

Í ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DELÁ DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER (4 DE FEBRERO)Î DATOS NACIONALES



- En 2013, el cáncer de órganos hematopoyéticos es la principal causa de morbilidad hospitalaria por tumores malignos en población de 0 a 19 años (62% en las mujeres y 58.7% en los hombres).
- La tasa más alta de letalidad hospitalaria en población de 0 a 19 años en 2013 se ubica en las mujeres de 15 a 19 años (cinco de cada 100 que egresan del hospital por cáncer, fallecen).
- En la población de 0 a 19 años, la tasa más alta de mortalidad por cáncer, se debe al de órganos hematopoyéticos (2.57 de cada 100 mil personas de ese grupo de edad).
- En 2013, para hombres y mujeres de 20 años y más, el cáncer de órganos digestivos (25%) y de mama (29.5%), son las principales causas de morbilidad hospitalaria por neoplasias, respectivamente.
- En la población de 20 años y más, la tasa de letalidad hospitalaria por tumores malignos aumenta conforme se incrementa la edad y llega a 20.99 de cada 100 en las personas de 80 y más años en 2013.
- Del total de tumores malignos en la población de 20 años y más, los de órganos digestivos son la primera causa de mortalidad, con 32.52 casos por cada 100 mil habitantes.

A nivel mundial, 63% de las muertes anuales son causadas por enfermedades no transmisibles (ENT) que generalmente son crónicas, es decir, son de larga duración y progresan lentamente; los cuatro tipos principales de ENT son: las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y el cáncer, que juntas causan aproximadamente 38 millones de defunciones al año de las cuales, 75% se concentran en países de bajos y medianos ingresos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013 y 2015d).

Estas enfermedades, además del impacto físico que suponen, tienen consecuencias socioeconómicas, principalmente en comunidades desfavorecidas socialmente en donde el acceso a servicios de salud es limitado, generando con ello un incremento en el gasto de bolsillo para hacer frente a los costos de la enfermedad y su duración. Como se mencionó anteriormente, el cáncer (a veces también denominado neoplasia o tumor maligno) forma parte de este grupo de enfermedades y provoca cerca de ocho millones de muertes al año, lo que la convierte en la principal causa de muerte a nivel mundial (OMS, 2015a y 2015d).

Cabe destacar que el cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa de mayor incidencia entre los adultos, en comparación con los niños y jóvenes, y es un padecimiento que no hace distinción de razas, nivel socioeconómico o sexo, aunque se observa una diferencia en los tipos de cáncer que afectan a hombres y mujeres. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica que a nivel mundial en 2015, los tumores malignos de pulmón, próstata, colorrectal, estómago e hígado son los más comunes entre los varones, mientras que en las mujeres son los de mama, colorrectal, pulmón, cuello del útero y estómago (OMS, 2014 y 2015a).



El cáncer inicia como una alteración celular que provoca un aumento descontrolado de células anormales que crecen de forma invasiva y se propagan a través de los tejidos, lo que perturba el funcionamiento normal del organismo. Cualquier parte del cuerpo es susceptible de verse afectada, de forma tal que existen más de 100 tipos de esta enfermedad. Si bien no hay una causa directa que origine su aparición, la OMS (2015a), a través del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), clasifica los agentes cancerígenos en tres grandes grupos:

- Cancerígenos físicos: radiaciones ionizantes y ultravioleta.
- Cancerígenos químicos: tabaco, alcohol, asbestos, arsénico, aflatoxinas.
- Cancerígenos biológicos: infecciones causadas por ciertos virus, bacterias o parásitos.

La exposición a estos, en combinación con factores ambientales y genéticos, así como estilos de vida poco saludables que incluyen hábitos como el tabaquismo, la ingesta de alcohol y de alimentos ricos en grasas y carbohidratos, así como el sedentarismo, son las causas que más se asocian al desarrollo de la enfermedad. Se calcula que el consumo de tabaco se relaciona con 20% de las muertes por cáncer a nivel mundial, por lo que se considera como la principal causa prevenible de cáncer en el mundo; por otro lado, la quinta parte de los casos se deben a infecciones crónicas como el virus del papiloma humano, vinculado al cáncer de cuello de útero y la hepatitis B, relacionada al cáncer hepático (OMS, 2014).

Para promover la concientización de esta enfermedad, cada 4 de febrero se conmemora el Día Mundial contra el Cáncer, iniciativa de la *Union for International Cancer Control* y cuyo lema para el trienio 2016-2018 es: *¡Nosotros podemos, yo puedo!* (UICC, 2016), con el que se busca promover una campaña continua que impacte en la reducción de la carga mundial de esta enfermedad, en el entendido de que de una forma u otra, todas las personas pueden hacer algo frente a ella, desde llevar a cabo medidas preventivas, hasta buscar que sus gobiernos la atiendan de forma prioritaria. Con la finalidad de conmemorar esta fecha, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta un panorama general de la enfermedad entre la población mexicana.

TUMORES MALIGNOS EN LA POBLACIÓN CON MENOS DE 20 AÑOS

Morbilidad

En la infancia y adolescencia se considera que el cáncer es una enfermedad poco frecuente en comparación con los adultos; sin embargo, constituye una de las principales causas de morbimortalidad entre la población que aún no tiene 20 años de edad. En 2012, en la región de América Latina y el Caribe, aproximadamente 29 mil niños y adolescentes con menos de 15 años fueron diagnosticados con cáncer, siendo la leucemia linfoblástica aguda, el tipo más común; debido a los avances en su diagnóstico y tratamiento oportunos, la mayoría de los enfermos de este tipo de cáncer se curan (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015).

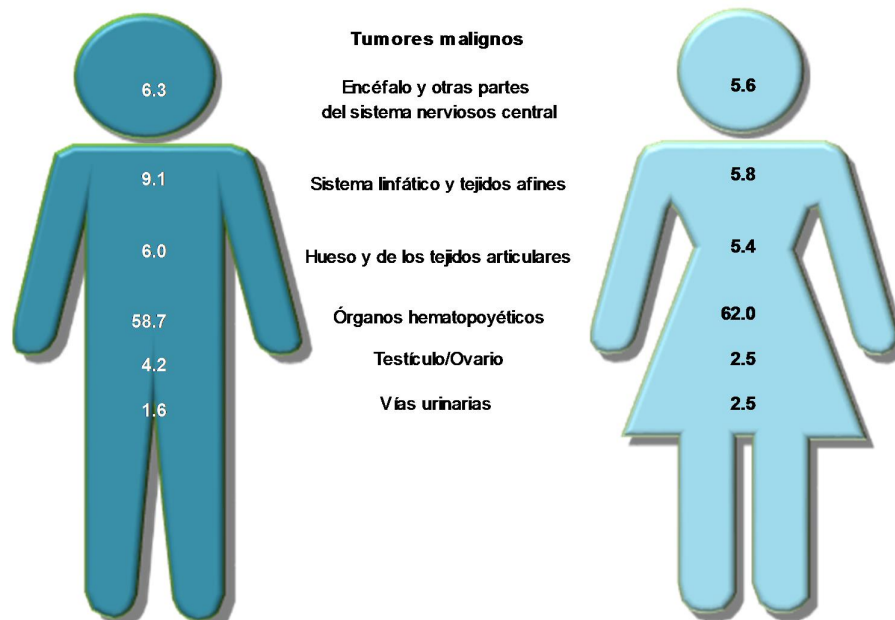
Si bien es factible que los infantes y adolescentes desarrollen cualquier tipo de cáncer, se ha encontrado que los más comunes son la leucemia, los tumores del cerebro y otros tumores del sistema nervioso central, linfomas, neuroblastoma, rhabdomyosarcoma (cáncer que se forma en el músculo estriado), tumor de Wilms (que se desarrolla en el riñón), cáncer de hueso y en células germinativas gonadales (testículo y ovario), y aunque no se conoce la causa de la mayoría de estos, apenas 5% tiene como origen una mutación hereditaria que puede estar o no asociada a ciertos síndromes familiares, a mutaciones genéticas durante el desarrollo fetal y a la exposición a radiación ionizante. Otra posible causa del cáncer infantil que se ha



investigado, es la exposición de los padres a sustancias químicas reconocidas como cancerígenas como cierto tipo de pesticidas (Instituto Nacional del Cáncer [NIH], 2014).

En México durante 2013, la morbilidad hospitalaria por tumores malignos (población que egresa de un hospital por dicha enfermedad) más alta tanto en mujeres como en hombres menores de 20 años, es por cáncer en órganos hematopoyéticos, siendo en ellas ligeramente superior (62% contra 58.7% en los hombres). Con excepción de este tipo de neoplasias y del cáncer en vías urinarias (2.5% en mujeres contra 1.6% en varones), la morbilidad hospitalaria por otros tipos de cáncer es superior en los varones para este grupo de edad.

Porcentaje de morbilidad hospitalaria en población de 0 a 19 años por principales tumores malignos, según sexo 2013



Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos: C40-C41, C62, C70-C72, C81-C96.

Fuente: SSA (2015). Base de Egresos Hospitalarios 2013. Procesó INEGI.

La tasa de morbilidad que se refiere a la relación del total de egresos hospitalarios y de la población total de un grupo de edad específico en un periodo determinado, señala que para 2013, en los varones de 0 a 19 años, la principal causa de morbilidad hospitalaria por tumores malignos se debe al cáncer de órganos hematopoyéticos y es en el grupo de 5 a 9 años de edad, en el que se presenta la tasa más alta (75 de cada 100 mil hombres de ese grupo de edad); dentro de este tipo de cáncer se encuentran las leucemias, que generalmente disminuyen con la edad, tal como lo muestra la tasa del grupo de varones de 15 a 19 años, en el que sólo 36 de cada 100 mil hombres de ese grupo de edad presentan ese tipo de cáncer.

El cáncer de encéfalo y otras partes del sistema nervioso central es la segunda causa de morbilidad hospitalaria por cáncer para los varones de 0 a 4 años de edad (cinco de cada 100 mil niños de ese grupo de edad), mientras para los grupos de 6 a 9 y de 10 a 14 años, el segundo lugar lo ocupa el cáncer de tejido linfático y afines; entre los hombres de 15 a 19 años, es el cáncer de células germinales (testículos) el que se posiciona como segunda causa, al egresar por dicha enfermedad 12 de cada 100 mil hombres de ese grupo de edad.

Para las mujeres, el cáncer en órganos hematopoyéticos también es la principal causa de morbilidad hospitalaria, principalmente entre las niñas de 5 a 9 años, (72 de cada 100 mil niñas



de ese grupo de edad) y al igual que en los varones, se observa un claro descenso de la tasa a partir de los 10 años. En las mujeres de 0 a 9 años, la segunda causa de morbilidad hospitalaria por cáncer se debe a tumores malignos en el encéfalo y otras partes del sistema nervioso central (4.01 en las de 0 a 4 años y 6.83 en las de 5 a 9 años), en tanto que en las niñas de 10 a 14 años, la segunda causa la ocupan las neoplasias en hueso y de los cartílagos articulares (8.20) y en las de 15 a 19 años, el cáncer en tejido linfático y afines (5.35).

Tasa de morbilidad hospitalaria en población de 0 a 19 años por principales tumores malignos, según grupo quinquenal de edad para cada sexo

2013

Por cada 100 mil habitantes para cada grupo de edad

| Tumores malignos | Grupo de edad | | | |
|---|---------------|-------|---------|---------|
| | 0 a 4 | 5 a 9 | 10 a 14 | 15 a 19 |
| Hombres | | | | |
| Órganos hematopoyéticos | 51.56 | 75.33 | 56.28 | 36.15 |
| Tejido linfático y afines | 4.44 | 10.03 | 10.11 | 9.34 |
| Encéfalo y otras partes de sistema nervioso central | 4.84 | 8.71 | 6.35 | 3.54 |
| Hueso y de los cartílagos articulares | 1.36 | 4.44 | 8.54 | 8.22 |
| Células germinales (testículos) | 2.38 | 0.40 | 0.87 | 12.09 |
| Vías urinarias | 3.73 | 1.45 | 0.42 | 0.41 |
| Mujeres | | | | |
| Órganos hematopoyéticos | 45.89 | 71.76 | 47.95 | 24.44 |
| Tejido linfático y afines | 1.68 | 4.52 | 6.02 | 5.35 |
| Encéfalo y otras partes de Sistema Nervioso Central | 4.01 | 6.83 | 4.90 | 1.51 |
| Hueso y de los cartílagos articulares | 0.94 | 2.26 | 8.20 | 4.98 |
| Células germinales (ovario) | 0.41 | 0.91 | 1.93 | 4.43 |
| Vías urinarias | 3.75 | 2.91 | 0.72 | 0.20 |

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos: C40-C41, C62, C64-C68, C70-C72, C81-C96.

Fuente: SSA (2015). *Base de Egresos Hospitalarios 2013*; y CONAPO (2015). *Proyecciones de la Población 2010-2050*. Proceso INEGI.

Los tratamientos contra el cáncer en la infancia y adolescencia tienden a ser exitosos; los niños más pequeños generalmente tienen mejores expectativas de sobrevivencia a la enfermedad, lo que posiblemente se debe al oportuno diagnóstico y tratamiento. El estar bajo mayor vigilancia para monitorear su desarrollo permite tener mayor posibilidad de una atención rápida ante algún signo de alarma.

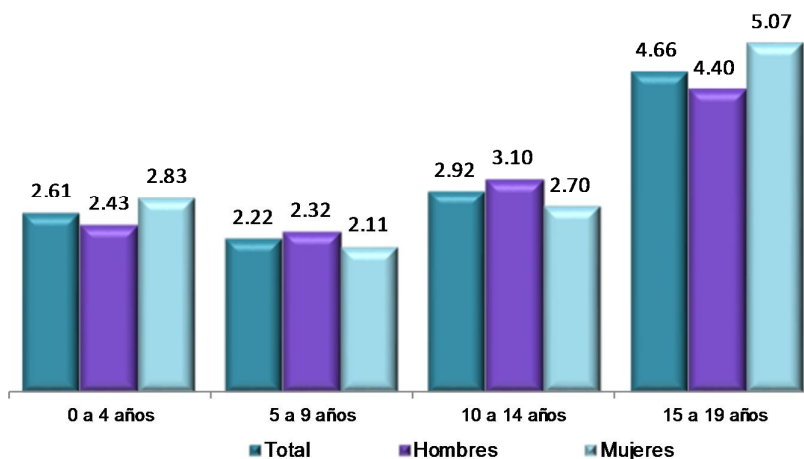
Con la finalidad de conocer el impacto general del cáncer y estimar la proporción de muertes hospitalarias respecto del total de egresos por esta enfermedad, la tasa de letalidad hospitalaria muestra que en México para 2013, cinco de cada 100 mujeres de 15 a 19 años de edad que egresan del hospital por cáncer, fallecen, siendo la tasa más alta de letalidad hospitalaria entre la población de 0 a 19 años. En contraparte, las mujeres de 5 a 9 años de edad presentan la tasa más baja (2.11); se observa además que a partir de los cinco años, la tasa de letalidad hospitalaria se incrementa con la edad, al pasar de 2.22 a 4.66 egresos por cada 100.



Tasa de letalidad hospitalaria por tumores malignos en población de 0 a 19 años, por grupo quinquenal de edad según sexo

2013

Por cada 100 egresos hospitalarios para cada grupo de edad



Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos: C00-C97.

Fuente: SSA (2015). *Base de Egresos Hospitalarios 2013*. Procesó INEGI.

Mortalidad

Pese a que desde 1970 ha habido importantes avances que han logrado disminuir las muertes por cáncer entre la población con menos de 20 años, durante 2013, del total de defunciones de esta población, 5.4% se deben a algún tumor y de estas, 86.3% por tumores malignos. De cada 100 defunciones por cáncer en la población de 0 a 19 años, 57.1% corresponden a varones mientras que 42.9% a mujeres.

Por tipo de cáncer, el de órganos hematopoyéticos presenta la tasa más alta de mortalidad entre la población con menos de 20 años (tres de cada 100 mil personas en esas edades); por sexo, tres de cada 100 mil hombres y dos de cada 100 mil mujeres de este grupo de edad, fallecen por esta causa. En segundo lugar, se encuentra el cáncer de encéfalo y otras partes del sistema nervioso central, con una tasa de mortalidad de 0.66 defunciones por cada 100 mil personas de 0 a 19 años, siendo ligeramente superior en los varones que en las mujeres (0.75 contra 0.57, respectivamente).

Tasa de mortalidad en población de 0 a 19 años por principales tumores malignos, según sexo

2013

Por cada 100 mil habitantes para cada sexo

| Principales tumores malignos | Total | Hombres | Mujeres |
|--|-------|---------|---------|
| Órganos hematopoyéticos | 2.57 | 2.87 | 2.26 |
| Encéfalo y otras partes del sistema nervioso central | 0.66 | 0.75 | 0.57 |
| Huesos y de los cartílagos articulares | 0.35 | 0.35 | 0.36 |
| Tejido linfático y afines | 0.31 | 0.40 | 0.22 |
| Tumores de ovarios/testículos | 0.17 | 0.23 | 0.11 |
| Aparato digestivo | 0.17 | 0.22 | 0.12 |

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos: C15-C26, C40-C41, C56, C62, C70-C72, C81-C96.

Fuente: INEGI (2015). *Estadísticas de Mortalidad. Cubos dinámicos*; y CONAPO (2015). *Proyecciones de la Población 2010-2050*. Procesó INEGI.



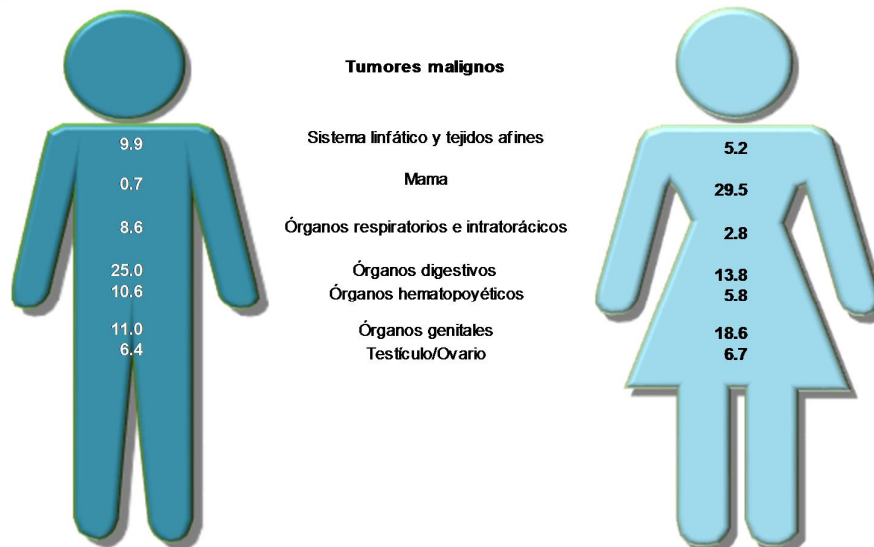
TUMORES MALIGNOS EN LA POBLACIÓN DE 20 AÑOS Y MÁS

Morbilidad

La OMS señala que la incidencia del cáncer aumenta con la edad, por lo cual el envejecimiento es un factor fundamental en su aparición y desarrollo, ya que implica una exposición acumulada a factores de riesgo para determinados tipos de cáncer; además, los mecanismos de reparación celular, que impiden el crecimiento anormal de células, pierden eficacia con la edad (OMS, 2015a).

Durante 2013 se observan diferencias por sexo en las principales causas de morbilidad hospitalaria por neoplasias entre la población de 20 años y más. En los hombres, las tres causas principales son: el cáncer de órganos digestivos (25%), el de órganos genitales (11%) y de órganos hematopoyéticos (10.6 por ciento). Mientras en las mujeres son el cáncer de mama (29.5%), el de órganos genitales (18.6%) y el de órganos digestivos (13.8 por ciento).

Porcentaje de morbilidad hospitalaria en población de 20 años y más por principales tumores malignos, según sexo 2013



Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos: C15-C26, C30-C39, C50-C58, C60-C61, C63, C81-C96.

Fuente: SSA (2015). Base de Egresos Hospitalarios 2013. Procesó INEGI.

Respecto a la relación del total de egresos hospitalarios y la población total para cada grupo de edad, en 2013 se observa que las neoplasias de órganos digestivos reportan las tasas de morbilidad por tumores malignos más altas en los varones a partir de los 40 años de edad, y se incrementan con la edad, al pasar de 30 egresos por cada 100 mil hombres de 40 a 49 años, a 209 por cada 100 mil hombres en el grupo de 75 a 79 años de edad. En los varones de 20 a 39 años, los tumores malignos de células germinales (testículos) son los de las tasas de morbilidad más altas (22.25 de cada 100 mil hombres de 20 a 29 años y 14.17 en los de 30 a 39 años) y contrario a los de órganos digestivos, disminuyen con la edad.

Entre las mujeres jóvenes (de 20 a 29 años), la tasa de morbilidad hospitalaria por tumores más alta corresponde al cáncer de órganos genitales femeninos (10.76); para las mujeres de 30 a 74 años, al cáncer de mama, el cual se va incrementando con la edad, al pasar de 38 egresos por cada 100 mil mujeres de 30 a 39 años a 176 por cada 100 mil mujeres de 65 a 74 años, aunque la tasa más alta se observa en el grupo de mujeres de 60 a 64 años (180.71). A



partir de los 75 años, el cáncer de órganos digestivos reporta las tasas más altas de morbilidad hospitalaria para las mujeres.

Tasa de morbilidad hospitalaria en población de 20 años y más por tumores malignos, según grupo de edad para cada tipo de cáncer y sexo

2013

Por cada 100 mil habitantes para cada grupo de edad

| Tumores malignos | Grupo de edad | | | | | | | |
|--|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 a 64 | 65 a 74 | 75 a 79 | 80 y más |
| Hombres | | | | | | | | |
| Órganos digestivos | 3.45 | 12.87 | 29.87 | 73.37 | 126.92 | 189.02 | 208.74 | 150.20 |
| Organos genitales masculinos | 0.79 | 0.91 | 3.42 | 21.21 | 57.12 | 113.51 | 154.88 | 145.21 |
| Organos hematopoyéticos | 15.54 | 12.93 | 17.22 | 21.79 | 29.85 | 35.20 | 39.19 | 36.91 |
| Tejido linfático y afines | 9.18 | 10.00 | 14.72 | 26.46 | 41.33 | 44.87 | 47.46 | 32.87 |
| Organos respiratorios e intratorácicos | 1.81 | 2.60 | 5.80 | 21.07 | 39.95 | 76.06 | 101.64 | 78.40 |
| Células germinales (testículo) | 22.25 | 14.17 | 4.96 | 3.15 | 2.39 | 3.36 | 2.81 | 3.37 |
| Mujeres | | | | | | | | |
| De mama | 4.56 | 37.75 | 108.48 | 171.13 | 180.71 | 175.88 | 142.30 | 81.25 |
| Organos genitales femeninos | 10.76 | 33.39 | 64.42 | 84.97 | 109.76 | 108.36 | 87.30 | 54.89 |
| Órganos digestivos | 4.16 | 11.57 | 28.59 | 66.23 | 95.55 | 128.72 | 159.57 | 115.00 |
| Células germinales (ovario) | 5.14 | 8.93 | 23.54 | 34.11 | 36.34 | 39.55 | 34.42 | 16.35 |
| Organos hematopoyéticos | 9.53 | 10.48 | 13.99 | 24.19 | 27.18 | 30.89 | 31.65 | 26.14 |
| Tejido linfático y afines | 6.69 | 7.90 | 9.93 | 21.46 | 29.01 | 39.43 | 43.65 | 28.85 |

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos: C15-C26, C30-C39, C50, C51-C58, C60, C61, C63, C81-C85, C88-C95, C96.

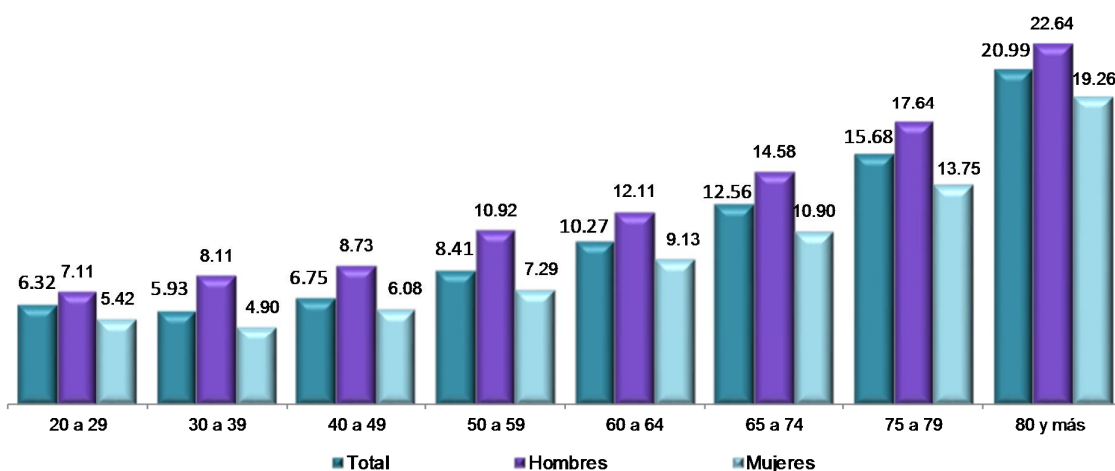
Fuente: SSA (2015). Base de Egresos Hospitalarios 2013; y CONAPO (2015). Proyecciones de la Población 2010-2050. Procesó INEGI.

En 2013, la tasa de letalidad hospitalaria por tumores malignos aumenta más rápidamente a partir de los 30 años conforme se incrementa la edad, pasando de 5.93 a 20.99 por cada 100 personas de 80 y más años con egreso hospitalario; los varones en relación a las mujeres, reportan tasas más altas de letalidad hospitalaria por tumores malignos para todos los grupos de edad.

Tasa de letalidad hospitalaria por tumores malignos en población de 20 años y más, por grupo de edad según sexo

2013

Por cada 100 egresos hospitalarios para cada grupo de edad



Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos: C00-C97.

Fuente: SSA (2015). Base de Egresos Hospitalarios 2013. Procesó INEGI.



Mortalidad

En México en 2013, del total de defunciones de la población de 20 años y más, 13.6% se debieron a algún tumor y de estas, 93.6% a los tumores malignos. Por sexo, del total de defunciones por cáncer, 48.8% ocurren en varones y 51.2%, en mujeres.

Del total de tumores malignos en la población de 20 años y más, los de órganos digestivos son la primera causa de mortalidad entre esta población en 2013, con 32.52 casos por cada 100 mil habitantes; los tumores de órganos respiratorios e intratorácicos ocupan el segundo sitio (10.58 defunciones por cada 100 mil habitantes); en tercer lugar se ubican los tumores del sistema reproductor masculino con 8.44 defunciones por cada 100 mil habitantes. Considerando este último dato y que entre las mujeres el cáncer de mama aparece como segunda causa de mortalidad con 14 defunciones por cada 100 mil, se confirma que las muertes por tumores malignos muestran un comportamiento diferenciado por sexo.

Tasa de mortalidad en población de 20 años y más por principales tumores malignos, según sexo

2013

Por cada 100 mil habitantes para cada sexo

| Principales tumores malignos | Total | Hombres | Mujeres |
|--|-------|---------|---------|
| Órganos digestivos | 32.52 | 33.98 | 31.20 |
| Órganos respiratorios e intratorácicos | 10.58 | 14.71 | 6.83 |
| Sistema reproductor masculino | 8.44 | 17.75 | NA |
| Mama ¹ | 7.59 | 0.14 | 14.36 |
| Órganos genitales femeninos | 6.78 | NA | 12.93 |
| Órganos hematopoyéticos ² | 5.68 | 6.28 | 5.14 |
| Vías urinarias ² | 4.12 | 5.51 | 2.85 |
| Células germinales (testículo u ovario) ¹ | 3.48 | 1.30 | 5.46 |

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos: C15-C39, C50-C61, C63-C68, C88-C95.

¹ Para los hombres, el cáncer de mama y tumor de testículo no son una de las principales causas de muerte, pero se incluye el dato para fines de comparación.

² Para las mujeres, el cáncer en órganos hematopoyéticos y de vías urinarias no son de las principales causas de muerte, pero se incluye el dato para fines de comparación.

NA No aplicable.

Fuente: INEGI (2015). *Estadísticas de Mortalidad*. Cubos dinámicos; y CONAPO (2015). *Proyecciones de la Población 2010-2050*. Proceso INEGI.

CONSIDERACIONES FINALES

La OMS, a través del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC en inglés), tiene como misión la investigación sobre las causas de cáncer en humanos. Como resultado de sus trabajos, ha elaborado una clasificación que describe la fuerza de la evidencia científica sobre diversos agentes de ser causales de cáncer. Dicha clasificación es la siguiente (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2015; OMS, 2015b):

- Grupo 1: carcinógeno para humanos (118 agentes)
- Grupo 2A: probablemente carcinógeno para humanos (75 agentes)



- Grupo 2B: posible carcinógeno para humanos (288 agentes)
- Grupo 3: no clasificable en cuanto a carcinogenicidad en humanos (503 agentes)
- Grupo 4: probablemente no carcinógeno para humanos (1 agente, caprolactama, que es una molécula que se obtiene del tolueno y es clave en la síntesis del nylon).

En octubre de 2015, la IARC, dio a conocer mediante una nota de prensa, la actualización de esta clasificación, al incluir dentro del Grupo 1 a la carne procesada, por encontrar evidencia científica suficiente para sustentar su relación con el cáncer de colon y recto. Por carne procesada se debe considerar a aquella que ha sido sometida a procedimientos como la salación, curado, fermentación, ahumado u otros procesos de mejora de sabor y conservación (salchichas, jamones, embutidos, cecinas, carne seca, carnes enlatadas y salsas preparadas a base de carne). Respecto a la carne roja (res, ternera, cerdo, cordero, caballo o cabra), la IARC la incluye en el Grupo 2A, después de una revisión exhaustiva de la literatura científica acumulada (estudios epidemiológicos que ofrecen evidencia limitada) y de evidencia mecanicista que la liga con el cáncer de colon y recto, así como de páncreas y próstata (Bouvard et al., 2015; OMS, 2015c). El Proyecto sobre la Carga Global de Enfermedad estima que aproximadamente 34 mil muertes por cáncer anuales alrededor del mundo son atribuibles a dietas ricas en carnes procesadas, contra 1 millón de muertes por cáncer atribuibles al tabaco, 600 mil al consumo de alcohol y 200 mil a la contaminación atmosférica (OMS, 2015b).

De esta forma, la OMS sugiere reducir el consumo de estos alimentos con la finalidad de disminuir el riesgo de padecer principalmente cáncer colorrectal; aunque reconoce el valor nutrimental de la carne roja (contienen proteínas e importantes micronutrientes, como las vitaminas B, hierro y zinc) por lo que propone a los gobiernos y agencias reguladoras internacionales que evalúen el riesgo de su consumo en cada población para así brindar mejores recomendaciones dietéticas (Bouvard et al., 2015; OMS, 2015c).

Si bien como se puede observar no existe una causa única y directa que inicie un caso de cáncer, sí existen factores que propician que se presente, muchos de los cuales se relacionan con hábitos y estilos de vida, por lo que la prevención se debe enfocar en aspectos como son la disminución del tabaquismo, consumo de carnes procesadas y rojas, obesidad, sobrepeso y la ingesta de alcohol, así como promover medidas como la vacunación ante enfermedades como la hepatitis B y C y virus del papiloma humano (VPH), la actividad física, evitar la exposición excesiva a radiaciones, incluida la de rayos ultravioleta provenientes del sol, así como la exposición a carcinogénicos ocupacionales, es decir, los relacionados a ciertos trabajos y a la contaminación ambiental. Se estima que al menos un tercio de todos los tipos de cáncer pueden prevenirse (NIH, 2015; OMS, 2016).

El cáncer es una enfermedad cuyo impacto no se limita al estado físico de la persona, también lo afecta en la esfera emocional; asimismo, el alto costo de su atención representa no solo una carga financiera para sus familias, incluso puede mermar la economía de los países (NIH, 2015), por lo cual la prevención, diagnóstico y atención oportuna son fundamentales para enfrentar este problema de salud.



REFERENCIAS

Bouvard, V., Loomis, D., Guyton, K. Z., Grosse, Y., El Ghissassi, F., Benbrahim-Tallaa, L., et al. (2015). Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *The Lancet Oncology* [en línea].

Instituto Nacional del Cáncer [NIH]. (2014). *Cáncer en niños y adolescentes*. Recuperado el 11 de enero de 2015, de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil/hoja-informativa-ninos-adolescentes>

Instituto Nacional del Cáncer [NIH]. (2015). *Aspectos generales de la prevención del cáncer*. Recuperado el 13 de enero de 2016, de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/aspectos-generales-prevencion-paciente-pdq>

International Agency for Research on Cancer [IARC]. (2015). *Agents classified by the IARC monographs, volumes, 1-114*. Recuperado el 13 de enero de 2016, de: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *10 datos sobre enfermedades no transmisibles*. Recuperado el 9 de diciembre de 2015, de: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *10 datos sobre el cáncer*. Recuperado el 9 de diciembre de 2015, de: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015a). *Cáncer. Nota descriptiva N° 297*. Recuperado el 11 de diciembre de 2015, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015b). *Carcinogenicidad del consumo de carne roja y de la carne procesada*. Recuperado el 13 de enero de 2016, de: <http://www.who.int/features/qa/cancer-red-meat/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015c). *El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer evalúa el consumo de carne roja y de la carne procesada*. Recuperado el 13 de enero de 2016, de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/cancer-red-meat/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015d). *Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva*. Recuperado el 9 de diciembre de 2015, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Prevención del cáncer*. Recuperado el 13 de enero de 2016, de: <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2015). *Nueva publicación de la OPS/OMS busca contribuir a la detección temprana del cáncer infantil*. Recuperado el 11 de enero de 2015, de: http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10414&Itemid=1926&lang=es

Union for International Cancer Control [UICC]. (2016). *World Cancer Day 2016. We Can, I can*. Recuperado el 11 de enero de 2016, de: <http://www.worldcancerday.org/>










Febrero
4 **Día Mundial
contra el Cáncer** 

En México, en 2013:



Tasa de mortalidad por cáncer en la población de 20 años y más por cada 100 mil habitantes según sexo, 2013

| Principales tumores malignos en: | | Total | Hombres | Mujeres |
|---|---|-------|---------|---------|
|  | Órganos digestivos | 32.52 | 33.98 | 31.20 |
|  | Órganos respiratorios e intratorácicos | 10.58 | 14.71 | 6.83 |
|  | Sistema reproductor masculino | 8.44 | 17.75 | NA |
|  | Mama | 7.59 | 0.14 | 14.36 |
|  | Órganos genitales femeninos | 6.78 | NA | 12.93 |
|  | Órganos hematopoyéticos | 5.68 | 6.28 | 5.14 |
|  | Vías urinarias | 4.12 | 5.51 | 2.85 |
|  | Células germinales (testículo u ovario) | 3.48 | 1.30 | 5.46 |

Fuente: INEGI. *Estadísticas de mortalidad*. Cubos dinámicos. 2015.
CONAPO. *Proyecciones de la población 2010-2050*. 2015.
SSA. *Base de egresos hospitalarios 2013*. 2015. Procesó el INEGI.



“ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA MUNDIAL DE LA SALUD (07 DE ABRIL)”

DATOS ECONÓMICOS NACIONALES



- Para el año 2015, la inocuidad de los alimentos es el tema central, con el objetivo de informar a la población sobre su importancia y sensibilizarla sobre el papel que cada uno puede desempeñar para que los alimentos que se consumen sean seguros.
- 5.7% del PIB nacional equivale el sector salud en el año 2013; de este monto, 40.7% es aportado por los organismos públicos, mientras que las unidades económicas privadas participan con el 38.8% del total; el resto corresponde al valor económico del trabajo no remunerado de los hogares en el cuidado de la salud.
- Los hogares pagaron 403 623 millones de pesos por los bienes y servicios de salud en 2013, y lo destinaron principalmente a medicamentos y materiales de curación, con 65 de cada 100 pesos de este gasto.
- En el año 2013, 4.5 de cada 100 puestos de trabajo ocupados en el país fueron contratados por establecimientos que ofrecen bienes y servicios de salud.

DÍA MUNDIAL DE LA SALUD

Desde el año de 1950, para conmemorar la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, se celebra cada 7 de abril el “Día Mundial de la Salud” y anualmente se elige un tema específico con el objetivo de destacar un área prioritaria de interés para la OMS.

En el presente año, el tema central es la inocuidad de los alimentos, debido a que la insalubridad de éstos continúa representando un problema de salud para el ser humano. Las enfermedades transmitidas por los alimentos son generalmente de carácter infeccioso o tóxico y son causadas por bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas que penetran en el organismo a través del agua o los alimentos contaminados.

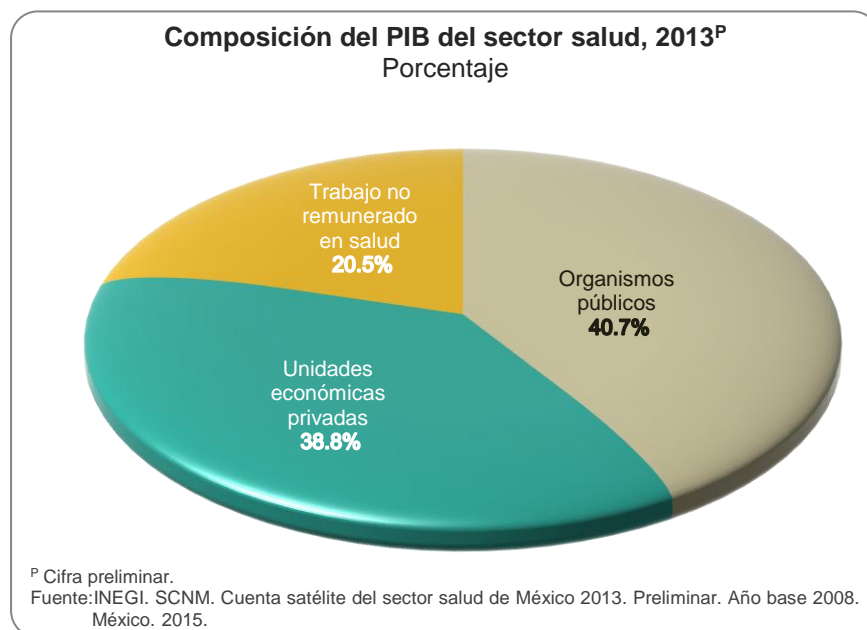


IMPORTANCIA ECONÓMICA DE LA SALUD EN MÉXICO

La salud de la población es un elemento esencial para el desarrollo económico de cualquier país, por lo que se constituye en una prioridad de las políticas públicas para buscar y mantener el bienestar social. En México, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 incluye entre sus objetivos reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida, dentro de los cuales se enmarca la estrategia 3.4 que busca fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano.¹

En este sentido la generación de información estadística, a través de una cuenta satélite, permite dimensionar la importancia económica del sector, como una importante vertiente para analizar la situación del sistema de salud en México, en cuanto a los costos asociados a los servicios de salud, a los medicamentos y al equipo necesario para brindar dicho servicio.

Así en el año 2013, el valor generado por las actividades para la prevención, recuperación y mantenimiento de la salud humana es equivalente al 5.7% del Producto Interno Bruto (PIB) de la economía nacional. Del total, el sector público contribuyó con 40.7% del PIB de la salud, mientras que las unidades económicas privadas participan con 38.8 por ciento. Finalmente, la valoración del trabajo no remunerado de los hogares en el cuidado de la salud representa una quinta parte del valor agregado de la salud en ese mismo lapso.



¹ Diario Oficial de la Federación. *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. México. 12 de diciembre de 2013. Consultado en <http://www.dof.gob.mx/index.php?year=2013&month=12&day=12> el 19 de marzo de 2015.



El PIB del sector asciende a 910 850 millones de pesos, y es generado principalmente a través de servicios hospitalarios, con el 21.3%, 16.5% corresponden a los servicios de consultorios médicos; 15.4% al comercio de bienes sanitarios; 10.2% a la fabricación de medicamentos y materiales de curación y 8.7% son producto de la Administración Pública Federal y Estatal del sistema de salud.



Del total de los bienes y servicios disponibles para la atención de la salud, la mayoría son adquiridos directamente por los hogares, con 41.7% del monto total. Más de dos terceras partes de este consumo lo cubren mediante el pago monetario para la compra de estos bienes o servicios, mientras que casi una tercera parte lo realizan a través del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud.

En contrapartida, el gobierno consume a nombre de los hogares 37 de cada 100 pesos del valor total de los bienes y servicios de salud disponibles en el país, con el objeto de proporcionarlos a la población mediante el sistema de seguridad social y sus distintas unidades médicas no incorporadas a este esquema; 15 pesos se ocupan como insumo de los procesos productivos; y el complemento se exporta al resto del mundo, se usa como bienes de capital o lo consumen las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ISFLSH).



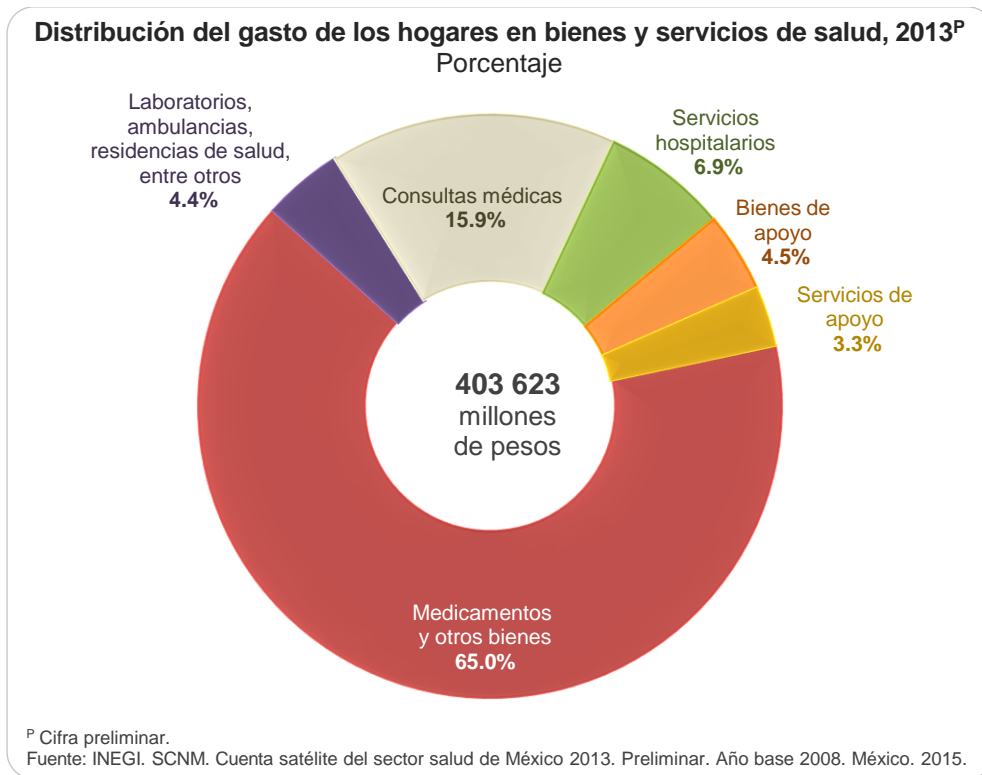


EL PAPEL ECONÓMICO DE LOS HOGARES EN EL SECTOR SALUD

En México, los hogares pagaron alrededor de 403 623 millones de pesos en la adquisición de bienes y servicios de salud durante el año 2013. Lo anterior sin considerar el valor monetario del tiempo no remunerado que destinan en el cuidado de la salud.

Por cada 100 pesos de gasto en salud de estos hogares, 65 corresponden a la adquisición de medicamentos y materiales de curación; 15.9 pesos se erogan en consultas médicas; 6.9 pesos se gastan en servicios hospitalarios; 4.5 pesos se destinan a bienes de apoyo como jabones y desinfectantes; 4.4 pesos en laboratorios, ambulancias, servicios de enfermería a domicilio y el cuidado de enfermos en residencias; y 3.3 pesos en servicios de apoyo como los seguros médicos privados, la investigación y desarrollo para el cuidado de la salud, entre otros.



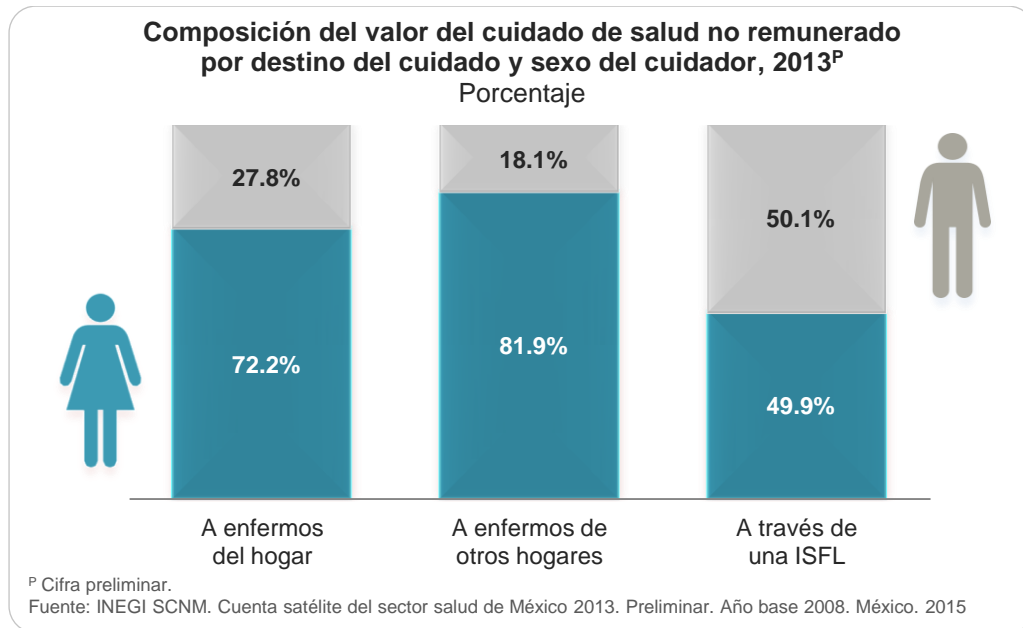


Es importante destacar que la contribución de las personas al sistema de salud mediante su trabajo no remunerado representa un desplazamiento de los servicios de mercado hacia la esfera del hogar. Estas actividades se conforman por el cuidado de enfermos temporales y crónicos del hogar, la ayuda a otros hogares, así como el trabajo voluntario a través de instituciones sin fines de lucro (ISFL) en el sector salud.

Así, el valor económico de los cuidados de salud no remunerados asciende a 187 103 millones de pesos en el año 2013, equivalente a 1.2% del PIB del país. De este valor, 94.4% corresponde a la atención de los enfermos del propio hogar, mientras que el 5.6% restante es producto del cuidado brindado a enfermos de otros hogares y del trabajo voluntario.

Las mujeres realizan 72.2% del valor económico del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud destinado a los miembros del propio hogar; pero cuando se trata de brindar cuidados de salud a personas de otros hogares, la brecha de participación por sexo se acentúa, pues ellas contribuyen con 82 de cada 100 horas destinadas a estas actividades, mientras que ellos participan con 18% del tiempo de cuidados. Por su parte, el trabajo voluntario a través de las ISFL presenta una excepción, pues la participación por sexo es muy similar en este rubro.





Es importante resaltar que del total de los cuidados de salud no remunerados en 2013, en términos del tiempo invertido, 6 de cada 10 horas se dirigen a personas con enfermedades temporales como problemas respiratorios, fiebre, infección estomacal, entre otros.

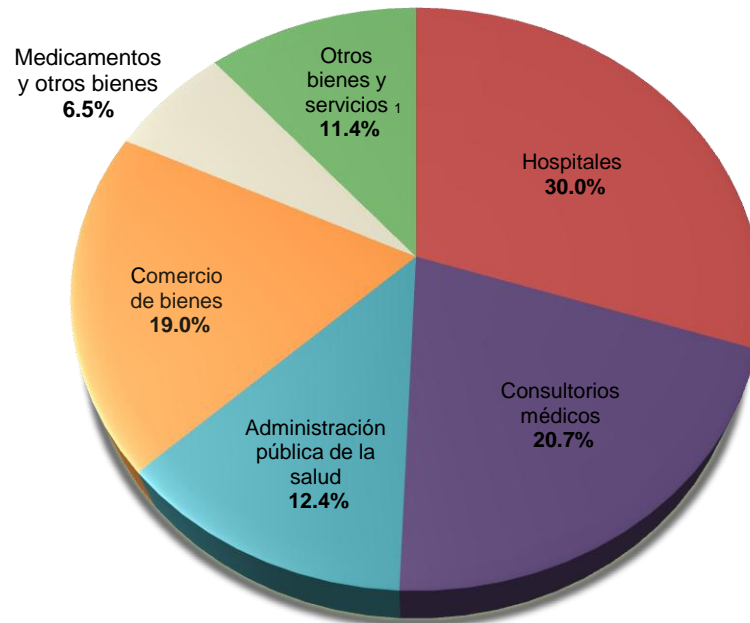
EL PERSONAL DEL SECTOR SALUD EN NÚMEROS

En el 2013, el sector salud generó alrededor de 1.91 millones de puestos de trabajo ocupados remunerados, que equivalen a 4.5% del total de la economía nacional. De cada 100 puestos que generan las actividades de salud, 54 laboran en el sector público y 46 en los establecimientos privados.

Por tipo de actividad, los servicios hospitalarios generan 30 de cada 100 puestos del total del empleo del sector salud; 21 son contratados en los consultorios médicos; 19 por el comercio de bienes; 12 por la administración pública de salud y el resto se encuentra repartido en la producción de medicamentos y otros bienes, y en los servicios de apoyo al sector.



Puestos de trabajo ocupados remunerados del sector salud por tipo de actividad, 2013^P
 Porcentaje



¹ Incluye las actividades auxiliares, centros y residencias de salud, así como otros bienes y servicios de apoyo al sector.

^P Cifra preliminar.

Fuente: INEGI. SCNM. Cuenta satélite del sector salud de México 2013. Preliminar. Año base 2008. México. 2015.

Con esta información, el INEGI contribuye a la difusión y fortalecimiento de la información estadística del sector salud dentro del marco de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

- INEGI. *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta satélite del sector salud de México 2013.* Preliminar. Año base 2008. México. 2015.
- OMS. *Campañas mundiales de salud pública de la OMS.* <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2015/event/es/>, 18 de marzo de 2015.





INSTITUTO NACIONAL
DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

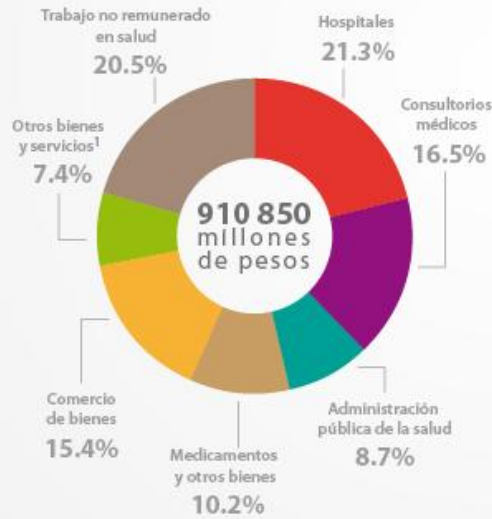
Día Mundial de la Salud

7 de abril

En México en 2013:

El PIB del sector salud representa
5.7% del total nacional.

PIB ampliado del sector salud
por tipo de bien o servicio, 2013^P
(porcentaje)



¹ Incluye las actividades auxiliares, centros y residencias de salud, así como otros bienes y servicios de apoyo al sector.

^P Cifra preliminar.

Fuente: INEGI, SCNM. Cuenta Satélite del Sector Salud de México 2013. Preliminar. Año base 2008. México, 2015.

Los hogares pagaron
403 623 millones de pesos
por bienes y servicios de salud.

De cada 100 pesos,

65

se usaron para
medicamentos y
materiales de curación.



4.5%

de los puestos de trabajo ocupados en el país
fueron contratados por establecimientos
que ofrecen bienes y servicios de salud.

De éstos:

**54 de cada 100 están
en el sector público**

**46 de cada 100 laboran
en el sector privado**

Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta Satélite del Sector Salud de México 2013. Preliminar. Año base 2008.



“ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (3 DE DICIEMBRE)”

DATOS NACIONALES



- En 2014, la prevalencia de la discapacidad en México es de 6 por ciento.
- Las dificultades para caminar y para ver son las más reportadas entre las personas con discapacidad.
- Los principales detonantes de discapacidad en el país son las enfermedades (41.3%) y la edad avanzada (33.1 por ciento).
- 23.1% de la población con discapacidad de 15 años y más no cuentan con algún nivel de escolaridad.
- De la población con discapacidad, 83.3% es derechohabiente o está afiliada a servicios de salud.
- Las personas con dificultades para ver son las que más asisten a la escuela (42.4%) entre la población con discapacidad de la población de 3 a 29 años.
- Participa en actividades económicas 39.1% de la población con discapacidad de 15 años y más, frente a 64.7% de su contraparte sin discapacidad.

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en la resolución 47/3 adoptada en octubre de 1992, proclamó el 3 de diciembre como el *Día Internacional de las Personas con Discapacidad*, con el objetivo de llamar la atención y movilizar apoyos para aspectos clave relativos a la inclusión de personas con discapacidad en la sociedad y en el desarrollo (ONU, s/f). Para conmemorar esta fecha, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta un panorama sociodemográfico de este sector de la población, a partir de la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014* (ENADID, 2014).

Así mismo, la información que se presenta responde a la recomendación del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU de fomentar la recopilación y difusión de datos y estadísticas que permitan formular y aplicar políticas (Artículo 31 de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*) y atiende al Objetivo 1 del *Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018*, específicamente a la estrategia 1.5 que señala que se deben fomentar acciones para la captación, producción, procesamiento, sistematización y difusión de información estadística para consolidar el Sistema Nacional de Información sobre Discapacidad (DOF, 2014).

La ENADID 2014 captó información sobre las personas con discapacidad usando la metodología del *Washington Group on Disability Statistic (WG)*¹, que se basa en el enfoque de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. De acuerdo con dicha metodología, se definen a dos grupos de población: las personas con discapacidad, quienes presentan mucha dificultad o no pueden hacer actividades básicas, y las personas que tienen dificultades leves o moderadas en la realización de actividades, las cuales se clasifican como personas con limitación, que si bien no tienen discapacidad e incluso algunas de ellas pueden no experimentar restricciones en su participación en actividades como ir de compras, hacer las tareas del hogar, trabajar o ir a la escuela, se les considera en mayor riesgo que la población general de experimentar limitaciones en la realización de tareas específicas

¹ Para mayor información sobre la medición de discapacidad, consulte el documento *Overview of Implementation Protocols for Testing the Washington Group Short Set of Questions on Disability*, disponible en: http://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/meeting6/main_implementation_protocol.pdf

(actividades) o restricciones de participación en la sociedad (WG, 2010), debido a la presencia de las dificultades reportadas.

Estructura y composición

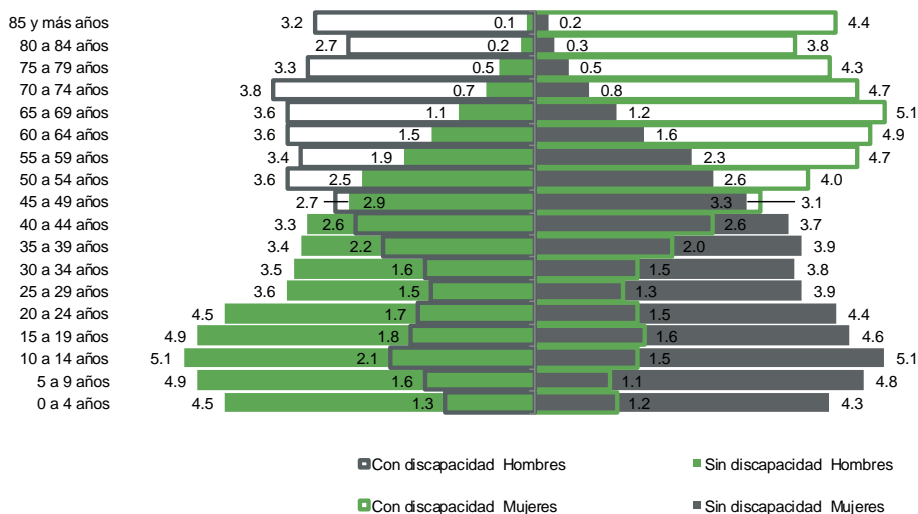
En el 2014, según los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, hay en México cerca de 120 millones de personas. De ellos, casi 7.2 millones reportan tener mucha dificultad o no poder hacer alguna de las actividades básicas por las que se indaga (personas con discapacidad), alrededor de 15.9 millones tienen dificultades leves o moderadas para realizar las mismas actividades (personas con limitación) y 96.6 millones de personas indican no tener dificultad para realizar dichas actividades.

Esto significa que la prevalencia de la discapacidad² en México para 2014 es de 6 por ciento. Por su parte, las personas que se encuentran en mayor riesgo de experimentar restricciones en su participación o limitaciones en sus actividades representan 13.2% de la población y quienes no viven con discapacidad o limitación constituyen el 80.8% restante. Al examinar la distribución por sexo de estos tres grupos poblacionales se aprecia que es similar, aunque la proporción de mujeres es ligeramente superior entre la población con discapacidad (53.5% frente a 52.7% de la población con limitación y 50.9% de la población sin discapacidad o limitación).

La estructura por edad de la población con discapacidad muestra una mayor concentración en los adultos mayores, lo cual contrasta con quienes no viven con esta condición³. Los mayores volúmenes de personas se ubican en los de menos de 20 años. Por sexo, entre la población con discapacidad de 0 a 39 años, el porcentaje de varones supera al de mujeres, pero a partir de los 45 años, la relación se invierte, alcanzando las mayores diferencias a partir de los 65 años; esta situación puede estar relacionada con la mayor esperanza de vida de la población femenina y el mayor riesgo de padecer discapacidad debido a la edad.

Estructura de la población, por sexo y condición de discapacidad según grupo quinquenal de edad 2014 (en porcentaje)

Gráfica 1



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

² La prevalencia de la discapacidad se refiere a la proporción o la frecuencia relativa de individuos de la población que presentan dicha característica en ese momento (Tapia Granados, 1995).

³ La población sin discapacidad incluye a la población con limitación o las personas que reportaron dificultades leves o moderadas para realizar las actividades por las que se indaga.



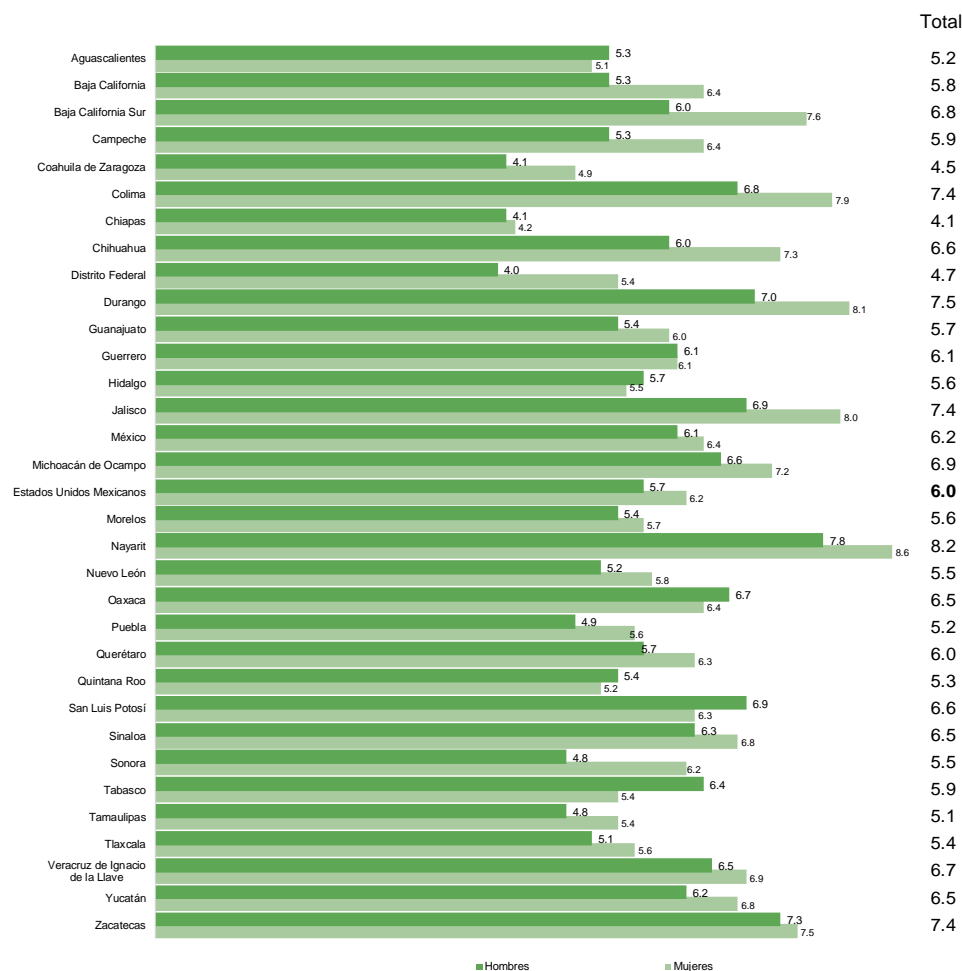
Distribución territorial

Conocer la distribución territorial de la población con discapacidad en México permite desarrollar estrategias y programas encaminados a satisfacer sus necesidades con oportunidad y equidad. En 15 de las 32 entidades federativas del país, la prevalencia de la discapacidad entre la población que reside en cada una de ellas es mayor que la observada a nivel nacional. Nayarit y Durango son las entidades que presentan las prevalencias más altas del país, con 8.2 y 7.5% respectivamente. Le siguen tres estados con una prevalencia de 7.4% (Colima, Jalisco y Zacatecas). Las otras entidades con valores por encima de la nacional son: Michoacán (6.9%), Baja California Sur (6.8%), Veracruz (6.7%), Chihuahua y San Luis Potosí (6.6%), Oaxaca, Sinaloa y Yucatán (6.5%), Estado de México (6.2%) y Guerrero (6.1 por ciento).

En Querétaro, la prevalencia de la discapacidad es igual que la nacional (6.0%) y en las restantes 16 entidades es menor. Chiapas (4.1%), Coahuila (4.5%), Distrito Federal (4.7%), Tamaulipas (5.1%), Aguascalientes y Puebla (5.2%), Quintana Roo (5.3%), Tlaxcala (5.4%), Nuevo León y Sonora (5.5%), Hidalgo y Morelos (5.6%), Guanajuato (5.7%), Baja California (5.8%) y Tabasco y Campeche tienen una prevalencia de 5.9 por ciento.

Prevalencia de la discapacidad por entidad federativa y sexo 2014

Gráfica 2



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Por sexo, la prevalencia de la discapacidad en las mujeres es superior a la de los hombres en 25 de las 32 entidades federativas. Las mayores diferencias se observan en Baja California Sur, Distrito Federal y Sonora, donde la prevalencia entre las mujeres supera a la observada entre



los hombres por entre 1.6 y 1.4 puntos porcentuales; Nayarit presenta las más altas prevalencias de discapacidad a nivel nacional, 8.6% para las mujeres y 7.8% en los hombres. En el extremo opuesto, las prevalencias de la discapacidad más bajas en el territorio nacional se ubica en el Distrito Federal entre la población masculina (4.0%) y en Chiapas, para la población femenina con 4.2 por ciento.

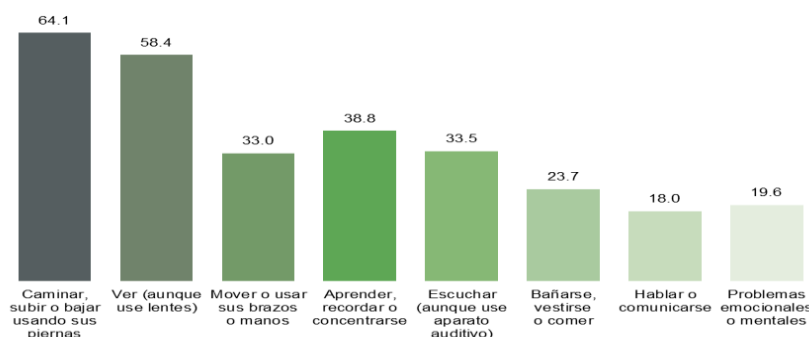
Tipo de discapacidad

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la línea estratégica de acción 3 (Promover la producción y análisis de datos sobre discapacidad y apoyar la investigación) del *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación (2014-2019)*, señala que “la disponibilidad de información y evidencia científica permitirá entender mejor la realidad de la discapacidad en nuestros países y facilitará la toma de decisiones” (OPS, 2014: 10). Por su parte, la estrategia 2.2.4 (Proteger los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena) del *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND)* se propone como una de las líneas de acción “establecer esquemas de atención integral para las personas con discapacidad, a través de acciones que fomenten la detección de discapacidades, estimulación temprana y su rehabilitación” (Gobierno de la República, 2013:117).

Para contribuir al cumplimiento de estos planteamientos es necesario conocer cómo se distribuye el fenómeno de la discapacidad entre la población según el tipo de dificultad o de limitación que presentan. Vale la pena resaltar que la pregunta sobre discapacidad incluida en la ENADID 2014 permite una respuesta múltiple; es decir, una persona puede declarar tener dificultad o limitación en más de una actividad. Como resultado de ello, además de mostrar la complejidad de la condición de discapacidad, la cual puede afectar varios ámbitos del funcionamiento de las personas, la cantidad de limitaciones reportadas es mayor que el número de personas con discapacidad.

Porcentaje de población con discapacidad, por tipo de discapacidad 2014

Gráfica 3



Nota: El porcentaje es con respecto al total de población con discapacidad, una persona puede tener más de una discapacidad, por lo que la suma de los tipos de discapacidad supera el 100 por ciento.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

De acuerdo con los datos de la ENADID 2014, los tipos de discapacidad más frecuentes a nivel nacional son: caminar, subir o bajar usando sus piernas (64.1%) y ver, aunque use lentes (58.4 por ciento) y en el extremo opuesto se ubica la dificultad para hablar o comunicarse (18 por ciento).

Los tipos de discapacidad más frecuentes afectan principalmente a los adultos mayores y a los adultos, segmentos de la población donde se ubica el mayor número de personas con discapacidad. Para la población de 60 años y más, también se observan porcentajes altos de personas que reportaron dificultades para escuchar (46.9%), aprender, recordar o concentrarse (44.6%) y mover o usar sus brazos o manos (42.7 por ciento). Por su parte, entre la población



infantil (0 a 14 años), destaca el porcentaje de quienes tienen dificultades para hablar o comunicarse (45.6%) y para bañarse, vestirse o comer (37.4 por ciento). Finalmente, entre los jóvenes (15 a 29 años) con discapacidad, las dificultades para ver (44.6%) son las más frecuentes.

Porcentaje de población con discapacidad, por tipo de discapacidad según grupos de edad 2014

Cuadro 1

| Tipos de discapacidad | Grupos de edad | | | |
|---|----------------|--------------|--------------|---------------|
| | 0 a 14 años | 15 a 29 años | 30 a 59 años | 60 años y más |
| Caminar, subir o bajar usando sus piernas | 36.2 | 32.1 | 56.2 | 81.3 |
| Ver (aunque usen lentes) | 26.9 | 44.6 | 58.2 | 67.2 |
| Mover o usar sus brazos o manos | 14.1 | 18.2 | 28.5 | 42.7 |
| Aprender, recordar o concentrarse | 40.8 | 31.5 | 32.1 | 44.6 |
| Escuchar (aunque usen aparato auditivo) | 13.4 | 18.5 | 24.2 | 46.9 |
| Bañarse, vestirse o comer | 37.4 | 16.4 | 14.5 | 29.3 |
| Hablar o comunicarse | 45.6 | 28.5 | 13.4 | 14.0 |
| Problemas emocionales o mentales | 26.6 | 28.0 | 20.1 | 16.3 |

Nota: Una persona puede tener más de una discapacidad, por lo que la suma de los tipos de discapacidad para cada grupo de edad supera el 100 por ciento.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Causa de discapacidad

La discapacidad puede afectar a cualquier persona de muchas maneras durante su ciclo de vida, y las causas que la provocan también son diversas. Existen personas con discapacidad que la tienen desde el nacimiento y otras que la adquieren durante su vida, ya sea por accidente, enfermedad, proceso de envejecimiento o un hecho violento. Disponer de datos sobre el origen de la discapacidad es importante para la implementación de políticas públicas a favor de este sector de la población. Por cada 100 personas con discapacidad, 41 la adquieren por enfermedad, 33 por edad avanzada, 11 por nacimiento, nueve por accidente, cinco por otra causa y uno por violencia.

La enfermedad o la edad avanzada son las principales causas para todos los tipos de discapacidad considerados. Los problemas relacionados con el nacimiento ocupan el segundo lugar en las discapacidades del habla y comunicación (31.8%) y en los emocionales y mentales (18.1%); también llama la atención que 14.1% de las discapacidades relacionadas con mover las extremidades superiores se deben a accidente, y 16.2% en el caso de las extremidades inferiores.

Distribución porcentual de discapacidades, por tipo de discapacidad según causa de la discapacidad 2014

Cuadro 2

| Tipo de discapacidad | Total | Enfermedad | Edad avanzada | Nacimiento | Accidente | Violencia | Otra causa |
|---|--------------|-------------|---------------|-------------|------------|------------|------------|
| Estados Unidos Mexicanos | 100.0 | 41.3 | 33.1 | 10.7 | 8.8 | 0.6 | 5.5 |
| Caminar, subir o bajar usando sus piernas | 100.0 | 49.0 | 25.1 | 5.8 | 16.2 | 0.3 | 3.6 |
| Ver (aunque usen lentes) | 100.0 | 44.3 | 36.7 | 9.1 | 5.6 | 0.2 | 4.1 |
| Mover o usar sus brazos o manos | 100.0 | 47.8 | 29.1 | 6.1 | 14.1 | 0.4 | 2.5 |
| Aprender, recordar o concentrarse | 100.0 | 27.5 | 48.7 | 13.2 | 3.3 | 1.0 | 6.3 |
| Escuchar (aunque usen aparato auditivo) | 100.0 | 28.9 | 49.6 | 9.3 | 6.3 | 0.8 | 5.1 |
| Bañarse, vestirse o comer | 100.0 | 45.6 | 25.9 | 10.1 | 9.5 | 0.4 | 8.5 |
| Hablar o comunicarse | 100.0 | 34.6 | 19.9 | 31.8 | 3.6 | 0.6 | 9.5 |
| Problemas emocionales o mentales | 100.0 | 45.5 | 16.9 | 18.1 | 4.2 | 2.4 | 12.9 |

Nota: El porcentaje se calcula con respecto al total de discapacidades. A cada discapacidad le corresponde una causa.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.



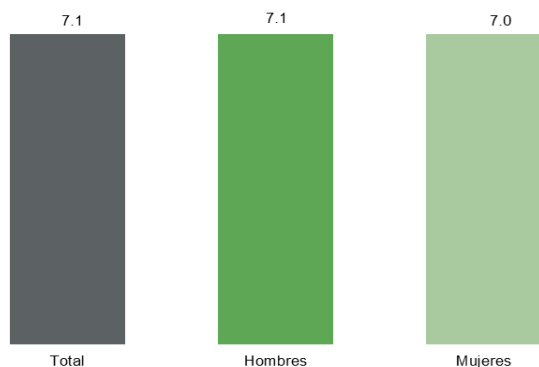
Lengua indígena

Tradicionalmente el hablar alguna lengua indígena se considera un factor de vulnerabilidad. De manera que la población con discapacidad, al poseer esta característica, puede verse doblemente vulnerable. Por ello, resulta importante conocer las dimensiones que alcanza el número de personas que comparten estas características.

En 2014, la prevalencia de la discapacidad entre la población de 3 años y más hablante de lengua indígena del país es de 7.1%, lo que la ubica por encima de la prevalencia observada entre el total de la población (6.0 por ciento). Por sexo, la prevalencia de la discapacidad entre los hablantes de lengua indígena es similar, 7.1% en los hombres y 7.0% en las mujeres, lo cual contrasta con la prevalencia a nivel nacional, donde la de las mujeres superan por medio punto porcentual a los varones.

Prevalencia de discapacidad en la población de 3 años y más hablante de lengua indígena 2014

Gráfica 4

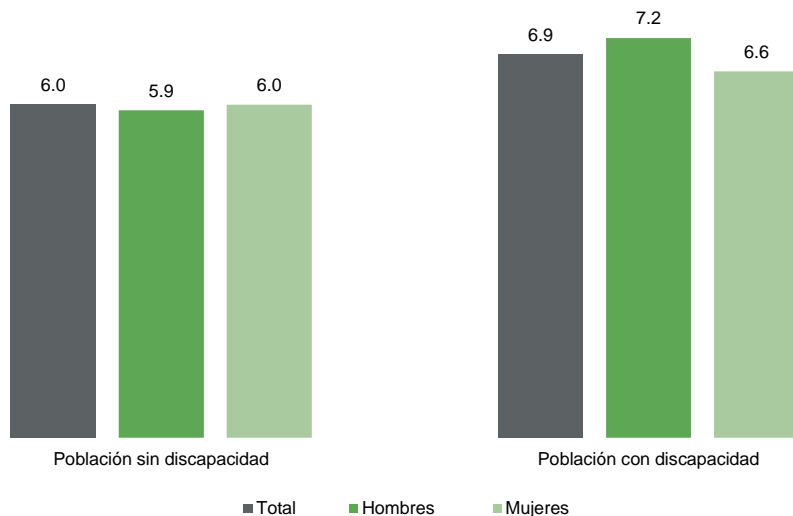


Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Entre la población con discapacidad que reside en el país, 6.9% son hablantes de lengua indígena. En el caso de las personas con discapacidad, que son hablantes de lengua indígena, los datos por sexo muestran una mayor proporción de varones (7.2%) que de mujeres (6.6 por ciento).

Porcentaje de población de 3 años y más hablante de lengua indígena, por condición de discapacidad y sexo 2014

Gráfica 5



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.



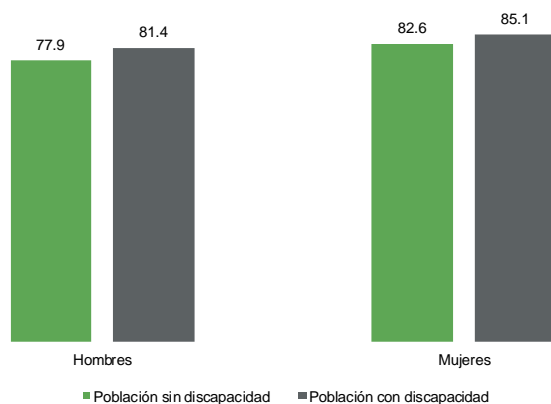
Salud

El acceso a la salud es uno de los derechos fundamentales y más importantes de la población en general; en el país tiene rango constitucional. Para la población con discapacidad es esencial contar con acceso a servicios de salud por los cuidados y el seguimiento que requieren de acuerdo al tipo de discapacidad que presentan. De ahí que el Artículo 25 de la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* señala que “los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud” (ONU, 2006: 20).

Para contribuir a hacer efectivo el derecho a la salud de este grupo poblacional es necesario indagar sobre la situación de derechohabencia o afiliación a servicios médicos y al uso de dichos servicios. La afiliación brinda una aproximación del grado de integración social, laboral y sanitaria de este grupo de población, ya que la condición de derechohabencia está ligada, en buena medida, al empleo formal y a un conjunto de prestaciones y servicios sociales; mientras que el uso de los servicios de salud refleja la confianza de los individuos en los servicios proporcionados por las distintas instituciones, así como factores relativos al acceso y los costos.

Los datos de la ENADID 2014 indican que 83.3% de la población con discapacidad es derechohabiente o está afiliada a servicios de salud, lo que revela una cobertura ligeramente superior a la observada entre la población sin discapacidad (80.3 por ciento). Por sexo, las mujeres derechohabientes con discapacidad (85.1%), supera a los varones por casi 4 puntos porcentuales.

Porcentaje de población derechohabiente, por condición de discapacidad y sexo 2014 Gráfica 6



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

La seguridad social supone una de las protecciones más importantes en materia de salud. En 2014, 52.7% de las personas con discapacidad derechohabientes están afiliadas a alguna institución de seguridad social; 50.5% cuentan con servicios de salud provenientes de programas sociales. Entre la población sin discapacidad, es ligeramente superior el porcentaje de personas afiliadas a los servicios de programas sociales que los inscritos a instituciones de seguridad social (51.4% frente a 50.4 por ciento). Pero la diferencia más notable entre ambos grupos poblacionales se presenta entre quienes tienen seguro médico privado; este mismo comportamiento se observa entre mujeres y hombres.



Porcentaje de población derechohabiente, por institución de derechohabencia según condición de discapacidad y sexo 2014

Cuadro 3

| Tipo de institución de derechohabencia | Población sin discapacidad | | | Población con discapacidad | | |
|--|----------------------------|---------|---------|----------------------------|---------|---------|
| | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres |
| Instituciones de seguridad social ¹ | 50.4 | 52.0 | 49.1 | 52.7 | 52.1 | 53.2 |
| Programas sociales ² | 51.4 | 49.5 | 53.1 | 50.5 | 50.6 | 50.4 |
| Instituciones públicas ³ | 0.6 | 0.5 | 0.6 | 0.9 | 0.9 | 0.9 |
| Instituciones privadas ⁴ | 3.1 | 3.3 | 2.8 | 1.4 | 1.3 | 1.4 |
| Otras instituciones | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.0 |

¹ Incluye al IMSS, ISSSTE o ISSSTE estatal y a Pemex, Defensa o Marina.

² Incluye al Seguro Popular o para una Nueva Generación y al IMSS oportunidades.

³ Incluye otros servicios de salud público (DIF, INI, estatales).

⁴ Incluye seguro privado.

Nota: La suma de los porcentajes por institución es mayor que 100% debido a que una persona puede estar afiliada a más de una institución.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Uso de servicios de salud

La información sobre el uso de servicios de salud permite conocer en qué instituciones recibe atención médica la población y brinda una aproximación de su percepción sobre la calidad de los servicios. En 2014, nueve de cada mil habitantes del país deciden no atenderse cuando tienen un problema de salud; entre la población con discapacidad, la relación es once de cada mil. Los hombres, con y sin discapacidad, son los que menos hacen uso de los servicios de salud (15 y 14 de cada mil, respectivamente), mientras que entre las mujeres no se atienden seis de cada mil de las que viven con discapacidad y cinco de cada mil de las que viven sin esa condición.

En cuanto a los usuarios de servicios de salud, 35.3% de las personas con discapacidad acude a los centros de salud u hospitales de la Secretaría de Salud, 32.5% se atiende en alguna institución de seguridad social, 14% en un centro de salud privado y resalta que 8.2% recurre a los consultorios de farmacias. Entre las personas sin discapacidad, son más los que se atienden en los centros de salud (36.4%), en centro de salud privados (17.2 por ciento) y en los consultorios de farmacias (11 por ciento). Los hombres, con y sin discapacidad, acuden más a los centros de salud privados que sus contrapartes femeninas.

Distribución porcentual de usuarios de servicios de salud, por institución a la que acuden según condición de discapacidad y sexo 2014

Cuadro 4

| Tipo de Institución de salud | Población sin discapacidad | | | Población con discapacidad | | |
|--|----------------------------|--------------|--------------|----------------------------|--------------|--------------|
| | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres |
| Total de instituciones | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Seguridad Social (IMSS o IMSS Oportunidades) | 27.2 | 27.4 | 27.0 | 32.5 | 32.0 | 32.9 |
| ISSSTE o ISSSTE Estatal | 5.3 | 4.8 | 5.7 | 6.2 | 5.7 | 6.7 |
| PEMEX, Defensa o Marina | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 1.0 | 0.9 |
| Centro de salud u hospital de SSA | 36.4 | 34.8 | 37.9 | 35.3 | 35.5 | 35.2 |
| Otro servicio de salud público | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 1.7 | 1.7 | 1.8 |
| Consultorio, clínica u hospital privado | 17.2 | 17.9 | 16.4 | 14.0 | 14.1 | 13.9 |
| Consultorio de una farmacia | 11.0 | 11.8 | 10.3 | 8.2 | 8.8 | 7.6 |
| Se automédica | 0.7 | 1.0 | 0.5 | 0.8 | 0.9 | 0.7 |
| Otro lugar | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.4 | 0.3 |

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.



Educación

El acceso a la educación se considera uno de los derechos fundamentales del ser humano y lo coloca en ventaja social respecto a aquellas personas que no lo tienen. Las personas con discapacidad forman parte de un grupo poblacional que enfrenta múltiples complicaciones para acceder y permanecer en el sistema educativo.

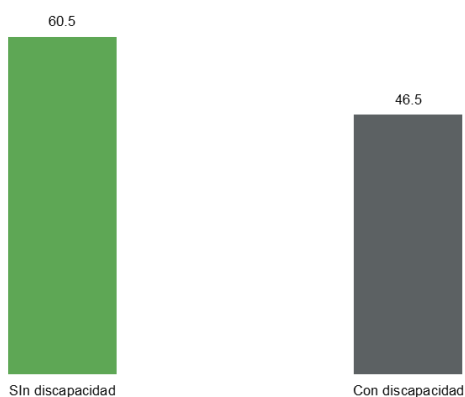
La *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, reconoce el derecho a la educación bajo tres importantes enfoques: no discriminación, igualdad de oportunidades y asegurar la educación inclusiva a todos los niveles. Menciona que “Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena en igualdad de condiciones en la educación...” (ONU, 2006: 31). Por ello resulta importante conocer datos como: asistencia escolar, asistencia por tipo de discapacidad, aptitud para leer y escribir, analfabetismo y nivel de escolaridad.

La asistencia escolar se mide a partir de los tres años y es un indicador sobre el nivel de inclusión de la población con discapacidad en la educación. La *Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad*, define a la educación inclusiva como aquella que propicia la integración de personas con discapacidad a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos (DOF, 2011).

Los resultados de la ENADID 2014, muestran que 46.5% de la población con discapacidad de 3 a 29 años de edad asiste a la escuela, porcentaje inferior al de la población sin discapacidad (60.5 por ciento). Esta situación evidencia la necesidad de construir escenarios educativos inclusivos, a fin de lograr la integración de la población con discapacidad a las escuelas, y herramientas de enseñanza para asegurar su permanencia.

Porcentaje de población de 3 a 29 años que asiste a la escuela, por condición de discapacidad 2014

Gráfica 7



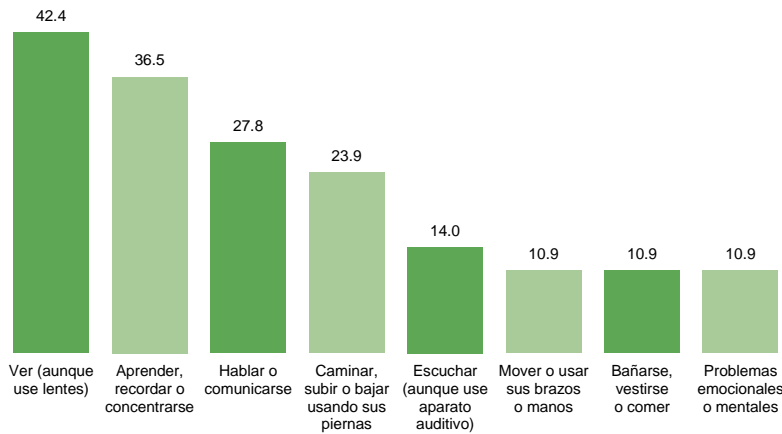
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

La asistencia escolar de la población con discapacidad puede estar condicionada a factores como el acceso, cercanía, programas y también por el tipo de discapacidad que se tenga. En 2014, 42.4% de la población con discapacidad para ver (aunque use lentes) asiste a la escuela; 36.5%, en el caso de aprender, recordar o concentrarse; 27.5% en las discapacidades para hablar y comunicarse y las personas que tienen discapacidad para mover o usar sus brazos y manos; bañarse, vestirse o comer y lo relacionado a problemas emocionales o mentales, presentan las mismas proporciones de asistencia a la escuela, 10.9% para cada uno.



Porcentaje de población con discapacidad de 3 a 29 años que asiste a la escuela por tipo de discapacidad 2014

Gráfica 8



Nota: El porcentaje es calculado con respecto al total de población con discapacidad de 3 a 29 años que asiste a la escuela

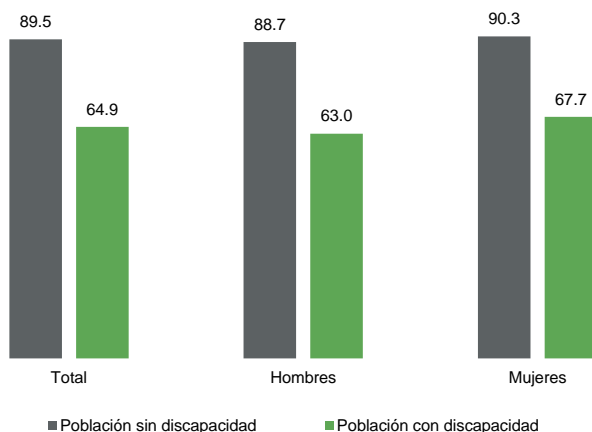
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

La aptitud para leer y escribir representa una de las habilidades básicas para cualquier individuo y a su vez, permite que este interactúe plenamente en cualquier ámbito. Sin embargo, cuando una persona no cuenta con estas habilidades y tiene discapacidad, se encuentra en una situación desfavorable. De acuerdo con la ENADID 2014, 65 de cada 100 personas con discapacidad de 6 a 14 años saben leer y escribir un recado, dato que es muy inferior al de la población sin discapacidad (89.5 por ciento).

Por sexo, tanto para la población femenina con y sin discapacidad, la proporción de mujeres que saben leer y escribir supera a la de los varones; pero, es mayor la brecha entre los varones (25.7 puntos porcentuales) que entre las mujeres (22.6 puntos porcentuales), siempre a favor de la población sin discapacidad.

Porcentaje de población de 6 a 14 años de edad que sabe leer y escribir un recado, por sexo y condición de discapacidad 2014

Gráfica 9



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Saber leer y escribir son capacidades básicas para la participación plena de los individuos. Sin embargo, las personas con discapacidad son un grupo poblacional que enfrenta barreras para



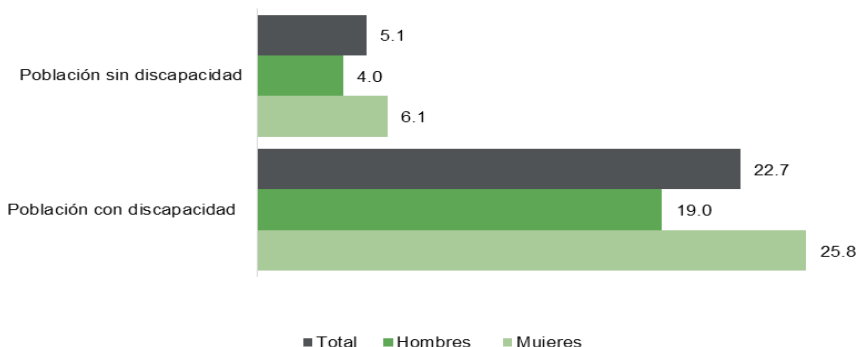
aprender a leer y escribir. A partir de los 15 años de edad, quien no posee estas habilidades se considera analfabeta.

De la población con discapacidad de 15 y más años en 2014, 22.7% es analfabeta, mientras que entre las personas sin discapacidad, 5.1% es analfabeta. Por sexo, se aprecia que los varones presentan una menor proporción de analfabetas que las mujeres, situación que se replica en los dos grupos poblacionales. Sin embargo, llama la atención el alto porcentaje de mujeres con discapacidad (25.8%) que no saben leer y escribir un recado.

En relación con el nivel de escolaridad, 23.1% de la población con discapacidad no tiene instrucción, cifra considerablemente más alta que la que se observa entre las personas sin discapacidad (4.8 por ciento). El nivel de escolaridad predominante de la población con discapacidad es el de primaria (44.7%) y le sigue secundaria (15.3 por ciento); para el caso del nivel superior el porcentaje de la población sin discapacidad triplica al de la población con discapacidad (5.7 por ciento).

Porcentaje de población de 15 años y más analfabeta, según condición de discapacidad y sexo 2014

Gráfica 10



Nota: Se excluye a la población que no especifico su edad.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Por sexo, la proporción de quienes no tienen algún nivel de escolaridad es mayor entre las mujeres con discapacidad (25.2%) a diferencia de lo que sucede entre los hombres en la misma condición (20.6 por ciento). En preescolar y primaria, las mujeres superan a los varones, y a partir de la secundaria se invierte el comportamiento; es decir, los hombres tienen mayor presencia que las mujeres.

Distribución porcentual de población de 15 años y más, por condición de discapacidad y sexo según nivel de escolaridad 2014

Cuadro 5

| Condición de discapacidad | Total | Nivel de escolaridad | | | | | |
|----------------------------|-------|----------------------|---------------------|----------|------------|-----------------------------|-----------------------|
| | | Ninguno | Preescolar o kinder | Primaria | Secundaria | Medio superior ¹ | Superior ² |
| Total | 100.0 | 6.1 | 0.1 | 26.2 | 27.4 | 23.6 | 16.6 |
| Población sin discapacidad | 100.0 | 4.8 | 0.0 | 24.7 | 28.4 | 24.6 | 17.5 |
| Población con discapacidad | 100.0 | 23.1 | 0.3 | 44.7 | 15.3 | 10.9 | 5.7 |
| Hombres | 100.0 | 5.1 | 0.1 | 25.3 | 28.3 | 23.5 | 17.7 |
| Población sin discapacidad | 100.0 | 3.9 | 0.1 | 23.9 | 29.1 | 24.5 | 18.5 |
| Población con discapacidad | 100.0 | 20.6 | 0.2 | 43.3 | 17.8 | 10.9 | 7.2 |
| Mujeres | 100.0 | 7.2 | 0.0 | 27.1 | 26.5 | 23.7 | 15.5 |
| Población sin discapacidad | 100.0 | 5.6 | 0.0 | 25.5 | 27.7 | 24.8 | 16.4 |
| Población con discapacidad | 100.0 | 25.2 | 0.3 | 45.9 | 13.3 | 10.8 | 4.4 |

¹ Incluye los estudios de preparatoria y bachillerato, carreras técnicas y comerciales con antecedente de secundaria y normal básica.

² Incluye los estudios de licenciatura, profesional, normal superior, técnico superior o tecnológico, maestría y doctorado.

Nota: No se incluyen los casos que no especificaron su nivel de escolaridad o su edad.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.



Trabajo

En el Artículo 27 de la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, se reconoce el derecho de las personas con esta condición a trabajar en igualdad de condiciones con las demás (ONU, 2006). Por su parte la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su *Estrategia y plan de acción para la inclusión de la discapacidad 2014-2017* propone un enfoque transversal para llevar a cabo esta estrategia y destaca lo siguiente:

“Si se desea cumplir plenamente la misión de la OIT de contribuir a la paz, la prosperidad y el progreso mediante la creación de oportunidades de empleo decente para todos los hombres y mujeres, es imprescindible incluir de manera efectiva y sistemática a mujeres y hombres con discapacidad. De los mil millones de personas con discapacidad en el mundo -es decir, un 15 por ciento de la población actual- al menos 785 millones están en edad de trabajar” (OIT, 2015: 1).

En el ámbito nacional, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 menciona que en México aún existe una brecha importante en el acceso a oportunidades de trabajo de las personas que viven con discapacidad, ya que el desempleo forma parte de las principales preocupaciones por atender.

Tasa de participación económica

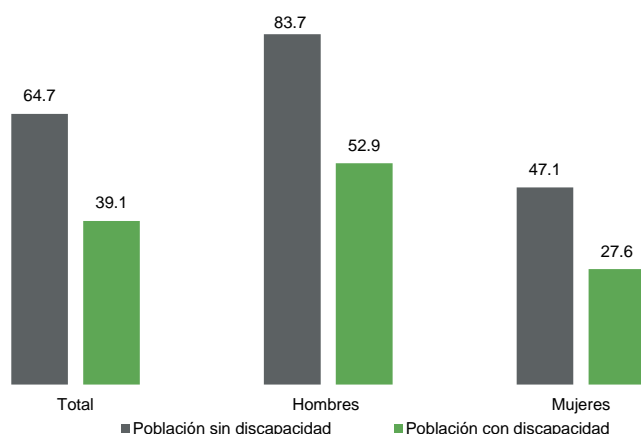
La tasa de participación económica representa a la población de 15 años y más que trabaja o que busca activamente insertarse en el mercado laboral. En 2014, para la población con discapacidad dicha tasa es del 39.1%, 25.6 puntos porcentuales por debajo de la población sin discapacidad.

Por sexo, como es tradicional tanto para la población con y sin discapacidad, las tasas de los varones superan a las de las mujeres; sin embargo, la brecha es menor entre las mujeres (19.5 puntos porcentuales) que entre los hombres (30.8 puntos porcentuales), siempre en favor de la población sin discapacidad.

Tasa de participación económica de población de 15 años y más, por sexo y condición de discapacidad 2014

Gráfica 11

(en porcentaje)



Nota: Se excluye a la población que no especifico su edad.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.



Población ocupada

Conocer de la población económicamente activa, (PEA) el monto de la que trabajó en la semana de referencia permite un mejor análisis de la población con discapacidad respecto a sus características económicas; 97.1% de la PEA de la población con discapacidad es población ocupada, cifra ligeramente superior a la población sin discapacidad.

Por sexo, tanto para la población con y sin discapacidad, las mujeres reportan proporciones más altas de ocupadas que los varones; las mujeres con discapacidad superan en 1.3 puntos porcentuales a su contraparte sin discapacidad. Por su parte, los varones con discapacidad que están ocupados representan 95.8% y los que no viven con esta condición, 96.3 por ciento.

Porcentaje de población de 15 años y más ocupada¹, por sexo y condición de discapacidad

Gráfica 12

2014



¹ Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia realizaron alguna actividad económica durante al menos una hora. Incluye a los ocupados que tenían trabajo, pero no lo desempeñaron temporalmente por alguna razón, sin que por ello perdieran el vínculo laboral con este; así como a quienes ayudaron en alguna actividad económica sin recibir un sueldo o salario.

Nota: Se excluye a la población que no especificó su edad.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

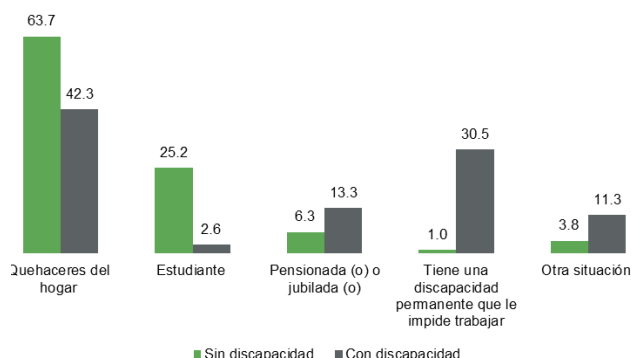
Población no económicamente activa

La población no económicamente activa es aquella que declaró no trabajar ni buscar empleo en la semana de referencia. De ésta es posible conocer su actividad pues los datos de la ENADID 2014 muestran que entre la población con discapacidad de 15 años y más, la actividad no económica predominante son los quehaceres del hogar (42.3%); le sigue quienes tienen una discapacidad permanente que les impide trabajar (30.5 por ciento). Llama la atención que solo 2.6% de esta población sea estudiante, porcentaje considerablemente bajo comparado con la población sin discapacidad que también es estudiante (25.2 por ciento).



Distribución porcentual de población de 15 años y más por condición de discapacidad según tipo de actividad no económica 2014

Gráfica 13



Nota: Se excluye a la población que no especificó su edad.

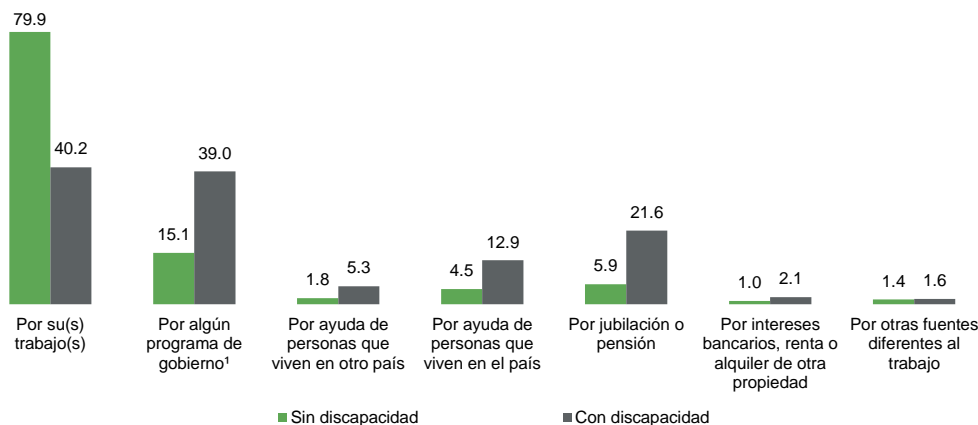
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Fuente de ingreso

Por las condiciones en las cuales viven las personas con discapacidad y por las barreras que enfrentan para acceder a ámbitos como la educación y el trabajo, es importante saber si reciben dinero y de dónde proviene. Del total de la población de 15 años y más con discapacidad, 32% no recibe dinero; de los que si reciben, las principales fuentes de ingreso son su(s) trabajo(s) (40.2%), los programas sociales del gobierno (39%), por jubilación o pensión (21.6%) y por ayuda de personas que viven en el país (12.9%). Cabe señalar que con estos tres últimos, las proporciones superan a las de la población sin discapacidad.

Porcentaje de población de 15 años y más que recibe ingresos por condición de discapacidad, según fuente de ingreso 2014

Gráfica 14



¹ Incluye: Oportunidades, PROCAMPO, apoyo a adultos mayores, ayuda a madres solteras, etcétera.

Nota: Se excluye a la población que no especificó su edad.

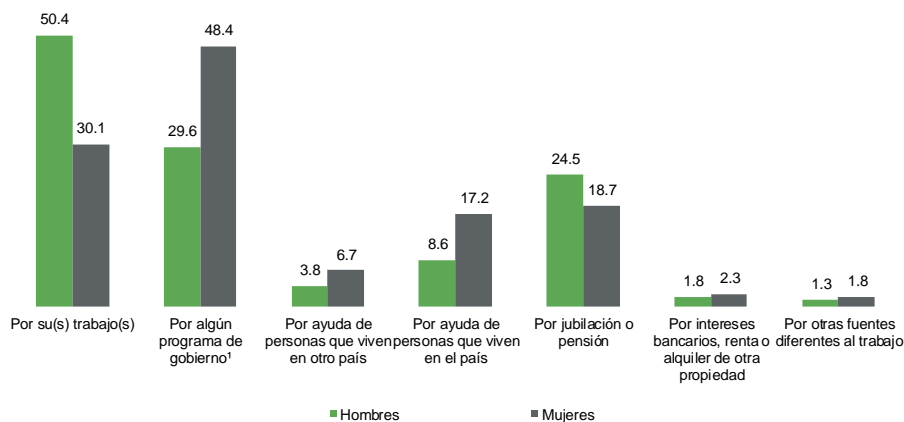
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Por sexo, la principal fuente de ingreso de los hombres con discapacidad es por su(s) trabajo(s) con 50.4%; para las mujeres con la misma condición, la fuente predominante son los ingresos por algún programa de gobierno, con 48.4 por ciento.



**Porcentaje de población con discapacidad de 15 años y más,
por sexo según fuente de ingreso
2014**

Gráfica 15



¹Oportunidades, PROCAMPO, apoyo a adultos mayores, ayuda a madres solteras, etcétera.

Nota: El porcentaje se calculó con base al total de personas de 15 años y más que reciben ingresos; no se incluyó a la población que no especificó su edad; una persona puede tener más de una fuente de ingreso.

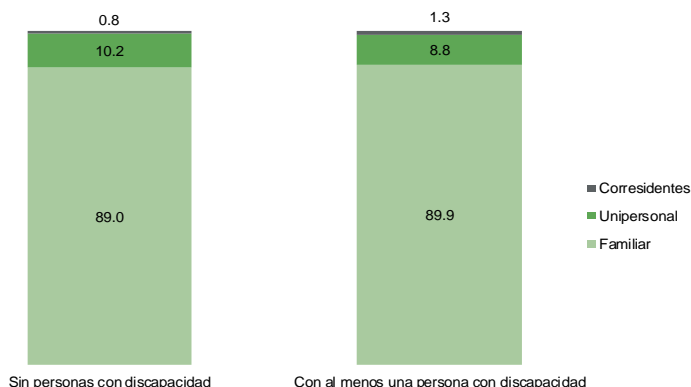
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Hogares

El término hogar hace referencia a un conjunto de personas que residen habitualmente en una misma vivienda y se sostienen de un gasto común (ENADID, 2014). Los hogares pueden ser de diversas clases. Analizar el tipo de hogar donde vive la población con discapacidad resulta de interés por las redes de apoyo y facilitadores que proporcionan para la inclusión de este grupo de población. Del total de hogares, 18% tiene al menos una persona con discapacidad, de los cuales 89.9% son familiares, 8.8 % son unipersonales y 1.3% corresidentes. Se aprecia que los hogares predominantes son los familiares, situación que podría ser un facilitador, debido a que la interacción familiar es única en términos de los patrones de comunicación, alianzas, límites y afectos lo que genera un grado de intensidad, compromiso y responsabilidad mucho mayor frente a las personas con discapacidad de acuerdo con sus necesidades (Pagano, 2010). Pero llama la atención que en nueve de cada 100 hogares, la persona con discapacidad vive sola.

**Distribución porcentual de hogares, por clase de hogar según condición de discapacidad
2014**

Gráfica 16



¹ Incluye los hogares; nucleares, compuestos, ampliados y familiar no especificado.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.



Conclusión

Los datos presentados permiten delinear un panorama de la situación en la cual vive la población con discapacidad en México, comparados con los que no tienen discapacidad. Es importante tomar en cuenta que se derivan necesidades diversas por las condiciones de vida en las cuales se encuentran, el tipo de discapacidad que presentan y el grado de la misma. Sin embargo, a nivel nacional, existen leyes como la *Ley de Inclusión de las personas con discapacidad*, estrategias y programas que incluyen en sus líneas de acción, crear o reforzar mecanismos que beneficien a las personas con discapacidad bajo un enfoque de derechos humanos e igualdad de oportunidades. A nivel internacional, la *Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad* promueve y garantiza que las personas que viven con esta condición participen plenamente en cualquier ámbito. De manera que en la medida que aumenta el interés por estudiar, medir y conocer cómo se encuentra esta población respecto a la salud, educación y trabajo, se contribuye a la difusión de la nueva conceptualización de *discapacidad* que se establece a nivel mundial.

Referencias bibliográficas

- Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2011). *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*, Gobierno de la República, Secretaría de Desarrollo Social. México, 30 de mayo de 2011.
- (2014, 30 de abril). *Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018*. Séptima Sección-Extraordinaria. Recuperado el 19 de mayo de 2014 de: http://conadis.gob.mx/doc/noticias/20140502_programaNacionalDesarrolloInclusionPCD.pdf
- Gobierno de la República. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México. Gobierno de la República. Recuperado el 11 de junio de 2013 de: <http://pnd.gob.mx/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2014). *Marco conceptual de la entrevistadora de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*. México, Aguascalientes: INEGI.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2015). *Estrategia y plan de acción para la inclusión de la discapacidad 2014-2015*. Ginebra. Recuperado el 16 de noviembre del 2015 de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/genericdocument/wcms_370773.pdf
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (Asamblea General, 76ª sesión plenaria, Resolución A/Res/61/106). Nueva York: ONU.
- (s/f). *Día Internacional de las Personas con Discapacidad. 3 de diciembre*. Recuperado el 11 de noviembre de 2015 de: <http://www.un.org/es/events/disabilitiesday/>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación 2014-2019*. Washington, D.C., EUA. 53 Consejo Directivo, 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Recuperado el 29 de julio de 2015 de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26732&Itemid=270&lang=es
- Pagano, Luz María. (2010). "Las personas con discapacidad y sus familias bajo el prisma de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", en: *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A.C.* Recuperado el 18 de noviembre del 2015 de: <file:///C:/Users/neribell.valerio/Downloads/Las%20personas%20con%20discapacidad%20y%20sus%20familias%20bajo%20el%20prisma%20de%20la%20Convenci%C3%B3n%20sobre%20los%20Derechos%20de%20I.pdf>



Tapia Granados, José A. (1995). "Medidas de prevalencia y relación incidencia-prevalencia", en: *Med Clin (Barc)*, núm. 105, pp. 216-218. Organización Panamericana de la Salud. (OPS/OMS). Programa de Publicaciones, Washington. EE. UU. Recuperado el 11 de noviembre de 2015 de: <http://admin.salud.sanluis.gov.ar/saludweb/Contenido/Pagina284/File/Tapia%20-%20Medidas%20de%20prevalencia.pdf>

Washington Group on Disability Statistics [WG]. (2010). *The Measurement of Disability. Recommendations for the 2010 Round of Censuses*. Recuperado el 20 de agosto del 2015 de: http://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/recommendations_for_disability_measuremen8t.pdf

* * * * *



**“ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DE...
LA SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA
(DEL 1 AL 7 DE AGOSTO)”
DATOS NACIONALES**

*Semana Mundial de la
Lactancia Materna*



1 al 7 de agosto

- En México, de enero de 2009 a septiembre de 2014, del total de hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 49 años, 91.4% recibieron leche materna.
- A nivel nacional, 40.5% de los recién nacidos son alimentados con leche materna durante su primera hora de vida.
- En el país, la duración media de la lactancia materna es de 8.8 meses. Oaxaca es la entidad con la mayor duración media, con 12.6 meses.
- De los infantes con lactancia materna, solo a 11% se les da de forma exclusiva (sin ningún otro líquido o alimento) por un periodo de seis meses.
- Entre las mujeres que no dieron leche materna, las principales razones de no lactancia son: “nunca tuvo leche” (33.4%), “el (la) niño(a) la rechazó” (25.9%) y “estaba enferma” (14.2 por ciento).

En agosto de 1990, diversos países se reunieron en la Cumbre “La lactancia materna en el decenio de 1990, una iniciativa global”, celebrada en Florencia, Italia. Como resultado de esta, el 1° de agosto de 1990 se firmó la *Declaración de Innocenti, sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna*, en la cual se le reconoce como un proceso único que contribuye a la nutrición y sano desarrollo en la infancia y que además impacta positivamente en la salud de las mujeres; asimismo, se reconoció la evidencia científica que recomienda su consumo de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y se insta a los países firmantes a alcanzar la meta global de la práctica de la lactancia, creando consciencia y generando apoyo para las mujeres a través de la “cultura de la lactancia materna”. Para garantizar y monitorear esta meta, se solicitó la implementación de políticas nacionales y el desarrollo de indicadores para su medición (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], s. f.; Gobierno del Estado de Veracruz, 2014).

En respuesta a la *Declaración Innocenti*, en 1991 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ponen en marcha el proyecto “Hospitales Amigos del Niño”, que implica la acreditación de los centros de salud que cuenten con un marco de práctica para la promoción y enseñanza de la lactancia materna. Actualmente, más de 152 países se han sumado a esta iniciativa y se ha demostrado su eficacia para aumentar las tasas de lactancia (Willumsen, 2013). En México, hasta antes de la entrada en vigor de la *Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018*, 7.93% de 1 097 hospitales públicos que brindan atención obstétrica forman parte de esta iniciativa; cabe señalar que dentro de esta estrategia y atendiendo los principios del lenguaje incluyente, en el país la iniciativa fue renombrada como “Hospitales Amigos del Niño y la Niña”, y busca extenderse en al menos 180 unidades del primer nivel de atención, de forma tal que existan



“Unidades Amigas del Niño y la Niña”, lo que implica la capacitación de al menos 80% del personal médico y paramédico del Sistema Nacional de Salud, junto con la creación de una Red Nacional de Bancos de Leche Humana (Gobierno de la República, 2016).

Con la finalidad de impulsar la “cultura de la lactancia materna” y en conmemoración de la *Declaración de Innocenti*, cada año, del 1 al 7 de agosto se celebra la *Semana Mundial de la Lactancia Materna*, con la que se busca fomentar esta práctica y mejorar la salud de los bebés. En 2016 el lema de esta celebración es “Lactancia materna, clave para el desarrollo sostenible”, en concordancia con los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) que buscan la erradicación de la pobreza, la protección del medio ambiente y el aseguramiento de la prosperidad de todos los habitantes del planeta. Así, la lactancia materna resulta una práctica fundamental para el bienestar desde el inicio de la vida, garantiza la seguridad de nutrición y alimentación, de salud y supervivencia necesarios para el desarrollo sustentable, además de ofrecer beneficios sociales y medio ambientales al no afectar el presupuesto familiar por la compra de fórmulas y no generar residuos, principalmente envases (Naciones Unidas [UN], s. f.; World Alliance for Breastfeeding Action [WABA], 2016).

Con la finalidad de promover la “cultura de la lactancia materna”, y en conmemoración de la *Semana Mundial de la Lactancia Materna*, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía presenta un panorama general de esta práctica entre las mujeres mexicanas de 15 a 49 años que en el periodo de enero de 2009 a septiembre de 2014 tuvieron un hijo nacido vivo.

QUÉ ES Y CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es una práctica en la cual la madre alimenta a su bebé y le aporta los nutrientes, vitaminas y minerales necesarios para su desarrollo inmediato y posterior. Se ha demostrado que la leche materna contiene anticuerpos que protegen frente a enfermedades como la diarrea y la neumonía, que son de las principales causas de morbilidad en la infancia; entre sus beneficios a largo plazo, destaca que quienes fueron amamantados sufren menos sobrepeso y obesidad y son menos propensos a padecer diabetes tipo 2; además, quienes fueron amamantados de 7 a 9 meses en promedio, tienen un coeficiente de inteligencia 6 puntos mayor al de quienes fueron amamantados por menos de un mes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014).

También permite y refuerza el apego y lazos entre las madres y sus hijos, porque están involucradas respuestas hormonales que se activan con el contacto piel a piel e incluso por los aromas de ambos; el apego tiene efectos positivos para la vida al impactar en ámbitos como la estimulación, la conducta, el habla, la sensación de bienestar y seguridad, que se traduce a futuro en una mejor interrelación con otras personas.

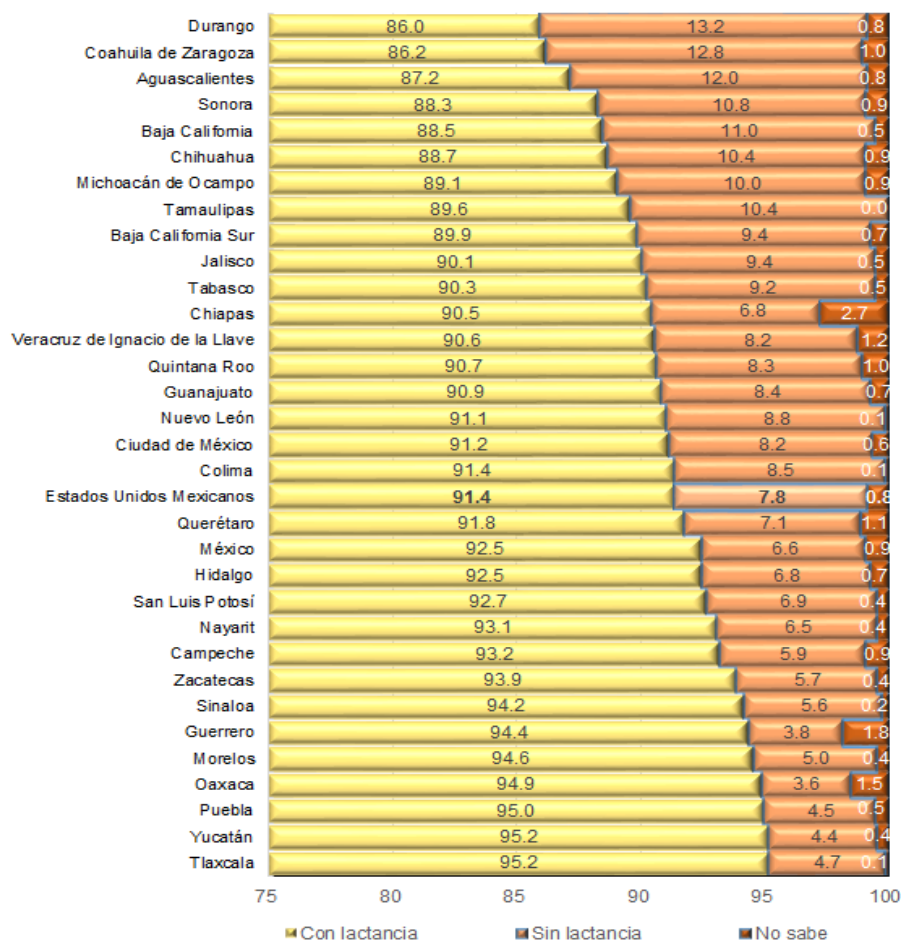
Lactar tiene beneficios en la salud de las mujeres; por ejemplo, un inicio temprano de la lactancia ayuda a la involución uterina, es decir, a que el útero regrese a su tamaño previo al embarazo lo que favorece la prevención de hemorragias en el periodo posparto; quienes amamantan regresan más rápido a su peso anterior al embarazo; se ha observado una correlación que permite decir que la lactancia es un factor protector del cáncer de seno y ovario. Además, es un método anticonceptivo natural denominado “MELA” (Método de Amenorrea de Lactancia), que refiere a la ausencia de menstruación, aunque su efectividad depende de que la mujer lacte de forma exclusiva; generalmente este método ofrece protección durante los primeros seis meses posteriores al parto, a menos que la mujer comience a menstruar (Ministerio de Salud, Perú s. f.).



En México, con datos de la ENADID 2014 se observa que del total de 9 070 065 hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 49 años en el periodo enero de 2009 a septiembre de 2014¹, 91.4% recibieron leche materna contra 7.8% que no la consumieron; para 0.8% de los niños, la mujer respondió *no sabe*, por lo que no se pudo determinar la condición de lactancia materna en esos casos. De manera general, a 9 de cada 10 niños se les dio leche materna en 23 entidades.

Tlaxcala, Yucatán (ambas entidades con 95.2%) y Puebla (95%), son los estados donde se observan los porcentajes más altos de hijos nacidos vivos con lactancia materna. En contraste, Durango (86%), Coahuila (86.2%) y Aguascalientes (87.2%) son los estados con menores porcentajes; Chiapas es la entidad con el mayor porcentaje de respuesta *no sabe*, con 2.7 por ciento.

Distribución porcentual de hijos nacidos vivos en el periodo por entidad federativa, según condición de lactancia materna 2014



Nota: Se consideran las últimas hijas o hijos nacidos vivos cuyo nacimiento ocurrió de enero de 2009 a septiembre de 2014. Por hija o hijo nacido vivo se considera a las hijas o hijos sobrevivientes y actualmente fallecidos.
Fuente: INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*. Tabulados básicos.

En un análisis por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre, se observa que los hijos nacidos vivos de las mujeres del grupo de 45 a 49 años de edad son los que presentan los porcentajes más bajos de lactancia materna con 78%, seguidos de los hijos

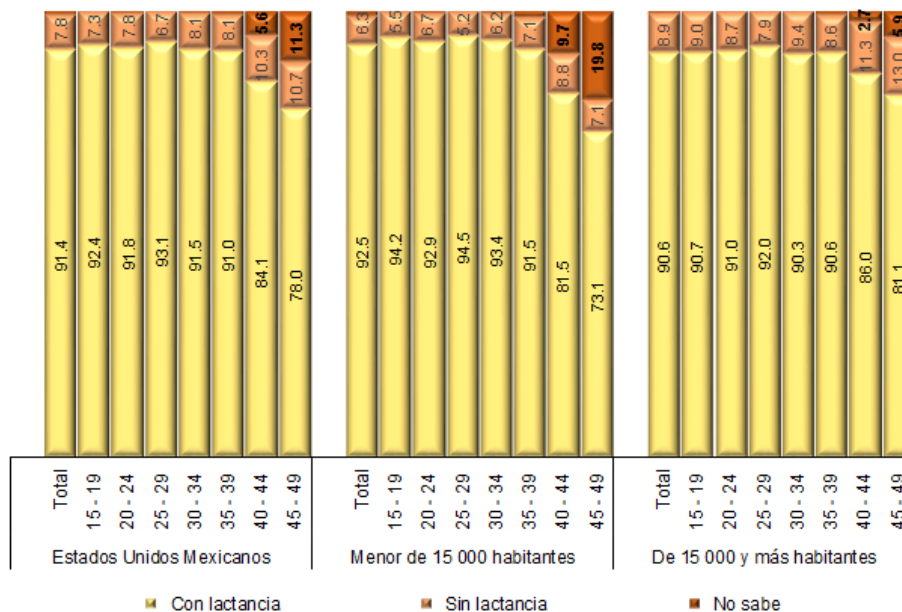
¹ Cabe señalar que el dato de los hijos nacidos vivos es equiparable al número de mujeres debido a que la información dada por la mujer es en relación a su último hijo nacido vivo, por lo que en caso de un parto gemelar, por ejemplo, refiere al último bebé en nacer, mientras que si tuvo más de dos hijos nacidos vivos en el periodo de referencia, únicamente se capta la información del más reciente.



nacidos vivos de las madres del grupo de edad de 40 a 44 años, donde a 84.1% se les dio leche materna; esta tendencia se mantiene por tamaño de localidad, siendo los hijos nacidos vivos de las mujeres de 45 a 49 años de edad que viven en localidades con menos de 15 000 habitantes, los que presentan el porcentaje más bajo de lactancia materna (73.1 por ciento). Además se destaca que dentro de este mismo grupo, se observa el porcentaje más alto de respuestas *no sabe* (19.8 por ciento), respecto a la condición de lactancia materna.

Tanto a nivel nacional como por tamaño de localidad, los hijos nacidos vivos de las mujeres del grupo de 25 a 29 años son quienes reportan los porcentajes más altos de lactancia materna: 93.1% a nivel nacional, 94.5% en las localidades con menos de 15 000 habitantes y 92% en las de 15 000 y más habitantes.

Distribución porcentual de hijos nacidos vivos en el periodo por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre, según condición de lactancia materna
2014



Nota: Se consideran las últimas hijas o hijos nacidos vivos cuyo nacimiento ocurrió de enero de 2009 a septiembre de 2014.
Por hija o hijo nacido vivo se considera a las hijas o hijos sobrevivientes y actualmente fallecidos.
Fuente: INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*. Tabulados básicos.

Es importante señalar que previo a la leche materna, el cuerpo de la mujer genera *calostro*, que es la primera leche y se caracteriza por ser más clara, menos espesa y poco abundante, pero muy rica en nutrientes. Entre más se promueva su ingesta por parte del bebé, e incluso por el mero acto de succión, se favorece el establecimiento de la lactancia y la transición del calostro a la leche materna (Gobierno del Estado de Veracruz, 2014), la cual tiene más contenido graso y alto nivel calórico, lo que ayuda en el crecimiento del bebé.

La OMS define como una lactancia exitosa aquella que además de ser exclusiva en los primeros seis meses, inicia en la primera hora de vida del recién nacido, es “a demanda”, esto significa, que se da conforme el bebé la solicita, sea de día o de noche, y que en la medida de lo posible se ofrece directamente del pecho. A nivel mundial, únicamente 38% de los bebés son alimentados de forma exclusiva con leche materna y se espera que para 2025, se llegue a 50 por ciento (World Health Organization [WHO], s. f.).

Respecto al inicio de la lactancia materna, con datos de la ENADID 2014 se observa que a nivel nacional, 10.7% de los bebés al nacer y 29.8% a la hora de nacidos, son alimentados con leche materna, por lo que en 40.5% se establece la práctica de la lactancia materna en el



tiempo adecuado señalado por organismos internacionales y por instancias nacionales que es en la primera hora de vida.

Hijos nacidos vivos en el periodo con lactancia materna por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre, y su distribución porcentual según edad al inicio de la lactancia
2014

| Tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre | Hijos nacidos vivos en el periodo con lactancia materna | Edad de inicio de la lactancia | | | | | | No sabe |
|--|---|--------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|------------|
| | | Al nacer | En la primera hora de nacido | 2 a 23 horas de nacido | Un día de nacido | Dos a tres días de nacido | Más de 3 días de nacido | |
| Estados Unidos Mexicanos | 8 290 134 | 10.7 | 29.8 | 41.9 | 7.8 | 6.4 | 2.4 | 1.0 |
| 15 a 19 años | 622 233 | 11.3 | 34.7 | 37.7 | 6.7 | 5.6 | 3.1 | 0.9 |
| 20 a 24 años | 1 972 255 | 10.4 | 32.3 | 40.4 | 8.1 | 5.6 | 2.3 | 0.9 |
| 25 a 29 años | 2 200 659 | 11.0 | 30.4 | 41.9 | 8.0 | 5.8 | 2.0 | 0.9 |
| 30 a 34 años | 1 757 349 | 11.1 | 28.3 | 42.5 | 7.9 | 6.7 | 2.3 | 1.2 |
| 35 a 39 años | 1 203 354 | 10.9 | 27.1 | 43.7 | 7.2 | 7.2 | 2.9 | 1.0 |
| 40 a 44 años | 457 967 | 8.7 | 24.3 | 46.5 | 8.0 | 9.3 | 2.6 | 0.6 |
| 45 a 49 años | 76 317 | 7.7 | 24.2 | 43.8 | 8.4 | 11.7 | 3.1 | 1.1 |
| Menor de 15 000 habitantes | 3 564 096 | 11.5 | 36.4 | 37.4 | 6.5 | 5.4 | 2.0 | 0.8 |
| 15 a 19 años | 305 220 | 12.6 | 42.1 | 31.4 | 4.8 | 6.3 | 1.9 | 0.9 |
| 20 a 24 años | 875 468 | 10.7 | 36.7 | 37.8 | 6.8 | 4.7 | 2.4 | 0.9 |
| 25 a 29 años | 978 743 | 12.3 | 35.9 | 37.3 | 7.1 | 5.0 | 1.5 | 0.9 |
| 30 a 34 años | 717 343 | 11.8 | 36.5 | 36.9 | 6.2 | 5.5 | 2.3 | 0.8 |
| 35 a 39 años | 476 304 | 11.7 | 34.6 | 39.3 | 6.0 | 6.0 | 2.0 | 0.4 |
| 40 a 44 años | 183 017 | 8.3 | 32.5 | 42.2 | 6.7 | 7.7 | 2.0 | 0.6 |
| 45 a 49 años | 28 001 | 9.7 | 38.2 | 38.1 | 7.9 | 6.1 | 0.0 | 0.0 |
| De 15 000 y más habitantes | 4 726 038 | 10.1 | 24.9 | 45.3 | 8.8 | 7.1 | 2.7 | 1.1 |
| 15 a 19 años | 317 013 | 10.1 | 27.6 | 43.7 | 8.5 | 4.9 | 4.3 | 0.9 |
| 20 a 24 años | 1 096 787 | 10.2 | 28.8 | 42.4 | 9.2 | 6.2 | 2.3 | 0.9 |
| 25 a 29 años | 1 221 916 | 10.0 | 26.0 | 45.5 | 8.8 | 6.3 | 2.5 | 0.9 |
| 30 a 34 años | 1 040 006 | 10.7 | 22.5 | 46.4 | 9.0 | 7.6 | 2.3 | 1.5 |
| 35 a 39 años | 727 050 | 10.3 | 22.3 | 46.6 | 8.0 | 8.0 | 3.5 | 1.3 |
| 40 a 44 años | 274 950 | 8.9 | 18.9 | 49.4 | 8.9 | 10.3 | 3.1 | 0.5 |
| 45 a 49 años | 48 316 | 6.6 | 16.1 | 47.1 | 8.6 | 14.9 | 5.0 | 1.7 |

Nota: Se consideran las últimas hijas o hijos nacidos vivos cuyo nacimiento ocurrió de enero de 2009 a septiembre de 2014.

Por hija o hijo nacido vivo se considera a las hijas o hijos sobrevivientes y actualmente fallecidos.

Fuente: INEGI (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tabulados básicos.

Además, 41.9% de los hijos nacidos vivos son alimentados por primera vez con leche materna entre las 2 y las 23 horas de haber nacido; si bien no hay certeza, es probable que previo a esta primera toma, se les haya dado alguna fórmula o sucedáneo. A partir de *un día de nacido*, el porcentaje de inicio de la lactancia comienza a decrecer, para llegar a 2.4% en *más de tres días de nacido*.

Por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre, se observa que la recomendación mencionada encuentra mayor cumplimiento en los hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años de localidades con menos de 15 000 habitantes (54.7%), mientras que el porcentaje más bajo (22.7%), se encuentra entre los hijos nacidos vivos de mujeres de 45 a 49 años de localidades de 15 000 y más habitantes.

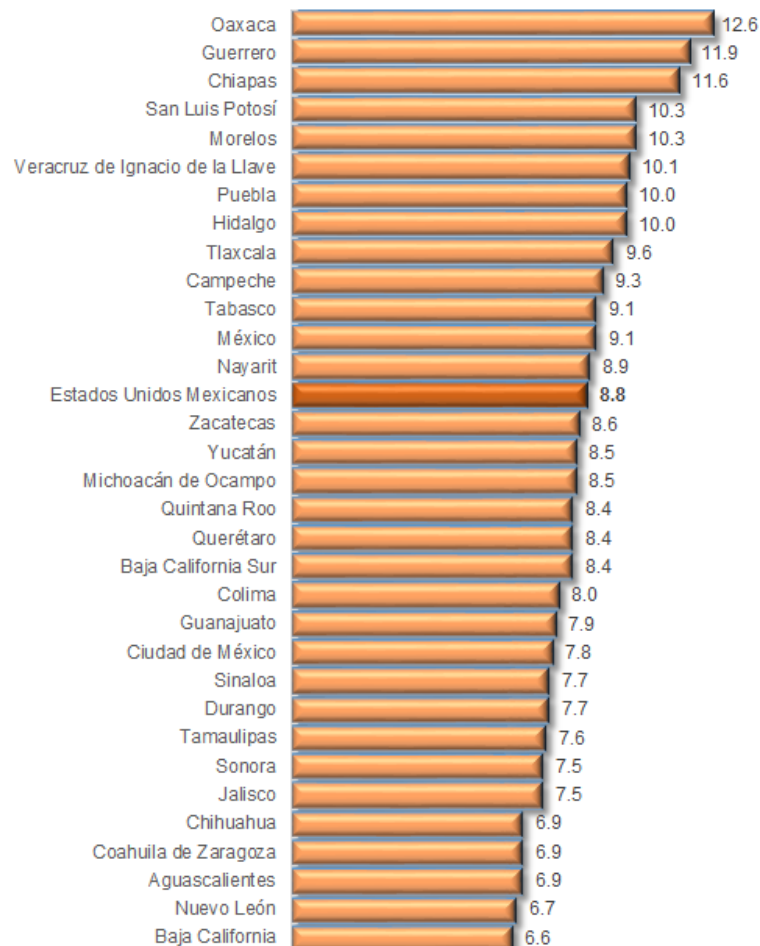
Es importante precisar que los beneficios de la leche materna pueden obtenerse aunque no sea la madre quien lacte al recién nacido. Se puede recurrir a nodrizas, bancos de leche materna, o bien, las mujeres que no están con sus bebés durante gran parte del día pueden extraerse la leche y guardarla bajo ciertas condiciones de refrigeración o congelamiento en recipientes esterilizados. Las técnicas de refrigeración y congelamiento permiten que no se pierdan los nutrientes y disminuyen el riesgo de contaminación bacteriana (Medela, s. f.).

Si bien se ha señalado que la lactancia exclusiva contempla hasta los seis meses de vida de los infantes, puede extenderse incluso más allá de los dos años de edad, de forma complementaria con otros alimentos. En el país, la duración media de la lactancia materna (sin distinguir entre lactancia exclusiva o complementaria) es de 8.8 meses. Este dato revela que a diferencia de la sugerencia de continuar la lactancia más allá del año o dos años de edad en



combinación con la introducción de nuevos alimentos después de los primeros seis meses de vida, esta no llega al año en el país, salvo excepciones, como es el estado de Oaxaca, donde la duración media de la lactancia materna es de 12.6 meses.

Duración media de la lactancia materna¹ por entidad federativa
(meses)
2014



Nota: Se consideran las últimas hijas o hijos nacidos vivos cuyo nacimiento ocurrió de enero de 2009 a septiembre de 2014. Por hija o hijo nacido vivo se considera a las hijas o hijos sobrevivientes y actualmente fallecidos.

¹ Para el cálculo del promedio, las hijas o hijos nacidos vivos de quienes reportaron duración de la lactancia materna en días, se consideró como menos de un mes. Excluye a las hijas o hijos nacidos vivos de los que no se especificó el periodo y tiempo de duración de la lactancia, con menos de un día de lactancia y quienes aún están lactando.

Fuente: INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*. Tabulados básicos.

Por otra parte, en las localidades con menos de 15 000 habitantes la duración de la lactancia materna supera a la de las localidades de 15 000 o más habitantes, 10.2 contra 7.8 meses.

De los 9 070 065 hijos nacidos vivos que forman parte del presente análisis, 8 290 134 tienen lactancia materna, y de éstos, únicamente 915 340 tienen lactancia materna exclusiva, es decir, solo 11% de a quienes se les da leche materna es por un periodo de seis meses y sin ningún otro alimento (inclusive agua) en la dieta.

A nivel nacional, son los hijos nacidos vivos de las mujeres pertenecientes a localidades con menos de 15 000 habitantes quienes más se benefician de la lactancia materna exclusiva. Por grupo de edad de la madre y tamaño de localidad, son los bebés de las mujeres de 45 a 49



años de localidades de 15 000 y más habitantes quienes presentan el porcentaje más alto de lactancia materna exclusiva (61.3%), sin embargo, en números absolutos, es el grupo más pequeño entre los hijos nacidos vivos con lactancia materna exclusiva, con 5 207 infantes.

Hijos nacidos vivos en el periodo con lactancia materna exclusiva y su distribución porcentual por grupo quinquenal de edad de la madre según tamaño de localidad

2014

| Grupos quinquenales de edad de la madre | Hijos nacidos vivos en el periodo con lactancia materna exclusiva ¹ | Tamaño de localidad | |
|---|--|----------------------------|----------------------------|
| | | Menor de 15 000 habitantes | De 15 000 y más habitantes |
| Estados Unidos Mexicanos | 915 340 | 52.7 | 47.3 |
| 15 a 19 años | 85 602 | 57.2 | 42.8 |
| 20 a 24 años | 217 278 | 57.5 | 42.5 |
| 25 a 29 años | 251 342 | 55.3 | 44.7 |
| 30 a 34 años | 188 989 | 48.9 | 51.1 |
| 35 a 39 años | 130 409 | 42.8 | 57.2 |
| 40 a 44 años | 36 513 | 52.7 | 47.3 |
| 45 a 49 años | 5 207 | 38.7 | 61.3 |

Nota: Se consideran las últimas hijas o hijos nacidos vivos cuyo nacimiento ocurrió de enero de 2009 a septiembre de 2014.

Por hija o hijo nacido vivo se considera a las hijas o hijos sobrevivientes y actualmente fallecidos.

Por lactancia materna exclusiva se entiende que a la hija o hijo nacido vivo se le alimenta únicamente con leche materna durante un periodo mínimo de 6 meses.

¹ Se considera a las hijas o hijos nacidos vivos de quienes se reporta tiempo de inicio de otros alimentos.

Fuente: INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*. Tabulados básicos.

Para complementar el panorama de la lactancia materna, se hace necesario analizar la contraparte, es decir, la no lactancia, así como las diversas razones que están detrás de esta circunstancia.

BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA

Aunque se trata de una experiencia natural, diversos factores inciden en que muchas mujeres decidan no amamantar o interrumpen la lactancia exclusiva antes de los 6 meses, incorporando agua o incluso alimentos semisólidos a la dieta de los infantes. Existen problemas de salud en la madre que pueden dificultar esta práctica: complicaciones posteriores al parto como las infecciones, neumonía o retención placentaria; obesidad; o bien, uso de drogas, abuso de alcohol o ciertos medicamentos que en definitiva pueden impedir la lactancia para evitar que esas sustancias sean ingeridas por el bebé. Entre las condiciones del recién nacido, que de igual forma representan obstáculos, se encuentran los defectos orofaciales (labio leporino y paladar hundido, mandíbula pequeña o micrognatia, lengua anclada o frenillo corto también conocido como anquiloglosia), problemas neurológicos y patologías graves que tengan al infante en cuidados intensivos (Grupo de Lactancia Materna del Complejo Hospitalario Universitario Granada y Atención Primaria, 2015; Morales Rodríguez, 2013).

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, se han destacado otras razones como barreras que impiden una experiencia de lactancia materna exitosa, entre las que destacan la falta de información y asesoramiento ante complicaciones en la lactancia o mala técnica al dar el pecho; la falta de apoyo social, para que las madres amamenten en lugares públicos; la falta de espacios adecuados en oficinas para que las madres puedan extraerse la leche y la conserven, e inclusive prácticas culturales de alimentación (OPS, 2016).

Otro obstáculo ha sido el uso indiscriminado de leches maternizadas o fórmulas para lactantes (sucedáneos de leche materna). En primera instancia, se recomiendan únicamente en casos



especiales: cuando el recién nacido es intolerante a la lactosa o sea alérgico a la proteína de la leche, padezca reflujo, debido al fallecimiento o separación de la madre o porque ella sufra alguna enfermedad grave o esté siendo medicada y no exista la posibilidad de acceder a bancos de leche o una nodriza. Sin embargo, los sucedáneos no contienen los mismos nutrientes que la leche materna.

Debido a que en muchas regiones del mundo se observó un descenso de las tasas de lactancia materna, en 1981, en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud se aprobó el *Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna* que estipula regulaciones para disminuir su comercialización y consumo, solicitando que no se regalen muestras gratuitas, que los sistemas nacionales de salud no las promuevan, además de solicitar la inclusión de leyendas en sus envases que destaquen la relevancia de la lactancia materna y sus beneficios sobre este tipo de alimentos (Enlace Hispano Americano de Salud [EHAS], 2010; UNICEF, 2006).

La ENADID 2014 pregunta a las mujeres con hijos nacidos vivos sin condición de lactancia materna (7.8% del total de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en el periodo), las razones por las cuales decidieron no darla, siendo las tres principales: “nunca tuvo leche” con 33.4%, seguido de “el (la) niño(a) la rechazó” (25.9%) y “estaba enferma” (14.2 por ciento). También destaca que en casi 5% de las mujeres, el médico fue quien le recomendó dar fórmula y que 1% señala que “No quiso amamantarlo”.

**Distribución porcentual de motivos de no lactancia
2014**



Nota: Se consideran las últimas hijas o hijos nacidos vivos cuyo nacimiento ocurrió de enero de 2009 a septiembre de 2014. Por hija o hijo nacido vivo se considera a las hijas o hijos sobrevivientes y actualmente fallecidos.

Fuente: INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*.
Tabulados básicos.

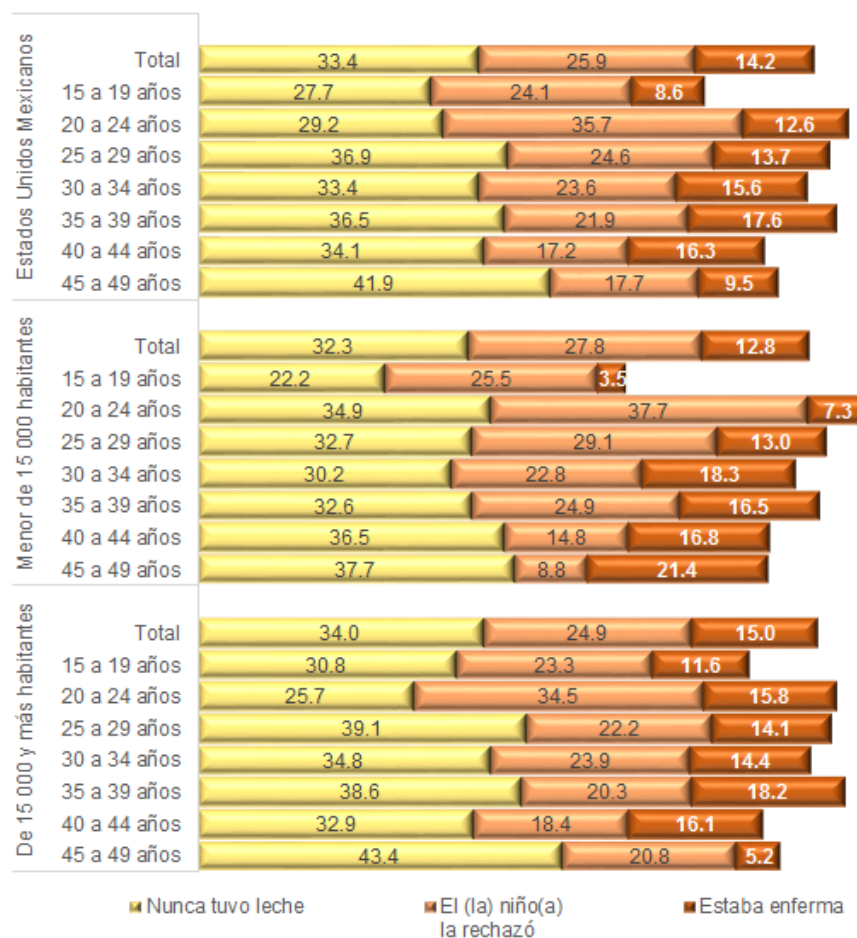
Muchas mujeres pueden interpretar que no tienen leche al principio, cuando tienen calostro o presentan lactogénesis retardada sin saberlo; la producción de leche materna se incrementa conforme aumenta la demanda. Por otra parte, las dificultades en la succión por una mala postura o algún problema orofacial puede ser interpretado por la madre como un rechazo a la leche o al pecho. Si bien la recomendación de dar fórmula por parte de los médicos no es de las más mencionadas, sigue siendo necesaria la promoción de la práctica de la lactancia materna por parte de los prestadores de servicios de salud, con énfasis en su ingesta exclusiva durante los primeros 6 meses.



Considerando únicamente las tres principales causas de no lactancia, 4 de cada 10 mujeres de 45 a 49 años señalan como motivo “nunca tuvo leche”, misma proporción de mujeres que en el grupo de 20 a 24 años mencionó el rechazo del bebé a este alimento; para la causa “estaba enferma”, el porcentaje más alto (17.6%) lo presentan las mujeres de 35 a 39 años.

Por tamaño de localidad se observa que “nunca tuvo leche” y “estaba enferma” reportan porcentajes altos entre las mujeres de localidades de 15 000 y más habitantes (34 y 15% respectivamente), mientras que “el(la) niño(a) la rechazó”, fue superior entre las mujeres de localidades con menos de 15 000 habitantes (27.8 contra 24.9 por ciento).

Distribución porcentual de hijos nacidos vivos en el periodo sin lactancia materna por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre, según principales motivos de no lactancia
2014



Nota: Se consideran las últimas hijas o hijos nacidos vivos cuyo nacimiento ocurrió de enero de 2009 a septiembre de 2014. Por hija o hijo nacido vivo se considera a las hijas o hijos sobrevivientes y actualmente fallecidos.
Fuente: INEGI (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tabulados básicos.

CONSIDERACIONES FINALES

La leche materna es un alimento que sigue sorprendiendo a los investigadores. En abril del presente año, se descubrió que la cantidad de factores bioactivos en la leche (anticuerpos, proteínas que estimulan el sistema inmune, proteínas antimicrobianas, etc.), varían durante el periodo de lactancia, siendo mayor su presencia al inicio, durante el primer mes de vida del bebé y pasando este tiempo, cuando el organismo del infante comienza a hacerse cargo de



su protección inmunológica, el número de dichos factores en la leche materna cae 90 por ciento. Además, este alimento contiene más de 200 diferentes tipos de cadenas cortas de carbohidratos (azúcares), que al principio el organismo no puede digerir pero cuya función al parecer es alimentar a los microorganismos que deben poblar el intestino del bebé (microbioma), y que son fundamentales para el metabolismo y la salud general del lactante (Deutsche Presse-Agentur [DPA], 2016, Mediavilla, 2016).

Con la finalidad de impulsar la “cultura de la lactancia materna”, como lo señala la *Declaración de Innocenti, sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna*, resulta fundamental el soporte de esta práctica en diferentes niveles. Ejemplo de lo anterior lo constituye la iniciativa “10 pasos para una lactancia exitosa” de la OMS que insta a que en los sistemas de salud nacionales, específicamente en los hospitales con atención obstétrica, se lleven a cabo una serie de medidas de promoción de la lactancia entre el personal de salud que incida en que las mujeres realicen esta práctica de la mejor forma posible, en beneficio de ellas y sus bebés (OMS, OPS y UNICEF, 2008). Asimismo, en los últimos años, también se han incrementado en los países grupos de apoyo conocidos como “ligas de la leche”, en los cuales las mujeres comparten sus experiencias y consejos, contando adicionalmente con asesoría profesional (pediatras, obstetras, psicólogos, etc.), con la finalidad de incentivar la lactancia materna.

Finalmente, es importante resaltar que la lactancia va íntimamente ligada al desarrollo, tanto a nivel individual como social, de forma tal que contar con más niñas y niños que a futuro presenten mejores condiciones de salud, permitirá impulsar el crecimiento económico y social de los países, lo que se circunscribe a las metas de los Objetivos de Desarrollo Sustentable.

REFERENCIAS

Deutsche Presse-Agentur [DPA]. (2016, 20 de abril). Expertos suizos descubren más propiedades de la leche materna. *Periódico La Jornada* [en línea]. Recuperado el 20 de abril de 2016, de: <http://www.jornada.unam.mx/2016/04/20/ciencias/a02n1cie>

Enlace Hispano Americano de Salud [EHAS]. (2010). *Curso de Lactancia Materna. II Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y el papel de los Organismos Internacionales, Nacionales y la Comunidad*. Recuperado el 14 de marzo de 2016, de: <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/lactancia%20materna/Clase%202%20-%2010.htm>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (s. f.). *Innocenti Declaration on the Protection and Support of Breastfeeding*. Recuperado el 10 de marzo de 2016, de: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

----- (2006). *1-7 de agosto: Semana Mundial de la Lactancia Materna*. Recuperado el 14 de marzo de 2016, de: http://www.unicef.org/lac/flash/DW/lactancia_materna.htm

Gobierno del Estado de Veracruz. (2014). *Semana Mundial de la Lactancia Materna*. Recuperado el 10 de marzo de 2016, de: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2014/08/SemanaLactanciaMaterna.pdf>

Gobierno de la República (2016). *Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018*. México: Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Salud.

Grupo de Lactancia Materna del Complejo Hospitalario Universitario Granada y Atención Primaria. (2015). *Guía de Lactancia Materna*. Granada, España: Complejo Hospitalario Universitario Granada y distrito Granada Metropolitano. Recuperado el 4 de abril de 2016, de: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf



Medela. (s. f.). *Conservación y descongelamiento de la leche materna*. Recuperado el 16 de marzo de 2016, de: <http://www.medela.com/ES/es/breastfeeding/good-to-know/storing-and-thawing-breastmilk.html>

Mediavilla, D. (2016, 20 de abril). Por qué la leche materna no se puede sustituir por nada. *El País* [en línea]. Recuperado el 20 de abril de 2016, de: http://elpais.com/elpais/2016/04/20/ciencia/1461107830_407893.html

Ministerio de Salud, Perú. (s. f.). *Planificación Familiar. Derecho de todas y todos*. Recuperado el 11 de marzo de 2016, de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/metodos.asp>

Morales Rodríguez, A. A. (2013). Obesidad: enfermedad de alto riesgo en la vida reproductiva de la mujer. *Gaceta Médica Espirituana*, 15(3), 312-322. Recuperado el 11 de abril de 2016, de: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v15n3/gme11313.pdf>

Naciones Unidas. (s. f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 15 de marzo de 2016, de: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *10 datos sobre la lactancia materna*. Recuperado el 10 de marzo de 2016, de: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

-----, Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2008). *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado el 15 de abril de 2016, de: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s1_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). *La lactancia materna en el siglo XXI*. Recuperado el 02 de agosto de 2016, de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=34257&lang=es

----- (2014). *Semana Mundial de la Lactancia Materna – 1 al 7 de agosto*. Recuperado el 14 de marzo de 2016, de: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=545:semana-mundial-lactancia-materna-1-7-agosto-&Itemid=227

Willumsen, J. (2013). *Puesta en práctica de la iniciativa <<Hospitales amigos del niño>>. Fundamentos biológicos, comportamentales y contextuales*. Recuperado el 14 de abril de 2016, de: http://www.who.int/elena/bbc/implementation_bfhi/es/

World Alliance for Breastfeeding Action [WABA]. (2016). *Semana Mundial de la Lactancia Materna. La lactancia materna: una clave para el desarrollo sostenible*. Recuperado el 15 de marzo de 2016, de: <http://worldbreastfeedingweek.org/>

World Health Organization [WHO]. (s. f.). *Breastfeeding. The goal*. Recuperado el 11 de marzo de 2016, de: http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/infographic_breastfeeding.pdf?ua=1

