorias agudas	716	2.3	VIH/SIDA	392	2.7
9	Suicidios	803	2.8	Insuficiencia renal	289	2.3	Enf. cerebrovasculares	645	2.0	Cirrosis	353	2.4
10	Enfermedad alcohólica del hígado	618	2.1	Leucemias	219	1.8	Enfermedad alcohólica del hígado	596	1.8	Inf. respiratorias	347	2.4
Población de 45 a 64 años de edad												
1	Cirrosis	8,053	14.3	Diabetes	8,484	21.4	Diabetes	14,646	18.0	Diabetes	13,115	23.6
2	Diabetes	7,761	13.8	Cardiopatía Isquémica	3,205	8.1	Cardiopatía Isquémica	10,155	12.5	Cardiopatía Isquémica	4,397	7.9
3	Cardiopatía isquémica	6,331	11.3	Enf. cerebrovasculares	2,243	5.7	Cirrosis	8,252	10.2	Cáncer de mama	2,636	4.7
4	Enf. cerebrovasculares	2,517	4.5	Cirrosis	2,137	5.4	Homicidios	3,310	4.1	Enf. cerebrovasculares	2,515	4.5
5	Accidentes de tráfico	2,071	3.7	Cáncer cervicouterino	1,950	4.9	Enf. cerebrovasculares	3,124	3.8	Cirrosis	2,218	4.0
6	Homicidios	1,708	3.0	Cáncer de mama	1,665	4.2	Accidentes de tráfico	2,521	3.1	Cáncer cervicouterino	1,638	2.9
7	Trastornos mentales debido al uso de alcohol	1,702	3.0	Enf. hipertensiva	1,013	2.6	Enf. hipertensiva	1,607	2.0	Enf. hipertensiva	1,519	2.7
8	Cáncer pulmón	1,221	2.2	Insuficiencia renal	992	2.5	Insuficiencia hepática	1,570	1.9	Insuficiencia renal	1,140	2.1
9	Insuficiencia renal	1,052	1.9	Enf. respiratorias crónicas	745	1.9	Inf. respiratorias agudas	1,547	1.9	Inf respiratorias agudas	995	1.8
10	Enf. respiratorias crónicas	938	1.7	Cáncer de hígado	738	1.9	Insuficiencia renal	1,432	1.8	Cáncer de ovario	939	1.7

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

Continúa en la siguiente página

Anexo II.6 Diez principales causas de mortalidad por sexo y grupo de edad, 2000 y 2013

	2000						2013					
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres		
	Causa	Total	%	Causa	Total	%	Causa	Total	%	Causa	Total	%
Población de 65 o más años de edad												
1	Cardiopatía isquémica	16,275	15.1	Cardiopatía isquémica	16,187	14.7	Cardiopatía isquémica	29,241	17.6	Diabetes	28,651	17.1
2	Diabetes	11,514	10.7	Diabetes	15,936	14.5	Diabetes	23,916	14.4	Cardiopatía isquémica	27,875	16.6
3	Enf. cerebrovasculares	8,692	8.1	Enf. cerebrovasculares	10,364	9.4	Enf. Respiratorias Crónicas	11,361	6.8	Enf. cerebrovasculares	13,008	7.8
4	Enf. respiratorias crónicas	8,037	7.5	Enf. respiratorias crónicas	5,864	5.3	Enf. cerebrovasculares	10,841	6.5	Enf. respiratorias crónicas	9,781	5.8
5	Cirrosis	4,533	4.2	Enf. hipertensiva	4,647	4.2	Enf. hipertensiva	6,163	3.7	Enf. hipertensiva	8,784	5.2
6	Inf. respiratorias agudas	3,723	3.5	Inf respiratorias agudas	3,952	3.6	Inf. respiratorias agudas	6,036	3.6	Inf. respiratorias agudas	5,649	3.4
7	Cáncer de próstata	3,415	3.2	Desnutrición	3,376	3.1	Cirrosis	5,742	3.5	Desnutrición	3,389	2.0
8	Desnutrición	2,919	2.7	Insuficiencia renal	2,503	2.3	Cáncer de próstata	5,148	3.1	Cirrosis	3,212	1.9
9	Cáncer de pulmón	2,866	2.7	Cirrosis	2,264	2.1	Insuficiencia renal	3,853	2.3	Insuficiencia renal	3,159	1.9
10	Enf. hipertensiva	2,724	2.5	Cáncer cervicouterino	1,689	1.5	Cáncer de pulmón	2,848	1.7	Cáncer de hígado	2053	1.2

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

Anexo II.7 Diez Principales causas de muerte en hombres por entidad federativa, 2013

Entidad federativa	1		2		3		4		5	
	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones
Aguascalientes	Diab	371	Isquem	315	ERC	173	Cirr	147	AT	129
Baja California	Isquem	1,239	Diab	940	Hom	639	ECV	479	Cirr	445
Baja California Sur	Isquem	248	Diab	158	AT	92	Cirr	78	ECV	61
Campeche	Isquem	344	Diab	262	Cirr	142	ECV	118	AT	82
Coahuila	Isquem	1,243	Diab	1,013	Hom	640	Cirr	377	ECV	367
Colima	Isquem	291	Diab	288	Hom	190	Cirr	103	ERC	87
Chiapas	Isquem	1,188	Diab	1,108	Cirr	859	ECV	532	AT	406
Chihuahua	Hom	1,746	Isquem	1,736	Diab	1,003	ECV	523	AT	407
Distrito Federal	Diab	3,808	Isquem	3,768	IRA	1,138	ECV	1,105	Hom	898
Durango	Isquem	748	Diab	489	Hom	415	AT	296	ERC	212
Guanajuato	Diab	2,273	Isquem	1,970	Cirr	797	AT	725	ECV	695
Guerrero	Hom	1,863	Diab	1,083	Isquem	984	ECV	420	Cirr	418
Hidalgo	Isquem	983	Diab	816	Cirr	409	ECV	370	AT	293
Jalisco	Isquem	2,896	Diab	2,713	Hom	1,296	ERC	1,245	Cirr	1,158
México	Diab	5,986	Isquem	4,381	Hom	2,796	Cirr	2,234	ECV	1,658
Michoacán	Diab	1,812	Isquem	1,476	Hom	839	Cirr	716	ERC	665
Morelos	Diab	769	TLE	699	Hom	544	Isquem	463	Cirr	307
Nayarit	Isquem	338	Diab	262	Hom	181	AT	139	ERC	137
Nuevo León	Isquem	2,267	Diab	1,401	ECV	701	Hom	670	IRA	492
Oaxaca	Diab	1,251	Isquem	1,049	Cirr	839	Hom	620	ECV	613
Puebla	Diab	2,497	Isquem	1,757	Cirr	1,478	ECV	919	ERC	643
Querétaro	Isquem	582	Diab	532	Cirr	281	AT	254	ECV	236
Quintana Roo	Diab	313	Isquem	263	Cirr	161	AT	129	Hom	127
San Luis Potosí	Isquem	1,053	Diab	857	ERC	396	ECV	365	Cirr	329
Sinaloa	Isquem	1,139	Hom	1,111	Diab	724	AT	448	ERC	370
Sonora	Isquem	1,604	Diab	849	Hom	544	AT	385	ECV	357
Tabasco	Diab	863	Isquem	719	AT	493	ECV	313	Cirr	303
Tamaulipas	Isquem	1,626	Diab	1,215	Hom	639	ECV	435	Cirr	416
Tlaxcala	Diab	563	Isquem	254	Cirr	202	ECV	155	ERC	144
Veracruz	Diab	3,363	Isquem	3,286	Cirr	2,091	ECV	1,357	ERC	961
Yucatán	Isquem	1,141	Diab	521	Cirr	436	ECV	390	IRA	286
Zacatecas	Isquem	556	Diab	481	Hom	296	ERC	281	AT	268

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

AT	Accidentes de tráfico	Desn	IRA	Infecciones respiratorias agudas
CaHep	Cáncer hepático	ECV	Isquem	Cardiopatía isquémica
CaPro	Cáncer de próstata	EHip	RCP	Respiratorias y cardiovasculares perinatales
CaPul	Cáncer de pulmón	ERC	Sui	Suicidios
Cirr	Cirrosis	Hom	TB	Tuberculosis
Cong	Congénitas	IH	TLE	Trastornos de los líquidos y electrolitos
Diab	Diabetes	IR	TSU	Trastornos no especificados del sistema urinario

Continúa en la siguiente página

Anexo II.7 Diez Principales causas de muerte en hombres por entidad federativa, 2013

Viene de la página anterior

Entidad federativa	6		7		8		9		10	
	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones
Aguascalientes	ECV	105	EHip	97	Sui	89	IRA	68	CaPro	62
Baja California	IRA	303	ERC	251	TB	220	VIH/SIDA	214	EHip	199
Baja California Sur	ERC	51	IRA	50	Sui	40	EHip	36	Otras	34
Campeche	ERC	73	Hom	59	Sui	57	EHip	56	VIH/SIDA	49
Coahuila	AT	305	ERC	263	EHip	252	IRA	210	IR	175
Colima	AT	87	ECV	75	CaPro	56	IRA	51	IR	47
Chiapas	IRA	385	Hom	376	ERC	374	IR	322	EHip	267
Chihuahua	Cirr	456	ERC	437	IRA	350	EHip	277	Sui	235
Distrito Federal	ERC	859	Cirr	791	AT	618	CaPro	467	EHip	461
Durango	ECV	178	Cirr	163	EHip	121	IRA	106	IRA	98
Guanajuato	ERC	694	Hom	602	EHip	449	IRA	428	IR	339
Guerrero	ERC	292	AT	281	EHip	237	IRA	198	Desnut	147
Hidalgo	ERC	286	IRA	203	Hom	151	EHip	146	IR	146
Jalisco	AT	1037	ECV	927	IRA	905	EHip	551	CaPro	536
México	AT	1,470	IRA	1,465	ERC	1,455	EHip	1,007	IR	878
Michoacán	ECV	589	AT	452	EHip	352	IRA	322	CaPro	273
Morelos	ERC	233	ECV	190	AT	160	EHip	159	IR	117
Nayarit	Cirr	118	ECV	106	IRA	87	CaPro	84	EHip	76
Nuevo León	AT	485	Cirr	477	ERC	429	CaPul	265	EHip	259
Oaxaca	EHip	435	AT	361	ERC	343	IRA	296	Desnut	295
Puebla	AT	541	IRA	501	EHip	455	Hom	434	IR	394
Querétaro	IRA	172	ERC	162	IH	155	EHip	127	Hom	103
Quintana Roo	ECV	124	Sui	113	VIH/SIDA	111	IRA	81	ERC	73
San Luis Potosí	AT	329	Hom	263	IRA	234	EHip	213	CaPro	183
Sinaloa	ECV	296	Cirr	227	IRA	208	CaPul	207	EHip	199
Sonora	ERC	337	Cirr	331	IRA	238	CaPul	229	EHip	207
Tabasco	EHip	209	Hom	200	ERC	200	VIH/SIDA	200	Sui	134
Tamaulipas	AT	363	ERC	312	EHip	248	IRA	189	CaPul	170
Tlaxcala	AT	137	EHip	88	IRA	74	IR	73	Hom	71
Veracruz	EHip	781	Hom	642	IR	592	VIH/SIDA	547	IRA	537
Yucatán	ERC	217	AT	192	IH	145	Sui	141	VIH/SIDA	101
Zacatecas	ECV	231	Cirr	149	EHip	144	IRA	132	CaPro	104

Fuente: INEGI/SS Estadísticas Vitales. Defunciones generales 2013

AT	Accidentes de tráfico	Desn	Desnutrición	IRA	Infecciones respiratorias agudas
CaHep	Cáncer hepático	ECV	Enfermedades cerebrovasculares	Isquem	Cardiopatía isquémica
CaPro	Cáncer de próstata	EHip	Enfermedad hipertensiva	RCP	Respiratorias y cardiovasculares perinatales
CaPul	Cáncer de pulmón	ERC	Enfermedades respiratorias crónicas	Sui	Suicidios
Cirr	Cirrosis	Hom	Homocidios	TB	Tuberculosis
Cong	Congénitas	IH	Insuficiencia hepática	TLE	Trastornos de los líquidos y electrolitos
Diab	Diabetes	IR	Insuficiencia renal	TSU	Trastornos no especificados del sistema urinario

Anexo II.8 Diez Principales causas de muerte en mujeres por entidad federativa, 2013

Entidad federativa	1		2		3		4		5	
	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones
Aguascalientes	Diab	345	Isquem	233	ERC	168	EHip	140	ECV	138
Baja California	Diab	894	Isquem	710	ECV	392	EHip	227	IRA	215
Baja California Sur	Diab	154	Isquem	150	ECV	76	EHip	45	CaMa	33
Campeche	Diab	286	Isquem	219	ECV	92	ERC	62	Cirr	56
Coahuila	Diab	1,173	Isquem	865	ECV	407	EHip	269	CaMa	190
Colima	Diab	263	Isquem	215	ECV	75	ERC	59	EHip	50
Chiapas	Diab	1,420	Isquem	926	ECV	528	Cirr	384	IRA	339
Chihuahua	Isquem	1,252	Diab	1,172	ECV	508	EHip	345	IRA	259
Distrito Federal	Isquem	3,765	Diab	3,752	ECV	1,463	IRA	988	ERC	923
Durango	Diab	519	Isquem	489	ECV	198	ERC	135	EHip	128
Guanajuato	Diab	2,405	Isquem	1,676	ECV	795	EHip	607	ERC	578
Guerrero	Diab	1,143	Isquem	789	ECV	424	EHip	300	ERC	237
Hidalgo	Diab	956	Isquem	894	ECV	404	ERC	321	EHip	220
Jalisco	Diab	2,673	Isquem	2,349	ECV	1,104	ERC	1,086	IRA	892
México	Diab	6,021	Isquem	3,666	ECV	1,880	ERC	1,508	EHip	1,264
Michoacán	Diab	1,931	Isquem	1,352	ECV	673	EHip	579	ERC	535
Morelos	Diab	786	TLE	610	Isquem	367	ECV	219	EHip	187
Nayarit	Diab	280	Isquem	255	ECV	125	ERC	99	EHip	83
Nuevo León	Isquem	1,547	Diab	1,484	ECV	604	IRA	374	EHip	327
Oaxaca	Diab	1	Isquem	923	ECV	776	EHip	679	Desnut	399
Puebla	Diab	2,777	Isquem	1,505	ECV	1,207	EHip	630	ERC	627
Querétaro	Diab	578	Isquem	438	ECV	266	EHip	160	ERC	149
Quintana Roo	Diab	343	Isquem	129	ECV	104	Cirr	67	Cong	61
San Luis Potosí	Diab	904	Isquem	788	ECV	382	ERC	317	EHip	249
Sinaloa	Isquem	839	Diab	721	ECV	310	EHip	248	ERC	181
Sonora	Isquem	1,011	Diab	847	ECV	348	EHip	242	IRA	201
Tabasco	Diab	1,063	Isquem	499	ECV	266	EHip	209	ERC	197
Tamaulipas	Diab	1,194	Isquem	1,093	ECV	452	EHip	277	ERC	198
Tlaxcala	Diab	566	Isquem	194	ECV	158	EHip	129	ERC	111
Veracruz	Diab	3,888	Isquem	2,615	ECV	1,458	ERC	981	EHip	959
Yucatán	Isquem	843	Diab	718	ECV	312	IRA	214	Cirr	189
Zacatecas	Diab	531	Isquem	419	ECV	246	ERC	196	EHip	149

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

Diab	Diabetes	IRA	Infecciones respiratorias agudas	CaMa	Cáncer de mama
Isquem	Cardiopatía isquémica	Hom	Homicidios	CaCu	Cáncer cervicouterino
ERC	Enfermedades respiratorias crónicas	IR	Insuficiencia renal	CaHep	Cáncer hepático
Cirr	Cirrosis	Desnut	Desnutrición	Cong	Congénitas
AT	Accidentes de tráfico	TLE	Trastornos de los líquidos y electrolitos	RCP	Respiratorias y cardiovasculares perinatales
ECV	Enfermedades cerebrovasculares	CaPul	Cáncer de pulmón	TSU	Trastornos no especificados del sistema urinario
EHip	Enfermedad hipertensiva	IH	Insuficiencia hepática		

Continúa en la siguiente página

Anexo II.8 Diez Principales causas de muerte en mujeres por entidad federativa, 2013

Viene de la página anterior

Entidad federativa	6		7		8		9		10	
	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones
Aguascalientes	IRA	61	IR	53	CaMa	52	AT	44	Cong	40
Baja California	CaMa	177	ERC	157	CaCu	111	Cirr	110	IR	105
Baja California Sur	ERC	27	IRA	23	AT	22	CaPul	21	Cirr	21
Campeche	EHip	49	IRA	37	IR	35	Desnut	33	RCP	30
Coahuila	IRA	168	Cirr	154	IR	152	ERC	141	RCP	101
Colima	CaMa	42	IRA	35	IR	26	Cirr	25	AT	24
Chiapas	EHip	336	ERC	308	IR	294	Desnut	224	CaCu	215
Chihuahua	ERC	249	CaMa	196	Hom	168	IR	154	Cirr	151
Distrito Federal	EHip	740	CaMa	569	IR	332	Cirr	307	TSU	305
Durango	IRA	89	RCP	74	CaMa	62	Cirr	62	Cong	59
Guanajuato	IRA	386	CaMa	276	Desnut	246	IR	223	Cong	218
Guerrero	Hom	214	Desnut	175	Cirr	160	Cong	139	IR	130
Hidalgo	Cirr	154	IRA	144	IR	119	Desnut	114	CaMa	101
Jalisco	EHip	672	CaMa	473	IR	396	Cirr	373	Desnut	331
México	IRA	1,103	IR	664	Cong	659	Cirr	640	CaMa	601
Michoacán	IRA	282	Cirr	225	Desnut	203	IR	190	CaMa	166
Morelos	ERC	167	Cirr	111	CaCu	101	CaMa	83	Desnut	80
Nayarit	IRA	60	Cirr	47	CaMa	39	Cong	39	Desnut	38
Nuevo León	CaMa	309	ERC	287	Cirr	245	IR	172	Cong	164
Oaxaca	ERC	332	Cirr	251	IRA	234	IR	219	Cong	152
Puebla	Cirr	548	IRA	448	IR	369	Desnut	356	Cong	296
Querétaro	IRA	136	CaMa	91	Cong	83	IH	76	Desnut	72
Quintana Roo	IRA	61	EHip	51	CaCu	47	IR	44	ERC	43
San Luis Potosí	IRA	188	Desnut	128	Cirr	125	CaMa	96	IR	94
Sinaloa	IRA	165	CaMa	151	AT	93	Cong	85	IR	80
Sonora	ERC	199	CaMa	175	CaCu	124	Cirr	115	AT	98
Tabasco	RCP	112	Cong	98	Cirr	94	IRA	91	AT	86
Tamaulipas	CaMa	197	IRA	175	Cirr	142	IR	133	CaCu	116
Tlaxcala	Cirr	65	IR	60	IRA	55	CaMa	44	Cong	43
Veracruz	Cirr	636	IR	497	IRA	476	Desnut	453	CaHep	385
Yucatán	ERC	138	EHip	102	TSU	99	CaHep	95	IH	88
Zacatecas	IRA	133	Desnut	87	CaMa	82	IR	66	AT	57

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

Diab	Diabetes	IRA	Infecciones respiratorias agudas	CaMa	Cáncer de mama
Isquem	Cardiopatía isquémica	Hom	Homicidios	CaCu	Cáncer cervicouterino
ERC	Enfermedades respiratorias crónicas	IR	Insuficiencia renal	CaHep	Cáncer hepático
Cirr	Cirrosis	Desnut	Desnutrición	Cong	Congénitas
AT	Accidentes de tráfico	TLE	Trastornos de los líquidos y electrolitos	RCP	Respiratorias y cardiovasculares perinatales
ECV	Enfermedades cerebrovasculares	CaPul	Cáncer de pulmón	TSU	Trastornos no especificados del sistema urinario
EHip	Enfermedad hipertensiva	IH	Insuficiencia hepática		

ANEXO II.9 Tasa de mortalidad en edad productiva por sexo y entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Aguascalientes	275.0	173.5	214.3	321.8	184.0	238.1
Baja California	476.3	199.7	330.9	453.6	207.8	324.8
Baja California Sur	321.3	162.8	240.3	280.8	161.1	219.4
Campeche	325.7	160.8	236.9	343.0	186.8	259.1
Coahuila	329.9	207.0	266.0	425.3	245.2	316.6
Colima	354.4	167.5	255.5	434.7	192.1	308.7
Chiapas	371.1	221.0	288.5	359.2	220.6	282.8
Chihuahua	462.5	231.9	338.6	538.0	243.5	366.5
Distrito Federal	364.3	205.6	275.3	366.4	189.3	268.1
Durango	309.1	176.1	238.9	418.1	185.0	268.2
Guanajuato	302.4	171.3	226.8	376.2	186.6	274.0
Guerrero	331.0	177.5	251.7	477.0	205.5	309.0
Hidalgo	329.3	169.6	241.1	346.8	194.4	255.0
Jalisco	351.0	199.2	267.0	411.6	201.6	300.5
México	363.4	204.2	271.9	363.0	191.8	272.5
Michoacán	356.1	183.0	265.9	416.6	186.1	284.0
Morelos	336.1	186.8	253.6	451.6	209.8	319.7
Nayarit	322.7	173.8	244.3	315.9	161.2	221.2
Nuevo León	288.8	174.9	228.6	366.6	187.5	260.0
Oaxaca	399.4	216.4	299.4	400.3	196.4	283.9
Puebla	407.7	219.4	297.9	385.6	213.0	291.3
Querétaro	356.8	169.0	255.0	355.2	182.3	263.1
Quintana Roo	268.8	119.8	190.3	311.9	170.8	239.7
San Luis Potosí	313.9	176.5	238.6	348.1	189.8	258.1
Sinaloa	337.5	154.4	241.0	433.6	158.6	271.3
Sonora	373.3	191.1	277.4	425.8	209.9	314.2
Tabasco	341.6	164.9	245.3	427.0	223.8	316.1
Tamaulipas	334.3	192.6	259.8	405.0	209.3	283.1
Tlaxcala	310.0	170.0	229.8	326.6	177.7	245.7
Veracruz	386.7	203.2	287.9	450.4	236.5	333.1
Yucatán	306.4	190.6	241.2	357.0	206.2	278.4
Zacatecas	287.5	170.4	221.4	370.2	190.9	267.4
Nacional	355.8	193.8	266.8	395.0	200.8	286.5

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Anexo II.10 Tasa de mortalidad en adultos mayores
 por sexo y entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Aguascalientes	4,585.5	4,164.7	4,359.1	4,595.4	4,055.5	4,300.6
Baja California	5,431.4	4,419.3	4,894.6	4,756.2	3,840.5	4,265.2
Baja California Sur	4,966.7	3,947.2	4,445.2	4,845.7	3,734.0	4,275.3
Campeche	3,302.8	3,652.1	3,462.7	4,518.8	4,003.5	4,258.8
Coahuila	5,464.2	4,740.5	5,082.4	4,880.2	4,048.2	4,436.6
Colima	4,257.3	4,063.7	4,158.6	5,152.6	4,203.8	4,653.9
Chiapas	3,245.9	3,407.4	3,322.6	4,623.7	4,241.1	4,428.4
Chihuahua	5,810.2	4,785.7	5,273.9	5,234.0	4,338.3	4,762.8
Distrito Federal	5,130.7	4,429.4	4,709.2	4,136.8	3,541.7	3,788.9
Durango	4,511.7	4,001.2	4,259.0	4,365.5	3,601.5	3,968.4
Guanajuato	4,347.9	4,011.0	4,170.8	4,911.4	4,357.2	4,612.4
Guerrero	2,673.6	2,347.1	2,507.6	3,930.8	3,184.7	3,532.9
Hidalgo	3,512.4	3,137.6	3,311.6	4,281.8	3,777.3	4,010.9
Jalisco	4,980.0	4,635.0	4,796.5	5,144.7	4,442.3	4,765.4
México	4,714.1	4,182.7	4,419.1	4,439.9	3,870.8	4,128.0
Michoacán	3,936.3	3,640.7	3,786.2	4,585.2	4,129.7	4,341.7
Morelos	3,921.3	3,508.3	3,704.4	4,783.8	4,068.5	4,396.1
Nayarit	4,221.1	3,893.0	4,061.7	3,732.5	3,131.9	3,425.6
Nuevo León	5,162.5	4,490.8	4,799.1	4,593.9	3,851.9	4,194.2
Oaxaca	3,488.9	3,347.0	3,415.6	4,587.8	4,070.7	4,307.4
Puebla	4,410.1	3,983.4	4,180.4	5,192.5	4,446.9	4,777.4
Querétaro	4,217.6	3,850.9	4,018.0	4,999.6	4,241.1	4,584.2
Quintana Roo	3,360.8	3,568.9	3,456.4	4,104.5	3,623.5	3,862.1
San Luis Potosí	3,784.4	3,569.7	3,676.7	4,836.8	4,060.6	4,429.7
Sinaloa	4,840.2	3,992.7	4,408.0	4,138.1	3,414.6	3,763.7
Sonora	5,465.7	4,389.7	4,912.6	5,316.2	4,242.0	4,753.6
Tabasco	3,669.4	3,396.7	3,537.7	4,750.6	4,122.4	4,427.3
Tamaulipas	4,635.5	4,103.8	4,355.0	4,603.2	3,669.5	4,097.9
Tlaxcala	3,831.3	3,627.6	3,726.5	4,937.0	4,082.9	4,477.6
Veracruz	3,834.1	3,512.8	3,665.4	4,832.9	4,251.8	4,520.3
Yucatán	4,431.8	4,500.7	4,465.8	5,221.3	4,451.6	4,819.2
Zacatecas	4,277.6	3,894.0	4,090.2	5,094.1	4,320.2	4,692.7
Nacional	4,363.8	3,966.5	4,153.4	4,670.0	3,998.0	4,306.9

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Anexo II.11 Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas por sexo y entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Aguascalientes	7.9	8.5	8.2	11.1	9.5	10.3
Baja California	15.7	10.4	13.1	17.8	12.8	15.3
Baja California Sur	12.7	9.9	11.4	13.7	6.5	10.2
Campeche	9.7	4.8	7.3	10.3	8.3	9.3
Coahuila	9.7	9.3	9.5	14.7	11.5	13.1
Colima	11.3	9.1	10.2	14.8	9.9	12.3
Chiapas	19.3	16.3	17.8	15.3	13.0	14.1
Chihuahua	17.4	12.9	15.2	19.5	14.1	16.7
Distrito Federal	19.0	16.3	17.6	26.8	21.3	23.9
Durango	8.3	8.2	8.3	12.5	10.1	11.3
Guanajuato	16.7	15.4	16.0	15.5	13.0	14.2
Guerrero	9.1	6.6	7.8	11.6	7.1	9.3
Hidalgo	12.2	12.5	12.3	15.0	9.9	12.4
Jalisco	17.3	17.2	17.2	23.8	22.6	23.2
México	22.6	18.0	20.3	18.3	13.2	15.7
Michoacán	14.0	11.0	12.5	14.7	12.0	13.3
Morelos	13.2	9.2	11.2	8.0	6.0	6.9
Nayarit	12.3	8.2	10.2	14.8	10.1	12.5
Nuevo León	13.6	10.2	11.9	20.0	15.1	17.5
Oaxaca	19.4	17.2	18.2	15.6	11.3	13.4
Puebla	24.7	21.8	23.2	17.2	14.2	15.6
Querétaro	11.4	9.6	10.5	18.2	13.6	15.8
Quintana Roo	10.5	4.8	7.8	10.8	8.3	9.6
San Luis Potosí	11.5	9.8	10.6	17.8	13.6	15.6
Sinaloa	10.4	7.5	8.9	14.4	11.1	12.7
Sonora	13.0	9.6	11.3	16.6	14.1	15.4
Tabasco	9.0	5.7	7.3	11.2	7.7	9.4
Tamaulipas	8.1	8.0	8.1	11.1	10.0	10.5
Tlaxcala	23.9	16.4	20.1	12.3	8.6	10.4
Veracruz	11.0	9.6	10.3	14.0	11.6	12.8
Yucatán	12.3	12.1	12.2	28.1	20.5	24.2
Zacatecas	15.5	11.0	13.2	17.5	16.7	17.1
Nacional	15.8	13.3	14.5	17.2	13.6	15.4

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Anexo II.12 Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas por tamaño de localidad, 2000-2013

Año	Tasa Rural	Tasa Urbana
2000	15.7	13.9
2001	14.4	12.7
2002	15.6	12.6
2003	15.0	12.9
2004	16.0	12.7
2005	15.8	13.7
2006	15.0	13.7
2007	14.1	13.2
2008	14.3	13.4
2009	15.2	17.0
2010	14.2	15.4
2011	13.1	14.3
2012	12.7	15.0
2013	13.7	15.5

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013.
CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Anexo II.13 Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por sexo y entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Aguascalientes	3.2	0.4	1.8	4.6	0.8	2.6
Baja California	18.1	2.6	10.5	12.6	3.3	8.0
Baja California Sur	8.2	1.3	4.9	9.3	1.7	5.6
Campeche	10.0	0.0	5.0	11.2	3.1	7.2
Coahuila	5.1	0.2	2.7	5.6	1.6	3.6
Colima	7.7	0.0	3.8	11.6	3.7	7.6
Chiapas	5.3	1.8	3.5	7.3	2.3	4.8
Chihuahua	7.2	1.0	4.1	5.7	1.1	3.4
Distrito Federal	12.9	1.4	7.0	8.5	0.9	4.5
Durango	3.5	0.5	2.0	3.9	1.0	2.4
Guanajuato	3.8	0.6	2.1	2.5	0.4	1.4
Guerrero	7.6	1.9	4.7	7.3	2.6	4.9
Hidalgo	2.6	0.5	1.5	3.2	0.5	1.8
Jalisco	8.6	1.9	5.2	6.5	1.0	3.7
México	6.2	1.1	3.6	4.6	0.7	2.6
Michoacán	3.8	0.8	2.3	3.5	0.6	2.0
Morelos	9.1	2.2	5.6	8.1	1.7	4.7
Nayarit	8.3	0.4	4.4	9.2	2.2	5.7
Nuevo León	5.9	0.6	3.2	6.2	1.2	3.7
Oaxaca	6.2	0.9	3.5	6.2	1.6	3.8
Puebla	6.0	1.9	3.9	5.3	1.0	3.1
Querétaro	2.8	1.1	1.9	5.7	0.7	3.1
Quintana Roo	13.0	2.2	7.8	14.7	3.0	9.0
San Luis Potosí	2.6	0.4	1.5	3.3	0.5	1.9
Sinaloa	3.8	0.6	2.2	5.0	0.9	3.0
Sonora	4.4	0.4	2.4	7.3	1.3	4.4
Tabasco	7.3	1.9	4.6	17.4	3.6	10.4
Tamaulipas	6.1	1.8	3.9	8.7	2.3	5.5
Tlaxcala	4.3	1.0	2.6	3.8	0.8	2.3
Veracruz	11.8	2.1	6.8	14.3	3.4	8.6
Yucatán	8.8	0.8	4.8	9.9	1.1	5.4
Zacatecas	2.1	0.4	1.3	1.9	0.3	1.0
Nacional	7.2	1.2	4.2	7.0	1.4	4.1

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Anexo II.14 Principales tipos de cáncer por entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Tipo de cáncer	Defunciones	Porcentaje ^{1/}	Tipo de cáncer	Defunciones	Porcentaje ^{1/}
Aguascalientes	Pulmón	59	12.4	Pulmón	72	10.3
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	37	7.8	Próstata	62	8.9
	Mama	36	7.6	Mama	53	7.6
	Cuello del útero	35	7.4	Leucemias	47	6.7
	Leucemias	34	7.1	Colon	45	6.5
Baja California	Pulmón	182	13.4	Pulmón	255	12.0
	Cuello del útero	109	8.0	Mama	177	8.3
	Sitios no especificados	101	7.4	Próstata	151	7.1
	Mama	100	7.3	Colon	144	6.8
	Estómago	98	7.2	Sitios no especificados	139	6.5
Baja California Sur	Pulmón	51	18.6	Pulmón	55	12.6
	Estómago	27	9.9	Mama	33	7.6
	Cuello del útero	21	7.7	Colon	31	7.1
	Mama	20	7.3	Próstata	31	7.1
	Próstata	16	5.8	Riñon y vías urinarias	28	6.4
Campeche	Cuello del útero	40	11.9	Estómago	53	11.3
	Pulmón	37	11.0	Hígado y vías biliares intrahepáticas	48	10.2
	Estómago	36	10.7	Leucemias	42	8.9
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	29	8.6	Próstata	34	7.2
	Próstata	23	6.8	Pulmón	29	6.2
Coahuila	Pulmón	226	14.6	Pulmón	224	12.0
	Estómago	120	7.7	Mama	190	10.2
	Mama	114	7.4	Próstata	125	6.7
	Próstata	100	6.5	Colon	121	6.5
	Cuello del útero	98	6.3	Estómago	109	5.9
Colima	Pulmón	46	13.2	Próstata	56	11.3
	Próstata	32	9.2	Pulmón	48	9.7
	Cuello del útero	29	8.3	Mama	43	8.7
	Estómago	26	7.5	Hígado y vías biliares intrahepáticas	31	6.2
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	24	6.9	Estómago	30	6.0
Chiapas	Estómago	320	17.3	Hígado y vías biliares intrahepáticas	363	12.6
	Cuello del útero	211	11.4	Estómago	353	12.3
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	189	10.2	Próstata	257	8.9
	Pulmón	146	7.9	Cuello del útero	215	7.5
	Leucemias	122	6.6	Leucemias	213	7.4
Chihuahua	Pulmón	318	15.7	Pulmón	319	12.7
	Estómago	155	7.6	Colon	196	7.8
	Mama	154	7.6	Mama	196	7.8
	Cuello del útero	147	7.2	Próstata	193	7.7
	Próstata	145	7.2	Estómago	148	5.9

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

^{1/} Corresponde al porcentaje del total de defunciones por cáncer en la entidad federativa

Continúa en la siguiente página

Viene de la página anterior

Anexo II.14 Principales tipos de cáncer por entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Tipo de cáncer	Defunciones	Porcentaje ^{1/}	Tipo de cáncer	Defunciones	Porcentaje ^{1/}
Distrito Federal	Mama	582	9.4	Mama	572	8.9
	Pulmón	562	9.1	Pulmón	557	8.7
	Estómago	515	8.3	Estómago	523	8.1
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	449	7.2	Próstata	467	7.3
	Próstata	446	7.2	Hígado y vías biliares intrahepáticas	456	7.1
Durango	Pulmón	128	16.5	Pulmón	108	12.3
	Cuello del útero	64	8.2	Hígado y vías biliares intrahepáticas	68	7.7
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	63	8.1	Estómago	67	7.6
	Estómago	56	7.2	Mama	62	7.0
	Próstata	54	6.9	Próstata	58	6.6
Guanajuato	Pulmón	286	12.3	Pulmón	326	10.2
	Estómago	214	9.2	Próstata	315	9.8
	Próstata	177	7.6	Mama	280	8.7
	Cuello del útero	176	7.6	Estómago	206	6.4
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	161	6.9	Hígado y vías biliares intrahepáticas	205	6.4
Guerrero	Estómago	190	14.9	Estómago	183	11.1
	Cuello del útero	149	11.7	Pulmón	148	9.0
	Pulmón	118	9.3	Próstata	145	8.8
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	104	8.2	Hígado y vías biliares intrahepáticas	128	7.7
	Próstata	91	7.2	Leucemias	122	7.4
Hidalgo	Estómago	91	9.3	Hígado y vías biliares intrahepáticas	172	10.7
	Próstata	76	7.7	Estómago	130	8.1
	Cuello del útero	75	7.6	Próstata	114	7.1
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	74	7.5	Mama	102	6.3
	Leucemias	74	7.5	Leucemias	98	6.1
Jalisco	Pulmón	557	13.2	Próstata	536	10.3
	Próstata	361	8.6	Pulmón	529	10.2
	Cuello del útero	339	8.0	Mama	476	9.2
	Estómago	306	7.3	Colon	350	6.7
	Mama	297	7.1	Páncreas	304	5.9
México	Cuello del útero	495	9.3	Estómago	658	8.0
	Estómago	473	8.9	Mama	607	7.4
	Pulmón	446	8.3	Hígado y vías biliares intrahepáticas	588	7.1
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	407	7.6	Próstata	565	6.9
	Leucemias	381	7.1	Pulmón	551	6.7
Michoacán	Pulmón	295	11.9	Próstata	273	9.6
	Cuello del útero	221	8.9	Pulmón	266	9.3
	Próstata	216	8.7	Estómago	226	7.9
	Estómago	215	8.7	Hígado y vías biliares intrahepáticas	184	6.5
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	166	6.7	Páncreas	180	6.3

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

^{1/} Corresponde al porcentaje del total de defunciones por cáncer en la entidad federativa

Continúa en la siguiente página

Viene de la página anterior

Anexo II.14 Principales tipos de cáncer por entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Tipo de cáncer	Defunciones	Porcentaje ^{1/}	Tipo de cáncer	Defunciones	Porcentaje ^{1/}
Morelos	Cuello del útero	123	13.2	Estómago	115	9.1
	Pulmón	84	9.0	Cuello del útero	101	8.0
	Estómago	83	8.9	Hígado y vías biliares intrahepáticas	96	7.6
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	67	7.2	Próstata	92	7.3
	Leucemias	64	6.9	Pulmón	91	7.2
Nayarit	Pulmón	102	15.7	Pulmón	96	13.8
	Cuello del útero	76	11.7	Próstata	84	12.1
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	67	10.3	Hígado y vías biliares intrahepáticas	58	8.4
	Próstata	59	9.1	Estómago	47	6.8
	Estómago	39	6.0	Mama	40	5.8
Nuevo León	Pulmón	409	15.9	Pulmón	391	12.0
	Mama	217	8.4	Mama	313	9.6
	Estómago	180	7.0	Próstata	228	7.0
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	157	6.1	Hígado y vías biliares intrahepáticas	208	6.4
	Próstata	156	6.1	Colon	192	5.9
Oaxaca	Estómago	252	14.6	Estómago	247	10.8
	Cuello del útero	175	10.2	Hígado y vías biliares intrahepáticas	238	10.4
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	160	9.3	Próstata	166	7.3
	Próstata	122	7.1	Cuello del útero	137	6.0
	Pulmón	105	6.1	Leucemias	136	6.0
Puebla	Estómago	257	10.7	Hígado y vías biliares intrahepáticas	330	9.7
	Cuello del útero	239	9.9	Estómago	290	8.6
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	187	7.8	Próstata	260	7.7
	Leucemias	186	7.7	Leucemias	237	7.0
	Próstata	159	6.6	Mama	226	6.7
Querétaro	Cuello del útero	52	8.1	Mama	91	8.9
	Pulmón	52	8.1	Páncreas	74	7.2
	Estómago	48	7.5	Pulmón	71	7.0
	Páncreas	47	7.3	Leucemias	67	6.6
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	42	6.6	Colon	59	5.8
Quintana Roo	Cuello del útero	28	11.2	Cuello del útero	47	8.7
	Estómago	26	10.4	Hígado y vías biliares intrahepáticas	45	8.3
	Pulmón	24	9.6	Estómago	44	8.1
	Leucemias	22	8.8	Pulmón	43	7.9
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	19	7.6	Mama	42	7.8
San Luis Potosí	Pulmón	156	11.9	Hígado y vías biliares intrahepáticas	184	10.7
	Cuello del útero	125	9.6	Próstata	183	10.6
	Estómago	118	9.0	Pulmón	154	8.9
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	115	8.8	Estómago	100	5.8
	Próstata	102	7.8	Mama	99	5.7

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

^{1/}Corresponde al porcentaje del total de defunciones por cáncer en la entidad federativa.

Continúa en la siguiente página

Viene de la página anterior

Anexo II.14 Principales tipos de cáncer por entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Tipo de cáncer	Defunciones	Porcentaje ^{1/}	Tipo de cáncer	Defunciones	Porcentaje ^{1/}
Sinaloa	Pulmón	362	21.5	Pulmón	282	15.6
	Próstata	159	9.5	Próstata	164	9.1
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	127	7.6	Mama	154	8.5
	Cuello del útero	119	7.1	Estómago	121	6.7
	Estómago	111	6.6	Páncreas	110	6.1
Sonora	Pulmón	346	21.2	Pulmón	316	13.9
	Estómago	162	9.9	Mama	179	7.9
	Mama	110	6.7	Próstata	163	7.2
	Próstata	103	6.3	Estómago	161	7.1
	Cuello del útero	88	5.4	Colon	154	6.8
Tabasco	Pulmón	90	10.2	Hígado y vías biliares intrahepáticas	153	12.3
	Cuello del útero	89	10.1	Próstata	100	8.1
	Estómago	84	9.5	Leucemias	95	7.7
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	83	9.4	Estómago	94	7.6
	Próstata	70	7.9	Pulmón	89	7.2
Tamaulipas	Pulmón	268	15.2	Pulmón	236	10.7
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	153	8.7	Mama	200	9.0
	Cuello del útero	135	7.6	Hígado y vías biliares intrahepáticas	199	9.0
	Estómago	130	7.4	Colon	145	6.6
	Mama	122	6.9	Próstata	135	6.1
Tlaxcala	Cuello del útero	40	10.9	Hígado y vías biliares intrahepáticas	52	8.9
	Leucemias	39	10.6	Próstata	52	8.9
	Estómago	34	9.2	Estómago	45	7.7
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	27	7.3	Mama	45	7.7
	Colon	21	5.7	Leucemias	43	7.3
Veracruz	Hígado y vías biliares intrahepáticas	487	11.4	Hígado y vías biliares intrahepáticas	736	13.2
	Cuello del útero	420	9.9	Próstata	487	8.7
	Estómago	400	9.4	Estómago	423	7.6
	Pulmón	396	9.3	Cuello del útero	374	6.7
	Próstata	315	7.4	Mama	355	6.4
Yucatán	Hígado y vías biliares intrahepáticas	125	12.5	Hígado y vías biliares intrahepáticas	187	14.6
	Cuello del útero	119	11.9	Estómago	119	9.3
	Estómago	98	9.8	Próstata	87	6.8
	Pulmón	79	7.9	Mama	80	6.3
	Leucemias	63	6.3	Leucemias	75	5.9
Zacatecas	Pulmón	107	13.0	Próstata	104	9.9
	Próstata	86	10.5	Pulmón	102	9.7
	Estómago	85	10.3	Mama	83	7.9
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	53	6.4	Hígado y vías biliares intrahepáticas	81	7.7
	Leucemias	51	6.2	Páncreas	65	6.2

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2013

^{1/} Corresponde al porcentaje del total de defunciones por cáncer en la entidad federativa.

Anexo II.15 Tasa de mortalidad por cáncer de próstata por grupo de edad, 2000-2013

Año	40 a 49 años	50 a 59 años	60 a 69 años	70 años o más
2000	0.7	5.4	35.0	190.6
2001	0.6	5.4	33.9	193.0
2002	0.6	5.3	36.0	194.7
2003	0.6	5.5	37.3	207.5
2004	0.5	5.8	32.8	198.7
2005	0.6	5.4	33.7	207.7
2006	0.5	5.4	33.0	195.3
2007	0.6	5.2	32.8	200.9
2008	0.5	5.6	34.2	201.7
2009	0.5	5.3	31.7	201.4
2010	0.5	5.9	34.3	210.7
2011	0.5	5.7	33.2	204.9
2012	0.5	5.9	32.8	207.6
2013	0.3	5.0	31.4	199.0

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Anexo II.16 Tasa de mortalidad por cáncer pulmonar, bronquios y tráquea por grupos de edad, 2000-2013

Año	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 a 69 años	70 años o más
2000	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.8	3.6	13.1	42.1	93.2
2001	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.7	3.7	12.3	41.3	93.8
2002	0.0	0.0	0.1	0.1	0.3	0.7	3.2	12.9	42.8	94.0
2003	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.8	3.4	12.6	41.6	90.3
2004	0.1	0.0	0.0	0.1	0.3	0.8	3.0	11.3	40.5	93.2
2005	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.7	3.3	11.6	37.7	93.9
2006	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.8	3.3	11.3	36.8	86.5
2007	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.8	3.0	10.4	32.8	84.3
2008	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.8	2.6	10.1	31.1	83.6
2009	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.8	2.7	9.5	30.6	80.6
2010	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.8	2.7	9.7	29.6	79.1
2011	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.7	2.5	9.8	28.3	75.2
2012	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.8	2.0	8.9	26.6	70.4
2013	0.1	0.0	0.0	0.1	0.3	0.7	2.2	8.9	25.0	67.6

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Anexo II.17 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus
por sexo y entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Aguascalientes	39.7	39.2	39.5	60.8	53.8	57.2
Baja California	40.5	46.0	43.2	55.3	53.2	54.2
Baja California Sur	33.7	41.7	37.5	43.2	43.7	43.4
Campeche	23.5	35.0	29.3	60.1	64.3	62.3
Coahuila	20.0	31.0	25.6	44.1	54.4	49.4
Colima	39.6	47.5	43.6	55.9	63.6	59.9
Chiapas	49.7	67.6	58.7	70.8	80.4	75.6
Chihuahua	42.7	40.9	41.8	83.5	74.4	78.9
Distrito Federal	67.7	73.9	71.0	89.6	80.8	85.0
Durango	37.3	50.0	43.7	57.5	59.1	58.3
Guanajuato	44.4	54.9	49.8	82.5	81.1	81.8
Guerrero	26.6	30.0	28.3	63.3	63.0	63.2
Hidalgo	32.4	43.2	37.9	60.2	65.9	63.1
Jalisco	46.9	51.4	49.2	71.5	67.7	69.6
México	43.9	49.9	47.0	74.9	71.9	73.4
Michoacán	41.1	53.5	47.4	82.8	82.5	82.6
Morelos	42.7	50.5	46.7	85.0	81.1	83.0
Nayarit	34.6	47.5	41.0	44.7	47.3	46.0
Nuevo León	35.4	45.9	40.6	57.0	59.8	58.4
Oaxaca	27.9	35.8	31.9	65.9	69.5	67.8
Puebla	46.6	53.3	50.0	85.7	88.0	86.9
Querétaro	31.8	45.5	38.8	56.3	57.9	57.1
Quintana Roo	13.4	16.3	14.8	41.6	46.9	44.2
San Luis Potosí	33.0	44.2	38.7	65.0	65.3	65.2
Sinaloa	38.5	38.7	38.6	50.0	48.6	49.3
Sonora	39.4	48.0	43.7	59.4	59.6	59.5
Tabasco	34.5	39.7	37.1	75.2	89.6	82.5
Tamaulipas	47.9	56.9	52.5	71.2	68.1	69.6
Tlaxcala	50.0	54.6	52.4	93.6	88.3	90.8
Veracruz	40.8	50.5	45.8	87.7	95.1	91.5
Yucatán	27.4	46.7	37.1	51.2	68.6	60.0
Zacatecas	32.0	43.8	37.9	63.8	66.7	65.3
Nacional	41.3	49.6	45.5	70.2	71.3	70.8

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Anexo II.18 Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por sexo y entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Aguascalientes	15.6	24.3	20.0	17.2	21.5	19.4
Baja California	25.4	22.0	23.7	28.2	23.3	25.8
Baja California Sur	16.8	13.0	15.0	16.7	21.6	19.1
Campeche	20.1	20.8	20.4	27.1	20.7	23.9
Coahuila	31.6	27.9	29.7	25.6	27.9	26.8
Colima	24.1	31.5	27.8	21.7	21.2	21.5
Chiapas	16.6	16.4	16.5	21.2	20.2	20.7
Chihuahua	29.3	29.5	29.4	29.2	27.6	28.5
Distrito Federal	27.8	36.1	32.1	26.0	31.5	28.9
Durango	24.8	20.8	22.8	20.9	22.6	21.8
Guanajuato	22.7	25.3	24.0	25.2	26.8	26.1
Guerrero	17.4	18.3	17.9	24.6	23.4	24.0
Hidalgo	26.2	25.5	25.9	27.3	27.9	27.6
Jalisco	26.3	29.9	28.1	24.4	28.0	26.2
México	17.8	21.5	19.7	20.7	22.5	21.6
Michoacán	23.8	28.1	26.0	26.9	28.8	27.9
Morelos	24.4	22.0	23.2	21.0	22.6	21.8
Nayarit	27.4	30.1	28.7	18.1	21.1	19.6
Nuevo León	28.8	28.3	28.5	28.5	24.3	26.4
Oaxaca	22.9	29.2	26.1	32.3	37.6	35.1
Puebla	25.5	27.8	26.7	31.5	32.6	32.1
Querétaro	21.0	22.2	21.6	25.0	26.6	25.8
Quintana Roo	12.4	11.9	12.1	16.5	14.2	15.4
San Luis Potosí	25.7	25.4	25.6	27.7	27.6	27.6
Sinaloa	24.3	24.4	24.4	20.4	20.9	20.7
Sonora	24.4	21.8	23.1	25.0	24.5	24.7
Tabasco	23.0	19.8	21.4	27.3	22.4	24.8
Tamaulipas	25.1	25.1	25.1	25.5	25.8	25.6
Tlaxcala	20.5	21.4	21.0	25.8	24.6	25.2
Veracruz	28.7	30.5	29.6	35.4	35.7	35.5
Yucatán	39.5	33.4	36.4	38.3	29.8	34.1
Zacatecas	33.0	29.1	31.0	30.6	30.9	30.8
Nacional	24.3	26.1	25.2	25.9	26.8	26.4

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Anexo II.19 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por sexo y entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Aguascalientes	40.3	28.7	34.4	51.6	36.3	43.8
Baja California	68.9	44.3	56.8	72.9	42.2	57.6
Baja California Sur	60.4	35.0	48.2	67.8	42.6	55.4
Campeche	48.7	32.1	40.4	78.9	49.3	64.0
Coahuila	67.3	49.7	58.5	86.8	59.3	72.9
Colima	62.8	54.3	58.5	84.4	60.8	72.6
Chiapas	25.9	19.0	22.4	47.3	35.5	41.3
Chihuahua	79.9	60.4	70.1	96.8	67.9	82.5
Distrito Federal	67.7	64.8	66.2	88.7	81.1	84.7
Durango	51.0	33.8	42.3	88.0	55.7	71.6
Guanajuato	37.6	30.7	34.1	71.5	56.5	63.8
Guerrero	28.1	23.9	26.0	57.5	43.5	50.3
Hidalgo	31.0	26.8	28.8	72.5	61.6	66.9
Jalisco	54.5	46.2	50.3	76.3	59.5	67.7
México	34.9	30.9	32.9	54.8	43.8	49.2
Michoacán	43.5	32.7	38.0	67.4	57.8	62.4
Morelos	44.0	34.4	39.1	51.2	37.9	44.3
Nayarit	57.5	47.0	52.3	57.7	43.0	50.3
Nuevo León	68.4	54.2	61.3	92.2	62.3	77.2
Oaxaca	31.8	26.0	28.8	55.3	44.8	49.8
Puebla	32.7	27.6	30.1	60.3	47.7	53.8
Querétaro	32.2	25.4	28.8	61.6	43.8	52.5
Quintana Roo	23.3	15.2	19.4	34.9	17.6	26.4
San Luis Potosí	44.5	40.6	42.5	79.9	56.9	68.1
Sinaloa	61.4	47.4	54.5	78.6	56.6	67.5
Sonora	82.6	56.9	70.0	112.2	71.1	91.7
Tabasco	32.8	23.7	28.2	62.6	42.1	52.2
Tamaulipas	69.0	54.4	61.7	95.2	62.3	78.6
Tlaxcala	29.2	15.2	22.0	42.2	30.2	36.0
Veracruz	46.8	36.0	41.3	85.7	64.0	74.5
Yucatán	62.4	51.5	56.9	112.1	80.6	96.1
Zacatecas	44.8	41.8	43.3	73.7	52.6	62.9
Nacional	48.1	39.0	43.5	72.5	54.5	63.3

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Anexo II.20 Tasa de mortalidad por suicidios por sexo y entidad federativa, 2000 y 2013

Entidad federativa	2000			2013		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Aguascalientes	4.7	1.4	3.0	14.6	3.4	8.9
Baja California	6.7	0.5	3.6	5.8	1.3	3.5
Baja California Sur	12.3	0.9	6.9	10.9	2.8	7.0
Campeche	14.9	2.3	8.6	13.1	4.5	8.7
Coahuila	7.8	0.8	4.3	10.5	1.4	5.9
Colima	10.9	1.8	6.4	13.0	2.0	7.4
Chiapas	3.2	0.6	1.9	9.9	1.9	5.8
Chihuahua	13.6	2.1	7.9	13.1	2.9	7.9
Distrito Federal	6.6	0.9	3.6	8.0	1.7	4.7
Durango	5.1	1.6	3.3	8.5	1.3	4.8
Guanajuato	5.9	1.1	3.5	10.3	2.3	6.1
Guerrero	3.1	1.3	2.2	3.9	1.5	2.7
Hidalgo	4.4	0.8	2.6	6.3	1.4	3.8
Jalisco	7.3	1.8	4.5	10.2	2.3	6.2
México	2.6	0.7	1.6	5.9	1.7	3.7
Michoacán	5.4	1.9	3.6	5.3	0.9	3.1
Morelos	3.3	0.9	2.1	5.7	1.2	3.4
Nayarit	3.8	1.3	2.6	7.2	1.5	4.3
Nuevo León	6.5	0.9	3.7	8.5	1.2	4.8
Oaxaca	3.6	0.7	2.2	5.2	0.9	2.9
Puebla	3.1	1.0	2.0	6.4	1.6	3.9
Querétaro	4.5	1.1	2.8	8.6	2.8	5.6
Quintana Roo	10.3	1.3	6.0	15.0	3.0	9.1
San Luis Potosí	8.8	1.0	4.9	9.6	1.1	5.3
Sinaloa	5.1	0.7	2.9	7.0	0.9	4.0
Sonora	10.5	1.1	5.9	14.3	2.2	8.3
Tabasco	13.9	3.0	8.4	11.7	2.6	7.1
Tamaulipas	9.3	0.7	5.0	7.0	1.8	4.4
Tlaxcala	2.4	0.0	1.2	5.2	1.2	3.1
Veracruz	5.5	0.6	3.0	5.3	1.2	3.2
Yucatán	10.9	1.7	6.3	13.9	2.5	8.1
Zacatecas	4.7	0.4	2.5	6.9	1.0	3.9
Nacional	5.9	1.1	3.5	8.1	1.7	4.8

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000 y 2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Anexo II.21 Tasa de mortalidad por homicidios por sexo y entidad federativa, 2000, 2010 y 2013

Entidad federativa	2000			2010			2013		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Aguascalientes	3.2	0.8	2.0	13.4	1.3	7.2	5.6	1.6	3.5
Baja California	28.7	2.2	15.7	84.8	7.2	46.5	37.6	4.5	21.3
Baja California Sur	10.3	2.2	6.4	12.9	2.8	8.0	9.3	3.1	6.3
Campeche	16.3	1.1	8.8	9.4	2.1	5.7	13.5	3.1	8.3
Coahuila	9.2	1.3	5.2	30.3	4.3	17.2	44.7	6.7	25.5
Colima	15.7	2.9	9.3	38.9	1.8	20.2	55.1	4.5	29.5
Chiapas	17.3	2.5	9.8	7.8	0.8	4.3	15.0	2.8	8.8
Chihuahua	34.6	3.9	19.3	326.1	31.8	177.9	97.4	9.1	52.7
Distrito Federal	15.9	2.3	8.8	21.4	2.8	11.7	21.1	3.1	11.7
Durango	19.9	1.3	10.6	120.2	10.7	64.8	48.8	5.2	26.7
Guanajuato	8.5	1.5	5.0	14.6	1.6	7.9	21.9	2.3	11.7
Guerrero	43.7	4.7	24.1	84.8	6.7	44.9	108.9	11.8	59.5
Hidalgo	7.0	1.4	4.1	9.2	1.6	5.2	11.1	2.0	6.4
Jalisco	13.3	1.7	7.4	26.4	2.1	14.0	34.1	3.1	18.4
México	28.8	4.9	16.6	26.4	3.7	14.8	35.0	5.4	19.9
Michoacán	26.7	2.7	14.5	31.2	3.0	16.7	38.3	3.9	20.6
Morelos	27.6	2.7	15.1	50.2	4.5	26.6	60.1	6.0	32.2
Nayarit	21.2	0.9	11.1	86.2	7.9	46.9	30.9	2.7	16.7
Nuevo León	4.0	1.4	2.7	36.5	4.0	20.3	27.2	4.2	15.9
Oaxaca	33.7	4.1	18.6	34.6	4.1	18.7	32.7	4.9	18.2
Puebla	13.8	1.9	7.6	11.6	1.8	6.5	14.9	3.0	8.7
Querétaro	11.4	2.0	6.6	7.6	0.8	4.1	10.9	2.1	6.4
Quintana Roo	15.3	1.5	8.6	16.7	4.2	10.6	16.9	3.4	10.2
San Luis Potosí	19.5	2.9	11.1	25.9	2.8	14.0	20.0	2.6	11.1
Sinaloa	34.9	2.3	18.6	166.3	8.1	86.7	76.7	4.1	40.0
Sonora	15.4	1.2	8.4	48.2	3.7	26.2	38.0	3.7	21.3
Tabasco	8.5	1.0	4.7	15.6	1.8	8.6	17.4	2.1	9.6
Tamaulipas	14.0	3.3	8.6	51.0	5.7	28.2	37.4	5.0	22.1
Tlaxcala	8.7	2.5	5.5	8.7	1.0	4.8	11.8	2.5	7.0
Veracruz	10.9	1.3	6.0	12.1	1.6	6.7	16.7	2.4	9.4
Yucatán	3.3	1.0	2.1	3.3	0.4	1.8	3.6	1.2	2.4
Zacatecas	10.5	0.3	5.4	19.3	1.6	10.3	39.3	5.9	22.3
Nacional	18.7	2.5	10.5	41.9	4.1	22.6	33.0	4.1	18.3

Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Acrónimos y abreviaturas

AVISA: Años de vida saludable ajustados por discapacidad	INSP: Instituto Nacional de Salud Pública
AH1N1: Subtipo de la Influenza virus tipo “A”.	IRAS: Infecciones respiratorias agudas
ATVM: Accidentes de tránsito de vehículo de motor	ISSM: Informe sobre la salud de los mexicanos
AVD: Años vividos con discapacidad	KCAL: Kilocalorías
AVMP: Años perdidos por muerte prematura	KG/M2: Kilogramos por metro cuadrado
BIRMM: Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas	MG/DL: Miligramos por decilitro
CENSIDA: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	MMHG: Milímetros de mercurio
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10	NOM: Norma Oficial Mexicana
CONAPO: Consejo Nacional de Población	OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
DE: Desviación estándar	OMS: Organización Mundial de la Salud
DGED: Dirección General de Evaluación del Desempeño	ONU: Organización de las Naciones Unidas
DGIS: Dirección General de Información en Salud	ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
DM: Diabetes mellitus	OPS: Organización Panamericana de la Salud
ECV: Enfermedades cardiovasculares	PROSESA: Programa Sectorial de Salud
ENADIC: Encuesta Nacional de Adicciones	RNCS: Registro Nacional de Casos de SIDA
ENIGH: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	RMM: Razón de mortalidad materna
ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
ENSA: Encuesta Nacional de Salud	SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud
EVN: Esperanza de vida al nacimiento	SINAC: Subsistema de Información sobre Nacimientos
EVISA: Esperanza de vida saludable	SNS: Sistema Nacional de Salud
FAO: Food and Agriculture Organization / Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura	SS: Secretaría de Salud
FID: Federación Internacional de Diabetes	SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social	TARV: Tratamientos antirretrovirales
IMC: Índice de masa corporal	TGF: Tasa global de fecundidad
INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía	UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
	VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
	VPH: Virus del Papiloma Humano
	WHO: World Health Organization/Organización Mundial de la Salud