

Próxima publicación: 27 de febrero

INDICADORES DE BIENESTAR AUTORREPORTADO DE LA POBLACIÓN URBANA CIFRAS AL MES DE JULIO DE 2019

La medición del bienestar subjetivo se enmarca en un creciente consenso a nivel internacional sobre la necesidad de dar seguimiento al progreso social a través de la perspectiva de las personas acerca de sus experiencias de vida, y no solo a través de la disponibilidad de bienes y servicios. Esto implica llevar las mediciones del bienestar “más allá del PIB” para centrarnos en reportes sobre la calidad de vida, que permitan evaluar en qué medida la población disfruta de su vida, si está satisfecha con ella y con algunos de sus principales aspectos, si tiene sentido de propósito y si reporta experiencias gratas y significativas. Se trata de un esfuerzo por reconocer que los destinatarios finales del progreso son las personas y que por eso es necesario poner atención no solamente al acceso a bienes y servicios materiales, sino también a cómo experimentan sus circunstancias, pues en ello influyen en paralelo aspectos de calidad de vida no cuantificables en unidades monetarias.

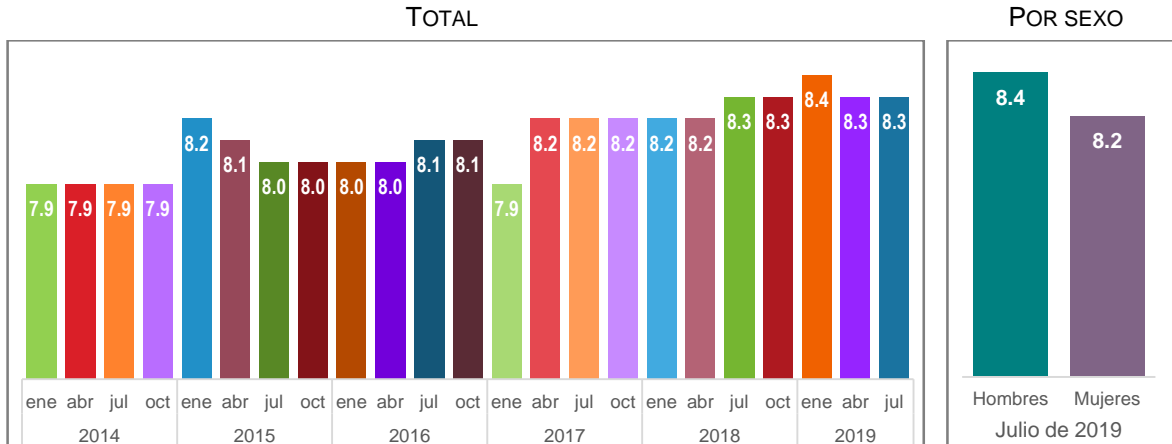
Para la medición del bienestar subjetivo, el INEGI ha implementado instrumentos de captación de información conocidos como módulos de Bienestar Autorreportado (BIARE) por medio de los cuales se solicita, a personas de 18 y más años de edad, que consideren un conjunto de aspectos relacionados con sus experiencias de vida y les otorguen una calificación. El diseño conceptual de BIARE sigue los lineamientos emitidos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), de la que México es miembro. En esta ocasión, se presenta información actualizada del módulo “BIARE básico” a julio de 2019, mismo que acompaña, durante el primer mes de cada trimestre, al levantamiento de la Encuesta Nacional sobre Confianza del Consumidor (ENCO), con una muestra de 2 336 viviendas distribuidas en 32 ciudades (una por entidad federativa). BIARE básico brinda, por tanto, seguimiento continuo a información representativa de la población urbana adulta del país.

Los resultados¹ de este proyecto a julio de 2019, muestran que, en una escala de 0 a 10, el promedio de satisfacción con la vida, reportado por la población adulta urbana, se situó en 8.3, valor igual al de julio de 2018.

¹ Los resultados se redondearon a un decimal.

SATISFACCIÓN CON LA VIDA A NIVEL NACIONAL Y POR SEXO, A JULIO DE 2019

(PROMEDIO EN ESCALA DE 0 A 10)



Atendiendo a los ámbitos o dominios específicos de satisfacción, una constante ha sido que, se valoran más los aspectos relacionados con la esfera privada de las personas y, menos, los que conciernen a ámbitos más amplios o públicos. Es así que, a lo largo de la serie, las *relaciones personales* son el ámbito mejor valorado, en esta ocasión con una calificación promedio de 8.7. En contraste, aspectos que tienen que ver con la esfera pública, como *el país* y *la seguridad ciudadana*, continúan siendo los ámbitos peor valorados, con promedios de 6.8 y 5.3, respectivamente; adicionalmente la satisfacción con la seguridad ciudadana acusa un descenso, de hecho, es el único dominio que así lo hace respecto a un año atrás.

SATISFACCIÓN CON DOMINIOS ESPECÍFICOS, DURANTE JULIO

(PROMEDIOS EN ESCALA DE 0 A 10)

Dominios	Jul-18	Jul-19
Vida en general	8.3	8.3
Relaciones personales	8.7	8.7
Actividad u ocupación	8.5	8.6
Vivienda	8.4	8.4
Estado de salud	8.4	8.4
Logros en la vida	8.4	8.4
Perspectivas a futuro	8.3	8.3
Nivel de vida	8.1	8.1
Vecindario	7.9	7.9
Tiempo libre	7.6	7.8
Ciudad	7.2	7.3
País	6.8	6.8
Seguridad ciudadana	5.4	5.3

El balance anímico de la población urbana de 18 y más años, en una escala que va desde -10 hasta +10, indica un predominio de los estados anímicos positivos sobre los negativos, dando como resultado un promedio de balance anímico general de 6.3 en julio de 2019.

El INEGI da a conocer los resultados del BIARE Básico dos veces por año. En esta ocasión se presentan los que corresponden a julio de 2019.

Se anexa Nota Técnica

Para consultas de medios y periodistas, contactar a: comunicacionsocial@inegi.org.mx
o llamar al teléfono (55) 52-78-10-00, exts. 1134, 1260 y 1241.

Dirección de Atención a Medios / Dirección General Adjunta de Comunicación





NOTA TÉCNICA

INDICADORES DE BIENESTAR AUTORREPORTADO DE LA POBLACIÓN URBANA CIFRAS AL MES DE JULIO DE 2019

- El INEGI da a conocer los resultados del módulo de Bienestar Autorreportado (BIARE) con información al mes de julio de 2019.
- El objetivo de los módulos BIARE consiste en captar aquellos aspectos relacionados con el bienestar subjetivo a los que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) recomienda dar seguimiento por parte de las oficinas nacionales de estadística. El Módulo BIARE Básico, acompaña a la Encuesta Nacional sobre Confianza del Consumidor (ENCO) y ofrece información representativa de la población adulta concentrada en 32 ciudades del país.
- Durante el séptimo mes de este año, en una escala de 0 a 10, el promedio de satisfacción con la vida, reportado por la población adulta urbana, se situó en 8.3, al igual que en el mismo mes de 2018.
- Entre los hombres, el promedio en julio de 2019 se ubicó en 8.4, mientras que entre las mujeres fue de 8.2.
- Visto por ámbitos de satisfacción, las relaciones personales mostraron el mayor promedio (8.7), mientras que dominios de la esfera pública como la satisfacción con el país (6.8) y seguridad ciudadana (5.3) presentaron los menores promedios; estos dos últimos son dominios tradicionalmente de baja valoración.
- Del total de la población adulta urbana, 2.2% calificó entre 0 y 4 su satisfacción con la vida, y 8.1% la evaluó con 5 o 6; 42.4% otorgó una calificación de 7 u 8, en tanto que 47.3% señaló un nivel de satisfacción con valores de 9 o 10.
- En una escala de -10 a +10, el balance de estados de ánimo positivos y negativos de la población en julio de este año fue de 6.3, una décima por debajo del registrado en el mismo mes de 2018 (6.4).



El bienestar subjetivo se observa a partir del reporte que hacen las personas respecto de su propio bienestar en relación con tres aspectos: 1) satisfacción con la vida en general y ámbitos específicos de la misma, denominados dominios de satisfacción; 2) fortaleza de ánimo y sentido de vida (Eudemonía), con base en el grado de acuerdo mostrado con ciertos enunciados; y 3) balance anímico, que explora la prevalencia de estados anímicos positivos o negativos en un momento de referencia. Para ello, el INEGI ha implementado instrumentos de captación conocidos como módulos de Bienestar Autorreportado (BIARE), donde se solicita a personas de 18 y más años, que consideren distintos reactivos relacionados con los tres aspectos anteriores y les otorguen una calificación.

El propósito del BIARE básico, o módulo BIARE incorporado a la ENCO, es complementar la información económica de coyuntura, con información generada desde otra perspectiva sobre el desarrollo y el progreso de las sociedades y que considera relevante las valoraciones de los individuos acerca de su propia situación en relación con elementos inmateriales o intangibles que también inciden en su calidad de vida. Ejemplo de ello son los bienes relacionales (familia y afectos), los logros personales, la percepción sobre el entorno, así como otros bienes no proporcionados por el mercado. Además de ser un tema de interés en disciplinas como la economía, la psicología o la sociología, es información relevante para formadores de opinión y, en general, para quienes requieren dar seguimiento a los aspectos relacionados con la calidad de vida de la sociedad mexicana del siglo XXI, a partir de valoraciones otorgadas por la población, y recolectadas con base en estándares que promueven tanto organismos internacionales, como un creciente contingente de investigadores y analistas alrededor del mundo.

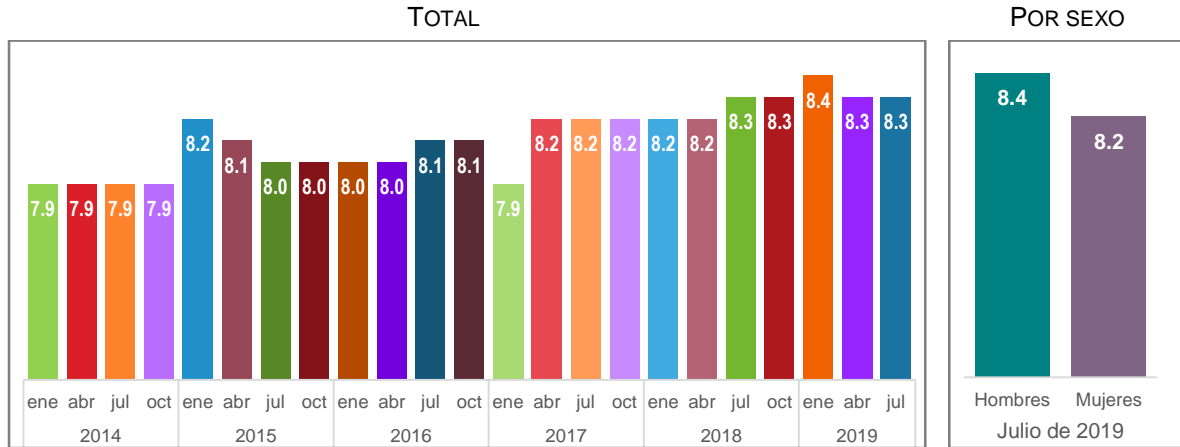
1. Satisfacción con la vida

El primer aspecto a valorar del bienestar subjetivo es la satisfacción con la vida en general. Se solicita a la persona entrevistada que establezca una calificación en una escala de 0 a 10, donde 0 sería total insatisfacción y 10 total satisfacción.

Para julio de 2019, el promedio de satisfacción con la vida en general reporta una calificación de 8.3, ubicándose en el mismo nivel respecto a julio de 2018 y una décima por encima del registrado en igual mes de 2017 (gráfica 1). En cuanto a las diferencias según el sexo de los informantes, en promedio, los hombres alcanzaron un nivel de satisfacción mayor que el de las mujeres: 8.4 frente a 8.2 (gráfica 1).

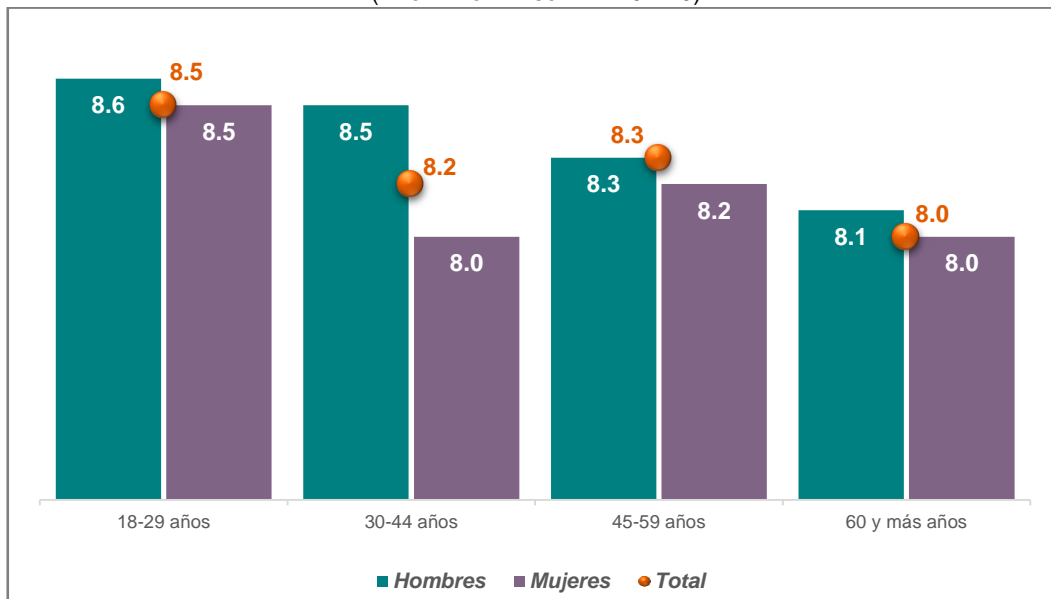


Gráfica 1
SATISFACCIÓN CON LA VIDA A NIVEL NACIONAL Y POR SEXO, A JULIO DE 2019
 (PROMEDIO EN ESCALA DE 0 A 10)



En julio del presente año, los jóvenes de 18 a 29 años son quienes declararon mayor satisfacción con la vida, al promediar 8.5; el promedio disminuyó, registrando 8.2 para el grupo de 30 a 44 años de edad, 8.3 en la población de 45 a 59, y 8 en el grupo de 60 y más años. Cabe señalar que, en todos los grupos de edad, la satisfacción con la vida es menor para las mujeres que para los hombres. La mayor diferencia se da en el grupo de 30 a 44 años.

Gráfica 2
SATISFACCIÓN CON LA VIDA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, DURANTE JULIO DE 2019
 (PROMEDIO EN ESCALA DE 0 A 10)





a. Dominios de satisfacción

En referencia a los aspectos específicos o dominios de satisfacción, los tres ámbitos con valoración más baja en julio de este año son la satisfacción con la *seguridad ciudadana*, *el país* y *la ciudad*, orden que persiste si se observan los resultados del año anterior (julio de 2018).

La *seguridad ciudadana* muestra el menor nivel de valoración por parte de la población, con un promedio de 5.3 en julio de 2019; mientras que, en el mismo mes del año anterior, registró una calificación de 5.4. Por su parte, la satisfacción con *el país* se ubica en 6.8, dominio que reportó el mismo nivel en julio de 2018. En lo que se refiere a la satisfacción con *la ciudad*, el promedio fue de 7.3 en julio pasado, aumentando una décima respecto al año anterior.

Tomando en cuenta la valoración de satisfacción con todos y cada uno de los dominios, entre los meses de julio de 2018 y 2019, crecieron los rubros de *tiempo libre*, *actividad u ocupación*, y *ciudad*; mientras que la valoración con la *seguridad ciudadana* disminuyó una décima (cuadro 1).

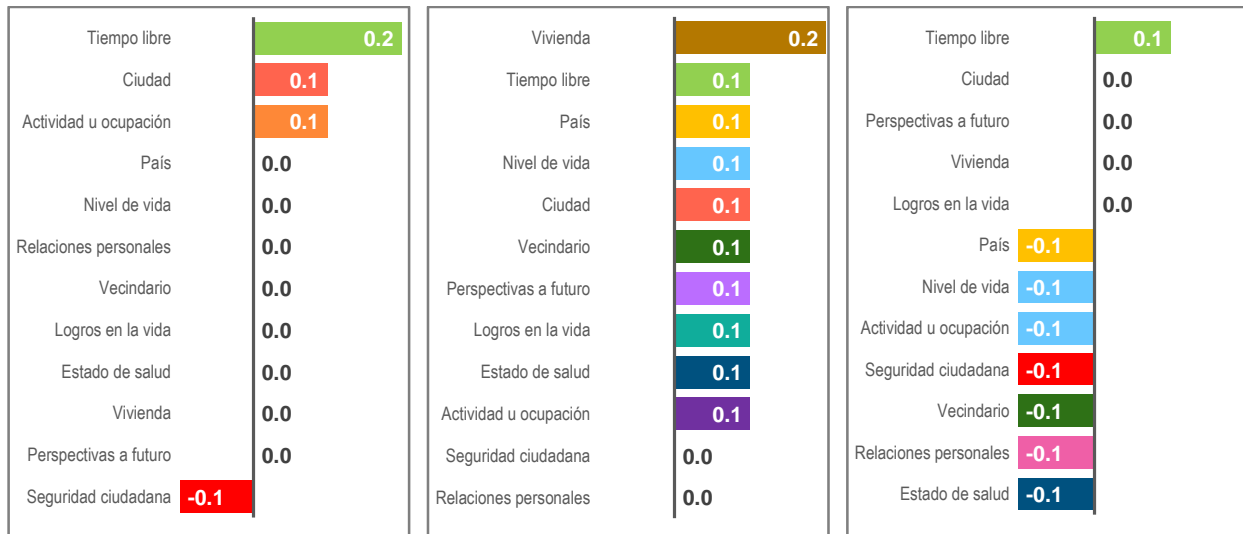
Cuadro 1
SATISFACCIÓN POR DOMINIOS ESPECÍFICOS, DURANTE JULIO
 (PROMEDIO EN ESCALA DE 0 A 10)

Dominios	Jul-18	Jul-19
Vida en general	8.3	8.3
Relaciones personales	8.7	8.7
Actividad u ocupación	8.5	8.6
Vivienda	8.4	8.4
Estado de salud	8.4	8.4
Logros en la vida	8.4	8.4
Perspectivas a futuro	8.3	8.3
Nivel de vida	8.1	8.1
Vecindario	7.9	7.9
Tiempo libre	7.6	7.8
Ciudad	7.2	7.3
País	6.8	6.8
Seguridad ciudadana	5.4	5.3

Al observar la diferencia en el promedio reportado en julio de 2019 menos el promedio en julio de 2018, pero ahora en hombres y mujeres por separado; la mejora más importante en la valoración se dio en *tiempo libre* (0.2) por parte de los hombres, en general la calificación que otorgan a los distintos dominios es más alta en julio de 2019, salvo dos, que se mantienen con el mismo nivel de julio de 2018: *seguridad ciudadana* y *relaciones personales*. En el caso de las mujeres, entre 2018 y 2019 reducen su calificación en *país*, *nivel de vida*, *actividad u ocupación*, *seguridad ciudadana*, *vecindario*, *relaciones personales*, y *estado de salud* (gráfica 3).



Gráfica 3
SATISFACCIÓN POR DOMINIOS ESPECÍFICOS, SEGÚN SEXO
 (DIFERENCIA ANUAL DEL PROMEDIO EN JULIO DE 2019 MENOS PROMEDIO EN JULIO DE 2018)



Nota: Para el cálculo de las diferencias se tomaron en cuenta cifras redondeadas a un decimal, por ello es posible que en algunos dominios el promedio de las diferencias de hombres y mujeres no coincida con el total.

Comparando los cambios de julio de 2018 a julio de 2019 entre los distintos grupos de edad, la mayor diferencia positiva, fue en *tiempo libre, ciudad, país, y seguridad ciudadana* para el grupo de 60 y más años; mientras que los rubros *ciudad y país* para el grupo de 30 a 44 años son los que acusan un mayor descenso en valoración en 2019 respecto a 2018 (-0.3).

Cuadro 2
SATISFACCIÓN POR DOMINIOS ESPECÍFICOS, SEGÚN GRUPO DE EDAD
 (DIFERENCIA ANUAL DEL PROMEDIO EN JULIO DE 2019 MENOS PROMEDIO EN JULIO DE 2018)

Dominió de satisfacción	Total	18-29 años	30-44 años	45-59 años	60 y más años
Vida en general	0.0	-0.2	-0.2	0.1	0.0
Tiempo libre	0.2	0.1	0.1	0.1	0.3
Actividad u ocupación	0.1	0.1	0.1	-0.1	0.1
Ciudad	0.1	0.1	-0.3	0.0	0.3
Nivel de vida	0.0	-0.2	-0.1	0.1	0.1
Estado de salud	0.0	0.0	-0.2	0.0	0.0
Logros en la vida	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2
Relaciones personales	0.0	-0.1	0.0	0.0	0.1
Perspectivas a futuro	0.0	0.0	-0.2	0.1	0.1
Vivienda	0.0	0.1	0.1	0.0	0.2
Vecindario	0.0	-0.1	0.0	0.1	0.0
País	0.0	-0.1	-0.3	0.2	0.3
Seguridad ciudadana	-0.1	-0.2	-0.2	0.1	0.3

Nota: Para el cálculo de las diferencias se tomaron en cuenta cifras redondeadas a un decimal, por ello es posible que en algunos dominios el promedio de las diferencias de los grupos de edad no coincida con el total.



b. Distribución de la población por rangos de satisfacción

La distribución de la población según el nivel de satisfacción en una escala de 0 a 10 se agrupa en cuatro rangos: cuando califica su satisfacción con algún valor de 0 a 4, la población se considera como “insatisfecha”; con 5 o 6 se considera “poco satisfecha”; con 7 u 8 “moderadamente satisfecha”, y con 9 o 10 “satisfecha”.

Los datos para julio de 2019 señalan que entre la población adulta urbana, 2.2% se colocó en el extremo más bajo de satisfacción con la vida en general; en el siguiente rango, poco satisfecha, se situó 8.1%; un 42.4% se reportó moderadamente satisfecha con su vida en general; en tanto que 47.3% quedó ubicada en el rango de valoración más alto: satisfecha con su vida.

De acuerdo con los dominios de satisfacción, el que concentra el mayor porcentaje de población satisfecha fue *relaciones personales* (62.7%); mientras que 31.3% se encontraban moderadamente satisfechos con este dominio, acumulando 94 por ciento.

La *actividad u ocupación* que se realiza es otro dominio en el que se ubicó un importante porcentaje de población que lo aprueba (92.7%): un 35.5% como moderadamente y un 57.2% como satisfecha.

En contraste, el dominio que concentra el mayor porcentaje de población insatisfecha fue *la seguridad ciudadana* (25.3%); además, 37.4% indicó estar poco satisfecha con este dominio, lo que acumula 62.7% de población cuya satisfacción con la seguridad no es mayor a 6 en una escala de 0 a 10. Respecto a la satisfacción con el *país*, 36.2% de la población se encontró insatisfecha o poco satisfecha.

Tomando como referencia julio de 2018, el porcentaje de población que declaró estar insatisfecha con *su país* aumentó de 8.2% a 9.6%, no obstante, en el otro extremo, también se incrementó el porcentaje de los satisfechos de 17.4 a 19.4 (cuadro 3).



Cuadro 3
POBLACIÓN POR DOMINIOS ESPECÍFICOS, SEGÚN RANGO DE SATISFACCIÓN, DURANTE JULIO
 (DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL)

Dominios de satisfacción	Julio de 2018				Julio de 2019			
	Insatisfecho (0-4)	Poco satisfecho (5-6)	Moderadamente satisfecho (7-8)	Satisfecho (9-10)	Insatisfecho (0-4)	Poco satisfecho (5-6)	Moderadamente satisfecho (7-8)	Satisfecho (9-10)
Actividad u ocupación	1.4	5.9	36.9	55.8	1.3	6.1	35.5	57.2
Logros en la vida	1.0	5.1	43.9	50.0	1.4	6.2	40.5	51.9
Relaciones personales	0.7	4.3	32.7	62.2	1.5	4.5	31.3	62.7
Vivienda	1.7	7.2	41.4	49.7	1.6	7.3	37.3	53.8
Perspectivas a futuro	1.4	7.0	41.4	50.1	1.9	6.5	41.4	50.2
Vida en general	1.6	7.5	42.4	48.5	2.2	8.1	42.4	47.3
Estado de salud	1.9	7.1	39.3	51.7	2.7	6.6	38.2	52.4
Nivel de vida	2.3	7.9	47.1	42.8	2.8	8.5	46.4	42.3
Vecindario	3.6	12.6	45.4	38.3	3.8	13.4	43.9	38.9
Tiempo libre	6.4	15.8	41.4	36.5	6.5	12.4	41.4	39.7
Ciudad	6.5	21.5	48.0	24.0	6.7	21.0	45.2	27.1
País	8.2	27.0	47.4	17.4	9.6	26.6	44.4	19.4
Seguridad ciudadana	25.4	36.7	30.2	7.8	25.3	37.4	30.5	6.8

Nota: La suma de los componentes puede no ser 100% debido al redondeo.

2. Eudemonía

El segundo aspecto del bienestar subjetivo es la fortaleza de ánimo y sentido de vida o eudemonía. Para medir dicho aspecto, se pregunta a la persona entrevistada qué tanto se identifica con ciertos enunciados. Para ello, se solicita que califique el grado de identificación en una escala de 0 a 10, donde 0 significa que está en total desacuerdo y 10 en total acuerdo. Los primeros nueve enunciados del cuadro 4 son de valencia positiva, es decir, mientras más considera la persona que aplican en su vida, se desprende una señal de mayor fortaleza de ánimo; por su parte, el último enunciado es de valencia negativa, de modo que entre más de acuerdo se esté en que el enunciado aplica en su vida, se infiere menor fortaleza.

Este conjunto de resultados muestra que, entre julio de 2018 y julio de 2019, cuatro enunciados de valencia positiva presentaron un incremento: *soy una persona afortunada*; *soy libre para decidir mi propia vida*; *tengo fortaleza frente a las adversidades*, y *el que me vaya bien o mal depende de mí*. El resto de enunciados de valencia positiva se mantiene sin cambios, en tanto que disminuye el único enunciado de valencia negativa que aparece al final del cuadro 4.



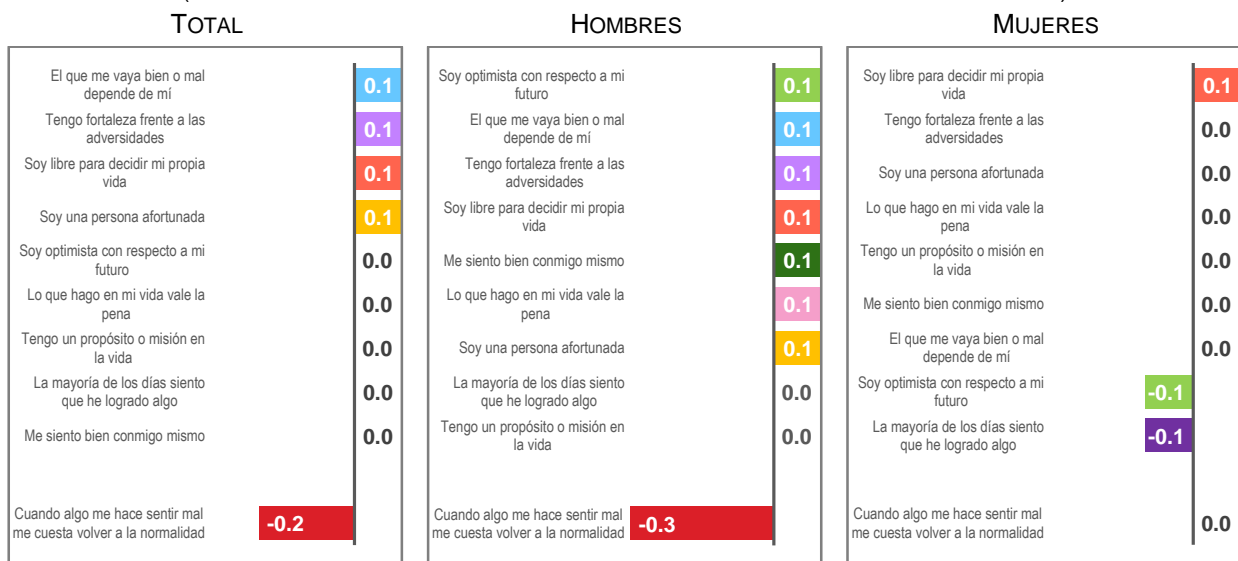
Cuadro 4
NIVEL DE ACUERDO CON ENUNCIADOS DE EUDEMONÍA, DURANTE JULIO
 (PROMEDIO EN ESCALA DE 0 A 10)

Enunciados	Jul-18	Jul-19
Lo que hago en mi vida vale la pena	9.0	9.0
Soy una persona afortunada	8.9	9.0
Soy libre para decidir mi propia vida	8.9	9.0
Tengo un propósito o misión en la vida	8.9	8.9
Tengo fortaleza frente a las adversidades	8.7	8.8
El que me vaya bien o mal depende de mí	8.7	8.8
Me siento bien conmigo mismo	8.7	8.7
Soy optimista con respecto a mi futuro	8.6	8.6
La mayoría de los días siento que he logrado algo	8.5	8.5
Cuando algo me hace sentir mal me cuesta volver a la normalidad	4.5	4.3

Nota: Cifras redondeadas a un decimal.

Entre julio de 2018 y julio de 2019, las mujeres presentaron una mejora solo en uno de los enunciados de valencia positiva: *soy libre para decidir mi propia vida*, y una disminución en los enunciados: *soy optimista con respecto a mi futuro* y *la mayoría de los días siento que he logrado algo*. Por su parte, los hombres reportaron una mayor eudemonía al presentar un aumento en siete enunciados de valencia positiva, y una disminución del único enunciado de valencia negativa; al tiempo que los dos restantes (*la mayoría de los días siento que he logrado algo* y *tengo un propósito o misión en la vida*) continuaron con la misma calificación (gráfica 4).

Gráfica 4
ENUNCIADOS DE EUDEMONÍA, SEGÚN SEXO
 (DIFERENCIA ANUAL DEL PROMEDIO EN JULIO DE 2019 MENOS PROMEDIO EN JULIO DE 2018)



Nota: Para el cálculo de las diferencias se tomaron en cuenta cifras redondeadas a solo un decimal, por ello es posible que en algunos enunciados la diferencia del total de la población no coincida con el promedio de las diferencias de hombres y mujeres.



3. Balance anímico

El tercer aspecto relacionado con el bienestar subjetivo es el balance afectivo o anímico. Para aproximarse a él, se pide al entrevistado determine, en una escala de 0 a 10, qué tanto predominaron, el día anterior a la entrevista, estados anímicos positivos y negativos. El balance es el resultado de restar a los puntajes en los estados anímicos positivos, los puntajes en los estados anímicos negativos; de modo que los valores finales del balance pueden situarse en una escala con un recorrido que va desde -10 hasta +10 (ver la sección de aspectos metodológicos).

Una vez establecido lo anterior, en el cuadro 5 se muestra que el promedio del balance anímico general es positivo en julio de 2019 (6.3), aunque una décima menor al año anterior (6.4).

En el séptimo mes de este año el balance específico más alto se alcanza en la dicotomía *enfocado o concentrado vs. aburrido o sin interés en lo que hacía* (7), pero manteniendo el mismo nivel de un año atrás. Los promedios más bajos se presentan en la oposición *con vitalidad vs. sin vitalidad* (5.4) que, junto con *buen humor vs. mal humor*, presentó un decremento de 0.2; mientras que el balance *tranquilo vs. preocupado o estresado* disminuyó 0.1; por su parte, *emocionado o alegre vs. triste o deprimido* se mantuvo con relación al año anterior.

Más allá de los balances y considerando, por separado, en escala de 0 a 10, los distintos estados anímicos positivos por una parte y los negativos por la otra, en julio de este año el conjunto de estados positivos promedió 7.7, con una reducción de una décima conforme a lo reportado en julio de 2018; frente a un promedio de 1.4 de los estados negativos que se mantienen sin cambio.

Cuadro 5
BALANCE ANÍMICO EN GENERAL, BALANCES ESPECÍFICOS Y ESTADOS ANÍMICOS POSITIVOS Y NEGATIVOS, DURANTE JULIO
 (PROMEDIO EN ESCALA DE -10 A +10)

Balance general, balances específicos y estados anímicos	Jul-18	Jul-19
Balance anímico general	6.4	6.3
Enfocado vs. aburrido o sin interés en lo que hacía	7.0	7.0
Emocionado o alegre vs. triste o deprimido	6.8	6.8
Buen humor vs. mal humor	6.5	6.3
Tranquilo vs. preocupado o estresado	6.0	5.9
Con vitalidad vs. sin vitalidad	5.6	5.4
Estados anímicos positivos¹	7.8	7.7
Estados anímicos negativos¹	1.4	1.4

¹ A diferencia del resto de los rubros, *estados anímicos positivos* y *estados anímicos negativos*, no hacen referencia a balances en la escala de -10 a +10, sino a promedios en la escala de 0 a 10.



Con relación a la diferencia entre julio de 2018 y julio de 2019, por grupos de edad, se observa que el balance anímico general del primer grupo, que abarca la población de 18 a 29 años, retrocedió dos décimas, mientras que el grupo de 30 a 44 años, disminuyó tres décimas; en contraste, el grupo de 45-59 años incrementó su balance anímico general en dos décimas y el grupo 60 y más años no mostró cambio.

La mayor caída en balances se detecta en el contraste *con vitalidad vs. sin vitalidad* en la población de menor edad (18 a 29 años) con una merma de cuatro décimas; igual disminución a la que tienen las dicotomías *emocionado o alegre vs. triste o deprimido*, así como *tranquilo vs. preocupado o estresado*, en población de 30 a 44 años.

Cuadro 6
**BALANCE ANÍMICO EN GENERAL, BALANCES ESPECÍFICOS Y ESTADOS ANÍMICOS
 POSITIVOS Y NEGATIVOS, SEGÚN GRUPO DE EDAD**
 (DIFERENCIA ANUAL DEL PROMEDIO EN JULIO DE 2019 MENOS EL PROMEDIO EN JULIO DE 2018)

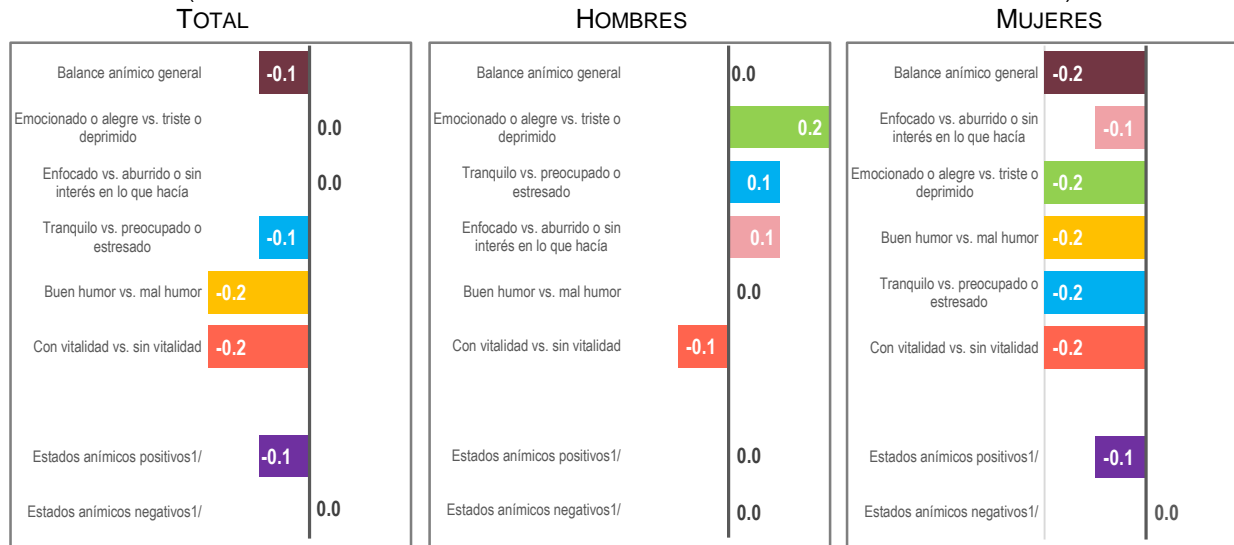
Balance general, balances específicos y estados anímicos	Total	18-29 años	30-44 años	45-59 años	60 y más años
Balance anímico general	-0.1	-0.2	-0.3	0.2	0.0
Enfocado vs. aburrido o sin interés en lo que hacía	0.0	-0.2	0.0	0.1	0.0
Emocionado o alegre vs. triste o deprimido	0.0	0.1	-0.4	0.1	-0.1
Tranquilo vs. preocupado o estresado	-0.1	-0.1	-0.4	0.2	-0.1
Con vitalidad vs. sin vitalidad	-0.2	-0.4	-0.3	0.3	-0.2
Buen humor vs. mal humor	-0.2	-0.2	-0.3	-0.1	0.2
Estados anímicos positivos¹	-0.1	0.0	-0.2	0.0	0.0
Estados anímicos negativos¹	0.0	0.2	0.1	-0.1	0.0

Nota: Para el cálculo de las diferencias se tomaron en cuenta cifras redondeadas a un decimal; por ello es posible que en algunos estados anímicos el promedio de las diferencias de los grupos de edad no coincida con el total.

¹ A diferencia del resto de los rubros, *estados anímicos positivos* y *estados anímicos negativos*, no hacen referencia a balances en la escala de -10 a +10, sino a promedios en la escala de 0 a 10.

De julio de 2018 a julio de 2019 las mujeres presentaron un descenso en el promedio de balance anímico en general, así como en los cinco balances específicos y en los estados anímicos positivos. En el caso del balance *con vitalidad vs. sin vitalidad* también los hombres registraron un decremento (gráfica 5).

Gráfica 5
BALANCE ANÍMICO EN GENERAL, BALANES ESPECÍFICOS Y ESTADOS ANÍMICOS POSITIVOS Y NEGATIVOS, SEGÚN SEXO
 (DIFERENCIA ANUAL DEL PROMEDIO EN JULIO DE 2019 MENOS PROMEDIO EN JULIO DE 2018)



Nota: Para el cálculo de las diferencias se tomaron en cuenta cifras redondeadas a un decimal, por ello es posible que en algunos balances el promedio de las diferencias de hombres y mujeres no coincida con el total.

^{1/} A diferencia del resto de los rubros, las barras denominadas *estados anímicos positivos* y *estados anímicos negativos*, no hacen referencia a balances en la escala de -10 a +10, sino a promedios en la escala de 0 a 10.

a. Distribución de la población por rangos de balance anímico

Para apreciar la distribución de la población se establecen tres rangos. En el primero se ubican todos los individuos que mostraron un balance negativo, es decir, aquellos que declararon que los estados negativos predominaron en su ánimo la mayor parte del día anterior a la entrevista; en el segundo rango se ubican quienes tuvieron un balance entre 0 y 5; y, en el tercer y último rango, los que presentaron los balances más altos con una clara predominancia de los estados anímicos positivos.

Lo primero que destaca el cuadro 7 es que, en julio de 2019, 4.3% de la población adulta urbana se situó con un balance negativo, 22.7% en un balance ligeramente positivo y 73% en un balance inequívocamente positivo.

En cuanto a balances específicos, en julio de este año, el contraste *concentrado o enfocado vs. aburrido o sin interés en lo que se estaba haciendo* es el que registra menor porcentaje de población con balance negativo (3.4%) y, a su vez, la mayor concentración poblacional en los niveles más altos de balance positivo (75.1%). En cuanto al mayor porcentaje de individuos en el lado negativo del balance, corresponde a la dicotomía *tranquilo, calmado o sosegado vs. preocupado, ansioso o estresado* (6.6%).



Cuadro 7
**POBLACIÓN SEGÚN RANGOS DE BALANCE ANÍMICO GENERAL
 Y BALANCES ESPECÍFICOS, DURANTE JULIO**
 (DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL)

Balance anímico general y balances específicos	Rangos de balance					
	Julio de 2018			Julio de 2019		
	Negativo	De 0.00 a 5.00	De 5.01 a 10.00	Negativo	De 0.00 a 5.00	De 5.01 a 10.00
Concentrado o enfocado en lo que hacía vs. aburrido o sin interés en lo que estaba haciendo	2.6	22.3	75.1	3.4	21.5	75.1
De buen humor vs. de mal humor	3.0	28.1	68.9	4.2	27.6	68.2
Balance anímico general	3.4	22.8	73.8	4.3	22.7	73.0
Emocionado o alegre vs. triste, deprimido o abatido	4.2	21.4	74.4	5.0	21.0	74.0
Con energía o vitalidad vs. cansado o sin vitalidad	3.9	38.3	57.7	5.6	38.5	56.0
Tranquilo, calmado o sosegado vs. preocupado, ansioso o estresado	5.0	30.4	64.5	6.6	30.0	63.4

Nota: La suma de los componentes puede no ser 100, debido al redondeo.

El Bienestar subjetivo y la confianza del consumidor

Como ya se ha apuntado, el módulo BIARE Básico acompaña a la Encuesta Nacional sobre Confianza del Consumidor (ENCO), que llevan a cabo de manera conjunta el INEGI y el Banco de México en 32 ciudades del país (una por entidad federativa), lo que permite generar indicadores de coyuntura relacionando ambas fuentes de información.

El cuadro 8 muestra los valores del Indicador de Confianza del Consumidor (ICC) según sus cinco componentes (columnas), por nivel de satisfacción y balance anímico de la población (renglones). Cabe subrayar que, al ser de mayor utilidad para el propósito de esta nota, se reportan los resultados del Indicador de Confianza del Consumidor (en niveles).

Así, en el cuadro 8 se observa que, durante julio de 2019, en general, existía una relación positiva entre el indicador de confianza del consumidor y el rango de satisfacción en el que se ubica la persona, de manera que, a mayor nivel de satisfacción con la vida (renglones), le acompaña un mayor valor absoluto del ICC y sus componentes (columnas).



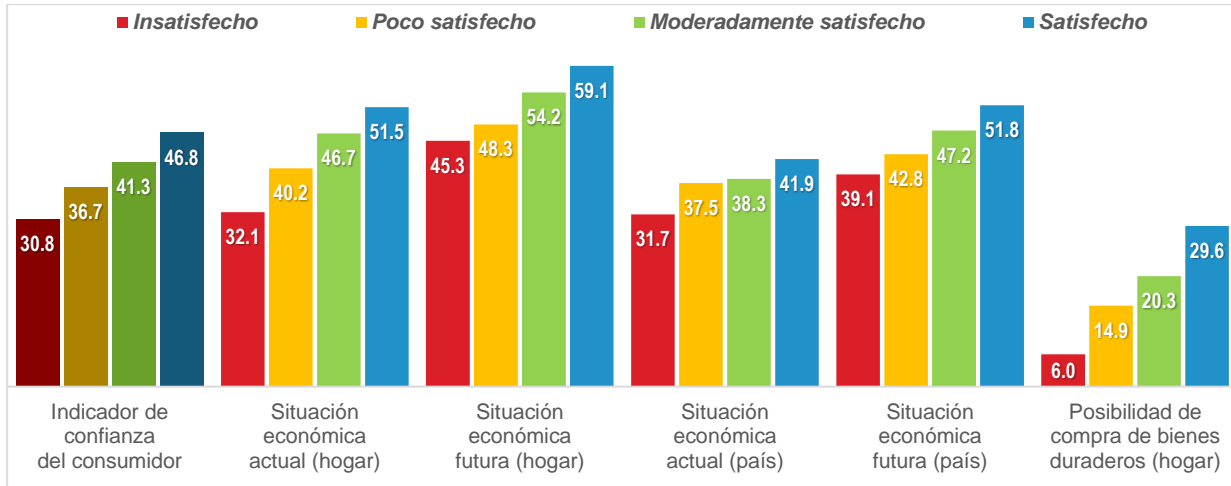
Cuadro 8
INDICADOR DE CONFIANZA DEL CONSUMIDOR Y DE SUS COMPONENTES
POR RANGO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y BALANCE ANÍMICO, DURANTE JULIO DE 2019
 (SERIES ORIGINALES)

Niveles de satisfacción con la vida y de balance anímico	Indicador de confianza del consumidor (ICC)	Componentes del Indicador de confianza del consumidor				
		Situación económica actual (hogar)	Situación económica futura (hogar)	Situación económica actual (país)	Situación económica futura (país)	Posibilidad de compra de bienes duraderos (hogar)
Satisfacción con la vida (población total)	43.3	48.2	55.9	39.8	48.8	23.9
Población insatisfecha	30.8	32.1	45.3	31.7	39.1	6.0
Población poco satisfecha	36.7	40.2	48.3	37.5	42.8	14.9
Población moderadamente satisfecha	41.3	46.7	54.2	38.3	47.2	20.3
Población satisfecha	46.8	51.5	59.1	41.9	51.8	29.6
Balance anímico (población total)	43.3	48.2	55.9	39.8	48.8	23.9
Población con balance negativo	36.5	41.0	48.0	34.4	40.2	18.8
Población con balance de 0.00 a 5.00	41.5	45.9	55.5	37.2	47.9	21.2
Población con balance de 5.01 a 10.00	44.3	49.2	56.4	40.9	49.6	25.2

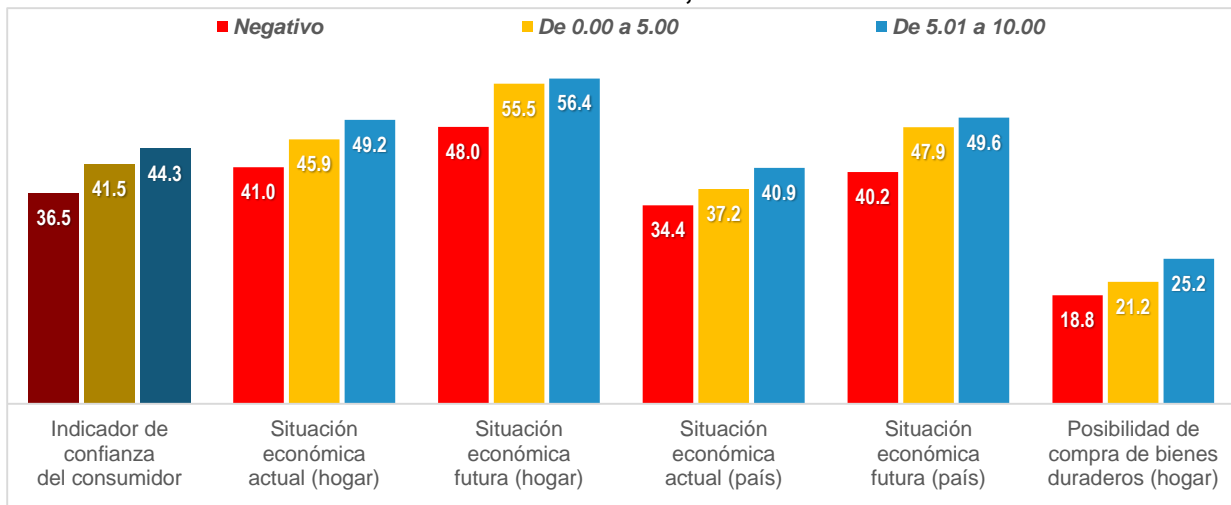
Nota: El Indicador de confianza del consumidor para cada concepto BIARE es una medida individual que se construye a través de las ponderaciones de cada uno de sus componentes: para la situación económica las respuestas de 1 a 5 se ponderan con 1.00, 0.75, 0.50, 0.25 y 0.00, respectivamente; para la posibilidad de compra las respuestas de 1 a 3 se ponderan con 1.00, 0.50 y 0.00, respectivamente. Una vez obtenido el resultado se multiplica por cien, de manera que los valores del indicador van en una escala de 0.0 a 100.0.

Las gráficas 6 y 7 permiten visualizar cuáles son los componentes más consistentes en incrementar su valor conforme más alto sea el nivel de satisfacción con la vida (gráfica 6) o el balance anímico (gráfica 7).

Gráfica 6
**INDICADOR DE CONFIANZA DEL CONSUMIDOR Y SUS COMPONENTES
 POR RANGO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA, DURANTE JULIO DE 2019**



Gráfica 7
**INDICADOR DE CONFIANZA DEL CONSUMIDOR Y SUS COMPONENTES
 POR RANGO DE BALANCE ANÍMICO, DURANTE JULIO DE 2019**





Aspectos metodológicos

El módulo BIARE básico en la ENCO fue aplicado a un individuo de 18 y más años de edad, seleccionado en cada una de las 2 336 viviendas en muestra. El individuo en cuestión es el mismo seleccionado para la entrevista ENCO, siendo éste el adulto que habite en la vivienda con fecha de cumpleaños más próxima al momento de la entrevista, a manera de selección aleatoria. La muestra es representativa de la población urbana del país, solamente en su conjunto. Lo anterior significa que los resultados de la muestra repartida en 32 ciudades no pueden desglosarse para cada una de ellas. La entrevista se realiza cara a cara con un cuestionario que el entrevistador activa en un dispositivo electrónico móvil. El segmento BIARE, que se aplica en el primer mes de cada trimestre desde julio de 2013, siempre se formula al informante una vez que se han agotado los tópicos de la ENCO.

El diseño conceptual de BIARE en ENCO (Módulo BIARE básico) sigue los lineamientos del documento “OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being” (OECD Better Life Initiative, París, 2013). También toma elementos del enfoque denominado PERMA, propuesto por Martin Seligman e incorpora desarrollos propios del área de Investigación del INEGI.

BIARE básico cuenta con dos antecedentes; el primero realizado por el INEGI en 2012 como parte de la Encuesta Nacional sobre Gastos de los Hogares (ENGASTO) y otro levantado en 2014 como complemento del Módulo de Condiciones Socioeconómicas (MCS). Dado que estos dos ejercicios fueron representativos a nivel nacional, comprendiendo tanto población urbana como rural, sus poblaciones tienen algunas diferencias con respecto a la población que cubre BIARE básico que acompaña a la ENCO, lo que suma al hecho de que no corresponden a los mismos periodos de levantamiento; sin embargo, se observan las mismas características estructurales en cuanto a las diferencias de lo reportado según edad y sexo de la población, así como el orden de calificación que se otorga a los distintos dominios de satisfacción.

Las diferencias entre cada ejercicio se resumen en la siguiente tabla.



DIFERENCIAS ENTRE LOS LEVANTAMIENTOS DE BIARE

Modalidad de levantamiento BIARE	Módulo BIARE Piloto (ENGASTO 2012)	Módulo BIARE Básico (ENCO)	Módulo BIARE Ampliado (MCS)
Referencia conceptual	Recomendaciones OCDE versión preliminar 2011	Recomendaciones OCDE versión definitiva 2013	Recomendaciones OCDE versión definitiva 2013
Población objetivo	Personas entre 18 y 70 años	Personas de 18 años en adelante	Personas de 18 años en adelante
Muestra	10 654 viviendas	2 336 viviendas	44 518 viviendas
Composición de la muestra	Nacional	Urbana	Nacional y por entidad federativa
Tipo de entrevista	Cuestionario de autollenado en papel	Entrevista presencial en dispositivo electrónico móvil	Entrevista directa (cara a cara)
Periodo de levantamiento	Primer trimestre de 2012	Primer mes de cada trimestre a partir del tercero de 2013	Agosto-noviembre de 2014

Cálculo de promedios y balance anímico general en BIARE

Los promedios de cualquier aspecto de bienestar subjetivo para un grupo poblacional en el que cada individuo del grupo ha valorado su contenido en una escala (en este caso de 0-10) son promedios ponderados, pues cada individuo u observación en una encuesta probabilista tiene un peso específico dependiendo de su probabilidad de aparecer en muestra. El inverso de esa probabilidad es lo que se denomina factor de expansión, que nos indica a cuántos individuos representa aquel que cayó en muestra (cuántos individuos hay en la población que comparten las mismas características sociodemográficas y socioeconómicas). De acuerdo con el marco estadístico, el dato que se desprende de cada individuo u observación en muestra, es multiplicado por su correspondiente factor de expansión o ponderador, lo que permite ofrecer datos generalizables al conjunto de la población urbana.

Designemos por lo pronto al factor de expansión con la letra w .

El promedio ponderado (PP) de un estado anímico j en particular será entonces:

$$PP_j = \sum V_{ijk} * \left(\frac{w_i}{\sum W_{ik}} \right)$$

En donde:

V_{ijk} = Valor asignado por la observación i de la población k al estado anímico j

w_{ik} = factor de expansión de la observación i de la población k

$\sum W_{ik}$ es entonces toda la población k .



Ahora bien, para calcular el balance anímico general se hace lo siguiente

Para cada observación se suman sus emociones positivas y sus emociones negativas, con el fin de restar la suma de las segundas a las primeras.

$$\sum VP_{ik} - \sum VN_{ik}$$

En donde:

VP = Valoraciones dadas a emociones positivas

VN = Valoraciones dadas a emociones negativas

Dado que puede haber un puntaje máximo de +50 y un mínimo de -50 los valores del balance obtenido para la observación individual se expresan en una escala que va de +10 a -10. Así por ejemplo si el balance en la escala original para el i -ésimo individuo en muestra fue de +8, por regla de tres se tiene:

$$50 \rightarrow 10$$

$$8 \rightarrow x$$

$$\text{En donde: } x = \frac{8 * 10}{50}$$

Lo que arrojaría un Balance Individual (B_i) de 1.6

Generalizando entonces:

$$B_i = \left(\sum VP_{ik} - \sum VN_{ik} \right) * \left(\frac{10}{50} \right)$$

Por otro lado, el promedio ponderado de los balances para el k -ésimo grupo poblacional, se obtiene:

$$\sum B_{ik} * \left(\frac{w_i}{\sum w_{ik}} \right)$$

Cálculo del indicador de confianza del consumidor

El indicador de confianza del consumidor se construye a partir de cinco preguntas de la ENCO:

- 1) *Situación económica actual de los miembros del hogar comparada con la que tenían hace 12 meses;*



- 2) *Situación económica esperada dentro de 12 meses de los miembros respecto de la actual;*
- 3) *Situación económica actual del país comparada con la de hace 12 meses;*
- 4) *Situación económica del país esperada dentro de 12 meses respecto de la actual; y*
- 5) *Posibilidades actuales, comparadas con las de hace 12 meses, de los integrantes del hogar para realizar compras de muebles, televisor, lavadora, otros aparatos electrodomésticos, etcétera.*

Se pondera la respuesta de cada persona, en las preguntas mencionadas, de acuerdo con el siguiente cuadro.

PONDERADORES PARA RESPUESTAS EN ENCO

Opción de respuesta	Ponderadores según el tipo de pregunta	
	Primeras cuatro preguntas	Última pregunta
Mucho mejor	1.00	-
Mejor (Mayores)	0.75	1.00
Igual (Iguales)	0.50	0.50
Peor (Menores)	0.25	0.00
Mucho peor	0.00	-

El indicador es el promedio de las ponderaciones de las respuestas en las cinco preguntas antes mencionadas (componentes).

Para el indicador y cada componente se promedia el valor de cada una de las categorías de la satisfacción con la vida y del balance anímico; posteriormente esos resultados se multiplican por cien.

La información contenida en este documento se genera con base en el Módulo BIARE Básico, como complemento de la Encuesta Nacional sobre Confianza del Consumidor y se da a conocer en la fecha establecida en el Calendario de difusión de información estadística y geográfica y de Interés Nacional.

Las cifras aquí mencionadas, podrán ser consultadas en la página del INEGI en Internet: <https://www.inegi.org.mx/investigacion/bienestar/basico/default.html>

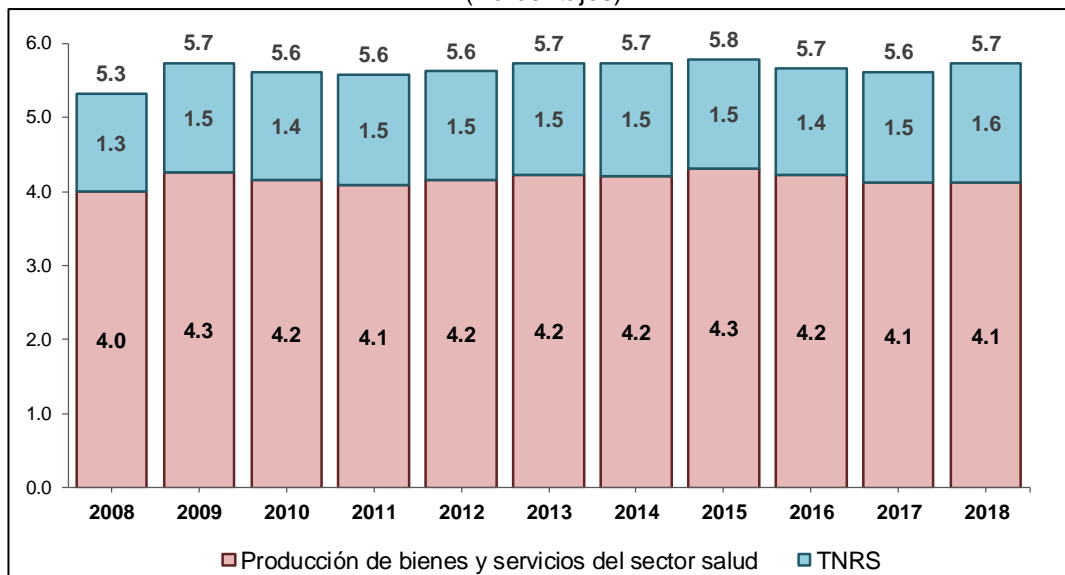
CUENTA SATÉLITE DEL SECTOR SALUD DE MÉXICO, 2018

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta los resultados de la “Cuenta Satélite del Sector Salud de México, 2018”, año base 2013, la cual permite dimensionar la importancia de este sector y apoyar la toma de decisiones tanto en el sector público como en el privado.

La producción del sector salud está compuesta por los bienes y servicios generados por las actividades económicas que están relacionadas con la prevención, la curación y el mantenimiento de la salud humana, incluyendo a las instituciones que tienen la facultad de regular y administrar dichas actividades. Al agregar a este rubro la valoración del trabajo no remunerado que los hogares destinan a los cuidados de salud (TNRS)¹, se hace referencia entonces al Producto Interno Bruto Ampliado del sector salud.

En 2018 el Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA) del sector salud fue equivalente a un monto de 1 millón 346 mil 012 millones de pesos (a precios de mercado), que contribuyó con el 5.7% del PIB total obtenido en el país.

PARTICIPACIÓN DEL PIB AMPLIADO DEL SECTOR SALUD RESPECTO AL PIB TOTAL A PRECIOS DE MERCADO, 2008-2018
 (Porcentajes)



NOTA: La suma de los parciales puede no coincidir con el total debido al efecto del redondeo.
 Fuente: INEGI.

¹ El TNRS incluye las actividades que los miembros de los hogares destinan a la prevención, cuidado y mantenimiento de la salud en el hogar, fuera del hogar y el trabajo voluntario realizado en organizaciones no lucrativas.

Por componentes del PIBA del sector (a precios básicos)² el valor de la producción del sector salud constituyó la mayor parte con 70.9% del producto ampliado y el TNRS de los hogares aportó el 29.1% restante.

En su comportamiento anual el PIBA del sector salud mostró una variación de 3.6% en términos reales respecto a 2017. Este comportamiento se explica por el incremento en el TNRS de los hogares de 5.9% y en las actividades del sector salud de 2.7 por ciento.

Durante 2018 en el sector salud se registraron 2 millones 204 mil 897 puestos de trabajo remunerados, que significaron el 5.1% de los empleos remunerados de la economía en ese año. Al considerar a los empleados por sector contratante, el 50.8% laboró en el sector público y el resto lo hizo en el sector privado.

En los hogares el tiempo que se dedicó a las actividades de prevención, cuidado y mantenimiento de la salud fue de 5 mil 656 millones de horas, en 2018. A su interior, los cuidados dentro del hogar concentraron el 68.5% de dicho trabajo y el resto se destinó como apoyo a otros hogares y/o trabajo voluntario. El valor de estas actividades en los hogares fue equivalente a poco más de 378 mil 210 millones de pesos.

En el periodo de 2008 a 2018 la participación promedio del sector salud al Producto Interno Bruto del país fue de 5.6% y registró un crecimiento promedio anual de 1.8% en términos reales en igual lapso.

Se anexa Nota Técnica

Para consultas de medios y periodistas, contactar a: comunicacionsocial@inegi.org.mx
o llamar al teléfono (55) 52-78-10-00, exts. 1134, 1260 y 1241.

Dirección de Atención a Medios / Dirección General Adjunta de Comunicación



² Es decir, no se incluyen los impuestos a los productos netos de subsidios.



NOTA TÉCNICA

CUENTA SATÉLITE DEL SECTOR SALUD DE MÉXICO, 2018

ASPECTOS GENERALES

El INEGI presenta los resultados de la “Cuenta Satélite del Sector Salud de México, 2018. Preliminar. Año base 2013”, con el objetivo de proporcionar información económica para la toma de decisiones del sector público y el sector privado. Esta cuenta constituye una ampliación del Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM) y contribuye a la difusión y fortalecimiento de la información estadística del sector dentro del marco de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

La cuenta satélite integra todas las actividades económicas que directa o indirectamente están relacionadas con la prevención, recuperación y mantenimiento de la salud de la población, así como las instituciones públicas cuya facultad es regular y administrar estas actividades económicas. Adicionalmente, incluye el valor económico del trabajo no remunerado de los hogares en el cuidado de la salud, con lo que se amplía la visión sobre la dimensión y composición del sector.



PRINCIPALES RESULTADOS:

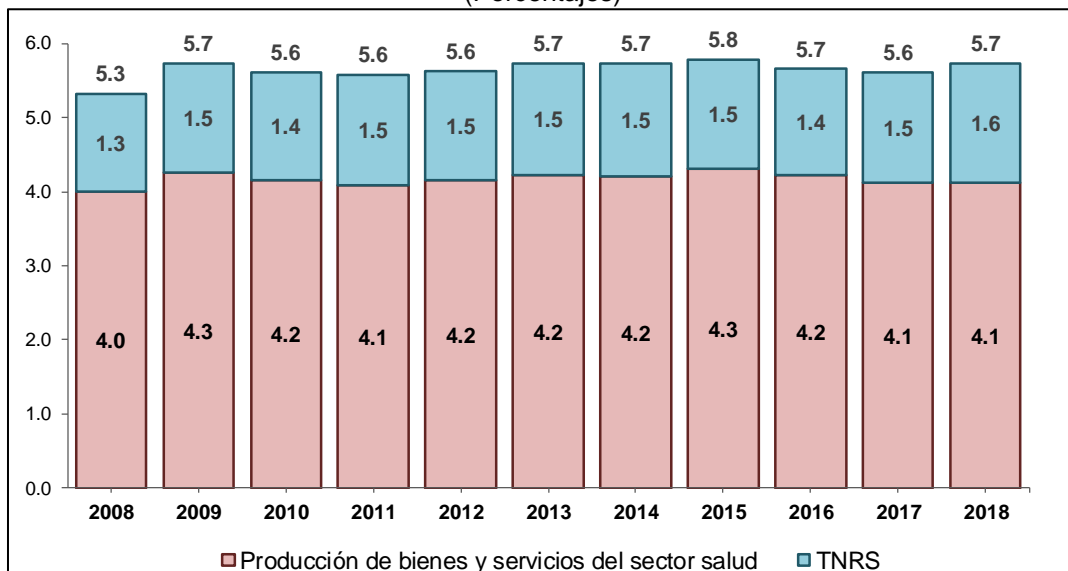
PARTICIPACIÓN DEL SECTOR SALUD EN EL PRODUCTO INTERNO BRUTO DEL PAÍS EN EL PERIODO 2008 A 2018.

Entre 2008 y 2018 el Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA) del sector salud contribuyó en promedio con el equivalente al 5.6% del PIB del país (a precios de mercado). A su interior las actividades económicas asociadas a este sector contribuyeron en promedio con 4.2% y los hogares a través de su trabajo no remunerado con el 1.5 por ciento. En igual lapso el PIBA de este sector registró un crecimiento promedio anual de 1.8% en términos reales.

PRODUCTO INTERNO BRUTO AMPLIADO DEL SECTOR SALUD EN 2018

En 2018 el Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA) del sector salud fue equivalente a 1 millón 346 mil 012 millones de pesos, lo que significó el 5.7% del PIB del país (a precios de mercado). A su interior, este sector se conformó del valor producido por los bienes y servicios finales relacionados con la prevención, cuidado y mantenimiento de la salud humana, que aportó el 4.1% del PIB total, así como del valor del trabajo no remunerado encaminado al cuidado de la salud (TNRS) que contribuyó con el 1.6% restante.

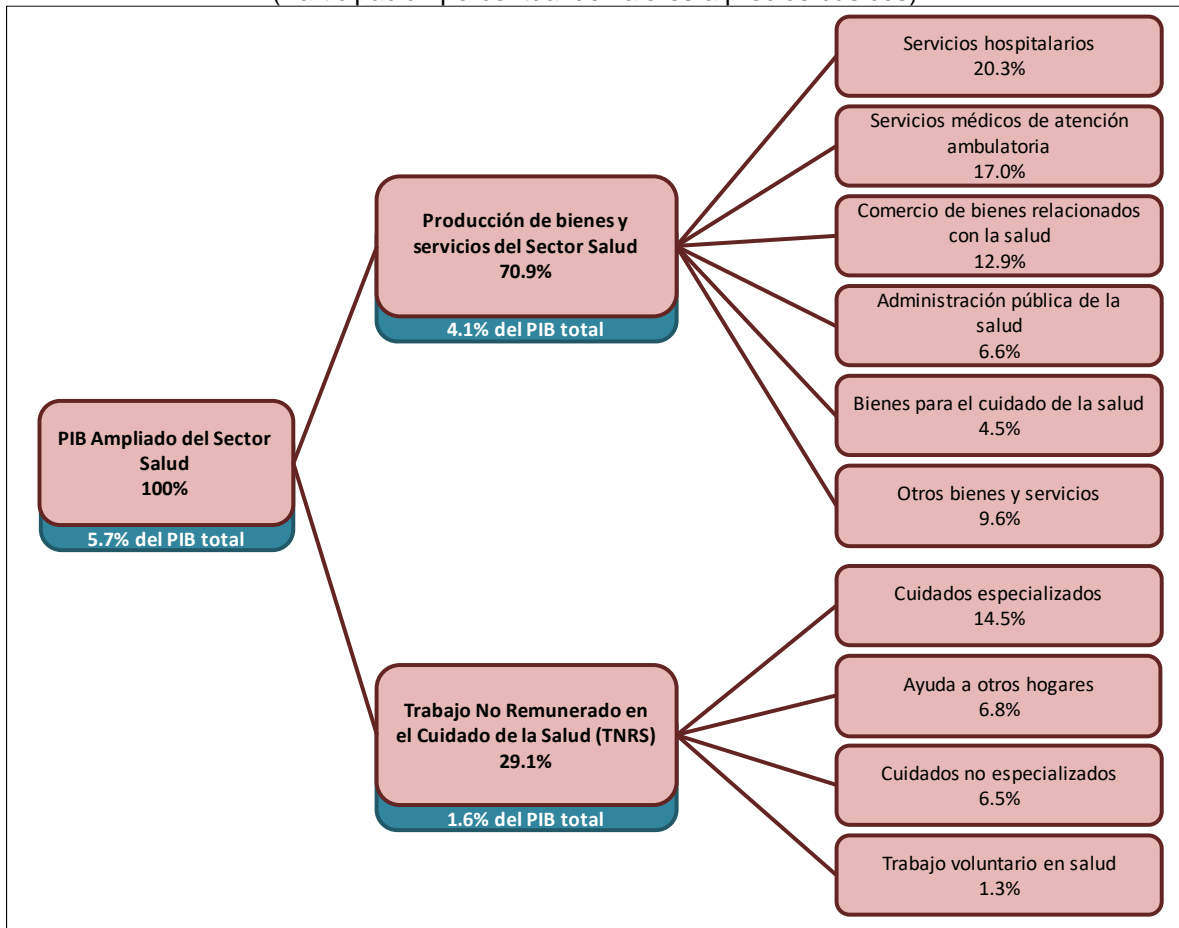
Gráfica 1
PARTICIPACIÓN DEL PIB AMPLIADO DEL SECTOR SALUD RESPECTO AL PIB TOTAL A PRECIOS DE MERCADO, 2008-2018
 (Porcentajes)



NOTA: La suma de los parciales puede no coincidir con el total debido al efecto del redondeo.
 Fuente: INEGI.

Por tipo de bien o servicio generado, el valor de la producción de los bienes y servicios del sector salud concentró la mayor participación, que representó el 70.9% del PIBA (a precios básicos)³. En particular, las actividades relacionadas con los servicios hospitalarios y los de atención ambulatoria contribuyeron con el 20.3% y 17% del PIBA, respectivamente. El resto (33.6%) se distribuyó entre el comercio de bienes relacionados con la salud; las actividades de administración pública de la salud; la producción de medicamentos, lentes y material de curación, y la producción de otros bienes y servicios vinculados a este sector.

Gráfica 2
PIB AMPLIADO DEL SECTOR SALUD, POR TIPO DE BIEN Y SERVICIO GENERADO, 2018
 (Participación porcentual de valores a precios básicos)



NOTA: Las participaciones sobre PIB total están valoradas a precios de mercado.
 Fuente: INEGI.

³ Es decir, no se incluyen los impuestos a los productos netos de subsidios.



Por su parte, en los hogares el valor del trabajo no remunerado que se destinó al cuidado de la salud (TNRS), en 2018, aportó el 29.1% del PIBA y se conformó por las actividades relacionadas con los cuidados especializados (por ejemplo, cuidados a enfermos crónicos o con algún tipo de discapacidad) los cuales representaron el 14.5%; seguido del apoyo a otros hogares en el cuidado de la salud con 6.8%, los cuidados no especializados (cuidados para la prevención, así como por enfermedades menores o temporales) 6.5%, y el trabajo voluntario en atención de la salud el restante 1.3 por ciento.

En el año de referencia, el PIBA del sector salud mostró un incremento de 3.6%, en términos reales, respecto a su nivel alcanzado en 2017, el cual se explica por el comportamiento de las actividades que los hogares destinaron al cuidado de la salud (TNRS) que presentaron un aumento de 5.9% y por la producción de bienes y servicios del sector salud que registró una variación de 2.7 por ciento.

PRODUCCIÓN Y EMPLEO EN EL SECTOR SALUD

La producción de bienes y servicios del sector salud en 2018 alcanzó un nivel de 921 mil 724 millones de pesos (a precios básicos). Al analizar la producción de este sector de acuerdo con el tipo de sector (público o privado), se observa que el 54.5% lo generó el sector público, y el sector privado contribuyó con el 45.5% restante. Dentro del sector privado las actividades de servicios vinculados con la salud participaron con el 74.9% y la producción de bienes con el 25.1%; mientras que en el sector público la generación de servicios concentró en su totalidad el valor producido por el sector.

Cuadro 1
PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DEL SECTOR SALUD
POR TIPO DE RÉGIMEN PÚBLICO O PRIVADO, 2018
(Millones de pesos a precios básicos y porcentajes)

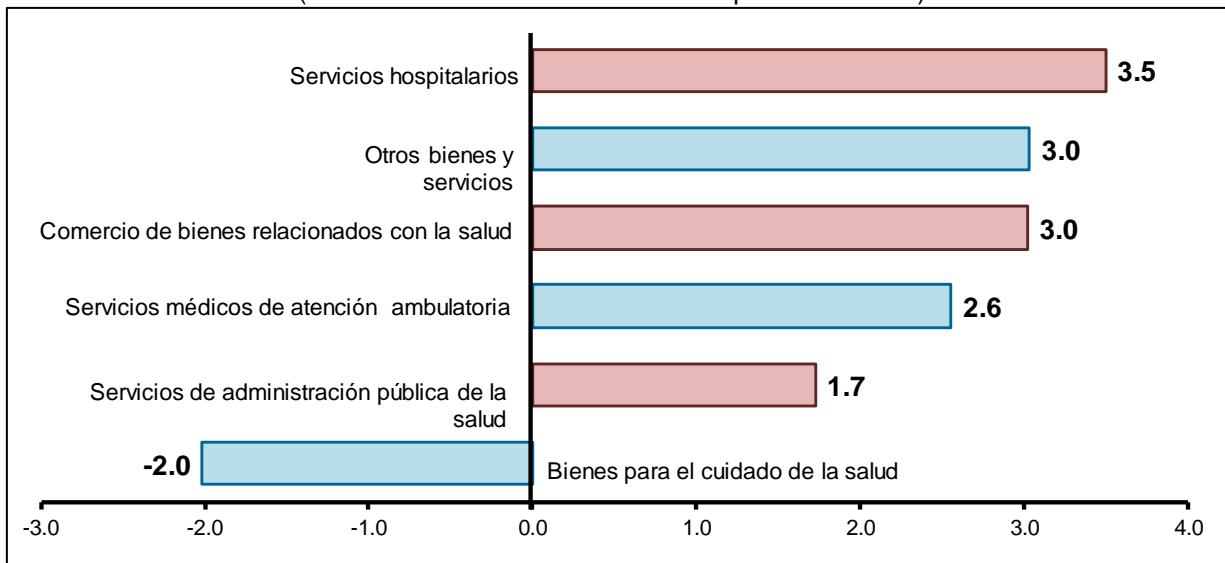
Concepto	Total	Sector Privado	(%)	Sector Público	(%)
Producción del sector salud	921,724	419,374	100.0	502,350	100.0
Generación de Servicios	816,462	314,112	74.9	502,350	100.0
Producción de Bienes	105,262	105,262	25.1	0	0.0

Fuente: INEGI.



En 2018 la producción de bienes y servicios del sector salud (a precios básicos) se incrementó en términos reales 2.5% respecto al año que lo precedió. Por tipo de bien y servicio, los servicios hospitalarios registraron un aumento de 3.5%; la comercialización de bienes relacionados con la salud y los denominados “otros bienes y servicios”⁴ lo hicieron en 3%, en cada caso; los servicios de atención ambulatoria (donde se agrupa, por ejemplo, la atención en consultorios médicos) en 2.6%, y los servicios de administración pública de la salud 1.7 por ciento. Por su parte, la producción de bienes para el cuidado de la salud (como son medicamentos, lentes y material de curación) mostró una disminución de (-)2 por ciento.

Gráfica 3
**PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DEL SECTOR SALUD POR TIPO DE BIEN Y SERVICIO
GENERADO, 2018**
(Variación % anual real de valores a precios básicos)



Fuente: INEGI.

El empleo en el sector salud, en el año que se reporta, se ubicó en 2 millones 204 mil 897 puestos de trabajo remunerados. Esto representó el 5.1% de los empleos registrados correspondientes al total de la economía. De los empleos generados por este sector el 90.4% correspondió a trabajadores que fueron contratados directamente por el empleador (o dependientes de la razón social) y 9.6% lo hicieron a través de un tercero (no dependientes de la razón social).

⁴ El rubro “otros bienes y servicios” incluye bienes como estetoscopios, termómetros, libros y revistas de salud; y servicios como seguros médicos, actividades de investigación y desarrollo, capacitación de personal, entre otros.

Las actividades que más puestos de trabajo generaron fueron los servicios hospitalarios donde se empleó al 27.6% y los servicios médicos de atención ambulatoria con 20.1 por ciento. Les siguieron, entre otros, los denominados “otros bienes y servicios” (que agrupa actividades auxiliares, centros y residencias de salud, así como otros bienes y servicios de apoyo al sector) con 17.3% de los puestos de trabajo, y las instituciones de administración pública de la salud que dieron empleo al 10.1% del total de personas que laboraron en este sector.

Gráfica 4
**PUESTOS DE TRABAJO OCUPADOS REMUNERADOS
 DEPENDIENTES Y NO DEPENDIENTES DE LA RAZÓN SOCIAL, 2018**
 (Estructura porcentual)



Fuente: INEGI

Al revisar el empleo remunerado por tipo de régimen entre público o privado, se observó que en 2018 el primero ocupó al 50.8% del personal remunerado y el segundo al 49.2% restante.



LA PARTICIPACIÓN DE LOS HOGARES EN EL SECTOR SALUD

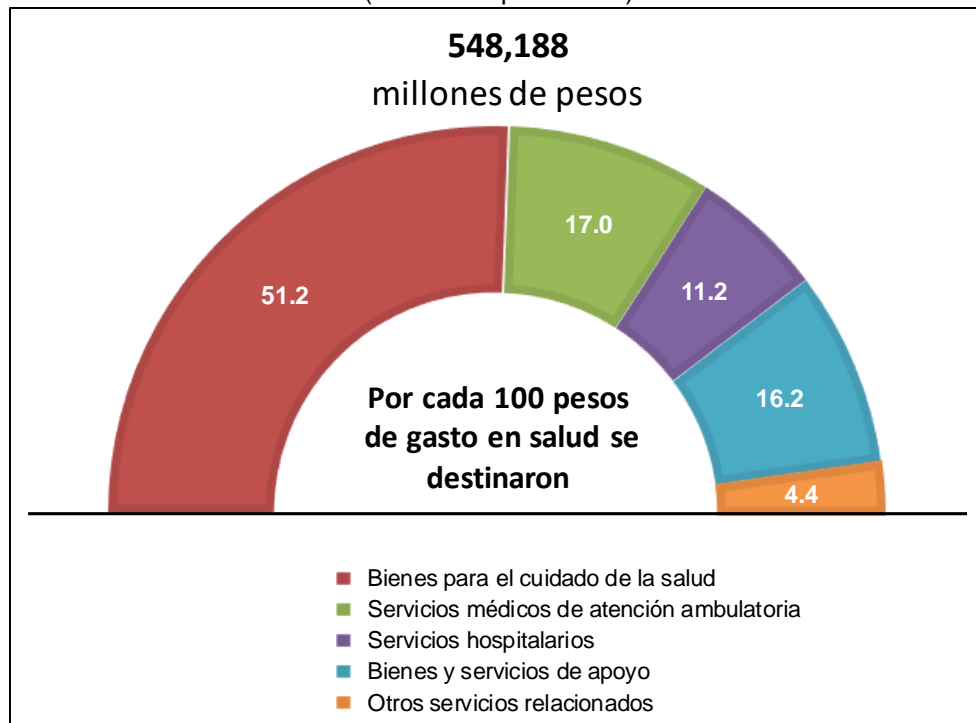
Los hogares constituyen un importante actor para el sector salud, debido a su doble propósito, como consumidores finales de bienes y servicios para el cuidado de la salud y como proveedores de bienes y servicios para autoconsumo dentro y fuera del hogar. En 2018, el gasto realizado directamente por los hogares para cubrir sus necesidades de salud ascendió a 548 mil 188 millones de pesos (sin contar el valor económico del trabajo no remunerado), lo que representó el 42% del gasto de consumo final de bienes y servicios relacionados con la salud⁵. Al considerar el trabajo no remunerado que los hogares destinan al cuidado de la salud (TNRS)⁶, se observó que éste fue equivalente a 378 mil 210 millones de pesos. Esto significa que en el año que se reporta, el gasto total que los hogares realizaron directamente y a través de su trabajo no remunerado cerró en 926 mil 398 millones de pesos.

Del consumo de bienes y servicios para el cuidado de la salud que realizan los hogares, el gasto en bienes para el cuidado de la salud concentró el 51.2%, seguido de las consultas médicas 17%, los bienes y servicios de apoyo (en los que se encuentran, por ejemplo, servicios de seguros médicos, de investigación y desarrollo; y bienes como desinfectantes y dentífricos) 16.2%, los servicios hospitalarios 11.2%, y el restante 4.4% se destinó a otros servicios asociados al cuidado de la salud.

⁵ El gasto de consumo final lo realizan los hogares, las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares y el gobierno.

⁶ El TNRS de los hogares incluye las actividades relacionadas con la prevención, cuidado y mantenimiento de la salud en el propio hogar, en hogares de terceros y en las instituciones sin fines de lucro.

Gráfica 5
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE LOS HOGARES EN BIENES Y SERVICIOS DE SALUD, 2018
 (Estructura porcentual)

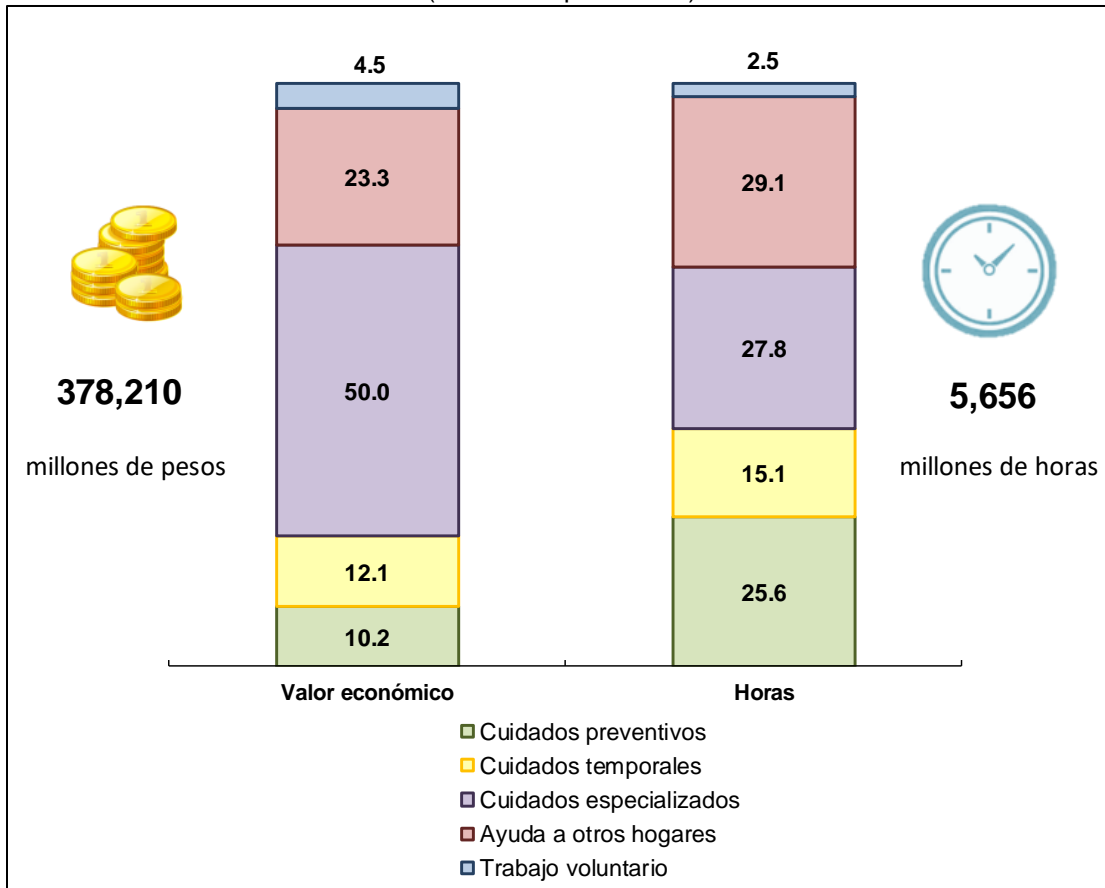


Fuente: INEGI.

Por el lado del trabajo no remunerado que destinan los hogares a la salud, fueron los cuidados que se realizan dentro del hogar los que concentraron el 72.2% del valor total generado por el TNRS, y están compuestos por los cuidados a enfermos crónicos o con alguna discapacidad física (o cuidados especializados), que fue equivalente al 50% del TNRS total, así como por los cuidados preventivos, y a enfermos temporales (o cuidados no especializados) con el 22.2 por ciento.

Por lo que se refiere a los cuidados de salud realizados fuera del hogar, el valor de la ayuda a otros hogares representó el 23.3% del valor del TNRS total, y el del trabajo voluntario en instituciones no lucrativas, el 4.5 por ciento.

Gráfica 6
COMPOSICIÓN DEL TRABAJO NO REMUNERADO EN EL CUIDADO DE LA SALUD, 2018
 (Estructura porcentual)



NOTA: La suma de los parciales puede no coincidir con el total debido al efecto del redondeo.
 Fuente: INEGI.

Bajo este enfoque, si los hogares hubieran contratado durante el 2018 a una persona para cuidar a sus enfermos, de cada 100 pesos que erogaría para este fin, 50 pesos se destinarían para la atención de aquellos miembros del hogar que presentan alguna discapacidad o enfermedad crónica; 22 pesos para proveer asistencia en salud a los integrantes de manera preventiva o cuyo padecimiento es temporal (gripa, tos, dolor de cabeza, etc.), y los pesos restantes se destinarían como ayuda a otros hogares y/o trabajo voluntario en organizaciones sin fines de lucro relacionadas con la salud.

En términos del tiempo que los hogares destinaron a las actividades de cuidado de la salud, éste fue de 5 mil 656 millones de horas en 2018 (como se observa en el gráfico anterior), de las cuales el 68.5% lo realizaron dentro del hogar, y el tiempo



remanente en apoyo a otros hogares o a organizaciones sin fines de lucro. Dentro de los hogares, los cuidados a enfermos crónicos o con alguna discapacidad concentraron el 27.8% del tiempo que éstos asignaron a la salud; a los cuidados preventivos de la salud se destinó el 25.6% del tiempo total, y el resto se designó a los cuidados a enfermos temporales. Al revisar las horas totales de trabajo no remunerado en función de quién lo realiza, se observó que el 69% es aportado por las mujeres y el 31% por los hombres. La actividad en la que más participan las mujeres es en el cuidado especializado de enfermedades y los hombres lo hacen como voluntarios en instituciones sin fines de lucro.

DISTRIBUCIÓN DE LA OFERTA Y LA UTILIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD

Durante 2018 la oferta total de bienes y servicios del sector salud⁷ se generó principalmente por la producción nacional de bienes y servicios con una aportación de 80.2%, seguida de las importaciones con 10.4% y el margen de comercio y distribución con 9.4 por ciento.

Por el lado de la utilización, el consumo privado concentró el 42.1% de la oferta total, el consumo de gobierno lo hizo con el 32.6%, la demanda de bienes y servicios para la producción (demanda intermedia) el 11.7%, a las exportaciones se destinó 11.4% y para la formación bruta de capital se utilizó el 2.2 por ciento.

Cuadro 2
COMPOSICIÓN DE LA OFERTA Y UTILIZACIÓN DEL SECTOR SALUD, 2017 Y 2018
 (Participaciones porcentuales)

Concepto	2017	2018
Oferta total = utilización total	100.0	100.0
Oferta total		
Producción a precios de mercado	80.3	80.2
Importaciones	10.1	10.4
Margen de comercio y distribución	9.6	9.4
Utilización total		
Demanda intermedia	12.0	11.7
Consumo privado	41.5	42.1
Consumo de gobierno	33.0	32.6
Formación bruta de capital	2.5	2.2
Exportaciones	11.0	11.4

Fuente: INEGI.

⁷ Incluye la valoración económica del trabajo no remunerado que los miembros de los hogares destinan a la salud (TNRS).



NOTA METODOLÓGICA

La Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) considera los lineamientos internacionales del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) 2008 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Lo anterior con el objetivo de integrar y detallar el sector salud desde el punto de vista de la producción, oferta y la demanda de los bienes y servicios, generando indicadores económicos que contribuyan al análisis de los productos que directa o indirectamente participan en la prevención, recuperación y mantenimiento de la salud humana.

En este sentido, el estudio presenta la valoración económica del trabajo no remunerado de los hogares en el cuidado de la salud (TNRS) que se contabiliza de acuerdo con las recomendaciones metodológicas del SCN 2008. Tal consideración, permite ampliar la frontera de la producción como un reflejo de la utilidad de estos servicios para los integrantes del hogar.

El TNRS contempla el tiempo destinado, por los integrantes del hogar, a los cuidados de salud tanto preventivos, como a enfermos temporales o crónicos, así como a personas con discapacidad, del propio hogar y de otros hogares; además del trabajo voluntario efectuado a través de las instituciones no lucrativas que brindan servicios de salud.

Para el cálculo de la CSSSM se utilizó información proveniente de los Censos Económicos 2014; de las encuestas realizadas por el INEGI; así como de las Cuentas de Bienes y Servicios, las Cuentas por Sectores Institucionales, la Matriz Insumo-Producto y los Cuadros de Oferta y utilización del SCNM, además de los registros administrativos provenientes de diversas fuentes, entre otros.

La información de la cuenta satélite se presenta de acuerdo con el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN) 2013.

Los resultados de la "Cuenta Satélite del Sector Salud de México, 2018. Preliminar. Año Base 2013" presentados en este documento y otros datos más pueden ser consultados en la siguiente liga:

<https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/>

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

- De acuerdo con los resultados de la ENADID 2018, de las personas de 5 años o más que habitan en el país, 7.7 millones tienen discapacidad.
- De cada 100 personas con discapacidad, 51 son adultos mayores (60 años o más).
- La enfermedad es la causa de la dificultad (discapacidad) más reportada (44.4 por ciento).
- De las personas con discapacidad que tienen 15 años o más edad, 38.5% forman parte de la población económicamente activa.

El Día Internacional de las Personas con Discapacidad fue declarado en 1992 por la Asamblea General de las Naciones Unidas; su objetivo es promover los derechos y el bienestar de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la sociedad y el desarrollo, así como considerar su situación en todos los aspectos de la vida política, social, económica y cultural (Naciones Unidas, s.f.).

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 utiliza la propuesta del Grupo de Washington sobre estadísticas de discapacidad¹ (WG, por sus siglas en inglés) para identificar la condición de discapacidad de los habitantes del país.

Con el objetivo identificar a la población que está en mayor riesgo de experimentar barreras en la participación social², el Grupo de Washington diseñó un conjunto de preguntas para captar el grado de dificultad que tienen las personas para realizar seis actividades consideradas básicas³(WG, s.f.a). A partir de dicha metodología se considera que una persona tiene discapacidad cuando declara tener mucha dificultad o no poder realizar al menos una actividad por las que se indaga (WG, s.f.b).

El objetivo de este comunicado, es mostrar el panorama sociodemográfico de las personas con discapacidad de acuerdo con los resultados de la ENADID 2018.

Datos de la población con discapacidad

De los 115.7 millones de personas de 5 años y más que habitan el país, 7.7 millones (6.7%) son consideradas como población con discapacidad. La distribución por edad y sexo permite identificar cómo se concentra este grupo de población; en las mujeres representa 54.2% y por la edad de las personas y la condición de discapacidad; la mitad (49.9%) son adultos mayores⁴.

La ENADID 2018 capta la dificultad que tiene la población en las seis actividades que propone el Grupo de Washington y dos actividades más (mover o usar brazos y manos y la dificultad para realizar sus actividades diarias por problemas emocionales o mentales). El análisis realizado por el Grupo de Washington sobre la aplicación de su metodología ha identificado problemas de sensibilidad en las preguntas, en especial, la posible confusión en la declaración, ante la posibilidad de no poder realizar

¹ El Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad se formó como resultado del Seminario Internacional de las Naciones Unidas sobre medición de discapacidad, que tuvo lugar en Nueva York en junio de 2001. Uno de los resultados de la reunión fue reconocer que el trabajo estadístico y metodológico sobre discapacidad se necesitaba en el ámbito internacional, a fin de facilitar la comparación de datos sobre el tema (WG, 2019).

² Fue diseñada para ser aplicada dentro del contexto del censo de población o encuestas en hogares y está dirigida a obtener datos de la población de cinco años o más edad, debido a la dificultad derivada de los procesos de desarrollo en los primeros años de vida (WG, 2017).

³ Las actividades consideradas son: caminar, subir o bajar usando sus piernas; ver (aunque use lentes); aprender, recordar o concentrarse; escuchar (aunque use aparato auditivo); bañarse, vestirse o comer y hablar o comunicarse.

⁴ La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, define a los adultos mayores como “Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad...” (CDHCU, 2002: 2) y el INEGI los considera de la misma manera.

alguna actividad por ser parte del desarrollo en la población infantil (de 0 a 4 años). Ante esto, recomienda que los datos se presenten a partir de los cinco años (WG, 2017). Esta recomendación también se señala en la propuesta de tabulados de discapacidad en el documento: *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses* Revisión 3 de Naciones Unidas (ONU, 2017). Considerando estas recomendaciones, los datos que se presentan son para la población de 5 años o más.

De acuerdo con los resultados de la ENADID 2018, de las personas de 5 años y más que habitan en el país, 6.7% tiene discapacidad, es decir, tienen mucha dificultad o no pueden hacer alguna de las actividades por las cuales se indaga en la encuesta. Por entidad federativa, los estados con mayor prevalencia de población con discapacidad son: Zacatecas (10.4%), Tabasco (9.8%) y Guerrero (9.4 por ciento). Los estados que concentran las prevalencias más bajas son: Chiapas (4.7%), Nuevo León y Quintana Roo con 4.6% cada uno.

Prevalencia de la discapacidad¹ en personas de 5 años y más, por entidad federativa (en porcentaje) 2018

Mapa 1



Nota: La prevalencia se calcula con respecto al total de habitantes de 5 años o más, en cada entidad federativa.

No se incluye a la población que no especificó su edad.

¹ Incluye a las personas que tienen como respuesta "No puede hacerlo" o "Lo hace con mucha dificultad" en al menos una de las actividades por las que se pregunta.

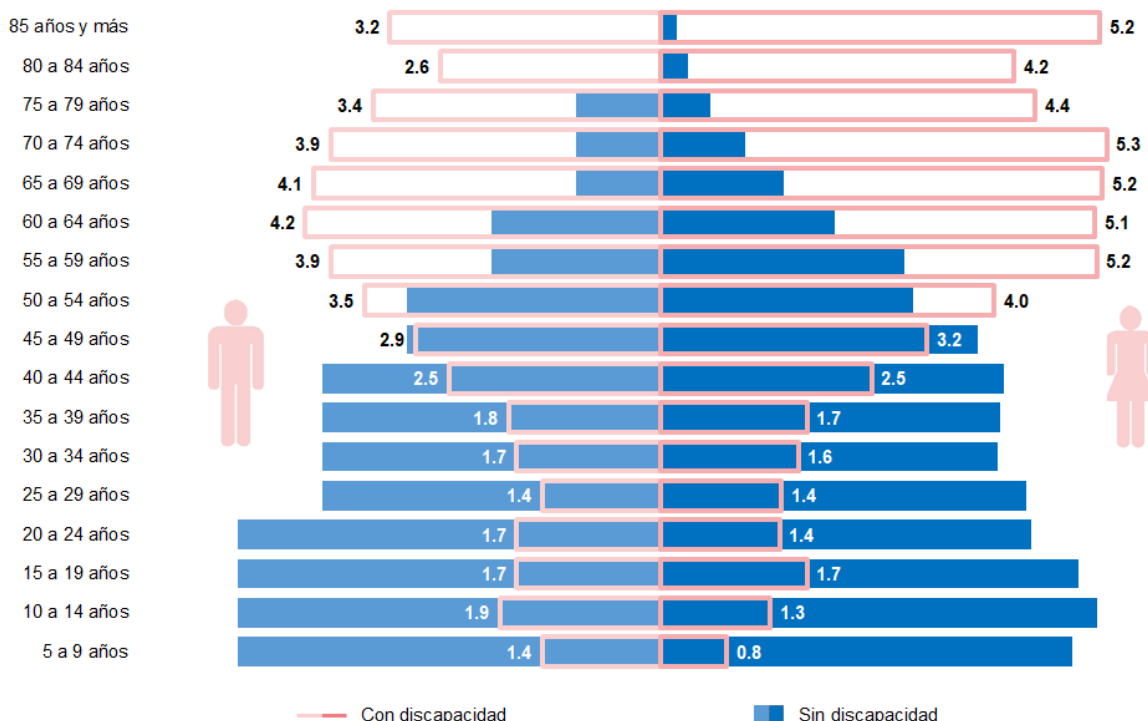
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG. Información de interés nacional.

La estructura por edad de la población con discapacidad muestra un comportamiento invertido con respecto a la población que no tiene discapacidad, es decir, una baja concentración en la población joven (5 a 29 años) y un aumento paulatino conforme se incrementa la edad; la mayor concentración se observa en el grupo de adultos mayores (50.9 por ciento). La discapacidad en los adultos mayores tiene como consecuencia la acumulación de riesgos a la salud, en términos de enfermedades, lesiones, padecimientos crónicos y en algunos casos, se requiere de la ayuda de un cuidador (Salinas et al., s.f.).

Por sexo, del total de población con discapacidad, las mujeres concentran más población con esta condición (54.2%) que los hombres (45.8 por ciento).

Estructura de la población de 5 años y más, por grupo quinquenal de edad según condición de discapacidad y sexo (en porcentaje) 2018

Gráfica 1



Nota: No se incluye a la población que no especificó su edad.
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG. Información de interés nacional.

Actividad con dificultad

De acuerdo con la metodología del Grupo de Washington, la discapacidad se identifica a partir del grado de dificultad declarado en actividades consideradas como básicas. Los resultados de la ENADID 2018, muestran que caminar, subir o bajar usando sus piernas (53.3%) y ver (aunque use lentes) (39.6%) son las actividades más declaradas. En el extremo contrario están la dificultad para realizar sus actividades diarias derivada de problemas emocionales o mentales (11.8%) y hablar o comunicarse (9.7 por ciento).

El riesgo de tener mayor dificultad para realizar actividades básicas de la vida cotidiana tiene una estrecha relación con el incremento de la edad en las personas; en los adultos mayores (60 años o más) con discapacidad, las actividades más reportadas son: caminar subir o bajar usando sus piernas (67.5%), ver (aunque use lentes) (39.6%) y escuchar (aunque use aparato auditivo) (24.7 por ciento); el no poder realizarlas o tener mucha dificultad, tienen un impacto o pueden condicionar su participación e inclusión en la sociedad.

En la población infantil (5 a 14 años de edad) con discapacidad, las actividades más reportadas son: aprender, recordar o concentrarse (43.0%), hablar o comunicarse (31.1%) y ver (aunque use lentes) (27.9 por ciento). En los jóvenes (15 a 29 años) con discapacidad, ver (aunque use lentes) (40.9%); aprender, recordar o concentrarse (28.1%) y caminar, subir o bajar escaleras usando sus piernas (24.8%) son las actividades que más se registraron. En el caso de la población adulta (30 a 59 años) con discapacidad, caminar, subir o bajar escaleras usando sus piernas (45.1%), ver (aunque use

lentes) (41.2%) y mover o usar sus brazos o manos (16.2%) son las actividades con dificultad que más se reportaron.

**Porcentaje de población de 5 años y más con discapacidad¹
por actividad con dificultad según grupo de edad
2018**

Cuadro 1

Actividad con dificultad	Total	Niños (de 5 a 14 años)	Jóvenes (de 15 a 29 años)	Adultos (de 30 a 59 años)	Adultos mayores (de 60 años y más)
Caminar, subir o bajar usando sus piernas	53.3	19.8	24.8	45.1	67.5
Ver (aunque use lentes)	39.6	27.9	40.9	41.2	39.6
Aprender, recordar o concentrarse	19.3	43.0	28.1	15.3	17.8
Escuchar (aunque use aparato auditivo)	18.6	11.5	12.6	12.4	24.7
Mover o usar sus brazos o manos	18.1	9.5	13.5	16.2	21.0
Bañarse, vestirse o comer	12.9	15.8	12.8	8.1	15.9
Problemas emocionales o mentales	11.8	20.8	23.4	10.7	9.3
Hablar o comunicarse	9.7	31.1	22.8	8.1	6.2

Nota: El porcentaje se calculó con base en el total de población de cinco años y más con discapacidad por grupo de edad. El porcentaje es mayor de 100 debido a que una persona puede reportar discapacidad en más de una actividad. No se incluye a la población que no especificó su edad.

¹Incluye a las personas que tienen como respuesta "No puede hacerlo" o "Lo hace con mucha dificultad" en al menos una de las actividades por las que se pregunta.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG. Información de interés nacional.

Causa de la dificultad

Obtener información sobre la causa que originó la dificultad es importante, ya que permite planear y posiblemente valorar los programas de atención o prevención en salud y, también, de la dificultad (UNDS, 1998). Según los datos de la ENADID 2018, la enfermedad (44.4%) y los problemas originados antes o durante el nacimiento —nació así— (27.2%), son las causas más declaradas. Resaltan las diferencias en la proporción de hombres que, como causa, declaran edad avanzada (15%) o accidente (14.2%), en comparación a lo que se observa en las mujeres (10.9% y 7.7%, respectivamente).

La enfermedad es la causa más reportada para las actividades de: caminar, subir o bajar usando sus piernas (50.1%); mover o usar sus brazos o manos (49.4%); ver (aunque use lentes) (48.7%); bañarse vestirse o comer (47.7%) y realizar sus actividades diarias debido a problemas emocionales o mentales (45.1%). Mientras que para escuchar (aunque use aparato auditivo) (43.5%) y para aprender, recordar o concentrarse (33.6%) la causa más declarada son las relacionadas con el nacimiento o previo al mismo (nació así); en el caso de la actividad para hablar o comunicarse, la edad avanzada (42.6%) es la principal causa.

La violencia se incluyó como causa de la dificultad, con el objetivo de identificar el impacto que puede tener en la condición de discapacidad (INEGI, 2019); esta, aunque con porcentajes muy bajos, tiene presencia en todas las actividades.

Distribución porcentual de población con discapacidad¹, por actividad con dificultad según causa de la dificultad 2018

Cuadro 2

Actividad con dificultad	Total	Enfermedad	Nació así	Edad avanzada	Accidente	Violencia	Otra causa
Total	100.0	44.4	27.2	12.6	10.5	0.5	4.8
Caminar, subir o bajar usando sus piernas	100.0	50.1	24.7	4.8	17.2	0.2	3.0
Ver (aunque use lentes)	100.0	48.7	28.9	10.8	6.1	0.3	5.2
Mover o usar sus brazos o manos	100.0	49.4	22.7	7.0	17.6	0.4	2.9
Aprender, recordar o concentrarse	100.0	31.2	33.6	22.1	4.2	0.8	8.1
Escuchar (aunque use aparato auditivo)	100.0	29.7	43.5	11.9	8.1	0.6	6.2
Bañarse, vestirse o comer	100.0	47.7	26.4	12.9	10.1	0.2	2.7
Hablar o comunicarse	100.0	35.2	13.2	42.6	4.3	0.5	4.2
Problemas emocionales o mentales	100.0	45.1	15.2	23.9	4.3	2.0	9.5

Nota: El porcentaje se calcula con respecto al total de dificultades en cada actividad. A cada dificultad le corresponde una causa. No se incluye a la población que no especificó su edad.

¹Incluye a las personas que tienen como respuesta "No puede hacerlo" o "Lo hace con mucha dificultad" en al menos una de las actividades por las que se pregunta.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG. Información de interés nacional

Salud

La salud es un ámbito importante para todas las personas, pero para quienes tienen discapacidad resulta de mayor relevancia por el cuidado que requieren en esta área, ya sea por seguimiento de algún padecimiento o rehabilitación, entre otras. La afiliación a servicios médicos "permite identificar a las personas que están inscritas o tienen acceso a alguna(s) institución(es) o programa(s) social(es) para la atención de la salud" (INEGI, 2019: 201).

Del total de personas de 5 años o más con discapacidad, 86.7% está afiliada al menos a una de las instituciones por las que se indaga; según el tipo de institución al que están inscritas, 53.3% lo está en alguna institución de seguridad social, mientras que 48.7% lo hace en un programa social. En el caso de la población sin discapacidad, en el mismo grupo de edad, 82.3% está afiliada en al menos una institución de salud, de esta población, 53.8% está afiliada a la seguridad social y 46.9% está inscrita a un programa social.

**Porcentaje de población de 5 años y más afiliada, por institución
De afiliación según condición de discapacidad y sexo
2018**

Cuadro 3

Institución o programa de afiliación	Sin discapacidad			Con discapacidad		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Seguridad social ¹	53.8	55.8	52	53.3	52.1	54.2
Programa social ²	46.9	44.5	49	48.7	49.6	47.9
Seguro privado ³	3.6	4	3.2	1.4	1.5	1.4
Otra institución ⁴	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2

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.

No se incluye a la población que no especificó su edad.

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

² Incluye al Seguro Popular o Seguro médico Siglo XXI y al IMSS- PROSPERA (IMSS-Oportunidades).

³ Incluye seguro privado.

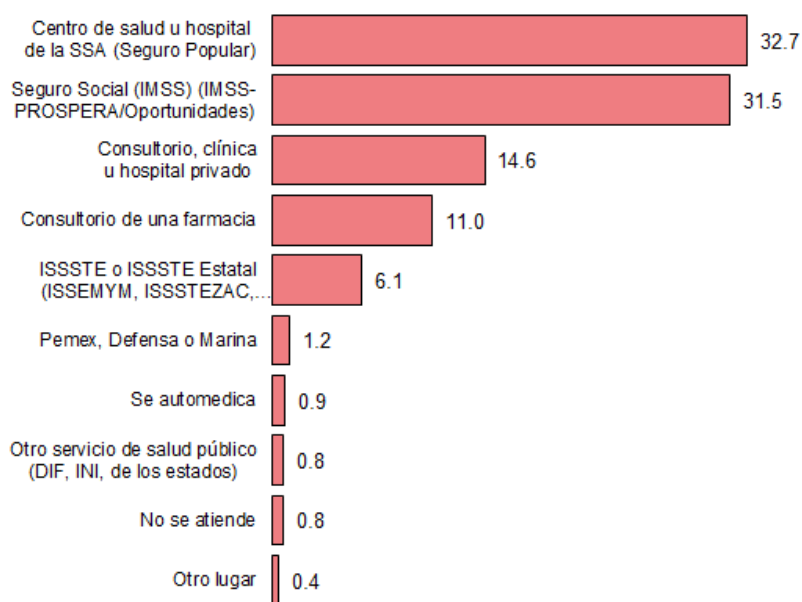
⁴ Incluye otra institución.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG. Información de interés nacional.

Los datos de la ENADID 2018 permiten identificar a dónde decide ir la población cuando tiene un problema de salud. Del total de personas de 5 años o más edad que tiene discapacidad, 64.2% acude al IMSS o algún centro de salud u hospital de la SSA; 25.6% paga para recibir atención médica al acudir a un consultorio de farmacia, consultorio, clínica u hospital privado, y 1.7% no se atiende o se automédica.

**Distribución porcentual de población de 5 años y más con discapacidad¹
usuaria de servicios de salud, por lugar de atención
2018**

Gráfica 2



Nota: No se incluye a la población que no especificó su edad.

¹Incluye a las personas que tienen como respuesta "No puede hacerlo" o "Lo hace con mucha dificultad" en al menos una de las actividades por las que se pregunta.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG. Información de interés nacional

Educación

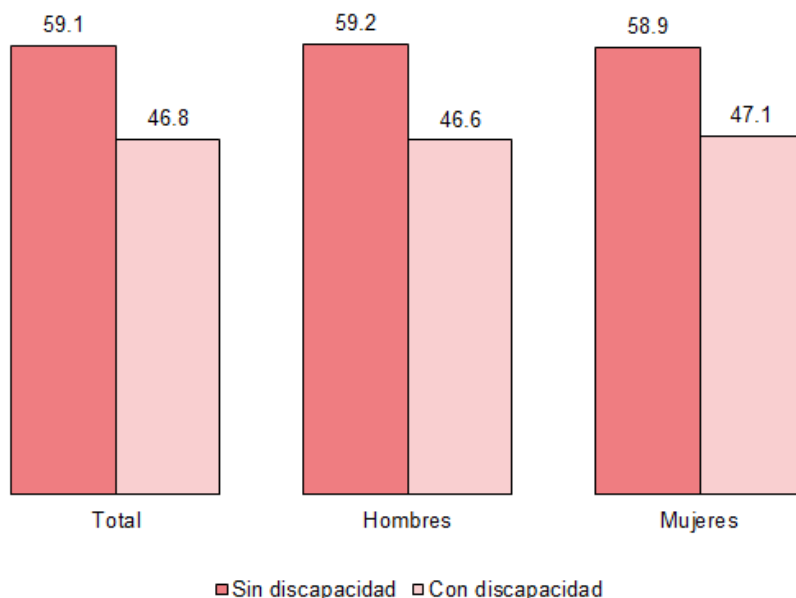
Si bien la educación siempre ha sido importante para el desarrollo y progreso de un país, ha adquirido mayor relevancia dadas las profundas transformaciones, motivadas por el vertiginoso avance de la ciencia y las tecnologías de la información (UNAM, 2012).

La legislación educativa del país contempla que la educación básica⁵ y media superior conforman la educación obligatoria, la cual abarca desde los 5⁶ hasta los 17 años como la edad ideal para cursarla, mientras que a partir de los 18 años hasta los 29 años, se espera que las personas estén cursando la educación superior o algún nivel posterior.

La proporción de población que tienen entre 5 y 29 años de edad que asiste a la escuela, es 12 puntos porcentuales menor entre las personas con discapacidad (46.8%) en comparación con quienes no tienen discapacidad (59.1%); diferencia que se mantiene al comparar los datos por sexo. El mismo comportamiento se observa al hacer el contraste en los distintos grupos de edad ideal para cursar alguno de los grados académicos del Sistema Educativo Nacional.

Porcentaje de población de 5 a 29 años que asiste a la escuela, por condición de discapacidad y sexo 2018

Gráfica 3



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG. Información de interés nacional.

Los datos muestran, como señala la UNESCO, que las personas con discapacidad tienen menos probabilidades de asistir a la escuela y de igual manera, tienen menos posibilidades de adquirir las habilidades básicas de alfabetización (UNESCO, 2018).

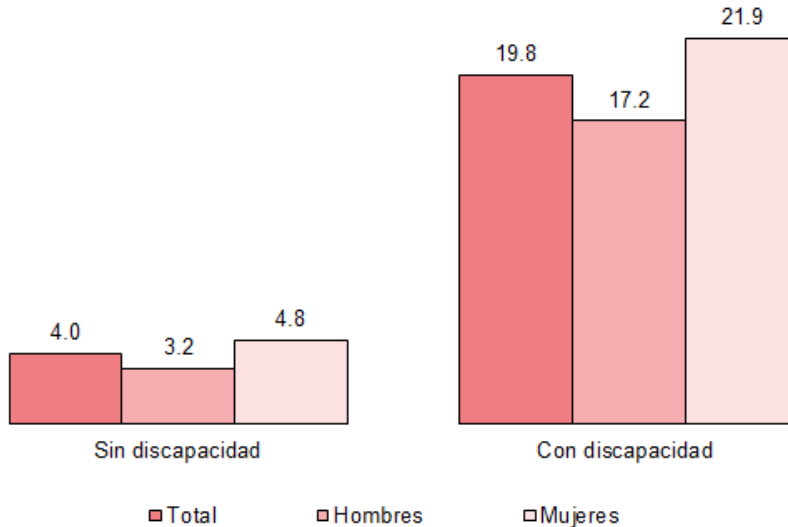
⁵ La educación básica abarca la formación escolar de los niños desde los tres a los quince años y se cursa a lo largo de doce grados, distribuidos en tres niveles educativos: tres grados de educación preescolar, seis de educación primaria y tres de educación secundaria.

⁶ Aunque en estricto sentido debería de ser a partir de los tres años, se adecua el grupo de edad de referencia para hacerlo congruente con el resto de los datos presentados en este boletín.

La ENADID 2018 define a una persona analfabeta como “persona de 15 años o más que no sabe leer y escribir un texto sencillo y corto” (INEGI, s.f.). El porcentaje de población con discapacidad que no saben leer ni escribir un recado (19.8%) supera por casi cuatro veces a la que no tiene discapacidad (4.0%) que también es analfabeta; en los varones la diferencia es de 14 puntos porcentuales y en las mujeres, se incrementa hasta llegar a los 17 puntos porcentuales.

Porcentaje de población de 15 años y más que no sabe leer ni escribir un recado, por condición de discapacidad y sexo 2018

Gráfica 4



Nota: No se incluye a la población que no especificó su edad.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG. Información de interés nacional.

El logro educativo alcanzado por la persona se relaciona estrechamente con las habilidades y competencias de la población de un país y puede ser considerado un indicador indirecto de aspectos cuantitativos y cualitativos asociados con las reservas de capital humano. Mostrar la distribución de la población de 25 años o más por nivel educativo logrado es un indicador que refleja la estructura y rendimiento del sistema educativo y su impacto acumulado en la formación de capital humano (UNESCO, 2009).

La Clasificación Internacional Normalizadora de la Educación (CINE)⁷ permite comparar las estadísticas educativas entre países. A partir de los datos de la ENADID 2018, es posible señalar que 20.4% de la población con 25 o más años de edad que tiene discapacidad no cuenta con instrucción⁸ académica, mientras que la mitad de este grupo de población (49.1%) apenas alcanza los niveles 0⁹ y 1¹⁰ de acuerdo con lo que define la CINE.

⁷ Esta clasificación fue diseñada a inicios de la década de 1970, por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), como documento guía para la recolección y presentación de estadísticas educativas comparables, tanto a nivel nacional e internacionalmente. Contempla ocho niveles académicos, además de quienes no tienen educación académica.

⁸ **Sin educación:** incluye a las personas sin instrucción (nunca cursaron un programa educativo).

⁹ **Nivel 0.** Educación preescolar y para la primera infancia: incluye a las personas que cursaron al menos un grado de educación preescolar; tienen la educación preescolar concluida pero no tienen más grados académicos aprobados; que no especificaron el grado de educación preescolar y quienes tienen primaria incompleta o no especifican grado aprobado en la primaria.

¹⁰ **Nivel 1.** Educación primaria: incluye a las personas que tienen primaria completa; secundaria incompleta y quienes no especificaron grado aprobado de secundaria.

En contraste, de la población sin discapacidad que tiene 25 años o más edad, 66.1% ha alcanzado los niveles 2¹¹, 3¹², 5¹³ o 6¹⁴, proporciones que duplican a la población con discapacidad. Esta misma tendencia se observa al comparar hombres y mujeres según la condición de discapacidad.

Distribución porcentual de población de 25 años y más, por nivel de educación logrado, según condición de discapacidad y sexo 2018

Cuadro 4

Nivel de educación logrado y sexo	Sin discapacidad			Con discapacidad		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Sin educación	4.9	4.3	5.5	20.4	18.2	22.2
Nivel 0. Educación preescolar y para la primera infancia	10.8	10.5	11.0	27.1	26.4	27.6
Nivel 1. Educación primaria	18.2	18.2	18.2	22.1	22.7	21.5
Nivel 2. Baja secundaria	27.9	27.6	28.3	16.1	17.5	15.1
Nivel 3. Alta secundaria	18.5	18.7	18.2	8.1	8.3	7.9
Nivel 5. Primera etapa de la educación terciaria	2.0	1.6	2.4	1.1	0.8	1.3
Nivel 6. Segunda etapa de la educación terciaria	17.7	19.1	16.4	5.1	6.1	4.4

Nota: No se incluye a la población que no especificó su edad.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG. Información de interés nacional.

Condición de actividad económica

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la población con discapacidad experimenta mayores tasas de desempleo e inactividad económica en comparación con las personas sin discapacidad (OIT, 2019). El Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; además de que prohíbe la utilización del trabajo de los menores de 15 años de edad (DOF, 2019); con ello se busca garantizar el acceso a todos los habitantes del país, a un trabajo digno y seguro.

Los datos de la ENADID 2018, muestran una amplia diferencia en la tasa de participación económica; entre quienes no tienen discapacidad, la tasa alcanza 65.4%; mientras en la población con discapacidad este indicador llega al 38.5 por ciento. Esta diferencia es más notoria por sexo: entre los hombres la diferencia alcanza 31 puntos porcentuales y en las mujeres, la diferencia en la tasa de participación económica es de 21 puntos porcentuales; estos datos evidencian la poca participación económica de la población con discapacidad.

¹¹ **Nivel 2.** Baja secundaria: incluye a las personas que tienen secundaria completa; algún grado aprobado de preparatoria o bachillerato o no especificaron grado en preparatoria o bachillerato; normal básica incompleta o que no especificó grado; carrera técnica concluida que les solicitaron como antecedente escolar la primaria concluida; carrera técnica incompleta y quienes no especificaron grado que les pidieron la secundaria concluida como antecedente escolar.

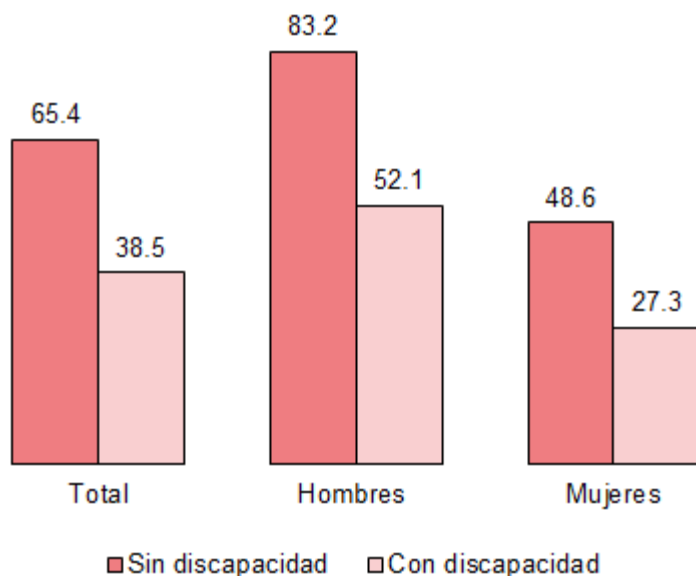
¹² **Nivel 3.** Alta secundaria: incluye a las personas que tienen preparatoria o bachillerato concluido; normal básica concluida; carrera técnica concluida que les solicitaron la secundaria completa como antecedente escolar; carrera técnica incompleta o no especificaron grado, que les solicitaron como antecedente escolar la preparatoria o bachillerato concluido; profesional o licenciatura incompleta o no especificaron grado.

¹³ **Nivel 5.** Primera etapa de educación terciaria: incluye a las personas que tienen carrera técnica concluida y que le solicitaron el bachillerato concluido como antecedente escolar.

¹⁴ **Nivel 6.** Segunda etapa de educación terciaria: incluye a las personas que tienen estudios de licenciatura o profesional concluidos; especialidad concluida; al menos un grado en maestría, especialidad o doctorado; los que no especificaron el grado aprobado en estudios de maestría, especialidad o doctorado.

Tasa de participación económica de la población de 15 años y más,
por condición de discapacidad y sexo
2018

Gráfica 5



Nota: No se incluye la población que no especificó su edad.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG. Información de interés nacional.

-oOo-

Referencias

Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión [CDHCU]. (2002). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*. (Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002). México: Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. Recuperado el 27 de junio del 2019, de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_120718.pdf

Diario Oficial de la Federación [DOF] (2019). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis (última reforma, DOF, 09-08-2019). Recuperado el 13 de agosto del 2019, de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_090819.pdf

División de Estadística de la ONU [UNSD], (1998). Principios y Recomendaciones para los censos de población y habitación. Revisión 1. ONU; Nueva York. Recuperado 1 de julio del 2019, de: https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_67rev1S.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (s.f.). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Glosario. Recuperado el 13 de septiembre del 2019, de: https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENADID_2018

----- (2019). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Diseño conceptual. Recuperado el 1 de julio del 2019, de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/dc_enadid18.pdf

Naciones Unidas [UN]. (s.f.). Día internacional de las Personas con Discapacidad. 3 de diciembre. Recuperado el 26 de junio del 2019, de:

<https://www.un.org/es/events/disabilitiesday/background.shtml>

Organización de Naciones Unidas [ONU] (2017). *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses. Revision 3*. Department of Economic and Social Affairs. Statistics Division. Nueva York: ONU. Recuperado el 7 de agosto del 2019, de:

https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesM/Series_M67rev3en.pdf

Organización Internacional del Trabajo [OIT] (2019). Discapacidad y Trabajo. Recuperado el 27 de agosto de 2019, de: https://www.ilo.org/global/topics/disability-and-work/WCMS_475652/lang--es/index.htm

Organización de 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, United States: ONU

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (2018). Education and Disability: Analysis of Data from 49 Countries. Recuperado el 11 de julio del 2019, de: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/ip49-education-disability-2018-en.pdf>

----- (2009). Indicadores de la educación. Especificaciones técnicas. Recuperad el 12 de agosto del 2019, de: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/education-indicators-technical-guidelines-sp.pdf>

Salinas R. A., Manrique E. B., Moreno T. K. y Téllez-Rojo M. (s.f.). Envejecimiento y Discapacidad: Implicaciones económicas para los hogares en México. Recuperado el 27 de junio del 2019, de: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/foro-envejecimiento/FS_ENVEJECIMIENTO_DISCAPACIDAD.pdf

Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2012). Plan Educativo Nacional. Recuperado el 1 de julio del 2019, de:

http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_00/Text/00_05a.html

Washington Group on Disability Statistics [WG] (s.f.a.). Disability Information from Censuses. Recuperado el 2 de julio del 2019, de: https://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/meeting8/dpo_report.pdf

----- (s.f.b). The Measurement of Disability. Recommendations for the 2010 Round of Censuses. Recuperado el 1 de junio del 2019, de:

http://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/recommendations_for_disability_measurement.pdf

----- (2019). *History*. Washington D. C, United States of America. Recuperado el 27 de junio de 2019, de: <http://www.washingtongroup-disability.com/about/history/>

----- (2017). The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS). Recuperado el 14 de agosto del 2019, de: <http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/12/WG-Document-2-The-Washington-Group-Short-Set-on-Functioning.pdf>

Para consultas de medios y periodistas, contactar a: comunicacionsocial@inegi.org.mx
o llamar al teléfono (55) 52-78-10-00, ext. 1134, 1260 y 1241.

Dirección de Atención a Medios



“ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (10 DE SEPTIEMBRE)” DATOS NACIONALES

- Con base en las Estadísticas de Mortalidad, en 2017 la tasa de suicidio fue de 5.2 por cada 100 mil habitantes.
- La población de 20 a 24 años ocupa la tasa más alta de suicidio con 9.3 por cada 100 mil jóvenes entre estas edades. Destaca el riesgo en los hombres de este grupo con una tasa de 15.1 por cada 100 mil.
- En 2017 el suicidio ocupó el lugar número 22 de las principales causas de muerte para la población total. En la población de 15 a 29 años, es la segunda causa de muerte.

El suicidio es considerado un problema de salud pública y constituye una tragedia tanto para las familias como para la sociedad¹. Puede ser prevenible², de ahí que los esfuerzos en este tema estén dirigidos a identificar personas en riesgo y a mejorar la salud mental de la población, como ha quedado establecido en el Programa de acción para superar la brecha en salud mental, de la OMS en 2008, que busca ampliar la prestación de servicios y atención de problemas de salud mental, neurológicos y de abuso de sustancias³.

Monitorear el problema y las conductas que llevan a él favorece la creación de estrategias para prevenirlo y evaluar sus avances, ya que además de la necesidad de cada país, existen compromisos internacionales como el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS que establece como meta mundial reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para 2020⁴.

En este mismo sentido se estableció el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio para fomentar compromisos y medidas prácticas para prevenirlo.

Con el propósito de contribuir a esta causa, el INEGI ofrece información estadística actualizada sobre suicidios a partir de las estadísticas de mortalidad de 2017⁵.

PANORAMA DEL SUICIDIO ACTUAL EN MÉXICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que, en la actualidad, cerca de 800 mil personas se suicidan al año. La reducción de muertes por esta causa se encuentra contemplada en la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que busca reducir en el 2030, un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar⁶. Uno de los indicadores utilizados para evaluar dicha meta es la tasa de mortalidad por suicidio.

En México, las estadísticas de mortalidad de 2017 reportan que, del total de fallecimientos, 6,494 fueron por lesiones autoinfligidas, lo que constituye 0.9% del total de muertes. Con ello, la tasa de suicidios 2017 es de 5.2 fallecimientos por cada 100 mil habitantes.

¹ OMS (2018). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

² OPS, OMS (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global* http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

³ OMS (2008). *Programa de acción para superar las brechas en salud mental* https://www.who.int/mental_health/mhgap/es/

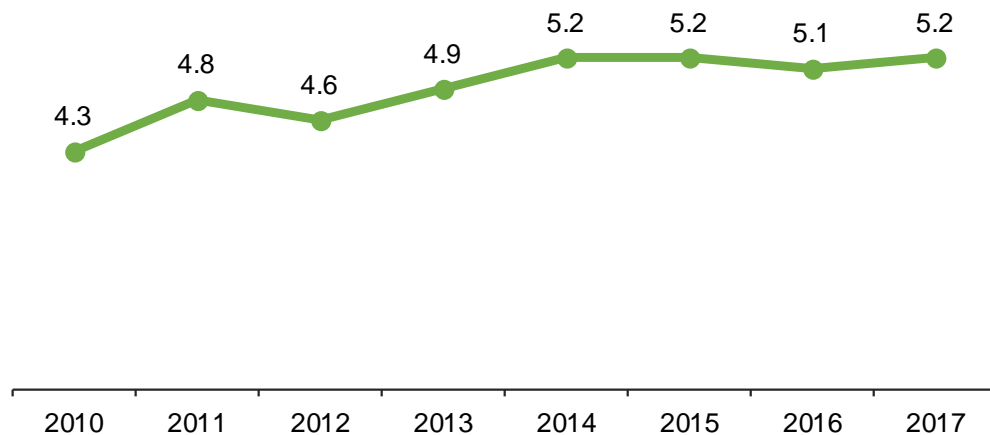
⁴ OMS (2017). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

⁵ Se consideran las muertes ocurridas y registradas en 2017.

⁶ <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>

Desde 2010 hasta 2013 se observó una tendencia ascendente en el comportamiento de este indicador, pero de 2014 a 2017 se ha mantenido estable.

Tasa de suicidios
2010 a 2017
(Por cada 100 000 habitantes)



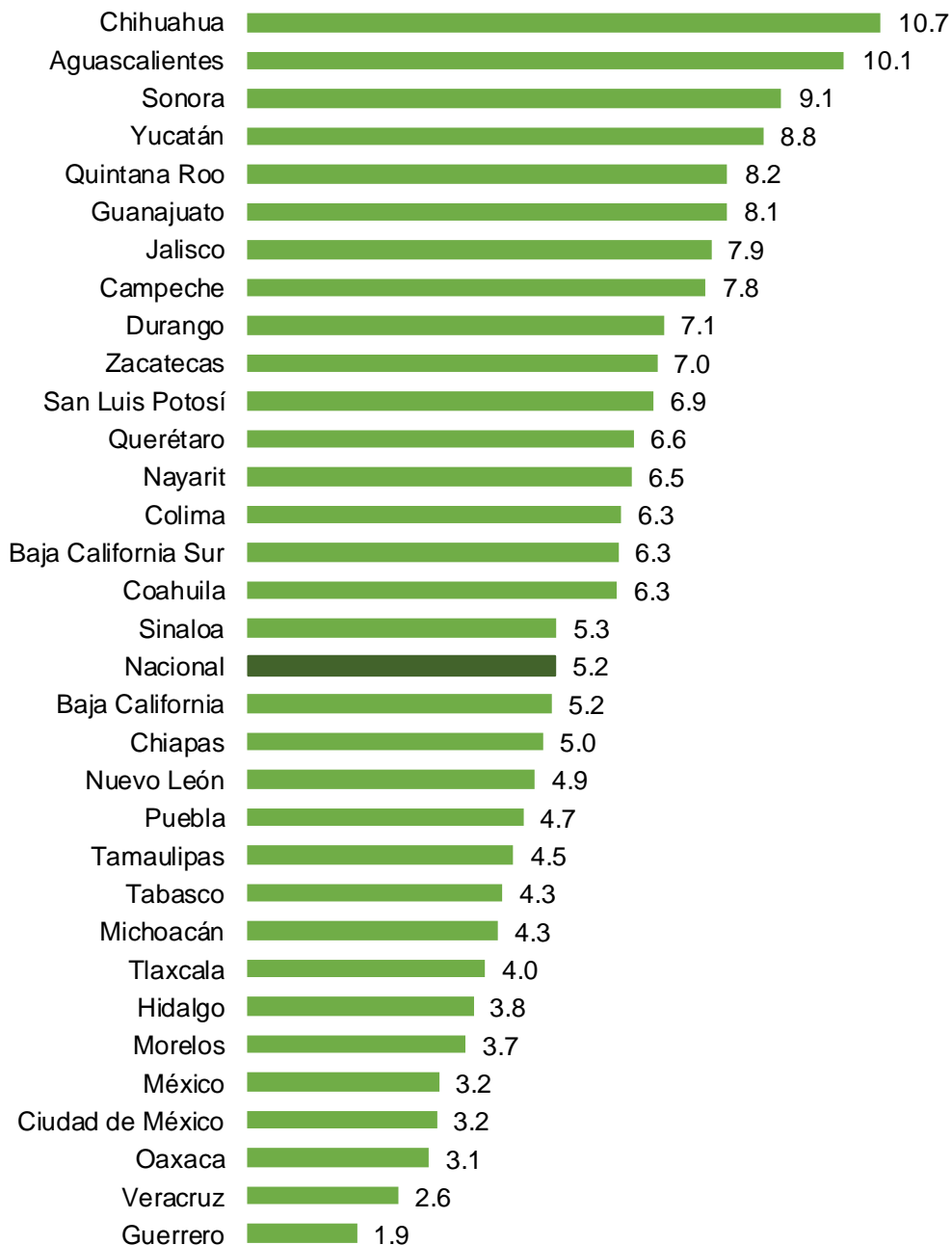
e: INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, varios años.
CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

Algunos autores señalan que el suicidio no solo tiene sus causas personales, sino que obedece también a factores socioculturales que influyen en la conducta de las personas⁷.

Por entidad federativa, se observa que Chihuahua tiene la tasa más alta con 10.7 suicidios por cada 100 mil habitantes; le siguen Aguascalientes y Sonora con 10.1 y 9.1, respectivamente. Por otro lado, las entidades con la tasa más baja de suicidio son Guerrero (1.9), Veracruz (2.6) y Oaxaca (3.1).

⁷ Jiménez R.A, Cardiel L. (2013). *El suicidio y su tendencia social en México*.
<https://www.redalyc.org/pdf/112/11228794009.pdf>

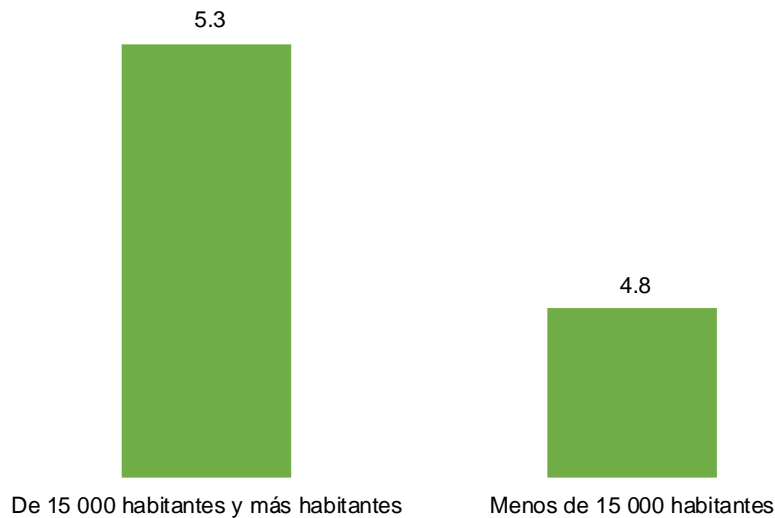
**Tasa estandarizada de suicidios por entidad federativa
2017**
(Por cada 100 000 habitantes)



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2017. Base de datos.
CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

En relación con la localidad de residencia de los fallecidos por suicidio, existe una tasa mayor en aquellas de 15 mil y más habitantes (5.3 por cada 100 mil habitantes), mientras que en localidades menores a 15 mil habitantes es de 4.8 por cada 100 mil habitantes.

Tasa de suicidio por tamaño de localidad de residencia 2017



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2017. Base de datos.
CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

SEXO Y EDAD

Con respecto al sexo de las personas fallecidas por suicidio, es conocido que la tendencia ha sido más pronunciada en los hombres que en las mujeres; así, para ellos, la tasa de suicidio en 2017 fue de 8.7 por cada 100 mil hombres; en tanto que, para ellas, de 1.9 por cada 100 mil mujeres.

Según la edad de los fallecidos, a partir del grupo de 15 a 19 años hasta el grupo de 50 a 54 años, las tasas de suicidio superan el dato nacional; de ellos, llama la atención que los jóvenes de 20 a 24 años ocupan la tasa más alta con 9.3 por cada 100 mil jóvenes entre estas edades.

Por sexo y grupo de edad, en el caso de las mujeres, el grupo de 15 a 19 años presenta la tasa de suicidio más alta con 4.0 suicidios por cada 100 mil mujeres; en los hombres, sobresale el grupo de 20 a 24 años con una tasa de 15.1 suicidios por cada 100 mil jóvenes de esas edades.

**Tasa de suicidios por sexo y grupo de edad
2017**
(Por cada 100 mil habitantes)

Grupo quinquenal de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	5.2	8.7	1.9
10 a 14 años	1.9	2.0	1.7
15 a 19 años	7.1	10.1	4.0
20 a 24 años	9.3	15.1	3.4
25 a 29 años	8.3	13.8	3.0
30 a 34 años	7.8	14.0	2.1
35 a 39 años	7.5	13.2	2.4
40 a 44 años	6.7	11.4	2.4
45 a 49 años	5.7	10.1	1.6
50 a 54 años	5.5	9.8	1.5
55 a 59 años	4.5	8.0	1.4
60 a 64 años	4.4	7.8	1.3
65 y más años	4.9	9.5	1.1

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2017. Base de datos.
CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

Esto señala que los jóvenes son quienes están más vulnerables a tener un comportamiento suicida. Algunos señalan que esto se debe a que hay características biológicas, psicológicas y sociales muy específicas que experimentan los adolescentes y jóvenes que les llevan a padecer mayores dificultades emocionales⁸.

Otro reflejo de esta situación es el lugar que ocupa el suicidio dentro del total de causas de muerte por grupo de edad, pues mientras que para el total de población el suicidio ocupó el lugar número 22; para los grupos de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años, es la segunda causa de muerte.

⁸ Girad, G. (2017). *El suicidio en la adolescencia y en la juventud*.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num2-2017/22-31.pdf>

Principales causas de muerte por grupo de edad, 2017

Grupo quinquenal de edad	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
15 a 19 años	Agresiones (2 368)	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) (785)	Otros accidentes de transporte terrestre (636)	Tumores (neoplasias) malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (419)	Motociclista lesionado en accidente de transporte (339)
20 a 24 años	Agresiones (4 567)	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) (1 013)	Otros accidentes de transporte terrestre (952)	Eventos de intención no determinada (445)	Motociclista lesionado en accidente de transporte (443)
25 a 29 años	Agresiones (4 764)	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) (864)	Otros accidentes de transporte terrestre (857)	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (660)	Enfermedades isquémicas del corazón (537)
30 a 34 años	Agresiones (4 455)	Enfermedades del hígado (896)	Enfermedades isquémicas del corazón (790)	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (777)	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) (739)
35 a 39 años	Agresiones (3 896)	Enfermedades del hígado (1 707)	Diabetes mellitus (1 186)	Enfermedades isquémicas del corazón (1 084)	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (757)
40 a 44 años	Agresiones (3 231)	Enfermedades del hígado (2 753)	Diabetes mellitus (2 436)	Enfermedades isquémicas del corazón (1 825)	Tumores malignos de los órganos digestivos (873)
45 a 49 años	Diabetes mellitus (4 378)	Enfermedades del hígado (3 623)	Enfermedades isquémicas del corazón (2 656)	Agresiones (2 199)	Tumores malignos de los órganos digestivos (1 295)
50 a 54 años	Diabetes mellitus (7 329)	Enfermedades del hígado (4 315)	Enfermedades isquémicas del corazón (3 945)	Tumores malignos de los órganos digestivos (81 843)	Agresiones (1 471)
55 a 59 años	Diabetes mellitus (10 497)	Enfermedades isquémicas del corazón (5 482)	Enfermedades del hígado (4 687)	Tumores malignos de los órganos digestivos (2 558)	Enfermedades cerebrovasculares (1 839)
60 y más años	Enfermedades isquémicas del corazón (82 537)	Diabetes mellitus (77 211)	Enfermedades cerebrovasculares (28 242)	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (25 377)	Tumores malignos de los órganos digestivos (19 214)

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2017. Base de datos.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS FALLECIDAS POR SUICIDIO

“El comportamiento suicida como problema epidemiológico-social está ligado a una serie de agentes sociodemográficos, socioambientales, psicológicos y biológicos que predisponen al individuo, acelerando su realización, unos con más fuerza que otros”⁹.

Respecto al nivel de escolaridad de las personas fallecidas por suicidio, 33.2% tenían secundaria completa o algún grado cursado en este nivel; 30.2%, primaria, con algún grado o completa.

Distribución porcentual de las personas fallecidas por suicidio según nivel de escolaridad

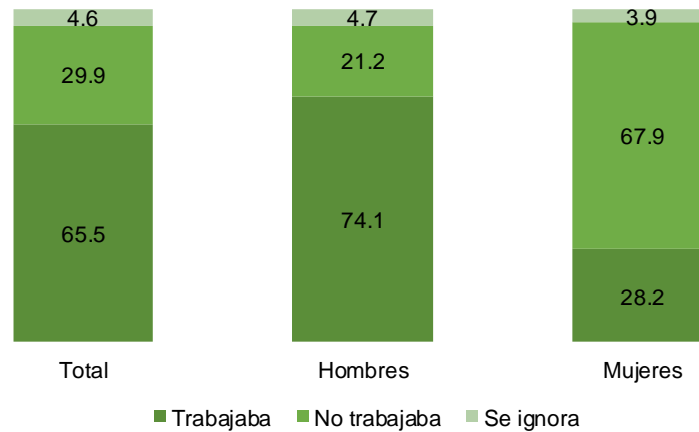


Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2017. Base de datos.

Del total de personas fallecidas por suicidio, en 65.5% se identificó que trabajaban y 29.9% no lo hacían. Por sexo esta situación difiere, el porcentaje de hombres que trabajaban fue de 74.1% en tanto que en las mujeres fue de 28.2 por ciento.

⁹ Morejón, W. V., et.col. (2018). *Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores*. <http://scielo.sld.cu/pdf/rt/v8n2/rt06208.pdf>

Distribución porcentual de las personas fallecidas por suicidio según condición de actividad 2017



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2017. Base de datos.

CARACTERÍSTICAS DEL HECHO

“La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es un elemento clave de la prevención del suicidio. Sin embargo, las políticas de restricción de esos medios (como la limitación del acceso a plaguicidas y armas de fuego o la colocación de barreras en los puentes) requieren un conocimiento de los métodos preferidos en diversos grupos de la sociedad, y de la cooperación y colaboración entre múltiples sectores”¹⁰.

A nivel nacional la gran mayoría de los suicidios ocurren en viviendas particulares (76.3%) y el método empleado más utilizado es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación: ocho de cada 10 suicidios (80.3%) se dan de esta manera.

Esta forma de cometer el suicidio es el principal medio tanto en hombres como mujeres (81.8 y 74.0%, respectivamente); el segundo método en los hombres es el disparo con arma (8.7%) y en mujeres, el envenenamiento por sustancias nocivas (6.3 por ciento).

Distribución porcentual de las personas fallecidas por suicidio, por sexo según tipo de método utilizado 2017

Tipo de método utilizado	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	80.3	81.8	74.0
Disparo de arma	7.9	8.7	4.3
Envenenamiento por plaguicidas	3.5	3.0	6.1
Envenenamiento sustancias nocivas y otros químicos	2.9	2.1	6.3
Envenenamiento por medicamento, drogas y otras sustancias específicas	1.5	0.7	4.7
Otros	2.4	2.3	2.6
No especificado	1.5	1.4	2.0

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2017. Base de datos.

¹⁰ OPS, OMS (2014). *Op. cit.*

BIBLIOGRAFÍA:

Guilherme Borges, *et.col.* (2010). *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual.*

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6979/8935>

Héctor Hiram Hernández-Bringas, René Flores-Arenales (2011). *El suicidio en México.*

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252011000200004&script=sci_arttext

Jiménez R.A, Cardiel L. (2013). *El suicidio y su tendencia social en México.*

<https://www.redalyc.org/pdf/112/11228794009.pdf>

Morejón, W. V., *et.col.* (2018). *Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores.*

<http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf06208.pdf>

OMS (2008). *Programa de acción para superar las brechas en salud mental.*

https://www.who.int/mental_health/mhgap/es/

OPS, OMS (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global.*

http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

OMS (2017). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.*

https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

OMS (2018). *Suicidio.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Para consultas de medios de comunicación, contactar a: comunicacionsocial@inegi.org.mx

o llamar al teléfono (55) 52-78-10-00, exts. 1134, 1260 y 1241.

Dirección de Atención a Medios/ Dirección General Adjunta de Comunicación.



ESTADÍSTICA DE SALUD EN ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES 2018 GENERADA A PARTIR DE LA INFORMACIÓN DE 2 863 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- Del total de establecimientos particulares que proporcionan servicios de salud, 9.2% se declaró como un establecimiento de atención de especialidad médica.
- Las principales causas de atención de morbilidad en los establecimientos particulares fueron: embarazo, parto y puerperio; enfermedades del sistema digestivo; traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas; enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades del sistema genitourinario.
- Seis entidades concentran 49.7% de los establecimientos particulares que prestan servicios de salud.

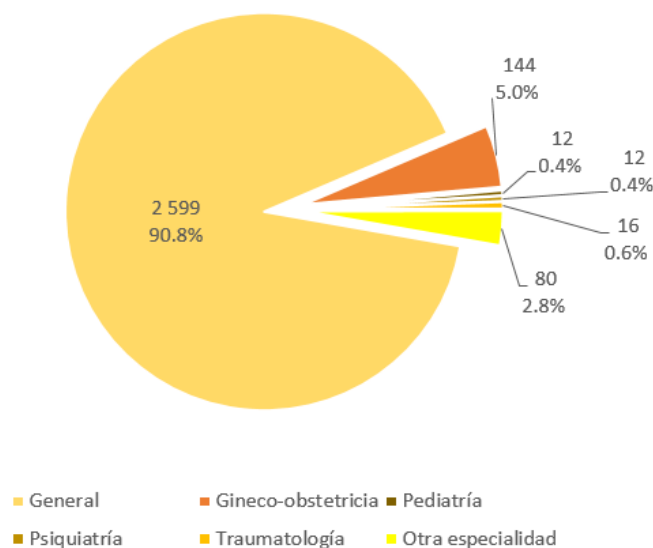
El INEGI da a conocer información referida a 2018 sobre el número de establecimientos particulares que proporcionan servicios de salud y su distribución geográfica en el territorio mexicano, sus características, los servicios que prestan, los recursos humanos y materiales con los que cuentan y las enfermedades que se atendieron.

COBERTURA

Las entidades que concentraron el 49.7% de los establecimientos particulares de salud son: México con 460 establecimientos, Ciudad de México con 260, Jalisco con 214, Guanajuato con 203, Michoacán de Ocampo con 145 y Puebla con 141.

De cada 100 establecimientos privados, 91 tienen la categoría de hospital general, 5 de gineco-obstetricia, 3 otra especialidad y el resto corresponde a pediatría, psiquiatría y traumatología.

Establecimientos por tipo de especialidad



En el país se registraron 33 630 camas censables distribuidas en 2 863 hospitales; 66 de cada 100 establecimientos tienen entre 1 y 9 camas censables; es decir, son pequeños; 31 se ubican en el rango de 10 a 49 camas y sólo 3 de cada 100 tienen 50 y más camas, los cuales se clasifican como hospitales grandes.

SERVICIOS

Los servicios ambulatorios con más demanda en los hospitales privados fueron los de consulta externa. Destacaron la consulta de especialidad (44.9%), la consulta general (37.4%) y urgencias (15%). Las de menor demanda son la consulta odontológica (1.9%) y la de medicina preventiva (0.8 por ciento).

Se realizaron 280 223 cesáreas que corresponden al 26% del total de las intervenciones quirúrgicas. De los métodos definitivos de planificación familiar la salpingoclasia contribuye con 2.5% del total de los procedimientos médicos quirúrgicos, mientras que la vasectomía representa el 0.2 por ciento.

De los procedimientos en medicina de diagnóstico los de más recurrencia fueron los exámenes de análisis clínicos con 17 718 751 casos, seguidos de los de radiología con 2 732 700 casos y los de menor demanda fueron las endoscopías con 101 394 casos.

De acuerdo con el tipo de exámenes realizados se atendieron 9 497 011 personas y en poco menos del 50% (4 319 917) se realizaron exámenes de análisis clínicos.

Con respecto a los procedimientos en medicina de tratamiento se proporcionaron 2 805 069 tratamientos. El 49.2% de ellos fueron tratamientos de inhaloterapia, 16.8% correspondieron a la fisioterapia y 14.1% a rehabilitación.

El número total de personas a quienes les suministraron tratamientos médicos terapéuticos ascendió a 858 754, teniendo en cuenta que pudieron recibir uno o más de ellos. El procedimiento que más se aplicó fue el de inhaloterapia (45.7%), seguido de fisioterapia (15.7%) y de rehabilitación (14.7 por ciento).

El número de pacientes que egresaron de los hospitales particulares fue de 1.9 millones, de los cuales 23.9% egresaron de los establecimientos caracterizados como grandes por el número de camas censables con las que cuentan (50 y más).

Las consultas de planificación familiar ascendieron a 140 534, de las cuales 70 346 correspondieron a consulta subsecuente y 70 188 a consulta de primera vez.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD HOSPITALARIA

En 2018, los establecimientos privados del país registraron 1 908 107 egresos hospitalarios a nivel nacional: 1 890 213 fueron egreso por morbilidad y 17 894 fueron a causa de mortalidad hospitalaria.

Dentro de las principales causas de egreso por morbilidad hospitalaria están las relacionadas con la atención al embarazo, parto y puerperio (20.6%); la segunda causa la ocupan las enfermedades del sistema digestivo (13.4%); les siguen los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (8.9%), las enfermedades del sistema respiratorio (8.0%) y las enfermedades del sistema genitourinario (7.8 por ciento).

La primera causa de defunción correspondió a enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio con 4 083 casos, seguida de las relacionadas con el sistema respiratorio con 2 616 casos y en tercer lugar las relacionadas con los tumores o neoplasias con 2 188 casos.

Seis de cada 10 egresos se presentaron en mujeres y 4, en hombres.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

En 2018 los hospitales particulares registraron 90 784 médicos: 89 846 en atención directa con el paciente y 938 en el desarrollo de otras labores. Considerando el total de médicos que atienden directamente a los pacientes, 83.8% son médicos especialistas, 12.1% médicos generales, 2.1% residentes, 1.2% odontólogos y 0.8% pasantes.

En la nómina de los establecimientos particulares de salud están registrados sólo dos de cada diez médicos que trabajan en el hospital. Ocho de cada diez tienen un acuerdo especial con éste; es decir, son médicos externos con autorización para trabajar en estos establecimientos.

En los hospitales particulares de salud de México, de cada 100 personas con funciones paramédicas 50 son enfermeras generales, 21 auxiliares de enfermería, 11 enfermeras especializadas, 5 pasantes de enfermería, 4 son otro tipo de enfermeras y 9 pertenecen a otro personal paramédico.

En los establecimientos particulares de salud se reportaron 15 556 consultorios generales y de especialidad, 4 978 quirófanos, 892 laboratorios de análisis clínicos, 437 equipos de mamografía, 355 equipos de escáner de tomografía axial computarizada y 83 equipos de radioterapia.

Estas estadísticas tienen como objetivo proporcionar información para el análisis, investigación, planeación y evaluación de las características y efectos en las políticas de salud, así como para brindar el servicio público de información. La información en detalle se encuentra en la página del Instituto en Internet <https://www.inegi.org.mx/programas/salud/>

Se anexa Nota Técnica

Para consultas de medios y periodistas, contactar a: comunicacionsocial@inegi.org.mx

o llamar al teléfono (55) 52-78-10-00, exts. 1134, 1260 y 1241

Dirección de Atención a Medios / Dirección General Adjunta de Comunicación





Nota Técnica

Estadísticas de salud en establecimientos particulares 2018

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) da a conocer los resultados, a nivel nacional y por entidad federativa, de las estadísticas de salud en establecimientos particulares en el país en 2018.

El desarrollo económico y social del país se sustenta cada vez más en el uso de información estadística oportuna y confiable, es por ello que el quehacer estadístico reviste mayor importancia. En este sentido los servicios de salud son esenciales para el desarrollo de cualquier país, por lo que conocer el número de establecimientos que proporcionan servicios de salud y su distribución geográfica en territorio mexicano es fundamental para atender a la población que solicita estos servicios.

Objetivo

Las Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares constituyen un programa de generación de estadística de manera regular y oportuna, que tiene como objetivo proporcionar información sobre la prestación de servicios de salud, la disponibilidad de recursos humanos, físicos y materiales de las unidades médicas, así como la morbilidad y mortalidad hospitalaria registrada a través del diagnóstico principal de egreso del sector privado. Esta información sirve para el análisis, investigación, planeación y evaluación de las características y efectos de la política sobre la salud en el país, así como para brindar el servicio público de información

Descripción general

Procedencia de la Información: Establecimientos Particulares de Salud

Cobertura Geográfica: Nacional

Desglose Geográfico: Entidad Federativa

Cobertura Temporal: 2018

Corte Temporal: Semestral

Contenido: Información actualizada sobre los servicios que proporcionan los establecimientos particulares de salud, los recursos humanos y materiales con los que cuentan, así como la morbilidad y mortalidad registrada a través de la causa principal de egreso desglosados por entidad federativa.

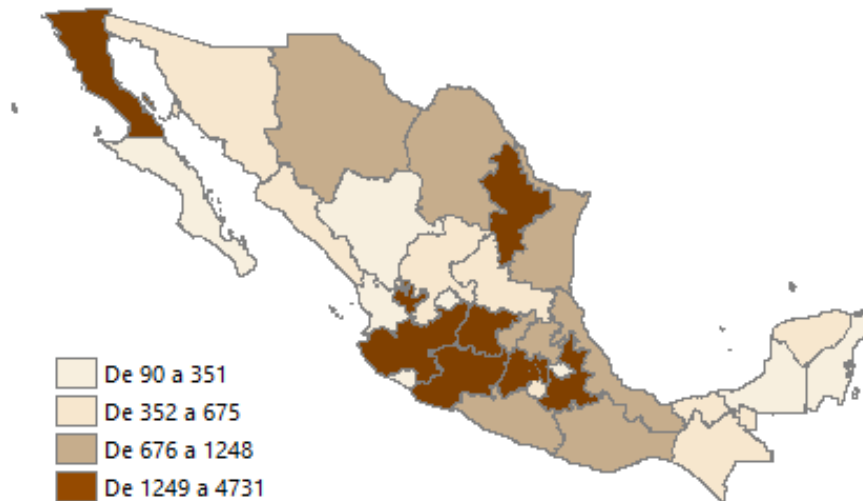
Contribuye a la prestación del servicio público de información, presentando información comparable en las entidades federativas ya que actualiza los datos publicados en ediciones anteriores.

Principales resultados

A partir del aprovechamiento de los registros administrativos de los establecimientos particulares de salud proporcionaron información nacional 2 863 hospitales en ellos se proporcionaron 13 491 340 consultas externas y egresaron 1 908 107 pacientes que requirieron el servicio de hospitalización.

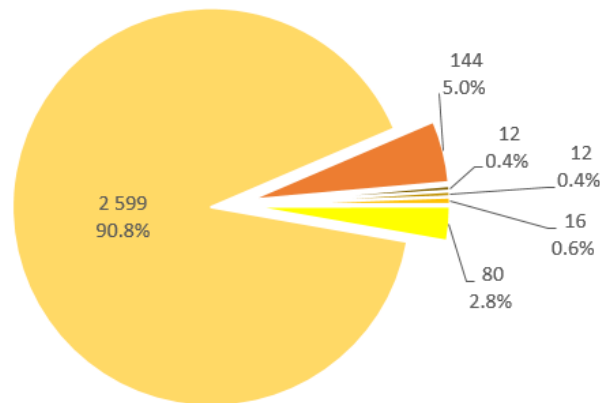
En 2018 las entidades que concentraron el 52.7% de camas censables requeridas para el uso de pacientes internos son: Ciudad de México 4 731 (14.1%), México 3 949, (11.7%), Jalisco 3 130 (9.3%), Guanajuato 2 095 (6.2%), Nuevo León 2 036 (6.1%) y Puebla 1 785 (5.3 por ciento).

Número de camas censables por entidad federativa



De cada 100 establecimientos particulares que brindan servicios de salud, 91 tienen la categoría de hospital general, 5 de gineco-obstetricia, 3 otra especialidad y el resto corresponde a pediatría, psiquiatría y traumatología.

Establecimientos por tipo de especialidad



■ General ■ Gineco-obstetricia ■ Pediatría
■ Psiquiatría ■ Traumatología ■ Otra especialidad

En el país, se registraron 33 630 camas censables distribuidas en 2 863 hospitales; 66 de cada 100 establecimientos tienen entre 1 y 9 camas censables; 31 se ubican en el rango de 10 a 49 camas y sólo 3 de cada 100 tienen 50 y más camas.

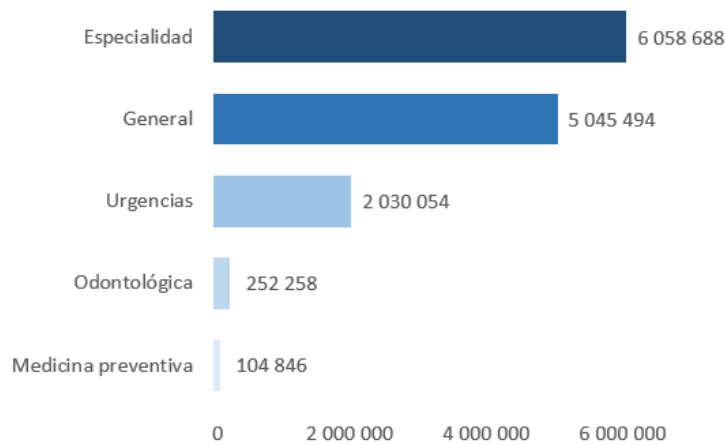
Establecimientos particulares de salud por número de camas censables

Número de camas	Total	Porcentaje
Total	2 863	100.0
1-4	715	25.0
5-9	1 171	40.9
10-14	465	16.3
15-24	254	8.8
25-49	162	5.7
50 y mas	96	3.4

SERVICIOS

Los servicios ambulatorios con más demanda en los hospitales privados son los de consulta externa. Destacan la consulta de especialidad con 6 058 688 (44.9%), la consulta general con 5 045 494 (37.4%), y urgencias 2 030 054 (15%), las de menor demanda son las consultas odontológicas 252 258 (1.9%) y las de medicina preventiva con 104 846 (0.8 por ciento).

Consulta externa por tipo

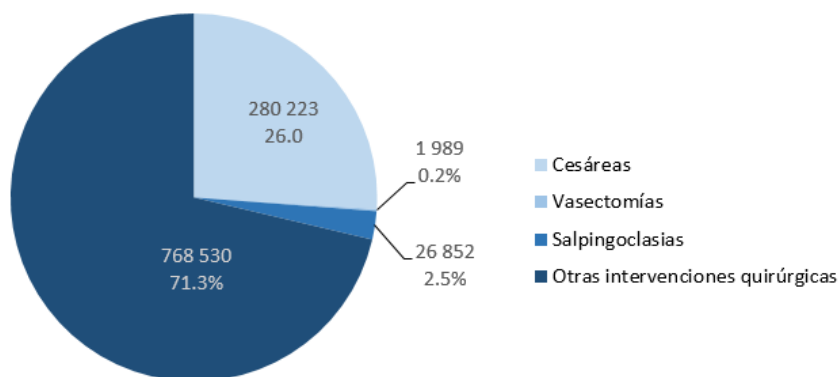


Dentro de las consultas de especialidad, la consulta gineco-obstétrica, es una de las de mayor demanda con un 1 613 989 unidades (26.6 por ciento).

Dentro los métodos definitivos de planificación familiar que se realizan mediante mecanismos quirúrgicos, se encuentra la salpingoclasia, con 26 852 procedimientos (2.5 %) del total de los procedimientos médicos quirúrgicos; la vasectomía representa el 0.2 % con 1 989 casos.

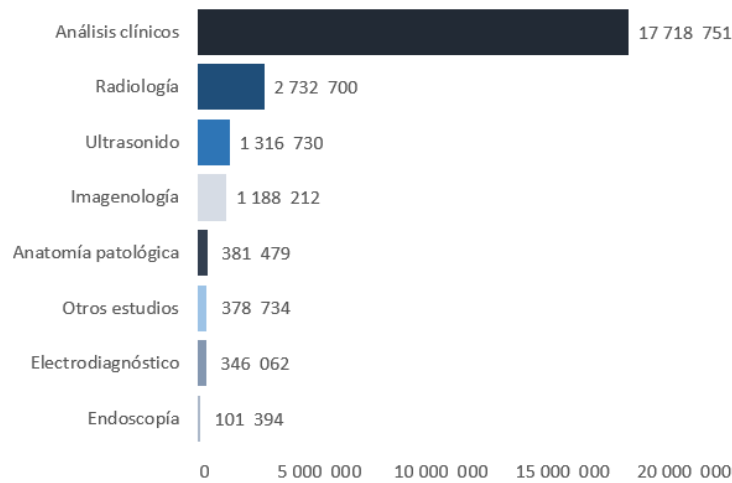
En el país en 2018, en los establecimientos particulares de salud se realizaron 280 223 cesáreas que corresponden al 26% del total de las intervenciones quirúrgicas.

Procedimientos médicos quirúrgicos por tipo



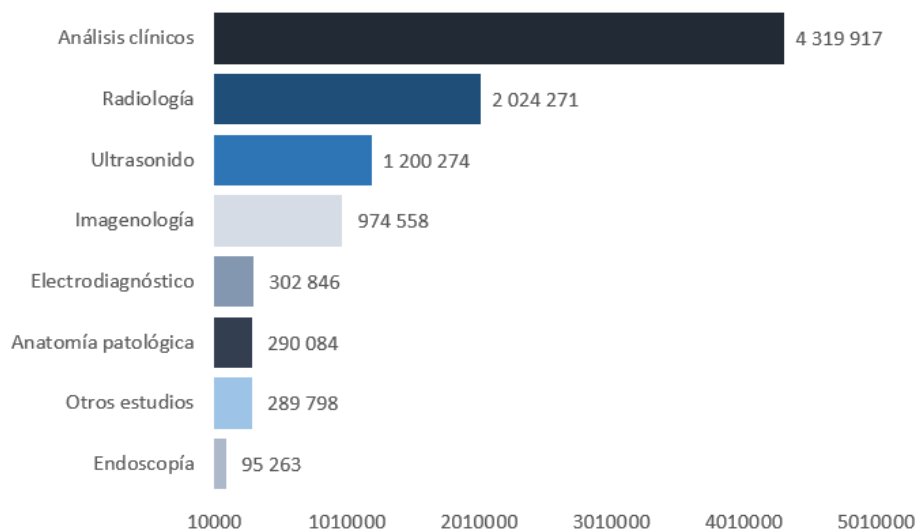
Con el fin de poder establecer el estado patológico y los procedimientos terapéuticos de los usuarios, los establecimientos particulares de salud proporcionaron los servicios de procedimientos en medicina de diagnóstico, en donde los de más recurrencia fueron los exámenes de análisis clínicos con 17 718 751 (73.3 por ciento).

Procedimientos en medicina de diagnóstico según tipo



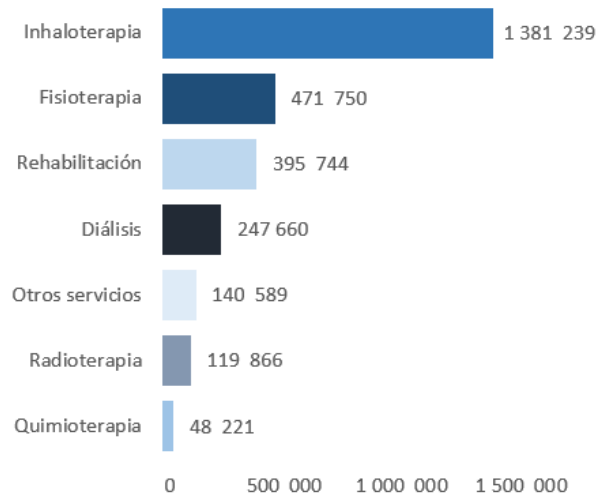
El número total de personas atendidas de acuerdo al tipo de exámenes realizados a fin de confirmar o precisar diagnósticos médicos fue de 9 497 011 personas, y poco menos del 50% se realizaron exámenes de análisis clínicos.

Procedimientos en medicina de diagnóstico según personas atendidas



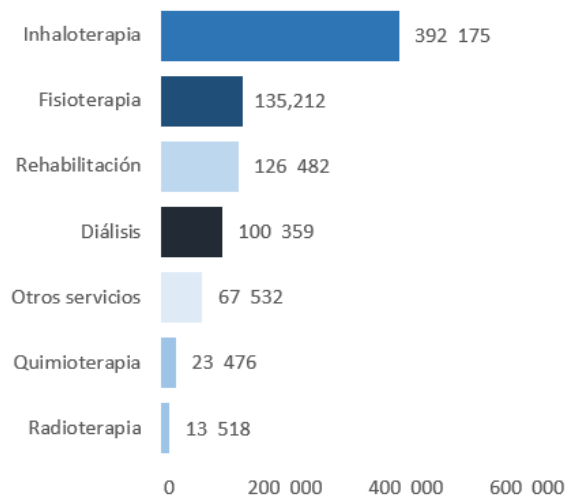
Con respecto a los procedimientos en medicina de tratamiento se proporcionaron 2 805 069 tratamientos, el 49.2% (1 381 239) de ellos fueron tratamientos de inhaloterapia, 16.8% (471 750) corresponde a la fisioterapia y el 14.1% (395 744) a rehabilitación.

Procedimientos en medicina de tratamiento según tipo



El número total de personas a quienes les fue aplicado un tratamiento médico terapéutico fue de 858 754, teniendo en cuenta que pudieron recibir más de uno, en el procedimiento donde se atendió el mayor número de personas fue inhaloterapia con 392 175 (45.7%), seguido de fisioterapia 135 212 (15.7%) y rehabilitación con 126 482 (14.7%) pacientes atendidos.

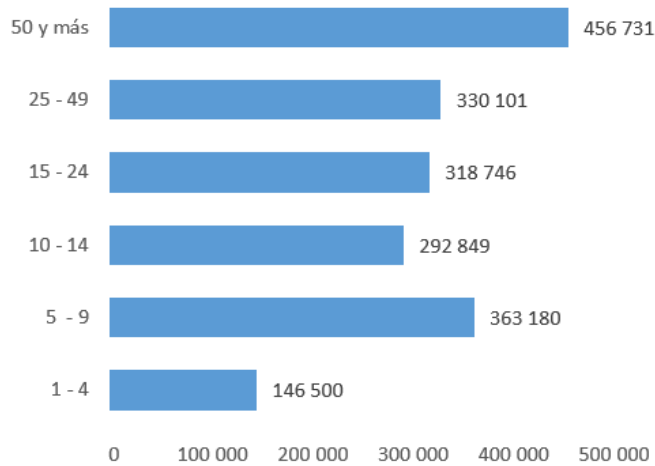
Procedimientos en medicina de tratamiento según personas atendidas





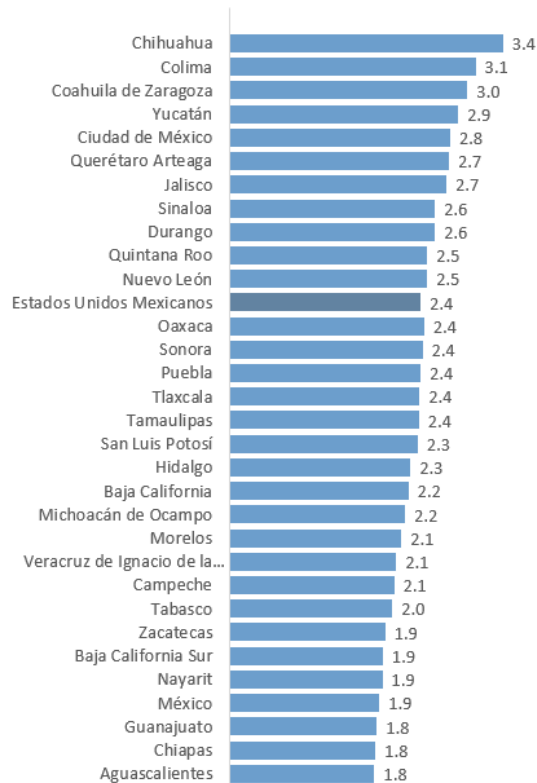
En 2018, el número de pacientes que egresó de los hospitales particulares fue de 1.9 millones; 1 890 213 fueron egresos por morbilidad y 17 894 fueron a causa de mortalidad hospitalaria; de los cuales 23.9% egresaron de los establecimientos caracterizados como grandes por el número de camas censables con las que cuentan (50 y más).

Egresos por camas censables



Otro indicador hospitalario relevante son los días estancia que el paciente permanece internado hasta su egreso, sobresalen en 2018 las entidades de Chihuahua y Colima en donde el promedio de internamiento de los pacientes fue de 3 días estancia.

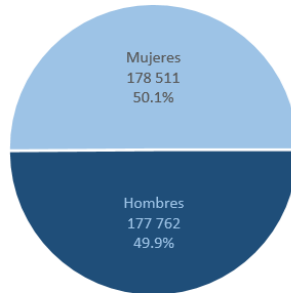
Promedio de días estancia por entidad federativa





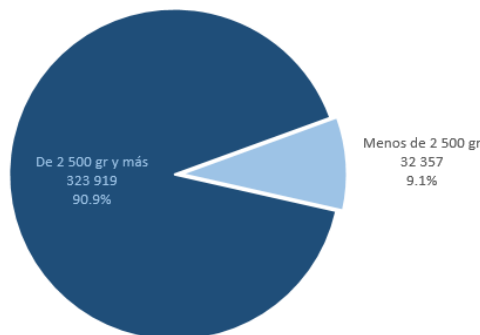
Los nacimientos que ocurrieron en los establecimientos particulares ascendieron a 356 273 y aproximadamente la mitad corresponde a mujeres y la otra mitad a hombres.

Nacidos vivos según sexo



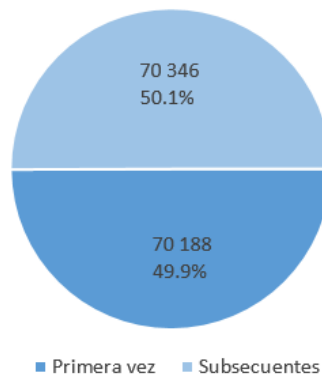
En cuanto al peso de los nacidos vivos, 323 919 (90.9%), corresponde a nacimientos con un peso mayor o igual a los 2 500 gramos.

Nacidos vivos según peso al nacimiento



En 2018 las consultas de planificación familiar fueron 140 534, de las cuales 70 346 (50.1%) correspondieron a consulta subsecuente y 70 188 (49.9%) a consulta de primera vez.

Consultas de planificación familiar

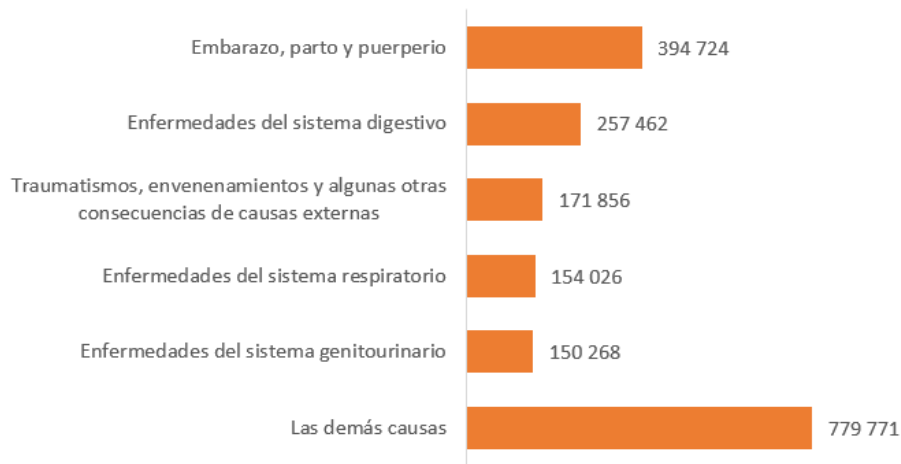


MORBILIDAD Y MORTALIDAD HOSPITALARIA

En 2018, los establecimientos privados del país registraron 1 908 107 egresos hospitalarios a nivel nacional. 1 890 213 fueron egreso por morbilidad y 17 894 fueron a causa de mortalidad hospitalaria.

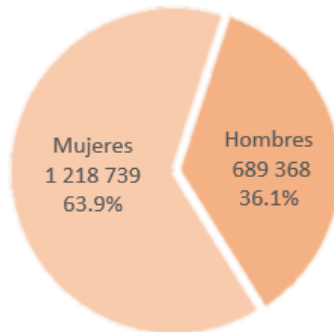
Dentro de las principales causas de egreso por morbilidad hospitalaria están las relacionadas con la atención al embarazo, parto y puerperio 394 724 (20.6%); la segunda causa la ocupan las enfermedades del sistema digestivo 257 462 (13.4%); en tercer lugar están los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas 171 856 (8.9%), siguiéndole las enfermedades del sistema respiratorio 154 026 (8.0%) y las enfermedades del sistema genitourinario 150 268 (7.8 por ciento).

Egresos hospitalarios según diagnóstico definitivo



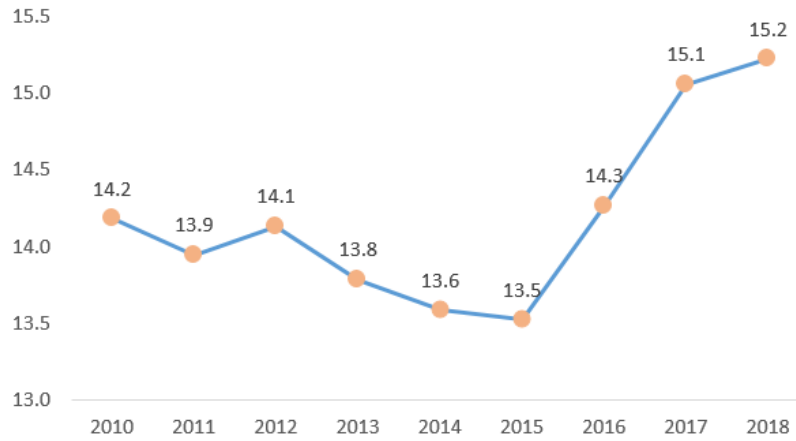
Seis de cada 10 egresos se presentaron en mujeres y 4 en hombres.

Egresos por sexo

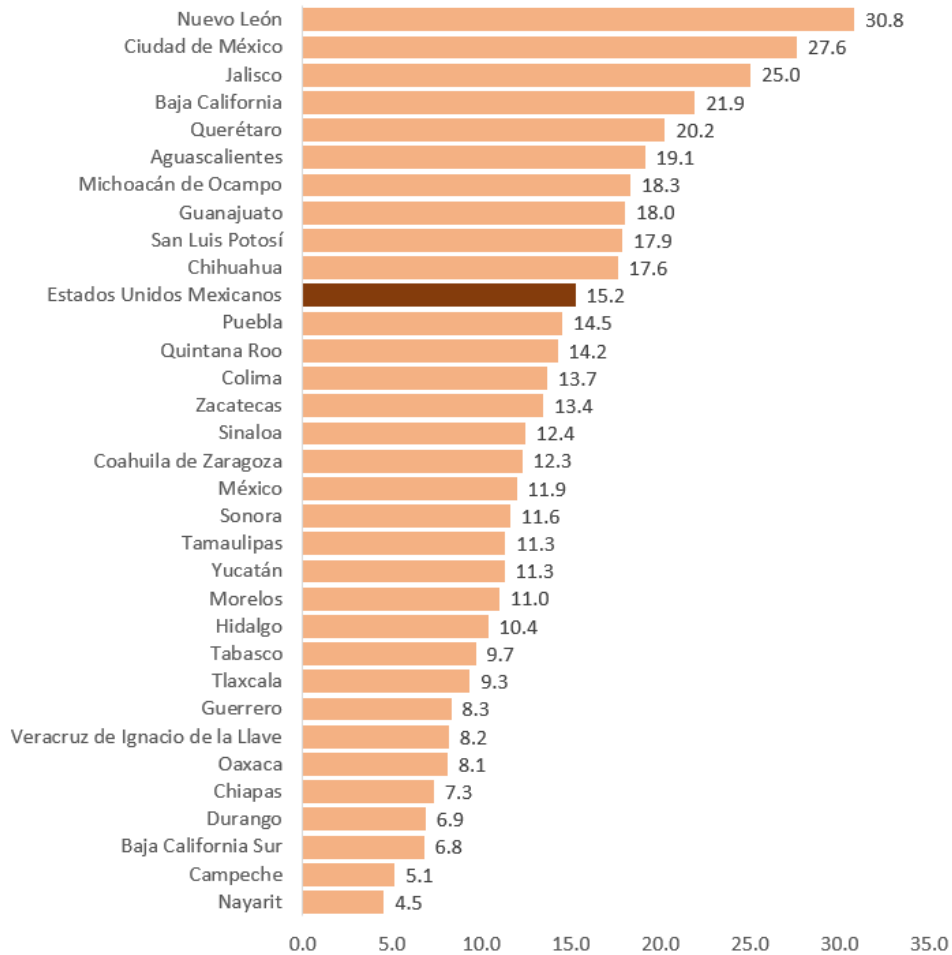




Egresos hospitalarios por cada 1 000 habitantes. Serie 2010-2018



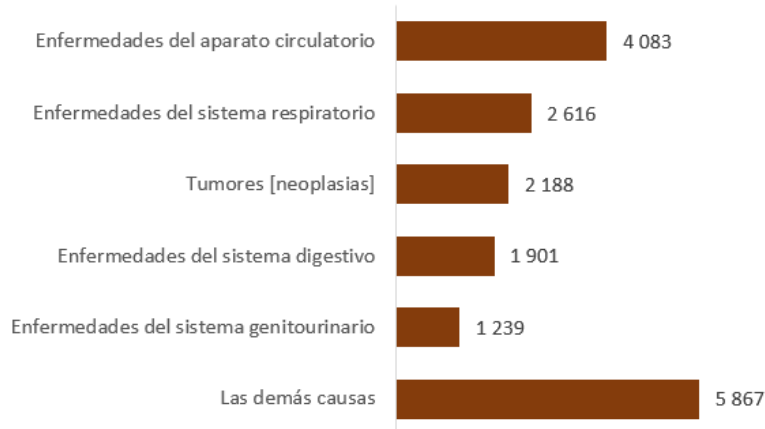
Egresos hospitalarios por entidad federativa por cada 1 000 habitantes 2018





Con respecto a las defunciones hospitalarias dentro de los establecimientos particulares de salud, durante 2018 la primera causa de defunción fueron las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio 4 083 (22.8%), la segunda corresponde a las causas relacionadas con el sistema respiratorio 2 616 (14.6%) y en tercer lugar las causas relacionada con los tumores o neoplasias 2 188 (12.3 por ciento).

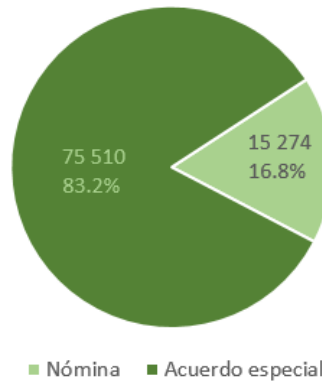
Defunciones hospitalarias según diagnóstico



RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

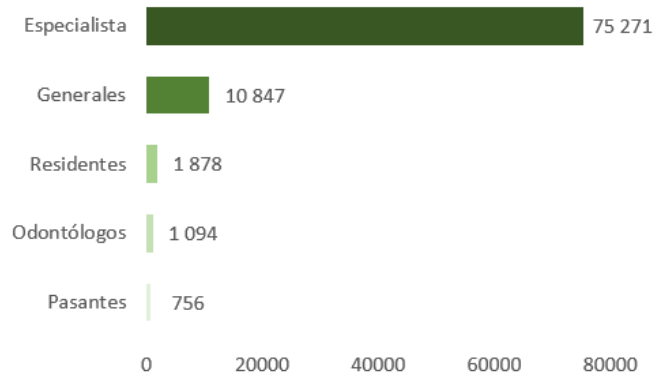
En 2018 los establecimientos particulares de salud registraron 90 784 médicos, 75 510 (83.2%) son médicos en acuerdo especial, que son los contratados por el paciente y 15 274 (16.8%) se encuentran en la nómina del hospital.

Personal médico



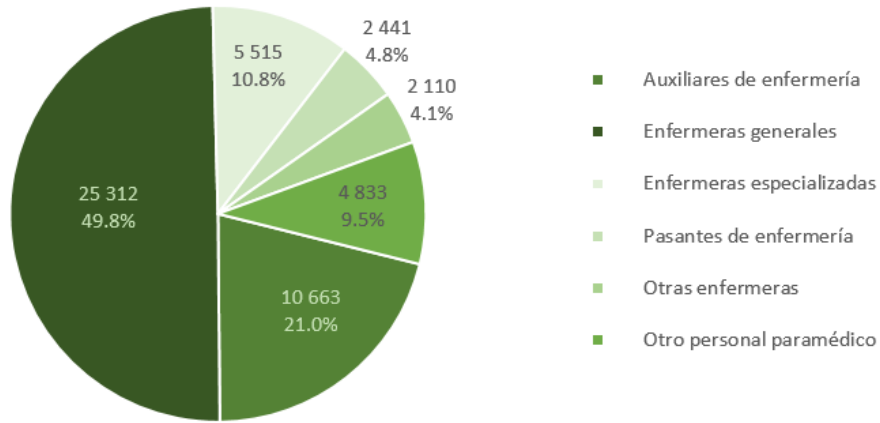
Considerando el total de médicos que atienden directamente a los pacientes, 75 271 (83.8%) son médicos especialistas, 10 847 (12.1%) médicos generales, 1 878 (2.1%) residentes, 1 094 (1.2%) odontólogos y 756 (0.8%) pasantes.

Médicos en contacto directo con el paciente



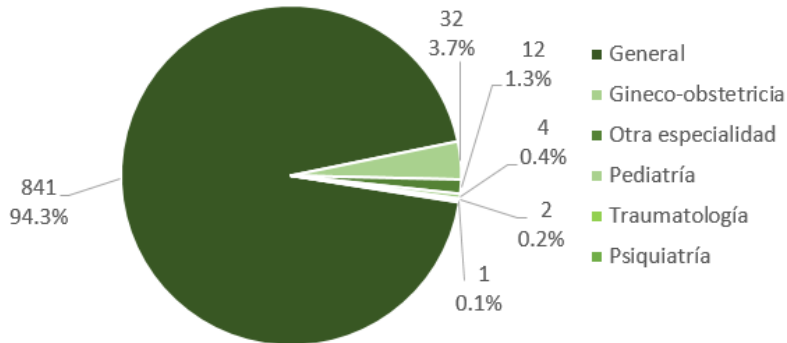
De cada 100 personas con funciones paramédicas 50 son enfermeras generales, 21 auxiliares de enfermería, 11 enfermeras especializadas, 5 pasantes de enfermería, 4 son otro tipo de enfermeras y 9 pertenecen a otro personal paramédico.

Personal paramédico



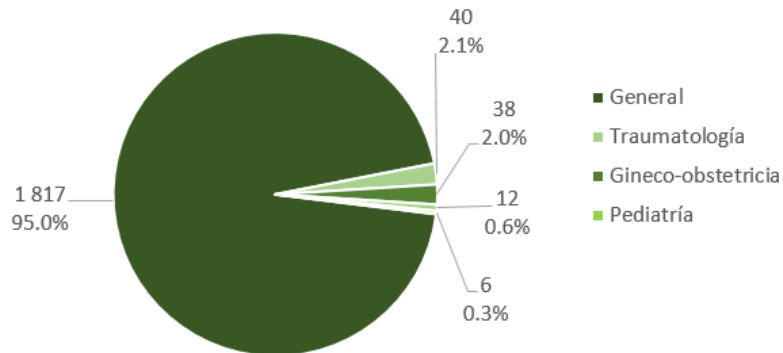
Una atención adecuada de los pacientes también requiere de hospitales con espacios físicos suficientes y debidamente planeados e instalados, en los establecimientos particulares de salud se reportaron 892 laboratorios de análisis clínicos distribuidos entre hospitales generales y de especialidad.

Laboratorio de análisis clínicos por tipo de establecimiento



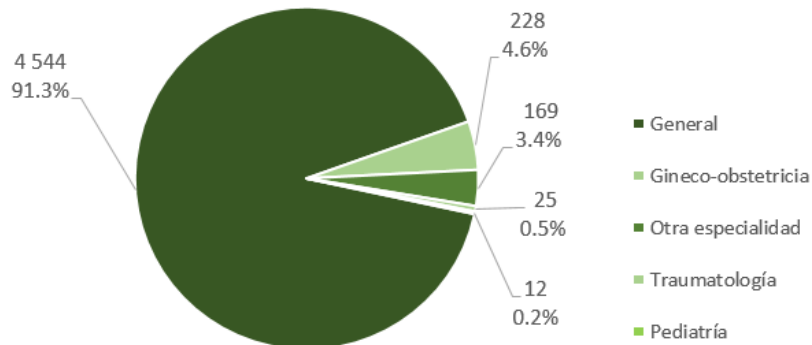
Dentro de los servicios más solicitados se encuentran los estudios de radiología, en donde los establecimientos particulares cuentan con 1 913 equipos de rayos X para cubrir la demanda.

Equipo de rayos X (móvil o fijo)



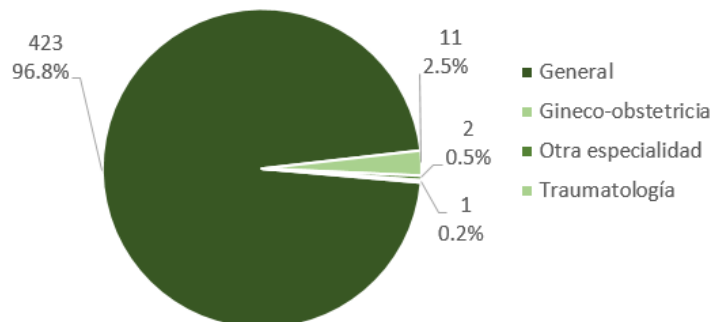
4 978 quirófanos igualmente distribuidos por el tipo de establecimiento

Quirófanos (salas) por tipo de establecimiento



Otro equipo médico especializado para la detección del cáncer de mama es el equipo de mamografía, del cual se reportaron 437 unidades.

Equipo para mamografía por tipo de establecimiento





Productos y documentos

Documentación

- Formatos de captación
- Instructivos de llenado
- Metadatos (estándar DDI)

Microdatos

- Base de datos
- Descriptor de archivos (FD)
- Datos abiertos

Publicaciones

- Tabulados interactivos
- Tabulados predefinidos
- Estos productos pueden ser consultados en la página del Instituto en internet <https://www.inegi.org.mx/programas/salud/> y en los centros de consulta del INEGI.

RESULTADOS DEL MÓDULO DE PRÁCTICA DEPORTIVA Y EJERCICIO FÍSICO 2019

- El 57.9% de la población de 18 y más años de edad en México es inactiva físicamente.
- La falta de tiempo, el cansancio por el trabajo y los problemas de salud son las principales razones por las que no se practica ejercicio físico.
- Más de la mitad de la población activa físicamente realiza deporte o ejercicio físico en instalaciones o lugares públicos y casi cuatro de cada diez se ejercitan por la mañana.

El INEGI presenta los resultados del Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) levantado en noviembre de 2019 y que permiten conocer las características de la práctica de ejercicio físico de la población de 18 y más años de edad, así como las principales razones de quienes no lo practican.

En México, con base en levantamiento en noviembre de 2019, el 57.9% de la población de 18 años y más declaró ser inactiva físicamente. De este grupo, 72.1% alguna vez realizó práctica físico-deportiva mientras que 27.4% nunca ha realizado ejercicio físico.

Del 42.1% de la población de 18 años y más que declaró ser activa físicamente, el 54.8% alcanza el nivel de suficiencia para obtener beneficios a la salud según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras que 41.4% se ejercita con un nivel menor al recomendado.

El porcentaje de activos físicamente es mayor en los hombres (47.0%) que en las mujeres (37.7%), tendencia que se ha mantenido desde el primer levantamiento del MOPRADEF.

A mayor nivel de escolaridad se incrementa el porcentaje de población con práctica físico-deportiva, alcanzando un 58% de la población con educación superior que es activa físicamente.

El tiempo promedio de práctica físico-deportiva con nivel de suficiencia es de 5 horas y media en los hombres y de 4 horas 49 minutos en las mujeres.

El 65.7% de la población activa físicamente declaró que realiza deporte o ejercicio físico en instalaciones o lugares públicos, mientras que 30.5% acude a instalaciones o lugares privados.

De la población activa físicamente el 38.8% se ejercita por la mañana, 26.6% por la tarde y 19.2% por la noche, mientras que un 16.9% no tiene un horario específico para realizarlo.

Respecto a la población que realiza práctica físico-deportiva, 63% tiene como motivo principal la salud, 17.7% reporta realizarlo por diversión y 15.3% para verse mejor.

Las tres razones principales para no ejercitarse físicamente o para abandonar la práctica son por falta de tiempo, por cansancio por el trabajo y por problemas de salud.

Los resultados de este proyecto ofrecen un panorama general sobre la prevalencia y las características asociadas a la práctica físico-deportiva de la población en México de 18 y más años de edad, de 32 áreas urbanas de 100 mil y más habitantes en el país, con el propósito de contribuir al diseño de políticas públicas orientadas al fomento del deporte y la actividad física.

Se anexa Nota Técnica

Para consultas de medios y periodistas, contactar a: comunicacionsocial@inegi.org.mx

o llamar al teléfono (55) 52-78-10-00, exts. 1134, 1260 y 1241.

Dirección de Atención a Medios / Dirección General Adjunta de Comunicación





MÓDULO DE PRÁCTICA DEPORTIVA Y EJERCICIO FÍSICO NOTA TÉCNICA

El Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF), tiene el propósito de generar información estadística sobre la participación de hombres y mujeres de 18 años y más en la práctica de algún deporte o la realización de ejercicio físico en su tiempo libre, así como otras características de interés sobre estas actividades físicas, para la formulación de políticas públicas encaminadas a mejorar la salud y la calidad de vida de los mexicanos; el módulo se levanta desde el 2013¹.

Las principales características metodológicas del MOPRADEF son:

Unidades de observación	<ul style="list-style-type: none">• Vivienda seleccionada<ul style="list-style-type: none">▪ Hogar principal<ul style="list-style-type: none">– Informante seleccionado de 18 y más años de edad.
Esquema de muestreo	Probabilístico, estratificado y por conglomerados.
Población objeto de estudio	Población de 18 y más años de edad.
Tamaño de muestra	2 336 viviendas.
Fecha de levantamiento	Los primeros 20 días de noviembre de 2019.
Cobertura geográfica	Agregado urbano de 32 áreas de 100 mil y más habitantes.

Aspectos generales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2010 el documento: “Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud”, en el cual menciona que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo.

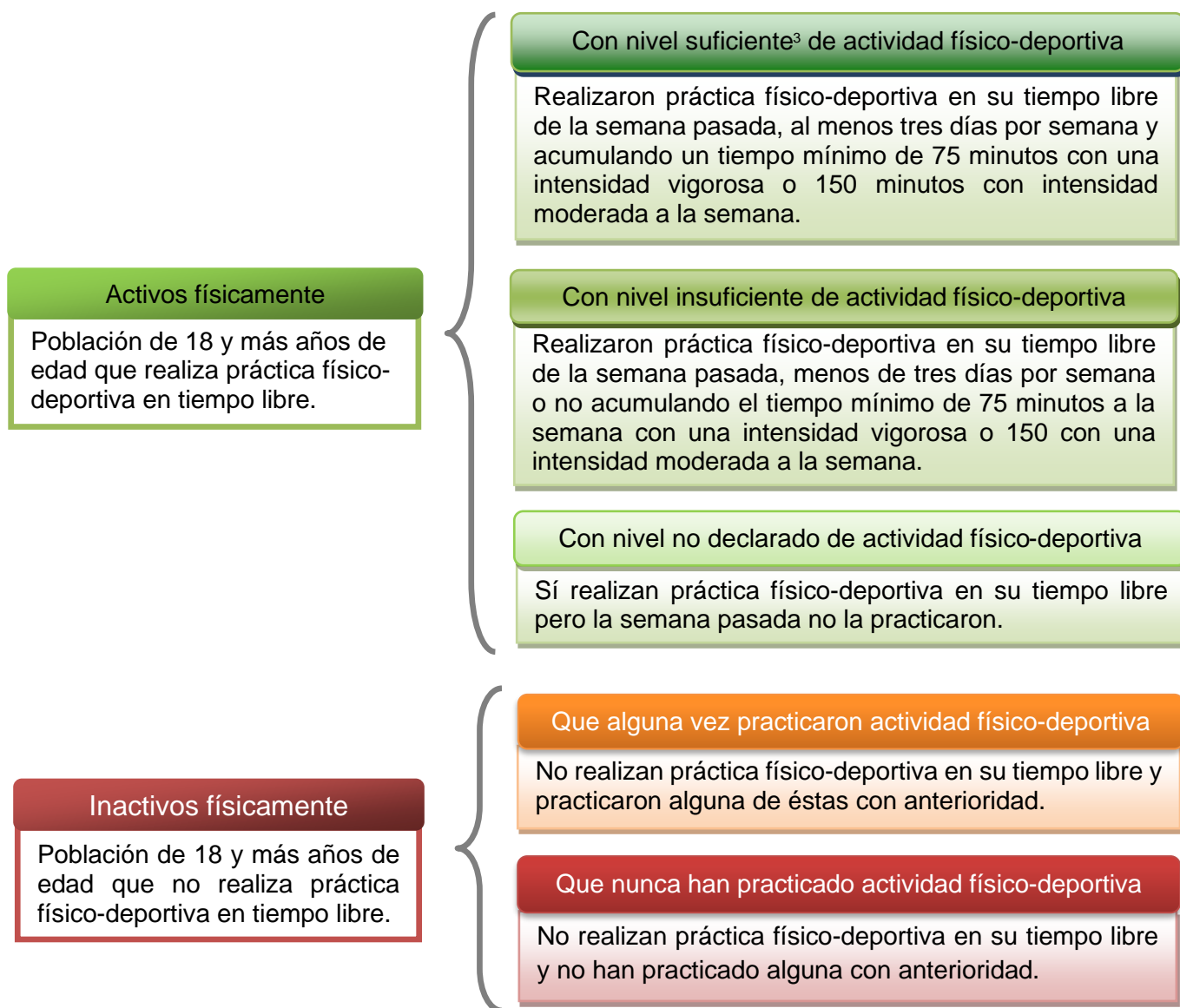
La OMS señala que con el fin de mejorar las funciones cardio-respiratorias y musculares, la salud ósea y reducir el riesgo de ENT y depresión, se recomienda a la población de 18 y más años de edad: “Acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas”².

En el marco de estas recomendaciones, en el MOPRADEF se definen categorías con base en la condición de práctica físico-deportiva y nivel de suficiencia, clasificado según la relación entre frecuencia, duración e intensidad de la práctica de algún deporte o ejercicio físico **en el tiempo libre** durante la semana previa a la entrevista.

¹ La información sobre el módulo, así como la relativa a los levantamientos anteriores, se encuentra disponible en el sitio electrónico: <https://www.inegi.org.mx/programas/moprade/>

² Organización Mundial de la Salud, 2010. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. En: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/

Categorías según la condición de práctica físico-deportiva:



Principales resultados

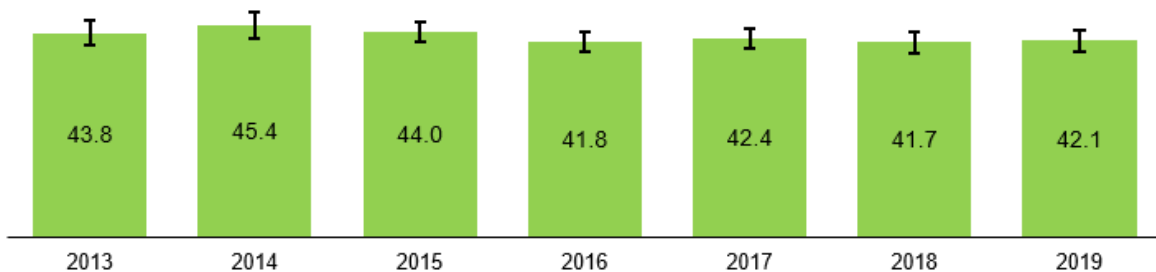
La información recabada por MOPRADEF en noviembre de 2019, permite conocer las características de la práctica físico-deportiva de la población de 18 y más años de edad y las principales razones por las cuales la población en este rango de edad no la realiza.

³ En el MOPRADEF se considera “suficiencia de actividad físico-deportiva” cuando la población de 18 y más años de edad sí cumple con frecuencia (días), tiempo (minutos) e intensidad (moderada o fuerte) a la semana, con apego a las recomendaciones de la OMS para obtener beneficios a la salud.

MOPRADEF genera información para el indicador clave “porcentaje de población de 18 años y más, activa físicamente en el agregado urbano de 32 ciudades de 100 mil y más habitantes”, que para 2019 presenta un valor de 42.1%, proporción que no ha tenido variación significativa en los últimos años.

Comparando la información del módulo con encuestas en otros países, se observa que se mantiene la misma tendencia en cuanto a realizar ejercicio o actividad física, esto es, menos de la mitad de la población realiza práctica físico-deportiva⁴.

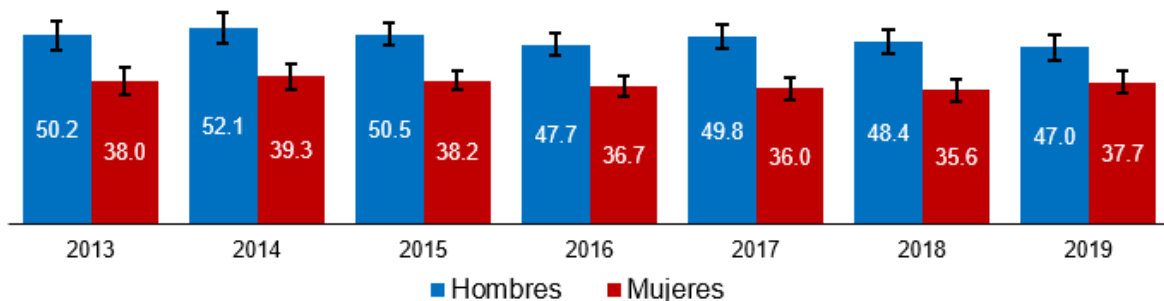
Porcentaje de la población de 18 y más años de edad activa físicamente Serie 2013 a 2019



Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2013 a 2019.
Nota: En cada barra se presenta la estimación por intervalo de confianza al 90 por ciento.

En cuanto a la población que declaró realizar deporte o ejercicio físico en tiempo libre, los datos muestran que el porcentaje de activos físicamente es mayor en los hombres (47.0%) que en las mujeres (37.7%), el cual se ha mantenido desde el primer levantamiento.

Porcentaje de la población de 18 y más años de edad activa físicamente, por sexo Serie 2013 a 2019



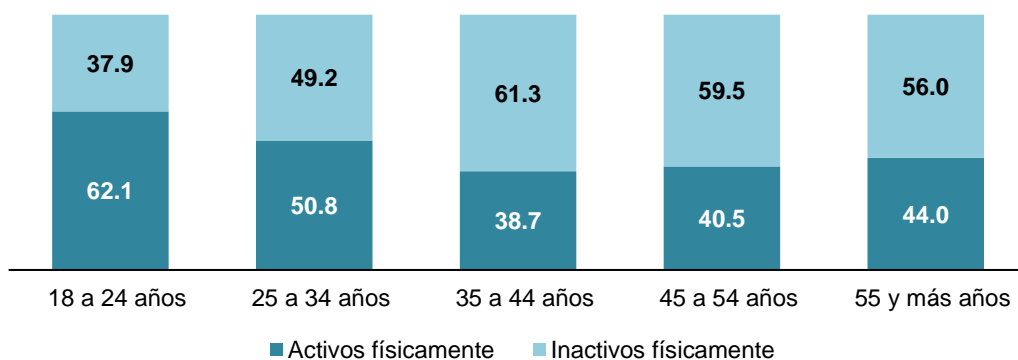
Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2013 a 2019.
Nota: En cada barra se presenta la estimación por intervalo de confianza al 90 por ciento.

⁴ Resultados de la encuesta Eurobarómetro sobre deporte y actividad física, destaca que 40% hacen deporte o practican ejercicio al menos una vez a la semana <https://fneid.es/circular/eurobarometro2018.pdf>

Se resalta que los jóvenes realizan mayor actividad físico-deportiva, ya que el 54.5% de la población de 18 a 24 años de edad se ejercita en su tiempo libre.

Con relación a los datos sobre la población masculina y su condición de práctica físico-deportiva por grupos de edad, se observa que, en los dos primeros grupos, poco más de la mitad de esa población realiza actividad física.

Distribución porcentual de la población masculina de 18 y más años de edad por condición de práctica físico-deportiva, para cada grupo de edad

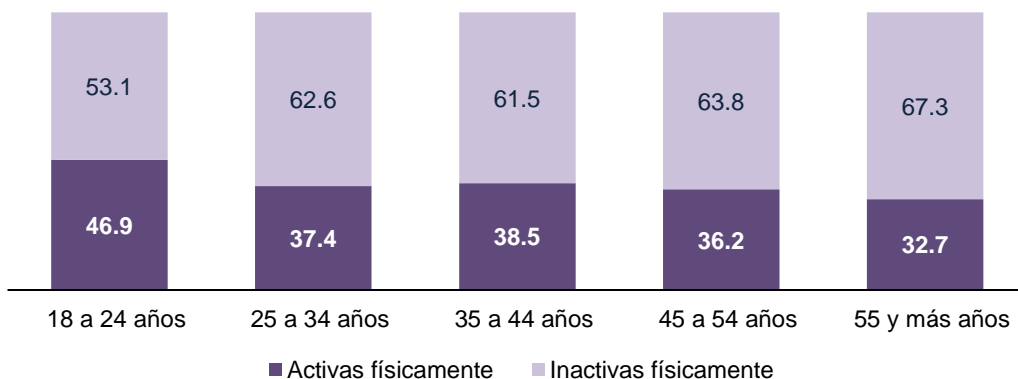


Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2019.

Sobre la condición de práctica físico-deportiva de la población femenina, las más jóvenes presentan en mayor proporción la condición de ser activas físicamente (46.9%), en segundo lugar, está el rango de los 35 a 44 años, grupo en el que 38.5% de las mujeres realiza práctica físico-deportiva en su tiempo libre.

A diferencia de los varones, el porcentaje de población femenina activa físicamente durante su tiempo libre es menor ya que no supera el 50% en ninguno de los grupos de edad.

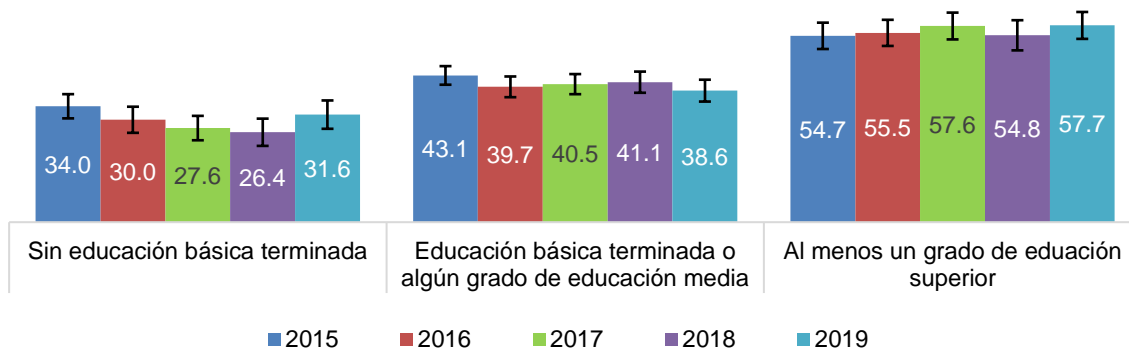
Distribución porcentual de la población femenina de 18 y más años de edad por condición de práctica físico-deportiva, para cada grupo de edad



Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2019.

El módulo ha presentado a lo largo de los levantamientos que a mayor nivel de escolaridad se incrementa el porcentaje de población con práctica físico-deportiva; alcanzando un 58% de la población con educación superior que es activa físicamente.

Porcentaje de la población de 18 y más años de edad activa físicamente en su tiempo libre por nivel de escolaridad Serie 2015 a 2019



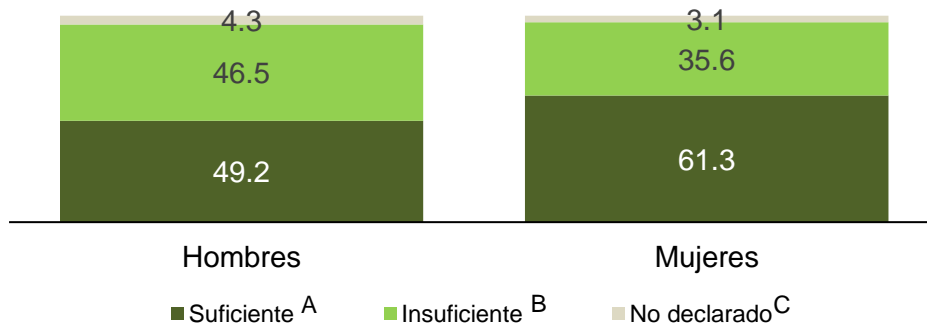
Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2015 a 2019.
 Nota: En cada barra se presenta la estimación por intervalo de confianza al 90 por ciento.

Con relación a la población físicamente activa, más de la mitad (54.8%) alcanza el nivel de suficiencia para obtener beneficios a la salud según las recomendaciones de la OMS⁵, en función de la frecuencia, duración e intensidad de la práctica físico-deportiva. El 41.4% de la población activa físicamente, se ejercita con un nivel menor al recomendado.

Respecto al nivel de actividad física por sexo, el porcentaje de mujeres que alcanzan el nivel de suficiencia es mayor que el de los hombres, ya que el 61.3% alcanzan el nivel de suficiencia, mientras que los varones lo consiguen un 49.2 por ciento.

⁵ Organización Mundial de la Salud, 2010. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. En: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es

Distribución porcentual de la población de 18 y más años de edad activa físicamente según el nivel de suficiencia para obtener beneficios en la salud, por sexo



Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2019.

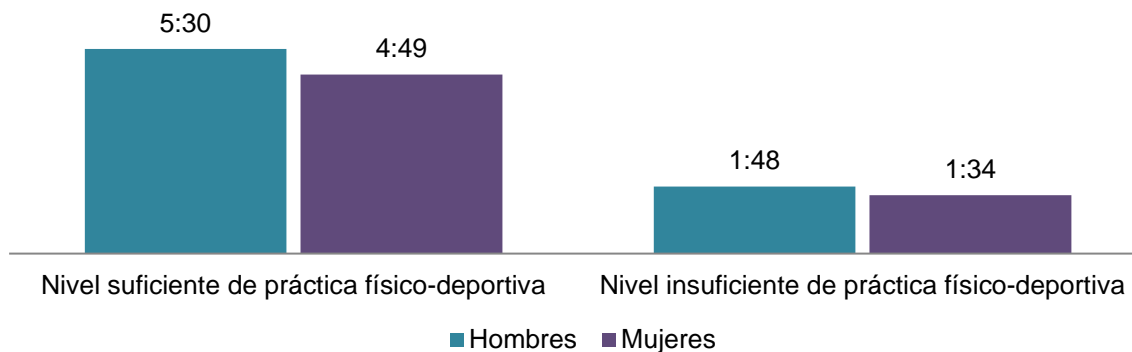
^A Es la práctica físico-deportiva que se realizó en el tiempo libre de la semana pasada, al menos tres días y acumuló un tiempo mínimo de 75 minutos con una intensidad vigorosa o 150 minutos con intensidad moderada.

^B Es la práctica físico-deportiva que se realizó en el tiempo libre de la semana pasada, con menos de tres días en la semana o no acumuló el tiempo mínimo de 75 minutos con una intensidad vigorosa o 150 con una intensidad moderada.

^C Se refiere a las personas que sí realizan práctica físico-deportiva en su tiempo libre, pero declaran que la semana pasada no la practicaron.

En cuanto al tiempo promedio de práctica físico-deportiva, los hombres que alcanzan el nivel de suficiencia realizan 5 horas y media mientras que las mujeres 4 horas 49 minutos.

Tiempo promedio semanal de práctica físico-deportiva en tiempo libre de la población de 18 y más años de edad activa físicamente por nivel de suficiencia según sexo
(Horas: minutos)

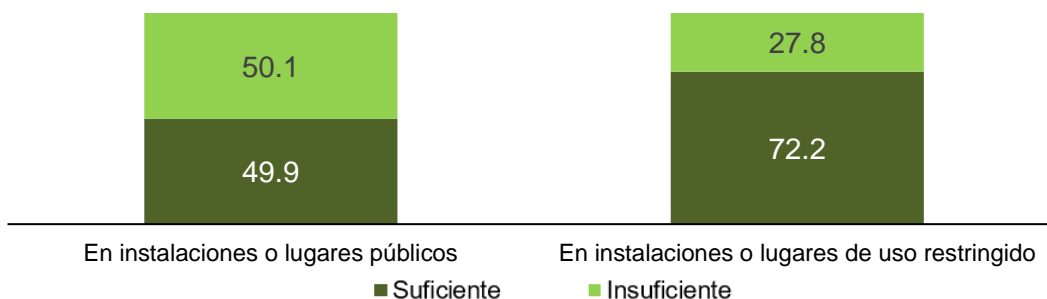


Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2019.

Sobre el lugar de preferencia para la práctica físico-deportiva, la mayoría de la población activa físicamente declaró que realiza deporte o ejercicio físico en instalaciones o lugares públicos (65.7%), mientras que el 30.5% acude a instalaciones o lugares privados.

De la población que realiza práctica físico-deportiva en instalaciones o lugares privados, el 72.2% alcanza nivel de suficiencia para obtener beneficios a la salud, en comparación con aquella población que utiliza instalaciones o lugares públicos, solo el 49.9% lo alcanza, esto señala que quienes realizan ejercicio en instalaciones o lugares privados dedican mayor tiempo a la semana y lo realizan con mayor intensidad.

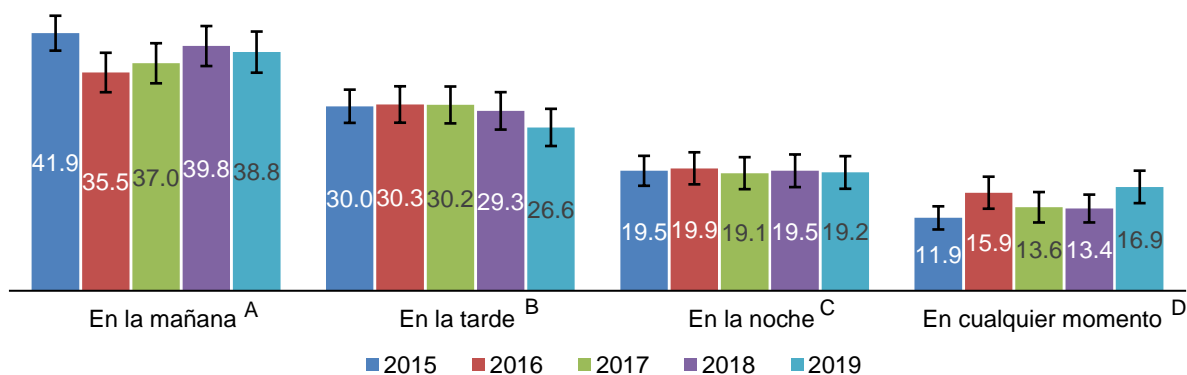
Distribución porcentual de la población de 18 y más años de edad activa físicamente en tiempo libre según el nivel de suficiencia para obtener beneficios en la salud, por lugar de práctica físico-deportiva



Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2019.

La información sobre el horario para la práctica de algún deporte o ejercicio físico de la población de 18 y más años de edad activa físicamente, revela que 38.8% lo realiza por la mañana, el 26.6% por la tarde, y 19.2% por la noche, mientras que un 16.9% no tiene un horario específico para realizarlo.

Distribución porcentual de la población de 18 y más años de edad activa físicamente en tiempo libre, por horario de preferencia Serie 2015 a 2019



Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2015 a 2019.

Nota: En cada barra se presenta la estimación por intervalo de confianza al 90 por ciento.

^A En la mañana de 4:00 a 11:59 hrs.

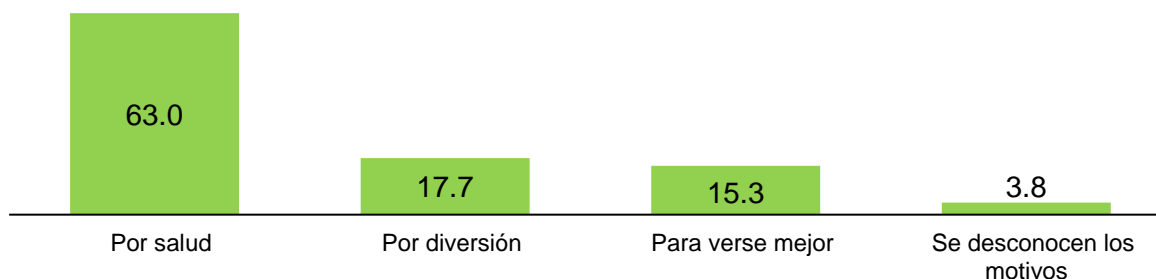
^B En la tarde de 12:00 a 19:59 hrs.

^C En la noche de 20:00 a 3:59 hrs.

^D En cualquier momento, puede ser mañana, tarde o noche, indistintamente

Respecto a la población que realiza práctica físico-deportiva, 63% tiene como motivo principal la salud, el 17.7% reporta realizarlo por diversión y 15.3% para verse mejor. Estos datos han mantenido su comportamiento durante los últimos levantamientos.

Distribución porcentual de la población de 18 y más años de edad activa físicamente, por motivo principal para la práctica físico-deportiva en tiempo libre



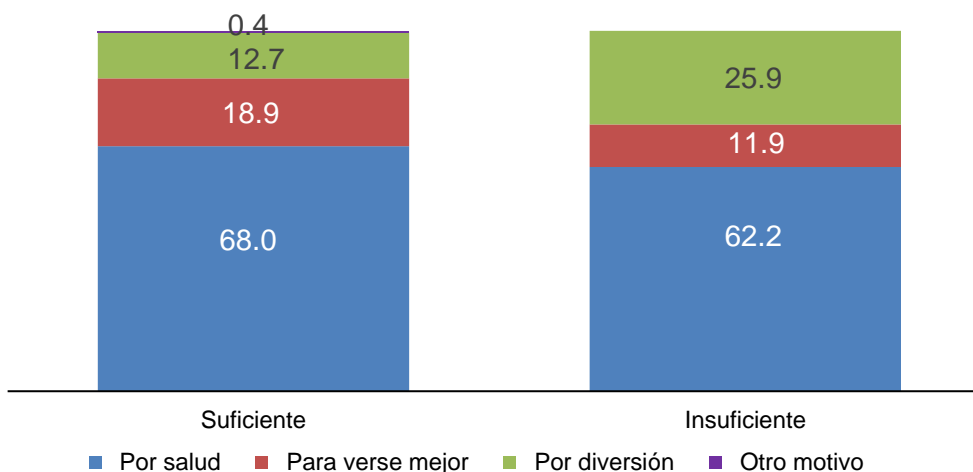
Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2019.

Nota: La suma de los porcentajes no suma 100%, ya que se omite el 0.2% de la opción "Otro motivo", como salir a caminar por ejercitar a su mascota o por no gastar en transporte.

La principal motivación de la población activa físicamente con niveles suficiente e insuficiente de actividad física es por salud con 68.0% y 62.2% respectivamente.

Sin embargo, para la población que alcanza el nivel de suficiencia, la segunda motivación es verse mejor (18.9%), mientras que para el nivel insuficiente es por diversión (25.9 por ciento). Cuando la población realiza la actividad física por diversión, en un mayor porcentaje no lo realiza con los niveles suficientes para alcanzar beneficios para la salud.

Distribución porcentual de la población de 18 y más años de edad activa físicamente, por nivel de suficiencia según motivo principal de la práctica físico-deportiva en tiempo libre



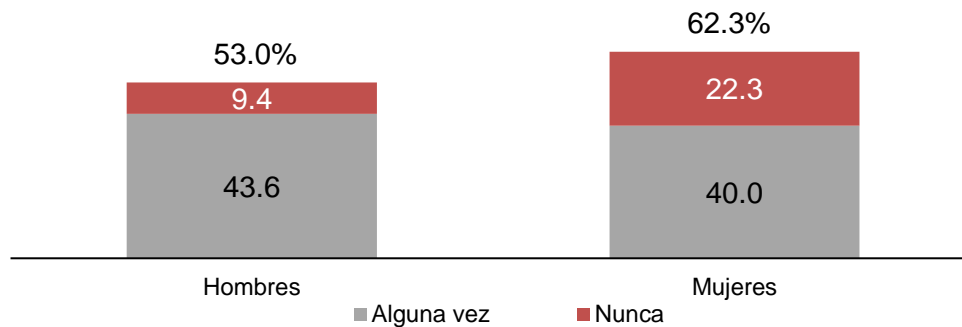
Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2019.

Población inactiva físicamente

El 57.9% de la población de 18 y más años de edad declaró ser inactiva físicamente, de los cuales, 72.1% ha realizado alguna vez práctica físico-deportiva y el 27.4% nunca ha realizado deporte o ejercicio físico en su tiempo libre.

Con relación a los datos por sexo, el 62.3% de la población femenina dijo ser inactiva físicamente; el porcentaje de quienes nunca ha realizado práctica físico-deportiva es el 22.3% (no realizan práctica físico-deportiva en su tiempo libre y declaran nunca haber realizado alguna práctica con anterioridad) siendo superior al dato para los hombres (9.4 por ciento).

Porcentaje de la población de 18 y más años de edad inactiva físicamente según antecedente de práctica físico-deportiva en tiempo libre, por sexo



Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2019.

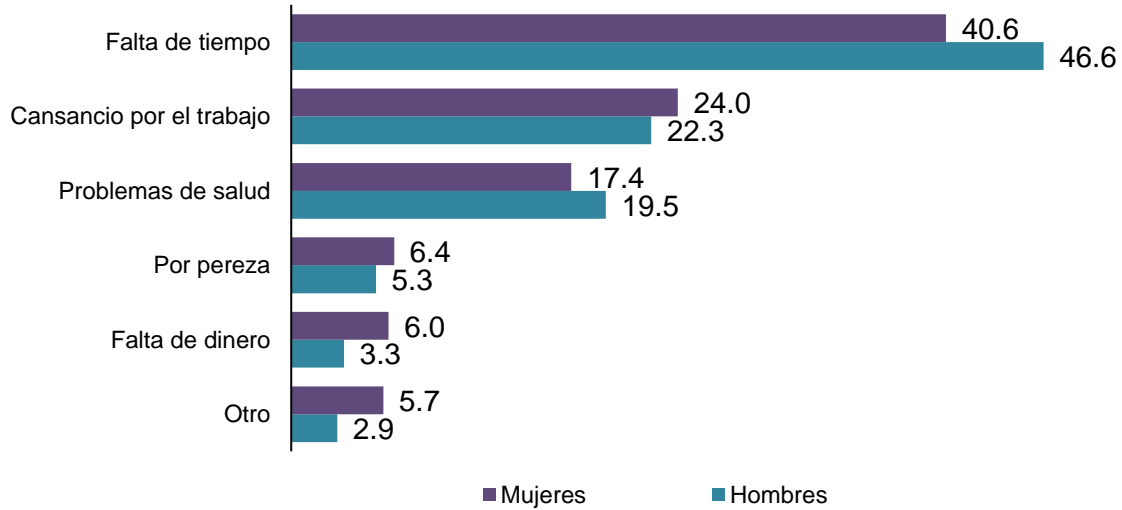
La población que ha realizado alguna vez práctica físico-deportiva y actualmente no la realiza, reportó que las tres razones principales para el abandono de la práctica son:

- Falta de tiempo (43.6%)
- Cansancio por el trabajo (23.1%)
- Problemas de salud (18.4%)

Por sexo, se mantiene el mismo orden de relevancia de los motivos, sin embargo, el porcentaje de hombres que reportan falta de tiempo y problemas de salud son mayores que los declarados por las mujeres.



Distribución porcentual de la población de 18 y más años de edad inactiva físicamente que alguna vez realizó práctica físico-deportiva por sexo, según razón de abandono⁶



Fuente: INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) 2019.

Nota: La opción de respuesta "Otro", incluye Inseguridad en su colonia, Falta de instalaciones y Otros motivos.

Los principales motivos expresados por la población inactiva físicamente que declaró nunca haber realizado práctica físico-deportiva son falta de tiempo con 43.6%, cansancio por el trabajo y problemas de salud, ambos con 16.7% y por pereza 16.0 por ciento.

Los resultados de este proyecto ofrecen un panorama general sobre la prevalencia y las características asociadas a la práctica físico-deportiva de la población en México de 18 y más años de edad, de 32 áreas urbanas de 100 mil y más habitantes en el país, con el propósito de contribuir al diseño de políticas públicas orientadas al fomento del deporte y la actividad física.

⁶ Derivado de 1,988 entrevistas, para desagregaciones de los inactivos físicamente deben tomarse con precaución las cifras ya que pueden provenir de muy pocas observaciones y por lo tanto su varianza alta.