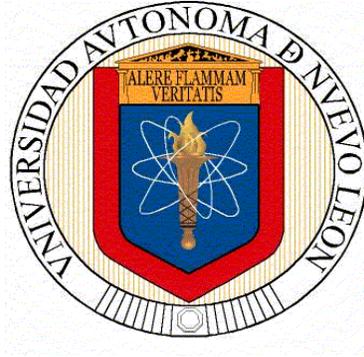


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



**“DESARROLLO SUSTENTABLE Y SALUD: IMPACTO DE LOS
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL DESARROLLO
DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY”**

POR:

DAVID EMMANUEL CASTAÑEDA VÁSQUEZ

EN OPCIÓN AL GRADO DE:

**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
CON ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

NOVIEMBRE 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES.



**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES CON
ORIENTACION EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

TESIS DOCTORAL

**DESARROLLO SUSTENTABLE Y SALUD: IMPACTO DE LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD EN EL DESARROLLO DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA
METROPOLITANA DE MONTERREY.**

PRESENTA:

DAVID EMMANUEL CASTAÑEDA VÁSQUEZ

COMITÉ TUTORIAL

DIRECTOR: DR ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

CODIRECTORES: DR. JOSÉ MARÍA INFANTE BONFIGLIO

DR. PEDRO CÉSAR CANTÚ MARTÍNEZ

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE

**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES CON
ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE.**

NOVIEMBRE 2020

AGRADECIMIENTOS

Al término de esta etapa de vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes, con su ayuda, apoyo y comprensión, me alentaron a lograr esto.

Agradezco al Instituto de Investigaciones Sociales (IINSO), a la Facultad de Medicina de la UANL y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por mi formación profesional como Médico, Maestro en Ciencias en Salud Pública y ahora, como Doctor en Ciencias Sociales con orientación en Desarrollo Sustentable, elecciones que me llenan de orgullo.

A mis padres, quienes han sacrificado mucho para educarme, cuidar de mí y acompañarme en esta travesía. Ofrezco este documento como testimonio de eterno agradecimiento por el apoyo moral que siempre me brindan y gracias a ello junto a su ejemplo, he logrado seguir adelante.

A mi madre, Q.E.P.D... recordar tu amor me da fortaleza en los momentos difíciles.

A mi padre, por su sabiduría y largas pláticas contigo. Papá, esto ha hecho que sea, quien soy ahora.

A mi hermana, porque es quien me dio esas palabras para seguir de pie y perseverar, sin importar el tiempo que quede de vida.

A mi hija, quien ha crecido tanto... te amo.

A mis amigos y hermanos del gremio médico, porque estar con ustedes, brinda recuerdos de lo bello que es nuestra profesión y la labor para preservar la salud.

Al Dr. en Med. Raúl Gabino Salazar, por su confianza, consejos y darme una oportunidad.

Al Dr. en Med. Rodrigo Elizondo Omaña, por su apoyo incondicional.

Pero sobre todas y todos al Dr. en Ciencias Esteban Picazzo Palencia, quien no solo es una persona que creyó en mí, para adentrarme a este campo de las Ciencias Sociales, también un mentor, durante todo este tiempo, y de quien aprendí y recibí consejos invaluable, así como palabras de aliento, y a quien puedo considerar mi amigo.

Gracias a todas y todos ustedes, por ayudarme cada día a cruzar con firmeza el camino de la superación, porque con su apoyo y aliento hoy he logrado uno de mis más grandes anhelos. Les agradezco con cariño, esperando que sepan que buscaré la forma de recompensar su constante apoyo y confianza, comprendan que mis ideales, esfuerzos y logros, han sido suyos e inspirados en ustedes.

Resumen

En el 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer los resultados del trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), a partir del cual surge un programa en búsqueda de la equidad sanitaria. Entre los hallazgos de la comisión sobresale las diferencias en la esperanza por lo cual, la CDSS recomienda subsanar las desigualdades sociales en materia de salud. Esas diferencias se manifiestan si se considera no sólo el lugar de residencia de los individuos, sino su escolaridad, su ocupación o las condiciones de su vivienda. La idea de que la desigualdad en salud proviene de las desigualdades de ingreso, educación, empleo y zona de residencia, que trasciende la atención de la salud y el acceso a la misma, y que como meta se plantee una sociedad más justa, equitativa y con mayor bienestar (Urbina-Fuentes et al., 2017). De esta manera, la salud es un pilar importante para transitar hacia el desarrollo sustentable (Salud, 2008); ya que las personas saludables tienen mayor oportunidades y capacidades para aprender, trabajar y contribuir a la economía y la sociedad. Así, el acceso universal a los servicios de salud sigue siendo en la misma línea un insumo clave para mejorar el bienestar social y la calidad de vida de las población (Larrañaga, 2018; Martínez Ríos, 2017). Sin embargo, la salud no es un resultado automático de las políticas de desarrollo sustentable (Picazzo Palencia et al., 2011) ya que deben considerar para su conformación los entornos donde viven, nacen y crecen las personas, es decir los determinantes sociales de la salud. Dado lo anterior, se debe considerar que la salud es un componente prioritario del desarrollo y se debe considerar que la percepción que posee la población de esta afecta a su desarrollo humano. A su vez, la calidad de vida de las personas perturba en el desarrollo de capacidades de estas sin olvidar el estilo de vida que tiene. En concreto las características socioeconómicas y demográficas de los individuos juega un rol importante en el progreso del país. En ese sentido surge la intención de analizar cómo los factores sociales de la salud afectan el desarrollo humano de la población, en particular el estilo de vida,

calidad de vida, así como el estado de salud percibida que tiene la sociedad en municipios del área metropolitana de Monterrey (AMM). Por la necesidad de avanzar hacia la igualdad de oportunidades y el respeto del derecho a la protección de la salud considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las desigualdades sociales derivadas de los determinantes sociales, apuntalan la importancia de incorporar la perspectiva social en la atención de la salud. Se realizó un estudio de corte transversal correlacional, en el AMM del estado de Nuevo León con un muestro no probabilístico por conglomerados sistemático, teniendo como marco muestral 18 Centros de Salud Públicos (IMSS o CUS-UANL) del AMM con la aplicación de los instrumentos SF-36, WHOQLS, Fantastic entre marzo y junio de 2018. Se lleva a cabo un análisis multivariante utilizando el Modelo de Ecuaciones Estructurales para establecer la relación entre los diferentes elementos de cada cuestionario con cada una de las variables de estudio: calidad de vida, estado de salud y estilo de vida con los determinantes sociales de la salud. Finalmente, los resultados permiten concluir que a medida que la edad aumente la calidad de vida mejora, sin embargo, los estilos de vida y el estado de salud empeora o se reduce su percepción. Por su parte, si la persona participa en el mercado laboral (PML) su estilo y calidad de vida mejora, no obstante, su estado de salud percibido empeora. Por su parte, cuando se considera el sexo de la persona, los resultados, nos refieren que si es hombre la persona (en comparación a las mujeres) es un factor que afecta para que tanto su estado de salud, calidad de vida y estilos de vida se vean reducidos y a mejor el nivel socioeconómico las tres dimensiones se ven mejoradas en la sociedad.

Palabras clave: estilo de vida, calidad de vida, estado de salud, determinantes sociales de la salud

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, que me dio la oportunidad de seguir luchando por alcanzar mis objetivos.

A mis médicos, Dr Luis Daniel Guerrero Aguilar, Dr. José Armando Cortez, Dr. Néstor Rodríguez Martínez, Dr. Fausto Márquez Larios, Dr. José David Tovar Flores, MYR. MC. Victor Manuel Luna Ayala, MYR. MC. Alejandro Alcalá Pacas, Dra. Ratchell Amezquita Gomez, Dr. Gabriel Ángel Mecott Rivera, Dr. Uriel Chavarría Martínez, Dr. Adrián Camacho Ortiz, Dr. Mauricio Manuel García Pérez y su equipo, porque gracias a su entereza y dedicación a la profesión me encuentro vivo y logrando mis propósitos, así como alcanzando mis sueños.

A mis amigos, Martha Nelly Mercado Sampogna, Alejandra Margarita Cantú Villarreal, Rossana Ríos Ortega, Maria Dolores Ruiz, Omar Escamilla, Oscar de la Garza Pineda, José Antonio Buenfil Lozano, Carlos Macouzet Sánchez, César Daryl Castro Reyes, Roberto Azael Donjuan Flores, Abraham Castillo Lartigue, Edgar de León, Hugo Fuentes, Guillermo Guerrero, José Aaron Mayagoitia Ponce, Alejandro Vazquez Aros, Juan Manuel Zendejas, Jose Angel Torres, Cesar Diaz Hutchinson y Osvaldo Chávez Valadez, por todo ese tiempo que me dedicaron cuando más los necesité y todo el tiempo que me brindan ahora en el día a día.

A mis maestros, quienes continuaron depositando su confianza en mí.

A mi abuela, Q.E.P.D, por toda su sabiduría y ejemplo que me dio la madurez para lograr mis objetivos de vida, es para ti esta tesis, en agradecimiento por todo tu amor.

A mi madre, Q.E.P.D., por haberme apoyado en cada momento, por sus consejos, valores y motivación constante, que me ha permitido ser una persona de bien.

A mi padre, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha inculcado siempre y por el valor mostrado para salir adelante.

A mi hermana, quiero decirte lo importante que eres para mí, que te admiro y respeto.

A mi hija Romina, porque sin saberlo, me apoyó y alentó para continuar, cuando pensé en rendirme.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis, en especial a mi tutor que fungió como cimiento para emprender esta tarea y que me impulsó siempre a seguir.

Para ellos, es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo, por su apoyo incondicional.

Índice General

INTRODUCCIÓN.....	1
I. Objetivos	4
I.1. Objetivo general	4
I.2. Objetivos específicos.....	4
II. Hipótesis	5
III. Justificación	5
CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO	7
Introducción	7
1.1 Abordaje conceptual de los determinantes sociales de la salud	7
1.2 Recomendaciones de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.....	18
1.3 Abordaje Operativo de los Determinantes Sociales de la Salud.....	20
1.3.1 Determinantes Sociales de la Salud: Plan Nacional de Desarrollo de México y Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales	22
1.3.2 Determinantes Sociales de la Salud: Programa Sectorial de Salud de México y Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales	24
1.4 México y los determinantes sociales de la salud.....	30
1.5 La salud en el desarrollo	39
1.5.1 La salud y los determinantes sociales de la salud en el desarrollo sustentable	42
CAPITULO II. METODOLOGÍA: MATERIAL Y MÉTODOS	50
Introducción	50
2.1 Material.....	50
2.2 Métodos.....	53

2.3. Limitaciones.....	55
CAPITULO 3. RESULTADOS	57
Introducción	57
3.1 Estado de salud percibido por la población del AMM	58
3.2 Desarrollo y determinantes sociales de la salud: modelo hipotetizado.....	76
Comentarios finales	78
CONCLUSIONES.....	79
BIBLIOGRAFÍA	84

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Alineación del Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales con los objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo de México 2013-2018.....	23
Cuadro 2. Alineación del Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales con los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 de México.....	24
Cuadro 3. Relación entre funciones, conceptos y líneas de acción de la Promoción de la Salud en México y los Determinantes Sociales de la Salud.	28
Cuadro 4. Distribución de la muestra	51
Cuadro 5. Características generales de la muestra.....	57
Cuadro 6. Resultados de las dimensiones analizadas	53
Cuadro 7. Resultados de los dominios analizados.....	75
Cuadro 8. Factor loadings, bondad de ajuste del modelo hipotetizado	76
Cuadro 9. Estimación del modelo hipotetizado estructural	77

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo ecológico o tradicional de la enfermedad	10
Figura 2. Modelo holístico de los determinantes de la salud de Laframboise.....	11
Figura 3. Modelo de las capas de influencia de los determinantes de Dahlgren y Whitehead.	13
Figura 4. Modelo de la estratificación social y producción de la enfermedad.	14
Figura 5. Modelo de las influencias múltiples en el ciclo de vida.....	15
Figura 6. Marco de las principales categorías y vías de acción de los determinantes sociales de la salud.....	16
Figura 7. Las cinco funciones básicas de la Promoción de la Salud.	22
Figura 8. Conceptos básicos del Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018 de México	27
Figura 9. Modelo Hipotetizado.....	54
Figura 10. Respuestas a la pregunta: ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	58
Figura 11. Respuestas a la pregunta: ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?.....	59
Figura 12. Respuestas a la pregunta: Su salud actual, ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?.....	60
Figura 13. Respuestas a la pregunta: ¿Le limita para caminar un kilómetro o más?.....	60
Figura 14. Respuestas a la pregunta: ¿Le limita para caminar varias manzanas (más de 100 metros)?	61
Figura 15. Respuestas a la pregunta: ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	62
Figura 16. Respuestas a la pregunta: ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	62

Figura 17. Respuestas a la pregunta ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	63
Figura 18. Respuestas a la pregunta: ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?.....	64
Figura 19. Respuestas a la pregunta: ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	65
Figura 20. Respuestas a la pregunta: ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?.....	65
Figura 21. Respuestas a la pregunta: ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	66
Figura 22. Respuestas a la pregunta: ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?.....	67
Figura 23. Respuestas a la pregunta: ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas ?	68
Figura 24. Respuestas a la pregunta: ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?.....	68
Figura 25. Respuestas a la pregunta: ¿Qué tan frecuente se sintió lleno de vitalidad?.....	69
Figura 26. Respuestas a la pregunta: ¿Qué tan frecuente se sintió calmado y tranquilo?	70
Figura 27. Respuestas a la pregunta: ¿Qué tan frecuente tuvo mucha energía?	70
Figura 28. Respuestas a la pregunta: ¿Qué tan frecuente se sintió desanimado y triste?	71
Figura 29. Respuestas a la pregunta: ¿Qué tan frecuente se sintió agotado?.....	72

Figura 30. Respuestas a la pregunta: ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?	72
Figura 31. Respuestas a la expresión: Estoy tan sano como cualquiera.....	73
Figura 32. Respuestas a la expresión: Mi salud es excelente	74

INTRODUCCIÓN

En el 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer los resultados del trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), a partir del cual surge un programa en búsqueda de la equidad sanitaria. Entre los hallazgos de la comisión sobresale el hecho de que la esperanza de vida al nacer de una niña puede ser de 80 años en un país, o de 45 años si nace en una de las naciones más pobres del mundo. A la par, la CDSS explica que también hay grandes diferencias al interior de las naciones. Dichas diferencias están estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social y son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas (Organizacion M. S., 2009).

Así, las características estructurales y las condiciones de vida componen los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que dan lugar a las desigualdades en la salud de la población. La CDSS realizó tres recomendaciones primordiales que son a la vez tres principios de acción, a saber: 1) mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece; 2) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, en los niveles mundial, nacional y local, y 3) medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto (Istúriz et al., 2012). Dichas recomendaciones están guiadas con un objetivo social de amplio impacto: subsanar las desigualdades sociales en materia de salud en el lapso de una generación.

Por otra parte, en Inglaterra en 2010 se publicó un importante estudio, Fair Society, Healthy Lives, dirigido por Michael Marmot, de la University College de Londres, que consiste en una revisión estratégica de las inequidades en salud. En él se demuestra, por ejemplo, que la gente que habita en los barrios pobres muere, en promedio, siete años más temprano que aquellos que residen en zonas de altos ingresos. Asimismo, la expectativa en el Reino Unido de tener una existencia libre de padecimientos que impliquen alguna discapacidad es 17 años menor entre la gente que vive en zonas desfavorecidas frente a la que vive en áreas de alto ingreso. La gente en condiciones de pobreza no sólo muere antes, sino que pasan más tiempo con algún tipo de padecimiento severo. El estudio citado expresa que estas inequidades implican la pérdida de entre 1.3 y 2.5 millones de años de vida de quienes fallecen prematuramente, así como 2.8 millones de años de vida perdidos por discapacidad o enfermedad (Marmot et al., 2008).

Esas diferencias se manifiestan si se considera no sólo el lugar de residencia de los individuos, sino su escolaridad, su ocupación o las condiciones de su vivienda. Así, por ejemplo, los ocupados que son gerentes de empresa y cuentan con formación profesional en el noreste de Inglaterra, tienen una tasa de mortalidad dos veces y medio menor que la de los trabajadores residentes en la misma región con escasa calificación en labores monótonas. De igual forma, el nivel educativo genera fuertes efectos en la salud: las personas con educación universitaria son menos propensas a sufrir padecimientos mentales en 50% que quienes no acudieron a la escuela (Marmot et al., 2008).

La evidencia de los determinantes sociales en la salud es amplia que se debe poner el énfasis en los buenos o malos hábitos de los individuos en materia de salud e incluso en el acceso a los servicios; es clave atender y modificar el contexto social de las personas para mejorar su salud y

así mejorar su bienestar. Ampliar la posibilidad de una vida sana en la que la persona sea capaz de tomar las decisiones sobre su destino sin que la enfermedad física o mental la limiten, es una condición para que los individuos mejoren su calidad de vida (Rojas Ochoa, 2004).

Por lo tanto, la política pública debe ser universal, la universalización debe contar con escalas e intensidades proporcionales a los niveles de desventaja que se desean combatir, por lo que se importante considerar un universalismo proporcional (Hernández-Aguado et al., 2012), en donde la idea de que la desigualdad en salud proviene de las desigualdades de ingreso, educación, empleo y zona de residencia, de lugar a la concepción de una política de salud transversal del Estado, que trasciende la atención de la salud y el acceso a la misma, y que como meta se plantee una sociedad más justa, equitativa y con mayor bienestar (Urbina-Fuentes et al., 2017).

De esta manera, la salud es un pilar importante para transitar hacia el desarrollo sustentable (Salud, 2008); ya que las personas saludables tienen mayor oportunidades y capacidades para aprender, trabajar y contribuir a la economía y la sociedad. Así, el acceso universal a los servicios de salud sigue siendo en la misma línea un insumo clave para mejorar el bienestar social y la calidad de vida de las población (Larrañaga, 2018; Martínez Ríos, 2017). Sin embargo, la salud no es un resultado automático de las políticas de desarrollo sustentable (Picazzo Palencia et al., 2011) ya que deben considerar para su conformación los entornos donde viven, nacen y crecen las personas, es decir los determinantes sociales de la salud.

En ese sentido, los Objetivos del Desarrollo Sustentable (ODS) consideran a la salud, y a los entornos donde se desarrollan las personas, como elementos claves para alcanzar el desarrollo sustentable, en particular los objetivos tres y diez, los cuales abordan temas como la salud y

bienestar y la reducción de las desigualdades, respectivamente. Así, este contexto de los ODS sienta las bases de los elementos claves que necesitan desarrollar los países para alcanzar un desarrollo sustentable que amplíe el bienestar y la calidad de vida de la sociedad.

Dado lo anterior, se debe considerar que la salud es un componente prioritario del desarrollo y se debe considerar que la percepción que posee la población de esta afecta a su desarrollo humano. A su vez, la calidad de vida de las personas perturba en el desarrollo de capacidades de estas sin olvidar el estilo de vida que tiene. En concreto las características socioeconómicas y demográficas de los individuos juega un rol importante en el progreso del país. En ese sentido se desprenden los siguientes objetivos e hipótesis de la investigación:

I. Objetivos

I.1. Objetivo general

Analizar cómo los factores sociales de la salud afectan el desarrollo humano de la población, en particular el estilo de vida, calidad de vida, así como el estado de salud percibida que tiene la sociedad en municipios del área metropolitana de Monterrey (AMM).

I.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la percepción del estado de la salud en la población en los municipios del AMM.
- Conocer los niveles de la calidad de vida de la población del AMM, así como el estado de salud percibido por la población del AMM
- Conocer en qué medida los determinantes socioeconómicos afecta a la calidad de vida, estado de salud y estilos de vida en la población del AMM.

II. Hipótesis

Las personas que presentan un mayor nivel de educación, que viven en zonas menos marginadas, con mejores situaciones en el mercado de trabajo (trabajo en el sector formal, acceso a la Seguridad Social, tiempo completo) reportan mejor estilo de vida/calidad de vida/percepción de estado de salud. Asimismo, el poseer mejores estilos de vida conllevará a mejorar la percepción de salud.

III. Justificación

La necesidad de avanzar hacia la igualdad de oportunidades y el respeto del derecho a la protección de la salud considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las desigualdades sociales derivadas de los determinantes sociales, apuntalan la importancia de incorporar la perspectiva social en la atención de la salud. Esto para la creación de perspectivas dirigida a la población en riesgo a padecer desigualdades, incidiendo en los determinantes sociales que afectan a la población mexicana en específico el AMM ya que se desconoce; para así establecer la relación que tienen con características socioeconómicas y demográficas, buscando impactar a los programas de salud pública y de desarrollo social, especialmente los referidos a enfermedades consideradas prioritarias por su importancia en el panorama epidemiológico de México, así como a personal de salud que brinda los servicios a la población.

Por lo tanto, la generación de estudios en materia de salud con este enfoque es otra de las aportaciones de esta investigación. Así como también, fomentar el debate y promover el área de la salud como un campo de acción para el desarrollo de la investigación social. En este sentido, para poder cumplir con los objetivos planteados e intentar demostrar las hipótesis descritas, el estudio se despliega en los siguientes capítulos. La presente tesis está dividida en tres capítulos principales. En el primer capítulo, se presenta el marco teórico. Se hace referencia a conceptos clave como son los determinantes sociales de la salud, así como la situación de estos en México, además se presenta

como se ha ido desarrollando la salud. En el segundo capítulo, se presenta el marco metodológico, en primera instancia se describen los materiales, posteriormente los métodos y final las limitaciones del estudio. En el tercer capítulo, se describen los resultados asociados con los estilos de vida, calidad de vida y estado de salud de la población de los municipios que conforman el AMM de Nuevo León. Finalmente, al final de los capítulos se presentan las conclusiones y reflexiones generales de esta investigación, se destacan las principales aportaciones, y se establecen las posibles líneas de investigación para futuros estudios derivados de esta tesis.

CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO

Introducción

En este capítulo se plantea el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud con el objetivo de conocer las causas o factores que influyen en la salud y calidad de vida. A su vez establecer el modelo holístico que existe alrededor de la enfermedad partiendo del modelo ecológico estableciendo la interacción entre los diversos aspectos tanto del individuo como el entorno que afectan la salud.

1.1 Abordaje conceptual de los determinantes sociales de la salud

Para conocer las causas o factores que influyen en la salud y la calidad de vida de la población de un país, y a su vez, poder disminuir las inequidades sociales existentes en la sociedad, en primer lugar, es importante establecer cómo el concepto de salud ha evolucionado a través del tiempo.

En este sentido, durante la edad media prevaleció la concepción de que la relación salud-enfermedad se encontraba determinada principalmente por aspectos naturales y ésta era atendida con prácticas de espiritualidad (Dubos, 1987). Siglos después, la revolución industrial trajo consigo ambientes más mecanizados y regidos por la tecnología, en los que el ser humano tenía un mayor control sobre sus entornos. Estas condiciones conllevaron a que la sociedad contara con mayores innovaciones hacia la atención de su salud.

De esta manera, se comienzan a evidenciar diversas asociaciones entre las condiciones sociodemográficas de la población con sus niveles de salud y la población comenzó a abandonar antiguas concepciones entorno a los aspectos de la salud (Palomino, Grande y Linares, 2014). No

obstante, hasta la mitad del siglo XX el concepto de salud fue definido únicamente en términos de la enfermedad, es decir, se trataba de explicar las causas de la enfermedad a través de factores físicos y biológicos (Piédrola, 2001).

A partir de la Segunda Guerra Mundial, surgieron diversos aspectos sociales que evidenciaron la cercanía de éstos con las condiciones de salud de la población. Además, se desarrollaron importantes avances tecnológicos que permitieron relacionar las causas del deterioro de la salud con las condiciones socioeconómicas de la sociedad. Dichos eventos conllevaron al desarrollo de un concepto de salud que considera tanto el estado integral de las personas como los entornos sociales. Así, la salud es definida como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afectaciones o enfermedades” (OMS, 1946). Dicha definición hace referencia a la importancia de los determinantes sociales y los entornos en los que los individuos se desarrollan.

Esta nueva concepción generó un impacto trascendental al grado de modificar el entendimiento y estudio de la salud. Así, dicha visión ha permitido que la salud sea considerada dentro del diseño de las políticas públicas como un aspecto crucial en la implementación de líneas de acción que impactan tanto a los determinantes sociales como a los aspectos que promueven el bienestar de la población.

Cabe mencionar que desde el siglo XIX la salud se trabajó desde un enfoque social, pero fue a partir de la Conferencia de Alma Ata en 1978 donde se buscó romper el paradigma de la salud enfocada solamente desde la visión biológica, y en donde se reitera firmemente que la salud, es el estado de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Asimismo, se hizo hincapié que, para cumplir con el más alto grado de salud, además de mejorar el ámbito de ésta, era necesario realizar intervenciones políticas, económicas, culturales y sociales (OPS, 1978).

En este sentido, la Declaración de Alma Ata fue fundamental para reconocer que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que la población se desarrolla. Es por lo que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008, definió los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo al sistema de salud (OMS, 2015).

La CDSS (OMS, 2015) menciona que existen diversos marcos conceptuales, así como modelos referentes a los determinantes sociales de la salud, los cuales muestran en diferentes niveles la relación entre los factores donde la población se desarrolla y su estado de salud. A continuación, se presentan las principales concepciones en este tema.

- Modelo tradicional o ecológico de la enfermedad.

Desde finales del siglo XIX se buscaba conocer las desigualdades en salud a través de la implementación del modelo tradicional o ecológico de la enfermedad, el cual está integrado por tres elementos: el agente (físico, químico o biológico), el huésped (individuo y su grado de vulnerabilidad) y el entorno o ambiente (determinantes sociales, físicos o biológicos). En este sentido, este modelo tiene la concepción de que existen elementos fuertes en el medio ambiente que en conjunción con el agente afectan el nivel de salud de la población. Sin embargo, este modelo

carece de conceptos y métodos adecuados para abordar la dimensión social que afecta a la salud de la población (Susser, 1972). En la Figura 1 se presenta el modelo ecológico o tradicional de la enfermedad.

Figura 1. Modelo ecológico o tradicional de la enfermedad



Fuente: Susser, 1972.

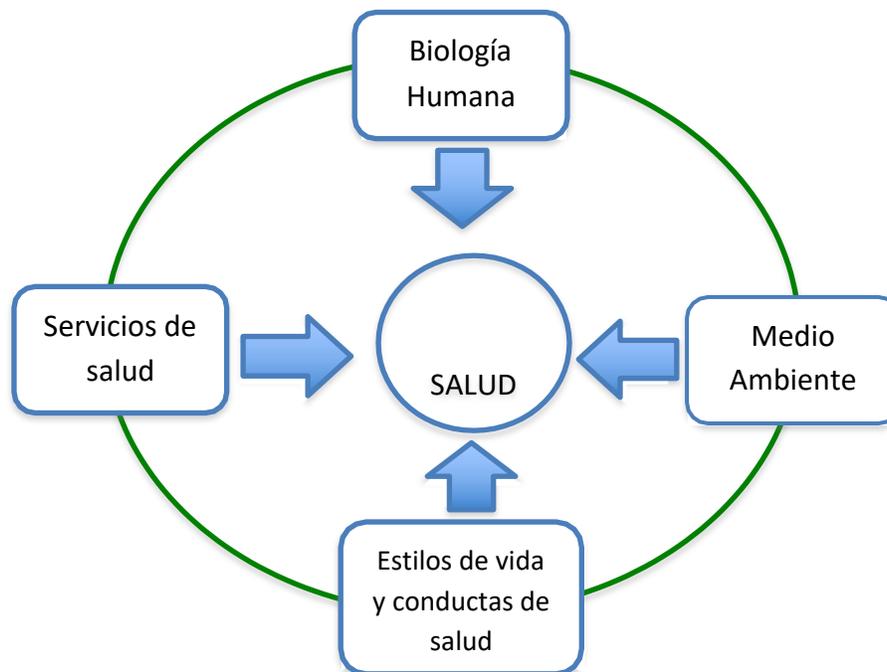
- Modelo holístico de los determinantes de la salud: Laframboise Lalonde.

Este modelo fue desarrollado e implementado después de la mitad del siglo XX, en el año 1973, y aborda de una manera holística los determinantes que afectan a la salud de la población. Esta propuesta establece que el nivel de salud de una sociedad está influenciado por cuatro grandes aspectos:

1. Biología humana: engloba todos los aspectos que influyen en la salud, los cuales tienen origen en el propio individuo y dependen de la estructura biológica y de la constitución orgánica de cada persona.
2. Medio ambiente: considera aquellos factores como la contaminación, factores psicosociales y socioculturales nocivos.
3. Estilos de vida y conductas de salud: son aquellas decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce un cierto control. Entre ellas se encuentran la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco y del alcohol, entre otras.

4. Los servicios de salud: toma en consideración la organización de los servicios de salud con respecto a su cantidad, calidad, orden, categoría y las relaciones entre las personas y los recursos utilizados para la prestación de tales servicios. Además, en este elemento se consideran la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud y cualquier otro servicio relacionado con la salud (Laframboise, 1973).

Figura 2. Modelo holístico de los determinantes de la salud de Laframboise.



Fuente: Laframboise, 1973.

En la Figura 2 se presenta el modelo establecido por Laframboise en donde la biología humana, los servicios de salud, el medio ambiente y los estilos de vida y conductas de la salud interactúan para determinar el estado de salud de las personas.

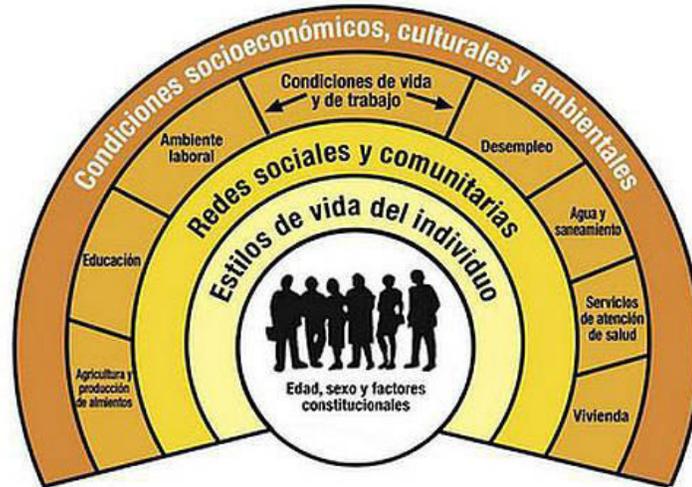
- Modelo conceptual de las capas de la influencia de los determinantes: Dahlgren y Whitehead.

Este modelo trata de abordar la relación entre la salud y sus determinantes sociales como resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades, hasta el nivel de las políticas públicas de salud. En el centro de esta propuesta conceptual se encuentran el individuo y los factores constitucionales que afectan su salud y que no pueden ser modificables.

En las siguientes capas se encuentran los determinantes que pueden ser modificados. En la primera capa de los determinantes modificables se encuentran los estilos de vida individuales que son influenciados por la comunidad y las redes sociales. En seguida se ubican los determinantes que tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos, educación y acceso a servicios básicos. Finalmente, en la capa externa se localizan las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales de la sociedad (Dahlgren y Whitehead, 1992).

En la Figura 3 se encuentra ilustrado el modelo de las capas de influencia de los determinantes sociales propuesto por Dahlgren y Whitehead, que en su momento fue impulsado por la OMS para ser utilizado como un modelo conceptual operativo que se podía aplicar para implementar los determinantes socioeconómicos en el ámbito de la salud.

Figura 3. Modelo de las capas de influencia de los determinantes de Dahlgren y Whitehead.



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1992.

- Modelo de la estratificación social y producción de la enfermedad: Diderichsen, Evans y Whitehead

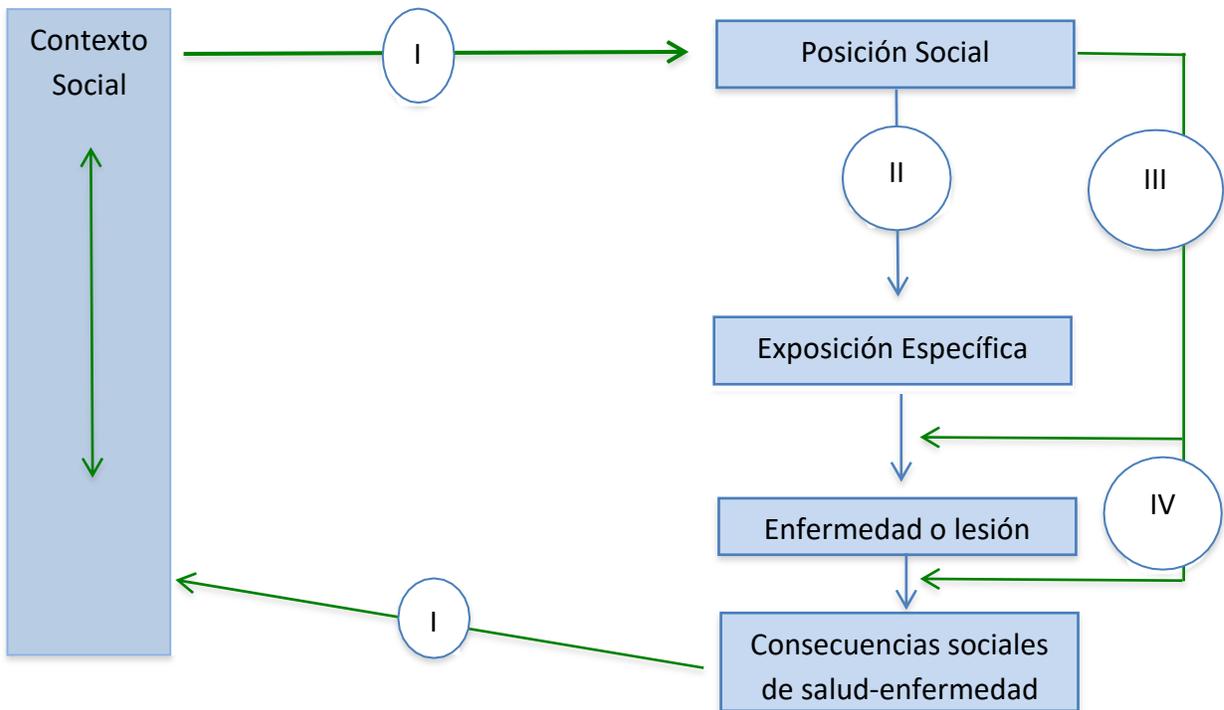
Este modelo establece que los contextos sociales crean estratificación social y asignan diferentes posiciones sociales a los individuos. A su vez, la posición social de las personas determina sus oportunidades de salud.

El proceso de asignarle a los individuos las posiciones sociales, el cual se esquematiza en la Figura 4, se observa en cuatro diferentes aspectos:

- I. Los mecanismos que generan y distribuyen riqueza, como, por ejemplo: el sistema educativo, las políticas laborales y de género y las instituciones gubernamentales.
- II. El diferencial de vulnerabilidad del individuo.
- III. El diferencial de consecuencias de mala salud para los grupos más y menos aventajados.

- IV. Las consecuencias sociales, las cuales se refieren al impacto que un cierto evento de salud puede tener en las circunstancias socioeconómicas de un individuo o una familia (Diderichsen, Evans y Whitehead, 2001).

Figura 4. Modelo de la estratificación social y producción de la enfermedad.



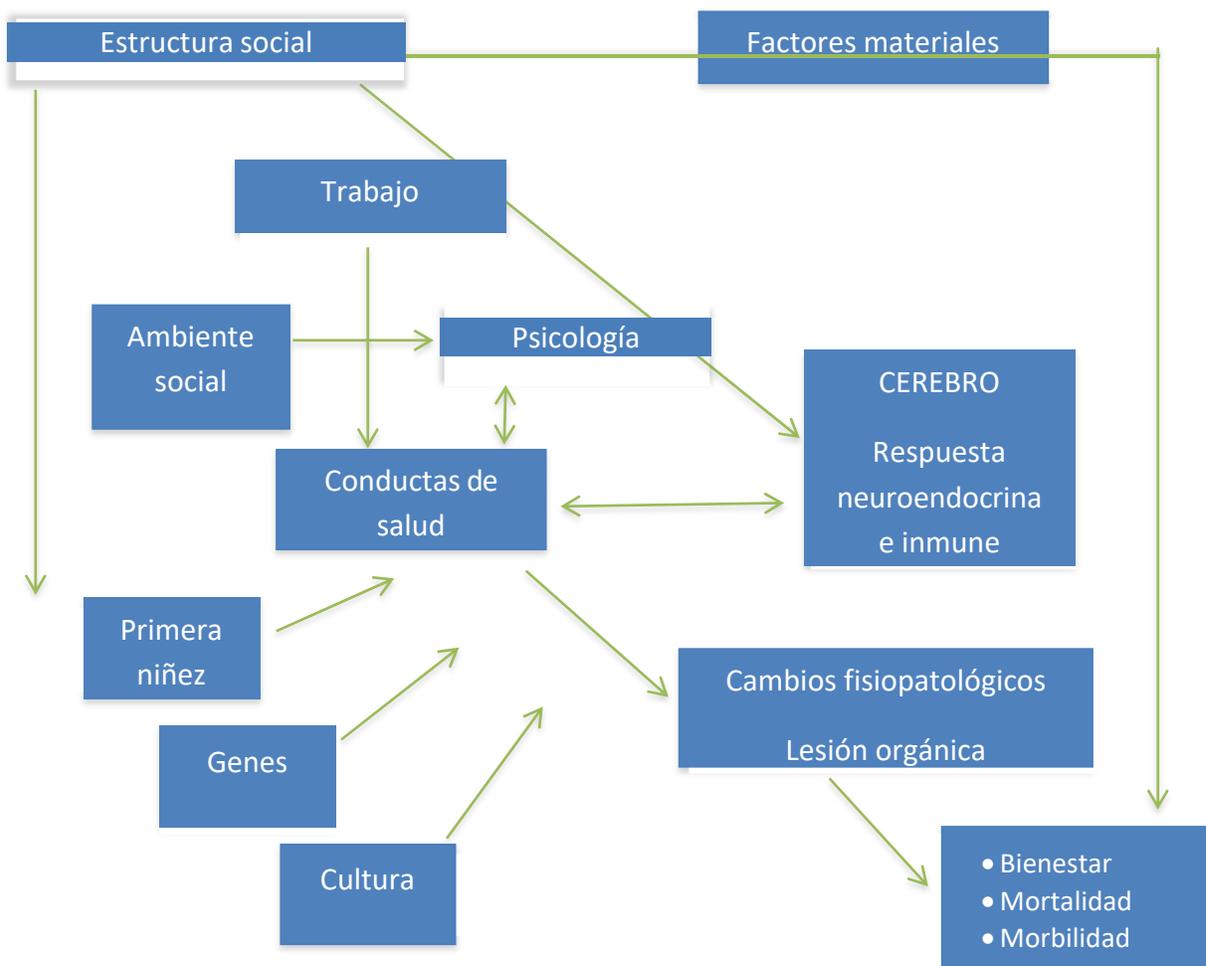
Fuente: Diderichsen, Evans y Whitehead, 2001.

- Modelo de las influencias múltiples en el ciclo de vida: Brunner, Marmot y Wilkinson

Este modelo fue desarrollado para conectar las perspectivas en salud desde una visión curativa con la salud pública para así transitar hacia una concepción preventiva de la salud. El modelo conceptualiza las desigualdades socioeconómicas en salud como el resultado de la exposición a riesgos medioambientales, psicológicos y conductuales a lo largo del ciclo de vida.

Asimismo, este modelo relaciona la estructura social con la salud y la enfermedad a través de los aspectos materiales, psicosociales, y conductuales. La genética, la infancia temprana y los factores de la cultura son importantes influencias en la salud de la población. (Acheson, 1998; Marmot, 2001). En la Figura 5 se presenta el modelo de las influencias múltiples en el ciclo de vida.

Figura 5. Modelo de las influencias múltiples en el ciclo de vida.



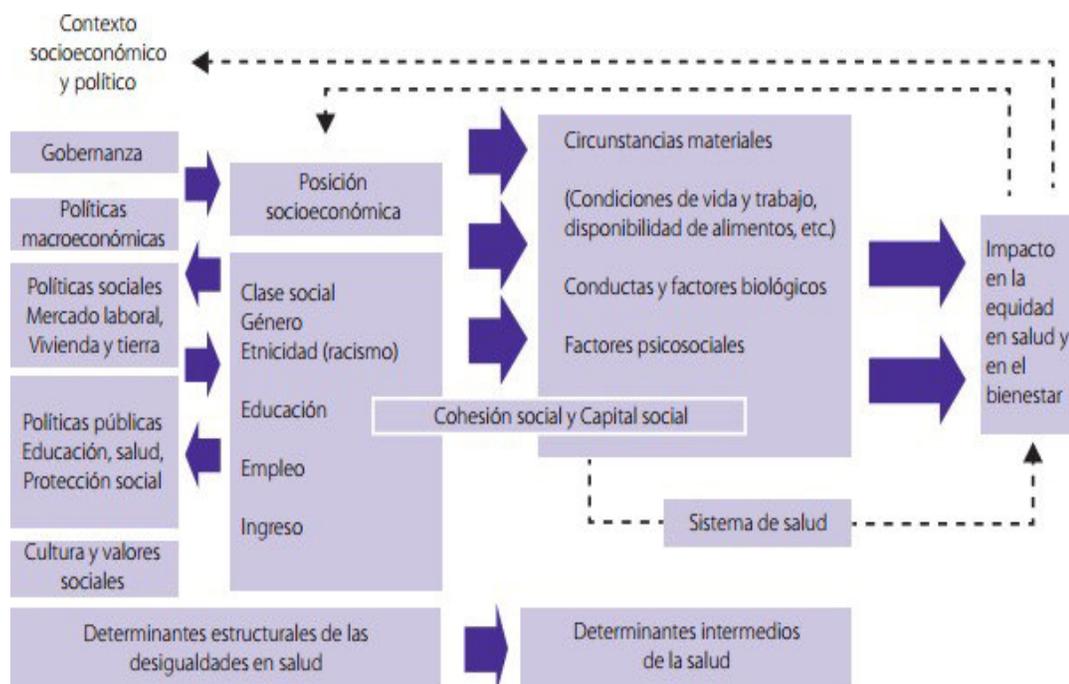
Fuente: Marmot 2001.

- Modelo Conceptual propuesto por la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS: Solar e Irwin.

Como ya se mencionó a lo largo de los años se han propuesto diferentes modelos conceptuales para abordar los determinantes sociales de la salud, pero recientemente la CDSS ha

trabajado principalmente con el modelo del marco de las principales categorías y vías de acción de los determinantes sociales planteado por Solar e Irvin (2010), el cual se presenta en la Figura 6.

Figura 6. Marco de las principales categorías y vías de acción de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Solar e Irvin, 2010.

Al analizar el marco conceptual planteado se puede observar que los determinantes sociales de la salud se dividen en:

- 1) **Determinantes estructurales:** están conformados por el contexto socioeconómico y político y por la estructura social de la población; este último aspecto incluye diferentes factores que provocan desigualdades entre los individuos como lo son la posición socioeconómica, la clase social, nivel educativo, entre otros. De tal manera, existe una relación muy estrecha entre ambos componentes que integran estos determinantes, ya que la conformación de la estructura social será fuertemente influenciada por el contexto sociopolítico y económico,

así como de la cultura y los valores sociales que esté inmersa en el país, región o localidad de análisis. Cabe mencionar que la posición socioeconómica (esto a través de la educación, el ingreso y la ocupación) dará forma a los determinantes sociales intermedios.

- 2) Determinantes intermedios: están conformados por elementos que consideran las circunstancias materiales (condiciones de vida, de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), conductas y factores biológicos y psicosociales relacionados directamente con consecuencias en la salud. Asimismo, el Sistema de Salud es un determinante social intermedio debido a su papel de promover y coordinar políticas de acción en beneficio de la salud y a favor de impactar en el bienestar de la población y en disminuir las inequidades en el ámbito de la salud.

A pesar de que es difícil influir en los determinantes estructurales en una primera instancia, el enfoque de los determinantes sociales de la salud tiene como objetivo subsanar las desigualdades sociales en materia de salud en una generación, de tal manera, se tiene que empoderar a la población en el ámbito de su salud. Por ello, es necesario actuar sobre los determinantes intermedios, esto a través del Sistema de Salud mediante la promoción de acciones y programas que beneficien mejores estilos de vida saludables.

En este sentido, las acciones sobre los determinantes sociales de la salud, en particular en los determinantes intermedios, se pueden enmarcar conceptualmente desde la promoción de la salud. Es decir, se debe tanto proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud e influir más sobre la misma (OMS, 1986), como capacitarla para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta (OMS, 2005).

Por lo tanto, lo que se busca en el marco de la conceptualización de los determinantes sociales de la salud, es que, desde las acciones impulsadas en primera instancia por el Sistema de Salud, un determinante intermedio pueda permitir modificar otros determinantes de la misma índole. Al igual que poder integrar en este mismo tenor a otros sectores tanto del gobierno como de la ciudadanía, para que participen en la integración de un modelo de acción que permita la transversalidad de las políticas y acciones en materia de salud que modifiquen no sólo los determinantes intermedios, sino que se pueda avanzar en los determinantes estructurales de la salud.

La presente investigación se basa en el modelo propuesto por la CDSS debido a que éste permite relacionar la salud en todos los niveles, es decir desde las políticas públicas en el ámbito social, económico y cultural hasta los determinantes directamente relacionados con las conductas de la sociedad. Lo anterior permite que el Sistema de Salud sea un elemento clave para transitar de un sistema curativo a uno más preventivo, en donde el empoderamiento en materia de salud esté presente en la sociedad.

1.2 Recomendaciones de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud

Considerando el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud antes presentado, la CDSS (OMS, 2011) formuló tres recomendaciones fundamentales que los países deben implementar para modificar los determinantes sociales:

1. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.

2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, en los órdenes mundial, nacional y local.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública en este tema.

Al analizar dichas propuestas de la CDSS, se observa que el Sector Salud no puede influir de manera directa en todos los determinantes, es por ello que el enfoque se debe basar en acciones intersectoriales lideradas por dicho sector. Éste, debe tener como objetivo: medir, analizar y evaluar las intervenciones intersectoriales.

Asimismo, y bajo el modelo conceptual analizado, la CDSS (OMS, 2011) refiere que se deben considerar las siguientes estrategias y líneas de acción para realizar un buen abordaje conceptual y operativo de los determinantes sociales:

1. La gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades de salud.
 - a) Fortalecer la buena gobernanza de la acción sobre los determinantes sociales.
 - b) Poner en marcha la acción colaborativa entre sectores (acción intersectorial).
2. La promoción de la participación.
 - a) Crear las condiciones que favorezcan la participación.
 - b) Mediar la participación y asegurar la representatividad.
 - c) Facilitar la participación de la sociedad civil.
3. La función del sector salud, incluidos los programas de salud en la reducción de inequidades en salud.

- a) Ejecutar la función del sector salud en la gobernanza de la acción sobre los determinantes sociales.
 - b) Reorientar los servicios de salud y los programas de salud pública para reducir las inequidades.
 - c) Institucionalizar la equidad en la gobernanza de los sistemas de salud.
4. La acción mundial sobre los determinantes sociales: el alineamiento de las prioridades y los actores.
- a) Alinear las prioridades y los actores mundiales.
5. La vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas y desarrollar la responsabilidad sobre los determinantes sociales.
- a) Identificar fuentes, seleccionar indicadores, recopilar datos y definir metas.
 - b) Difundir los datos sobre las inequidades en salud y los determinantes sociales, e integrar estos datos en los procesos normativos.

Cabe mencionar que algunas de estas líneas de acción ya son abordadas desde el Sector Salud en México, un primer acercamiento de esto, a nivel nacional, se presenta en la siguiente sección (en los siguientes documentos o capítulos entregables se construye una actualización de la implementación de las determinantes sociales de la salud en los programas estatales de promoción de la salud, que se buscaría incorporar en su totalidad estas recomendaciones, al igual que la conceptualización de un sistema de información de los determinantes sociales de la salud).

1.3 Abordaje Operativo de los Determinantes Sociales de la Salud

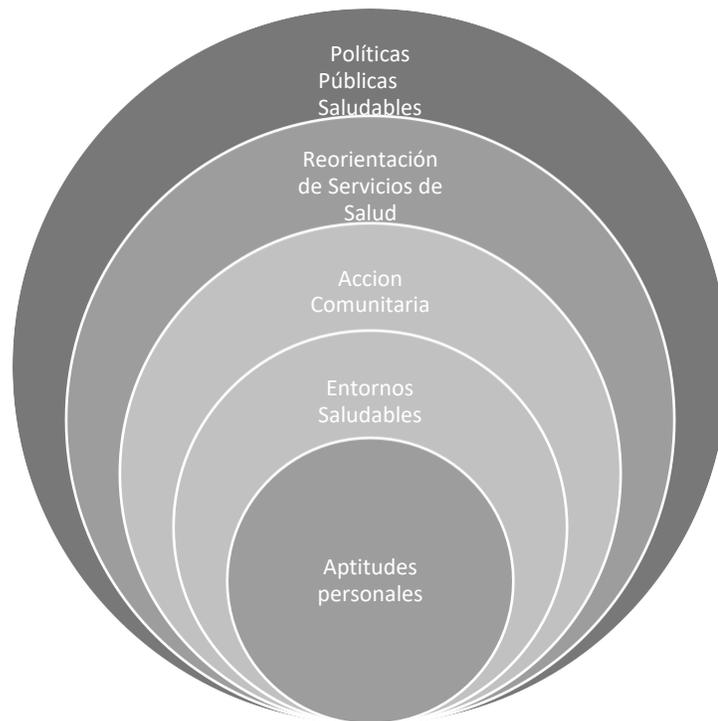
Como se observa en el marco conceptual, así como en las recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, para actuar sobre éstos, son necesarias acciones

intersectoriales; no obstante, el Sector Salud cuenta con la herramienta de la promoción de la salud que constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (OMS, 1986). De acuerdo con lo anterior, la promoción de la salud es un mecanismo fundamental para actuar ante los determinantes sociales de la salud.

Para esto la promoción de la salud cuenta con cinco funciones básicas (OMS, 1986) (Figura 7):

1. Desarrollo de Aptitudes Personales para la Salud: las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida.
2. Desarrollo de Entornos Saludables: estimula la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificante, higiénica, segura y estimulante.
3. Reforzar la Acción Comunitaria: impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud.
4. Reorientar los Servicios de Salud: impulsa que los servicios del Sector Salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica.
5. Impulsar Políticas Públicas Saludables: La promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados.

Figura 7. Las cinco funciones básicas de la Promoción de la Salud.



Fuente: elaboración propia con base en OMS, 1986.

Con base en lo anterior, y considerando además la definición conceptual de los determinantes sociales de la salud, se presenta a continuación un análisis de la relación que se da entre las líneas de acción a nivel federal del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud y el Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018.

1.3.1 Determinantes Sociales de la Salud: Plan Nacional de Desarrollo de México y Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales

El enfoque de los determinantes sociales de la salud es un enfoque que se alinea perfectamente a la segunda meta nacional planteada en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, la meta de un México incluyente en el que se propone enfocar la acción del estado en garantizar el ejercicio

de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad social que aún persisten en el país. El objetivo, es que el país se integre por una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad sustantiva (Gobierno de la República, 2013).

En la búsqueda por cumplir con los objetivos nacionales, la Secretaría de Salud a nivel Federal, por medio del Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013 - 2018, de la Dirección General de Promoción de la Salud, ha planteado una serie de objetivos que buscan modificar las condiciones sociales y personales a partir del abordaje de los determinantes sociales de la salud, los cuales pueden enmarcarse en los objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Éstas se pueden observar en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Alineación del Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales con los objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo de México 2013-2018.

Objetivos de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivos del Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales
2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de toda la población.	2.1.2. Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con las carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva.	1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud. 2. Fortalecer la promoción de la salud en la atención integral de línea de vida.
2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	3. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud. 4. Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los servicios públicos, social y privado. 5. Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.

	2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	6. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.
--	---	--

Fuente: Secretaría de Salud, 2014.

Al analizar el Cuadro anterior se puede observar que hay tres determinantes sociales principales que se abordan entre el Programa de Acción Específico y el Plan Nacional de Desarrollo, y son: las conductas individuales, el Sector Salud (Sistema de Salud) y las condiciones materiales (situaciones de vulnerabilidad). Para poder influir en estos determinantes, se debe dar una participación de los diferentes sectores de la sociedad y del gobierno que permita realizar sinergias que influyan activamente en los determinantes sociales.

1.3.2 Determinantes Sociales de la Salud: Programa Sectorial de Salud de México y Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales

En el presente apartado se presenta la alineación de los objetivos del Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 (Cuadro 2). Lo anterior, con el fin de poder reconocer cuáles son los determinantes sociales que se abordan a través de la promoción de la salud que impactan en las inequidades en salud en México.

Cuadro 2. Alineación del Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales con los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 de México.

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de Acción del PROSESA	Objetivos del Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y	1.1 Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal,	1.1.1. Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los	4. Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado.

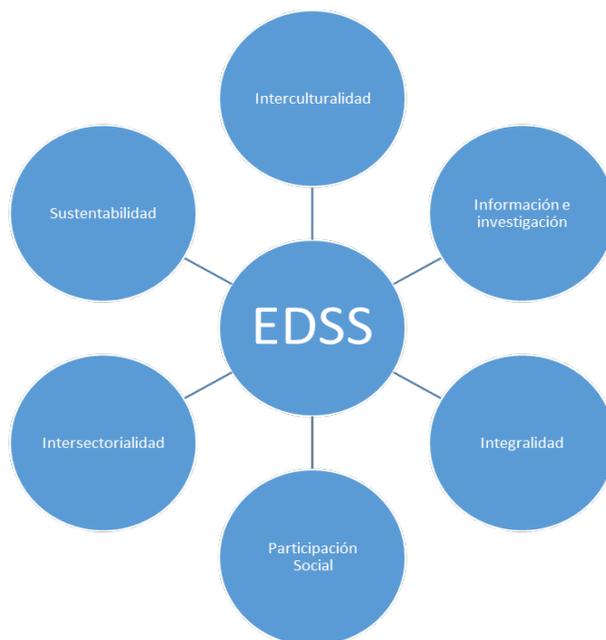
prevención de enfermedades.	familiar y comunitario.	determinantes sociales de la salud.	
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.1 Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.	1.1.2. Generar estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables.	5. Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.
		1.1.3. Impulsar la comunicación personalizada para el mejor uso de la información para mejorar la toma de decisiones en salud.	6. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.
		1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.	1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud. 2. Fortalecer la promoción de la salud en la atención integral de línea de vida. 3. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.
		1.1.6. Fomentar los entornos que favorezcan la salud, en particular escuelas de educación básica, media superior y superior.	1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.
Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de Acción del PROSESA	Objetivos del Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales

4. Cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país	4.3 Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.	4.3.1. Incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población.	1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.
	4.6. Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante	4.6.1. Ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como extranjero.	
		4.6.2. Ofrecer asistencia y protección a la población infantil y adolescente migrante y repatriada no acompañada.	
		4.6.8 Fortalecer las semanas binacionales de salud.	

Fuente: Secretaría de Salud, 2014.

Al analizar la relación entre los objetivos del Programa de Acción Específico con las líneas de acción del PROSESA, se deben recuperar los siguientes conceptos básicos que permiten realizar las acciones con un Enfoque en Determinantes Sociales de la Salud (EDSS), estos elementos se pueden observar en la Figura 8.

Figura 8. Conceptos básicos del Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018 de México



Fuente: elaboración propia con base en la Secretaría de Salud, 2014.

Los conceptos ilustrados en la Figura 8 se encuentran presentes tanto en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, como en el Programa de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, al igual que en el Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018. Ambos programas buscan incidir en las inequidades sociales que aún se presentan en el país y tratan fundamentalmente de integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Los conceptos presentados en la Figura 8 se pueden relacionar con las funciones de la promoción de la salud y con los determinantes sociales de la salud. Lo anterior, con la intención de promover acciones (líneas de acción) que reduzcan las brechas entre los determinantes sociales de la salud que permitan avanzar hacia una mejor equidad en salud.

A continuación, se presenta la relación entre las funciones, conceptos y líneas de acción de la promoción de la salud en México y los dos grandes componentes de los determinantes sociales de la salud presentados anteriormente en el marco conceptual (Cuadro 3).

Cuadro 3. Relación entre funciones, conceptos y líneas de acción de la Promoción de la Salud en México y los Determinantes Sociales de la Salud.

Función	Líneas de acción	Conceptos	Determinantes Sociales de la Salud
Desarrollo de aptitudes personales para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Generar estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables. • Impulsar la comunicación personalizada para el mejor uso de la información para mejorar la toma de decisiones en salud. 	Integralidad	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes Intermedios (Conductas y aspectos psicosociales y Sistema de Salud)
Desarrollo de Entornos Saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar los entornos que favorezcan la salud en particular escuelas de educación básica, media superior y superior. 	Participación Social	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes Intermedios (Cohesión social y capital social, y conductas) • Determinantes Estructurales (Políticas Públicas, cultura y valores sociales)
Función	Líneas de acción	Conceptos	Determinantes Sociales de la Salud

<p>Reforzar la Acción Comunitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social. • Incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población. • Ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como extranjero. 	<p>Interculturalidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes Intermedios (Sistema de Salud, Condiciones materiales, Cohesión social y capital social) • Determinantes Estructurales (Políticas Públicas, cultura y valores sociales)
<p>Reorientar los servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer asistencia y protección a la población infantil y adolescente migrante y repatriada no acompañada. 	<p>Sustentabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes Intermedios (Sistema de Salud)
<p>Impulsar Políticas Públicas saludables</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud. 	<p>Intersectorialidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes Intermedios (Sistema de Salud, Condiciones materiales, Cohesión social y capital social, conductas) • Determinantes Estructurales (Políticas Públicas)

Fuente: Elaboración propia.

Es importante señalar que el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud presentado en este apartado se puede utilizar y desarrollar metodológicamente en el marco del

desarrollo sustentable. Por lo tanto, la definición conceptual de los determinantes sociales de la salud que se presente en este documento pretende ser un puente entre la implementación de las acciones de la promoción de la salud y los efectos en los diferentes determinantes que afectan la calidad de vida y la salud de la población.

1.4 México y los determinantes sociales de la salud

La salud de la población es uno de los desafíos más importantes que enfrenta México para su desarrollo como nación en el siglo XXI. Por una parte, y en buena medida gracias a los avances que el país ha acumulado durante décadas en materias económica, social y de salud, se ha dado una transición epidemiológica que permite superar las enfermedades infectocontagiosas como principales causas de muerte y enfermedad.

En 1960 casi un tercio de las defunciones se debía a enfermedades como diarrea y enteritis, así como neumonía e influenza. En cambio, en los inicios del siglo XXI, la sociedad enfrenta las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, las isquémicas del corazón y los problemas cerebrovasculares que se van extendiendo en la población, lo cual exige mayores recursos para la prevención y la curación. Asimismo, y gracias al progreso económico, social y de la medicina, se ha extendido la esperanza de vida del conjunto de la población, con una ganancia de 20 años en las últimas cincuenta décadas, dando lugar a una transición demográfica que supone el reto de enfrentar durante la primera mitad del siglo XXI la rápida ampliación de la población de la tercera edad. Así, el desarrollo de México le hace encarar novedosas y complejas circunstancias para garantizar un buen estado de salud para sus habitantes. En este sentido, el acceso universal a la salud, campo en el que se han conseguido notables avances, es un determinante clave de la

calidad de vida de las personas y, por ello, del bienestar del conjunto de la sociedad (Moral et al., 2014).

La ampliación de la esperanza de vida en el país se ha dado mediante la reducción de las desigualdades regionales en este indicador. Así, puede afirmarse que avanza un proceso de convergencia territorial en materia de salud, si bien la divergencia regional desde otras ópticas, como la económica y la social, continúa siendo una de las características más significativas de México. Por ello, el que se registre una mayor esperanza de vida en las distintas entidades del país sugiere que el sistema público de salud es una poderosa herramienta para reducir las grandes diferencias y desigualdades territoriales del desarrollo que afectan a la población. Esto es posible debido a su cobertura geográfica y al grado de integración de servicios, desde el nivel primario hasta el de los hospitales especializados (Dahlgren & Whitehead, 2006; Kliksberg, 1999).

Ahora, el reto es que la extensión en la cobertura de los servicios se traduzca no sólo en la ampliación de la población beneficiaria sino de las capacidades reales de atención, incluyendo infraestructura, medicamentos y personal (Knaul et al., 2005).

También, es importante resaltar que México ha conseguido logros importantes en lo que se refiere a la provisión de servicios públicos básicos que inciden directamente sobre la salud de la población. Los datos sobre infraestructura de conducción y abastecimiento de agua que recibe la población son un buen indicador de su nivel de vida. En la primera década del siglo XXI las tasas promedio nacionales de cobertura de los servicios de agua y alcantarillado llegaron a 94 y 85%, respectivamente, aunque persisten desigualdades como, por ejemplo, en las áreas urbanas y rurales (Arriagada et al., 2006).

México es considerado por el Banco Mundial como una nación de ingreso medio alto y por las Naciones Unidas como un país que presenta un desarrollo humano medio alto, más sus indicadores básicos de la salud muestran niveles positivos inferiores a lo que cabría esperar para el ingreso per cápita alcanzado (Ojeda, 1984; Ros, 2008). Por ejemplo, aun cuando México cuenta con una esperanza de vida superior a la de los países de América Latina de similar grado de desarrollo (76 años para 2019, frente a 75 años en Argentina y 73 en Brasil), en otros indicadores clave de salud México se encuentra rezagado. Es el caso, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, de la mortalidad materna: México alcanzó una tasa de 85 fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos en 2018, mientras que en Argentina dicha tasa fue de 70 por cada 100 000, de 58 en Brasil y de 26 en Chile. Algo similar ocurre con el indicador de mortalidad infantil, donde México registró en 2019 una tasa de 15 fallecimientos en menores de un año por cada 1000 nacimientos, cuando en Argentina fue de 13 y de siete en Chile (Behm, 2011; Frenk et al., 1991; Pérez-Núñez & Vera-López, 2019; Ranis & Stewart, 2002).

Si bien, el problema no reside sólo en el hecho de que México tenga resultados deficientes en materia de salud, sino que al interior del país existe una amplia desigualdad en salud. Por ejemplo, en indicadores como la tasa de mortalidad materna, la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida, los estados menos desarrollados del país (Chiapas, Guerrero y Oaxaca) presentan resultados muy inferiores a algunas de las entidades federativas más desarrolladas (Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León). Estos resultados son aún más contrastantes entre municipios, incluso dentro de un mismo estado (González-Pérez et al., 2008; Lazcano-Ponce et al., 2013).

Entre los estados con mayores rezagos en materia de salud sobresale el caso de Chiapas cuya tasa de mortalidad materna (por cada 100 000 nacidos vivos), en 2008, fue de 96.8 mientras que en Nuevo León fue de 30. Igualmente, la tasa de mortalidad infantil (1 000 nacidos vivos) en Guerrero estimada para 2011 fue el doble de la tasa de Nuevo León (con valores de 19.3 y de 9.7, respectivamente) (Téllez Castilla, 2015).

De acuerdo con lo anterior, el mayor rezago epidemiológico y de condiciones de salud se encuentra en los estados con mayores niveles de pobreza como son Chiapas, Guerrero y Oaxaca. En estos estados existe un riesgo de morir por enfermedades transmisibles, nutricionales y de la reproducción relativamente mayor que por enfermedades y padecimientos relacionados con niveles socioeconómicos altos (Soto-Estrada et al., 2016).

Un enfoque que contribuye a comprender el estado de la salud en México es el gasto. Mientras los países de la OCDE dedican más de 2 800 dólares per cápita en salud, México destina pocas más de 800 dólares. Asimismo, de acuerdo con el Banco Mundial, México canalizó en 2009 sólo 6.5% del PIB a salud, mientras que, en América Latina, Argentina destinó 9.5%, Brasil 9.1 y Chile 8.2 por ciento (Arredondo, Orozco, Hernández, & Álvarez, 2010; Organización, s/f).

Además del bajo nivel de gasto, en México se presenta el hecho de que la participación del gasto público es inferior al privado (48.3 vs. 51.7%), de tal suerte que se dedica, como gasto público, menos del 4 % del PIB a la salud. En cambio, los países que ya cuentan con un sistema universal de salud, y por tanto con la inversión en infraestructura necesaria para la atención, dedican de gasto público al menos 7% del PIB. De esta forma no sólo existe un bajo nivel de gasto en salud en términos generales en México, sino que la composición de este gasto tiene efectos negativos en

términos de equidad social, pues el grueso del gasto en salud aún lo hacen las familias en función de sus necesidades; en cambio, cuando la parte dominante del gasto es pública y se financia con impuestos generales progresivos, el financiamiento se da en función de las capacidades económicas de los individuos, no de sus necesidades de salud (Katz & Miranda, 1994).

Lo anterior se confirma con el peso del “gasto de bolsillo”, es decir, el que desembolsan las familias al momento de recibir el servicio de salud y no a través de seguros, que en México alcanza 48% del total, mientras que sólo 4% se hace a través de seguros. Si bien el gasto de bolsillo en salud se redujo en México en 2.3%, aún queda por realizar un esfuerzo considerable para que la población acceda realmente a los servicios de salud como un derecho garantizado por el Estado y no como una mercancía que se adquiere mediante mecanismos de mercado (Juan et al., 2013; Lavilla Ruiz, 2012).

En relación al empleo dentro del sector salud, en promedio en los países que integran la OCDE, 10.1% del empleo total se refiere a trabajadores del sector salud, en México alcanza sólo 3.1%, es decir, hay poco personal médico ocupado en el país. Asimismo, en los países de la OCDE se dispone de 3.1 médicos por cada 1 000 habitantes; en México sólo se dispone de dos. La diferencia es mayor en la disponibilidad de enfermeras, pues para la OCDE hay 8.4 por cada 1 000 habitantes, y en México esta cifra es de 2.5 (García-Peña & González-González, 2011; Mex, 2015).

Asimismo, en México es baja la frecuencia de visitas promedio al doctor, con 2.9 visitas por persona al año mientras que en los países de la OCDE la media es de 6.5. Lo anterior tiene que ver también con el tipo de modelo del sistema de salud (Hernandez et al., n.d.; Romero-Martínez et al., 2017).

La infraestructura es un factor importante donde deben darse importantes inversiones. En México se cuentan con 1.9 unidades de resonancia magnética por cada millón de habitantes, cuando el promedio para la OCDE es de 12.2 unidades. Asimismo, se dispone de 4.3 unidades de escáneres para tomografías computarizadas por cada millón de personas, mientras que la media de la OCDE es de 22.8 unidades. Lo mismo se refleja en las camas de hospital, de las que México cuenta con 1.7 por cada 1 000 habitantes, al tiempo que existen 4.9 camas por cada 1 000 habitantes en el promedio de la OCDE (Juárez, n.d.).

Ahora bien, el hecho de que la desigualdad social y la extensión de la pobreza tengan comportamientos segregados según el territorio y en los grupos poblacionales del país, evidencia que los problemas de salud no sólo pueden ser enfrentados desde el campo de los servicios de salud, sino desde el conjunto de los Determinantes Sociales de la Salud.

En este orden de ideas, si la pobreza y la desigualdad se mantienen, o si perdura la baja calidad del empleo, la salud de la mayoría de los mexicanos seguirá siendo frágil.

Como señalan Solar e Irvin (2007), una de las aproximaciones a los determinantes sociales de la salud se deriva de la perspectiva de la causalidad social, la cual indica que la condición social determina la salud de la población a través de distintos factores de intermediación o intermedios.

De esta forma, las diferencias socioeconómicas en salud ocurren cuando dichos factores intermedios están distribuidos de manera desigual entre las distintas clases socioeconómicas, de tal

suerte que el estatus socioeconómico afecta la conducta individual y sus condiciones de vida y dichos determinantes inducen una mayor o menor prevalencia de problemas de salud.

Entre los grupos de factores más relevantes para explicar las desigualdades en salud se identifican las condiciones económicas, como las de trabajo o de vivienda. Para este enfoque, la inequidad en salud es el resultado de una acumulación desigual de recursos y oportunidades al interior de la población. Así, refiere la Comisión Global de Determinantes Sociales, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. En esta perspectiva la evidencia revela que, en los casos de muerte por problemas cardiovasculares, los factores de riesgo como fumar, alto colesterol y elevada presión arterial pueden explicar menos de la mitad de lo que aporta el gradiente socioeconómico de mortalidad. En suma, las inequidades socioeconómicas deben ser contempladas en la explicación de los patrones de morbilidad y mortalidad de una población (Frenz, 2005; Guzmán, 2009; Vega Romero, 2009).

Así, la salud debe ser entendida más que como el resultado de la aplicación de tecnologías e intervenciones públicas basadas en la tecnología médica, como un fenómeno social que requiere complejas formas de acción política intersectorial con frecuencia vinculadas a la agenda de justicia social. Esto es, se busca trascender un paradigma de corte biomédico sobre la salud para privilegiar un enfoque de equidad social (Borde et al., 2016; Frenz, 2005; Guzmán, 2009; Vega Romero, 2009).

En México, la estructura y dinámica de la población inciden de forma directa sobre las potencialidades de producción de toda sociedad, en buena medida, en función de la población en edad de trabajar y en condiciones de incorporarse a las actividades laborales frente a aquella que

debe ser sostenida; al mismo tiempo, la propia composición demográfica determina las necesidades de distribución y acceso a los bienes y servicios para satisfacer las necesidades básicas en términos de alimentación, educación y salud. Por tanto, la variable demográfica es indispensable en el análisis de los desafíos económicos y sociales de las naciones (Frenk, 2016; Galaviz et al., 2018).

Ahora, la drástica disminución de la fecundidad y la ampliación de la esperanza de vida han hecho que México se encuentre en un proceso de envejecimiento poblacional acelerado (Welti-Chanes, 2011; Zenteno, 2000). A este proceso de transformación en la estructura por edad de la población contribuyen tanto la disminución de la natalidad o, más específicamente, de la fecundidad, como el incremento de la esperanza de vida que es resultado de la disminución de la mortalidad. La evolución demográfica de la mortalidad y la fecundidad en una sociedad se produce como resultado tanto del avance de la ciencia y la tecnología, como de transformaciones institucionales que afectan conocimientos, actitudes y prácticas de las personas (Alva & Morales, 2017; Chande, 2014; Frenk, 2016).

En lo que se refiere a las políticas de población en México, a partir de los años setenta del siglo XX se puso en marcha el Programa Nacional de Planificación Familiar, que tuvo éxito al cumplir las metas de reducción del crecimiento demográfico. No obstante, ello ha generado nuevos desafíos, pues la caída de la fecundidad contribuye a un envejecimiento poblacional que cada vez será más significativo (Chande, 2014; Montero et al., 2017).

Los avances en el fortalecimiento de la esperanza de vida no pueden dissociarse del desarrollo económico, social e institucional en el país. En este último campo conviene recordar que fue en las décadas de 1940 y 1950 cuando se lograron los mayores incrementos en la sobrevivencia

de los mexicanos (de ocho y nueve años, respectivamente), que fue cuando se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social e inició el despliegue de importantes medidas de salud pública (Fuentes, 2017; Varela-Rueda et al., 2016).

La dinámica del cambio demográfico se observa no sólo por el incremento en la participación porcentual de los grupos de edad avanzada sino a través de la modificación en las tasas de crecimiento medio anual de cada grupo etario. Lo más relevante es la significativa disminución de las tasas de crecimiento de los grupos más jóvenes. Para observar el efecto de los cambios en la estructura por edad, ésta puede subdividirse en relación con la dependencia infantil y con la dependencia de la vejez. Hasta ahora, las modificaciones en la relación de dependencia se han producido como resultado de las disminuciones en la proporción de la población infantil; sin embargo, a pesar de que esta disminución se mantenga, se incrementará en la parte correspondiente a la población de 65 años o más (Aguilar et al., 2019; Castañeda & Mayleth, 2019; Loredó Abdalá, 2019).

El cambio demográfico da lugar a un conjunto de modificaciones en las necesidades de salud, por ejemplo, en materia de atención geriátrica en detrimento de la oferta de atención pediátrica, lo que plantea reformas a la propia estructura y diseño del modelo de atención a la salud (Gutiérrez Robledo & Kershenobich Stalnikowitz, 2018; Sánchez-García, 2018). En otras palabras, los problemas de salud y dependencia asociados al incremento de la edad de la población pueden ser enfrentados de manera colectiva para evitar que las ganancias en esperanza de vida y sobrevivencia se traduzcan en precarización de las condiciones de existencia del número cada vez más extendido de mexicanos que envejecen.

Además de la transición demográfica, México se encuentra inmerso en un proceso de cambio epidemiológico. La población de México, al igual que la de los demás países de la región de América Latina y el Caribe, ha sufrido cambios en el perfil de morbilidad y mortalidad, así como en la distribución de sus causas por grupos de edad, sexo y de acuerdo con las regiones geográficas. A lo largo de los últimos años se ha registrado una disminución porcentual de las muertes derivadas de enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias) y perinatales, dando paso así a un predominio de las muertes por enfermedades de tipo crónico-degenerativas (diabetes mellitus, isquémicas del corazón y tumores malignos, principalmente), así como por causas externas (accidentes, traumatismos y violencia).

1.5 La salud en el desarrollo

Por otro lado, la salud en el desarrollo es tanto una libertad constitutiva como instrumental necesario en la calidad de vida de las personas y en el bienestar social, la cual debe estar estrechamente vinculada con los derechos y con la justicia social, así como también con los entornos sociales en los que se desenvuelven los seres humanos y que son provistos por la sociedad y el estado (Sen, 2000, 2002; Stiglitz, Sen y Fitoussi, 2010).

Así, partiendo de la premisa fundamental del desarrollo humano y la expansión de las libertades, una de las principales limitantes para alcanzarlo, sería la inequidad en los servicios de salud y los efectos negativos en el estado de salud que conlleva, considerando también otros determinantes sociales de ésta. En contraparte, una de las libertades más trascendentales para el ser humano, sería no estar expuesto a enfermedades y causas de muertes evitables, permitiéndole a la sociedad mejores condiciones de justicia social y equidad (Sen, 1999, 2002).

Para Sen (1999:8), “la salud es una parte constitutiva del desarrollo”, “... forma parte integrante de un buen desarrollo”. Es decir, la salud es simultáneamente el medio y el fin del desarrollo. Por eso, tener una vida duradera y saludable, es uno de los principales aspectos del desarrollo que considera el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), a través de la esperanza de vida al nacer. Una vida duradera y saludable brinda mayores opciones para elegir, y por ende, mayor libertad. Contar con mejores oportunidades y procesos, permite a las personas satisfacer sus necesidades básicas y gozar de buena salud física y mental.

La salud es una pieza clave para la calidad de vida, y su privación, representa un peligro para el bienestar social y económico de una nación (Sen, 1980, 1985, 1993). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) contempla dos dimensiones distintas de la salud, pero a la vez inseparables. Desde lo individual, representa el buen funcionamiento biológico del organismo y la ausencia de enfermedades. Desde lo social, es contemplada integralmente, representa un estado completo de bienestar físico, mental y social. Es decir, la salud no debe ser concebida como la ausencia de enfermedades, sino que va más allá, debe entenderse su vínculo con las condiciones sociales apropiadas (Brena, 2004). En este mismo tenor, Frenk (1994) señala que, en el contexto de la salud, converge lo biológico y lo social, lo individual y lo colectivo, lo público y lo privado.

Por consiguiente, el enfoque del desarrollo humano y de capacidades y su aspecto esencial, la libertad; plantea desafíos apremiantes en materia de salud, disminuir las brechas sociales, el rezago epidemiológico acumulado, y mejorar el acceso y la calidad de la atención, entre otros. Asimismo, desde esta perspectiva, la salud de las personas no sólo corre peligro con las

enfermedades, sino que muchos otros aspectos cotidianos como la pobreza, la violencia, el deterioro ambiental, la falta de alimentos y empleo, la inseguridad, la falta de acceso a agua potable y viviendas adecuadas, la falta de acceso a la educación, entre otras carencias de derechos humanos, también comprometen el desarrollo de la salud humana. Consecuentemente, “el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse (...) universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo” (Sen, 1999:1).

Entonces, para alcanzar el desarrollo, es de vital importancia garantizar el derecho a la salud en todos los ámbitos. Y para ello, se requiere diseñar políticas públicas con un enfoque de desarrollo humano que contemple el mejoramiento de la salud integralmente, es decir, con una visión conjunta de los problemas y las soluciones, reconociendo la relevancia del papel que juegan las instituciones sociales y económicas, en las libertades humanas.

En concordancia, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los tres pilares básicos para tener un adecuado desarrollo humano son: la nutrición, la atención de la salud y la educación. Asimismo, para la Secretaría de Salud en México (2005), la salud es una prestación básica de un amplio conjunto de bienes y servicios, dirigidos a la persona tanto en su individualidad como colectivamente, indispensable para lograr el bienestar de la sociedad.

Así, la salud entendida como una libertad humana provista en entornos equitativos, es una de las premisas esenciales que debería considerarse en toda reflexión sobre el desarrollo. Sen (1999, 2000) señala que si no se tiene acceso a una de las libertades constitutivas e instrumentales como es la salud, ello podría traducirse en pobreza. Y sugiere que la pobreza, debe identificarse a partir de la privación de las libertades, y no únicamente con la estimación del ingreso. Es decir, la utilidad

de esta variable consiste en el potencial de las actividades (funcionamientos) que permite hacer, es decir, las libertades para conseguir una vida con buena salud por largo tiempo. Una persona saludable, tiene más posibilidades de obtener mayores ingresos, de nutrirse mejor y acceder a servicios de salud con calidad.

Observar a la salud desde el contexto del desarrollo, y específicamente, desde el desarrollo humano, implica entenderla integralmente, con calidad universal y de bien público, y con equidad y justicia social. Sustituyendo la visión utilitarista impuesta por el sistema económico, por una visión más social, entendida como una libertad fundamental que el individuo debe tener y cuidar (Sen, 1999:9). No obstante, la perspectiva del desarrollo humano reconoce que el desarrollo económico es un requisito necesario, pero no suficiente para garantizar la salud, y que utilizar en mayor cantidad los servicios de salud, no significa mejor salud. Por lo tanto, “la salud es un producto intersectorial y depende del desarrollo global. Las decisiones económicas no deben perder de vista que la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar, y que el hombre no es sólo un medio de la economía sino su fin, su destino, su sentido y su razón de ser” (OPS/OMS, 1973:4).

1.5.1 La salud y los determinantes sociales de la salud en el desarrollo sustentable

La relación de la salud y la sustentabilidad tiene su origen en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, Kazajistán en 1978, la cual aparece en el tercer principio de su declaración señalando que:

“El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del

pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial”

Sin embargo, fue hasta 1992 en el marco de la Cumbre de la Tierra cuando se acentúa el vínculo entre la salud y el desarrollo sustentable, que, a su vez, quedó plasmado en el primer principio de la Declaración de Río (de Janeiro) sobre el Ambiente y el Desarrollo, la cual afirma que: *“Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sustentable. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”* (ONU, 1992).

Cabe señalar que la connotación sobre el concepto de desarrollo sustentable utilizada tanto en la Cumbre de Río, como en su estrategia de acción, la Agenda 21; sostiene la idea de un desarrollo capaz de brindar los elementos necesarios para una calidad de vida adecuada preservando la armonía en la utilización de los recursos sociales, económicos y ambientales que implica el desarrollo. En este sentido, la salud es una pieza esencial del desarrollo sustentable.

La Agenda 21, como ya se ha mencionado antes, es la guía por excelencia para la combinación de acciones sociales, económicas y ambientales para el desarrollo, la cual contempla la protección y promoción de la salud como aspecto determinante del desarrollo sustentable. En su capítulo sexto¹, precisa cinco acciones para la protección y fomento de la salud humana:

1. La satisfacción de las necesidades de atención primaria de salud, especialmente en zonas rurales: en esta acción se encuentra la creación de infraestructura básica del sector salud y

¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la responsable de la gestión de este capítulo.

establecimiento de sistemas de seguimiento, planeación y evaluación del sistema de salud. Asimismo, como investigación y metodologías en higiene ambiental.

2. La lucha contra las enfermedades transmisibles: comprende la identificación de riesgos ambientales, lucha contra el VIH/SIDA, educación y difusión de información acerca de los riesgos de estas enfermedades, conciencia de la higiene ambiental y nutrición adecuada; y control de factores ambientales (abastecimiento y contaminación del agua, calidad de los alimentos, recolección y eliminación de desechos).
3. La protección de los grupos vulnerables: su cometido es proteger y educar en temas de salud a los niños, jóvenes, las mujeres y las poblaciones indígenas y sus comunidades. Entre los temas que destacan, son la atención primaria de salud, educación de salud reproductiva y sanitaria, protección de salud maternal, y medicina tradicional.
4. La solución del problema de la salubridad urbana: su prioridad es disminuir la tasa de mortalidad infantil, la mortalidad derivada de la maternidad, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso, enfermedades diarreicas (como indicador del suministro y calidad del agua), las tasas de accidentes industriales y de transporte, y disminución del consumo de drogas, de la violencia y de los delitos.
5. La reducción de riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales: se enfoca en el control de la contaminación del aire y agua, y de los desechos sólidos sobre la base de los riesgos de la salud, evaluación de las repercusiones de las condiciones ambientales sobre la salud en la planificación y desarrollo de nuevas industrias y servicios de energía, desarrollo de higiene y seguridad sanitaria industrial.

A nivel regional se dieron algunos encuentros importantes en pro del vínculo de la salud y el desarrollo sustentable. En 1994, en el marco de la Primera Cumbre de las Américas realizada en

Miami (Florida, Estados Unidos de América) para el Desarrollo y la Prosperidad, se discute en el apartado de acceso equitativo a los servicios de salud, su importancia en el progreso social y la prosperidad económica. En 1995, los representantes de las áreas de salud, ambiente y desarrollo de los países del continente Americano, se reúnen por primera vez en Washington (D.C., Estados Unidos de América) para analizar sus desempeños e interdependencia en los acuerdos de la Agenda 21 y la Cumbre de las Américas; trayendo como resultado nuevos compromisos estipulados en la “Carta Panamericana sobre salud y ambiente en el desarrollo humano sostenible”, la cual promueve en primera instancia la protección y la promoción de la salud como elementos fundamentales para el bienestar social y el desarrollo económico. No obstante, reconoce en su estrategia que el crecimiento económico es necesario, pero por sí solo insuficiente para la salud comunitaria y una calidad de vida decente. Asimismo, en su segundo principio, señala que prevenir los problemas de salud y el deterioro del ambiente, generalmente es más humano y más eficaz en función del costo, que corregir y tratar los daños ya causados.

Por otro lado, en 1996 el International Development Research Center of Canadá (IDRC por sus siglas en inglés), impulsó un enfoque ecosistémico de la salud llamado “Ecosalud”, cuya premisa fundamental señala que toda gestión de los ecosistemas debe estar dirigida a la búsqueda del equilibrio entre la salud y el bienestar humano, y no sólo a la protección del ambiente.

En el 2000, surge la iniciativa de desarrollo global que sucedió a la Agenda 21, denominada Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), esta nueva agenda plantea la referencia de los principales desafíos que habría que combatir en los próximos 15 años. En los ODM, la salud está incluida en 3 de ellos, plasmada en las siguientes metas dirigidas a la protección de la salud de la población:

- a) Una reducción de dos tercios en la mortalidad de los menores de cinco años.
- b) Disminuir a la mitad la proporción de niños con menos de cinco años con peso inferior al normal.
- c) Reducir en un 75% la tasa de mortalidad maternal.
- d) Detener y comenzar a invertir en la propagación del VIH/SIDA.
- e) Detener y empezar a invertir en la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes.

Cabe destacar que, en la Declaración del Milenio, no sólo se señala la vinculación de estas metas con el mejoramiento del estado de salud-enfermedad de las poblaciones, sino también, con su calidad de vida, resaltando la importancia de otros factores sanitarios como el acceso a medicamentos, la salud reproductiva, las enfermedades de notificación obligatoria e inmediata y el acceso a agua potable, entre otros.

En 2002, en el marco de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sustentable (CMDSD) realizada en Johannesburgo, se reafirman las metas y acciones expuestas en la Agenda 21 y en los ODM en materia de salud, dando paso a una nueva iniciativa denominada Water, Energy, Health, Agriculture and Biodiversity (WEHAB, por sus siglas en inglés); cuyo objetivo es impulsar actividades relacionadas con estas cinco áreas de vital importancia para el desarrollo sustentable. En el ámbito de la salud, la WEHAB señala que:

“La salud es fundamental para erradicar la pobreza y lograr el desarrollo sustentable.

La salud no consiste sólo en la falta de enfermedades, sino también en los derechos humanos fundamentales al agua potable, al saneamiento y a unos servicios de salud asequibles y equitativos. Las cuestiones de la salud, pues, deben ocupar un lugar

prominente en las consideraciones sobre el desarrollo sustentable. Cada vez es más acuciante la necesidad de romper el círculo vicioso de unos problemas tan íntimamente conectados como la degradación del medio ambiente, la salud deficiente y la pobreza. Quienes son pobres tienen más probabilidades de enfermar. Los enfermos tienen más probabilidades de quedarse pobres...”.

Asimismo, también menciona que:

“La estrecha vinculación entre salud, productividad y desarrollo no sólo justifica, sino que incluso hace necesario adoptar criterios más integrados e intersectoriales acerca de la salud.” (ONU, 2002).

Más recientemente, en el marco de la Cumbre del Desarrollo Sustentable de 2015 entra en vigor la nueva estrategia sobre desarrollo para lograr un mundo sustentable en el año 2030. Como ya se mencionó, los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) son sucesores de los ODM, y plantean el reto de superar los logros alcanzados con ellos, consiguiendo las metas pendientes. Los ODS, a diferencia de los anteriores, instan a todos los países del mundo a adoptar medidas para promover la prosperidad y el cuidado del planeta. Y reconocen que las iniciativas para acabar con la pobreza deben ir de la mano de estrategias que favorezcan no sólo el crecimiento económico, sino que aborden las más apremiantes necesidades sociales, entre las que cabe señalar la educación, la salud, la protección social y las oportunidades laborales, sin olvidar la lucha contra el cambio climático y la protección del medio ambiente. Los cuales se abordan en el marco de los determinantes sociales de la salud.

En el contexto de la salud, el objetivo tres plantea garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades mediante nueve metas específicas para 2030 (excepto la meta seis):

1. Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
2. Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
3. Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
4. Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
6. Reducir para 2020 a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
7. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

9. Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

A partir de lo anterior, se puede señalar que la salud del ser humano no es una cuestión propia del aspecto biológico y el comportamiento, sino que depende en gran medida de la calidad del medio ambiente en donde se desenvuelve, es decir de los determinantes sociales de la salud. De hecho, es común observar como muchas personas logran sobrevivir a enfermedades graves, sin embargo; una buena salud va más allá de la supervivencia. Una buena salud, proporciona dignidad, libertad, entre otras oportunidades que fortalecen el bienestar individual y colectivo, generando desarrollo social, económico y ambiental, es decir, desarrollo sustentable.

CAPITULO II. METODOLOGÍA: MATERIAL Y MÉTODOS

Introducción

En este capítulo se plantea aquellos recursos empleados para la aplicación del presente estudio no probabilístico, así como de la metodología utilizada en las clínicas de IMSS y centros de salud universitarios (CUS) dentro del área metropolitana de Monterrey (AMM). Los cuestionarios utilizados de manera auto aplicada por los participantes fueron el SF-36, WHOQOL y Fantastic, que abordan cada uno en lo particular los constructos a evaluar integrados por diversos dominios y preguntas. En el capítulo también se estima el modelo hipotetizado donde primero se validó el modelo de medida utilizando el análisis factorial confirmatorio con el propósito de obtener una medición de desarrollo del ser humano, medido a través de tres dimensiones: calidad de vida, estilo de vida y estado de salud, las cuales se interrelacionan. El software utilizado para el análisis estadístico descriptivo e inferencia fue SPSS y AMOS.

2.1 Material

Se realizó un estudio de corte transversal correlacional, en el área metropolitana de Monterrey (AMM) del estado de Nuevo León conformada por 11 municipios, en los cuales encontramos: San Nicolás de los Garza, Monterrey, Santiago, Guadalupe, Ciudad Apodaca, Cadereyta Jiménez, Santa Catarina, Ciudad General Escobedo, García, Ciudad Benito Juárez y San Pedro Garza García (Cuadro 4).

Se realizó un muestro no probabilístico por conglomerados sistemático, teniendo como marco muestral 18 Centros de Salud Públicos (IMSS o CUS-UANL) del AMM. El tamaño de

muestra es de 1 266 personas con un nivel de confianza del 90% y con error máximo permitido de 4%. A continuación, se presenta la distribución espacial de la muestra.

Cuadro 4. Distribución de la muestra

Municipio	Muestra
Apodaca	167
Cadereyta Jiménez	31
García	71
San Pedro Garza García	40
General Escobedo	116
Guadalupe	201
Juárez	109
Monterrey	310
San Nicolas de los Garza	120
Santa Catarina	87
Santiago	14
Total	1266

Fuente: elaboración propia.

La población de estudio fueron personas que vivan en el AMM del estado de Nuevo León mayor de 18 años que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: Persona de 18 años o más, que acepte participar, con consentimiento verbal, resida en el AMM Estado de Nuevo León excluyendo aquellos con patología psiquiátrica o física que afecte su capacidad de responder cuestionarios, se encuentre embarazada o se rehusó a participar. La aplicación de los instrumentos se realizó entre marzo y junio de 2018.

Los cuestionarios aplicados fueron:

- SF36 (estado de salud): incluye 36 preguntas que generan ocho dimensiones diferentes sobre calidad de vida relacionada con la salud; a partir de estas dimensiones, se estima un componente físico y otro mental.
- Fantastic (estilo de vida): diseñado para población en general que acude a los servicios de atención primaria. Constituido de 25 preguntas y nueve dimensiones. Familia y amigos, Actividad, Nutrición, Tabaco y toxinas, Alcohol, Sueño, cinturón de seguridad, estrés y Tipo de personalidad, Interior y por último Carrera (incluye trabajo, labores del hogar, estudiantes, etc.).
- WHOQOL- BREF (calidad de vida): El cuestionario tiene como objetivo conocer la opinión acerca de la calidad de vida y salud de los participantes, sugiriendo escoja las opciones que le parezcan más apropiada con el profesional de la salud que invite a participar haga la observación que puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza, teniendo en cuenta la forma de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones durante las dos últimas semanas. El instrumento ofrece un perfil de calidad de vida, con cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. Sin embargo, no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones. El cuestionario se compone de 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. La muestra estuvo formada por 1266 adultos voluntarios que asistieron a clínicas del IMSS, Centros Universitarios de Salud. Los procedimientos de validación de este instrumento incluyeron adaptación lingüística

cultural, validez de constructo a través de análisis factorial confirmatorio y evaluación de consistencia interna (Cuadro 6).

Cuadro 6. Resultados de las dimensiones analizadas

Dimensión	n ítems	Mediana	Percentil 25-75	Puntaje promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango
Física	7	17.1429	15.4286 - 18.8571	16.9352	2.43429	6.86	21.14	14.29
Psicológica	6	15.3333	13.3333 - 17.3333	15.3739	2.66154	4	20	16
Relaciones sociales	3	14.6667	12 - 17.3333	14.9605	3.08304	4	20	16
Ambiente	8	15	13 - 16.5	14.8685	2.45334	7	20	13

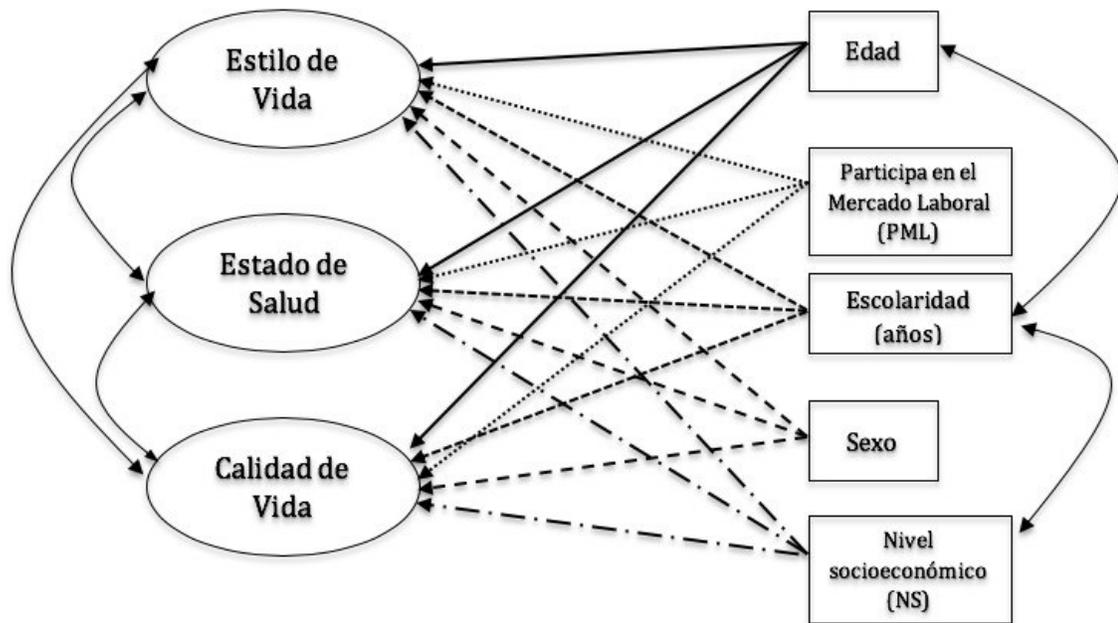
Fuente: Elaboración propia.

La fiabilidad del instrumento fue muy buena, obteniéndose un alpha de Cronbach de 0.92 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0.91-0.92.

2.2 Métodos

Se lleva a cabo un análisis multivariante utilizando el Modelo de Ecuaciones Estructurales para establecer la relación entre los diferentes elementos de cada cuestionario con cada una de las variables de estudio. En la Figura 9 se muestra el modelo hipotetizado que refiere las relaciones de las variables latentes: calidad de vida, estado de salud y estilo de vida con los determinantes sociales de la salud, en el marco del desarrollo sustentable.

Figura 9. Modelo Hipotetizado



Fuente: Elaboración propia. Nota: Sexo: 1= hombre, 0= mujer; Participa en el Mercado laboral (PML): 1= sí, 0= no;
NS: 1=muy bajo, 2=bajo, 3=medio, 4= alto; 5=muy alto

Para poder estimar el modelo hipotetizado primero se valida el modelo de medida usando análisis factorial confirmatorio. En donde el desarrollo del ser humano, medido a través de calidad de vida, estilo de vida y estado de salud, estas tres dimensiones están correlacionadas. Después de validar el modelo de medida, se procederá a probar el modelo estructural hipotetizado, el cual relaciona la salud, el desarrollo y los determinantes sociales de la salud. Para estimar esto se utiliza el software AMOS y SPSS, a través del método de máxima verisimilitud.

2.3. Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio se destaca el carácter transversal que no permite identificar relaciones causales entre las variables estudiadas. Otro factor a considerar es que existe poca investigación previa sobre cada uno de los instrumentos empleados en población que se refiera sana, así como ninguno que relacione los tres instrumentos para indicar el desarrollo humano de los individuos participantes, siendo esto quizás por la aproximación más enfocada hacia enfermedad y estilo de vida/calidad de vida siendo esta aproximación el enfoque hegemónico de la medicina en lugar de la prevención.

Los datos de auto reporte conseguidos presentan la limitación de no poder ser verificados independientemente, ser subjetivos y afectados por factores como estado emocional o de la memoria. Estos sesgos se pueden hacer evidentes si son incongruentes con datos de otras fuentes. Los sesgos pueden ser de memoria selectiva, que impiden recordar experiencias o eventos que ocurrieron en algún momento en el pasado; sesgo de efecto “telescopio”, donde la persona participante recuerda eventos que ocurrieron una vez como si ocurrieran en diferente tiempo; y sesgo de atribución, que se refiere al acto de atribuir eventos positivos y resultados a sí mismos, pero eventos negativos y resultados negativos a causas externas (Price y Murnan, 2004).

Otras situaciones que comentar son el sesgo de publicación que se refiere a aquel relacionado con la falta de divulgación de estudios con resultados negativos o no significativos, junto al sesgo ocasionado por la notificación selectiva de datos y resultados más “interesantes” o al parecer llamativos para revistas y casas editoriales.

Mediante esta investigación se evidencia la necesidad de continuar en el futuro con investigaciones con distintas aproximaciones metodológicas, diversos grupos etarios e indagar sobre la relación del Estilo de Vida, Percepción de Salud y Calidad de Vida con otras variables y sus entornos saludables realizando comparaciones.

CAPITULO 3. RESULTADOS

Introducción

La presente investigación se realizó, con el objetivo de analizar los estilos de vida, calidad de vida y estado de salud percibida que tienen en municipios del AMM a partir de los determinantes socioeconómicos de la salud e indicar en qué medida estos afectan a la población del AMM en su calidad de vida, estado de salud y estilos de vida. Se encuestó a un total de 1266 personas de las cuales 49.3% son hombres y el 50.7% mujeres con un rango de edad entre los 18 y 88 años, la media de edad es de 32 años con una D.E. ± 15 . Dentro de la ocupación se encontró una mayoría en personas que estudiaban 50.1% seguido de empleados 28.8%, ama de casa con 9.3%, autoempleado 7.6 % jubilados o pensionado un 2.7 y desempleados menos de 1% (Cuadro 5).

Cuadro 5. Características generales de la muestra

	n	%
Sexo		
Mujeres	642	50.7
Hombres	624	49.3
Edad (años)		
≤ 40	799	63.1
41 - 59	417	32.9
≥ 60	50	3.9
Ocupación		
Empleado	372	29.4
Autoempleado	96	7.6
Jubilado/Pensionado	31	2.4
Desempleado	7	0.6
Ama de casa	123	9.7
Estudiante	637	50.3
Estado civil		
Soltero /a	673	53.2
Separado/a	21	1.7
Casado/a	442	34.9

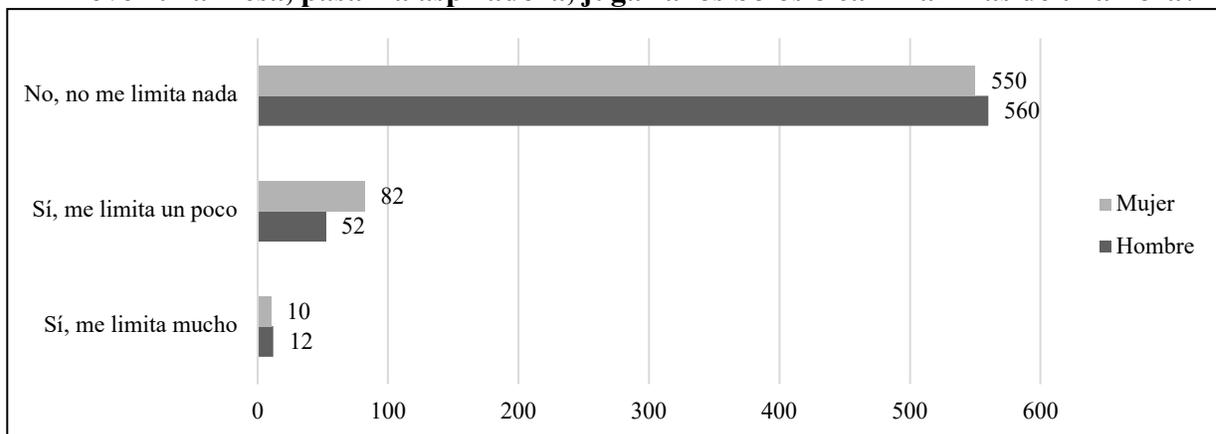
Divorciado/a	29	2.3
En pareja	82	6.5
Viudo/a	19	1.5
Escolaridad		
No estudio	1	0.1
Primaria	18	1.4
Secundaria	74	5.8
Bachillerato	579	45.7
Carrera técnica	192	15.2
Licenciatura	336	26.5
Maestría y/o Doctorado	66	5.2
Total	1266	100

Fuente: Elaboración propia.

3.1 Estado de salud percibido por la población del AMM.

Con respecto al estado de salud de las 1266 personas encuestadas se evaluó con base a las diferencias entre hombres ($f=624$) y mujeres ($f=642$) encontrando en la pregunta referente al estado de salud actual, y si este ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora? (Figura 10) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 6.734$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres entre que tan limitados se sentían para hacer esfuerzos moderados.

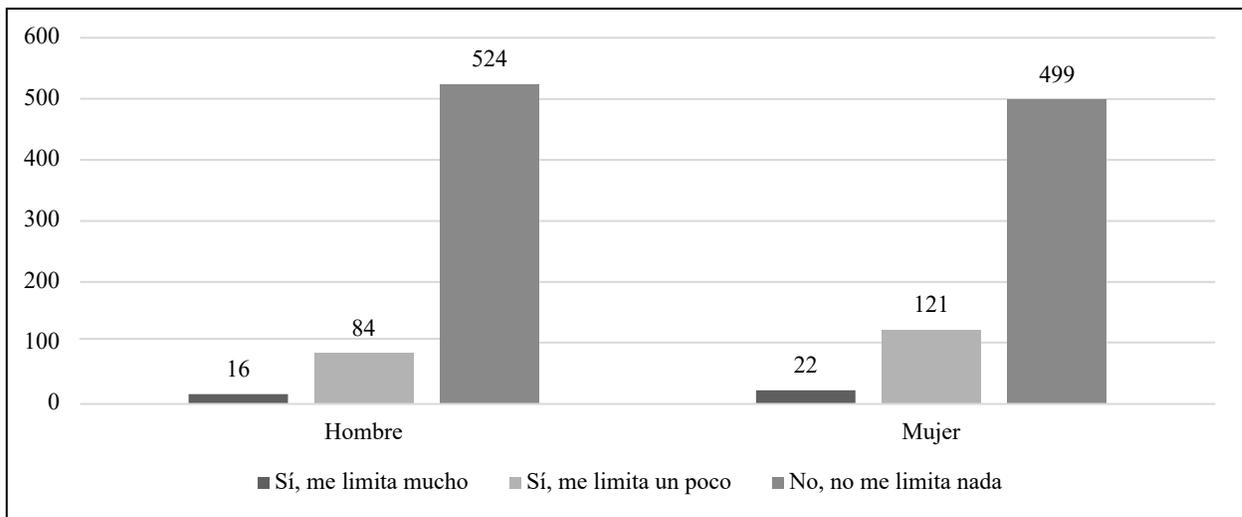
Figura 10. Respuestas a la pregunta: ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si Su salud actual, ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera? (Figura 11) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 7.982$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres entre que tan limitados se sentían para para subir varios pisos por la escalera.

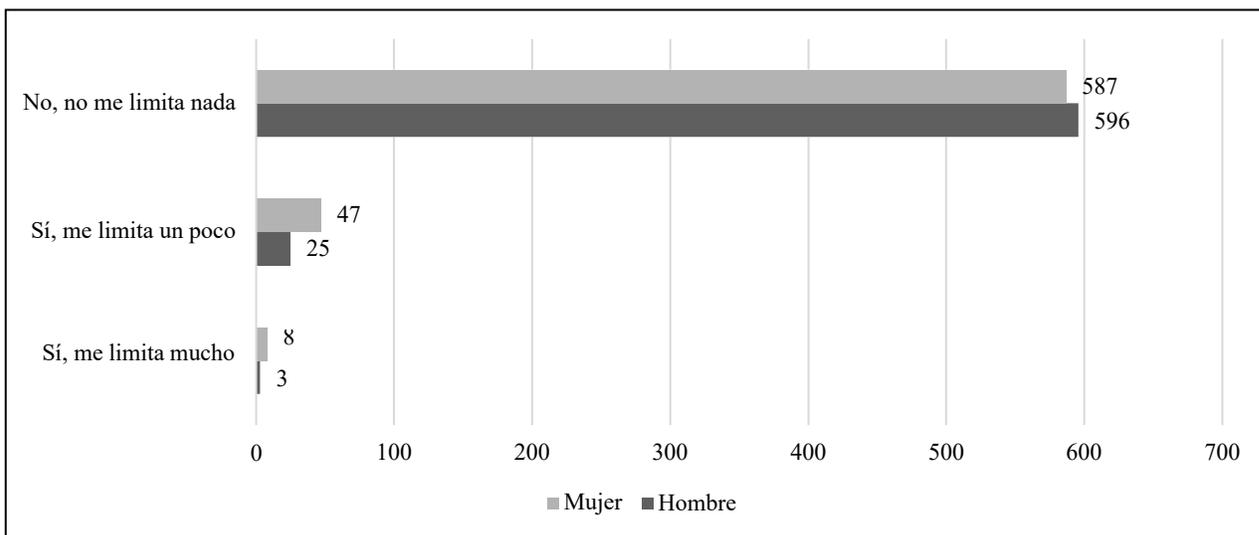
Figura 11. Respuestas a la pregunta: ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si su salud actual, ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera? (Figura 12) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 8.809$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres entre que tan limitados se sentían para para subir un solo pisos por la escalera.

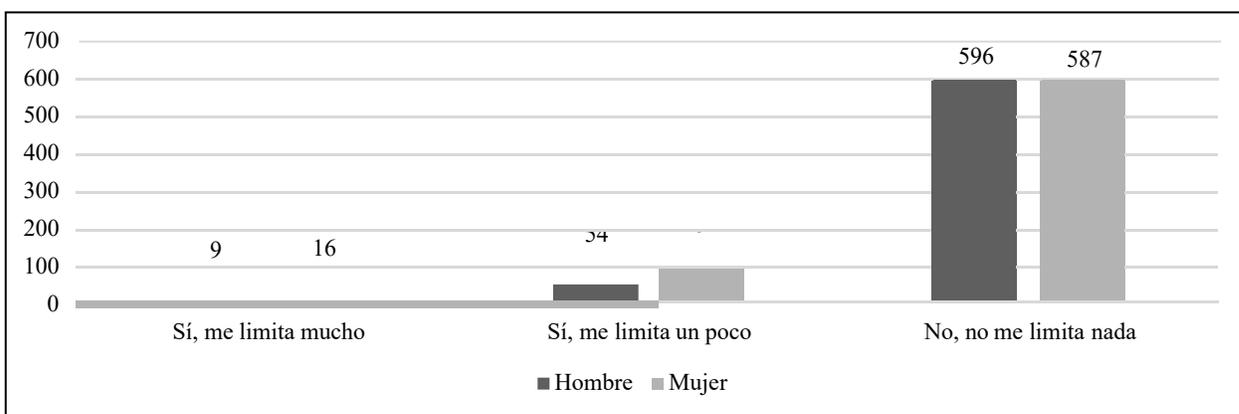
Figura 12. Respuestas a la pregunta: Su salud actual, ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si su salud actual, ¿Le limita para caminar un kilómetro o más? (Figura 13) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 7.337$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres entre que tan limitados se sentían para para caminar un kilómetro o más.

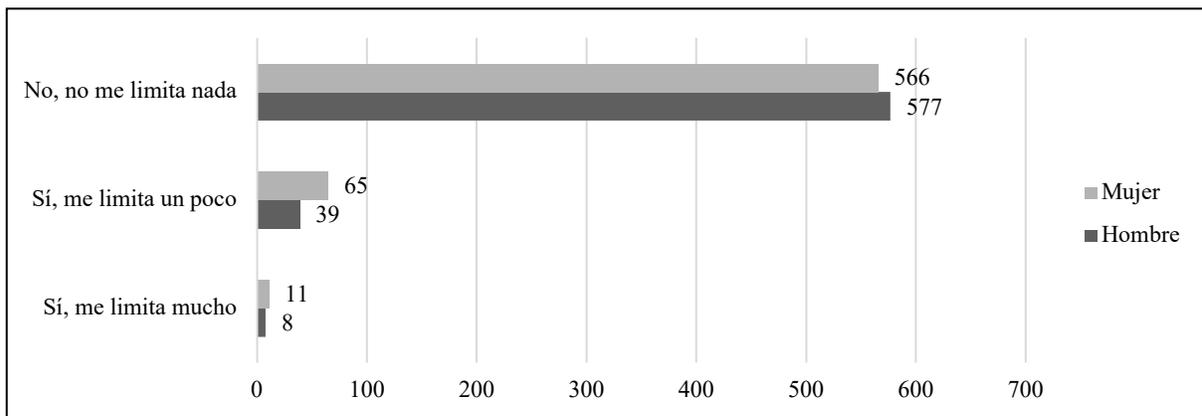
Figura 13. Respuestas a la pregunta: ¿Le limita para caminar un kilómetro o más?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si su salud actual, ¿Le limita para caminar varias manzanas (más de 100 metros)? (Figura 14) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 6.825$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres entre que tan limitados se sentían para para caminar varias manzanas (más de 100 metros).

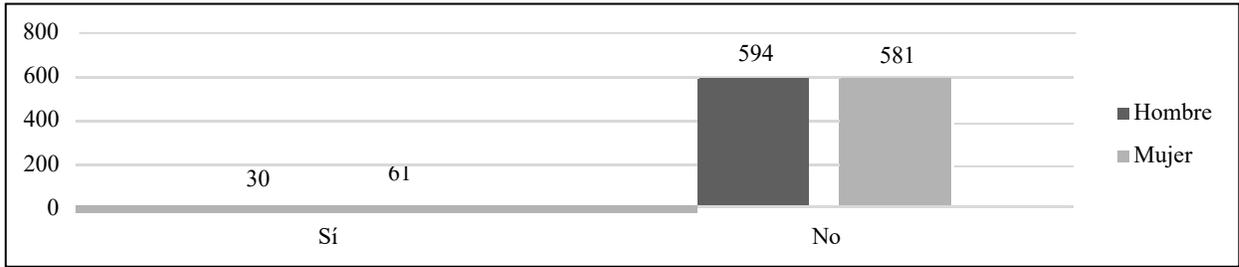
Figura 14. Respuestas a la pregunta: ¿Le limita para caminar varias manzanas (más de 100 metros)?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? (Figura 15) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 10.45$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres entre que se tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física.

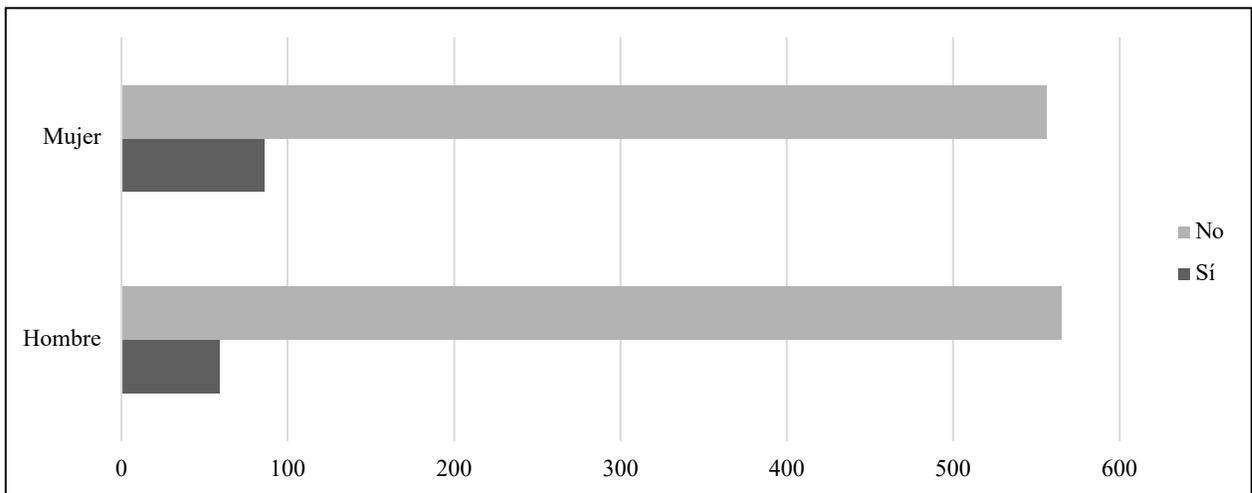
Figura 15. Respuestas a la pregunta: ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? (Figura 16) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 4.845$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres entre sí hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física.

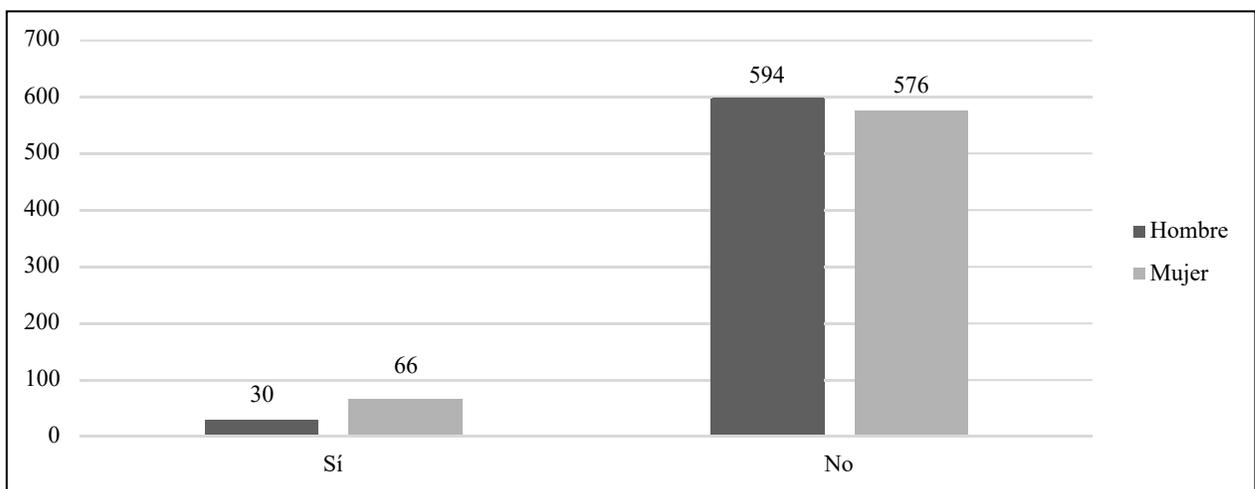
Figura 16. Respuestas a la pregunta: ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? (Figura 17) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 13.524$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres entre sí tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física.

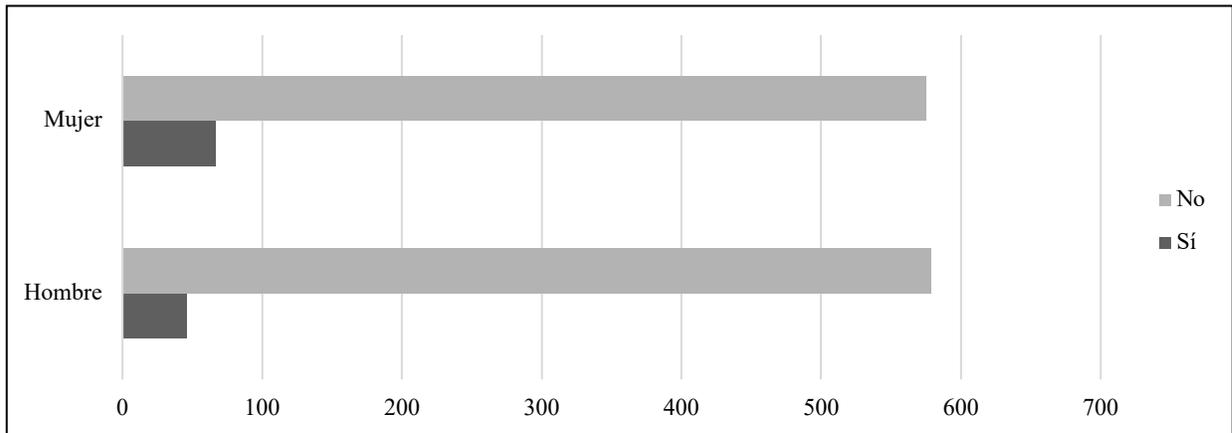
Figura 17. Respuestas a la pregunta ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? (Figura 18) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 3.655$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres entre si durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

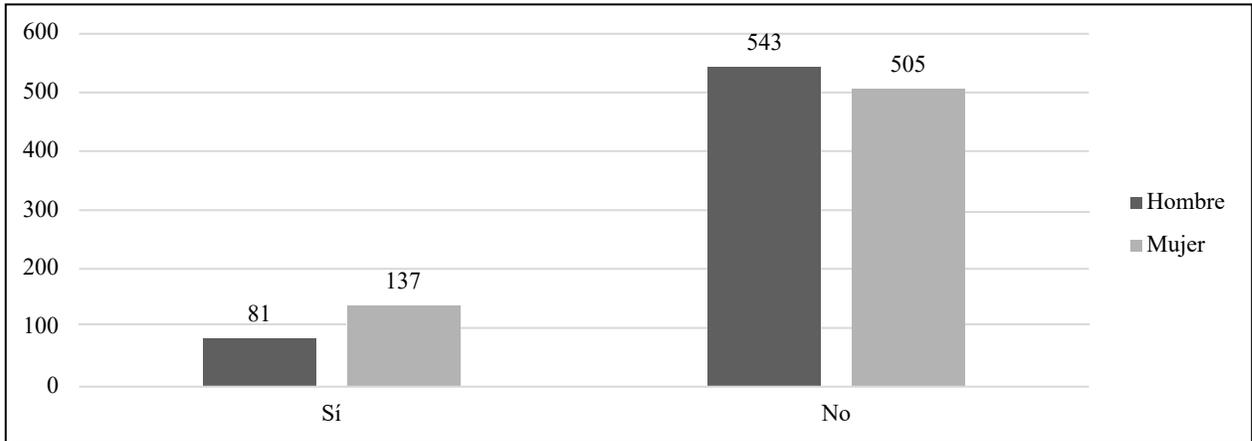
Figura 18. Respuestas a la pregunta: ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? (Figura 19) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 15.510$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres entre si durante las 4 últimas semanas, tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso).

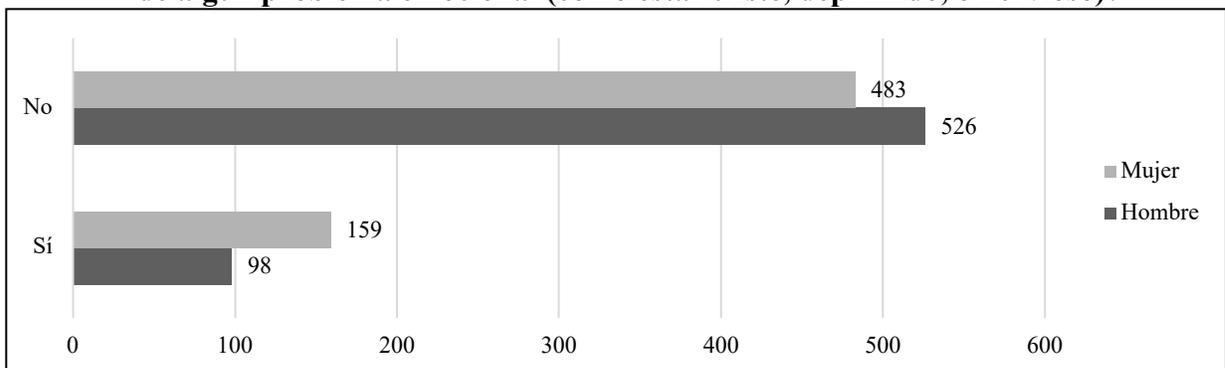
Figura 19. Respuestas a la pregunta: ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? (Figura 20) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 16.058$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres entre si durante las 4 últimas semanas, hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso).

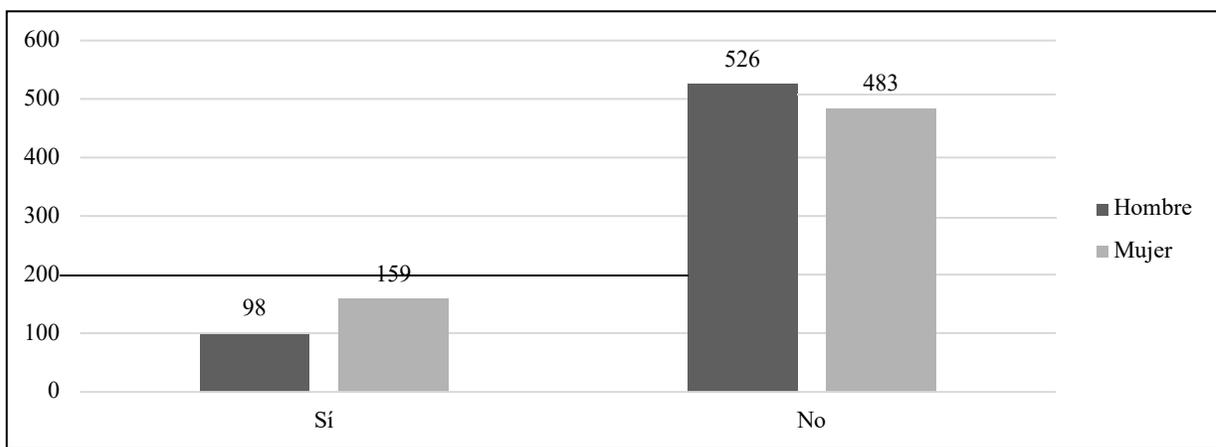
Figura 20. Respuestas a la pregunta: ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? (Figura 21) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(2) = 16.058$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Figura 21. Respuestas a la pregunta: ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

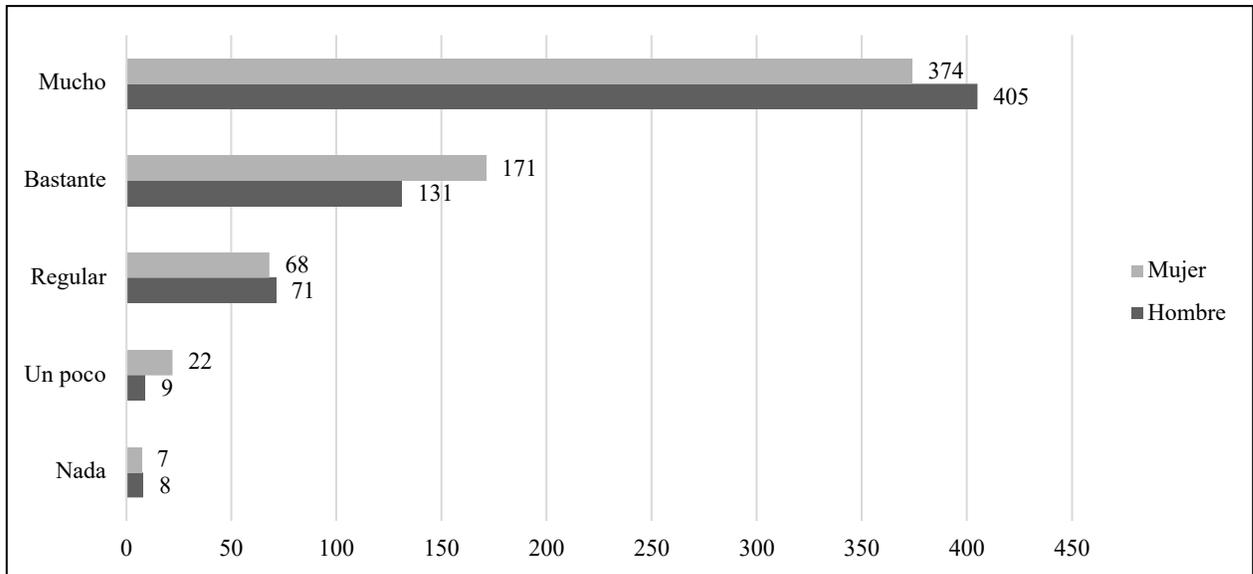


Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (Figura 22) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(5) = 11.861$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente durante las 4 últimas semanas, su salud física o los problemas

emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas.

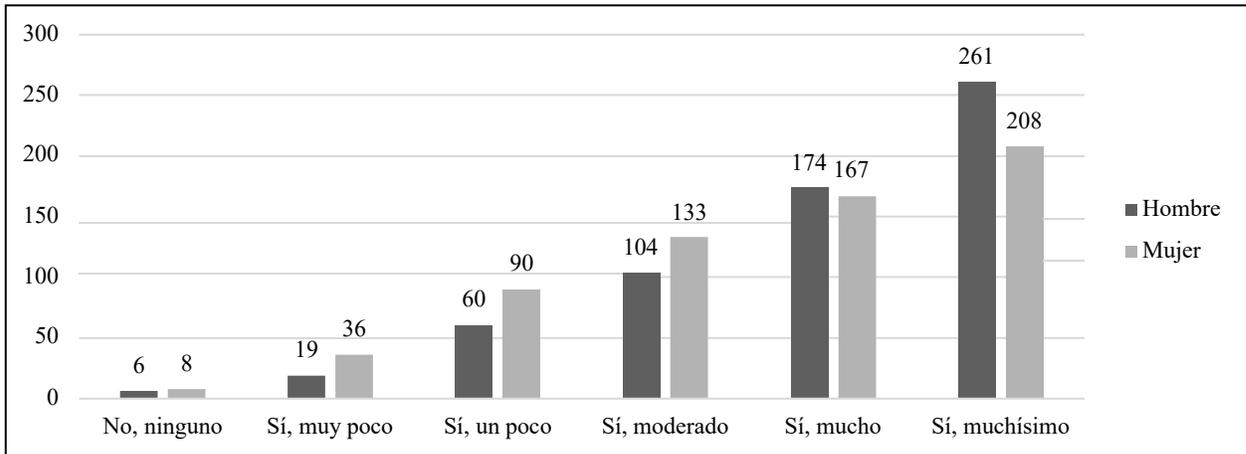
Figura 22. Respuestas a la pregunta: ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (Figura 23) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(5) = 20.97$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente durante referente a si tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas.

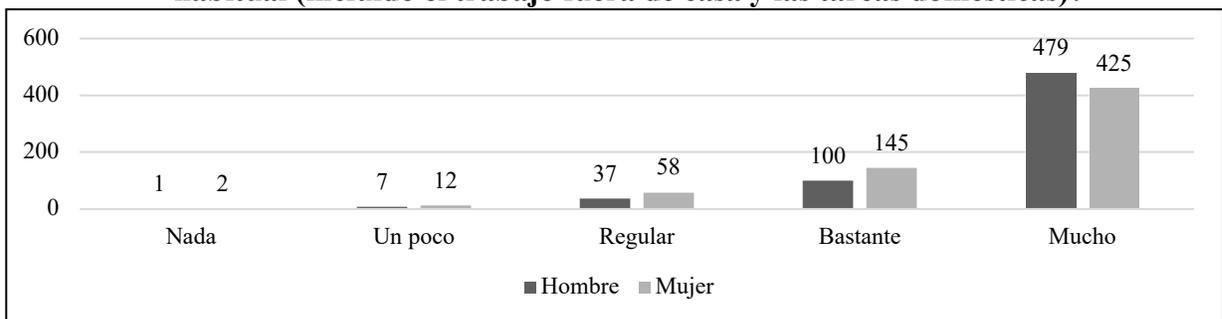
Figura 23. Respuestas a la pregunta: ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas ?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? (Figura 24) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(4) = 17.53$, $p \leq .05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas).

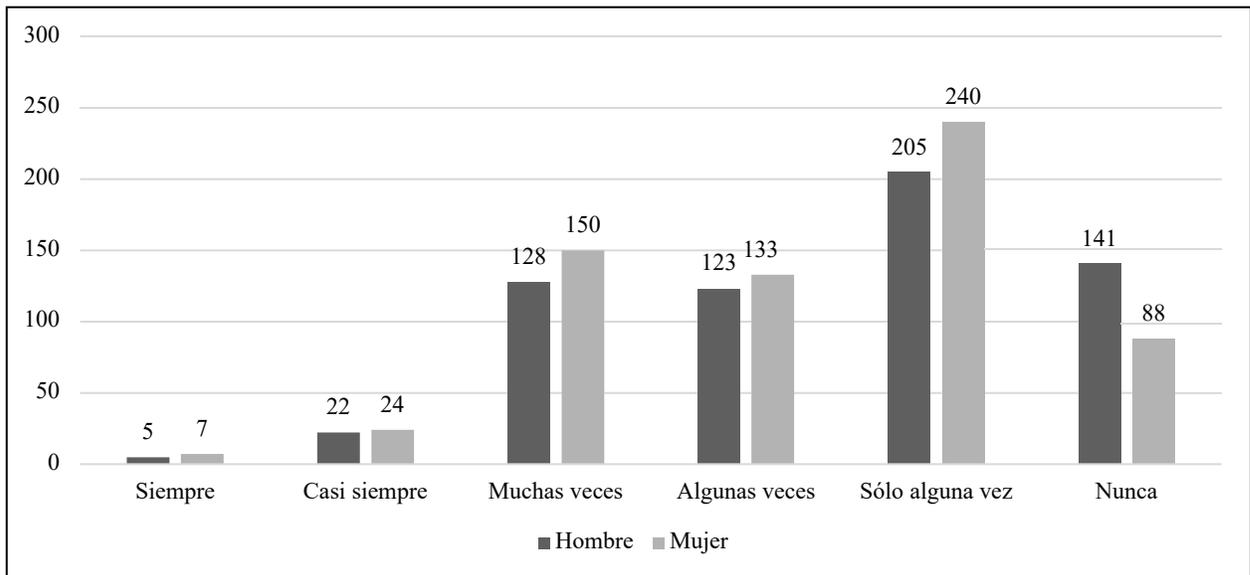
Figura 24. Respuestas a la pregunta: ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Qué tan frecuente se sintió lleno de vitalidad? (Figura 25) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(5) = 17.319$, $p \leq 05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Qué tan frecuente se sintió lleno de vitalidad?

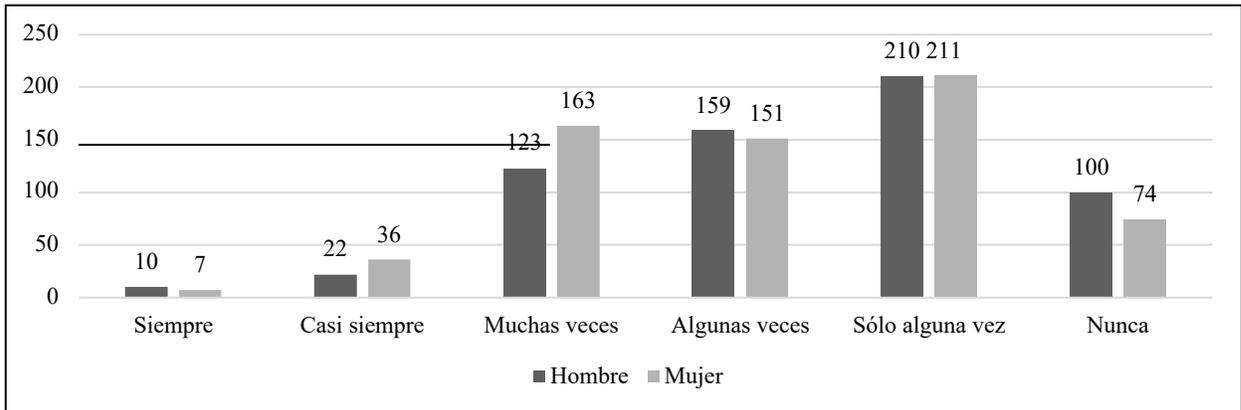
Figura 25. Respuestas a la pregunta: ¿Qué tan frecuente se sintió lleno de vitalidad?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Qué tan frecuente se sintió calmado y tranquilo? (Figura 26) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(5) = 13.344$, $p \leq 0.05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Qué tan frecuente se sintió calmado y tranquilo?

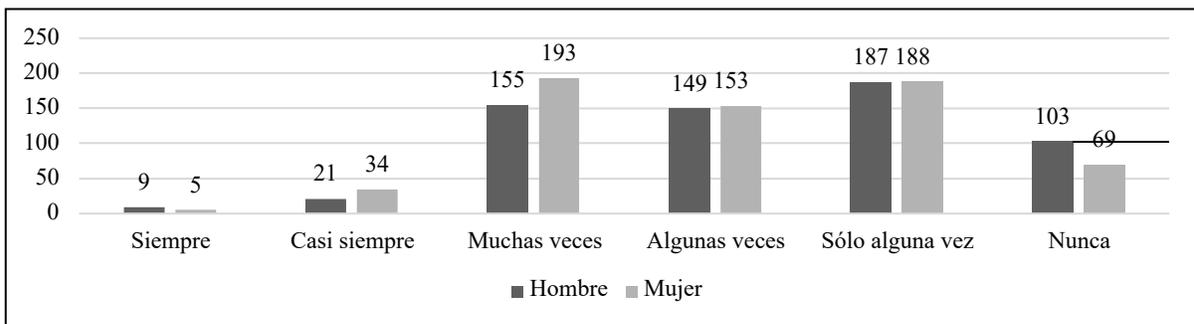
Figura 26. Respuestas a la pregunta: ¿Qué tan frecuente se sintió calmado y tranquilo?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Qué tan frecuente tuvo mucha energía? (Figura 27) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(5) = 14.889$, $p \leq 0.05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Qué tan frecuente tuvo mucha energía?

Figura 27. Respuestas a la pregunta: ¿Qué tan frecuente tuvo mucha energía?

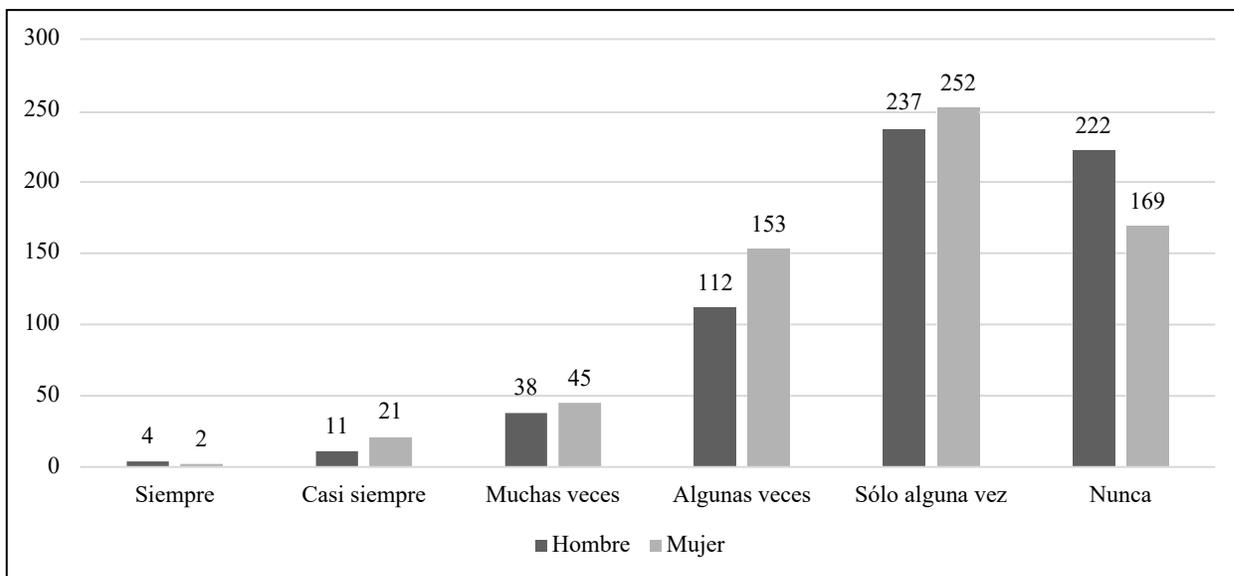


Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Qué tan frecuente se sintió desanimado y triste? (Figura 28) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza

la hipótesis nula, $X^2(5) = 18.117$, $p \leq 0.05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Qué tan frecuente se sintió desanimado y triste?

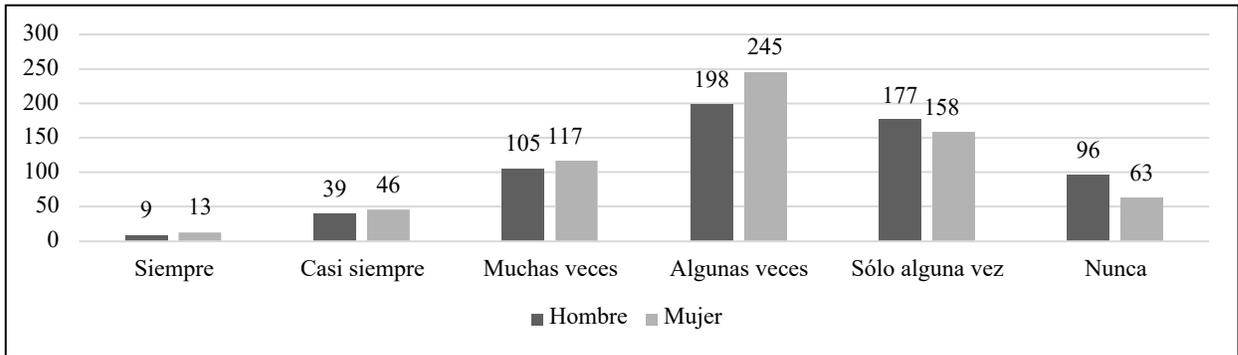
Figura 28. Respuestas a la pregunta: ¿Qué tan frecuente se sintió desanimado y triste?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Qué tan frecuente se sintió agotado? (Figura 29) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(5) = 14.613$, $p \leq 0.05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Qué tan frecuente se sintió agotado?

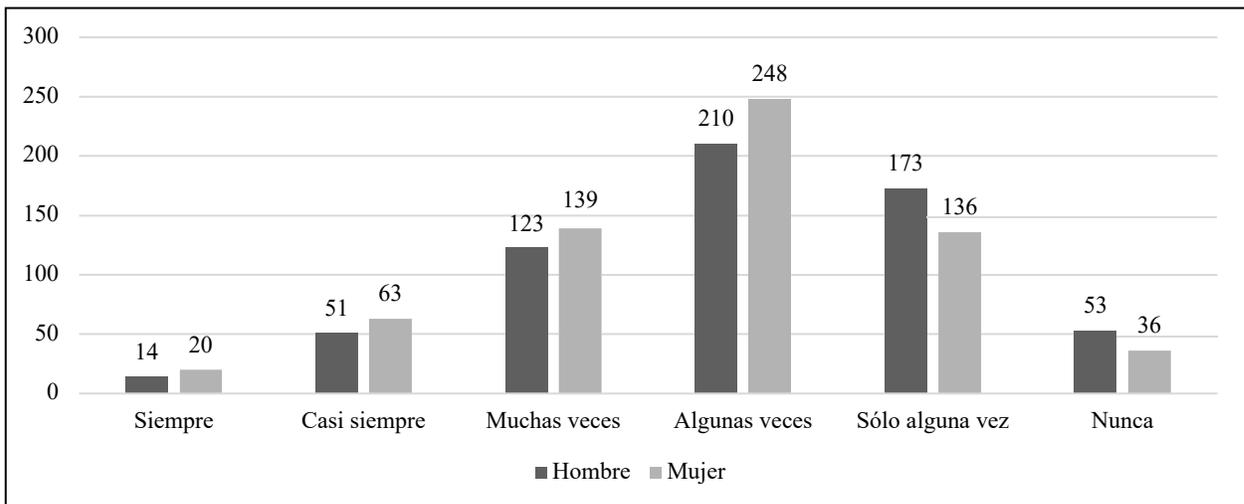
Figura 29. Respuestas a la pregunta: ¿Qué tan frecuente se sintió agotado?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a si durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado? (Figura 30) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(5) = 13.876$, $p \leq 0.05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente a si durante las 4 últimas semanas, las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

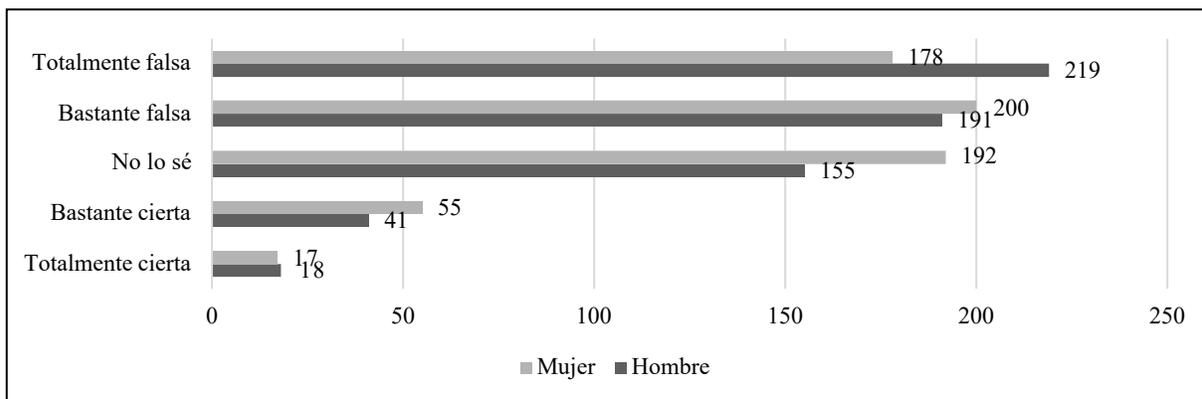
Figura 30. Respuestas a la pregunta: ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a que tan cierto o falso le parecen la frase “Estoy tan sano como cualquiera” (Figura 31) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(4) = 10.203$, $p \leq 05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente que tan cierto o falso le parecen la frase “Estoy tan sano como cualquiera”.

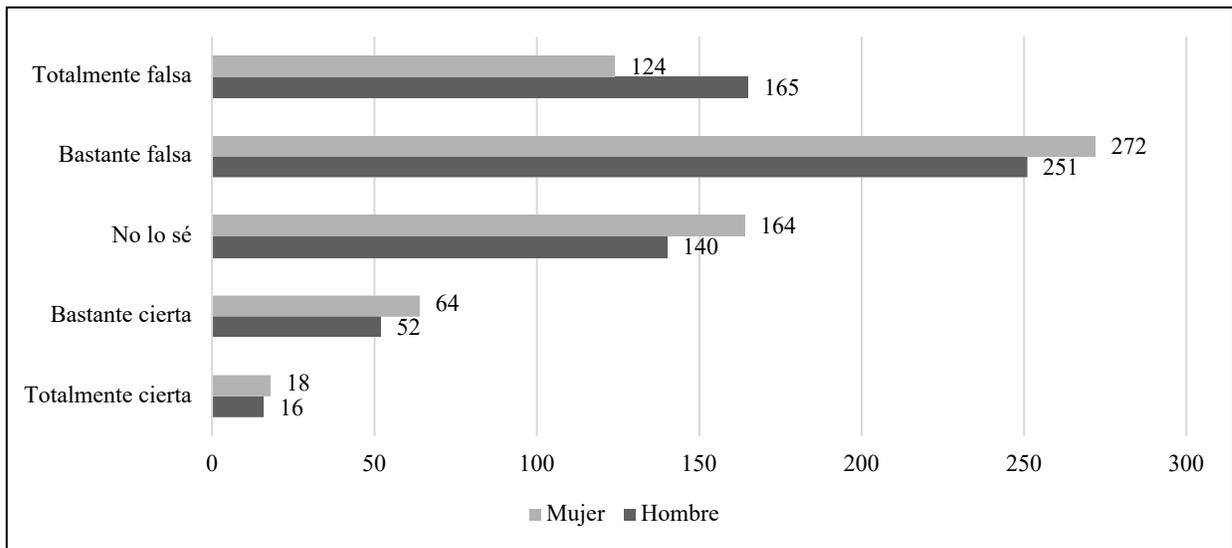
Figura 31. Respuestas a la expresión: Estoy tan sano como cualquiera



Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta referente a que tan cierto o falso le parecen la frase “Mi salud es excelente.” (Figura 32) se encontró mediante el análisis de chi cuadrada que se rechaza la hipótesis nula, $X^2(4) = 9.66$, $p \leq 05$ al encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres referente que tan cierto o falso le parecen la frase “Estoy tan sano como cualquiera”.

Figura 32. Respuestas a la expresión: Mi salud es excelente



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la evaluación de la correlación ítem-test, no se observan correlaciones inversas y destaca con alta correlación una pregunta de la dimensión psicológica ¿Qué satisfecho/a está de sí mismo? y dos de la dimensión salud física ¿Qué tan satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? Y, ¿Qué tan satisfecho/a está con su capacidad de trabajo? Sólo tres preguntas obtienen correlaciones inferiores a 0.4, una de estas es del dominio de ambiente y dice ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?, mientras que las otras dos pertenecen al dominio de salud física y dicen ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? y ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? Con relación a los resultados de consistencia interna según dimensiones también se obtienen valores adecuados mayores a 0.7 (Cuadro 7). La mayor correlación ítem-test se encuentra en la dimensión psicológica, que al eliminarla del cuestionario provocaba la mayor disminución de la consistencia interna.

Cuadro 7. Resultados de los dominios analizados

Dominios	Correlación ítem-test	Alpha de Cronbach
<i>Salud física</i>		
Dolor	0.573	0.915
Dependencia de medicinas	0.247	0.92
Energía para la vida diaria	0.663	0.913
Movilidad	0.483	0.916
Sueño y descanso	0.456	0.917
Actividades de la vida diaria*	0.688	0.913
Capacidad de trabajo	0.671	0.913
<i>Psicológico</i>		
Sentimientos positivos*	0.611	0.914
Espiritualidad, religión, creencias personales	0.576	0.915
Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración	0.489	0.916
imagen corporal	0.558	0.915
Autoestima*	0.691	0.913
Sentimientos negativos	0.502	0.916
<i>Relaciones sociales</i>		
Relaciones personales	0.631	0.914
Actividad sexual**	0.436	0.917
Apoyo social	0.535	0.915
<i>Ambiente</i>		
Libertad y seguridad	0.626	0.914
Ambiente físico	0.576	0.915
Recursos económicos	0.547	0.915
Oportunidad de información	0.58	0.915
Ocio y descanso	0.358	0.918
Hogar	0.596	0.914
Atención sanitaria/social	0.514	0.916
Transporte	0.423	0.918
<i>Puntaje total del WHOQOL-BREF</i>		0.92

Fuente: Elaboración propia.

3.2 Desarrollo y determinantes sociales de la salud: modelo hipotetizado

En primera instancia se validó el modelo de medida a través de análisis confirmatorio de factores, en donde se hipotetiza que las tres dimensiones: calidad de vida, estilo de vida y estado de salud están correlacionadas. El Cuadro 8 presenta los resultados del modelo de medida. La prueba de Chi-cuadrada indica que la matriz producida de covarianza es no significativa y diferente de la matriz de covarianza de la muestra. Dada la sensibilidad del estadístico de chi-cuadrada a que el tamaño de la muestra y los datos se distribuyen no normales, la decisión de que el modelo es adecuado se considera tomando en cuenta los indicadores de bondad de ajuste. Los valores de CFI y TLI del modelo de medida están cercanos a 1 muy cercanos a 0.95, eso es correcto. Así como los valores de SRMR y el RMSEA, que son los errores estándar del modelo indican una bondad de ajuste del modelo de medida excelente, ya que están muy cercanos o por debajo del 0.05. Tal como se esperaba, se encuentra una correlación positiva entre las tres dimensiones: calidad de vida, estilo de vida y estado de salud.

Cuadro 8. Factor loadings, bondad de ajuste del modelo hipotetizado

Constructo (dimensión)	Variable observada	Loading
Estilo de Vida	Relaciones (FYA)	1.000
	Alimentación y Activación Física	1.145
	Consumo Tabaco y sustancias nocivas	1.492
	Pensamientos depresivos	1.306
	Pensamientos positivos o satisfactorios	0.956
Estado de Salud	Aspectos Físicos	1.000
	Aspectos Mentales y emocionales	1.517
	Vitalidad	1.028
	Salud en general	0.821
Calidad de Vida	Salud Física	1.000
	Salud Psicológica	1.205
	Capital social	1.157
	Entorno socioambiental	0.972
Covarianzas	Estilo de Vida <=> Estado de Salud	0.606
	Estilo de Vida <=> Calidad de Vida	0.734
	Estado de Salud <=> Calidad de Vida	0.648

CFI = 0.947

TLI = 0.924

RMSEA = 0.057

SRMR = 0.034

Chi-cuadrada = 5,978.525 Grados de libertad = 78

Fuente: elaboración propia. Nota: Todos los factores loadings son significativos al 0.01, así como las covarianzas <=>

Después de validar el modelo, se estimó el modelo estructural hipotetizado. Los resultados se muestran en el Cuadro 9. Dado los resultados, se espera que a medida que la edad aumente la calidad de vida mejore, sin embargo, los estilos de vida y el estado de salud empeore o se reduzca su percepción. Por su parte, si la persona participa en el mercado laboral (PML) su estilo y calidad de vida mejora, no obstante, su estado de salud empeora. En relación con la escolaridad, los resultados nos refieren que a mayor escolaridad se incrementa tanto la calidad de vida como los estilos de vida y el estado de salud de las personas. Por su parte, cuando se considera el sexo de la persona, los resultados del modelo, nos refiere que si es hombre la persona (en comparación a las mujeres) esto es un factor que afecte para que tanto su estado de salud, calidad de vida y estilos de vida se vean reducidos. Finalmente, nos refiere que a mejor el nivel socioeconómico las tres dimensiones se ven mejoradas en la sociedad. Lo anterior nos refuerza nuestra hipótesis planteado, aunque en ciertos factores se comprueba parcialmente.

Cuadro 9. Estimación del modelo hipotetizado estructural

	Estimate	S.E.	p-value
Edad => Estilo de Vida	-0.202	0.041	0.001
Edad => Estado de Salud	-0.284	0.043	0.001
Edad => Calidad de Vida	0.185	0.039	0.031
PML => Estilo de Vida	0.166	0.058	0.037
PML => Estado de Salud	-0.128	0.046	0.014
PML => Calidad de Vida	0.118	0.072	0.001
Escolaridad => Estilo de Vida	0.339	0.090	0.001
Escolaridad => Estado de Salud	0.452	0.033	0.001
Escolaridad => Calidad de Vida	0.251	0.061	0.001
Sexo => Estilo de Vida	-0.095	0.041	0.045
Sexo => Estado de Salud	-0.155	0.032	0.003

Sexo => Calidad de Vida	-0.108	0.029	0.005
NS => Estilo de Vida	0.137	0.031	0.039
NS => Estado de Salud	0.103	0.052	0.020
NS => Calidad de Vida	0.116	0.030	0.001
Covarianzas			
Edad <=> Escolaridad	0.407		0.001
Escolaridad <=> NS	0.297		0.001

CFI = 0.971

TLI = 0.939

RMSEA = 0.048

SRMR = 0.038

Chi-cuadrada = 6,703.472

Grados de libertad = 156

Fuente: elaboración propia. Nota: Todos son significativos al *0.005, **0.05

Comentarios finales

Después del análisis estadístico tanto descriptivo como inferencial, se lleva a cabo un análisis multivariante utilizando el Modelo de Ecuaciones Estructurales para establecer la relación entre los diferentes elementos de cada cuestionario con cada una de las variables de estudio. Mediante el modelo hipotetizado se refiere las relaciones de las variables latentes: calidad de vida, estado de salud y estilo de vida con los determinantes sociales de la salud, en el marco del desarrollo sustentable dando como resultados la mayor, menor o nula relación entre las diversas variables que muestra una similitud con estudios similares elaborados en la región de Latinoamérica.

CONCLUSIONES

Los profesionales de la salud vienen prestando mayor atención al análisis de los DSS y el desarrollo humano en correspondencia con los cambios económicos y sociales que la globalización ha traído en el mundo, entre ellos, su influencia en el estado de salud de las poblaciones y la ampliación de las brechas sociales entre los países (Ramírez & Álvarez, 2017).

En el actual estudio los instrumentos utilizados presentaron un elevado desempeño en sus propiedades psicométricas con alpha de Cronbach superior a 0.9, representando una buena validez convergente/divergente y 100% de éxito en la consistencia interna y la validez discriminante; esto refleja que la escala de calidad de vida (WHOQOL) constituye un instrumento válido para realizar perfiles poblacionales, establecer valores de referencia para estudios posteriores, evaluar el efecto de intervenciones en salud, orientar acciones y decisiones de política pública, realizar estudios de investigación científico-académica, entre otros usos que presenta la correcta valoración de este tópico. Esto pone de manifiesto la disponibilidad de medir calidad de vida con el holismo del concepto en México. Con los resultados aquí encontrados, el de Cardona, Skevington, se demuestra que el whoqol-bref se ha caracterizado por realizar mediciones confiables de la calidad de vida en diferentes poblaciones del mundo, logrando así que se dé un acercamiento integral, en lo relacionado a la evaluación de los aspectos que influyen de manera positiva o negativa sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida (Skevington et al., 2004).

Se debe precisar que en el caso del instrumento WHOQOL para calidad de vida cumple con las características requeridas para que pueda ser utilizada en población mexicana. En este sentido, las características o propiedades cumplidas por este instrumento son las siguientes: i) validez de

apariciencia: porque las escalas son capaces de representar de forma incuestionable calidad de vida, ii) validez de constructo: ya que mide los dominios (Salud física, Psicológico, Relaciones sociales y Ambiente), atributos en los que fue dividida, iii) confiabilidad test-retest refiriéndose al funcionamiento de la escala es óptimo al ser implementada bajo diferentes condiciones y personas, por ejemplo clínicas en diferentes zonas del AMM iv) utilidad: la aplicación de la escala se da de forma sencilla al igual que su procesamiento e interpretación (Sánchez & Echeverry, 2004).

Estudios han demostrado que los países latinoamericanos se caracterizan por un creciente nivel de desigualdad y distribución inequitativa de recursos, expresado en un índice de Gini alto. Con respecto al análisis bivariado entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida, la investigación confirmó algunas asociaciones documentadas en la literatura; se encontró asociación entre el género y la salud física. Estudios en Estados Unidos han demostrado que las mujeres perciben un menor nivel de salud física en comparación con los hombres, situación que se relaciona con las diferencias entre roles, estresores y estilos de vida (Sánchez & Echeverry, 2004).

En el análisis de la relación existente entre el estrato socioeconómico con los dominios de calidad de vida por García mostró asociación con la salud física y el ambiente, corroborando lo obtenido en el presente estudio que muestra que a mejor el nivel socioeconómico las tres dimensiones se ven mejoradas en la sociedad, reforzando el que las personas que presentan un mayor nivel de educación, viven en zonas menos marginadas, con mejores situaciones en el mercado de trabajo, acceso a la Seguridad Social, reportan mejor estilo de vida/calidad de vida/percepción de estado de salud. Asimismo, el poseer mejores estilos de vida conllevará a mejorar la percepción de salud, aunque en ciertos factores se comprueba parcialmente. Lo que hace pensar que la estratificación socioeconómica no se relaciona directamente. Muntaner y otros argumentan que las medidas de

estratificaciones basadas solamente en clasificaciones administrativas o en variables de bienes materiales son equivocadas ya que no explican las relaciones subyacentes a la clase social en una comunidad causantes de las desigualdades socioeconómicas y no muestran otras formas valiosas de capital como el conocimiento, el apoyo social o las relaciones de poder (Ramírez & Álvarez, 2017).

Cabe recalcar que la aplicación del WHOQOL-BREF ha aumentado progresivamente en los últimos años en diversos países de Latinoamérica, abarcando gran heterogeneidad de grupos y un elevado número de individuos, siendo el instrumento validado en inicios de la década de los 90; esto supone varios aspectos importantes: a) desconocimiento de la relevancia de estudiar la calidad de vida con instrumentos que aborden su multidimensionalidad, y de las ventajas del WHOQOL-BREF en términos de su validez de apariencia, contenido y constructo; sus propiedades psicométricas, reproducibilidad, adaptaciones culturales y de lenguaje, y su validación convergente/divergente, b) persistencia de algunas ideas erróneas entre profesionales de la salud e investigadores con respecto a la importancia de abordar los conocimientos, experiencias, percepciones y motivaciones de los pacientes, y c) escepticismo de los investigadores y el personal de la salud sobre la utilidad de medir la calidad de vida para la práctica clínica. En referencia a lo anterior, estudios previos han demostrado que la salud percibida, independientemente de los diagnósticos clínicos, tiene un rol determinante en la hospitalización, la utilización de los servicios de salud y la mortalidad (da Silva Lima et al., 2005; Izutsu et al., 2005; Jang et al., 2004).

Dentro de los aspectos relevantes podemos mencionar como la escolaridad mostro asociación en estudios Latinoamericanos como en la presente investigación donde se comprueba que a mayor escolaridad se incrementa tanto la calidad de vida como los estilos de vida y el estado de salud

percibido por las personas. La literatura ha documentado para el caso de la escolaridad, que a mayor número de años de estudio mejoran los indicadores de salud a nivel biológico, a nivel general y de calidad de vida (Ramírez & Álvarez, 2017).

Los resultados, asimismo, permiten apreciar como la CV disminuye a medida que las personas se hacen mayores, especialmente en las mujeres, y que la presencia de una enfermedad crónica disminuye la CV de las personas, independientemente de la edad, en todos los dominios, con excepción del ambiental, probablemente por el tipo de preguntas que este incorpora (por ejemplo, ¿cuán satisfecho está con su transporte?). Dentro de las limitaciones del estudio se puede mencionar que la distribución de la muestra considerando la edad presenta diferencias en su composición, así el grupo de personas entre los 20 y 29 años fue más numeroso, lo que podría estar interviniendo en los resultados. Del mismo modo, en este estudio no se analiza el nivel socioeconómico de los participantes, lo que podría arrojar diferencias en la calidad de vida.

No obstante, las limitaciones mencionadas, el presente estudio es de los primeros en nuestro medio en evaluar mediante instrumentos el desarrollo humano en población general, lo que marca la pauta para replicar en poblaciones que ostenten características sociodemográficas y económicas similares, al presentar las puntuaciones de referencia para la población general, lo que lo convierte en una línea de base para investigaciones posteriores.

Los hallazgos del estudio de estos instrumentos en términos, por ejemplo, de su estabilidad temporal y cambio en su desarrollo, a fin de ser incorporado como instrumentos adecuados para su uso en la práctica cotidiana, tal como lo sugiere la OMS (Group, 1994).

Finalmente, los resultados permiten concluir que a medida que la edad aumenta la calidad de vida mejora, sin embargo, los estilos de vida y el estado de salud empeora o se reduce su percepción. Por su parte, si la persona participa en el mercado laboral (PML) su estilo y calidad de vida mejora, no obstante, su estado de salud percibido empeora. Por su parte, cuando se considera el sexo de la persona, los resultados, nos refieren que si es hombre la persona (en comparación a las mujeres) es un factor que afecta para que tanto su estado de salud, calidad de vida y estilos de vida se vean reducidos y a mejor el nivel socioeconómico las tres dimensiones se ven mejoradas en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London. The Stationery Office Ltd.
- Aguilar, A. S., Palos, P. A., & Gómez-Maqueo, E. L. (2019). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 15–21.
- Alva, R. Á., & Morales, P. K. (2017). *Salud pública y medicina preventiva. Manual Moderno*.
- Arredondo, A., Orozco, E., Hernández, C., & Álvarez, C. (2010). Estrategias de reforma y protección social en salud en México (segunda parte): Efectos sobre equidad, eficiencia, cobertura y condiciones de salud. *Cuadernos Médico-Sociales*, 50(4), 263–277.
- Arriagada, I., Miranda, F., & Aranda, V. (2006). *Políticas y programas de salud en América Latina: Problemas y propuestas (Vol. 114)*. United Nations Publications.
- Banco Mundial (2004). *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis. Poverty and Health Library*.
- Barr, N. (1993). *The Economics of the Welfare State*. Oxford University Press.
- Behm, H. (2011). Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Salud colectiva*, 7, 231–253.
- Borde, E., Akerman, M., Morales, C., Hernández-Álvarez, M., Guerra y Guerra, G., & Salgado de Snyder, N. (2016). Research capacities on social determinants of health in Brazil, Colombia and Mexico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 330–341.
- Brena, I. (2004). *El derecho y la Salud: Temas a reflexionar*. UNAM, México.
- Cantú-Martínez, P. C. (2007). *El cometido de la salud pública*. Dirección General de Publicaciones-UANL. Serie Tendencias: México.

- Cantú-Martínez, P. C. (2011). Construcción de un índice para evaluar la protección y fomento de la salud en México. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2), 68-84.
- Castañeda, B., & Mayleth, J. (2019). Los roles y la participación intrafamiliar de adultos mayores de 75 y más con dependencia física. Universidad Veracruzana. Instituto de Investigaciones Histórico Sociales
- Chande, R. H. (2014). El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. El Colegio de la Frontera Norte.
- da Silva Lima, A. F. B., Fleck, M., Pechansky, F., De Boni, R., & Sukop, P. (2005). Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Quality of Life Research*, 14(2), 473–478.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población-Parte 2*. Citado el día.
- Diderichsen, E. y Whitehead, M. (2001). *The social basis of disparities in health*. En Evans y col. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford.
- Diderichsen, F., Whitehead, M., Burström, B. & Östlin, M. Å. Y. P. (2002). Gran Bretaña y Suecia: la influencia del contexto político en la falta de equidad en la salud. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, (585), 261.
- Dubos, R. (1987). *Mirage of health: Utopias, Progress and Biological Change*. NY. Rutgers University Press.
- Evans, T. (Ed.). (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción* (585). Pan American Health Org.

- Frenk, J. (1994). Hacia un México más saludable. *Nexos* 17, 23-32. México
- Frenk, J. (2006). Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *The Lancet*, 368(9539), 954-961.
- Frenk, J. (2016). La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica.
- Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J. L., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J., & José, M. (1991). La transición epidemiológica en América Latina.
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A. & Knaul, F. M. (2006). Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet*, 368(9546), 1524-1534.
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A. & Knaul, F. M. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 49, s23-s36.
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma. equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista chilena de salud pública*, 9(2), 103–110.
- Fuentes, C. R. (2017). Reforma de pensiones en México: avances, logros y retos. *El Cotidiano*, (204), 29–39.
- Galaviz, J. L. F., Ceballos, C. M. A., & López, L. R. C. (2018). La competitividad como un principio para el logro de la calidad de vida de la población de la tercera edad en México. *Red Internacional de Investigadores en Competitividad*, 7(1).
- García-Peña, C., & González-González, C. (2011). Accessibility and effectivity in Mexico. *Gaceta medica de Mexico*, 147(6), 504–509.
- García-Rodríguez, J. F. (2002). Justicia social y salud pública. *Salud en Tabasco*, 33-38.

- Gobierno de la República. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. D.F. México. Recuperado de <http://pnd.gob.mx/>
- Gómez de Pedro, M. E. (2003). Estado del Bienestar. Presupuestos éticos y políticos. Universitat de Barcelona.
- Gómez-Dantés, O., Gómez-Jáuregui, J. & Inclán, C. (2004). La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública de México*, 46(5), 399-416.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H. & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, s220-s232.
- González P. E., Barraza L. M., Gutiérrez D. C. & Vargas P. A. (2006). Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. FCE/Secretaría de Salud/Fundación Mexicana para la Salud/Instituto Nacional de Salud Pública.
- González-Pérez, G. J., Vega-López, M. G., Romero-Valle, S., Vega-López, A., & Cabrera-Pivaral, C. E. (2008). Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un análisis socio-espacial. *Revista de Salud Pública*, 10, 15–28.
- Gracia, J. C. (1996). El estado del bienestar: reflexiones para un Estado postsocial. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 29(85).
- Group, W. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.
- Gutiérrez G. E. & González, G. E. (2009). De las Teorías del Desarrollo al Desarrollo Sustentable: una historia multidisciplinaria. UANL/SIGLO XXI.
- Gutiérrez G. E., Picazzo P. E. & Gálvez S. E. (2013). Desarrollo Humano Sustentable y la Equidad en Salud en México, Pacarina del Sur [En línea], año 4, núm. 15, abril-junio, 2013. ISSN: 2007-2309.

- Gutiérrez Robledo, L. M., & Kershenobich Stalnikowitz, D. (2018). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción.
- Gutiérrez, J. P. & Hernández-Ávila, M. (2013). Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Pública de México*, 55, S83-S90.
- Guzmán, R. G. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Medicina Social*, 4(2), 135–143.
- Hernandez, M., Rivera, J., Shamah, T., Cuevas, L., Gomez, L., & Gaona, E. (s/f). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (Ensanut 2016). Informe final de resultados [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública: Secretaría de Salud; 2016. 1-149 p.
- Hernández-Aguado, I., Cesteros, M. S., & Esteban, P. C. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 6–13.
- http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- Istúriz, O. F., Acevedo, C. F., & Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 602–614.
- Izutsu, T., Tsutsumi, A., Islam, M. A., Matsuo, Y., Yamada, H. S., Kurita, H., & Wakai, S. (2005). Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh. *Quality of Life Research*, 14(7), 1783–1789.
- Jang, Y., Hsieh, C.-L., Wang, Y.-H., & Wu, Y.-H. (2004). A validity study of the WHOQOL-BREF assessment in persons with traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(11), 1890–1895.
- Jayasinghe, S. (2015). Social determinants of health inequalities: towards a theoretical perspective using systems science. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 1–8.
- Juan, M., Moguel A., Valdés-Olmedo, C., González-Pier, E., Martínez, G., Barraza, M., Aguilera, N., Trejo, S., Soberón-Acevedo, G., Frenk, J., Ibarra, I., Lee, M., Tapia, R., Kuri, P. Noriega, C., Cano,

- F. & Uribe, P. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 55, 1-64.
- Juárez, D. B. (s/f). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018 Primera edición: noviembre de 2018 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social Av. Insurgentes Sur 810.
- Katz, J., & Miranda, E. (1994). Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación. *Revista de la CEPAL*.
- Kliksberg, B. (1999). Desigualdad y desarrollo en América Latina: el debate postergado.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H. & Méndez-Carniado, O. (2005). Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. *Salud pública de México*, 47(6), 430-439.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Lafontaine, L. & Wong, R. (2010). Gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. Las remesas como un mecanismo de protección financiera. Un análisis de pareo por puntaje de propensión. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud. Documento de Trabajo.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., & Martínez, A. (2005). Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: Impacto del seguro popular de salud en México (financial justice and catastrophic health expenditure: The impact of seguro popular in Mexico).
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Borja, C. & Torres, A. C. (2003). El Sistema De Protección Social En Salud De México: Efectos Potenciales Sobre La Justicia Financiera Y Los Gastos Catastróficos De Los Hogares (The Social Protection System in Health From Mexico: Potential Effects Above Financial Justice And Catastrophic household expenditure). *Caleidoscopio de la Salud. De la Investigación a las Políticas yd*.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Bryson-Cahn, C., Barofsky, J., Maguire, R. & Sesma, S. (2007). Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Pública de México*, 49, s70-s87.

- Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., & Martínez, A. (2005). Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México. *Salud pública de México*, 47(1).
- Laframboise, L. (1973). Health Policy: Breaking the Problem Down in More Managable Segment. *Canadian Medical Association Journal*. 388-99.
- Larrañaga, N. G. (2018). Determinantes sociales de la salud en La Rioja.
- Lavilla Ruiz, H. (2012). Empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud: Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009. CIES, Universidad Nacional del Callao.
- Lazcano-Ponce, E., Schiavon, R., Uribe-Zúñiga, P., Walker, D., Suárez-López, L., Luna-Gordillo, R., & Ulloa-Aguirre, A. (2013). Cobertura de atención del parto en México: Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *salud pública de méxico*, 55, S214–S224.
- Linares-Pérez, N. & Arellano, O. L. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3(3), 247-259.
- López-Carmona, J. M., Rodríguez-Moctezuma, R., Munguía-Miranda, C., Hernández-Santiago, J. L., & de La Torre, E. C. (2000). Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención primaria*, 26(8), 542–549.
- Loredo Abdalá, A. (2019). Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. *Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México*.
- Lozano, R., Zurita, B., Franco, F., Ramírez, T. & Torres, P. H. Y. J. L. (2002). México: marginalidad, necesidades y asignación de recursos en el ámbito municipal. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, OPS, Washington, (585) 301-319.
- Marmot, M. (2001). Economic and social determinants of disease. *WHO*. 79(10): 988-989.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2008). Fair society, healthy lives. *The Marmot Review*. London2010.

- Martín, M. A. Z. (1989). Bienestar social y diferenciación interna del espacio urbano: Vitoria-Gasteiz. *Espacio Tiempo y Forma. Serie VI, Geografía*, (1) 163-178.
- Martínez Ríos, B. (2017). Pobreza, discapacidad y derechos humanos.
- Mex, G. O. (2015). Porcentaje de nacimientos y tasas de fecundidad en adolescentes de México (2008-2012): estratificación y priorización de municipios con alto riesgo. *Ginecol Obstet Mex*, 83, 760–769.
- Montero, L., García, J., & Francesa, C. R. (2017). Panorama multidimensional del desarrollo urbano en América Latina y el Caribe.
- Moral, P. A. P., Gascón, M. L. G., & Abad, M. L. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista internacional de sociología*, 72(Extra_1), 45–70.
- OCDE (2005). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México.
- Ojeda, M. (1984). El lugar de México en el mundo contemporáneo. *Foro Internacional*, 24(4 (96), 415–426.
- OMS (1946). Constitución de 1946. Ginebra.
- OMS (1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OMS (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. No. A53/4. OMS (Organización Mundial de la Salud).
- OMS. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/DGPN/pdf_files/constitution-en.pdf
- OMS. (1986). Carta de Ottawa de Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>

- OMS. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok, Tailandia. Recuperado de
- OMS. (2011). Cerrando la Brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo. Rio de Janeiro, Brasil. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2015). Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/
- ONU (1948). Declaración de los derechos humanos. Recuperado de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ONU (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0014.pdf>
- ONU (1969). Declaración sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ProgressAndDevelopment.aspx>
- ONU (1986). Declaración sobre el Derecho al Desarrollo. Recuperado de: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr26.pdf>
- ONU (2002). Informe de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible. Johannesburgo.
- ONU (s.f.). Agenda 21. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/index.htm>
- ONU (s.f.). Declaración de Rio 1992. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/riodeclaration.htm>
- ONU (s.f.). Objetivos de Desarrollo Sustentable post 2015. Recuperado de: <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview.html>
- ONU (s.f.). Objetivos de la Declaración del Milenio 2000. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- OPS (1973). Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington D. C. OMS/OPS.

- OPS (1997). Salud en el desarrollo humano: perspectivas y prioridades para el nuevo milenio. Washington, D.C
- OPS (1998). La salud en las Américas. Washington D.C.
- OPS (1999). Principios y conceptos básicos de equidad y salud. Washington D.C.
- OPS (2002). Perspectiva histórica de atención a la Salud en México, 1902-2002. México.
- OPS (2005). Estrategias de Cooperación con el país México. OMS/OPS
- OPS. (1978). Declaración de Alma Ata. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
- Organización, M. S. (2009). Subsanan Las Desigualdades En Una Generacin: Alcanzar La Equidad Sanitaria Actuando Sobre Los Determinantes Sociales De La Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Organización, M. S. (s/f). Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: WHO; 2001.
- Palomino, P., Grande, L., Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología. 71(1):71-91.
- Pérez-Núñez, R., & Vera-López, J. D. (2019). Las asfixias accidentales en México: un problema de salud pública oculto. Gaceta Sanitaria.
- Picazzo Palencia, E., Gutiérrez Garza, E., Infante Bonfiglio, J. M., & Cantú Martínez, P. C. (2011). La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. Estudios sociales (Hermosillo, Son.), 19(37), 253–279.
- Piédrola, G. (2001). Medicina Preventiva y salud pública. Barcelona. Masson. España.
- Programa de las Naciones Unidad para el Desarrollo (PNUD) (1990). Concepto y medidas del desarrollo humano.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1990-2007). Informes de Desarrollo Humano.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1994). Future of the United Nations Development Programme: initiatives for change (PNUD-DP/1994/39) Presentado en la sesión anual de la ONU-PNUD, Ginebra en Junio de 1994.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2005). Informe sobre Desarrollo Humano México 2004. México: PNUD/México
- Ramírez, J. A. G., & Álvarez, C. V. (2017). Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales. Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 191–203.
- Ranis, G., & Stewart, F. (2002). Crecimiento económico y desarrollo humano en América Latina. *Revista de la CEPAL*.
- Rist, G. (2002). *El desarrollo: historia de una creencia occidental*. La Catarata, Madrid.
- Rocha, J. (1995). *La Evolución del Derecho sanitario y el Derecho a la protección de la salud*. México, D.F.
- Rojas Ochoa, F. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3), 0.
- Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Humarán, I. M., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L. M., ... Hernández-Ávila, M. (2017). Diseño metodológico de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *salud pública de México*, 59, 299–305.
- Ros, J. (2008). La desaceleración del crecimiento económico en México desde 1982. *El Trimestre Económico*, 537–560.
- Ruiz, E. D., & Valdivieso, C. U. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 1(1), 17–27.

- Salud, C. sobre D. S. de la. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud Ginebra.
- Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*, 6, 302–318.
- Sánchez-García, S. (2018). Envejecimiento y salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(1), 4–5.
- Secretaría de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud.
- Secretaría de Salud. (2008). Rendición de Cuentas en Salud. México, D. F.: Secretaría de Salud 2009. Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/rcs2008.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). Programa de Acción Específico: Promoción de la salud y Determinantes Sociales de la Salud 2013-2018. D.F. México. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Promocion_de_la_Salud_y_Determinantes_Sociales.pdf
- Sen, A. (1980). Equality of what. En: *Tanner Lectures on Human Values* McMurrin, S. (Comp.) Cambridge University Press.
- Sen, A. (1982). Rights and Agency. *Philosophy and Public Affairs*, 11, 3-39. USA.
- Sen, A. (1984). *Resources, Values and Development*. Oxford, Basil Blackwell.
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. North-Blackwell. Oxford.
- Sen, A. (1989), *Perspectivas globales dans un monde interdependant*, en *Les conferences Francois Perroux*, Presses Universitaires de Grenoble, 7 de junio, 1989.
- Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined*. Oxford, Claredon Press.

- Sen, A. (1993). Capability and Well-being. En: Nussbaum M., & Sen, A. (Comp.) (1993). La calidad de vida. México, Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. (1995). Nueva economía del bienestar (Vol. 11). Universitat de València.
- Sen, A. (1996). Freedom, Capabilities and Public Action: A Response. *Notizie di Politeia* 12 pp. 107-125. France.
- Sen, A. (1997). Bienestar, justicia y mercado. Ediciones Paidós. Barcelona.
- Sen, A. (1999). Invertir en la infancia: su papel en el desarrollo. Romper el ciclo de la pobreza: Invertir en la infancia. Documento procedente de la Asamblea Anual BID. París: Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Desarrollo Social.
- Sen, A. (1999). La salud en el desarrollo. Discurso inaugural pronunciado en la 52 Asamblea Mundial de la Salud- Organización Mundial de la Salud, A52/DIV/9 el 18 de mayo de 1999 en Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/swd9.pdf
- Sen, A. (2000). Desarrollo y Libertad, Barcelona, Editorial Planeta. (Traducción del *Development as Freedom* (1999), London, Oxford University Press)
- Sen, A. (2001). La desigualdad económica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5), 302-309. USA.
- Sen, A. (2003) ¿Qué impacto puede tener la ética?. Ponencia presentada en el Banco Interamericano de Desarrollo en la reunión internacional sobre “Ética y Desarrollo”.
- Sen, A. (2004). Elements of a Theory of human rights. *Philosophy & Public Affairs*, 32, No. 4, 12-29. USA.
- Sen, A. (2006). Human Rights and Development. En Stephen, P. & Bard, A. (Eds.) *Development as a Human Rights*. Harvard University Press.

- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310.
- Solar, O. y Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Soto, E. (2003). La equidad en salud. *Diario Salud*. Colombia
- Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., & Pahuja Díaz, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(6), 8–22.
- Stiglitz, J., Sen, A. & Fitoussi, J. (2010). *Mismeasuring our lives. Why GDP doesn't add up*. Ed. The New Press: London.
- Susser, M. (1972). *Agent, Host and Environment as an ecological system. Causal Thinking in the Health Sciences*. New York: Oxford University Press.
- Téllez Castilla, M. D. (2015). *Evaluación de la equidad en salud como política pública. Caso Nuevo León*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Urbina-Fuentes, M., Jasso-Gutiérrez, L., Schiavon-Ermani, R., Lozano, R., & Finkelman, J. (2017). La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. *Gac Med Mex*, 153, 697–730.
- Varela-Rueda, C. E., Reyes-Morales, H., Albavera-Hernández, C., Díaz-López, H. O., Gómez-Dantés, H., & García-Peña, C. (2016). La medicina familiar en México: presente y futuro. *Gac Med Mex*, 152(1), 135–140.

- Vega Romero, R. (2009). Informe comision Determinantes sociales de la salud de la organizacion mundial de la salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 7–11.
- Vega-Romero, R. (2001). Evaluación de Políticas de Salud en Relación con Justicia Social1. *Revista de Salud Pública*, 3(2), 97-126.
- Welti-Chanes, C. (2011). La Demografía en México, las etapas iniciales de su evolución y sus aportaciones al desarrollo nacional. *Papeles de población*, 17(69), 9–47.
- Welti-Chanes, C. (2018). El Estado, la familia y el mercado. Arreglos institucionales para atender las necesidades generadas por el envejecimiento demográfico. *Papeles de población*, 24(95), 9–41.
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en la salud. OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Traducciones, (1).
- Whitehead, M. (1992). *Inequalities in Health: The Black Report: the health divide*. Penguin Books. Inglaterra.
- Zenteno, R. B. (2000). Los cambios de la población y la situación, perspectivas y consecuencias del envejecimiento en México. *seminarios y conferencias*, 333.