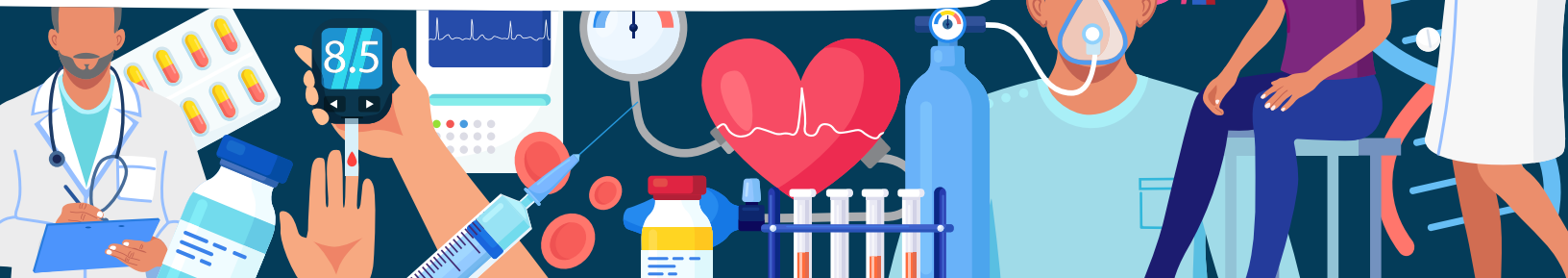


# Desigualdades en las enfermedades crónicas en México



A lo largo del 2019, en México, se registraron 597 mil 648 muertes por enfermedades crónicas no transmisibles. Destacan en este grupo las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes, la enfermedad renal y el infarto.



Actualmente, las enfermedades crónicas son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud mexicano debido al gran número de personas que las padecen.



Las desigualdades son una guía para la intervención y vigilancia de la equidad, así como, de la comprensión de la salud.



Es necesario implementar acciones políticas y sociales comprometidas con la mejora de la educación, el nivel socioeconómico y el respeto a las condiciones de vida de la población indígena, así como, con la disminución de las estadísticas de muerte por enfermedades crónicas.



Los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero mostraron más condiciones de vulnerabilidad ante la presencia de enfermedades crónicas.

## Enfermedades crónicas en México

Las enfermedades crónicas (EC) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, sin embargo, pueden prevenirse controlando sus factores de riesgo. Este grupo de enfermedades, como su nombre lo dice, se caracterizan por ser de larga duración y presentarse en combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Entre las EC se encuentran la diabetes, la hipertensión, la enfermedad renal, las enfermedades cardiovasculares, etc.<sup>1</sup>

En la actualidad, México padece una pandemia debido a estas enfermedades. Se estima que, durante el año 2019, ocurrieron 597 mil 648 muertes relacionadas con alguna EC, lo que las coloca como la principal causa de muerte en el país,<sup>2</sup> destacan los índices de las enfermedades isquémicas al corazón, la diabetes, la enfermedad renal y el infarto.<sup>7</sup>

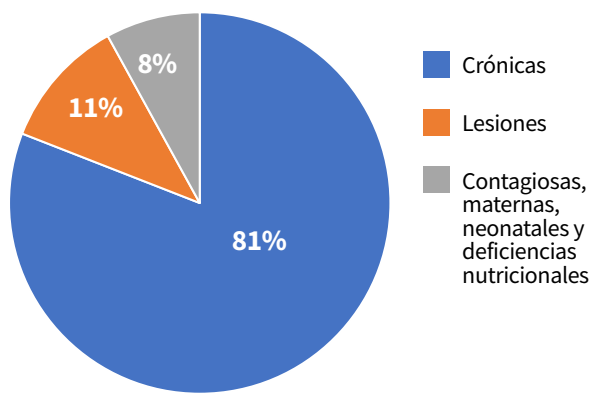
Cabe destacar que, un gran número de personas las padecen: cerca de la mitad de la población adulta tiene hipertensión,<sup>3</sup> un 14% vive con diabetes,<sup>4</sup> el 15% con enfermedad renal,<sup>5</sup> mientras que el 56% padece síndrome metabólico.<sup>6</sup>

<sup>i</sup> Conjunto de factores de riesgo cardiometabólicos, que incluyen la obesidad abdominal (sobrepeso, obesidad y circunferencia de cintura), glucosa elevada, colesterol y triglicéridos en sangre y presión arterial elevada.

Las enfermedades crónicas son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud consecuencia de su alta incidencia, su creciente contribución a la mortalidad general, su conformación como la causa más frecuente de incapacidad prematura, así como su complejidad y costo elevado de su tratamiento.<sup>8</sup> Además, se ha comprobado que dichos padecimientos debilitan el sistema inmune, contribuyendo a una mayor susceptibilidad a las enfermedades infecciosas; tal fue el caso de la pandemia provocada por el virus SARS-COV2 conocida como COVID-19, en la que las personas con diabetes, hipertensión u obesidad presentaron mayores complicaciones y riesgo de muerte.<sup>9</sup>

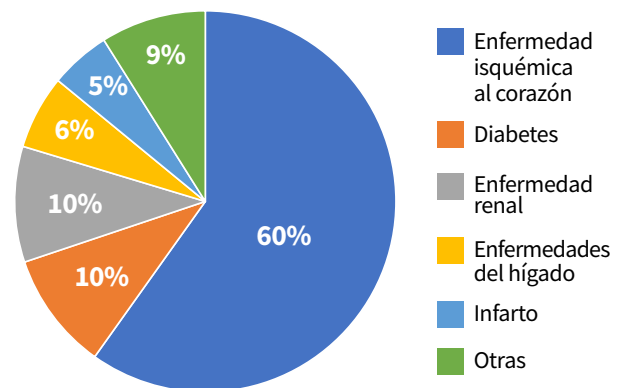
### Causas de muerte por grupos de enfermedades

México 2019



### Principales causas de muerte por enfermedades crónicas

México 2019



Fuente. Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Métrica y Evaluación Sanitaria (IHME, por sus siglas en inglés). Visualización de información de Carga Global de la Enfermedad. Universidad de Washington. Seattle, WA. 2019.

## Desigualdades en salud, una brecha entre las poblaciones más vulnerables

Todas y todos los individuos deberíamos tener garantizados nuestros derechos a la salud y a la alimentación, principalmente, para asegurar el bienestar y con ellos, la prevención de enfermedades a través de una vida sana.<sup>10,11</sup>

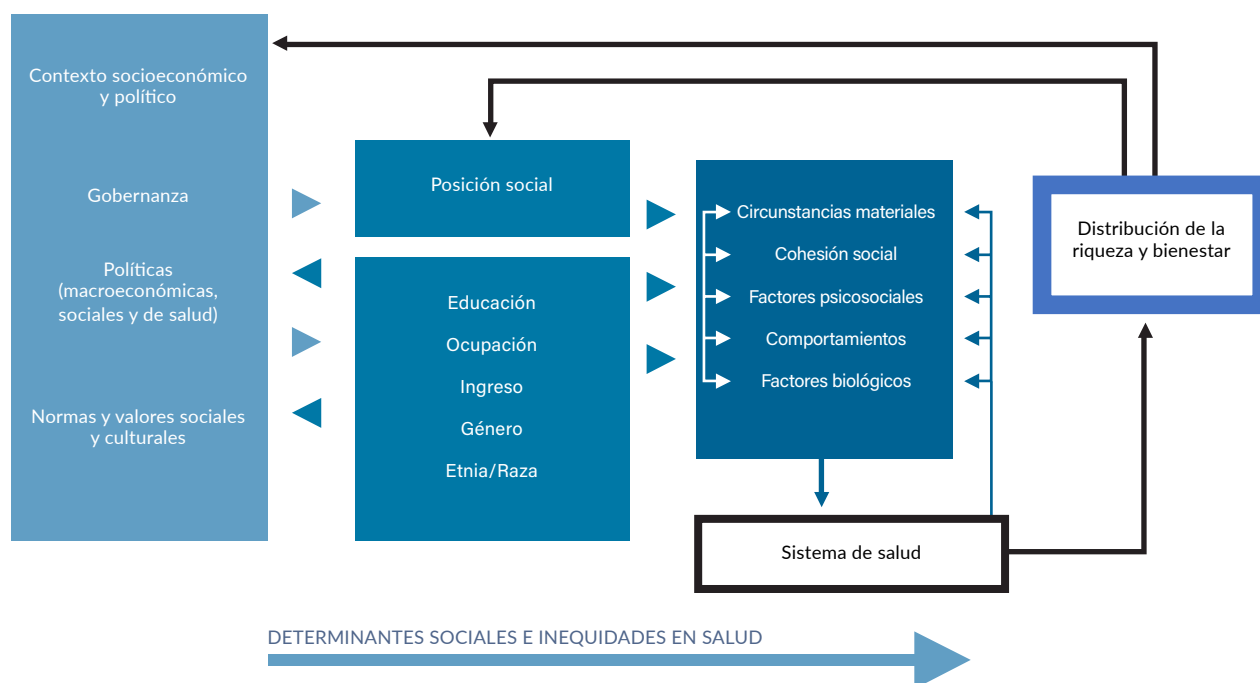
Las desigualdades se refieren a las diferencias injustas en la salud de los individuos o los grupos, son un fenómeno complejo y multidimensional que va más allá de segmentar entre quienes tienen y no tienen acceso a servicios de salud.<sup>12,13</sup>

Las inequidades o disparidad en salud, así como sus determinantes, es un tipo específico de desigualdad que manifiesta una diferencia injusta que podría evitarse con medios razonables.<sup>14</sup> La educación, la ocupación, el ingreso, el género, la raza, así como el acceso a los servicios de salud son ejemplos de inequidades y determinantes que influyen sobre la distribución de la riqueza, el bienestar y la salud (Figura 1).<sup>14</sup> A nivel mundial se ha planteado atender



las desigualdades de manera prioritaria, a través de los compromisos adoptados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en los cuales se plantea una meta específica para este rubro.<sup>15</sup> De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla”.<sup>16</sup>

**Figura 1.** Interacciones de los principales determinantes de la salud y los senderos que resultan en inequidades



Fuente. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. 2012.

## Enfermedades crónicas y desigualdades

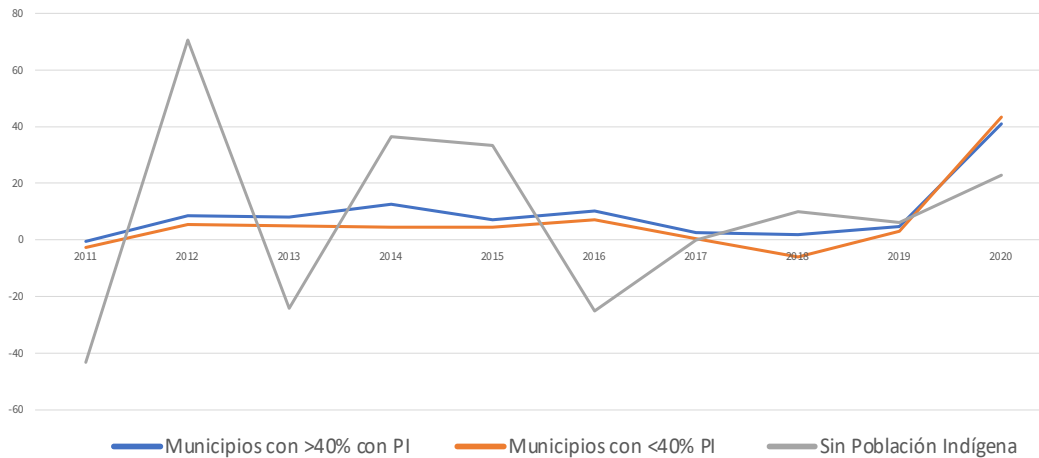
### Área Geográfica

*El lugar de residencia influye y determina la condición de salud y calidad de vida de las personas, siendo capaz de contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas.*

En el 2018, se documentó que el 58% de la población que vive en el sur del país tenía síndrome metabólico, un poco más de la cifra nacional ubicada en el 56%,<sup>6</sup> es en esta misma región donde se ha asociado un mayor descontrol glucémico en personas con diabetes;<sup>4</sup> ambas condiciones se relacionan con mayor prevalencia de hipertensión.<sup>3</sup> La zona sur y en específico, la zona rural, se caracteriza por estar conformadas de estados que incluyen localidades con un alto porcentaje de población indígena.<sup>17</sup> En 2018 se identificó que el 68% -12% más que la cifra nacional- de la población de habla indígena tenía síndrome metabólico, el número aumentó en este grupo poblacional un 43% desde el año 2006.<sup>6</sup> De igual manera, de acuerdo con los datos disponibles de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud de México, entre los años 2010 y 2020, se reportó un creciente número de muertes por diabetes en localidades con un alto porcentaje de población indígena, así como en sitios con un grado de marginación medio y alto.<sup>18</sup>

Oaxaca y Chiapas concentran el mayor porcentaje de población que habla alguna lengua indígena.<sup>17</sup> Ambos, se encuentran entre los 10 estados con mayor número de muertes por diabetes mellitus, enfermedad renal y enfermedad cardiovascular.<sup>18</sup>

### Cambios porcentuales en la mortalidad por diabetes de acuerdo con el porcentaje de población indígena (PI) en municipios de México. 2010- 2020.



Fuente. Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Salud. Secretaría de Salud. 2010- 2020.

## Nivel socioeconómico y educación

*El crecimiento socioeconómico y el nivel educativo son parte del desarrollo de las regiones, sin embargo, cuando las desigualdades son muy marcadas se convierten en desequilibrios sociales.*

En México, cerca del 54% de la población tiene un nivel de escolaridad básico o menor,<sup>19</sup> a su vez, el 56% se ubica en niveles socioeconómicos bajos y muy bajos.<sup>20</sup> Chiapas, Oaxaca y Guerrero destacan entre los estados con los porcentajes más altos de población en niveles socioeconómicos bajos y muy bajos,<sup>21</sup> así como, con niveles bajos de educación.<sup>19</sup> Dichos factores han sido relacionados con mayor prevalencia de síndrome metabólico. En 2018, el 57% de la población con nivel socioeconómico bajo tenía este padecimiento, en una proporción ligeramente mayor a quienes pertenecían al nivel más alto (54%).<sup>6</sup> Además, estudios han demostrado que tanto el nivel socioeconómico bajo, como el bajo nivel educativo se asocian con el desconocimiento de padecer diabetes,<sup>22</sup> la prevalencia de hipertensión y un menor control de la tensión arterial en personas con hipertensión.<sup>3</sup> El informe sobre desigualdades en salud del Gobierno de México ha mostrado que la mortalidad por EC tiene mayor concentración en entornos urbanos con mayor pobreza en comparación con los urbanos menos pobres, asimismo, comprobó que la probabilidad de muerte general es mayor en municipios con mayor concentración de pobreza.<sup>23</sup>

## Acceso a servicios de salud

*Una buena proporción de la población mexicana no cuenta con algún servicio de salud, esto genera un gasto mayor en los hogares y el empobrecimiento de las familias por los altos costos de las enfermedades crónicas.*

La salud es un derecho que todas y todos deberíamos tener garantizado, sin embargo, se convierte en una desigualdad cuando el acceso a los servicios de salud es limitado. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENSANUT) 2021, cerca del 54% de la población no cuenta con alguna derechohabiente, por lo que, un gran número de la población opta por atenderse con médicos privados, así como en servicios de farmacia.<sup>5</sup>



Cabe destacar que, la atención en farmacias se ha relacionado con un menor control glucémico en personas con diabetes, lo que podría favorecer la presencia de algún tipo de complicación.<sup>4</sup> Asimismo, de acuerdo con datos de la DGIS, durante el año 2020, del total de personas que fallecieron por diabetes (127 mil 316 muertes) el 33% fueron identificadas sin ningún servicio de salud.<sup>18</sup> El no contar con un servicio de salud representa un gasto de bolsillo y catastrófico para el hogar cuando se padece cualquier EC. Por ejemplo, una persona con diabetes sin control glucémico y con presencia de complicaciones puede llegar a gastarse hasta 1 millón de pesos en un año al recibir atención adecuada en servicios privados,<sup>24</sup> cifra considerablemente superior al salario mínimo actual.<sup>25</sup>

## Consumo y acceso a productos ultraprocesados

*La alimentación no saludable, que se refleja con el alto consumo de bebidas endulzadas y alimentos ultraprocesados, afecta a las poblaciones más vulnerables del país.*

Uno de los principales factores de riesgo para las EC es la dieta o alimentación no saludable, la cual se caracteriza por el alto consumo de azúcar, sal o sodio, grasas saturadas, así como de productos procesados o ultraprocesados, bebidas azucaradas y la baja ingesta de fibra. A pesar de que diferentes estudios han mostrado que este tipo de dieta se encuentra relacionada en mayor medida con niveles socioeconómicos medios-altos, así como con el área urbana en el centro-norte del país y con un nivel educativo medio-alto, se ha involucrado a los más desfavorecidos en la transición nutricional que ha tenido como consecuencia cambios alimentarios y la presencia de diferentes padecimientos crónicos. Por ejemplo, la región sur y un índice de bienestar bajo se han asociado con un mayor consumo de bebidas endulzadas.<sup>26</sup> Asimismo se han observado que las calorías consumidas, a partir de la compra de productos ultraprocesados, aumentaron entre los años 1984 y 2016 en la región sur y el nivel socioeconómico bajo.<sup>27</sup>

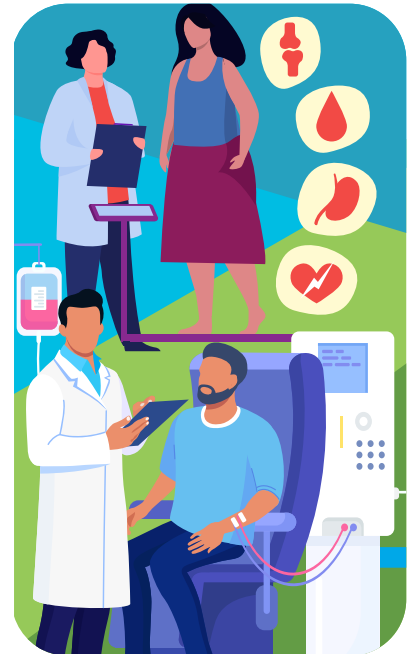
Uno de los indicadores para la medición multidimensional de la pobreza es la seguridad alimentaria, debido a que, refleja la falta de ingresos para la compra de alimentos, así como la disminución de la cantidad de alimentos por algún miembro del hogar. De acuerdo con la ENSANUT 2018, cerca del 55% de la población mexicana tiene algún tipo de inseguridad alimentaria y quienes tenían menor nivel educativo y menor índice de bienestar tenían más probabilidades de tener una inseguridad alimentaria severa.<sup>28</sup> Este factor se ha asociado con otro de los principales factores de riesgo para EC: el sobrepeso y la obesidad. Los niveles de inseguridad alimentaria en el hogar, además de los índices de masa corporal medio y la circunferencia de la cintura, fueron mayores en mujeres. Además, la inseguridad alimentaria familiar severa mostró estar asociada con la obesidad.<sup>2</sup>

## Género

*El género permite comprender la implicación que tiene en los procesos de desarrollo y atención en salud la atribución diferenciada que cada sociedad hace a las formas de pensar y actuar de hombres y mujeres.*

En México, las EC son heterogéneas, es decir, afectan tanto a hombres como mujeres. A pesar de ello, la prevalencia de diabetes y de enfermedad renal es mayor en las mujeres (53% y 20.8%) que en los hombres (47% y 8.5%).<sup>4,5</sup> De igual forma las mujeres con diabetes presentan más situaciones de desventaja social, deterioro de vida saludable, déficit de autocuidado y solidaridad, lo cual incrementa su vulnerabilidad para afrontar exitosamente su control glucémico y prevenir complicaciones.<sup>30</sup> Sin embargo, se ha identificado que los hombres con diabetes mueren a una edad más temprana en comparación con las mujeres (67 vs 70 años).<sup>31</sup>

Por otro lado, la hipertensión se encuentra en mayor porcentaje en hombres (55%) en comparación con las mujeres (45%).<sup>3</sup> De igual manera, del total de las personas con hipertensión, los hombres son quienes desconocían en mayor proporción que tenían este padecimiento, así como quienes tenían un mayor descontrol de la tensión arterial.<sup>3</sup> Esto podría deberse a que las mujeres, en comparación con los hombres, utilizan en mayor medida los servicios de salud, lo que podría contribuir a detectar y prevenir alguna enfermedad crónica.<sup>32</sup>



## Enfermedades crónicas y equidad: un reto para la salud de México

Las EC son padecimientos que representan un reto prioritario para la salud en México y se encuentran firmemente relacionados con diferentes condiciones de equidad.<sup>33</sup> La población en desventaja o con las brechas más bajas socioeconómicas, educativas y que se ubican en la región sur, forma parte de los resultados desfavorables entre estas enfermedades. Es importante implementar acciones en sitios con condiciones sociales comprometidas en términos de educación, nivel socioeconómico, población indígena y números altos de muerte por EC, para así proteger en mayor medida los derechos de alimentación, bienestar y salud de la población. Es importante notar que los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero son las localidades que mostraron mayor relación con las condiciones de vulnerabilidad antes descritas.

Es necesario implementar acciones para prevenir las enfermedades crónicas y sus complicaciones, específicamente en poblaciones más vulnerables. Por lo tanto, las políticas o programas para la protección en salud de la población mexicana deben de considerar un cambio de paradigma para proteger a la población más necesitada. Asimismo, es fundamental garantizar el derecho a la alimentación saludable y disminuir la inseguridad alimentaria en los sectores con mayores brechas de vulnerabilidad.

Por último, se hace un llamado a reforzar la efectividad en la atención en los servicios de salud y a eliminar las barreras de acceso,<sup>33</sup> ya que un número importante de población mexicana se encuentra desprotegida; lo que conlleva a la falta de prevención, diagnóstico oportuno y retraso de complicaciones por EC, así como, al empobrecimiento de las familias más desfavorecidas.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2021 [Consultado el 29 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden Disease Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME; 2019.
3. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Ramírez-Villalobos D, Hernández B, Barquera S. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. *Ensanut 2020. Salud Publica Mex.* 2021;63(6).
4. Basto-Abreu A, Barrientos-Gutiérrez T, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, López-Olmedo N, De la Cruz-Góngora V, et al. Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en Mexico: Resultados de la Ensanut 2016. *Salud Publica Mex.* 2020;62(1):50–9.
5. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero M, et al. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICION 2021 SOBRE COVID-19. Resultados Nacionales [Internet]. Cuernavaca, Morelos. México; 2022. Available from: [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804\\_Ensa21\\_digital\\_4ago.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf)
6. Rojas-Martínez R, Epidem D, Aguilar-salinas CA, Méd DC, Romero-martínez M, Biol D, et al. Trends in the prevalence of metabolic syndrome and its components in Mexican adults, 2006-2018. 2021;63(6):713–24.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare | IHME Viz Hub [Internet]. 2019 [Consultado el 7 de Jul 2021]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
8. Córdova J, Barriguete J, Lara A, Barquera S, Rosas M, Hernández M, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: Sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Publica Mex.* 2008;50(5):419–27.
9. Denova-Gutiérrez E, Lopez-Gatell H, Alomia-Zegarra JL, López-Ridaura R, Zaragoza-Jimenez CA, Dyer-Leal DD, et al. The Association of Obesity, Type 2 Diabetes, and Hypertension with Severe Coronavirus Disease 2019 on Admission Among Mexican Patients. *Obesity [Internet].* 2020;28(10):1826–32.
10. Organización de las Naciones Unidas (ONU). El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes [Internet]. [Consultado el 22 de Ago 2022]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions#:~:text=El>
11. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Derecho a la alimentación [Internet]. 2007 [Consultado el 22 de Ago 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/right-to-food/resources/resources-detail/es/c/50447/>
12. Arcaya, M. Arcaya, A. Subramanian S. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Rev Panameicana en Slud Publica [Internet].* 2015;38(4):261–71.
13. Cortés F, de Oliveira O. *Desigualda Social.* 1st ed. El Colegio de México, editor. México, D.F; 2010. 452 p.
14. Organización Panamericana de la Salud O. Determinantes e inequidades en salud en las Américas [Internet]. PAHO, editor. Washington D.C.; 2012. Disponible en: [https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9:edicion-2012&Itemid=124&lang=e](https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=9:edicion-2012&Itemid=124&lang=e)
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia U. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015 [Consultado el 11 de Jul 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
16. Commission on Social Determinants of Health. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. [Internet]. 2008. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía I. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS [Internet]. Mexico; 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/indigenas2020.pdf>

- 18.** Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. Defunciones (Mortalidad) Cubos dinámicos [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 14]. Available from: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc\\_defunciones\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html)
- 19.** Instituto Nacional de Estadística y Geografía I. Censo de Población y Vivienda [Internet]. Mexico; 2021. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197711.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197711.pdf)
- 20.** El Financiero. 30% de los mexicanos pertenecen al penúltimo Nivel socioeconómico [Internet]. 2018 [Consultado el 30 de Jul 2022]. Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/economia/30-de-los-mexicanos-pertenecen-al-penultimo-nivel-socioeconomico/>
- 21.** Mexican Association of Market and Opinion Intelligence Agencies. Niveles Socio Económicos AMAI. Datos 2020 [Internet]. 2020 [Consultado el 30 de Jul 2022]. Disponible en: <https://amai.org/NSE/index.php?queVeo=NSE2020>
- 22.** Silva-Tinoco R, Cuatecontzi-Xochitiotzi T, De la Torre-Saldaña V, León-García E, Serna-Alvarado J, Orea-Tejeda A, et al. Influence of social determinants, diabetes knowledge, health behaviors, and glycemic control in type 2 diabetes: an analysis from real-world evidence. *BMC Endocr Disord*. 2020 Aug;20(1):130.
- 23.** Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS). Primer Informe sobre desigualdades en salud en México [Internet]. Secretaría de Salud. 2019 [Consultado el 27 de Jul 2022]. Disponible en: [http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/1\\_informe\\_desigualdad\\_mexico.pdf](http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/1_informe_desigualdad_mexico.pdf)
- 24.** Federación Mexicana de Diabetes F. Los costos de la diabetes [Internet]. enero. 2019 [cited 2022 Jul 3]. Available from: <https://fmdiabetes.org/los-costos-la-diabetes/>
- 25.** Instituto Nacional de Estadística y Geografía I. UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN (UMA) [Internet]. enero. 2022 [Consultado el 19 de Jul 2022]. Disponible en: p. 1. Available from: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/uma/uma2022.pdf>
- 26.** Rodríguez-Ramírez S, Gaona-pineda EB, Martínez-tapia B, Arango-angarita A, Kim-herrera EY, Valdez-sánchez A, et al. Consumo de grupos de alimentos y su asociación con características sociodemográficas en población mexicana. *Ensanut 2018-19. Salud Publica Mex*. 2020;62(6).
- 27.** Marrón-Ponce JA, Tolentino-Mayo L, Hernández-F M, Batis C. Trends in ultra-processed food purchases from 1984 to 2016 in Mexican households. *Nutrients*. 2019;11(1):1-15.
- 28.** Shamah-Levy T, Sp D, Humarán IM, C M, Mundo-rosas V, Nutr M, et al. Factores asociados con el cambio en la inseguridad alimentaria en México: Ensanut 2012 y 2018-19. *Salud Publica Mex*. 2021;63(3).
- 29.** Ponce-Alcala RE, Ramírez-García Luna JL, Shamah-Levy T, Melgar-Quinonez H. The association between household food insecurity and obesity in Mexico: a cross-sectional study of ENSANUT MC 2016. *Public Health Nutr*. 2021/08/25. 2021;24(17):5826-36.
- 30.** Salcedo-Rocha AL, García de Alba-García JE, Frayre-Torres MJ, López-Coutino B. Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes de primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]*. 2008;46(1):73-81.
- 31.** Moreno-Altamirano L, García-García JJ, Soto-Estrada G, Capraro S, Limón-Cruz D. Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Rev Médica Del Hosp Gen México*. 2014;77(3):114-23.
- 32.** Sánchez-Recio R, Alonso Pérez de Ágreda JP, Gasch-Gallén Á, Aguilar Palacio I. Desigualdades de género en la utilización de servicios sanitarios, España 2006-2017. *Salud Publica Mex*. 2021;63(2 MarAbr):190-200.
- 33.** Gutiérrez JP, García-saisó S, Peña RE. Desigualdad en indicadores de enfermedades crónicas y su atención en adultos en México: análisis de tres encuestas de salud. *Salud Publica Mex*. 2016;58(6).



**EL PODER DEL CONSUMIDOR**

[www.elpoderdelconsumidor.org](http://www.elpoderdelconsumidor.org)

Enero 2023