

EFFECTOS DEL CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA EDUCACIÓN OBLIGATORIA EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA EN MÉXICO, 2008

JUAN MANUEL HERNÁNDEZ VÁZQUEZ / GUADALUPE TORRES GODINEZ
Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación

RESUMEN: Este trabajo muestra los avances en la comprensión de la influencia que tiene la educación en uno de sus resultados sociales en México, expresado en las percepciones de la población adulta sobre su salud. El análisis se enmarca en el modelo conceptual desarrollado por la OCDE para entender las conexiones entre la educación y los resultados sociales. Se analiza la proporción de población adulta que se percibe saludable en cada nivel educativo, calculada a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Este indicador es frecuentemente utilizado a nivel internacional. Los resultados muestran la aso-

ciación positiva entre la escolaridad y el bienestar en salud. Sobresale que el cumplimiento del derecho a la educación obligatoria contiene un doble efecto de justicia social porque al avanzar en el plano educativo también se avanza en el del bienestar de la población, dados sus efectos particularmente importantes en las sensaciones de salud. En general, a medida que las personas tienen mayor escolaridad, tienden a percibirse más saludables, independientemente de su situación económica, de género y del lugar de residencia.

PALABRAS CLAVE: Derecho a la educación, impacto social, resultados sociales, salud.

Introducción

Con este trabajo se busca contribuir a la comprensión de uno de los resultados sociales de la educación expresado en las sensaciones de bienestar no económico, referido a la salud de los mexicanos. Los hallazgos son enmarcados en el modelo conceptual desarrollado por la OCDE para entender las influencias de la educación en los resultados sociales.

Se analiza el indicador *Porcentaje de población adulta que se percibe saludable por nivel de escolaridad* calculado con el paquete estadístico SAS 9.1 a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 del Instituto Nacional de Salud Pública. Se muestra la

ficha técnica donde se precisa la manera como fue construido a fin ofrecer elementos para una mejor interpretación. Se exploraron varios indicadores para producir un acercamiento a las influencias de la educación en la salud, pero fue el único que resultó válido y confiable. Se calcularon otros indicadores más apegados a las condiciones objetivas de salud como los relacionados con la obesidad y la desnutrición; sin embargo, los resultados no resultaron suficientemente representativos debido a la enorme pérdida de información en el levantamiento de la información.

Es posible que las cargas de subjetividad implicadas en la autovaloración de la salud despierten suspicacias respecto de las verdaderas condiciones de salud de los informantes, porque no existe un consenso entre los investigadores acerca de la validez de las percepciones como aproximaciones al estado real de salud; no obstante, estudios recientes han encontrado cierta relación positiva entre la salud autoreportada y la mortalidad de las personas (Quesnel-Vallée, 2007).

Los resultados muestran la asociación positiva entre la escolaridad y el bienestar en salud. A medida que las personas tienen mayor escolaridad, tienden a percibirse más saludables, independientemente de su situación económica, lugar de residencia, edad y sexo. Esta relación positiva también ha sido resaltada por el *National Center for Education Statistics* para el contexto de los Estados Unidos de América (Wirt *et al*, 2004) y por el *Education at a Glance* para los países de la OCDE (OCDE, 2009).

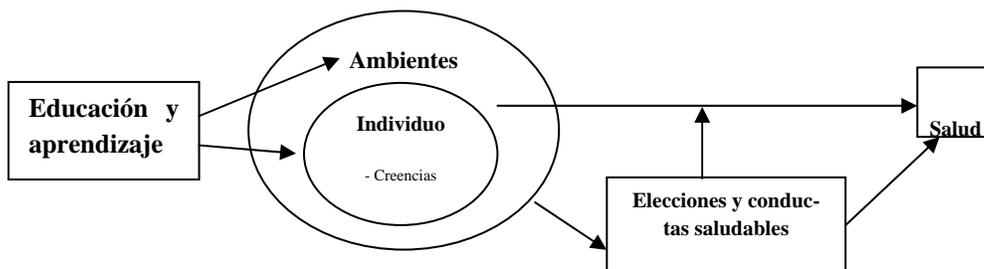
Sobresale que el cumplimiento del derecho a la educación obligatoria contiene un doble efecto de justicia social porque al avanzar en el plano educativo también se avanza en el del bienestar de la población, dados sus efectos particularmente importantes en las sensaciones de salud.

Modelo sobre la relación educación-salud

Existe un creciente interés en las sociedades modernas por entender cuáles son los beneficios de la educación, no sólo los relacionados con el mercado laboral, sino también con resultados sociales que redundan en aspectos monetarios y no monetarios del bienestar individual y social. Uno de tales aspectos tiene que ver con la salud.

La hipótesis central de este enfoque es que la educación impacta positivamente en la salud porque potencia las elecciones saludables que realizan los individuos en casa situación contextual, lo cual redundan en mejores estados de salud individual (figura 1).

Figura 1. Modelo de influencias educativas en la salud



Fuente: OCDE (2007). Understanding the social outcomes of learning.

En este modelo, la educación se entiende como el espacio donde se adquieren conocimientos, hábitos y valores que ayudan a las personas a mejorar la habilidad para procesar nueva información y así estar en condiciones de realizar elecciones más saludables como el consumo de alimentos para una dieta balanceada y el hacer deporte. Se cree que una buena educación infunde conductas saludables (prevención de riesgos, adecuada nutrición, cuidado físico, seguridad personal) y ofrece preparación para enfrentar más eficazmente problemas asociados con el dolor, estados emocionales (depresión e ira), y físicos (obesidad y traumatismos).

Evidencias empíricas parecen corroborar la idea de los buenos efectos de la educación sobre el estado de salud de los individuos. Cenzone y Regazzoni (2004) sostiene lo siguiente:

El riesgo de morir por cualquier causa antes de los 65 años también aumenta a menor cantidad de años de instrucción. En varios estudios se ha demostrado que las personas con menos de 7 años de escolaridad tienen casi dos veces más riesgo de morir entre los 45 y los 64 años de edad por cualquier causa que aquellos con 8 o más años de escolaridad formal. La mortalidad luego de los 25 años de edad disminuye sensiblemente a medida que aumenta el número de años de instrucción recibida (p.9)

Se estima que la educación termina beneficiando tanto a las personas como a la sociedad en su conjunto. A las personas porque contribuye a mejorar su salud física y mental, y con ello su longevidad y estado de bienestar. Estos beneficios no monetarios redundan en beneficios económicos como la mayor productividad, menos días de trabajo perdido por enfermedad y menores desembolsos por servicios médicos. Es de esperar que los benefi-

cios en la salud individual sean también del conjunto social porque reducen los abusos, los accidentes y las enfermedades; porque mejoran en general la salud pública. Salud que a su vez beneficia la economía de la sociedad, dada la mayor recaudación de impuestos y los menores gastos gubernamentales destinados al cuidado de la salud (OCDE, 2007).

¿Cómo se construye el indicador?

La siguiente ficha técnica ofrece los elementos necesarios tanto para la construcción del indicador como para una mejor interpretación del mismo.

Nombre del indicador: Porcentaje de población adulta que se percibe saludable por nivel de escolaridad.	
Definición: Número de adultos entre 25 y 64 años con determinado nivel de escolaridad que se perciben a sí mismos con buena o muy buena salud, por cada cien con la misma escolaridad.	
Fórmula de cálculo:	$AS_{niv} = \frac{A_{niv}^b}{A_{niv}} \times 100$
AS_{niv}	Porcentaje de población adulta que se percibe saludable, por nivel de escolaridad <i>niv</i> .
A_{niv}^b	Población entre 25 y 64 años que se percibe a sí misma con buena o muy buena salud <i>b</i> y que tiene el nivel de escolaridad <i>niv</i> .
b	Autopercepción de buena o muy buena salud.
niv	Nivel de escolaridad: * sin básica, básica, media superior y superior.
A_{niv}	Población entre 25 y 64 años que tiene el nivel de escolaridad <i>niv</i> .
Interpretación: Este indicador da cuenta de la relación existente entre la escolaridad y la valoración realizada por las personas de su propio estado de salud. A medida que los porcentajes son mayores, más probablemente las personas perciben que tienen buena o muy buena salud. Los resultados de este indicador convergen con los de otras investigaciones, al mostrar que las personas más escolarizadas son también las que más probablemente reportan estar en las mejores condiciones de salud (NCES, 2004). Estos resultados apoyan la idea de que la educación provee información y desarrolla capacidades en las personas para hacer elecciones que modulan los efectos del contexto en que se desenvuelven, de modo que sus prácticas de consumo y sus hábitos de vida son más adecuados para mantener un buen estado de salud (OCDE, 2006).	
Desagregación (desgloses):** Estrato socioeconómico (I, II, III y IV), sexo, grupos de edad y tipo de localidad.	
Fuente: Instituto Nacional Salud Pública (INSP, 2007). <i>Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006</i> (base de microdatos). Disponible en http://www.insp.mx/ensanut/	
Notas: * Los niveles de escolaridad se construyen como sigue: <i>sin básica</i> (ningún grado, preescolar, primaria, secundaria incompleta); <i>con básica</i> (secundaria completa, carrera técnica o comercial después de secundaria y estudios incompletos de normal básica, preparatoria o vocacional y bachillerato técnico); <i>media superior</i> (carrera técnica o comercial después de preparatoria, estudios completos de normal básica, preparatoria o vocacional y bachillerato técnico, y estudios incompletos de normal superior y licenciatura); <i>superior</i> (licenciatura completa, maestría y doctorado). ** La Ensanut 2006 consideró cuatro estratos socioeconómicos, asignados en correspondencia con la ENIGH del Inegi, según las posesiones materiales en los hogares. Al estrato I corresponden los deciles 1 y 2 de ingresos; al II, los 3 y 4; al III, los 5, 6 y 7; y al IV, los 8, 9 y 10. En términos de ingreso mensual promedio per cápita de los hogares manifestados en la ENIGH 2006, en el estrato I recibieron 726 pesos; en el II, 1 265; en el III, 2 118; y en el IV, 6 156 pesos (cálculos basados en Inegi, 2007). La misma encuesta también consideró tres tipos de localidades según el número de habitantes: <i>rural</i> (menos de 2500), <i>urbana</i> (2500 a 99 999) y <i>ciudad o área metropolitana</i> (ciudades, áreas metropolitanas, capitales de los estados y resto de ciudades con 100 000 o más habitantes).	

Educación y salud

La tabla y la gráfica¹ muestran los porcentajes de personas adultas (25-64 años) que en cada estrato socioeconómico y nivel de escolaridad dijeron sentirse saludables. Con 95% de confianza, las cifras no son significativamente diferentes de un estrato a otro para la misma escolaridad y consistentemente revelan que en todos los estratos socioeconómicos, las personas se sienten más saludables a medida que tienen mayor escolaridad (los límites de confianza correspondientes se encuentran en la tabla 1.1).

Tabla 1. Porcentaje de adultos de 25 a 64 años que se perciben saludables¹ por nivel de escolaridad según estrato socioeconómico (2006)

Nivel de escolaridad	Estrato socioeconómico ²				Total
	I	II	III	IV	
Sin básica	56.6	54.3	55.4	57.2	55.8
Básica	63.7	68.2	71.7	67.3	67.9
Media superior	68.8	73.2	75.3	79.0	75.1
Superior	86.9	80.0	80.1	85.9	82.3
Total	59.0	61.8	67.0	73.7	63.7

¹ Se consideró que se perciben saludables quienes dijeron tener buena o muy buena salud.

² En términos de ingreso mensual promedio per cápita de los hogares, en el estrato I reciben 726 pesos; en el II, 1265; en el III, 2118; y en el IV, 6156 pesos (cálculos basados en Inegi, 2007).

Fuente: INEE, estimaciones con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006 del INSP.

Tabla 1.1. Intervalos de confianza¹ para los porcentajes de adultos entre 25 y 64 años que se perciben saludables² por nivel de escolaridad según estrato socioeconómico (2006)

Nivel de escolaridad		Estrato socioeconómico ³				Total
		I	II	III	IV	
Sin básica	LI	55.1	52.1	52.8	51.2	54.6
	LS	58.1	56.5	58.0	63.1	57.0
Básica	LI	60.9	64.3	68.8	63.0	66.1
	LS	66.4	71.9	74.4	71.3	69.6
Media Superior	LI	60.9	67.4	71.6	74.6	72.6
	LS	75.7	78.3	78.6	82.8	77.3
Superior	LI	77.1	74.2	75.7	82.4	79.7
	LS	92.9	84.8	83.9	88.7	84.5
Total	LI	57.7	60.0	65.2	71.0	62.6
	LS	60.4	63.5	68.8	76.3	64.7

Notación: LI Límite inferior de confianza; LS Límite superior de confianza

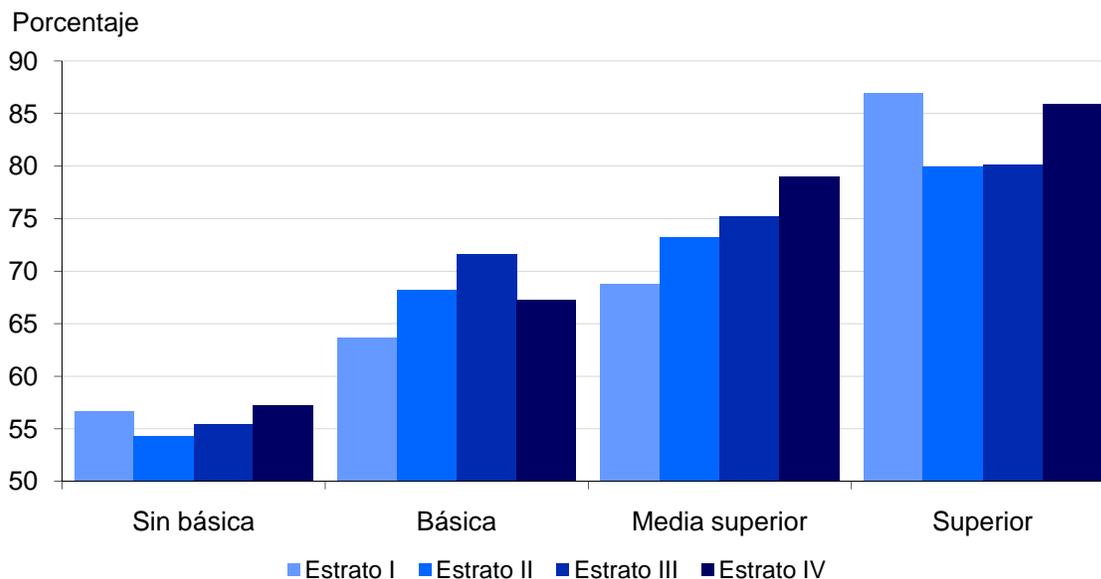
¹ Cálculos a 95% de confianza, con el paquete estadístico SPSS versión 15.0

² Se consideró que se perciben saludables quienes dijeron tener buena o muy buena salud.

³ En términos de ingreso mensual promedio per cápita de los hogares, en el estrato I reciben 726 pesos; en el II, 1265; en el III, 2118; y en el IV, 6156 pesos (cálculos basados en Inegi, 2007).

Fuente: INEE, estimaciones con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006 del INSP.

Gráfica 1. Porcentaje de población entre 25 y 64 años que se percibe saludable según nivel de escolaridad y estrato socioeconómico¹ (2006)



¹ En términos de ingreso mensual promedio per cápita de los hogares, en el estrato I reciben 726 pesos; en el II, 1265; en el III, 2118; y en el IV, 6156 pesos (cálculos basados en Inegi, 2007).
Fuente: INEE, estimaciones con base en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006*, INSP.

Ello quiere decir que la sensación de salud no guarda relación con las condiciones económicas de las personas y sí con su escolaridad. Así, en relación con la población total, la proporción de quienes se sienten saludables fue 56% entre los sin educación básica; cifra que aumenta a 68, 75 y 82% a medida que completan el nivel básico, medio superior y superior, respectivamente. En otras palabras, quienes no logran la básica habrían aumentado sus probabilidades de sentirse saludables en 12 puntos porcentuales si hubieran completado dicho nivel educativo; en 19 puntos si hubieran completado la media superior; y en 26 puntos porcentuales si hubieran completado licenciatura o posgrado.

La tabla 2 presenta las proporciones de personas adultas que se perciben saludables según sexo, grupo de edad y tipo de localidad (los límites de confianza correspondientes se encuentran en la tabla 2.1). Las conclusiones son similares a las antes descritas para las poblaciones totales. Consistentemente, las personas más escolarizadas registran mayores probabilidades de sentirse saludables que sus contrapartes menos escolarizadas.

Tabla 2. Porcentaje de población entre 25 y 64 años que se percibe saludable¹ según nivel de escolaridad y características seleccionadas (2006)

Característica	Nivel de escolaridad				Total
	Sin básica	Básica	Media superior	Superior	
Hombres					
Estrato socioeconómico					
I ²	57.9	63.3	66.8	94.6	60.0
II	54.0	72.9	71.3	78.2	62.9
III	56.1	74.4	74.6	78.8	68.7
IV	62.3	67.9	80.3	86.3	76.5
Total	56.7	69.5	74.9	81.6	65.2
Mujeres					
Estrato socioeconómico					
I	55.6	64.1	70.1	80.5	58.2
II	54.5	64.6	74.7	82.4	60.9
III	54.9	69.4	75.8	81.8	65.6
IV	54.4	66.9	77.6	85.3	71.2
Total	55.1	66.5	75.2	83.1	62.4
Grupo de edad					
25-44	62.6	70.2	76.8	85.9	69.5
45-64	48.5	59.2	69.6	73.5	53.6
Total	55.8	67.9	75.1	82.3	63.7
Tipo de localidad					
Rural	58.1	63.3	65.5	75.1	59.3
Urbana	56.5	65.4	71.8	78.2	61.9
Área Metropolitana	53.6	69.5	76.5	83.5	66.0
Total	55.8	67.9	75.1	82.3	63.7

¹ Se consideró que se perciben saludables quienes dijeron tener buena o muy buena salud.

² En términos de ingreso mensual promedio per cápita de los hogares, en el estrato I reciben 726 pesos; en el II, 1265; en el III, 2118; y en el IV, 6156 pesos (cálculos basados en Inegi, 2007).

Fuente: INEE, estimaciones con base en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006* del INSP.

Lo mismo ocurre ya sean hombres o mujeres (gráfica 2); ya sea que pertenezcan al grupo de 25 a 44 o de 45 a 64 años (gráfica 2.1); y que vivan en el ámbito rural, urbano o zona metropolitana (gráfica 2.2). Complementariamente, de la misma información se desprende que, para cada nivel de escolaridad, no hay diferencias de género en cuanto a sentirse saludables.

Tabla 2.1. Intervalos de confianza¹ para los porcentajes de adultos entre 25 y 64 años que se perciben saludables² según nivel de escolaridad y características seleccionadas (2006)

Hombres		Nivel de escolaridad				Total
		Sin básica	Básica	Media superior	Superior	
Estrato I ³	LI	55.8	59.2	52.1	83.5	58.0
	LS	60.1	67.2	78.9	98.4	62.0
Estrato II	LI	50.5	66.7	62.4	70.6	60.3
	LS	57.5	78.3	78.8	84.3	65.5
Estrato III	LI	52.1	70.6	69.4	72.8	66.3
	LS	60.1	77.8	79.2	83.9	71.0
Estrato IV	LI	51.8	61.5	73.1	80.8	72.8
	LS	71.8	73.6	85.9	90.4	79.9
Total	LI	55.0	67.1	71.1	78.2	63.9
	LS	58.3	71.7	78.3	84.7	66.5
Mujeres						
Estrato I	LI	53.7	60.4	61.3	60.6	56.5
	LS	57.5	67.6	77.7	91.8	59.9
Estrato II	LI	51.7	59.5	65.6	72.7	58.5
	LS	57.2	69.4	82.1	89.2	63.2
Estrato III	LI	51.8	65.2	71.1	75.0	63.4
	LS	58.0	73.3	80.0	87.0	67.8
Estrato IV	LI	47.2	60.6	72.1	81.1	67.7
	LS	61.4	72.7	82.3	88.8	74.6
Total	LI	53.7	63.9	72.1	79.3	61.1
	LS	56.5	68.9	78.1	86.2	63.7
Grupo de edad						
25-44	LI	61.2	68.4	73.9	83.5	68.4
	LS	64.0	71.9	79.4	88.1	70.5
45-64	LI	46.8	55.0	64.8	67.9	51.9
	LS	50.2	63.3	74.1	78.5	55.3
Total	LI	54.6	66.1	72.6	79.7	62.6
	LS	57.0	69.6	77.3	84.5	64.7
Tipo de localidad						
Rural	LI	56.4	57.6	56.5	61.5	57.7
	LS	59.9	68.6	73.5	85.0	61.0
Urbana	LI	54.7	62.6	67.5	72.8	60.4
	LS	58.4	68.1	75.7	82.8	63.3
Área Metropolitana	LI	51.4	67.2	73.5	80.6	64.3
	LS	55.7	71.7	79.3	86.1	67.7
Total	LI	54.6	66.1	72.6	79.7	62.6
	LS	57.0	69.6	77.3	84.5	64.7

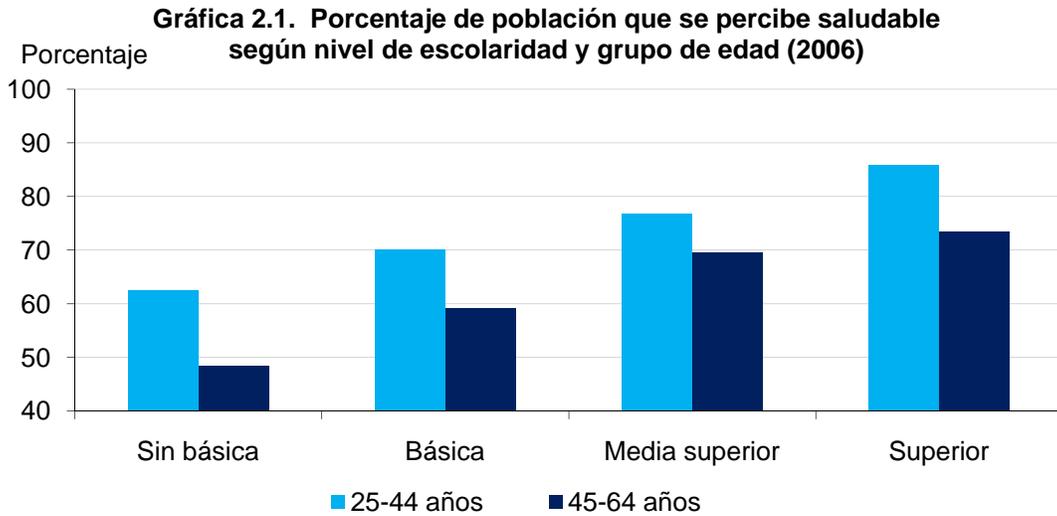
Notación: LI Límite inferior de confianza; LS Límite superior de confianza

¹ Cálculos a 95% de confianza, con el paquete estadístico SPSS versión 15.0

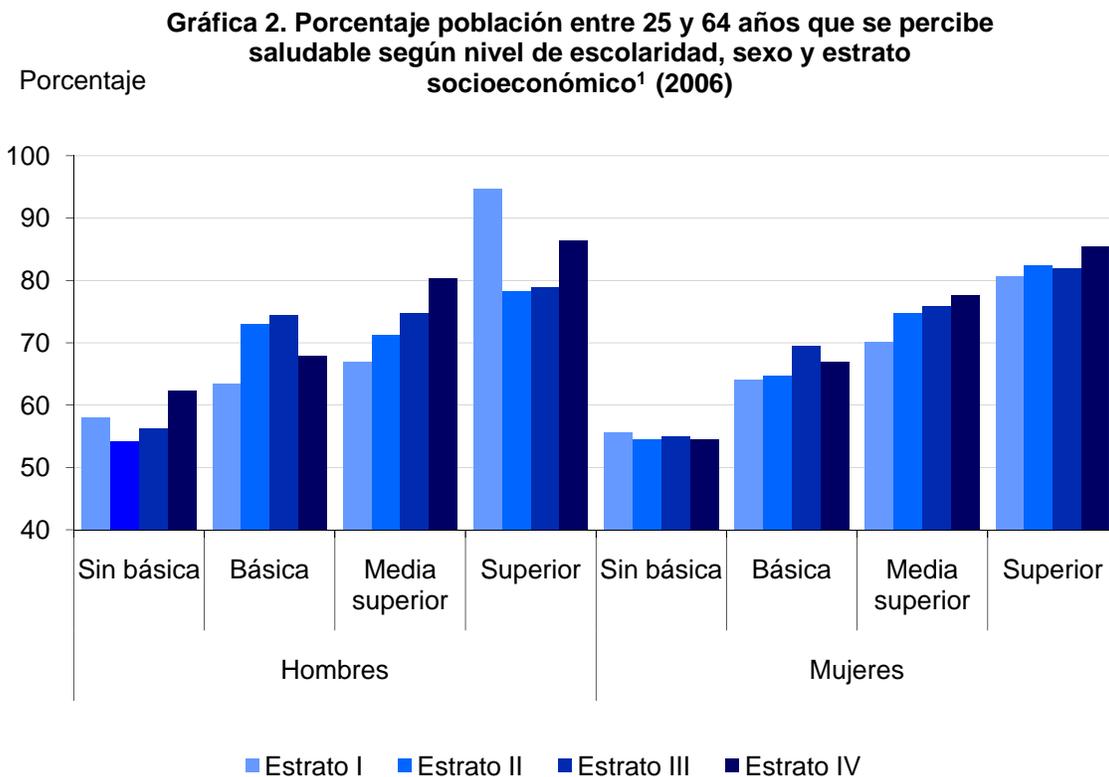
² Se consideró que se perciben saludables quienes dijeron tener buena o muy buena salud.

³ En términos de ingreso mensual promedio per cápita de los hogares, en el estrato I reciben 726 pesos; en el II, 1265; en el III, 2118; y en el IV, 6156 pesos (cálculos basados en Inegi, 2007).

Fuente: INEE, estimaciones con base en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006* del INSP.



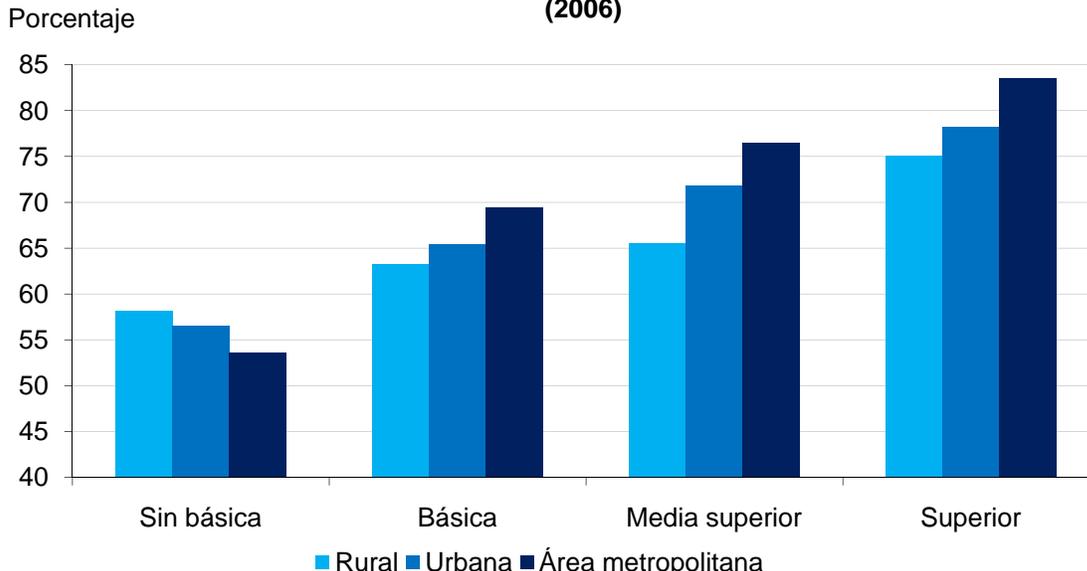
Fuente: INEE, estimaciones con base en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006*, INSP.



¹ En términos de ingreso mensual promedio per cápita de los hogares, en el estrato I reciben 726 pesos; en el II, 1265; en el III, 2118; y en el IV, 6156 pesos (cálculos basados en Inegi, 2007).

Fuente: INEE, estimaciones con base en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006*, INSP.

Gráfica 2.2. Porcentaje de población entre 25 y 64 años que se percibe saludable según nivel de escolaridad y tamaño de localidad¹ (2006)



Fuente: INEE, estimaciones con base en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006*, INSP.

Tampoco hay diferencias asociadas a la ubicación geográfica ya que, para un mismo nivel de escolaridad, las proporciones de personas que dicen sentirse saludables son parecidas, independientemente que se encuentren en localidades rurales, urbanas o zonas metropolitanas, excepto entre las personas menos escolarizadas (aquellas sin educación básica). Las evidencias indican que dentro de este grupo de personas, quienes viven en zonas rurales se sienten ligeramente más saludables que quienes viven en áreas metropolitanas. Finalmente, los datos también revelan, que la edad marca claras diferencias entre personas con la misma escolaridad, pero al mismo tiempo, también indican que la educación puede ayudar potencialmente a moderar tales diferencias. En concordancia con el consabido deterioro orgánico que acompaña al paso del tiempo, las personas en el grupo de 25 a 44 años tienen mayores probabilidades de sentirse saludables que sus similares en el grupo de 45 a 64 años con la misma escolaridad; sin embargo, estas diferencias debidas a la edad, de 14 puntos porcentuales entre quienes no tiene básica, se reduce a 11 y 7 puntos entre los de básica y media superior, respectivamente.

Conclusiones

Este reporte muestra claramente que la escolarización tiene influencias benéficas en la población porque contribuye a elevar las sensaciones de bienestar referidas a sus condi-

ciones de salud. Esta conclusión para México coincide con lo descubierto en otros países como los Estados Unidos y demás naciones de la OCDE sobre las que se publica información (OCDE, 2009 y 2010). La escolarización eleva las probabilidades de que las personas se sientan con buena o muy buena salud, independientemente de variables estructurales como el sexo, la edad y la ruralidad del lugar de residencia.

Para las políticas públicas estas certezas sobre la relación directa de la escolarización con el bienestar en salud de la población sugieren la importancia de que el Estado mexicano redoble sus esfuerzos para propiciar que toda la población ejerza plenamente su derecho a la educación básica obligatoria y, eventualmente, a la media superior. Quizá el ámbito educativo constituya un campo privilegiado para la acción del Estado que busca mejorar los niveles de bienestar de la población, independientemente de sus actuaciones en la esfera económica.

A pesar de los avances con este indicador en cuanto a la comprensión de los resultados de la educación en la salud de la población aún quedan varias tareas pendientes. Una tiene que ver con la necesidad de desarrollar indicadores más contundentes sobre las condiciones de salud de las personas, se espera que en operativos de campo próximos, las encuestas sobre salud tengan menores pérdidas de información en las variables de talla y peso. Por ahora se encuentra en fase de desarrollo un indicador sobre el hábito de realizar actividades deportivas, basado en la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT), levantada por el Inegi. También queda pendiente el análisis para ver si la relación escolarización-salud se mantiene o cambia con el tiempo. Esta tarea será posible a medida que sean realizados más levantamientos de las encuestas utilizadas.

Bibliografía

Cenzon, E. y Regazzoni, C. (2004). *Relaciones entre educación, salud y crecimiento: Un repaso a la situación en Argentina*. Instituto para el estudio del Desarrollo Humano. Documento de trabajo, 18. Recuperado el 4 de marzo de 2009 del sitio www.paraelcambio.org.ar/contenido/dtrabajo/2004-11-dt18-educacion-salud-crecimiento.pdf

Department of Education, National Center for Education Statistics. Recuperado en febrero de 2009 de http://nces.ed.gov/programs/coe/2004/pdf/12_2004.pdf.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2007). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006 [base de datos]. Cuernavaca, México. Recuperada en febrero de 2009 del sitio <http://www.insp.mx/ensanut/>

OCDE (2007). *Understanding the social outcomes of learning*. París: Autor, pp.131

OCDE (2009). *Education at a Glance 2009*. OECD Indicators. París: Autor.

OCDE (2010). *Education at a Glance 2010*. OECD Indicators. París: Autor.

Quesnel-Vallée, A. (2007). Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health? [Editorial]. *International Journal of Epidemiology*, 36(6), 1161-1164. Recuperado en agosto de 2009 de <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/36/6/1161>

Wirt, J.; Choy, S.; Rooney, P.; Provasnik, S.; Sen, A. y Tobin, R. (2004). Education and health. En NCES (2004) *The Condition of Education 2004*. Washington, DC: U.S.

Agradecimientos

Los autores agradecen a su institución las facilidades concedidas para la realización de este estudio. Los puntos de vista vertidos en este documento no necesariamente coinciden con los de la institución.