



Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques

REUNIÓN EXTRAORDINARIA DE LA COMISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS, DEFENSA DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR

Parlatino

República de Panamá 16 de octubre de 2013.



Parlamento Latinoamericano
Secretaría de Comisiones

Serie

América Latina y El Caribe

55



REUNIÓN EXTRAORDINARIA DE LA COMISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS, DEFENSA DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO

PANAMÁ, PANAMÁ
16 de Octubre de 2013

Serie América Latina

ÍNDICE

1. INFORMACIÓN BÁSICA
2. AGENDA DE LA REUNIÓN EXTRAORDINARIA DE LA COMISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS, DEFENSA DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR.
3. PROGRAMA Y AGENDA DE LA SESIÓN SOLEMNE DE INAUGURACIÓN DEL EDIFICIO DE LA SEDE PERMANENTE DEL PARLATINO, EN EL MARCO DE LA XXIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE JEFES DE ESTADO Y DE GOBIERNO Y DE LA XXIX ASAMBLEA ORDINARIA DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO
4. ACTA DE LA XX REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS, DEFENSA DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR
5. ACUERDO NACIONAL PARA LA SALUD ALIMENTARIA: ESTRATEGIA CONTRA EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. Secretaría de Salud de México 2013.
6. SERVICIOS MÉDICOS PARA PERSONAS CON OBESIDAD. Secretaría de Salud de México 2012.
7. OBESIDAD EN MÉXICO: RECOMENDACIONES PARA UNA POLÍTICA DE ESTADO. Grupo Interdisciplinario sobre Obesidad de la Academia Nacional de Medicina 2013.
8. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2012
9. TRANSPORTE SEGURO, LIMPIO Y ACCESIBLE EN POS DEL DESARROLLO. Banco Mundial 2012.

1

INFORMACIÓN BÁSICA

EMBAJADA DE MÉXICO EN PANAMÁ

Embajadora **ALEJANDRA MARÍA GABRIELA BOLOGNA ZUBIKARAI**

Domicilio: Edificio P.H. Torre ADR. Piso 10 Av. Samuel Lewis y Calle 58 Urbanización Obarrio, Corregimiento de Bellavista. Panamá, República de Panamá.

Teléfono: (507) 263-4900, 263-2159, 263-5327, 263-7423, 263-6715 Conm.

Fax: (507) 263-5446, 263-6633

E-mail: **embamexpan@cwpanama.net**

2



Parlamento Latinoamericano

**REUNIÓN EXTRAORDINARIA DE LA COMISIÓN DE SERVICIOS PUBLICOS,
DEFENSA DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR**

PARLAMENTO LATINOAMERICANO

SEDE PERMANENTE

16 DE OCTUBRE DE 2013

REPÚBLICA DE PANAMÁ

Presidente: Diputado Jaime Delgado, Perú
Primera Vicepresidenta: Senadora Evelina Christina Wever, Aruba
Segunda Vicepresidenta Asambleísta María Augusta Calle, Ecuador
Secretaria Diputada Jenny Azucena Martínez Gómez, Nicaragua

Secretaria de Comisiones Diputada Daisy Tourné

PROYECTO DE AGENDA

MARTES 15 DE OCTUBRE	
	Llegada de los Parlamentarios, Traslado al hotel
MIÉRCOLES 16 DE OCTUBRE	
08:00 hs	Traslado de los legisladores a la Sede Permanente
	<i>Foro Internacional sobre “Políticas Públicas para la Promoción de la Alimentación Saludable en América Latina”.</i>
13:00 a 14:45	<i>Almuerzo</i>
14:45	Tema I Acceso a los servicios de las personas con obesidad.
16:00	<i>Receso para café</i>

www.parlatino.org

Calle Principal de Amador, Edificio 1113 – Ciudad de Panamá

Tel.: (507) 512 85 00/1/2 - Directo Secretaría de Comisiones: (507) 5128507- 8521 y 8522 / <alcira@parlatino.org>

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: Ministerio de Relaciones Exteriores de Panamá-Casilla N° 1527

Parlamento Latinoamericano – San Felipe, Calle 3ª, Palacio Bolívar, Edificio 26-Panamá 4, Panamá



Parlamento Latinoamericano

<p>16:15 a 18:00</p>	<p>Tema II Garantías de los servicios de transportes al usuario.</p> <p>Debate y conclusiones sobre el tema Acuerdos y puntos a tratar en la próxima reunión Lectura y aprobación del Acta Fin de la jornada</p> <p><u>FIRMAS.</u></p> <p><i>Se agradece a todos legisladores participantes no retirarse sin firmar el acta.</i></p>
-----------------------------	--

www.parlatino.org

Calle Principal de Amador, Edificio 1113 – Ciudad de Panamá

Tel.: (507) 512 85 00/1/2 - Directo Secretaría de Comisiones: (507) 5128507- 8521 y 8522 / <alcira@parlatino.org>

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: Ministerio de Relaciones Exteriores de Panamá-Casilla N° 1527

Parlamento Latinoamericano – San Felipe, Calle 3ª, Palacio Bolívar, Edificio 26-Panamá 4, Panamá

3



Parlamento Latinoamericano

SESIÓN SOLEMNE DE INAUGURACIÓN DEL EDIFICIO DE LA SEDE PERMANENTE DEL PARLATINO, EN EL MARCO DE LA XXIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE JEFES DE ESTADO Y DE GOBIERNO.

XXIX ASAMBLEA ORDINARIA DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO

Sede Permanente del Parlamento Latinoamericano
Panamá, República de Panamá, 18 al 20 de octubre de 2013

Proyecto de Programa y Agenda

Miércoles 16 y Jueves 17 de octubre

Arribo de las delegaciones e invitados especiales.

Miércoles 16 de octubre

Reunión de las Comisiones del Parlatino: 1) Agricultura, Ganadería y Pesca 2) Energía y Minas 3) Derechos Humanos, Justicia y Políticas Carcelarias 4) Pueblos Indígenas y Etnias 5) Equidad de Género, Niñez y Juventud 6) Servicios Públicos y Defensa del Usuario y el Consumidor.

Foro Internacional sobre: "Políticas Públicas para la promoción de la Alimentación saludable en América Latina"

Jueves 17 de octubre

08:30 hrs.

Traslado de los hoteles a la Sede Permanente del Parlatino

09:00 hrs.

Reunión de Directivas de las Comisiones Permanentes del Parlatino.

Informe de actividades y proyección para el año 2014

11:00 hrs

Reunión del Consejo Consultivo del Parlatino

15:00 hrs.

Reunión de la Junta Directiva del Parlatino

15:30 a las 18:00 hrs.

Acreditaciones- Sede Permanente del Parlatino

Viernes 18 de octubre

17:00 a 19:00 hrs

(Hacerse presente a las 16h00)

Sesión Solemne de Inauguración del Edificio de la Sede Permanente del Parlamento Latinoamericano, con la presencia de los Jefes de Estado y de Gobierno participantes en la XXIII Cumbre Iberoamericana.

Programa especial

19:15 hrs

Recepción ofrecida por el Presidente del Parlamento Latinoamericano en honor de las Delegaciones e Invitados Especiales. *Lugar: Sede del PARLATINO*

Sábado 19 de octubre

09:00 hrs

Develación de Placas alusivas. Corte de cinta.

09:15 hrs a 12:30 hrs

Instalación de la XXIX Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano.

- a) Informe de la Comisión de Poderes sobre acreditaciones de delegados.
- b) Informe de la Secretaria General sobre el quórum.

Himno del Parlamento Latinoamericano

Apertura de la Sesión por parte del Presidente del Parlamento Latinoamericano, *Dip. Elías Castillo.*

Intervenciones de las siguientes personalidades: (Por confirmar)

-
-

- Informe del Presidente del Parlatino sobre las actividades de los Órganos de la Institución y distribución de informes de labores de los demás miembros de la Mesa Directiva.

-Firma de Acuerdos con:

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO; la Asamblea Federal de la Federación Rusa; y con la Oficina de Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres, UNISDR.

- Informe sobre la construcción del edificio de la Sede Permanente del Organismo en Panamá.

- Ratificación del Informe sobre ejecución presupuestaria aprobado por la Junta Directiva y aprobación del proyecto de presupuesto para el año 2014.

“La reforma del sistema económico en el marco de la Crisis Global”

Conferencista: Sr. Víctor Ovalles Santos, experto en asuntos económicos encargado de dar seguimiento a los trabajos sobre la crisis financiera y económica mundial en la ONU

Intervención de las delegaciones.

13:00 hrs.

Almuerzo ofrecido por la Mesa Directiva del Parlatino en honor de las delegaciones parlamentarias e invitados especiales.

Lugar: Sede del PARLATINO

14:30 hrs.

Continuación de la Agenda de la XXIX Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano.

“El Protocolo de Nagoya sobre acceso a los recursos genéticos y participación justa y equitativa en los beneficios derivados de su utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica”

Conferencista: Sr. Bráulio Ferreira de Souza Dias, Secretario Ejecutivo del Convenio sobre Diversidad Biológica (CDB) de Naciones Unidas

Intervención de las delegaciones.

“El arbitraje internacional en América Latina”

Conferencista: Sr. Ricardo Patiño, Ministro de Relaciones Exteriores del Ecuador

Intervención de las delegaciones.

19:30 hrs

Cena ofrecida por el Presidente del Parlamento Latinoamericano en honor de las delegaciones e invitados especiales.

Lugar: Sede del PARLATINO

Domingo 20 de octubre

09:30

Continuación de la Agenda de la XXIX Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano.

Propuestas formuladas por la Junta Directiva para decisión de la Asamblea. Aprobación de Resoluciones.

Proposiciones y varios.

12:30 hrs.

Clausura

13:00 hrs

Almuerzo libre

4



ACTA

XX REUNIÓN DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE SERVICIOS PÚBLICOS Y DEFENSA DEL USUARIO Y EL CONSUMIDOR

País: República de Costa Rica

Fecha: 29 y 30 de agosto de 2013.

Lugar: Salón de Beneméritos de la Asamblea Legislativa

San José, Costa Rica.

En la ciudad de San José, República de Costa Rica, los días 29 y 30 de agosto del año 2013, se reúnen los parlamentarios miembros de la Comisión Permanente de Servicios Públicos y Defensa del Usuario y el Consumidor del Parlatino:

LEGISLADORES	PAÍS
SEN. MARIA DE LOS ANG. HIGONET	ARGENTINA
DIP. MEZOTH JOSÉ SHIRIQUI	BOLIVIA
DIP. VANDERLEI MACRIS	BRASIL
DIP. RITA CHAVES CASANOVA	COSTA RICA
DIP. MARÍA AUGUSTA CALLE	ECUADOR
DIP. JENNY AZUCENA MARTÍNEZ GÓMEZ.	NICARAGUA
SEN. ADOLFO ROMERO LAINAS	MEXICO



LEGISLADORES	PAÍS
DIP. JAIME RICARDO DELGADO ZEGARRA	PERU
DIP. RICARDO PLANCHON	URUGUAY
DIP. HORACIO YANES	URUGUAY
DIP. JOSÉ RAMÓN SÁNCHEZ	VENEZUELA
DIP. LUIS AQUILES MORENO	VENEZUELA

Introducción

El Presidente de la Comisión Permanente de Servicios Públicos y Defensa del Usuario y el Consumidor, Diputado Jaime Ricardo Hernández da la bienvenida a los Diputados miembros de las delegaciones que se incorporan a la comisión.

Se inicia un período de análisis de la agenda en virtud de que se redujo el tiempo para abordar los temas, debido al Foro sobre *“Políticas Públicas para la Alimentación Saludable en América Latina”*, que fue la primera parte de la sesión.

La Diputada de Ecuador Augusta Calle y el Diputado Horacio Yanes coinciden en la necesidad de enfocarse en la Ley Marco de Comercio Electrónico.

La Diputada Rita Chaves se refirió a que una de las razones fundamentales de la realización del Foro, fue la necesidad de eliminar del pensamiento de las personas que, el participar en este tipo de reuniones, es “turismo parlamentario”, por lo que hay que trabajar y evitar así ese etiquetado.

TEMAS A TRATAR

- **FORO INTERNACIONAL:**

“Políticas Públicas para la Alimentación Saludable en América Latina”

Lugar: Salón de ex Presidentes de la República – Asamblea Legislativa de Costa Rica; Costado Sur del Parque Nacional, San José



- **TEMA I: PROYECTO LEY MARCO SOBRE COMERCIO ELECTRÓNICO**

Ponente: Jaime Delgado Zegarra, Congresista de la República del Perú

- **TEMA II: LEY MARCO QUE CREA LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y SU REGISTRO**

Ponente: Jaime Delgado Zegarra, Congresista de la República del Perú.

- **TEMA III: DISCUSIÓN SOBRE EL TRANSPORTE PÚBLICO Y OTROS SERVICIOS, E IMPLICANCIAS EN LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS CON SOBREPESO**

Ponente: Ricardo Planchón, Diputado de la República del Uruguay

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

FORO INTERNACIONAL:

“Políticas Públicas para la Alimentación Saludable en América Latina”

Inicio con un primer panel titulado: La obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles en América Latina y el impulso de políticas públicas de la alimentación saludable. Para ello se contó con la exposición de los señores Enrique Jacoby, Asesor Regional en alimentación saludable de la OPS; el señor Alejandro Calvillo de México y la señora Sissy Castillo, Viceministra de Salud de Costa Rica.

El segundo panel: “Experiencias legislativas sobre alimentación saludable en América Latina”, contó con la exposición de los señores Mario Montero, Vicepresidente de Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria de Costa Rica y el señor Jaime Delgado, Congresista de Perú.

Ambos paneles fueron comentados por los señores Horacio Yanes y Ricardo Planchón Diputados de Uruguay, María Augusta Calle, Diputada del Ecuador y moderados por la Diputada Rita Chaves Casanova de Costa Rica.

En la segunda parte de la sesión se conocieron los siguientes temas:



TEMA I: PROYECTO LEY MARCO SOBRE COMERCIO ELECTRÓNICO

Después de la discusión de los temas de la agenda, se llega al consentimiento, por parte de los presentes, que se utilizarán las herramientas tecnológicas existentes para, vía correos electrónicos, se realice un debate virtual, donde se tome como base los comentarios que ahí se emitan. De esta forma, se elaboraría un cuadro comparativo, que se comunicaría a los miembros para que emitan sus observaciones en un período determinado que se establezca para tal fin y así, en la próxima reunión, se lleve una propuesta concreta.

LEY MARCO QUE CREA LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y SU REGISTRO

La relatora Diputada Jenny Azucena Martínez Gómez, procede a leer el texto completo de la ley.

Se realizan los cambios y se plantea una nueva versión, cuyo texto es el siguiente:

Ley Marco que crea la Historia Clínica Electrónica y su Registro Aprobado por la Comisión de Defensa del Usuario y del Consumidor del Parlatino Costa Rica, el 29 de agosto de 2013

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto crear la Historia Clínica Electrónica y el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, como instrumentos esenciales para la prestación eficiente y de calidad de los servicios de salud.

Artículo 2. Creación de la Historia Clínica Electrónica y del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas

2.1. Créase la Historia Clínica Electrónica como el documento obligatorio, cronológico, individualizado y completo, en soporte digital, de propiedad del paciente, en el que conste toda la actuación realizada a una persona por profesionales y/o técnicos de los servicios de salud, en un establecimiento público o privado.

2.2. Créase el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas como la infraestructura tecnológica especializada en salud que permite al paciente o a su representante legal y



a los profesionales de la salud, previamente autorizados por aquellos, el acceso a la información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas, dentro de los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de la atención en los establecimientos de salud y en los servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos.

2.3. Las Historias Clínicas Electrónicas y el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas utilizarán la Plataforma que estimen necesaria para el acceso a la información clínica solicitada o autorizada por el paciente o su representante legal, siempre que la misma cuente con la aprobación del órgano público que regule el sector.

Artículo 3. Definiciones para los efectos de la presente Ley

Para los efectos de la presente Ley, se entiende por:

- a) **Acceso.** Posibilidad de ingresar a la información contenida en las historias clínicas electrónicas. El acceso debe estar limitado tanto por el derecho fundamental a la privacidad del paciente como por los mecanismos de seguridad necesarios, entre los que se encuentra la autenticación.
- b) **Administrar.** Manejar datos por medio de su captura, mantenimiento, interpretación, presentación, intercambio, análisis, definición y visibilidad.
- c) **Autenticar.** Controlar el acceso a un sistema mediante la validación de la identidad de un usuario, a través de un mecanismo idóneo.
- d) **Atención de salud.** Conjunto de acciones de salud que se brinda al paciente, las cuales tienen como objeto la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, y son efectuadas por los profesionales de salud.
- e) **Base de datos.** Conjunto organizado de datos pertenecientes a un mismo contexto y almacenados sistemáticamente para su posterior uso.
- f) **Certificación.** Procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajuste a las normas oficiales.
- g) **Confidencialidad.** Cualidad que indica que la información no está disponible y no es revelada a individuos, entidades o procesos sin autorización del .
- h) **Estándares.** Documentos que contienen las especificaciones y procedimientos destinados a la generación de productos, servicios y sistemas confiable. Estos establecen un lenguaje común, el cual define los criterios de calidad y seguridad.



- i) **Firma Digital:** Firma que deberá estar enmarcada en la Ley de Firmas y Certificados Digitales, su reglamento, así como de la normativa relacionada, de cada Estado.
- j) **Historia Clínica.** Documento médico legal en el que se registran los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente y que son refrendados con la firma manuscrita de los mismos. Las historias clínicas son propiedad de los pacientes, y administradas por los establecimientos de salud o los servicios médicos de apoyo.
- k) **Historia clínica electrónica.** Historia clínica cuyo registro unificado y personal, multimedia, se encuentra contenido en una base de datos electrónica, registrada mediante programas de computación y refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normativa aprobada por el ente rector de Salud, como órgano rector competente.
- l) **Información clínica.** Información relevante de la salud de un paciente que los profesionales de la salud generan y requieren conocer y utilizar en el ámbito de la atención de salud que brindan al paciente.
- m) **Integridad.** Cualidad que indica que la información contenida en sistemas para la prestación de servicios digitales permanece completa e inalterada y, en su caso, que solo ha sido modificada por la fuente de confianza correspondiente.
- n) **Interoperabilidad.** Capacidad de los sistemas de diversas organizaciones para interactuar con objetivos consensuados y comunes, con la finalidad de obtener beneficios mutuos. La interacción implica que los establecimientos de salud compartan información y conocimiento mediante el intercambio de datos entre sus respectivos sistemas de tecnología de información y comunicaciones.
- o) **Paciente o usuario de salud.** Beneficiario directo de la atención de salud.
- p) **Seguridad.** Preservación de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, además de otras propiedades, como autenticidad, responsabilidad, no repudio y fiabilidad.
- q) **Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información.** Parte de un sistema global de gestión que basado en el análisis de riesgos, establece, implementa, opera, monitorea, revisa, mantiene y mejora la seguridad de la información. El sistema



de gestión incluye una estructura de organización, políticas, planificación de actividades, responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos.

- r) **Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas.** Sistema de información que cada establecimiento de salud implementa y administra para capturar, manejar e intercambiar la información estructurada e integrada de las historias clínicas electrónicas en su poder.
- s) **Trazabilidad.** Calidad que permite que todas las acciones realizadas sobre la información o un sistema de tratamiento de la información sean asociadas de modo inequívoco a un individuo o entidad, dejando rastro del respectivo acceso.

Artículo 4. Requisitos esenciales de la Historia Clínica Electrónica

4.1. Las Historias Clínicas Electrónicas deberán ser implementadas sobre la base de sistemas informáticos o computarizados que garanticen su permanencia en el tiempo, la inalterabilidad de los datos, la reserva de la información y la inviolabilidad de su contenido.

4.2. Son requisitos esenciales:

- a) **Inviolabilidad:** La información contenida en la Historia Clínica Electrónica no podrá ser adulterada.
- b) **Autoría:** El sistema informático o computarizado deberá permitir la identificación de quien ingresa los datos del paciente, mediante la firma digital.
- c) **Confidencialidad:** El sistema informático o computarizado deberá impedir que los datos sean leídos, copiados o retirados por personas no autorizadas.
- d) **Secuencialidad:** El sistema informático o computarizado deberá garantizar que los datos registrados sean ingresados en forma cronológica.
- e) **Disponibilidad:** La Historia Clínica Electrónica debe garantizar que la información que en ella se registra se encuentre disponible en todo momento y lugar cuando se la necesite y a ningún costo.
- f) **Integridad:** El sistema informático o computarizado deberá poseer una alerta que advierta el fraude o adulteración posterior, de ocurrir.
- g) **Durabilidad:** La información contenida en la Historia Clínica Electrónica debe permanecer en el tiempo inalterable.
- h) **Transportabilidad e impresión:** El sistema informático o computarizado deberá permitir que el paciente pueda



disponer de una copia de su Historia Clínica Electrónica, sea en soporte electrónico o en soporte papel.

Artículo 5.- Objetivos del Registro de Historias Clínicas Electrónicas

El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas cumple con los objetivos siguientes:

- a) Organizar y mantener el registro de las historias clínicas electrónicas.
- b) Estandarizar los datos y la información clínica de las historias clínicas electrónicas, así como las características y funcionalidades de los sistemas de información de historias clínicas electrónicas, para lograr la interoperabilidad en el sector salud.
- c) Asegurar la disponibilidad de la información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas para el paciente o su representante legal y para los profesionales de salud autorizados en el ámbito estricto de la atención de salud al paciente.
- d) Asegurar la continuidad de la atención de salud al paciente en los establecimientos de salud y en los servicios médicos de apoyo, mediante el intercambio de información clínica que aquel o su representante legal soliciten, compartan o autoricen.
- e) Brindar información al Sistema especializado en salud para el diseño y aplicación de políticas públicas que permitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas.

Artículo 6. Administración y Organización del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas

- 6.1. El ente encargado del sector salud de cada Estado Miembro administra el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y emite las normas complementarias para el establecimiento de los procedimientos técnicos y administrativos necesarios para su implementación y sostenibilidad, a fin de garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información contenida en las historias clínicas electrónicas.
- 6.2. El ente encargado del sector salud de cada Estado acreditan los sistemas de historias clínicas electrónicas que implementan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo.



Artículo 7. Implementación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas

El ente encargado del sector salud de cada Estado conduce y regula el proceso de implementación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.

Artículo 8. Confidencialidad del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas

Los que intervengan en la gestión de la información contenida en el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas están obligados a guardar confidencialidad respecto de este, bajo responsabilidad administrativa, civil o penal, según sea el caso de la normativa de cada Estado.

Artículo 9. Autenticación de la identidad de las personas para acceder al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas

Dicha autenticación será registrada por la entidad de certificación de cada Estado.

Artículo 10. Propiedad, reserva y seguridad de la información clínica

La información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas es propiedad de cada paciente; su reserva, privacidad y confidencialidad es garantizada por el Estado y los establecimientos de salud.

El paciente tiene derecho a la reserva de su información clínica, en especial de la información clínica sensible relativa a su salud bio psico social y otros aspectos personales.

Artículo 11. Acceso a la información clínica

El paciente, o su representante legal, tiene acceso irrestricto a la información clínica que necesite o desee, la cual está contenida en su historia clínica electrónica. Solo él, o su representante legal, puede autorizar a los profesionales de salud acceder a dicha información.



La información clínica contenida en la historia clínica electrónica de un paciente es visible exclusivamente para el profesional de salud que le presta atención en un establecimiento de salud cuando se produzca dicha atención y accediendo exclusivamente a la información pertinente.

El paciente, o su representante legal, que necesite o desee que la información clínica contenida en su historia clínica electrónica sea accedida por profesionales de salud que le brindan atención en un establecimiento de salud o en un servicio médico de apoyo distinto de los que generaron las historias clínicas electrónicas, debe autorizar expresamente dicho acceso a través de los mecanismos informáticos correspondientes.

En casos de grave riesgo para la vida o la salud de una persona cuyo estado no permita la capacidad de autorizar el acceso a su historia clínica electrónica, el profesional de salud puede acceder a la información clínica básica contenida en la historia clínica electrónica para el diagnóstico y tratamiento médico quirúrgico.

Artículo 12. Seguimiento de los detalles de accesos a la información clínica

El paciente, o su representante legal, puede realizar el seguimiento de los accesos realizados a la información clínica contenida en su historia clínica electrónica, a fin de poder verificar la legitimidad de estos. Para tal efecto, dispone de información relativa a la fecha y hora en que se realizó el acceso, al establecimiento de salud o al servicio médico de apoyo desde el que se realizó cada acceso, al profesional de salud que accedió a la información clínica y a las características de la información clínica accedida.

Artículo 13. Datos incompletos o errados registrados en la historia clínica electrónica

En el caso de que los datos registrados en la historia clínica electrónica de un paciente estén incompletos o errados, este, o su representante legal, puede solicitar la subsanación de estos de acuerdo al procedimiento de cada Estado.

Artículo 14. Exigencias para implementar sistemas de información de historias clínicas electrónicas

Los establecimientos de salud deben cumplir con las siguientes disposiciones:



- a) Administrar la información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas con confidencialidad.
- b) Garantizar, bajo la responsabilidad administrativa, civil o penal a que hubiera lugar, la confidencialidad de la identidad de los pacientes, así como la integridad, disponibilidad, confiabilidad, trazabilidad y no repudio de la información clínica, de conformidad con un sistema de gestión de seguridad de la información que debe evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar los intereses o los derechos del titular de la información, de acuerdo con las disposiciones legales aplicables.
- c) Generar los medios para poner a disposición y compartir la información, así como las funcionalidades y soluciones tecnológicas, entre aquellas que lo requieran. En dicho intercambio, deben contar con trazabilidad en los registros que les permitan identificar y analizar situaciones generales o especificadas de los servicios digitales.

Artículo 15. Garantía de la autenticación de las personas y de los agentes que actúan en nombre de los establecimientos de salud y del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas

Los Prestadores de servicios de salud y el registro nacional de historias clínicas electrónicas deben garantizar mediante mecanismos informáticos seguros, la autenticación de las personas y de los agentes que actúan en su nombre, así como la privacidad y la integridad de la información clínica, de forma que esta no sea revelada ni manipulada por terceros de ninguna forma.

Artículo 16. Validez y eficacia de la historia clínica electrónica

La historia clínica electrónica tiene el mismo valor que la historia clínica manuscrita, tanto en aspectos clínicos como legales, para todo proceso de registro y acceso a la información correspondiente a la salud de las personas.

Disposiciones Transitorias

Artículo 17. Aplicación de la historia clínica manuscrita

La historia clínica manuscrita contenida en papel continúa elaborándose en los establecimientos de salud de los Estados y en los servicios médicos de apoyo hasta que se implemente totalmente el uso de la historia clínica electrónica.

Adecuacion a la presente Ley

Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo del país que cuentan con historias clínicas electrónicas o informatizadas deben adecuarlas a lo establecido en la presente Ley.

Se somete a votación. 10 parlamentarios presentes.

Aprobado por Unanimidad.

Por parte de la Presidencia de la Comisión, se hará circular el texto de la presente Ley Marco para escuchar comentarios y observaciones finales al mismo.

ADEMÁS SE ACORDÓ:

- Informar a la Secretaría de Comisiones y a la Mesa Directiva del Parlatino, que se reunirá el día 30 de agosto en Panamá, que tenemos dos proyectos el de Comercio Electrónico y el de Historia Clínica
- Solicitar aprobar reunión extraordinaria de la Comisión para el próximo mes de octubre en Panamá.

VARIOS

El Diputado Ricardo Planchón propone la necesidad de la práctica saludable de la salud y plantea la necesidad de agregar otros temas dentro de la defensa del consumidor, como lo son los temas de la obesidad y sobrepeso, bullying, etc.

El Diputado Horacio Yanes de Uruguay, comenta que en reunión de Bolivia se manejo el tema del servicio público sobre las aerolíneas, por lo que, por su importancia, debe agregarse en la próxima agenda, por los derechos y obligaciones de las empresas de aviación y los derechos de los usuarios.

Seguidamente, da un agradecimiento a los colegas y da un agradecimiento especial a la Diputada Rita Chaves, al ser humano, desde su incorporación al Parlamento Latinoamericano, la dedicación que tiene y que fundamentalmente esta reunión se debe por los aportes que dio en cada una de las reuniones en las que participó.

Quienes se van del Parlatino siguen siendo amigos.



Parlamento Latinoamericano
Secretaría de Comisiones

El presidente da el agradecimiento y levanta la sesión a las dieciocho horas con treinta y cuatro minutos.

Responsable de la relatoría:

*Dip. Jenny Azucena Martínez Gómez, **Nicaragua.***

Personal de Apoyo:

*Ericka Ugalde Camacho, Marcy Ulloa Zúñiga (**Comisión de Relaciones Internacionales y Comercio Exterior, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.**)*



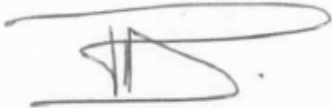
Parlamento Latinoamericano
Secretaría de Comisiones



SEN. MARÍA DE LOS ANGELES
HIGONET
ARGENTINA



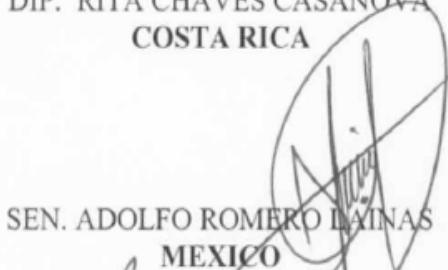
DIP. VADERLEI MACRIS
BRASIL



DIP. RITA CHAVES CASANOVA
COSTA RICA



DIP. MARÍA AUGUSTA CALLE
ECUADOR



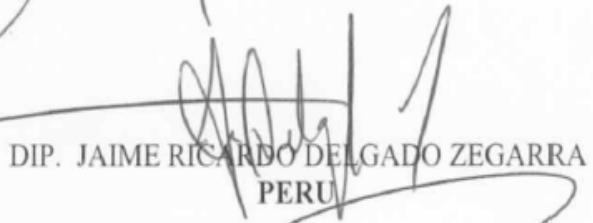
SEN. ADOLFO ROMERO LAINAS
MEXICO



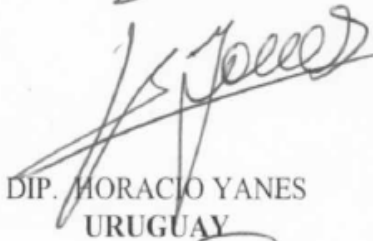
DIP. JENNY AZUCENA MARTÍNEZ GÓMEZ
NICARAGUA



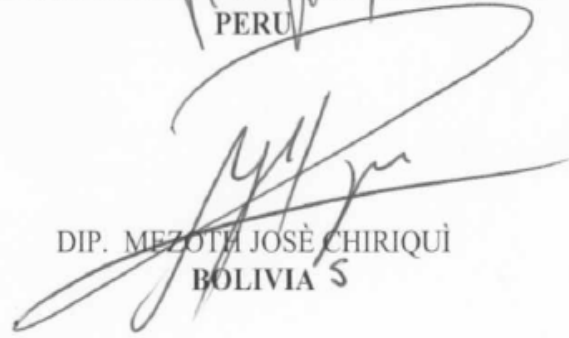
DIP. RICARDO PLANCHON
URUGUAY



DIP. JAIME RICARDO DELGADO ZEGARRA
PERU



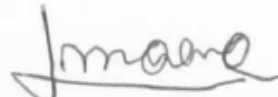
DIP. MORACIO YANES
URUGUAY



DIP. MEZOTH JOSÉ CHIRIQUÍ
BOLIVIA S



DIP. JOSÉ RAMÓN SÁNCHEZ
VENEZUELA



DIP. LUIS AQUILES MORENO
VENEZUELA

5

Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad

INTRODUCCIÓN

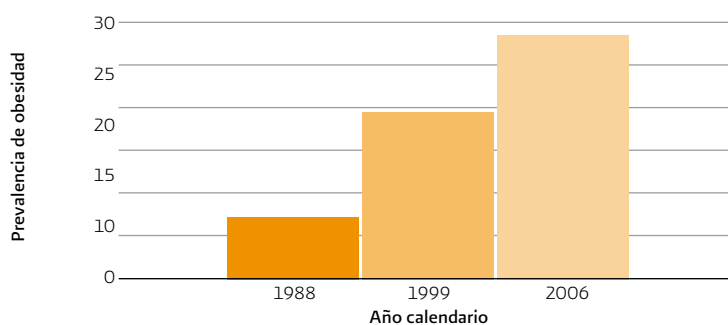
El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de Salud Pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Se estima que 90% de los casos de *diabetes mellitus* tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas son la hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis, y los cánceres de mama, esófago, colon, endometrio y riñón, entre otras.

En respuesta al crecimiento de esta epidemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas, a la cual México se adhirió en 2004.

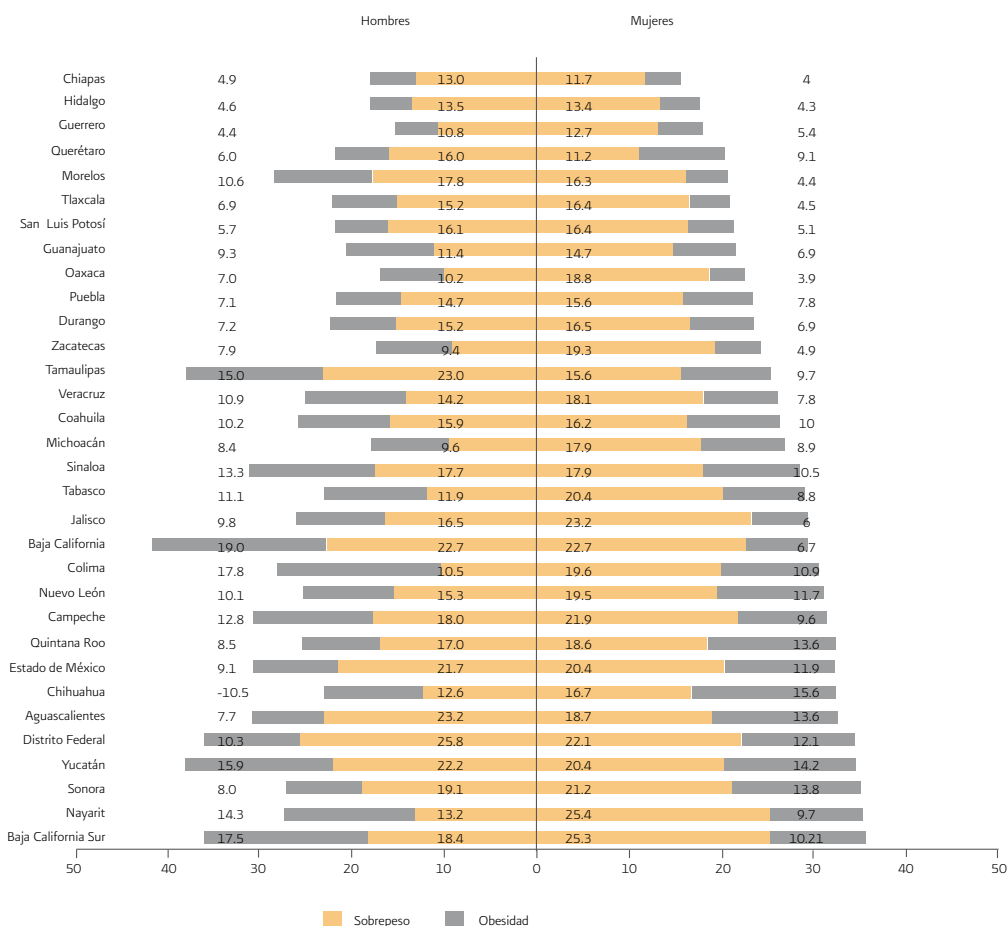
De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado, en particular en la población adulta: 39.5% de los hombres y mujeres tienen sobrepeso y 31.7% obesidad. Es decir, aproximadamente 70% de la población adulta tiene una masa corporal inadecuada.⁺ Adicionalmente, esta epidemia registra una elevada tasa de crecimiento entre la población infantil (figura 1), lo que se ha traducido también en una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad entre la población escolar de preescolar y primaria de todo el país (entre 5 y 11 años) y entre adolescentes (figura 2 y cuadro 1).

Figura 1. Aumento en la prevalencia de obesidad⁵ en México



⁵ Obesidad: IMC ≥ 30 kg/m²

⁺ Superior a 25 kg/m²

Figura 2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares. México, ENSANUT 2006

* Utilizando los criterios de la IOTF para sobrepeso y obesidad

Cuadro 1. Población con sobrepeso y obesidad en México, 2006-2008

GRUPO	Año		
	2006	2007*	2008*
Escolares (5 a 11 años)	4 158 800	4 203 765	4 249 217
Adolescentes (12 a 19 años)	5 757 400	5 930 799	6 109 420
Adultos (20 años o más)	41 142 327	41 678 669	42 222 003
TOTAL	51 058 527	51 813 233	52 580 639

Fuente: ENSANUT 2006 y Proyecciones de la Población de México 2005-2050 (CONAPO). Estimación elaborada por la Dirección General de Promoción de la Salud

En México la epidemia del sobrepeso y la obesidad es un problema de gran magnitud en todos los grupos de edad y experimenta una gran velocidad. En el ámbito internacional existe evidencia suficiente para establecer la contribución de estas condiciones al desarrollo de enfermedades crónicas y su carga potencial a los sistemas de atención a la salud.

Hoy en día, México ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial de obesidad, después de Estados Unidos de América. Esta alta prevalencia de sobrepeso y obesidad representa un problema de salud pública prioritario que exige la puesta en marcha de una política nacional que reconozca el origen multifactorial del problema. La epidemia implica costos significativos para el sistema de salud pública, para la sustentabilidad del régimen de pensiones y para la estabilidad económica y social de la población, especialmente de los sectores más pobres.

COSTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

El **costo directo** estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, hipertensión, algunos cánceres, atención de *diabetes mellitus* tipo 2) se incrementó en un 61% en el periodo 2000-2008 (valor presente), al pasar de 26,283 millones de pesos a por lo menos 42,246 millones de pesos[•]. Para el 2017 se estima que dicho gasto alcance los 77,919 millones (en pesos de 2008) (cuadro 2). El costo para 2008 representó el 33.2% del gasto público federal en servicios de salud a la persona, presupuestado en ese ejercicio fiscal.

El **costo indirecto** por la pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad ha aumentado de 9,146 millones de pesos en el 2000 (valor presente) a 25,099 millones de pesos en el 2008. Esto implica una tasa de crecimiento promedio anual de 13.51%.

Tan sólo en 2008 este costo indirecto afectó a 45,504 familias, las cuales probablemente enfrentarán una situación de gastos catastróficos[♦] y empobrecimiento por motivos de salud. Se estima que para el 2017 este costo indirecto alcanzará 72,951 millones (en pesos de 2008), con gastos catastróficos.[♣]

El costo total del sobrepeso y la obesidad (suma del costo indirecto y directo) ha aumentado (en pesos de 2008) de 35,429 millones de pesos en 2000 al estimado de 67,345 millones de pesos en 2008. La proyección es que para el 2017 el costo total ascienda a 150,860 millones de pesos (figura 3).

La carga económica que estos costos representan para un sistema de salud pública y para el gasto de los hogares, es un riesgo tanto para la sustentabilidad de dicho sistema, como para los mismos hogares.

La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad es similar en los quintiles de mayor y menor ingreso y en las comunidades más pobres o más afluentes del país^{1,2}. Sin embargo, los sectores más desfavorecidos de la población enfrentan una carga por las enfermedades crónicas asociadas con la obesidad, las cuales son un gasto repetitivo y de por vida, que les genera una mayor vulnerabilidad al no poder sobrepasar la pobreza o a recaer en ella.

El sobrepeso y la obesidad son causa de empobrecimiento porque disminuyen la productividad laboral y provoca gastos catastróficos en salud relacionados con enfermedades crónicas. Por ejemplo, actualmente 12% de la población que vive en pobreza tiene diabetes y 90% de esos casos se pueden atribuir a sobrepeso y obesidad.

Además, diversos estudios han demostrado que el sobrepeso y la obesidad pueden presentarse como secuelas de la desnutrición en las etapas tempranas de la vida, tal como suele ocurrir en situaciones de pobreza. Por ejemplo, los niños que crecen en desnutrición almacenan más grasas con respecto a las proteínas, lo que tiende a aumentar el sobrepeso y la obesidad.

• Algunas estimaciones colocan la segunda cifra en 54,920 millones de pesos, dependiendo del escenario.

♦ Definición de gastos catastróficos. Los gastos catastróficos por motivos de salud miden el gasto en salud de los hogares -incluyendo las aportaciones a la seguridad social, impuestos, y pago de bolsillo por bienes y servicios- en relación con su capacidad de pago. La capacidad de pago se define como el remanente del gasto total en todos los bienes y servicios del hogar una vez descontado el gasto dedicado a satisfacer las necesidades básicas de subsistencia (definidas sobre una línea de pobreza). Cuando el gasto en salud supera el 30% de la capacidad de pago, entonces se incurre en gastos catastróficos.

♣ Documento Técnico Unidad de Análisis Económico SSA, 2009.

Cuadro 2. Impacto financiero del sobrepeso y la obesidad para el Gobierno Federal. México, 2008 (montos en pesos de 2008)

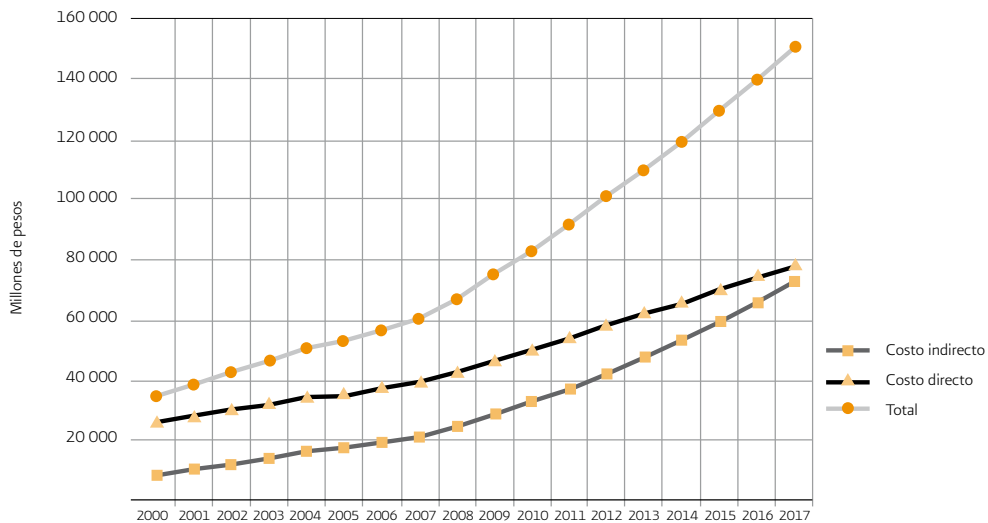
GASTO TOTAL EN ATENCIÓN MÉDICA	TOTAL 2008	% DEL GASTO DEL GOBIERNO FEDERAL EN SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA
a) Gasto futuro total en casos nuevos de intervenciones seleccionadas ¹	5 879 611 017	4.6
b) Gasto total en casos prevalentes de enfermedades seleccionadas ²	42 246 383 834	33.2

¹ Las intervenciones incluidas en el cálculo son: diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo 2; diagnóstico y tratamiento de la neuropatía periférica secundaria a diabetes; diagnóstico y tratamiento farmacológico de hipertensión arterial; diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia; diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica; diagnóstico y tratamiento de osteoartritis; y, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

² Las enfermedades seleccionadas atribuibles al sobrepeso y la obesidad son: cáncer de mama; diabetes mellitus tipo 2; enfermedades cardiovasculares; y, osteoartritis.

Fuente: Unidad de Análisis Económico con datos de la SHCP; del CICFPGC (2008); del CAUSES (2008); del SAEH; de los Tabulados tarifarios del HGG (2007); de la ENSA 2000; de la ENSANUT 2006; de Villalpando *et. al.* (2009); y de López (2006)

Figura 3. Gasto total atribuible al sobrepeso y la obesidad (escenario base). México, 2000-2017 (montos en pesos de 2008)



Fuente: Estimaciones de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud con información de INEGI 2008; SEED (2007); López (2006); CONAPO (2008); BANXICO 2008; IMSS 2008; CICFPGC (2008); CAUSES (2008); SAEH; Tabulados tarifarios del HGG (2007); ENSA 2000; ENSANUT 2006; Villalpando *et. al.* (2009)

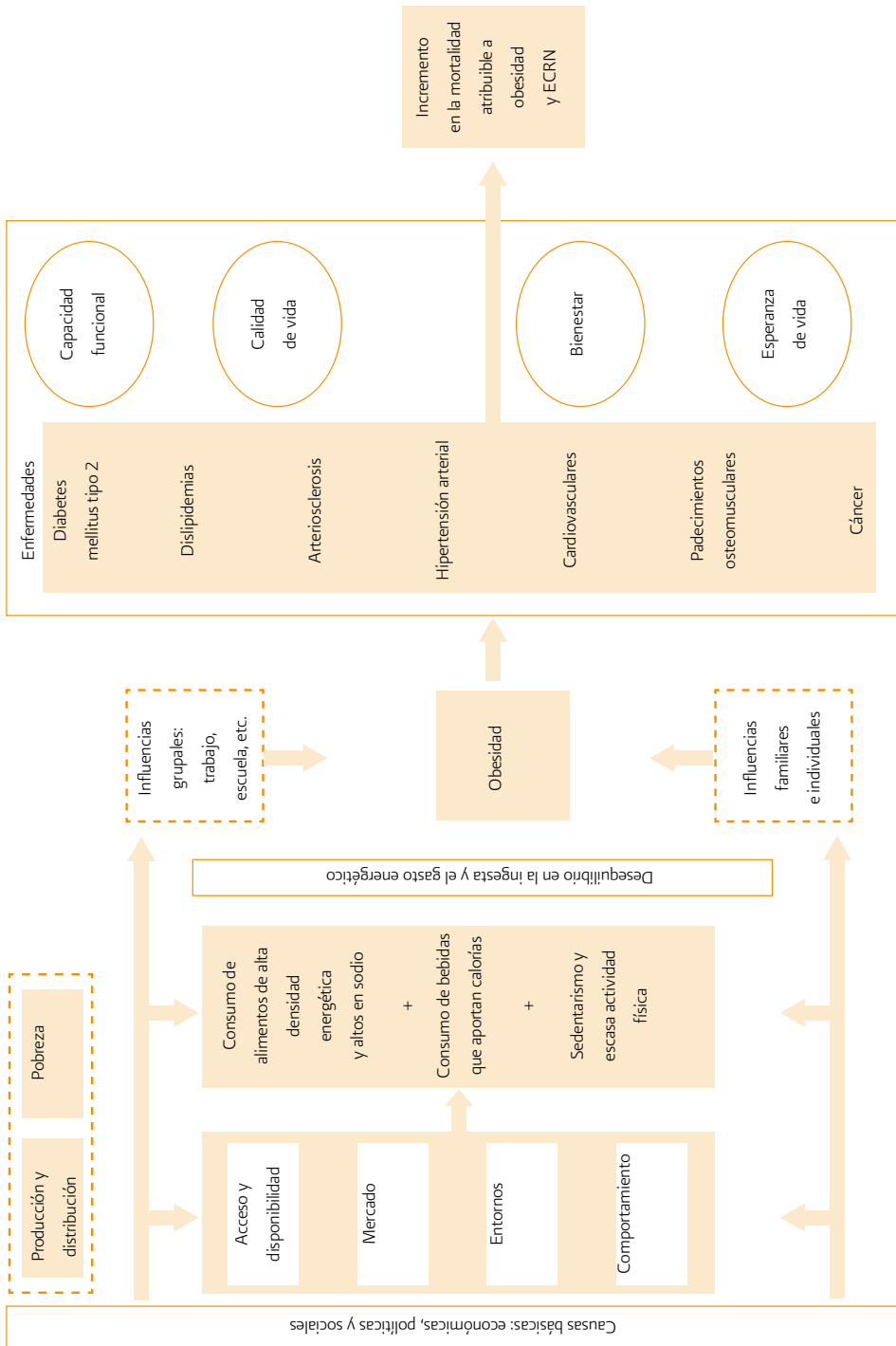
A ello contribuye el hecho de que hay dificultades estructurales para el acceso y la disponibilidad a alimentos no procesados, a una alimentación variada, equilibrada y suficiente.●

● El acceso se refiere al precio de los productos y disponibilidad a la existencia del producto en el mercado próximo al consumidor.

CAUSAS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

El incremento registrado en la cifras de sobrepeso y obesidad es resultado de diversos factores, entre los que destacan los cambios en el acceso y consumo de alimentos, así como los cambios drásticos en los estilos de vida en un tiempo relativamente corto (figura 4).

Figura 4. Red de causalidad de la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas



Fuente: DGPS, 2008
ECRN: enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición

En México, hemos pasado abruptamente por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna hasta los 6 meses de vida y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios, todo ello debido al crecimiento económico, urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), mayor esperanza de vida, incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, masificación de la producción de alimentos, invención de la refrigeración y conservación industrial de alimentos (enlatado, alto vacío, pasteurización, etc.), abaratamiento de los precios relativos de los alimentos procesados versus los frescos por economías de escala, transporte, conservación y almacenaje.

Además, como factor clave, ha disminuido la actividad física de la población. Todo ello contribuye al “ambiente obesigénico” que existe actualmente en muchos países del mundo, incluyendo a México. Ante ello, como sociedad tenemos que generar una reacción y adecuación a la nueva circunstancia.

La OMS recomienda que los niños sean alimentados exclusivamente al seno materno durante los primeros seis meses de vida. La evidencia científica demuestra que recibir alimentación del pecho materno disminuye el riesgo de sobrepeso y obesidad en la edad adulta y que las mujeres que dan esa alimentación tienen menor riesgo de desarrollar obesidad posterior al embarazo.

Sin embargo, en México la lactancia materna exclusiva es practicada por un porcentaje sumamente bajo de madres. Muchas mujeres inician la alimentación complementaria a edades tempranas y sin la orientación alimentaria correcta para iniciar la ablactación en el momento adecuado ni con los alimentos y bebidas no alcohólicas adecuadas, incluyendo aquellas que favorecen la habituación a los sabores dulces, con su potencial contribución a la obesidad infantil.

En un estudio entre niños mexicanos (González et al, 2007) de 1 a 4 años de edad, casi la mitad de la energía (48%), 39% de proteína, 56% de grasa y 44% de hidratos de carbono de su dieta provienen de alimentos procesados.

El “ambiente obesigénico” prevalece también en las escuelas de todo el país. Estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Pública³ en planteles de educación primaria indican que:

- Los escolares tienen hasta 5 oportunidades de comer en 4 ½ horas de escuela. La ingesta durante el horario escolar llega a ser alrededor de la mitad del requerimiento de todo el día (840 a 1259 kcal).
- Hay una alta disponibilidad de alimentos densamente energéticos.
- La mayoría de los niños compra los alimentos en la escuela en lugar de llevar un refrigerio.
- Existe una dificultad para el acceso al agua potable.
- Hay poca disponibilidad de frutas y verduras.
- El recreo y la clase de educación física son las únicas oportunidades que tienen los niños para realizar actividad física.
- La clase de educación física es sólo una vez a la semana y dura 39 minutos, en promedio, y la calidad de la misma no es adecuada ya que los niños hacen sólo 9 minutos de actividad física, moderada o intensa. La materia tiene poco valor curricular y deja de ser obligatoria a nivel bachillerato, por lo que la mayoría de los jóvenes de entre 14 y 18 años dejan de practicar deporte durante la jornada escolar.
- Existen limitaciones de recursos humanos, espacios y materiales para la práctica de actividad física.

El consumo de azúcar ha aumentado significativamente entre la población en general. En 2003, el consumo en México fue de casi 48 kg per cápita, más del doble del promedio mundial (21kg per cápita)⁴. De manera paralela, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 reporta que el consumo de bebidas representa 22.3% de la ingesta calórica de los adultos mexicanos, mientras que el resto, 77.7%, proviene del consumo de alimentos sólidos⁵.

Entre las recomendaciones emitidas por la OMS para modificar los entornos que alienten la adopción de un estilo de vida saludable está la de facilitar información correcta y equilibrada, mediante educación, comunicación y concientización, incluyendo la información comercial y la publicidad.

En el caso de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, el gobierno y la industria se han pronunciado por una publicidad responsable que no explote la falta de experiencia y la credulidad de los niños⁶, desalentando los mensajes que promuevan hábitos alimentarios incorrectos o el sedentarismo y promoviendo, en cambio, mensajes positivos y propicios para una vida saludable. (Referencia adaptada de la Estrategia Mundial).

Sedentarismo

Durante las últimas décadas, la urbanización y los cambios socioeconómicos ocurridos en México han contribuido a una marcada disminución en la actividad física, tanto en el entorno laboral como en el recreativo.

En México, sólo 35% de las personas entre 10 y 19 años de edad son activas. Más de la mitad de estos adolescentes pasan 14 horas semanales o más frente a la televisión, y una cuarta parte de ellos pasa hasta tres horas diarias en promedio^{5,7}. Entre los adolescentes y adultos jóvenes (de 12 a 29 años de edad) tan sólo 40% practica algún tipo de actividad física, y el sedentarismo es mayor en mujeres que entre hombres (cuadro 3).

La escasez de entornos adecuados y seguros para la actividad física –como parques y jardines– explica parcialmente la situación descrita, especialmente para grupos vulnerables como mujeres, ancianos y niños. De hecho, hoy en día las clases de educación física y el recreo, durante la jornada escolar, son las únicas oportunidades que tienen muchos niños mexicanos para realizar actividades físicas.

Sin embargo, esas oportunidades tampoco suelen ser aprovechadas suficientemente. En las escuelas de la Ciudad de México, por ejemplo, se dedican únicamente 60 minutos semanales a la actividad física moderada o vigorosa, incluyendo las clases de educación física y el recreo. Ello equivale a sólo una quinta parte del mínimo de actividad recomendado para niños en edad escolar, que es de 45 minutos diarios. Más aún, la mayor parte del recreo es dedicada a comprar y consumir alimentos, y no suele haber organización para promover la actividad física.

El número de horas dedicadas al deporte es inferior a la recomendación de la UNESCO, las instalaciones son inadecuadas y falta el equipo necesario. Asimismo, las clases de educación física son deficientes y los maestros insuficientes.⁸

⁸ Comisión Nacional de Cultura Física y de Deporte (CONADE).

DESARROLLO DE POLÍTICAS Y ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Al integrar la dinámica causal del sobrepeso y la obesidad se identifica que la acción requiere de políticas que van más allá del sector salud. Para ello se ha acordado con las dependencias federales, luego de consulta con expertos nacionales e internacionales, así como con la industria y otros organismos, metas comunes al 2012:

- En niños de 2 a 5 años, revertir el crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a menos de lo existente en 2006.
- En la población de 5 a 19 años, detener el avance en la prevalencia del sobrepeso y obesidad.
- En la población adulta, desacelerar el crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y obesidad.

Para ello, se definirá un marco de referencia e indicadores que permitan a la Secretaría de Salud (SS), las dependencias involucradas y los sectores económicos y sociales interesados, a realizar un ejercicio de evaluación e impacto de sus políticas, programas y actividades encaminadas a prevenir el sobrepeso y la obesidad.

Cuadro 3. Actividad física en la población de 12 a 29 años de edad. México, 2005

GRUPOS DE EDAD Y SEXO			¿PRÁCTICAS ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA?		
			Sí %	No %	NC %
Nacional	Hombre	12 a 14	63.90	35.80	0.30
		15 a 19	58.50	41.20	0.30
		20 a 24	45.10	54.40	0.50
		25 a 29	34.20	65.70	0.00
		Total	50.10	49.60	0.30
	Mujer	12 a 14	47.80	52.20	0.00
		15 a 19	40.20	59.80	0.00
		20 a 24	19.30	80.40	0.40
		25 a 29	15.40	84.60	0.00
		Total	29.80	70.10	0.10
	Total	12 a 14	56.00	43.80	0.20
		15 a 19	49.00	50.90	0.20
		20 a 24	32.10	67.50	0.40
		25 a 29	24.50	75.50	0.00
		Total	39.80	60.00	0.20

FORO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Para contender con el grave problema del sobrepeso y la obesidad es fundamental contar con una política de Estado de carácter intersectorial, que identifique las acciones necesarias para lograr cambios sustanciales y revertir la actual epidemia de obesidad y enfermedades crónicas asociadas. La experiencia global indica que la solución radica en formular diversas estrategias integrales para potenciar los factores de protección hacia la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, buscando lograr un aumento en la actividad física y en los hábitos alimentarios correctos.

Una primera recomendación surgida del proceso de evaluación y consulta, y coincidente con la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, es constituir un “Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad” conformado por el Ejecutivo Federal, otras instancias de los gobiernos estatal y municipal, la industria, la academia, las organizaciones de la sociedad civil, los sindicatos así como representantes de otros sectores involucrados.

Existen diversos instrumentos de políticas públicas que permiten modificar la dieta familiar, los hábitos alimentarios y de actividad física. Estas políticas afectan cuatro grandes áreas: 1) disponibilidad, 2) acceso, 3) conocimiento de los alimentos y las alternativas de actividad física, y 4) las opciones personales. En estas cuatro áreas puede incidir la acción del gobierno (figura 5).

Las cuestiones relacionadas con la actividad física comprenden la realización de esas actividades en el

Figura 5. Relación entre las políticas públicas, el consumo de alimentos y la dieta



trabajo, el hogar y la escuela, teniendo en cuenta el aumento de la urbanización y diversos aspectos de la planificación urbana, así como asuntos relacionados con los transportes, la seguridad y la posibilidad de realizar actividades físicas durante el tiempo libre.

Los programas de prevención del sobrepeso y la obesidad de diferentes países subrayan la importancia que tiene la libertad de elección del consumidor sobre sus alimentos. La mayoría de esos programas reconoce también la importancia del ambiente social, del papel de la industria alimentaria y de la comunicación para promover una vida saludable.

En países como Dinamarca, España, Francia y Suecia los programas de salud pública, además de un enfoque preventivo en la atención médica de primer contacto, promueven que la industria alimentaria mejore sus productos para reducir el contenido de grasa y sodio, disminuir la densidad energética y limitar al mínimo los ácidos grasos. También establecen la responsabilidad de la industria de proporcionar información adecuada y accesible a todos los niveles educativos sobre el contenido nutricional de sus productos.

En todos estos países se reconoce la importancia de las escuelas y del ambiente escolar para la política nutricional, y como eje prioritario para la prevención del sobrepeso y la obesidad, incluyen incentivos económicos, prestaciones laborales y fondos públicos, entre otros.

Respondiendo a la urgencia y al llamado a alcanzar los objetivos planteados, este Acuerdo establece una estrategia que se encuentra orientada a la **ejecución**, enmarcada en un proceso dinámico de aprendizaje y desarrollo, organización y reclutamiento de voluntades, de acuerdos y estudios, que tiene que tener flexibilidad suficiente para actuar, adaptarse y evolucionar. El planteamiento hasta ahora alcanzado es una plataforma que requiere un espacio dinámico, de seguimiento, de consulta, de negociación y definición de colaboración entre los actores más relevantes del sector público, las empresas, la sociedad, la academia, donde confluyan para rendir cuentas y desarrollar la política. Esto, bajo la premisa del Objetivo Común y la Responsabilidad Compartida.

Para ello, el Acuerdo define el Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad, como un espacio en el cual existirán nuevas modalidades de participación democrática en los asuntos nacionales atendidos por la administración pública federal no solo en el consenso sino en la ejecución y en la rendición de cuentas por todos los involucrados público – privados en un nuevo abordaje de corresponsabilidad social para la lucha contra el sobrepeso y la obesidad.

Este Foro estará integrado al inicio por 15 dependencias públicas: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Economía (SE)-Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), Secretaría de Educación Pública (SEP)- Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE), Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de Salud (SS) y Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), con las que se han definido las acciones específicas del ejecutivo federal; además incluirá a los organismos cúpula nacionales empresariales que tienen que ver con los alimentos

y bebidas no alcohólicas, la producción agrícola, industrialización, comercialización, venta y consumo de alimentos, a las instituciones académicas nacionales de mayor desarrollo en el tema de nutrición, actividad física, y los aspectos sociales y económicos del tema, a la representación municipal nacional en salud, y a organismos sociales representantes nacionales de las profesiones de la salud, sindicatos y a la sociedad civil organizada para el tema. Todos deberán tener una comprobada representatividad en el orden nacional que permita que las acciones planteadas generen efecto en cascada.

Los principios que regirán a este Acuerdo son:

- Objetivo común, responsabilidad compartida.
- Transparencia.
- Rendición de cuentas de los participantes (públicos, privados, académicos y sociales).
- Gradualidad.
- Subsidiariedad y corresponsabilidad.

El Foro se constituirá en red activa de comunicación, con núcleos de conocimiento y de ejecución en cada una de las materias y líneas de acción específicas. Asimismo, se definirá un programa de trabajo bianual, en el cual se asignarán responsabilidades, y se determinarán los pasos a seguir por los miembros participantes.

ACUERDO NACIONAL PARA LA SALUD ALIMENTARIA

El análisis de la evidencia nacional e internacional arrojó 10 objetivos prioritarios para lograr un acuerdo efectivo en este campo:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.
10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

Los primeros seis objetivos dependen principalmente de la voluntad individual y de la existencia de condiciones y oferta adecuadas que permitan, por ejemplo, aumentar la actividad física y consumir agua potable, frutas y verduras.

Los otros cuatro objetivos requieren de una decidida participación del gobierno, de los sectores sociales y de la industria alimentaria y restaurantera para, por ejemplo, disminuir la cantidad de azúcares y de sodio añadidos a los alimentos, reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial, orientar al consumidor en la preparación casera de los alimentos y fomentar en él la prestación de atención en el tamaño de las porciones.

Las Secretarías del Gobierno Federal que pueden contribuir a estos objetivos son SS, SE, SEP, SHCP, SAGARPA, STPS y SEDESOL. También será útil la contribución de otras dependencias como COFEPRIS, IMSS, ISSSTE, PROFECO, DIF e INMUJERES. Asimismo deberán participar organizaciones no gubernamentales, sindicatos, medios de comunicación, el sector académico y, por supuesto, la industria alimentaria entre otras, (cuadro 4).

Cuadro 4. Algunas acciones para prevenir y reducir el sobrepeso y la obesidad, por dependencia⁹**Sector Salud:**

- Impulsar los programas sectoriales
- Actualizar normas y regulaciones sobre alimentos y publicidad
- Apoyar la lactancia materna y el alfabetismo nutricional
- Promover la incorporación de agua simple potable en desayunos escolares y despensas
- Capacitar a los DIF estatales y municipales sobre opciones saludables de alimentos escolares
- Impulsar la actividad física en todos los ámbitos
- Capacitar a profesionales de la salud en consejería sobre una alimentación correcta

SEP:

- Impulsar la realización de actividad física al menos 30 minutos diarios en los escolares
- Incentivar la igualdad de género en la práctica del deporte
- Impulsar, a través del currículo escolar, el consumo de agua potable y el alfabetismo nutricional
- Garantizar la instalación de bebederos en escuelas públicas
- Promover y facilitar la disponibilidad de agua y bebidas no alcohólicas con bajo contenido calórico en colaboración con la industria alimentaria
- Generar lineamientos para proveedores de alimentos escolares encaminados a disminuir el consumo de azúcares
- Impulsar un Acuerdo Secretarial para el expendio de alimentos y bebidas en las tiendas o cooperativas escolares de los planteles de educación básica para una sana alimentación escolar

STPS:

- Promover la actividad física y la alimentación correcta en los centros de trabajo
- Vigilar el cumplimiento de la normatividad relativa a la disponibilidad de agua potable gratuita
- Abogar por la lactancia materna y revisar la legislación para favorecerla en las madres trabajadoras

SEDESOL:

- Rescatar los parques y espacios públicos para la realización de actividad física
- Promover en los jóvenes en el Programa Oportunidades la participación en actividad física
- Impulsar la disponibilidad de leche semidescremada
- Desarrollar actividades educativas sobre orientación alimentaria

SE:

- Crear andamiajes de apoyo a las cadenas de distribución y acceso a frutas, verduras, leguminosas y cereales enteros
- Actualizar la normatividad y apoyar a la SS para emitir una NMX sobre “etiquetado educativo”
- Difundir información sobre mercados de productos saludables a la industria.

SAGARPA:

- Promover usos alternativos de la caña de azúcar
- Mejorar la oferta de productos lácteos descremados
- Atender problemas estructurales de soporte para alimentos agrícolas, pecuarios y pesqueros
- Reforzar el programa 5 al Día para apoyar el consumo de frutas y verduras

SHCP:

- Analizar instrumentos hacendarios encaminados a promover el consumo de alimentos saludables

CONAGUA:

- Incentivar la provisión de agua simple potable en zonas vulnerables

Diez objetivos prioritarios

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.

En las últimas décadas la sociedad se ha vuelto menos activa, lo que contribuye a la epidemia de obesidad y enfermedades crónicas. Entre los adolescentes, la inactividad física puede propiciar también enfermedades mentales, adicciones, acumulación de estrés, menor rendimiento escolar y efectos negativos en la interacción social. Todo ello contribuye a una falta de cultura física en la sociedad mexicana, incluyendo niños y jóvenes, por lo que un objetivo prioritario del Acuerdo es promover la actividad física en todos los entornos.

La Secretaría de Salud (SS) realiza diversos programas, entre los que se incluyen “5 Pasos por su Salud” y “Alimentación, Actividad Física y Salud”. Ambos promueven estilos de vida saludables mediante el autocuidado de la salud, alimentación adecuada, actividad física y desarrollo de redes sociales.

La SEP y la CONADE han establecido compromisos para facilitar la actividad física diaria en el entorno escolar. Mientras tanto, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) y los sindicatos colaboran para construir espacios más activos en el entorno laboral.

Los gobiernos estatales pueden fomentar la actividad física apoyando el establecimiento de espacios comunes, seguros, bien iluminados y agradables en los que se pueda caminar, hacer ejercicio y realizar otras actividades al aire libre. La SEDESOL ya trabaja en este sentido al integrar la actividad física al programa de rescate de espacios públicos.

La CONADE, por su parte, desarrolló una Estrategia Nacional de Cultura Física y Deporte con el propósito de convertir el deporte en un eje del desarrollo social y humano de México, la cual se sumará a los programas de este Acuerdo.

El objetivo general es que el mayor número posible de mexicanos, independientemente de su edad y de su posición socioeconómica, practique de manera regular algún deporte o actividad física.

2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.

Los expertos nacionales e internacionales han determinado que el agua es el líquido más recomendable para que la población mexicana obtenga una hidratación adecuada.

Sin embargo, en todo el territorio nacional el acceso a agua simple potable es limitado. Por lo tanto, es necesario desarrollar una estrategia para asegurar la disponibilidad y consumo de agua simple potable como primera alternativa de hidratación, lo cual contribuirá a que la población mantenga un peso corporal adecuado en el contexto de una vida saludable.

La SEP tendrá una participación clave al dotar a las escuelas de bebederos de agua simple potable gratuita y promoverá la valoración del consumo de agua simple potable como un hábito saludable. La CONAGUA impulsará políticas para dotar de agua potable a comunidades vulnerables, mientras que SEDESOL aumentará la oferta de agua potable en las tiendas DICONSA. El objetivo de estos esfuerzos conjuntos es promover una cultura de consumo de agua simple potable como hábito saludable.

3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

Es necesario establecer mecanismos para que los consumidores puedan tomar decisiones mejor informadas y para promover la producción de bebidas con menor contenido calórico. En el primer caso, mediante un etiquetado útil y de fácil entendimiento, así como orientación en la preparación casera de los alimentos; en el segundo, generando incentivos para incrementar la utilización de edulcorantes no calóricos y normas que fomenten condiciones competitivas de mercado.

La SS está trabajando con la industria de alimentos para acordar mecanismos que permitan un menor consumo de calorías en los alimentos y bebidas no alcohólicas en el ámbito nacional y para promover y facilitar su disponibilidad en grupos vulnerables, como los escolares.

4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.

El consumo de frutas y verduras para obtener dietas más variadas y más ricas en micronutrientes y fibra tiene múltiples beneficios para la salud, incluyendo un menor consumo de otros alimentos con mayor contenido calórico. Sin embargo, las campañas recurrentes, para promover esa dieta más saludable no han sido exitosas, y en los últimos 10 años ha ocurrido una preocupante disminución en el consumo de frutas y verduras en México.

Es necesario promover una coordinación multisectorial para promover una mayor demanda de estos alimentos e incentivar cadenas productivas que arrojen una oferta adecuada a precios accesibles. También es necesario establecer normas voluntarias (NMX) para apoyar y estimular el consumo de frutas y verduras, realizar campañas de educación y propiciar el desarrollo de tecnologías para aumentar la producción y distribución de estos alimentos entre la población, con énfasis en los grupos de menores recursos.

Mediante los diferentes programas se promoverán mejores hábitos alimenticios que incluyan el consumo de al menos cinco porciones de verduras y frutas por día. La SAGARPA también realiza diversas acciones para incrementar el mercado agrícola en 30% durante los siguientes 10 años.

5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.

Los individuos y las familias deben contar con un mejor conocimiento de la relación entre nutrición y salud para poder tomar mejores decisiones sobre su dieta y contribuir de manera responsable a disminuir el riesgo de obesidad y enfermedades crónicas.

La comunicación educativa en salud es la principal herramienta para fomentar este conocimiento. Es un instrumento interdisciplinario que incluye diferentes técnicas, principios y teorías, especialmente de mercadotecnia social en salud y comunicación de riesgos. Uno de sus principales objetivos es fomentar la participación comunitaria y promover estilos de vida saludables.

Se han identificado tres comportamientos relacionados con la percepción de la relación del sobrepeso y la obesidad con la salud que es necesario modificar. Estos son:

- El sedentarismo, que influye en la carga de morbilidad por su correlación con otros factores de riesgo, en particular la obesidad;
- Los hábitos alimentarios inadecuados de las familias, que son transmitidos de padres a hijos y están influidos por factores como la geografía, el clima, la vegetación, las costumbres, las experiencias, la capacidad de compra, la información disponible, la selección y preparación de los alimentos y la forma de consumirlos;
- La percepción de riesgo, es decir, establecer el vínculo causal entre estos padecimientos crónicos y el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios.

Las personas sanas o asintomáticas son menos propensas a hacer cambios en su dieta para prevenir una posible enfermedad futura. Asimismo, la preocupación por el peso y la salud es muy desigual entre diversos individuos y no tiene el mismo efecto sobre su comportamiento. Por ello, esta política pone especial énfasis en los factores relacionados con un ambiente obesigénico tales como el mercado y la publicidad, el contenido de nutrientes en los alimentos, la comida que se come en las calles, la disponibilidad de agua potable y el acceso a espacios seguros y apropiados para realizar actividades físicas.

6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.

Como se mencionó anteriormente, a pesar de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, ésta es practicada por un porcentaje sumamente bajo de madres y muchas inician la alimentación complementaria a edades tempranas.

Así, la SS buscará adecuar los servicios de salud pública a las recomendaciones internacionales, incluyendo la vigilancia de las prácticas de promoción y mercadeo de fórmulas lácteas a madres de recién nacidos.

El papel de la STPS también será crucial al promover la Norma mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres. Esta norma establece indicadores para infraestructura de apoyo durante el periodo de lactancia y para modernizar la Ley Federal del Trabajo, de manera que este periodo aumente hasta un máximo de seis meses, en los que habrá dos reposos diarios de media hora para que las madres alimenten a sus infantes. Si ello no es posible se acordará con los empleadores reducir una hora de la jornada de trabajo durante ese periodo.

7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.

La reducción en el consumo de azúcares es clave para la política nacional de prevención del sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas. Se requiere de la participación de la industria para ampliar las alternativas con menor contenido de azúcares, y del gobierno para incentivar y apoyar esos cambios.

También es necesaria la orientación en la preparación casera de alimentos, así como brindar información útil acerca del consumo de edulcorantes no calóricos mediante campañas promocionales y educativas.

8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.

La sustitución de las grasas trans por otras de mejor calidad es factible desde el punto de vista industrial, como se ha demostrado en Estados Unidos de América y países de Europa y de América Latina.

En México, si bien la producción de grasas trans ha disminuido de manera significativa en los últimos años, es necesario buscar mecanismos para su reducción al mínimo. Asimismo, debe desalentarse el uso de grasas de origen animal, de manteca vegetal, de margarinas y aceites con alto contenido de ácidos grasos saturados y de grasas trans para cocinar.

Para esto es fundamental proporcionar información sobre las grasas y sus efectos en la salud, tanto a la población general como a propietarios de expendios de alimentos y a la industria.

9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.

Entre los cambios registrados en los hábitos alimentarios está la tendencia a aumentar y demandar un mayor tamaño de las porciones de alimentos procesados y preparados en casa y en restaurantes y expendios de alimentos. Ese aumento en las porciones está asociado con el incremento de la prevalencia de la obesidad. La evidencia científica demuestra que el tamaño de las porciones es directamente proporcional a la ingesta de alimentos, lo que contribuye al consumo inadvertido de calorías. Se estima que las porciones de mayor tamaño agregan hasta 180 kcal/día a la dieta de los niños y 270 kcal/día a la dieta de los adultos.

La SS debe diseñar programas de orientación alimentaria para que la población pueda advertir el tamaño de las porciones de alimentos preparados en el hogar, así como colaborar con la industria restaurantera para diversificar los tamaños de las porciones y junto con la industria alimentaria, poner al alcance del consumidor herramientas que le permitan estimar el tamaño y los contenidos nutrimentales por porción.

10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

El consumo excesivo de sodio dificulta el control de diversas consecuencias de la obesidad como la hipertensión y la diabetes mellitus tipo 2. El consumo total de sodio depende de la sal que contienen los alimentos procesados y de la que se agrega a los platillos en la mesa. Una dieta alta en calorías generalmente es alta en sodio, por lo que las personas con sobrepeso y obesidad también consumen más sodio al día que las personas con un peso saludable.

La reducción en el consumo de sodio, tal como lo recomienda la Organización Panamericana de la Salud, puede ser una de las formas más costo-efectivas de reducir la mortalidad cardiovascular.

Es urgente educar a la población sobre los efectos nocivos del consumo excesivo de sal en la salud, por lo que la SS explorará los diversos mecanismos comunicacionales, educativos, u otros a su alcance para advertir sus efectos con especial atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica.

También se buscarán maneras para propiciar el consumo de sales bajas en sodio y para estimular a la industria para que reduzca el contenido de sodio en sus productos.

Acciones transversales

Un aspecto clave de la política efectiva de prevención y control de la obesidad y sus complicaciones, es la realización de acciones transversales con la participación de todos los sectores involucrados, incluyendo la industria y la sociedad.

El grupo de expertos consultado complementó este enfoque transversal con cuatro acciones horizontales para los 10 objetivos prioritarios, las cuales se describen a continuación.

El acuerdo establece cuatro acciones horizontales que deben implementarse para los 10 objetivos consensuados que contemplan siempre como requerimiento fundamental la transversalidad para lograr cada objetivo. Las acciones son:

1. *Información, educación y comunicación:* promover el acceso a la información y la toma de decisiones educadas y basadas en evidencia en la población para mejorar la calidad de su alimentación, incrementar la actividad física y, en general, promover estilos de vida saludables.

2. *Abogacía, co-regulación y regulación:* con la participación de autoridades, la sociedad civil y la industria, promover una alimentación correcta y mayor actividad física. Esta acción incluye estrategias de comunicación multisectoriales para promover estilos de vida saludables; políticas de desarrollo urbano y colaboración en el rescate y rehabilitación de espacios públicos seguros; políticas educativas y laborales que permitan ejercer un estilo de vida saludable en escuelas y centros laborales; códigos de autorregulación de la industria, normas mexicanas y normas oficiales mexicanas, evaluaciones de grupos de consumidores y organismos no gubernamentales (ONG's), y concientización de líderes de opinión sobre el problema de obesidad y enfermedades crónicas, y la urgencia de implementar acciones para su prevención.

3. *Monitoreo y evaluación:* el seguimiento y evaluación de cada objetivo y sus acciones es necesario para identificar oportunidades de mejoramiento, asegurar el cumplimiento de las acciones y corregir posibles fallas.

4. *Investigación:* existe una agenda de investigación básica, clínica, epidemiológica y de sistemas de salud para sustentar la toma de decisiones sobre prevención de obesidad y enfermedades crónicas. Se recomienda que el Gobierno Federal apoye de manera significativa la investigación relacionada con los 10 objetivos prioritarios y promueva que lo hagan también los gobiernos estatales, las agencias financiadoras y ONG's. Se requiere investigación en temas como la efectividad de acciones e intervenciones en la modificación de conducta y la educación para la salud, el impacto de diversas alternativas de etiquetado, y la dimensión económica del tema y sus diversas intervenciones.

Papel de la industria

Acorde con el enfoque multifactorial e intersectorial para el abordaje del problema sugerido por la OMS, y en esos términos recogido en este Acuerdo Nacional, se establece que la prevención del sobrepeso y la obesidad requiere de acciones individuales y conjuntas por parte de todos los grupos involucrados.

La industria alimentaria juega un papel relevante y se reconoce que ha tomado acciones importantes en la materia, sin embargo, es necesario fortalecer varias de estas acciones. Por ello, esta estrategia pretende generar los mecanismos de coordinación necesarios que permitan:

- Continuar con el proceso de innovación y desarrollo de nuevos productos, así como explorar las posibilidades de reformulación de líneas de producto existentes, para ofrecer más y mejores opciones a los consumidores;
- Proveer a los consumidores de mayor y más clara información sobre la composición nutricional de alimentos y bebidas no alcohólicas;
- Adoptar medidas voluntarias en la mercadotecnia y publicidad de alimentos y bebidas, especialmente la dirigida a niños; y
- Promover la actividad física, el deporte y estilos de vida saludables, incluyendo el lugar de trabajo.

El esfuerzo debe ser continuo, permanente y, en la medida de lo posible, en concordancia con las oportunidades que brindan el cambio tecnológico y científico del sector, el marco normativo y la proliferación de las mejores prácticas corporativas vigentes. Todo ello en beneficio de los consumidores.

Estos compromisos y la participación de la industria alimentaria mexicana serán claves para el avance de la política nacional de prevención de la obesidad y enfermedades crónicas, especialmente en cinco de sus objetivos prioritarios: disminución del consumo de azúcares y grasa en bebidas no alcohólicas; disminución de la cantidad de azúcares adicionadas en los alimentos; disminución del consumo de grasas saturadas y eliminación de la producción de grasas trans; disminución del tamaño de las porciones; y limitación de la cantidad de sodio adicionada a los alimentos.

Un tema de enorme importancia para este Acuerdo es la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida al público infantil. En 2008, la SS y la PROFECO dialogaron con la industria para establecer un código de auto-regulación de la publicidad dirigida al público infantil. Este código entró en vigor en 2009 y está siendo evaluado en su primer semestre de aplicación para medir su efectividad y mejorarlo.

Con base en esta experiencia, la SS ha propuesto a la industria alimentaria el establecimiento de una mesa permanente de trabajo para desarrollar acciones específicas y promover cada uno de los objetivos mencionados anteriormente.

La estrategia descrita en este documento tiene el propósito de contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional, al revertir la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles que enfrenta el país, derivadas del sobrepeso y la obesidad, a través de una política integral de Estado, con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad, en forma individual, comunitaria y nacional, que permitan mejorar la oferta y el acceso a alimentos y bebidas no alcohólicas favorables para la salud, así como la promoción de la práctica de actividad física constante a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

Nunca antes se había concentrado de esta forma el esfuerzo del sector salud, otras dependencias gubernamentales y la iniciativa privada en la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas, tal y como lo refleja el Plan Nacional de Salud.

Bajo el principio de “Objetivo Común y Responsabilidad Compartida” que rige este acuerdo, las organizaciones industriales representadas en el Foro rendirán cuentas sobre las acciones que han comprometido, bajo los mecanismos establecidos en el mismo. El combate a esta epidemia es un reto tan urgente como complejo, pero existe un amplio sector social, con el liderazgo y responsabilidad central de la SS, dispuesto a poner manos a la obra.

Papel de los municipios

El orden municipal, constituye la interfase local de la acción gubernamental. Tiene la ventaja de contener en una sola ubicación toda la intersectorialidad que en otros órdenes de gobierno resulta más difícil o imposible de integrar. El municipio tiene múltiples canales, formas organizativas y estrategias para interactuar con la población local; y bien capacitada puede alcanzar gran efectividad y sustentabilidad en sus intervenciones.

Múltiples aspectos de salud están contenidos en el mandato constitucional municipal; en materia de sobrepeso y obesidad ciertamente tiene un papel relevante en acciones que van desde la generación de entornos favorables y organización comunitaria, hasta la capacidad legal de actuar sobre los factores económicos locales que favorecen actualmente el crecimiento de la obesidad

Bajo el apoyo de la Secretaría de Salud, se ha organizado desde hace 17 años la Red Mexicana de Municipios por la Salud (RMMS), habiéndose instalado ya en 31 entidades federativas, teniendo actualmente 21 de ellas activas. Durante su XV Asamblea General en la Ciudad de Durango, Dgo, en 2008, reconociendo que “El municipio tiene un papel importante ya que puede instrumentar diversas acciones encaminadas a modificar los entornos que permitan la adquisición de hábitos alimenticios más saludables y el desarrollo de actividad física en su población”, los municipios miembros generaron compromisos iniciales reflejados en su resolución RMMS-XV-A-1, Inserción del municipio en una Política de Estado para prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles:

- Los miembros de la RMMS se comprometen a desarrollar e instrumentar planes municipales bianuales para la prevención del sobrepeso y la obesidad
- Recabar las experiencias exitosas entre todos los miembros de la red y darlo a conocer al resto de los estados
- En los municipios de la Red, modificar los desayunos escolares que se ofrecen a través del DIF municipal orientándolos hacia una mejor calidad de los mismos
- Apoyar la política de prevención de la obesidad por todos los miembros de la Red
- Invitar a otros municipios no incorporados a las redes en acciones para prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles
- Solicitar a las Secretarías Estatales de Salud el gestionar con otras instancias como Hábitat, Oportunidades y SEP para fortalecer las acciones que contribuyan a la resolución de este problema

Bajo el principio de “Objetivo Común y Responsabilidad Compartida” que rige este acuerdo, rendirán cuentas bajo los mecanismos establecidos en este acuerdo y su Foro, sobre las acciones que hagan la Red Mexicana y sus Redes Estatales. Estos compromisos son con los que se suman al Acuerdo Nacional. Con esto se determinarán acciones específicas iniciales que permitan ir avanzando dentro de sus atribuciones.

Los municipios tienen preocupaciones organizacionales y de recursos para la salud. Este acuerdo establece en la figura del Foro Nacional, el espacio donde puedan incidir al abordarse esas preocupaciones específicas de modo más integral con otros sectores permanentes e invitados.

Papel de la sociedad civil organizada

La Estrategia Global de la Organización Mundial de la Salud sobre Alimentación, Actividad Física y Salud hace un llamado para que se sumen a la misma otras partes interesadas más allá de la industria y los gobiernos. La sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales tienen un papel importante al influir sobre el comportamiento individual y familiar, al generar una interlocución social, al monitorear y asegurar el seguimiento a las acciones por las instituciones gubernamentales y empresas y otros actores en la promoción de una alimentación correcta y la actividad física. En su papel de abogacía, estas

organizaciones pueden también impulsar que los gobiernos den el apoyo suficiente y efectivo para los comportamientos y entornos favorables, así como el que la industria provea los productos alimenticios y los servicios adecuados.

En este tenor es imprescindible que las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) compartan el objetivo común y la responsabilidad de esta Política de Prevención de la Obesidad, con los diferentes sectores de gobierno, en sus tres órdenes (federal, estatal y municipal), y los sectores académicos y profesionales, así como la industria. Es fundamental su autonomía y su amplia capacidad de interlocución social.

Así, las OSC actuarán en un inicio, sin menoscabo de ampliar sus acciones, en las siguientes cuatro líneas:

- Educación a personas y familias sobre la alimentación correcta y actividad física.
- Comunicación educativa a los más amplios sectores, en especial asegurando la accesibilidad cultural a grupos marginados por su condición cultural, de capacidad física o condición educativa y/o económica.
- Abogacía para asegurar la continuidad y expansión de las acciones planteadas en la estrategia, y el apoyo a que existan los recursos adecuados para la implementación de la estrategia.
- Monitoreo y seguimiento a las acciones de los participantes por parte del gobierno, la industria y servicios.

Este acuerdo establece en la figura del Foro Nacional, el espacio donde puedan incidir de modo más integral, en donde las organizaciones serán invitadas de la manera en que más las conglomeren y representen conforme se vayan abordando las necesidades de la política.

Bajo el principio de “Objetivo Común y Responsabilidad Compartida” que rige este acuerdo, las Organizaciones de la Sociedad Civil rendirán cuentas bajo los mecanismos establecidos en este acuerdo y su Foro, sobre las acciones que efectúen.

Papel de la academia y organizaciones profesionales

En la Estrategia Global de la Organización Mundial de la Salud sobre Alimentación, Actividad Física y Salud se llama a que se sumen otras partes interesadas más allá de la industria y los gobiernos. La Academia y las Organizaciones Profesionales (ACOP) tienen un papel importante en proveer de la evidencia que sustenten las intervenciones que se vayan planteando, buscando que se ponga sobre la mesa, con la mayor rigurosidad, el conocimiento pertinente y su gestión adecuada para alcanzar las metas. Asimismo, son fundamentales en asegurar el seguimiento a las acciones por las instituciones gubernamentales y empresas y otros actores en la promoción de una alimentación correcta y la actividad física. En su papel de abogacía, también estas instituciones y organizaciones pueden impulsar a que los gobiernos den el apoyo suficiente y efectivo para los comportamientos y entornos favorables, así como para que la industria provea los productos alimenticios y los servicios adecuados, toda vez que también pueden influir en los códigos profesionales de aquellos involucrados en la tarea.

Así, las ACOP actuarán en un inicio, sin menoscabo de ampliar sus acciones, en las siguientes cinco líneas:

- Contribuir a sistematizar y actualizar la base de conocimiento universal, trasladándola para que los participantes en la política y la sociedad en general tengan acceso y comprensión de la misma.

- Generar esfuerzos para la ampliación de la capacidad técnica y profesional en las materias que requiere esta política, incluyendo en ellas aquellas referentes a resolver los problemas de origen en la cadena causal.
- Proveer la base de evidencia que para el avance de la política de prevención se requiera generar en el orden nacional, incluyendo investigación básica y original.
- Abogacía para asegurar la continuidad y expansión de las acciones planteadas en la estrategia, sustentadas en la mejor evidencia.
- Proveer herramientas metodológicas para el monitoreo y evaluación de las acciones por las partes participantes.

Bajo el principio de “Objetivo Común y Responsabilidad Compartida” que rige este acuerdo, la Academia y las Organizaciones Profesionales rendirán cuentas bajo los mecanismos establecidos en este acuerdo y su Foro, sobre las acciones que efectúen.

Este acuerdo establece en la figura del Foro Nacional, el espacio donde las ACOP puedan incidir de modo más integral, y en donde las organizaciones serán invitadas en la manera que más las conglomeren conforme se vayan abordando las necesidades de la política.

Papel de las organizaciones sindicales

Las organizaciones sindicales tienen el acceso y el potencial de incidir en un amplio segmento de la población, en especial en la industria y servicios formales, y a través de ellos en el resto de la sociedad, para de esta forma, ir construyendo una nueva cultura en salud, así como las demandas pertinentes para el combate a la obesidad.

Bajo la tutela de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social se ha constituido una instancia de diálogo, concertación y acuerdos, el Consejo Consultivo Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (COCONASHT) que, durante los últimos años, ha progresado en el avance de las acciones preventivas y de control de las lesiones y enfermedades, y ha avanzado en intervenciones de promoción de la salud.

En el seno de la COCONASHT y sus diversas subcomisiones se ha estado dialogando de la pertinencia de acciones anticipatorias para diversos ámbitos, y en específico se ha considerado la temática del sobrepeso y la obesidad. En 2009, en una sesión ordinaria, se obtuvo el compromiso de las organizaciones presentes, en específico las sindicales, para actuar en las cuatro líneas específicamente señaladas a continuación:

- Promover la actividad física en los centros de trabajo.
- Fomentar en los trabajadores la importancia de la alimentación correcta.
- Promover la Estrategia para la Reducción de la Obesidad.
- Divulgar prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria adecuadas.

Bajo el principio de “Objetivo Común y Responsabilidad Compartida” que rige este acuerdo, rendirán cuentas bajo los mecanismos establecidos en este acuerdo y su Foro, sobre las acciones que hagan las Organizaciones Sindicales. Con estos compromisos se suman al Acuerdo Nacional. Con esto se determinarán acciones específicas iniciales que permitan ir avanzando dentro de sus atribuciones.

Las organizaciones sindicales tienen preocupaciones en la salud de los trabajadores directamente, pero también en los entornos donde los trabajadores y sus familias viven, juegan, se educan. Este acuerdo establece en la figura del Foro Nacional, el espacio donde puedan incidir al abordarse esas preocupaciones específicas de modo más integral, en donde las cúpulas sindicales habrán de estar invitadas.

CONCLUSIONES

La estrategia descrita en este documento tiene el propósito de contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional, al revertir la epidemia de las ECNT derivadas del sobrepeso y la obesidad, mediante una política integral de Estado con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad, en forma individual, comunitaria y nacional, que permitan adoptar hábitos alimentarios correctos y que promuevan la práctica de actividad física constante a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

El combate a esta epidemia es un reto tan urgente como complejo, pero existe un amplio sector social, bajo el liderazgo y responsabilidad central de la SS, dispuesto a poner manos a la obra.

El planeta está enfrentando un nuevo reto resultante de los desequilibrios derivados de su modo de desarrollo, bienestar, estilos de vida y entornos. El sobrepeso y la obesidad son ahora generalizados y derivan de ellos enormes impactos psicológicos, sociales, y no se diga en enfermedad prematura y muerte. En México esto es especialmente preocupante por su impacto a edades tempranas, su rapidez así como su magnitud, abarcando a la inmensa mayoría de los mexicanos de todos estratos sociales y económicos. Los costos que enfrentamos en este momento son grandes, y la nueva inversión que la reforma en salud ha traído no será suficiente para subsanar los impactos financieros por enfermedades crónicas.

Si bien existe predisposición genética, la interacción con el ambiente y el comportamiento son fundamentales en su génesis. Para entenderlo hay que irse a las causas primarias:

- Mejorando la planeación urbana que ha limitado la práctica de actividad física.
- Desincentivando la proliferación del mercado informal de comida.
- Modernizando el sistema educativo para que los niños reciban instrucción en educación física y nutrición.
- Abordando los aspectos de producción y distribución de alimentos para que la población pueda integrar dietas variadas y equilibradas, así como su acceso y disponibilidad.
- Modificando a lo largo del tiempo, la conformación de la oferta y la demanda de alimentos y de servicios de actividad física, mediante la innovación y el desarrollo tecnológicos.
- Reconstruyendo entornos y modificando comportamientos que, hasta ahora, alientan el sedentarismo y hábitos alimentarios incorrectos.
- Fomentando la realización de una publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas responsables, particularmente la dirigida a niños.
- Modificando la oferta y la demanda de los servicios públicos de salud, alentando a la población a acudir a consulta preventiva y capacitando a los cuerpos médicos para que puedan brindar este tipo de consultas.

Todo ello combinado con los factores socioeconómicos y familiares conducen al sobrepeso y la obesidad, y en consecuencia a la pérdida de calidad de vida, bienestar, productividad y salud. Es por ello, que la solución si bien requiere del liderazgo de Salud, radica importantemente fuera del sector salud. Mundialmente hay ya una megatendencia en la reorientación de los entornos, las conductas, la producción y el consumo, al que México tiene que impulsar prioritaria y aceleradamente.

Los individuos y las familias deben contar con un mejor conocimiento de la relación entre nutrición, actividad física, peso corporal y salud para poder tomar mejores decisiones sobre su dieta y niveles de actividad física, y contribuir así de manera responsable a disminuir el riesgo de sobrepeso, obesidad y ECNT.

La comunicación educativa en salud es la principal herramienta para fomentar este conocimiento. Es un instrumento interdisciplinario que incluye diferentes técnicas, principios y teorías, especialmente de mercadotecnia social en salud y comunicación de riesgos. Uno de sus principales objetivos es fomentar la participación comunitaria y promover estilos de vida saludables.

Este acuerdo estipula una ambiciosa meta social común inmediata:

- Revertir, en niños de 2 a 5 años, el crecimiento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad a menos de lo existente en 2006.
- Detener, en la población de 5 a 19 años, el avance en la prevalencia de sobrepeso y obesidad.
- Desacelerar el crecimiento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta.

Para ello, se han acordado diez objetivos prioritarios incluyendo la temática de actividad física, el agua simple potable, la disminución de azúcares y grasas en bebidas, el aumento del consumo en frutas y verduras, el alfabetismo nutricional, la lactancia materna, la reducción de azúcares y grasas en alimentos, la reducción en porciones y la limitación en la cantidad de sodio. Aborda cuatro acciones transversales referentes a generación de información, educación, comunicación, abogacía, regulación, corregulación, monitoreo, evaluación e investigación.

Se convoca al pleno del Ejecutivo, al sector privado, social y académico para abordar el reto.

Como sociedad, como nación, como Estado, los grandes desafíos los hemos enfrentado cuando todos acordamos un objetivo común y, dentro de nuestras capacidades, ponemos todo para ello. El reto para nosotros, como personas, familias, empresas, gobiernos es extraordinario. Ha sido un largo proceso de construcción, y una larga espera a la acción.

Es hora de actuar

Atacar el Sobrepeso y la Obesidad es Tarea de Todos

6

SERVICIOS MÉDICOS PARA PERSONAS CON OBESIDAD¹

La Clínica Integral de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas fue inaugurada en 2012 y actualmente forma parte de una estrategia cuyo objetivo es “detener el incremento de este problema de salud pública e iniciar un proceso sostenido de reversión”.

Respecto a la atención de enfermedades relacionadas con la obesidad y el sobrepeso, durante el 2012 se brindó atención y tratamiento a casi 500 mil pacientes, de los cuales se mantienen bajo control y seguimiento a más de 193 mil personas que enfrentan problemas de salud asociados a estas enfermedades.

La primera Clínica (del Sector Público) de Bariatría está ubicada en el Hospital General Dr. Rubén Leñero y los datos dicen que desde 2009 a la fecha se han realizado más de 500 cirugías bariátricas.

Las operaciones bariátricas son totalmente gratuitas para personas afiliadas al Seguro de Protección Nacional en Salud y para quienes no cuenten con este requisito deberán pagarán sus insumos, los cuales oscilan entre 37 y 40 mil pesos, pero la cirugía, así como la atención médica integral, es totalmente gratuita.

Los interesados pueden acudir a cualquiera de las dos clínicas de bariatría los días lunes a las 8:00 horas, en donde se les proporcionará una plática informativa, se seleccionarán a los candidatos para iniciar el proceso de apertura de expediente y se les agendará una cita para ser valorados médicamente.

En la Clínica de Bariatría del Hospital Dr. Rubén Leñero se han practicado principalmente dos tipos de cirugía: bypass gástrico en un 75 por ciento y manga gástrica en un 25 por ciento.

Ambos procedimientos son por técnicas de mínima invasión, es decir por vía laparoscópica; los resultados han sido satisfactorios, similares a las mejores estadísticas internacionales.

El equipo multidisciplinario lo conforman cuatro cirujanos bariatras formados en el extranjero, dos psicólogos, dos nutriólogos, dos anestesiólogos, dos internistas, dos endoscopistas, un cirujano plástico, y cuatro enfermeras especialistas.

¹ Secretaría de Salud

<http://www.spps.salud.gob.mx/noticias/1227-obesidad-problema-salud-publica.html>

7

SÍNTESIS EJECUTIVA DEL LIBRO

Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado



Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado

Editores: *Juan Angel Rivera Dommarco, Mauricio Hernández Ávila, Carlos A. Aguilar Salinas, Felipe Vadillo Ortega, Ciro Murayama Rendón*

Trabajo realizado por el Grupo Multidisciplinario sobre Obesidad de la Academia Nacional de Medicina

La obesidad es una enfermedad multifactorial, caracterizada por aumento en los depósitos de grasa corporal causado por un balance positivo de energía (cuando la ingesta de energía excede al gasto energético).¹⁻³ El balance positivo de energía es la causa inmediata de la obesidad, la cual está modulada por factores fisiológicos, genéticos y epigenéticos. Además existen causas subyacentes, entre las que destacan la alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos con elevada densidad energética y bebidas azucaradas y el bajo consumo de agua, frutas, verduras, cereales de grano entero y leguminosas; el mercadeo masivo de alimentos procesados, los bajos precios relativos por caloría tanto de alimentos procesados con alta densidad energética como de bebidas con azúcar adicionada, la falta de orientación alimentaria; todo esto aunado a la pérdida de la cultura alimentaria y un medio ambiente sedentario.

Dado el carácter multifactorial de la obesidad, se requiere de una respuesta compleja coordinada por el Estado, con un abordaje transectorial, multidisciplinario, aplicado por los distintos órdenes y niveles de gobierno en diferentes entornos: en el hogar,

la comunidad, la escuela, los centros de trabajo y los espacios públicos; con participación de la sociedad civil, la academia y la industria y basada en la mejor evidencia científica disponible.

La obesidad está asociada causalmente con pérdida de la salud, es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares (especialmente la cardiopatía isquémica y los infartos cerebrales), enfermedades osteoarticulares, ciertos tipos de cáncer como el de mama, próstata y colon y apnea del sueño, entre otras enfermedades;^{4, 5} además, la obesidad es causa de estigma social.^{6, 7} Dado su papel como causa de enfermedad, la obesidad aumenta la demanda de servicios de salud, además de afectar el desarrollo económico y social de los mexicanos. Por estas razones es urgente actuar para su prevención y control. El **costo de la obesidad** ha sido estimado en uno de los capítulos de este libro en **67 mil millones de pesos** del 2008 y se calcula que para el 2017 fluctúe entre \$151 mil millones y \$202 mil millones en pesos del 2008. De no actuar de inmediato, el costo que pagará la sociedad en las siguientes tres décadas será mucho mayor a la inversión requerida para implementar estas acciones.

TENDENCIAS DE LA OBESIDAD Y ECNT EN MÉXICO

En sólo cuatro décadas el perfil epidemiológico de México ha cambiado; en el pasado, los principales problemas eran la desnutrición y enfermedades infecciosas, mientras que hoy en día la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición (ECNT) son los principales problemas salud. En México se ha documentado uno de los incrementos más rápidos a nivel mundial en la prevalencia de peso excesivo (sobrepeso y

obesidad) y sus comorbilidades. De 1980 al año 2000, de forma casi paralela se identificó un incremento alarmante del 47% en la mortalidad por diabetes mellitus tipo 2, pasando de ser la novena causa de mortalidad en 1980 a la tercera en 1997, a la segunda causa de mortalidad a nivel nacional en el 2010, con cerca de 83 000 defunciones.⁸

En un análisis sobre la carga de enfermedad en México, utilizando datos de 2004,⁹ 75% de todas las muertes ocurridas en el país estuvieron causadas por ECNTs. Las principales causas de mortalidad fueron diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular. Los principales factores de riesgo responsables de la mortalidad fueron el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones elevadas de glucosa en sangre, el consumo de alcohol y el tabaquismo. Únicamente el sobrepeso, la obesidad y la glucosa elevada explicaron 25.3% del total de las muertes en el país. Por ello, existe preocupación de que las generaciones nacidas en las últimas décadas del siglo XX, como resultado de las enfermedades y daños a la salud ocasionados por la obesidad, pudiera tener menor longevidad que las generaciones anteriores.⁹

MAGNITUD Y TENDENCIAS EN MÉXICO

La última encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2012) encontró prevalencias peso excesivo de 73% en mujeres y 69.4% en hombres adultos, 35.8% en adolescentes de sexo femenino, 34.1% en adolescentes varones y 32% en las niñas y 36.9% en niños en edad escolar. Durante el lapso de 24 años estudiado, entre 1988 y el año 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad tuvo un aumento sostenido en mujeres adultas y en adolescentes. Desde el primer periodo de encuestas la velocidad

de aumento ha ido decreciendo, hasta llegar a la menor tasa de aumento, observada de 2006 a 2012. En el caso de los niños en edad escolar, la tasa de aumento entre 2006 y 2012 fue ligeramente negativa (de 32.3⁰% a 32.0⁰%). En suma, actualmente alrededor de 7 de cada 10 adultos (más de 49 millones) y 1 de cada tres niños de 5-19 años (alrededor de 12 millones) presentan peso excesivo (sobrepeso u obesidad).¹⁰⁻¹²

EVIDENCIA SOBRE DETERMINANTES RECONOCIDOS DE LA OBESIDAD EN MÉXICO

La distribución de la obesidad entre grupos socioeconómicos avanza de manera rápida, en mujeres adultas, entre 1988 y 2006 aumentó más la prevalencia en los quintiles más bajos de ingreso que en los altos. Actualmente, la prevalencia de peso excesivo es similar en los quintiles extremos de condiciones de vida en la población de mujeres adultas y es ligeramente superior en el quintil intermedio.

En niños y adolescentes la prevalencia es aún mayor en los quintiles más altos de ingreso, en este grupo entre 1988 y 1999, se registraron aumentos en las prevalencias de sobrepeso y obesidad >30% por año. Sin embargo, el mayor aumento en la prevalencia de obesidad entre 1999 y 2006 se observó en la población indígena (>15% por año). Estas tendencias sugieren que México transita hacia una situación en las que la carga de peso excesivo será eventualmente mayor para la población más pobre en todas las edades.¹³

En un análisis sobre costos por caloría en México se encontró que los patrones de consumo de los hogares mexicanos entre 1992-2010 son diferentes según el nivel de ingreso. Los hogares con menor ingreso toman decisiones de gasto que les permiten

consumir un mayor nivel de calorías a un menor precio, pero de menor calidad nutricional; mientras que en los ingresos altos se consumieron alimentos de mayor costo por caloría. Se observó que era más económico consumir energía en 2010 que en 1992. El costo de mil calorías ha disminuido en términos reales y eso permite obtener más calorías a un menor precio de lo que se obtenía en 1992. El nivel de ingreso en México es por tanto un determinante de la estructura y las decisiones de consumo de los individuos, volviendo a las personas con menores ingresos más proclives al sobrepeso y la obesidad, como sugieren los datos epidemiológicos mencionados anteriormente.¹⁴

Por otro lado, las intervenciones agrícolas pueden ayudar a cumplir las metas de una dieta saludable a nivel poblacional. Las políticas agrícolas y de producción tienen implicaciones para el consumo de alimentos que se asocian tanto de manera positiva como negativa con enfermedades crónicas asociadas a la alimentación, por lo tanto son elementos importantes para intervenciones potenciales en el sector agrícola y pueden contribuir a la promoción de dietas saludables y combatir la obesidad y enfermedades crónicas relacionadas a la dieta.^{15, 16}

MARCO REGULATORIO Y LEGAL Y SU RELACIÓN CON LA OBESIDAD EN MÉXICO

En lo que respecta al marco regulatorio y legal, el derecho como un determinante estructural para mantener la salud y como una herramienta de control es considerado imprescindible para la generación de políticas públicas efectivas, que se transformen en resultados para los ciudadanos.¹⁷ Mediante la regulación se deberá lograr la infraestructura normativa necesaria para obtener el mejor resultado de la política pública que en materia de

obesidad se decida aplicar, así como las formas de posibilitarla e incentivar su cumplimiento y la dedicación de presupuesto fiscal necesario. El control de la obesidad requerirá de un trabajo legislativo oportuno que permita influir positivamente en la problemática de obesidad, para cumplir con el derecho a la protección de la salud. Igualmente se requerirá de la regulación y verificación del cumplimiento de las medidas propuestas por las autoridades especializadas en el combate a la epidemia de obesidad.¹⁸

Igualmente el Estado deberá analizar los aspectos de regulación y su papel en la economía para corregir fallas del mercado que se manifiestan como externalidades negativas sobre la salud, promoviendo el desarrollo de la obesidad en la población. En este contexto la intervención del Estado se justifica cuando en el mercado no se crean las condiciones que favorecen la adopción de una alimentación saludable por parte de la población. En este sentido, un aspecto regulatorio de los mercados podría ser una política fiscal que incentivará o desincentivará el consumo de ciertos alimentos o bebidas, al incluir un costo adicional o un subsidio en el consumo.¹⁹

EVIDENCIA INTERNACIONAL Y RECOMENDACIONES SOBRE ACCIONES PARA COMBATIR EL PESO EXCESIVO

La Organización Mundial de la Salud ha establecido en una serie de reportes, en especial en el reporte técnico 916: Dieta, Nutrición y la Prevención de Enfermedades Crónicas recomendaciones basadas en evidencia, que proponen cambios de conducta en el ámbito individual, prácticamente todos los reportes técnicos de la OMS, la OPS, los Institutos de Medicina de los Estados Unidos y el Fondo Mundial para la Investigación en Cáncer (WCRF) identifican la necesidad de que los gobiernos

trabajen sobre el entorno promotor de obesidad (“obesigénico”), buscando hacerlo más propicio para la práctica de alimentación saludable y actividad física por parte de la población. Entre los cambios de entorno de manera que la disponibilidad de alimentos saludables y oportunidades para la actividad física sean la regla en las escuelas, los centros de trabajo y las comunidades. Se propone aumentar la disponibilidad de agua y alimentos saludables, especialmente en entornos en los que la población destina una parte importante de su tiempo, como las escuelas y centros de trabajo y en los puntos de venta de alimentos en donde la población se abastece, incluyendo el desarrollo de sistemas de etiquetado de alimentos que permitan a la población tomar mejores decisiones al momento de la compra, regular la mercadotecnia de alimentos y bebidas dirigidas a niños y adolescentes y generar espacios seguros y atractivos para estimular la práctica de la actividad física.^{15, 20}

Para lograr esto, se debe impulsar una política de salud dirigida a prevenir la obesidad mediante políticas públicas, incluyendo distintas formas de regulación, legislación, instrumentos fiscales específicos y la creación de nuevas normas sociales, o una combinación de estas. Un segundo requisito para el logro de la adopción de conductas saludables es el desarrollo de la intención de cambio en los individuos. Aún en presencia de entornos saludables es fundamental generar la voluntad de adoptar los comportamientos conducentes a la prevención de obesidad. Para esto, no sólo debe evitarse, la exposición de la población a estrategias de mercadeo de alimentos cuyo consumo excesivo provoca obesidad y enfermedades crónicas y la publicidad engañosa que induce el consumo de alimentos cuyo consumo excesivo afecta la salud. Debe igualmente haber una fuerza comunicativa regulada y financiada por el estado para empoderar a los consumidores hacia una mejor elección de alimentos. Esto

es particularmente relevante para la población más vulnerable a la influencia de la desinformación, la publicidad engañosa y las estrategias de mercadeo, incluyendo en primer lugar a las madres embarazadas, los niños y adolescentes y en segundo lugar a la población poco informada en materia de alimentación y estilos de vida saludables.

Además es fundamental que la población, en particular la marginada, reciba información y orientación confiable, basada en la mejor evidencia disponible, sobre alimentación y estilos de vida saludables, diseñada y presentada de forma tal que favorezca la elección de dichos patrones y conductas saludables, paralelamente a que las modificaciones de los entornos conviertan los patrones saludables en opciones viables y fáciles de adoptar. La difusión de información confiable debe emprenderse mediante estrategias de comunicación educativa diseñadas con metodologías de punta, que orienten a la población sobre la alimentación saludable, que utilicen una combinación de medios, incluyendo la participación de medios masivos, comunicación cara a cara del personal de salud, de personal de programas sociales que distribuyen alimentos y de los profesores en las escuelas primarias y secundarias que eventualmente generen en la población la voluntad de cambio.

La combinación de la voluntad de adoptar patrones de alimentación correcta y actividad física y la creación de entornos en los que las opciones saludables se conviertan en las más viables y fáciles de adoptar es indispensable para la incorporación masiva de conductas saludables a la vida cotidiana.

Con base en este marco conceptual, la Secretaría de Salud impulso el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA): Estrategia contra el Sobrepeso y la obesidad, una política integral, multisectorial, multinivel, concertada entre el gobierno y la sociedad civil, incluyendo a la industria, organismos no

gubernamentales y la academia. Esta política tiene suficiente fundamentación en la literatura científica para lograr cambios en los patrones de alimentación y actividad física que permitan la prevención de sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades, siempre y cuando se aplique adecuadamente.²¹⁻²⁵

SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

De acuerdo a recomendaciones de la OMS y desde una perspectiva económica existe la necesidad de implementar una estrategia nacional, multisectorial, que involucre a los distintos niveles de gobierno, tanto el poder ejecutivo como al legislativo, que incidan en las fallas de mercado para reducir el impacto de la obesidad en la salud de la población mexicana y aborde los determinantes de la obesidad en los diferentes contextos en los que interactúan y afectan a la población: el hogar, la escuela, la comunidad, los centros de trabajo, y los espacios públicos y de esparcimiento; que involucre actores clave, incluyendo el gobierno en todos sus sectores relevantes, los sistemas de salud, el sector privado, especialmente la industria de alimentos, los medios de comunicación masiva, las agrupaciones de consumidores y la academia.

Dichas intervenciones intersectoriales, que se enmarcan en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, en operación desde 2010 son costo efectivas. Sin embargo, existen barreras para la adecuada aplicación de las acciones concertadas en el acuerdo. Algunas de las recomendaciones centrales para mejorar la aplicación y efectividad del ANSA son:

- Incluir a la política nacional de prevención de obesidad (el ANSA) como parte del programa nacional de desarrollo

y otorgarle suficiente presupuesto para la implementación de las acciones y evaluación de las mismas.

- Lograr el establecimiento de metas, plazos y acciones para el cumplimiento de los objetivos del ANSA por parte del sector privado, los gobiernos estatales y municipales, así como identificar mecanismos y procesos para su seguimiento y para la rendición de cuentas.
- Fortalecer jurídicamente el ANSA, así como los objetivos planteados en el mismo, para hacerlos tangibles, comprobables y exigibles como parte del derecho a la salud. Así mismo, crear mecanismos de evaluación de resultados y de rendición de cuentas y la creación de una comisión intersecretarial para apoyar la ejecución del Acuerdo.
- Reformar la Ley General de Salud, la Ley General del Trabajo y otras leyes y reglamentos para dotar al estado de los instrumentos legales para la aplicación de regulaciones y disposiciones para la prevención de obesidad y sus comorbilidades.
- Considerar el desarrollo de iniciativas de ley para la prevención de obesidad, con base en las experiencias internacionales al respecto.
- Considerar el uso de políticas fiscales como parte de la estrategia para el control y prevención de la obesidad, incluyendo combinaciones de impuestos y subsidios al consumo, como un impuesto a refrescos y otras bebidas azucaradas para disminuir el consumo, subsidios a frutas y verduras y otros alimentos saludables. Es prioritario generar la evidencia necesaria para la implementación de estas políticas, incluyendo la estimación de elasticidades precio de la demanda de bebidas y alimentos y modelos sobre los efectos de la aplicación de instrumentos fiscales, bajo distintos escenarios, en el consumo de energía, la

obesidad, la morbilidad, la mortalidad y la recaudación fiscal, así como estimar posibles efectos regresivos.

- Evaluar el diseño e implementación del Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil (PABI), en comparación con recomendaciones internacionales, particularmente las de la OPS. En base en dicha evaluación desarrollar una norma para la regulación adecuada de la publicidad de alimentos y bebidas a niños y adolescentes acorde con las recomendaciones internacionales, cumpliendo así con el deber del estado proteger la salud de su población, especialmente de los niños.
- Crear de una estrategia nacional de comunicación educativa y orientación alimentaria, que incluya guías alimentarias que promuevan la salud, que sea desarrollada por un grupo de expertos en nutrición, comunicación, promoción de la salud y educación, que combine diferentes medios, mensajes y estrategias educativas para crear competencias en el personal de los sectores con un papel potencial en la prevención de obesidad (salud, educación y desarrollo social) que incentive la adopción de conductas saludables. La campaña debe ser coordinada e implementada por el Gobierno en todos sus niveles e invitar a la Sociedad Civil a sumarse a ella.
- Desarrollar un proceso de capacitación del personal operativo de salud y de los programas de nutrición mediante cursos que desarrollen las competencias necesarias para la orientación nutricional de calidad bajo el marco de la estrategia nacional de comunicación educativa. Lo mismo aplica para los médicos de primer contacto. Las competencias deben incluir conocimientos, actitudes, destrezas, habilidades de comunicación y motivación.

- Promover la implementación de un sistema de etiquetado frontal de alimentos que sea único, simple, con un solo sello, fácil de entender y establecido de manera independiente de la industria de alimentos por un comité independiente de expertos que revise la experiencia internacional al respecto.
- Verificar el cumplimiento del Plan de Acción Escolar (PACE) para asegurar su adecuada implementación y para reforzar la capacitación y supervisión de los principales actores. Desarrollar un mecanismo y proceso de rendición de cuentas en los niveles municipal y estatal, así como verificar las obligaciones del Comité de Consumo Escolar que incluyen la vigilancia del cumplimiento del PACE. La realización de evaluaciones de proceso y de impacto es fundamental para la verificación y cumplimiento, así como la mejora del programa.
- Generar acuerdos entre la SEP y las autoridades municipales o delegacionales para que en un amplio perímetro del entorno escolar se limiten los alimentos que se restringen actualmente al interior de las escuelas.
- Reorganizar los servicios que presta el Sistema Nacional de Salud para aumentar el acceso de la población a los equipos multidisciplinarios especializados, asegurar la existencia de materiales y medicamentos para la detección de obesidad y sus comorbilidades, fortalecer el programa de Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES crónicas) para lograr un mayor impacto, y establecer programas de certificación de unidades médicas y de especialistas para brindar atención de calidad.
- Evaluar las políticas agrícolas y prácticas de agricultura en el país y analizar las reformas necesarias que permitan aumentar la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos base de una dieta saludable.

- Proveer de la infraestructura necesaria para asegurar la disponibilidad de agua potable en los hogares, las escuelas y centros de trabajo es un factor indispensable para un ambiente higiénico que permita prevenir enfermedades y desplazar el consumo de bebidas con aporte energético para contribuir a la prevención de obesidad.
- Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la lactancia prolongada y promover una alimentación complementaria a partir de los seis meses, manteniendo la lactancia y evitando el consumo de bebidas azucaradas y alimentos con alto contenido de azúcar y sodio. Se propone además la actualización de la Ley General del Trabajo para aumentar los periodos de lactancia materna y los descansos en las jornadas laborales y la promoción de lactarios en los sitios de trabajo.
- Contar con un plan nacional para expandir las oportunidades para fomentar la actividad física, incluyendo espacios recreativos, parques, rutas peatonales, rutas para bicicletas, así como seguridad en las calles y favorecer el desarrollo de sistemas de transporte público masivos en lugar de la construcción de calles que den preferencia al uso de vehículos particulares.
- Asegurar el acceso a alimentos saludables y frescos, en especial frutas y verduras, en comunidades aisladas que tienen dificultad de acceso a dichos productos. Se requiere de una política de planeación de los asentamientos poblacionales y la construcción de infraestructura (caminos, carreteras y puntos de almacenamiento) para promover la existencia de mercados locales a través de la inversión pública. Se recomienda explorar la posibilidad de equipar con refrigeradores a las tiendas Diconsa de las localidades en las que el abasto de frutas y verduras es inadecuado,

para favorecer el abasto de las mismas entre la población marginada. Las estrategias de prevención de obesidad deben acompañarse de una política de redistribución del ingreso, dirigida a la recuperación del ingreso real de las familias más desfavorecidas.

REFERENCIAS

1. Gardner D. *The etiology of obesity*. Mo Med, 2003. 100(3): p. 242-247.
2. Sengier A. *Multifactorial etiology of obesity: nutritional and central aspects*. Rev Med Brux, 2005. 26(4): p. S211-4.
3. Weinsier RL, Hunter GR, Heini AF, Goran MI, Sell SM, *The etiology of obesity: relative contribution of metabolic factors, diet, and physical activity*. Am J Med, 1998. 105(2): p. 145-50. 6.
4. Astrup A, D.J., Selleck M, Stender S. , *Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases*. Obes Rev, 2008. 9(Suppl 1): p. 48-52.
5. Clark JM, B.F., *The challenge of obesity-related chronic diseases*. j Gen Intern Med, 2000. 15(11): p. 828-9.
6. Lewis S, T.S., Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA, *How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study*. . Social Science & Medicine, 2011. 73(9): p. 1349-56.
7. Silorski C, L.M., Kaiser M, Glaesmer H, Schomerus G, Konig HH, Riedel-Heller SG, *The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review*. BMC Public Health, 2011. 11: p. 661.
8. INEGI, *Estadísticas vitales Censo 2010. Mortalidad*. Consulta en agosto de 2012. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>.
9. Stevens G, Rivera-Dommarco J, Carvalho N, Barquera S, *Characterizing the epidemiological transition in Mexico: national and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors*. PLOS Medicine, 2008. 5(6): p. 1-11.
10. Olaíz G, Rivera-Dommarco J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca-México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006*. 2006.
11. Rivera-Dommarco J, Shamah T, Villalpando-Hernández S, González de Cossío T, Hernández B, Sepúlveda J., *Encuesta Nacional de Nutrición 1999*. Cuernavaca, Mor., México: INSP, SSA, INEGI; 2001.
12. Sepúlveda-Amor J, Angel Lezana M, Tapia-Conyer R, Luis Valdespino J, Madrigal H, Kumate J, *(Nutritional status of pre-school children*

- and women in Mexico: results of a probabilistic national survey*). (Spanish). *Gaceta Medica de Mexico*, 1990. 126 (3): p. 207-24.
13. Rivera J, Irizarry L., González-de Cossío T. , *Overview of the Nutritional Status of the Mexican population in the last two decades. Special Article.* . *Salud Publica Mex*, 2009. 51 (Suppl 4): p. s645--56.
 14. Hernández-Licona G, Minor E, Aranda R. Determinantes económicos: Evolución del costo de las calorías en México en: *Obesidad en México*.
 15. Hawkes C. *Promoting healthy diets and tackling obesity and diet-related chronic diseases: What are the agricultural policy levers?* *Food Nutr Bull*, 2007. 28 (2): p. S312-S320.
 16. Shafer L., *Obesity, hunger and agriculture: the damaging role of subsidies*. *BMJ*, 2005. 331: p. 1333-6.
 17. Larrañaga P. *Interés General y Regulación, Isonomía: Revista de teoría y filosofía del derecho*. 2007. 27: p. 73-110.
 18. Charvel S, Rendón C, Hernández M. La importancia de la regulación en el control de la epidemia de obesidad
 19. Cahuana LH, Rubalcava L, Sosa S. Políticas fiscales como herramienta para la prevención de sobrepeso y obesidad
 20. WHO, *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Resolution of the Fifty-seventh World Health Assembly. WHA57.17. World Health Organization, Geneva*. 2004.
 21. WHO, *World Health Organization Study Group. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Ginebra: WHO (Technical Report Series 797) 203*. 1990.
 22. WHO, *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Ginebra: WHO (Technical Report Series 797), 203*. 2000.
 23. WCRF/AICR. *World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Washington DC: AIRC, 2007*.
 24. Martorell R, Koplan J. Rivera-Dommarco J., *Joint U.S.-Mexico Workshop on Preventing Obesity in Children and Youth of Mexican Origin*. IOM. *Washington: The National Academy Press*. 2007.
 25. González de Cossío T, Rivera J, López A, Rubio S., *Nutrición y Pobreza: Política Pública basada en Evidencia. México: Banco Mundial en coedición con Sedesol*. 2008: p. 173.

8

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición **2012**

RESULTADOS NACIONALES





Salud

Utilización de servicios

Las características del proceso de demanda y utilización de servicios de salud, así como el resultado de satisfacción de los usuarios son fundamentales para comprender las bondades de la respuesta social organizada a las necesidades de salud. La ENSANUT 2012 exploró el proceso de demanda, utilización y satisfacción con los servicios de salud curativos en los ámbitos ambulatorio y hospitalario. La utilización de servicios ambulatorios curativos se indagó preguntando a cada integrante del hogar si dos semanas antes de la entrevista “solicitó o recibió consulta (que no haya requerido hospitalización) por enfermedad, control de la misma, lesión o accidente”. De entre los miembros del hogar que respondieron afirmativamente, se seleccionó aleatoriamente a uno; a este individuo seleccionado se le entrevistó y se le aplicó un cuestionario más amplio. Se exploraron diferentes aspectos relacionados con el proceso de búsqueda, utilización y satisfacción con los servicios ambulatorios. La exploración de los servicios hospitalarios se realizó por integrante del hogar, preguntando si durante el año anterior a la entrevista “estuvo hospitalizado o internado”. Se indagó sobre el motivo de la última hospitalización, así como sobre diferentes aspectos relacionados con la atención. Las preguntas sobre el uso de servicios hospitalarios las respondió el informante del hogar, a diferencia de la atención ambulatoria en detalle, que fue respondida de manera directa por el utilizador seleccionado.

Servicios curativos ambulatorios

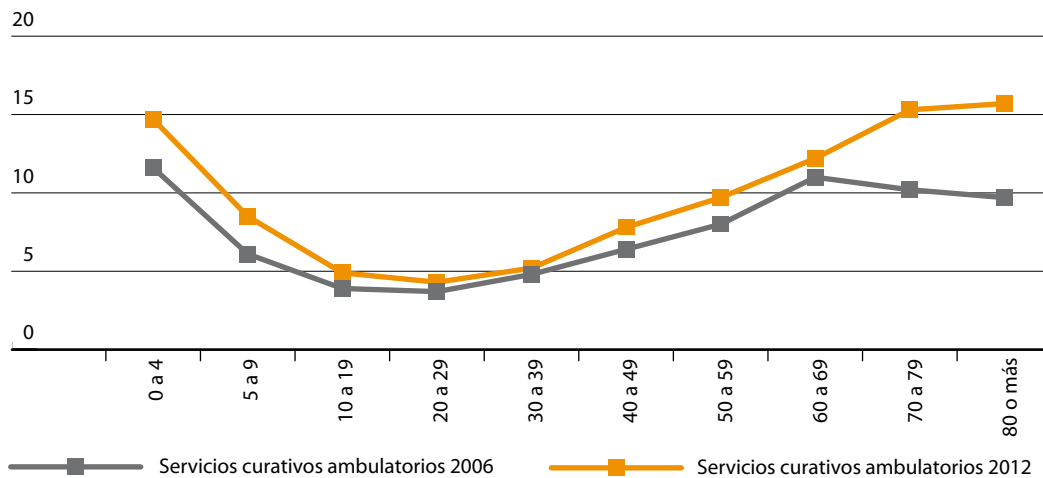
En el ámbito nacional, la tasa de utilización de servicios ambulatorios en los quince días previos a la encuesta en 2012 fue de 7.7 por 100 habitantes, valor superior al reportado por la ENSANUT 2006 que fue de 5.8. Consistente con el mayor reporte de enfermedad en los grupos etarios extremos de la vida, son los grupos de edad de 0 a 4 años y de 80 o más años para los que se identificó una mayor utilización de servicios de salud ambulatorios, con tasas por 100 habitantes de 14.7 y 15.7, respectivamente (figura 2.1).

La principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos lo constituyen las enfermedades y síntomas respiratorios agudos, que representaron 36.5% de las causas. Cabe notar que las enfermedades clasificadas en el grupo de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad concentran 11.5% de las causas de consulta (cuadro 2.1).

Al analizar los principales motivos de consulta por grupos de edad, para el grupo de 0 a 19 años éstos son las enfermedades y síntomas respiratorios agudos,

Pregunta para utilización

En las últimas dos semanas, ¿(Usted/nombre) solicitó o recibió consulta (que no haya requerido hospitalización) por enfermedad, control de la misma, lesión o accidente?



■ **Figura 2.1**
Tasa de utilización de servicios curativos ambulatorios por 100 habitantes, por grupo de edad.* México, ENSANUT 2006 y 2012

* Tasa por 100 habitantes, de utilización en las dos semanas previas a la entrevista

■ **Cuadro 2.1**

Distribución porcentual de las causas de consulta. México, ENSANUT 2012

Motivo de la atención	Total		Grupo de edad				
	N	%	0 a 4	5 a 19	20 a 49	50 a 69	> 69
Enfermedades y síntomas respiratorios agudos	3 182 154	36.5	68.2	53.8	25.8	12	12.9
Diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad	1 003 024	11.5	0.0	1.0	9.2	30.1	33.0
Enfermedades y síntomas gastrointestinales	493 161	5.7	6.3	5.2	6.1	5.5	4.3
Lesiones	357 169	4.1	1.0	4.1	5.7	5.0	2.9
Enfermedades urológicas	190 999	2.2	0.0	1.0	3.7	2.0	3.4
Enfermedades y síntomas respiratorios crónicos	174 651	2.0	2.0	3.6	1.0	1.0	2.0
Síntomas neurológicos y psiquiátricos	167 107	1.9	0.0	1.0	3.0	3.0	2.0
Enfermedades y síntomas reumatológicos y dermatológicos	142 014	1.6	1.0	1.0	2.0	2.7	2.0
Otros padecimientos*	3 014 929	34.6	20.9	29.3	43.3	38.3	38.0

* Otros padecimientos incluye: embarazo, otras infecciones y otros síntomas

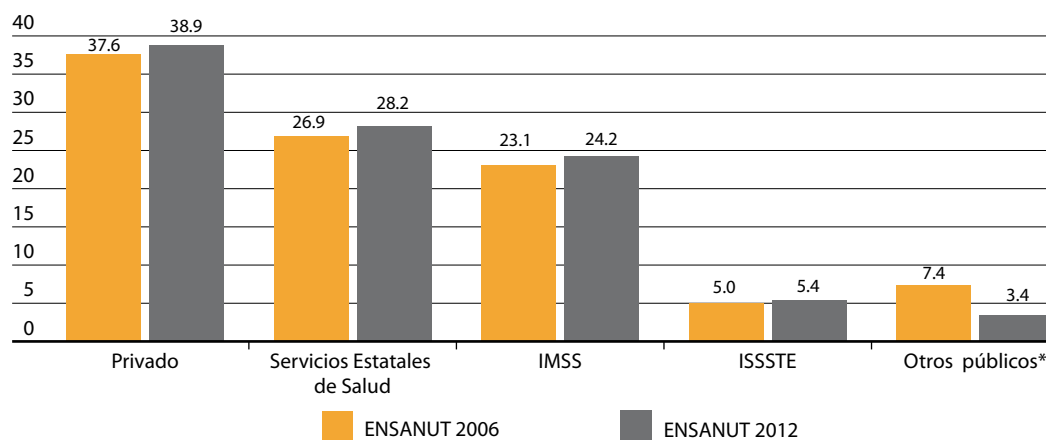
seguidos de las enfermedades y síntomas gastrointestinales (cuadro 2.1). Para el grupo de 20 a 49 años los principales motivos son enfermedades y síntomas respiratorios agudos, seguido de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad. Para el grupo de 50 o más años los principales motivos son diabetes y enfermedades cardiovasculares, seguido de enfermedades y síntomas respiratorios agudos.

Del total de consultas reportadas en la ENSANUT 2012, la mayor parte, 61.1%, fueron proporcionadas en el sector público (incluyendo la seguridad social),

en tanto que el sector privado aportó en 2012 38.9% del total de consultas (figura 2.2). Dentro de los servicios públicos, los proporcionados por los Servicios Estatales de Salud (SESA) concentran 28.2% de las consultas. Los del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) aportan 24.2% de las consultas. En este indicador destaca la creciente participación de los consultorios de farmacias en la provisión de servicios en el sector privado. Los datos de utilización de la ENSANUT 2012 muestran pequeñas variaciones que sugieren un ligero aumento en la participación de servicios privados en comparación con lo reportado en la ENSANUT 2006. En esta última encuesta, del total de la población que utilizó servicios de salud en los 15 días previos al levantamiento de la encuesta, 37.6% acudió a los servicios privados y 62.4% a los servicios públicos.

■ **Figura 2.2**

Distribución porcentual de utilizadores (15 días previos a la encuesta) de servicios ambulatorios curativos por institución que proporciona la atención. México, ENSANUT 2006 y 2012



* Pemex, Sedena y Semar

La variación importante se observa entre los proveedores del sector privado. La ENSANUT 2012 distingue dentro del mismo sector los consultorios médicos independientes, que ofrecen 58.5% del total de las consultas de este sector, y los consultorios que dependen de farmacias, los cuales ofrecen el 41.5% restante. Por sí solos, los consultorios dependientes de farmacia atienden 16.1% del total de consultas ambulatorias, lo que refuerza la importancia de considerar a este subgrupo. Este desglose dentro del sector privado no se indagó en la encuesta de 2006, por lo tanto no es posible evaluar los cambios en este periodo de tiempo.

Por otra parte, al analizar la utilización de servicios en los 15 días previos a la encuesta, en relación con estar afiliado a algún seguro público, se encontró que entre 28.4 y 36.6% de los afiliados a los seguros públicos (incluido Seguro Popular) hicieron uso de los servicios ambulatorios del sector privado, y aproximadamente una tercera parte de estos lo hicieron en los consultorios de farmacias. Si se incluye la demanda que hacen en “otras instituciones públicas” diferentes de

aquellas donde están afiliados, la cifras incrementan a entre 34.0 y 36.9% (figura 2.3). De la población que refirió no tener ningún esquema de aseguramiento 76% reportaron acudir a los servicios privados y la mayor parte del restante 24% acudió a los servicios de los SESA.

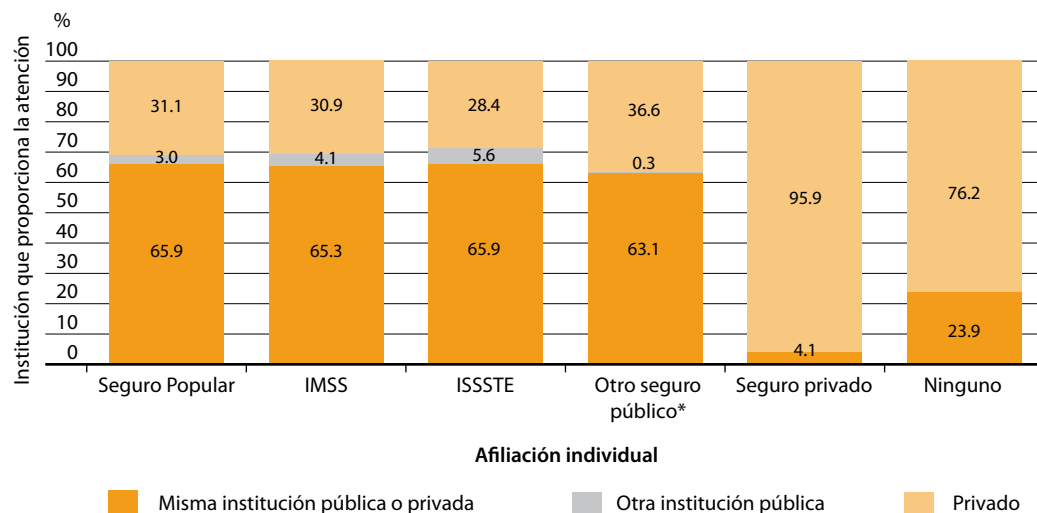


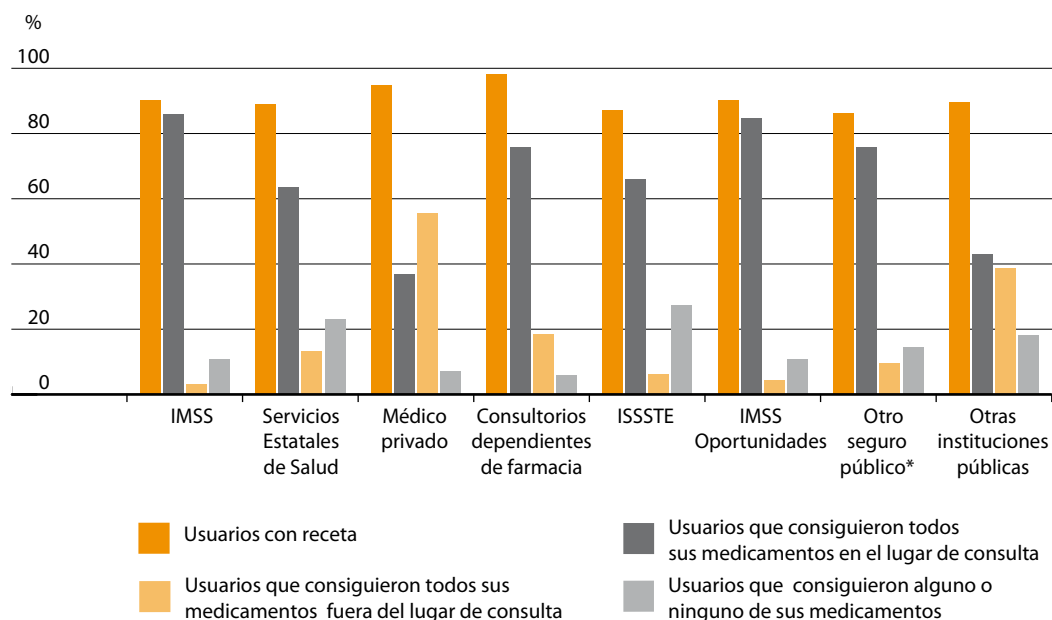
Figura 2.3
Concordancia entre esquema de aseguramiento e institución que proporcionó la atención curativa ambulatoria. México, ENSANUT 2012

* Para quien no tiene un esquema de aseguramiento en salud, "otra institución Pública" significa atención en hospitales públicos

En el ámbito nacional, 92% de los usuarios de servicios de consulta médica ambulatoria recibieron una prescripción de medicamentos. De ellos, 65.2% reportó haber conseguido todos sus medicamentos en el mismo sitio de la consulta. El IMSS es la institución que surte el total de los medicamentos recetados en mayor proporción. De los derechohabientes del IMSS que solicitaron atención en los 15 días previos a la encuesta, 86.1% refirieron haber recibido todos los medicamentos recetados (figura 2.4). Los atendidos en el IMSS Oportunidades refirieron haber recibido todos sus medicamentos en porcentajes similares a los del IMSS. Los usuarios que recibieron receta y que acudieron a los Servicios Estatales de Salud y el ISSSTE (federal y estatal) refirieron porcentajes de surtimiento de recetas en cantidades inferiores a las reportadas para el IMSS, 63.7 y 66% respectivamente de los usuarios que recibieron receta lograron el surtimiento completo dentro de la institución donde se dio el servicio. Los consultorios dependientes de farmacias surten todos los medicamentos en la misma farmacia en 74.6% de los casos y quedan surtidas parcialmente o sin surtir hasta 5.8% de las recetas.

■ **Figura 2.4**

Surtimiento de recetas a usuarios por institución que proporciona la atención ambulatoria. México, ENSANUT 2012

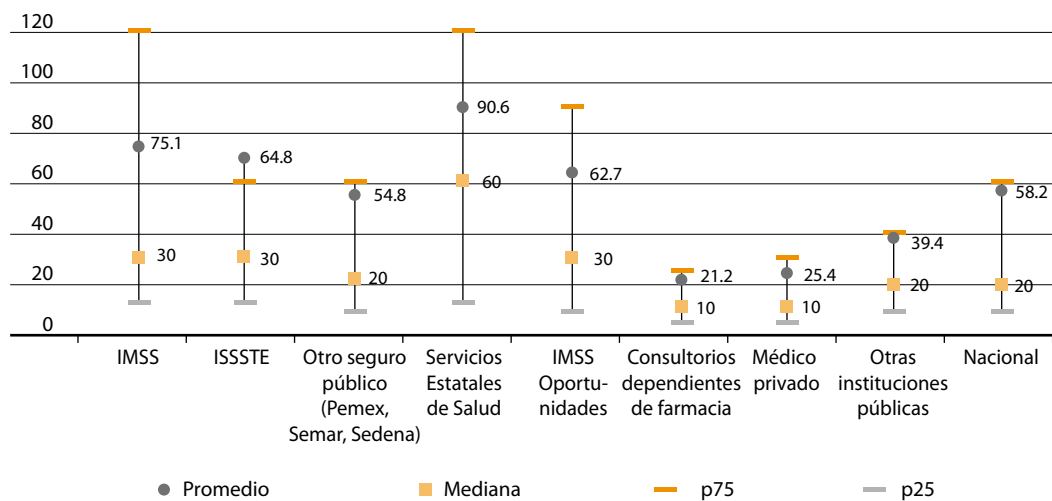


* Pemex, Sedena y Semar

El tiempo de espera para recibir servicios médicos curativos ambulatorios muestra una amplia variación en el ámbito nacional, con una mediana de 20 minutos y promedio de 58 minutos (figura 2.5), comparado con el tiempo de espera aceptable de 30 minutos establecido por el programa SICalidad. Los usuarios con menor espera (cuartil inferior o p25) muestran una espera de 10 minutos o menos, mientras que los usuarios con mayor espera (cuartil superior o p75) esperan al menos una hora. El intervalo de tiempos de espera reportado en el cuartil inferior varía de acuerdo al sitio donde se da el servicio, y va de 5 minutos para consultorios

■ **Figura 2.5**

Tiempo de espera en minutos para recibir consulta de servicios médicos curativos ambulatorios, por institución de atención. México, ENSANUT 2012



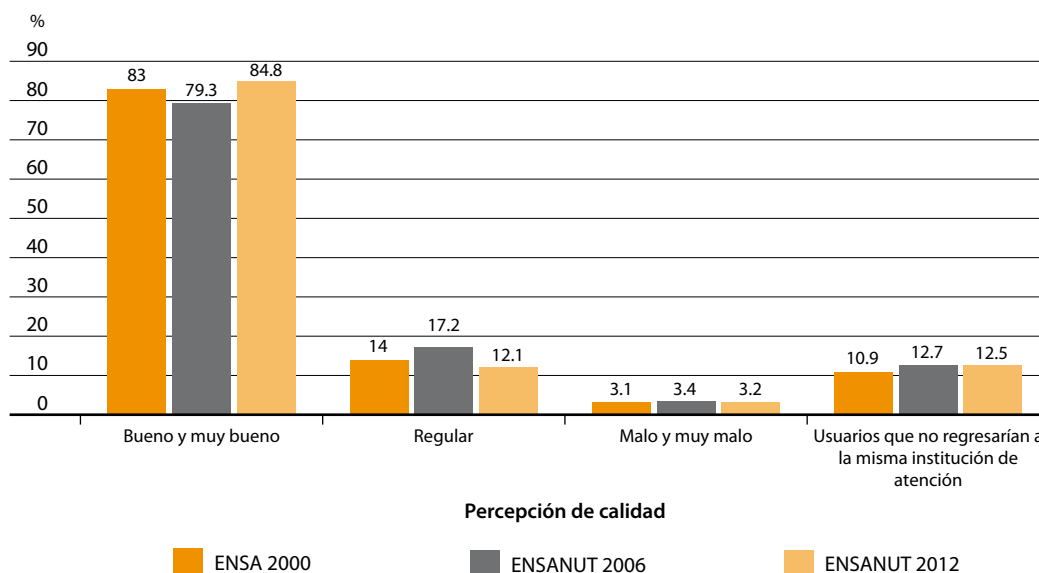
de gasto, 37.7% de los usuarios refirieron haber pagado por la consulta. En relación con los estudios de laboratorio y gabinete, 65% de quienes realizan estudios de laboratorio o gabinete pagan por este concepto (cuadro 2.2).

Para los usuarios que reportaron gasto de bolsillo (40%), la mediana de gasto total (consulta y estudios) reportada para el ámbito nacional es de 100 pesos, con un rango intercuartil 25-75 de 30 a 300 pesos. Respecto al gasto en medicamentos, la mediana de gasto es de 200 pesos para quienes incurrieron en este gasto (54% de los usuarios), con valores que van desde 87 pesos (primer cuartil) a 400 pesos (cuartil superior, p75) (cuadro 2.2).

La calidad del servicio es percibida como muy buena o buena por 84.8% de los usuarios de servicios ambulatorios curativos, esta proporción fue ligeramente superior a la reportada en la ENSANUT 2006 y en la ENSA 2000 de 79.3 y 83% respectivamente. De manera concomitante, la percepción de calidad regular se ha reducido, de 14 y 17.2% en 2000 y 2006 respectivamente, a 12.1% en 2012. La percepción de calidad muy mala o mala se ha mantenido similar. El 12.5% dicen que no regresarían a la misma institución que los atendió, similar a la proporción en 2006, de 12.7%, aunque ligeramente superior a lo reportado en 2000, de 10.9% (figura 2.6). Los usuarios que acudieron al ISSSTE reportaron los porcentajes más altos de insatisfacción con la calidad del servicio recibido. Los usuarios opinan que sus servicios son regulares o malos y muy malos, con 20.5 y 5.6%, respectivamente; así como también la proporción más alta que afirman que no regresarían, con 21.9%. De los usuarios de “otro seguro público”, 94.7% percibe la calidad como muy buena y buena, y la proporción más baja de los que dicen que no regresarían, con 3.8% (figura 2.7).

■ **Figura 2.6**

Calidad de la atención ambulatoria en el ámbito nacional. Comparativo 2000, 2006 y 2012. México, ENSANUT 2012



dependientes de farmacia y médicos privados, a 15 minutos para el caso del IMSS, ISSSTE (federal y estatal) y SESA. El intervalo de tiempos de espera en el cuartil superior es mucho más variable entre las instituciones proveedoras, desde 25 a 30 minutos para el caso de los consultorios dependientes de farmacias y médicos privados, respectivamente, hasta 120 minutos para el IMSS y SESA, y 90 minutos para el IMSS Oportunidades. Los usuarios de los SESA tienen la mediana de tiempos de espera más elevada, con 60 minutos, en contraste con el resto de las instituciones, que va de 10 minutos para los proveedores privados, hasta 30 minutos para el IMSS y el ISSSTE (federal y estatal).¹

En el ámbito nacional, 39.5% de los usuarios que reportaron haber usado los servicios de salud en los 15 días previos a la encuesta refirieron haber pagado al momento de utilizar servicios médicos curativos por consulta o estudios de laboratorio o gabinete (cuadro 2.2). Como es de esperar, la proporción más alta de quienes realizan pagos es para quienes usan servicios privados, aunque los montos gastados son muy diferentes entre los dos tipos de proveedores privados. Entre las instituciones públicas, los usuarios de los SESA son lo que en mayor proporción (13.9%) pagan por la atención ambulatoria. Considerando por rubro

■ Cuadro 2.2

Gasto en atención ambulatoria por institución que presta la atención. México, ENSANUT 2012

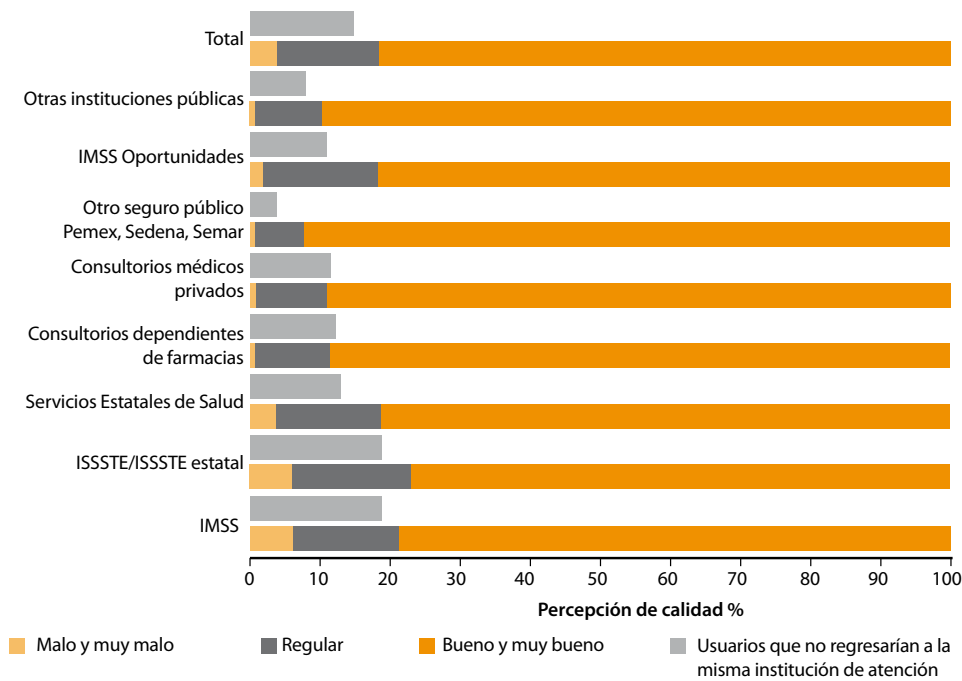
	Porcentaje de usuarios que realizó gastos	Mediana del gasto, pesos 2012	Intervalo intercuartil p25 p75	
Total*	39.5	100.0	30	300
Servicios Estatales de Salud	13.9	90	30	300
IMSS	1.4	180	100	325
ISSSTE/ISSSTE estatal	3.5	700	200	3000
Otro seguro público (Pemex, Semar Sedena)	10.9	130	100	350
IMSS Oportunidades	9.5	250	100	350
Consultorios dependientes de farmacia	89.5	30	25	40
Médico privado	88.0	200	100	450
Otras instituciones públicas	47.7	30	30	80
Consulta	37.7	55	30	250
Estudios de laboratorio y gabinete [‡]	65.48	350	200	700
Otros gastos [§]	50.0	30	16	80
Medicamentos [¶]	53.7	200	87	400

*Se calculó en la submuestra de utilizadores de servicios ambulatorios en las últimas dos semanas. Incluye los rubros de gasto en consulta y estudios de laboratorio/gabinete.

[‡] Del total de usuarios de servicios ambulatorios (N= 8 725 207) a 27.13% se les solicitó un examen de laboratorio o gabinete. De estos, 65.48% (N=1 549 846) se lo realizaron, y sobre estos se calculó % que gastaron en este rubro.

[§] Incluye gastos de transporte y otros gastos.

[¶] Se calculó a partir del total de individuos que en la encuesta de hogar refirieron haber acudido a los servicios de atención ambulatoria en las últimas dos semanas.



■ **Figura 2.7**
Percepción del usuario sobre la calidad de servicios ambulatorios, por institución que proporciona la atención. México, ENSANUT 2012

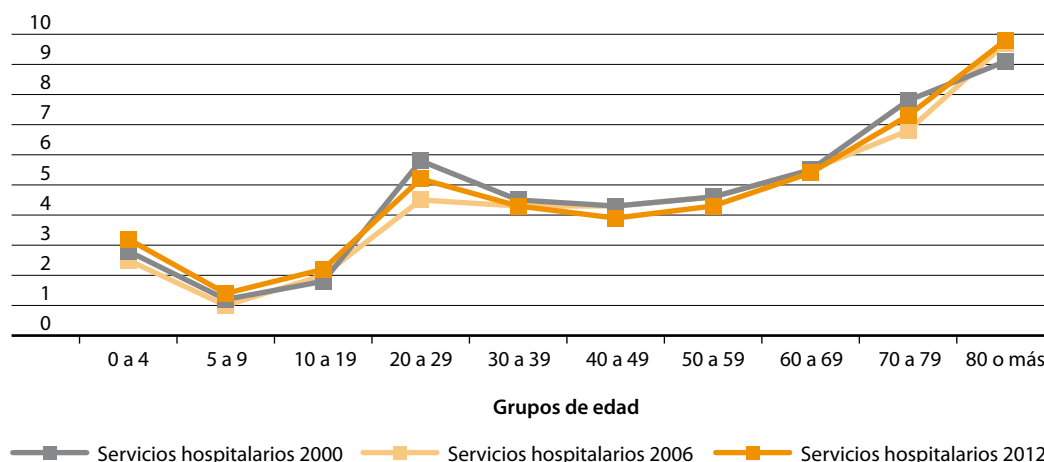
Servicios hospitalarios

De acuerdo con la respuesta del informante clave del hogar, en el ámbito nacional se estimó que 3.8 de cada 100 habitantes utilizó los servicios hospitalarios en el año previo a la entrevista. La tasa entre las mujeres es de 4.9 por 100, superior a la de los hombres de 2.6. Los grupos de 5 a 9 años y de 10 a 19 años son los que tienen la tasa de utilización más baja, con 1.4 y 2.2 por cada 100, respectivamente (figura 2.8). A partir de los 40 años existe una tendencia creciente en el uso de servicios hospitalarios, que alcanza hasta 9.8 por cada 100 personas de 80 años o más. La tasa de utilización de servicios hospitalarios en 2012 es similar a la reportada por la ENSANUT 2006 de 3.5 y a la ENSA 2000 de 3.6 por 100 habitantes. La distribución de utilizadores entre grupos de edad fue también muy similar entre las tres encuestas (figura 2.8)

El motivo más frecuente de hospitalización tanto entre hombres como entre mujeres es el tratamiento no quirúrgico de enfermedades (como diabetes, infarto, crisis hipertensiva, etc.), que representa 31.5% del total: 40.3% para el caso de los hombres y 27% para las mujeres (figura 2.9). Los motivos que siguen, sin considerar el sexo, son la cirugía y el parto, con 22.7 y 13.8%, respectivamente. Los eventos obstétricos en su conjunto concentran 37.7% de las hospitalizaciones en las mujeres. La hospitalización por causa de lesiones no intencionales e intencionales fue 3.2 y 5.6 veces más frecuente en hombres que en mujeres, respectivamente.

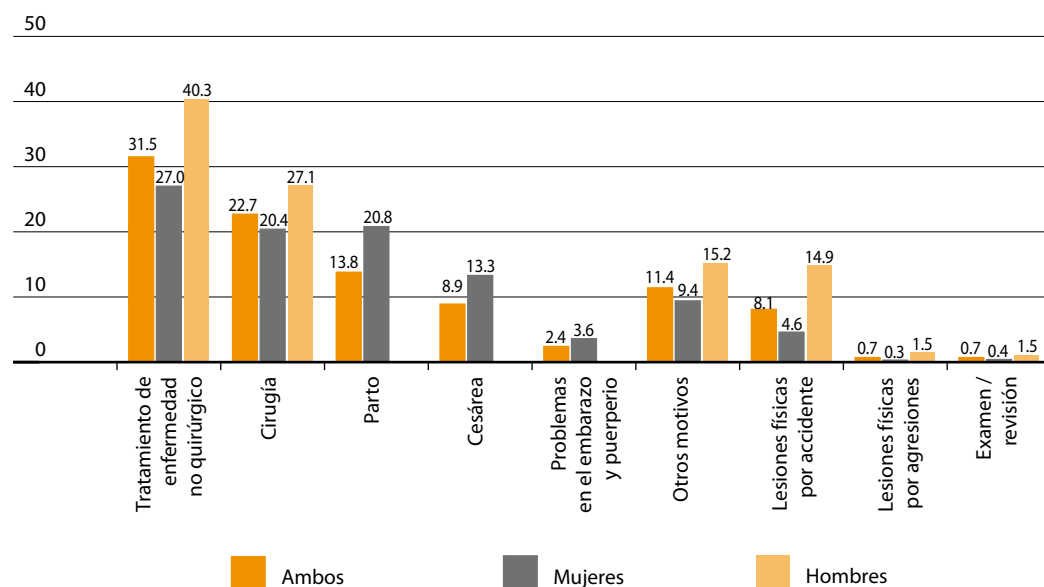
■ **Figura 2.8**

Porcentaje de individuos que utilizaron servicios hospitalarios, por grupo de edad. México, ENSA 2000 ENSANUT 2006 y 2012

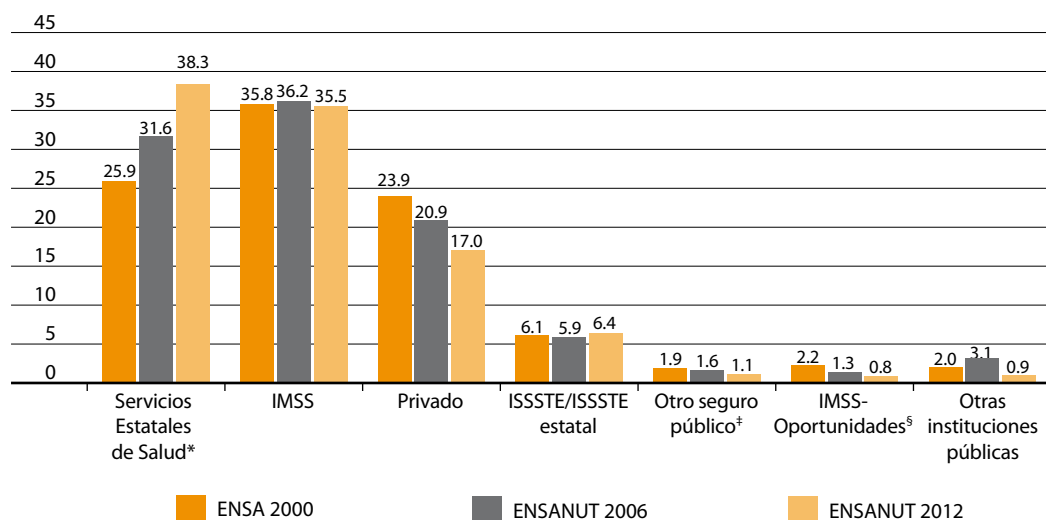


■ **Figura 2.9**

Distribución porcentual de utilizadores de servicios hospitalarios durante el último año, por sexo y motivo de atención. México, ENSANUT 2012



El principal proveedor de servicios hospitalarios son los SESA, con 38.3% del total, porcentaje superior al reportado para estas instituciones en 2006, 31.6%, y en 2000, 25.9% (figura 2.10). El IMSS fue reportado como sitio de hospitalización por 35.5% de los usuarios de ese servicio, porcentaje similar al registrado en 2006, 36.2%, y en 2000, 35.8%. Para este tipo de servicio, el sector privado disminuyó su participación relativa, al pasar de 23.9% en 2000, 20.9% en 2006, a 17.0% en 2012, lo que representa un decremento importante de casi 18.7%. Así, entre 2000 y 2012 se observa un paulatino desplazamiento hacia el sector público. Los usuarios de servicios hospitalarios demandan con mayor frecuencia este servicio

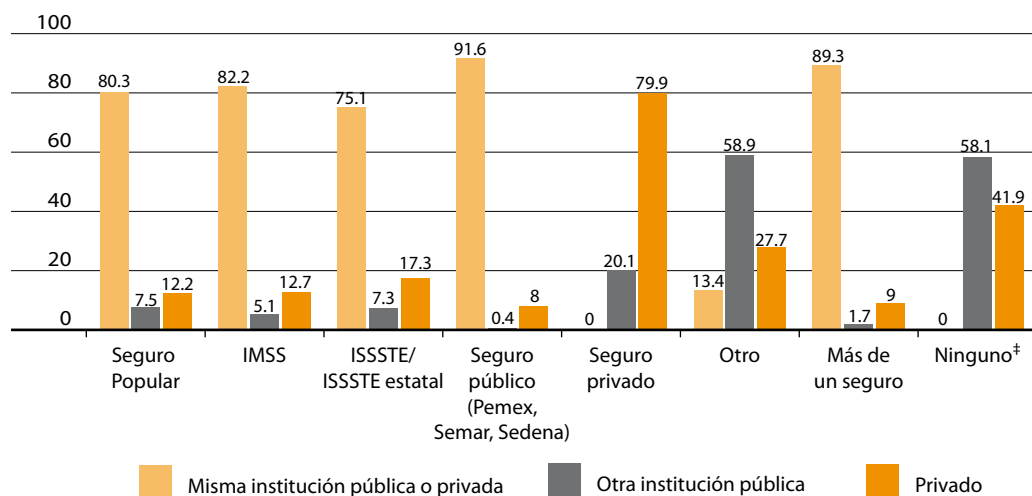


■ **Figura 2.10**
Distribución porcentual de utilizadores de servicios hospitalarios durante los últimos 12 meses, por tipo de institución que proporciona la atención. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012

* Secretaría de Salud incluye los hospitales Federales
 † Otro seguro público incluye: PEMEX; SEMAR
 ‡ En 2000, el IMSS Oportunidades era IMSS Solidaridad

al sistema público de salud, lo que ocurre de forma paralela a la expansión del SPSS (figura 2.10).

En la figura 2.11 se presenta la concordancia entre la institución que se utiliza para la atención hospitalaria y el esquema de aseguramiento en salud. Entre 8.0 y 17.3% de los afiliados a las instituciones públicas de seguridad social y Seguro Popular refieren haber usado servicios privados para la hospitalización (figura 2.11). Al sumarle la utilización de servicios en otras instituciones públicas diferentes a



■ **Figura 2.11**
Concordancia entre esquema de aseguramiento e institución que proporciona la atención hospitalaria durante los últimos 12 meses. México, ENSANUT 2012

* Para quienes no tienen esquema de aseguramiento en salud, "otra institución pública" significa atención en hospitales públicos

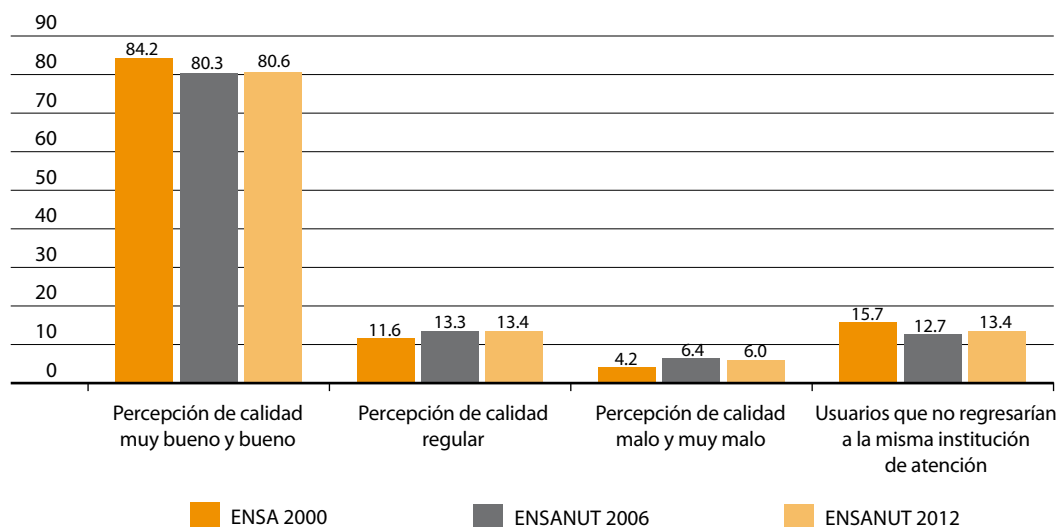
las de su afiliación, las cifras van de 8.4 a 24.9%, cifra significativamente menor a la reportada para los servicios ambulatorios. Los afiliados con mayor utilización fuera de sus instituciones de aseguramiento son los de ISSSTE federal y estatal, mientras que aquellos con mayor utilización de sus propias instituciones son los de Pemex/Sedena/Semar (92%), si bien los porcentajes para los otros seguros son elevadas: IMSS con 82% y Seguro Popular con 80%. La población que refirió no tener ningún esquema de aseguramiento (12% de los utilizadores), acude en su mayoría a servicios públicos (57%).

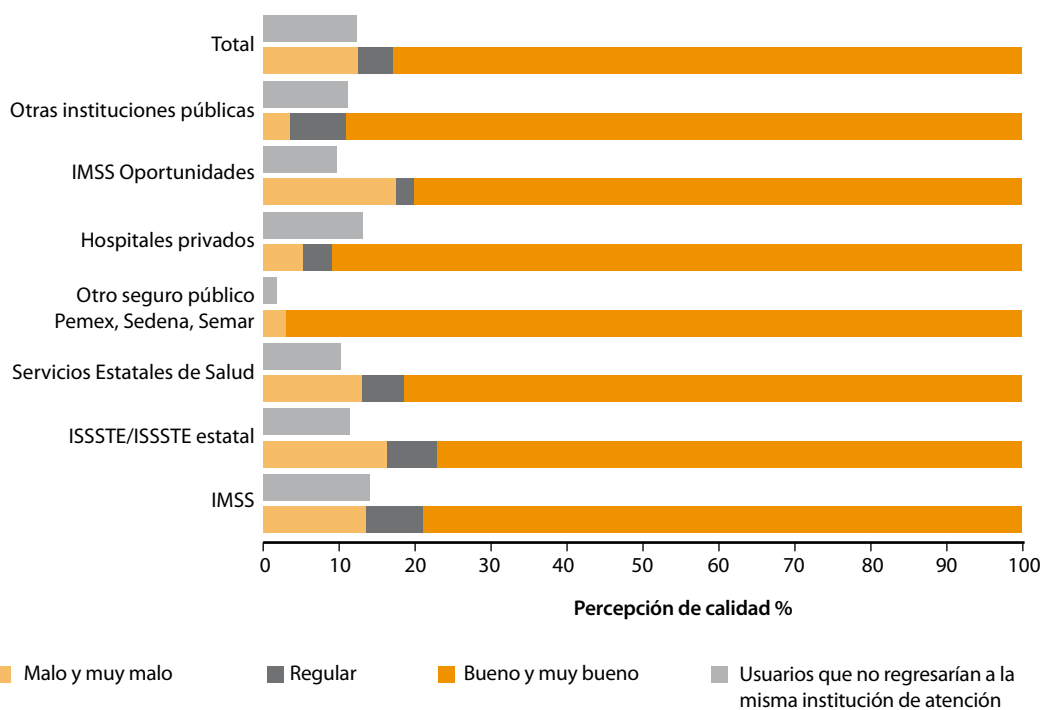
En el ámbito nacional, 80.6% de los usuarios de todos los servicios hospitalarios percibe la calidad del servicio como muy buena o buena, esta proporción fue de 80.3 y 84.2% para 2006 y 2000 respectivamente. Por el contrario, 6% de los usuarios percibió la calidad de la atención como mala o muy mala, similar a lo reportado en 2006 de 6.4%, pero superior a lo reportado en 2000, 4.2%. En 2012, 13.4% de los usuarios de servicios hospitalarios dice que no regresaría a la misma institución que lo atendió, esta proporción fue de 12.7% en 2006 y de 15.7% en 2000 (figura 2.12). En la figura 2.13 se muestran las diferencias en percepción de la calidad de los servicios hospitalarios por institución proveedora.

Por otra parte, al analizar los cambios en el lugar de atención hospitalaria entre los menores de cinco años (población objetivo del Seguro Médico para una Nueva Generación, SMNG), se observa que entre 2006 y 2012 se ha dado un desplazamiento de la atención en el sector privado y la seguridad social hacia los servicios financiados por el SMNG (figura 2.14).

■ **Figura 2.12**

Calidad de la atención hospitalaria en el ámbito nacional. Comparativo 2000, 2006 y 2012





■ **Figura 2.13**
Percepción de la calidad del servicio en usuarios de servicios hospitalarios, por institución que proporciona la atención. México, ENSANUT 2012



■ **Figura 2.14**
Distribución porcentual de los niños de cinco años y menos que requirieron hospitalización por tipo de institución y año. México, ENSANUT 2006 y 2012

Conclusiones

La utilización de servicios curativos y ambulatorios muestra un comportamiento similar al observado en 2000 y 2006, con mayor utilización en los extremos de la vida, lo que es consistente con la presencia de episodios de enfermedad. Por lo que se refiere a la demanda de servicios hospitalarios, el comportamiento se ha mantenido constante en el tiempo, con mayor utilización en el periodo reproductivo entre las mujeres y entre los adultos mayores.

En términos de la provisión, los servicios públicos representan en su conjunto más de 60% del total de consultas, porcentaje similar al observado en 2006. Es decir, el patrón de utilización de los servicios ambulatorios no se ha modificado, muestra que cerca de 3 de cada 10 utilizadores de servicios que cuentan con algún esquema de protección en salud pública optaron por la atención privada, con una participación importante de los consultorios de las farmacias.

Por lo que se refiere a la atención hospitalaria, en los resultados destaca el incremento de la participación de los servicios públicos en general, y de los financiados por el SPSS en particular, lo que podría indicar que la oportunidad en atención en los mismos es mayor que en otros públicos. De hecho, al analizar el cambio en la distribución de las hospitalizaciones entre instituciones entre menores de cinco años, el incremento en los SESA ocurre a expensas del sector privado y del IMSS. No se identifica un cambio en la calidad percibida por parte de los usuarios.

Estos resultados evidencian la importancia de invertir en la calidad de los servicios públicos para ofrecer mayor valor a los usuarios y promover la eficiencia en el sistema.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Sistema Integral de la Calidad. INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. México, D.F.: Ssa. Disponible en: http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/doctos/estructura_indicadores.pdf



Nutrición

Hogar

Programas de ayuda alimentaria

Se analizaron datos de 36 165 hogares, que aplicando los factores de expansión representan a una población de 29 429 300 hogares. El tamaño de muestra fue de 23 288 en zonas urbanas, que representan a 23 099 000 hogares y de 12 877 en zonas rurales que representan a 6 330 300 hogares.

Cerca de 11 741 700 hogares en todo el país (39.9%) informaron recibir beneficios de uno o más programas (se incluyen programas de desarrollo social o de salud con componentes de nutrición o alimentación o con transferencias monetarias). De ellos, cerca de 8 202 300 hogares (alrededor de 28% del total de los hogares en México) son beneficiarios de un programa, 2 703 100 de dos programas (9.2%) y alrededor de 836 300 hogares (2.8%) de tres o más programas.

Al observar la distribución de los diferentes programas por región del país, la zona norte es la que cuenta con menor proporción de hogares con beneficios de programas (alrededor de 25%), mientras que en la zona sur 49.1% de los hogares reciben uno o más programas de ayuda alimentaria (cuadro 7.1).

Al analizar la distribución de los beneficios de los programas entre zonas urbanas y rurales, 32.3% de los hogares en zonas urbanas cuentan con beneficios de algún programa de ayuda alimentaria, mientras que en la zona rural cerca de 68% de los hogares recibe ayuda de al menos un programa.

■ Cuadro 7.1

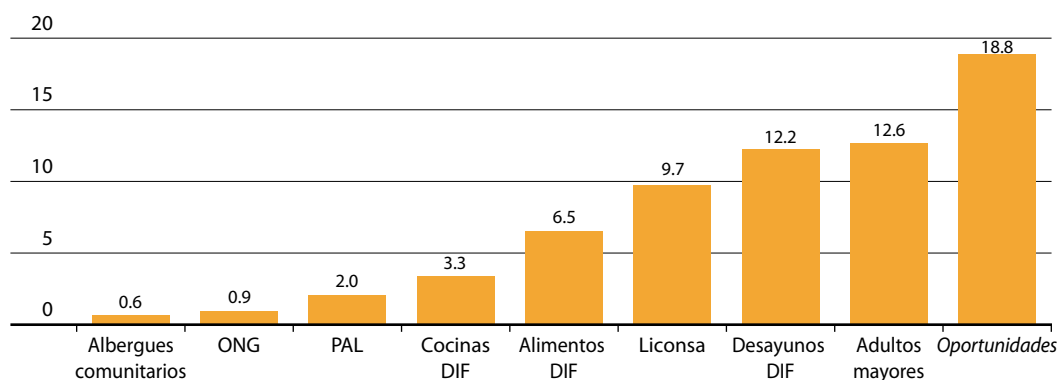
Porcentaje de los hogares con ayuda alimentaria por región, tipo de localidad y en el ámbito nacional. México, ENSANUT 2012

Región	Total		Un programa		Dos programas		Tres o más programas	
	n	n (miles)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Norte	8 591	6 122.8	18.1	(16.8, 19.4)	5.4	(4.7, 6.1)	1.9	(1.5, 2.4)
Centro	1 2270	8 491.8	26.8	(25.2, 28.4)	8.5	(7.5, 9.4)	2.8	(2.2, 3.4)
Ciudad de México	1 731	5 710.7	30.0	(27.4, 32.7)	10.7	(9.0, 12.6)	2.9	(1.9, 4.1)
Sur	13 573	9 104.0	34.1	(32.3, 35.8)	11.4	(10.4, 12.5)	3.5	(3.0, 4.0)
Tipo de localidad								
Urbana	23 288	23 099.0	23.9	(22.8, 24.9)	6.8	(6.1, 7.4)	1.6	(1.3, 1.9)
Rural	12 877	6 330.3	42.4	(40.7, 44.0)	18.1	(16.9, 19.2)	7.3	(6.4, 8.2)
Total	36 165	29 429.3	27.9	(26.9, 28.7)	9.2	(8.6, 9.7)	2.8	(2.5, 3.1)

En la figura 7.1 se presenta información correspondiente a los hogares beneficiarios de los principales programas sociales en el ámbito nacional. Los programas con mayor cobertura son el Programa Oportunidades que beneficia a 18.8% de los hogares en el país, adultos mayores, 12.6%; desayunos escolares, 12.2% y Liconsa, con una cobertura nacional de 9.7% de los hogares.

Figura 7.1

Porcentaje de hogares que reciben ayuda alimentaria por tipo de programa de desarrollo social. México, ENSANUT 2012



ONG= Organización no gubernamental
 PAL= Programa de Apoyo Alimentario
 DIF= Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Respecto a los programas de salud, el programa con mayor cobertura es el de suplementación con ácido fólico que beneficia a 28.4% de los hogares entrevistados, y vitamina A y hierro con 20.2% (cuadro 7.2).

Al analizar la distribución de los beneficios de los programas entre zonas urbanas y rurales, *Oportunidades* es el programa con mayor cobertura en el medio rural, donde cerca de 49.7% de los hogares reciben beneficios de este programa, seguido de adultos mayores y desayunos escolares (23.1 y 21.4% respectivamente). Cabe destacar la cobertura y distribución del Programa de Apoyo Alimentario (PAL), el cual, a pesar de su cobertura relativamente pequeña, se dirige a población no cubierta por el Programa *Oportunidades* por carecer de servicios de salud o educación en un radio determinado de su lugar de residencia, lo que constituye un requisito para acceder a los beneficios del Programa *Oportunidades*. Su representación en el ámbito nacional alcanza casi 588 500 familias, cerca de 2% del total de los hogares, con igual presencia en localidades rurales y urbanas. (cuadro 7.2).

La distribución de los beneficios de los programas de salud entre zonas urbanas y rurales muestra que el programa con mayor cobertura en zona rural es la suplementación con ácido fólico que llega a 37.7% de los hogares, posteriormente se encuentran la suplementación con hierro (25.2%) y con vitamina A (23.2%). En zonas urbanas, los porcentajes de familias beneficiadas por cada programa de salud son: suplementación con ácido fólico, 25.8%; con vitamina A, 19.3%; y con hierro, 18.8%.

■ Cuadro 7.2

Porcentaje de hogares que reciben ayuda alimentaria por programa, tipo de localidad y región. México, ENSANUT 2012

Programas de desarrollo social	Nacional				Urbano				Rural			
	Muestra	Expansión			Muestra	Expansión			Muestra	Expansión		
	n	n (miles)	%	IC 95%	n	n (miles)	%	IC 95%	n	n (miles)	%	IC 95%
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	35 972	29 312.7	18.8	(17.7, 19.9)	23 202	23 036.6	10.4	(9.4, 11.4)	12 770	6 276.1	49.7	(47.1, 52.1)
Leche fortificada LICONSA	36 134	29 409.8	9.7	(8.8, 10.7)	23 273	23 086.8	10.8	(9.7, 12.0)	12 861	6 323.0	5.8	(4.7, 6.9)
Alimentos del programa DIF	36 154	29 421.3	6.5	(5.9, 6.9)	23 282	23 094.0	4.8	(4.3, 5.3)	12 872	6 327.3	12.4	(11.1, 13.8)
Cocinas o desayunadores comunitarios del DIF	36 156	29 421.5	3.3	(3.0, 3.6)	23 281	23 092.6	2.7	(2.3, 2.9)	12 875	6 328.9	5.8	(5.1, 6.5)
Desayunos para escolares (fríos o calientes) del DIF	22 122	18 000.8	12.2	(11.2, 13.0)	14 152	13 974.5	9.5	(8.4, 10.6)	7 970	4 026.3	21.4	(19.5, 23.4)
Apoyos monetarios del Programa de Apoyo Alimentario (PAL)	36 157	29 424.7	2.0	(1.7, 2.3)	23 282	23 095.7	2.0	(1.6, 2.4)	12 875	6 329.0	2.2	(1.7, 2.7)
Apoyo alimentario de albergues o comedores escolares indígenas	22 128	18 005.9	0.6	(0.4, 0.7)	14 157	13 978.7	0.4	(0.3, 0.5)	7 971	4 027.2	1.2	(0.8, 1.6)
Apoyos monetarios o en especie adultos mayores	17 856	14 944.9	12.6	(11.7, 13.5)	11 372	11 820.9	9.9	(8.9, 10.8)	6 484	3 124.0	23.1	(21.4, 24.7)
Apoyo de ONG	36 158	29 425.1	0.9	(0.7, 1.0)	23 284	23 096.2	0.8	(0.6, 1.0)	12 874	6 328.9	1.0	(0.7, 1.3)
Programas de salud												
Suplementos de hierro	27 643	22 723.5	20.2	(19.3, 21.0)	17 937	17 856.3	18.8	(17.8, 19.7)	9 706	4 867.2	25.2	(23.6, 26.7)
Suplementos de ácido fólico	26 975	22 205.1	28.4	(27.3, 29.3)	17 545	17 478.6	25.8	(24.7, 26.9)	9 430	4 726.5	37.7	(35.6, 39.7)
Suplementos de vitamina A	17 262	14 027.7	20.2	(19.2, 21.2)	10 859	10 707.5	19.3	(18.2, 20.4)	6 403	3 320.2	23.2	(21.5, 24.9)

Programas de desarrollo social	Región															
	Norte				Centro				Ciudad de México				Sur			
	Muestra	Expansión			Muestra	Expansión			Muestra	Expansión			Muestra	Expansión		
n	n (miles)	%	IC 95%	n	n (miles)	%	IC 95%	n	n (miles)	%	IC 95%	n	n (miles)	%	IC 95%	
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	8 562	6 110.4	9.4	(8.1, 10.8)	12 208	8 458.6	18.8	(16.9, 20.8)	1 726	5 698.7	5.8	(3.8, 8.7)	13 476	9 044.9	33.4	(30.9, 35.8)
Leche fortificada LICONSA	8 584	6 119.2	3.9	(3.2, 4.6)	12 260	8 487.6	8.4	(7.3, 9.6)	1 730	5 707.1	25.6	(22.8, 28.4)	13 560	9 095.8	5.0	(4.3, 5.6)
Alimentos del programa DIF	8 587	6 120.1	7.9	(6.9, 8.9)	12 266	8 489.0	7.1	(6.2, 7.9)	1 731	5 710.7	4.2	(3.0, 5.6)	13 570	9 101.6	6.4	(5.4, 7.4)
Cocinas o desayunadores comunitarios del DIF	8 586	6 117.5	2.9	(2.4, 3.3)	12 268	8 490.5	3.4	(2.8, 3.9)	1 731	5 710.7	3.6	(2.7, 4.6)	13 571	9 102.7	3.5	(3.0, 3.9)
Desayunos para escolares (fríos o calientes) del DIF	5 238	3 738.8	9.2	(8.0, 10.4)	7 453	5 160.6	9.9	(8.5, 11.3)	1 061	3 445.7	18.4	(15.1, 22.1)	8 370	5 655.7	12.4	(11.0, 13.9)
Apoyos monetarios del Programa de Apoyo Alimentario (PAL)	8 589	6 121.2	1.2	(0.9, 1.5)	12 268	8 490.5	1.7	(1.3, 2.2)	1 731	5 710.7	2.9	(1.8, 4.5)	13 569	9 102.4	2.3	(1.9, 2.7)
Apoyo alimentario de albergues o comedores escolares indígenas	5 237	3 739.6	0.4	(0.2, 0.6)	7 455	5 161.8	0.5	(0.3, 0.8)	1 061	3 445.7	0.4	(0.2, 0.9)	8 375	5 658.8	0.9	(0.6, 1.1)
Apoyos monetarios o en especie adultos mayores	4 052	2 873.3	6.9	(5.8, 8.1)	6 113	4 251.2	13.1	(11.5, 14.6)	915	3 132.9	11.3	(8.8, 14.2)	6 776	4 687.4	16.6	(15, 18.2)
Apoyo de ONG	8 589	6 121.2	0.7	(0.5, 1.0)	12 268	8 490.6	0.7	(0.5, 0.9)	1 731	5 710.7	1.0	(0.5, 1.6)	13 570	9 102.7	1.1	(0.8, 1.3)
Programas de salud																
Suplementos de hierro	6 463	4 608.1	19.0	(17.6, 20.3)	9 291	6 504.4	19.8	(18.5, 21.1)	1 374	4 496.5	13.3	(11.0, 16.0)	10 515	7 114.5	25.5	(24.1, 26.9)
Suplementos de ácido fólico	6 289	4 494.5	24.5	(23.0, 26.0)	9 098	6 378.1	30.7	(28.8, 32.5)	1 349	4 413.3	22.6	(19.6, 25.8)	10 239	6 919.1	32.4	(30.7, 34.0)
Suplementos de vitamina A	4 075	2 891.1	19.0	(17.3, 20.8)	5 827	4 131.2	20.5	(19.0, 22.0)	793	2 523.0	13.8	(11.3, 16.6)	6 567	4 482.4	24.4	(22.7, 26.1)

Respecto a la distribución regional de los programas, se observa que *Oportunidades* es el programa con mayor cobertura en la región sur, donde 33.4% de los hogares son beneficiarios de este programa; en contraste, Liconsa y el Programa de Desayunos Escolares tienen su mayor cobertura en la Ciudad de México (25.6 y 18.4% respectivamente) (cuadro 7.2).

Al comparar el porcentaje de hogares beneficiarios de programas de desarrollo social de la ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, se encontró que aproximadamente 40% de las familias mexicanas recibían al menos un programa de ayuda alimentaria.³⁴

En el cuadro 7.3 se compara la cobertura de los programas sociales. Se observa que el número de hogares del Programa Oportunidades aumentó de 2006 a 2012 en 744 700. La cobertura del Programa de Desayunos Escolares aumentó aproximadamente cinco puntos porcentuales (pp); este aumento fue

■ Cuadro 7.3

Porcentaje de hogares que reciben ayuda alimentaria por programa y tipo de localidad. Comparativo entre la ENSANUT 2006 y 2012. México, ENSANUT 2012

Programas de desarrollo social	Nacional				Urbano				Rural			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
	n	n (miles)	%	IC 95%	n	n (miles)	%	IC 95%	n	n (miles)	%	IC 95%
ENSANUT 2006												
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*	39 429	24 953.1	19.1	(17.8, 20.5)	27 992	20 209.7	7.8	(6.9, 8.7)	11 437	4 743.3	67.6	(64.1, 70.8)
Leche fortificada LICONSA	39 286	23 230.6	7.8	(6.6, 9.1)	27 860	18 033.4	9.5	(8.0, 11.1)	11 426	5 197.2	1.9	(1.3, 2.5)
Alimentos del programa DIF	39 286	23 230.6	3.7	(3.3, 4.2)	27 860	18 033.4	2.4	(2.1, 2.8)	11 426	5 197.2	8.3	(6.8, 9.9)
Cocinas o desayunadores comunitarios del DIF	39 286	23 230.6	0.3	(0.2, 0.3)	27 860	18 033.4	0.2	(0.1, 0.2)	11 426	5 197.2	0.7	(0.4, 1.0)
Desayunos para escolares (fríos o calientes) del DIF	39 286	23 230.6	7.1	(6.4, 7.8)	27 860	18 033.4	5.3	(4.6, 6.0)	11 426	5 197.2	13.4	(11.6, 15.4)
Apoyos monetarios del Programa de Apoyo Alimentario (PAL)	39 286	23 230.6	0.6	(0.4, 0.8)	27 860	18 033.4	0.3	(0.1, 0.3)	11 426	5 197.2	1.9	(1.3, 2.7)
Apoyo de ONG	39 286	23 230.6	0.4	(0.2, 0.5)	27 860	18 033.4	0.3	(0.2, 0.4)	11 426	5 197.2	0.5	(0.2, 0.9)
ENSANUT 2012												
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	35 972	29 312.7	18.8	(17.7, 19.9)	23 202	23 036.6	10.4	(9.4, 11.4)	12 770	6 276.1	49.7	(47.1, 52.1)
Leche fortificada LICONSA	36 134	29 409.8	9.7	(8.8, 10.7)	23 273	23 086.8	10.8	(9.7, 12.0)	12 861	6 323.0	5.8	(4.7, 6.9)
Alimentos del programa DIF	36 154	29 421.3	6.5	(5.9, 6.9)	23 282	23 094.0	4.8	(4.3, 5.3)	12 872	6 327.3	12.4	(11.1, 13.8)
Cocinas o desayunadores comunitarios del DIF	36 156	29 421.5	3.3	(3.0, 3.6)	23 281	23 092.6	2.7	(2.3, 2.9)	12 875	6 328.9	5.8	(5.1, 6.5)
Desayunos para escolares (fríos o calientes) del DIF	22 122	18 000.8	12.2	(11.2, 13.0)	14 152	13 974.5	9.5	(8.4, 10.6)	7 970	4 026.3	21.4	(19.5, 23.4)
Apoyos monetarios del Programa de Apoyo Alimentario (PAL)	36 157	29 424.7	2.0	(1.7, 2.3)	23 282	23 095.7	2.0	(1.6, 2.4)	12 875	6 329.0	2.2	(1.7, 2.7)
Apoyo de ONG	36 158	29 425.1	0.9	(0.7, 1.0)	23 284	23 096.2	0.8	(0.6, 1.0)	12 874	6 328.9	1.0	(0.7, 1.3)

* Se reponderó ajustando a la población beneficiaria en 2006

menor en zonas urbanas (4.2 pp) que en zonas rurales (8 pp). Posteriormente se encuentran los programas de Liconsa y PAL, que resultaron en un aumento de cerca de 1.9 y 1.4 pp en su cobertura. El programa Liconsa amplió su cobertura de 7.8% en 2006 a 9.7% en 2012, mientras que el PAL pasó de 0.6 a 2% en ese mismo periodo.

Conclusiones

Casi 1 de cada 4 hogares en México indicó recibir beneficios de uno o más programas de desarrollo social o de nutrición con componente alimentario o nutricional o con transferencias económicas dirigidas a mejorar la alimentación. El Programa Oportunidades tiene la mayor cobertura de hogares en el país, ya que aproximadamente una de cada cinco familias obtienen sus beneficios. Dicho programa tiene como uno de sus objetivos explícitos mejorar el estado nutricional de la población. Dirige su componente de alimentación y nutrición a hogares en situación de pobreza y atiende a madres gestantes y niños menores de dos años con riesgo de desnutrición y a los de 2-4 años con bajo peso, por lo que se considera uno de los programas con el mejor diseño en términos de población meta. Por cada familia beneficiaria del programa en el medio urbano hay cinco en el medio rural, lo cual sugiere una adecuada focalización, dadas las mayores prevalencias de desnutrición en zonas rurales. Dada la magnitud de la desnutrición de los menores de cinco años en México, la cobertura del programa es adecuada para su propósito de mejorar la nutrición en ese grupo de edad.

En esta encuesta se recolectó por primera vez información sobre la cobertura del programa de adultos mayores. Dicho programa entrega transferencias monetarias dirigidas, entre otros propósitos a mejorar la alimentación de los adultos mayores. Se encontró que 12.6% de los hogares entrevistados reciben este tipo de apoyo. Lo anterior es positivo, puesto que apoya a esta población que históricamente ha estado desprotegida y que es vulnerable desde el punto de vista nutricional.

Otro programa de gran cobertura (12.2%) es el de los desayunos escolares. Dado que la desnutrición ocurre preferentemente durante la gestación y los primeros dos años de vida, en la etapa escolar los problemas nutricionales tienen que ver más con obesidad y sus comorbilidades y con anemia y deficiencia de hierro. Es importante que los programas de desayunos escolares sean sujetos a una evaluación rigurosa de diseño e impacto con el propósito de asegurar su pertinencia a la luz de los nuevos retos nutricionales y de salud en la edad escolar.

En cuanto el programa de Liconsa, el cual ocupa el 4° lugar en términos de cobertura (9.7% de los hogares), se observó un aumento en su cobertura en el medio rural, sin embargo, persisten coberturas relativas mayores en zonas urbanas, lo que indica inadecuada focalización para atender los problemas de desnutrición,

los cuales predominan en zonas rurales. Dada su importancia en el aporte de micronutrientes para los niños, es importante refocalizar el programa y definir su papel complementario al del Programa Oportunidades.

A pesar de que la cobertura del PAL es relativamente modesta, es un programa de gran relevancia dado que la población a la que atiende es altamente vulnerable y no cuenta con los beneficios de *Oportunidades* por no cumplir con los requisitos de contar con atención a la salud y educación. Se trata de población poco accesible o que radica en zonas rurales marginadas. El diseño del PAL es adecuado al dirigir sus esfuerzos a las edades y grupos socioeconómicos más vulnerables desde el punto de vista nutricional; sin embargo, el Estado debe asegurar que los hogares beneficiarios de este programa cuenten con atención a la salud y educación, requisitos indispensables para el logro de un buen estado nutricional y de salud y oportunidades de desarrollo humano de los menores de cinco años.

Seguridad alimentaria

En esta sección se incluye la información sobre la percepción de inseguridad alimentaria de 40 809 hogares que representan a un total de 29 099 600 en todo el país, aplicando factores de expansión. La proporción de hogares con percepción de seguridad alimentaria en el ámbito nacional fue de 30.0% mientras que 70.0% se clasificaron en alguna de las tres categorías de inseguridad alimentaria: 41.6% en inseguridad leve, 17.7% en inseguridad moderada y 10.5% en inseguridad severa. Al aplicar los factores de expansión, se calcula que alrededor de 20 369 650 hogares en todo el país se encuentran en alguna categoría de inseguridad alimentaria de acuerdo a su percepción o experiencia de hambre.

Estratificando la información por zona de residencia, resalta que 80.8% de los hogares que viven en el estrato rural fueron clasificados en algún nivel de inseguridad alimentaria: 45.2% en leve, 22.4% en moderada y 13.0% en severa. En el estrato urbano se observó una prevalencia menor en las diversas categorías de inseguridad alimentaria en relación con la situación en hogares rurales: 67.0% (40.6% en inseguridad leve, 16.5% en moderada, 9.7% en severa) (cuadro 7.4).

Al agrupar la información por región geográfica, destacó que la mayor prevalencia de percepción de inseguridad alimentaria en hogares fue en la región sur (76.2%): 42.1% inseguridad leve, 21.5% moderada y 12.4% severa. La región con menor prevalencia de percepción de inseguridad alimentaria fue la norte (65.2%): 40.0% inseguridad leve, 15.3% moderada y 9.7% severa (cuadro 7.5).

Conclusiones

El indicador de inseguridad alimentaria moderada y severa, construido a través del uso de la ELCSA, ha sido incorporado desde hace algunos años como un

■ Cuadro 7.4

Prevalencia nacional de inseguridad alimentaria en hogares, por área urbana o rural. México, ENSANUT 2012

Área	Seguridad alimentaria				Inseguridad leve				Inseguridad moderada				Inseguridad severa			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		n (miles)	%	IC95%		n (miles)	%	IC95%		n (miles)	%	IC95%		n (miles)	%	IC95%
Urbana	8 076	7 545.8	33.0	(31.9, 34.1)	10 997	9 287.6	40.6	(39.7, 41.5)	4 617	3 771.2	16.5	(15.7, 17.2)	2 901	2 238.2	9.7	(9.2, 10.3)
Rural	2 705	1 203.1	19.2	(18.0, 20.4)	6 364	2 831.7	45.2	(44.0, 46.4)	3 220	1 404.4	22.4	(21.3, 23.5)	1 929	817.6	13.0	(12.0, 14.2)
Nacional	10 781	8 748.8	30.0	(29.1, 31.0)	17 361	12 119.3	41.6	(40.8, 42.4)	7 837	5 175.6	17.7	(17.1, 18.4)	4 830	3 055.8	10.5	(10.0, 11.0)

■ Cuadro 7.5

Prevalencia de inseguridad alimentaria en hogares por región geográfica. México, ENSANUT 2012

Región	Seguridad alimentaria				Inseguridad leve				Inseguridad moderada				Inseguridad severa			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		n (miles)	%	IC95%		n (miles)	%	IC95%		n (miles)	%	IC95%		n (miles)	%	IC95%
Norte	2 892	2 102.5	34.8	(33.0, 36.6)	3 901	2 417.8	40.0	(38.7, 41.3)	1 552	927.3	15.3	(14.3, 16.4)	1 009	588.4	9.7	(8.9, 10.5)
Centro	3 996	2 593.0	30.8	(29.2, 32.4)	6 204	3 607.3	42.8	(41.6, 44.1)	2 509	1 377.3	16.3	(15.4, 17.3)	1 517	834.6	9.9	(9.1, 10.7)
Ciudad de México	615	1 896.3	33.7	(30.7, 36.8)	784	2 285.6	40.6	(38.1, 43.2)	304	926.9	16.5	(14.3, 18.8)	191	508.4	9.0	(7.6, 10.7)
Sur	3 278	2 156.9	23.8	(22.3, 25.4)	6 472	3 808.5	42.1	(41.0, 43.2)	3 472	1 943.8	21.5	(20.5, 22.5)	2 113	1 124.3	12.4	(11.5, 13.4)
Nacional	10 781	8 748.8	30.0	(29.1, 31.0)	17 361	12 119.3	41.6	(40.8, 42.4)	7 837	5 175.5	17.7	(17.1, 18.4)	4 830	3 055.8	10.5	(10.0, 11.0)

indicador de la medición de la pobreza en México,³⁵ pues permite definir los grupos de población que se encuentran en pobreza de ingresos y que además se perciben como carentes en el cumplimiento de uno de sus derechos sociales fundamentales: la alimentación.³⁶ Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la ELCSA han sido utilizados también en otros países de América Latina para desarrollar y supervisar políticas y programas relacionados con la alimentación o nutrición.³⁷⁻³⁹

La información vertida en este documento permite observar que, en el ámbito nacional, la mayoría de los hogares mexicanos en inseguridad alimentaria se encuentran en la clasificación de inseguridad leve (41.6%). Es decir, estos hogares experimentan preocupación por el acceso a los alimentos e inclusive pueden estar sacrificando la calidad de la dieta familiar. Un hallazgo aun más grave es que el 28.2% de los hogares que experimentan inseguridad moderada y severa (alrededor de 8 322 486 hogares en todo el país, aplicando factores de expansión) se enfrenta al consumo de una dieta insuficiente en cantidad y, en

casos extremos, han experimentado hambre debido a la falta de dinero u otros recursos.

Tomando como antecedente el porcentaje nacional de individuos en carencia por acceso a la alimentación (porcentaje de población en inseguridad alimentaria moderada y severa), reportado en 2010 por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval),⁴⁰ en un periodo de dos años parece haber una ligera tendencia hacia el aumento en la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada y severa. Sin embargo, las diferencias metodológicas entre el Coneval y la ENSANUT 2012, como la construcción del indicador de inseguridad alimentaria, la versión utilizada de la ELCSA y la unidad de análisis (hogar o individuo), no permiten cuantificar con exactitud el cambio en el tiempo.

Igual que ocurre con otros indicadores de vulnerabilidad nutricia (como baja talla y deficiencias de micronutrientos),⁴¹ los hogares que presentaron una mayor proporción en la percepción de inseguridad alimentaria fueron los localizados en la región sur del país y los que viven en localidades rurales.

Ante la elevada proporción de hogares que se reportan en inseguridad alimentaria, es de suma importancia colocar en la agenda de la política pública estrategias que hagan efectivo el cumplimiento del derecho a la alimentación en los mexicanos, sobre todo entre los que se encuentran en inseguridad alimentaria.

Niños

Desnutrición en menores de cinco años y sobrepeso y obesidad en preescolares y escolares

Esta sección presenta el análisis del estado nutricional (desnutrición, sobrepeso y obesidad) de la población preescolar (menores de cinco años de edad) y escolar (de 5 a 11 años) representativos de las cuatro encuestas nacionales de nutrición realizadas en México: las encuestas nacionales de nutrición de 1988 (ENN 88) y 1999 (ENN 99) y las encuestas nacionales de salud y nutrición de 2006 (ENSANUT 2006) y la recientemente terminada ENSANUT 2012.

Desnutrición

La figura 8.1 muestra la prevalencia nacional de bajo peso, baja talla y emaciación de 1988 a 2012 en menores de cinco años de edad. Actualmente, estimamos que 302 279 (2.8%) menores de cinco años de edad presentan bajo peso, 1 467 757 (13.6%) baja talla y 171 982 (1.6%) emaciación, en todo el país. En el contexto nacional se observa una clara y significativa disminución de las diferentes formas de desnutrición a lo largo de casi un cuarto de siglo de monitoreo de las encuestas de nutrición.

La prevalencia de emaciación o desnutrición aguda en el ámbito nacional representa actualmente la proporción esperada en una distribución de niños sanos y bien alimentados, es decir, menor a 2.5% de niños por debajo de -2 desviaciones estándar en una población bien nutrida, situación que se ha mantenido desde la encuesta de 1999. Sin embargo, el análisis por grupos de edad (información no presentada) muestra que a lo largo de cuatro encuestas nacionales la emaciación continúa ubicándose entre 3 y 5% en niños menores de un año de edad, superior a la prevalencia nacional. Debe recordarse que la desnutrición aguda incrementa el riesgo de infección y muerte, en especial entre los niños que no son alimentados al seno materno.

La baja talla es reflejo de los efectos negativos acumulados a lo largo del tiempo. Este retardo en el crecimiento lineal ha tenido una franca disminución en la población preescolar, al pasar de 26.9% en 1988 a 13.6% en 2012, es decir, una disminución absoluta de 13.3 puntos porcentuales (pp) y una disminución relativa de casi la mitad (49.4%). El descenso más importante se dio entre 1999 y 2006, cuando la baja talla pasó de 21.5 a 15.5% (6 pp en siete años). De 2006

■ **Figura 8.1**

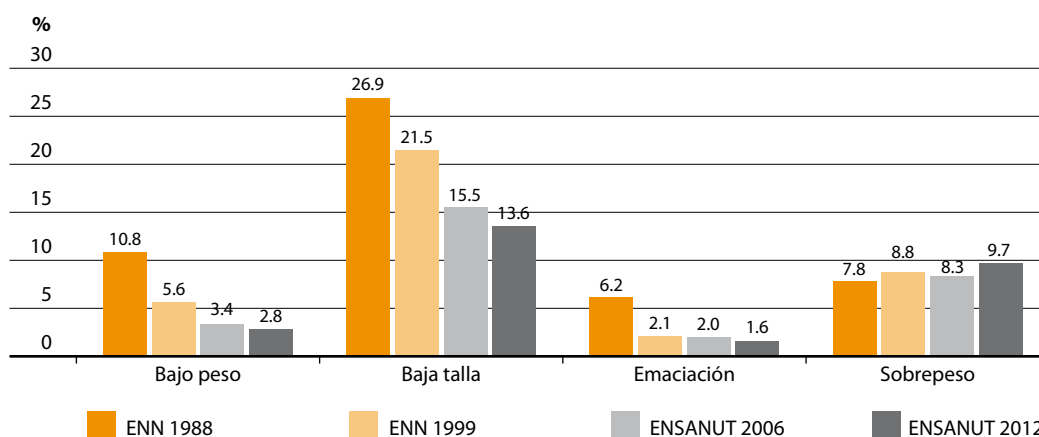
Comparación de la prevalencia nacional de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso en menores de cinco años de la ENN-1988,* ENN 1999,† ENSANUT 2006‡ y ENSANUT 2012.§ México, ENSANUT 2012

* 6 794, que representaron a 8 268 127 menores de cinco años en todo el país

† 7 473, que representaron a 10 125 945 menores de cinco años en todo el país

‡ 7 701, que representaron a 9 405 390 menores de cinco años en todo el país

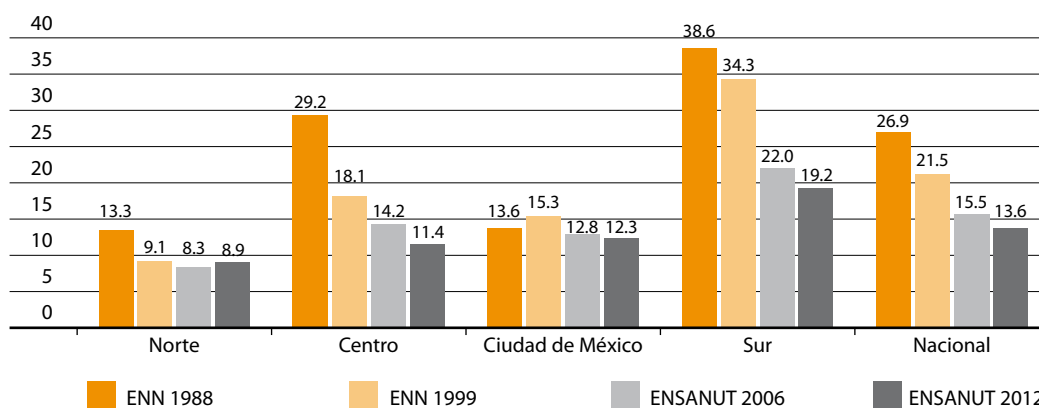
§ 10 658, representativos de 10 785 103 menores de cinco años en todo el país

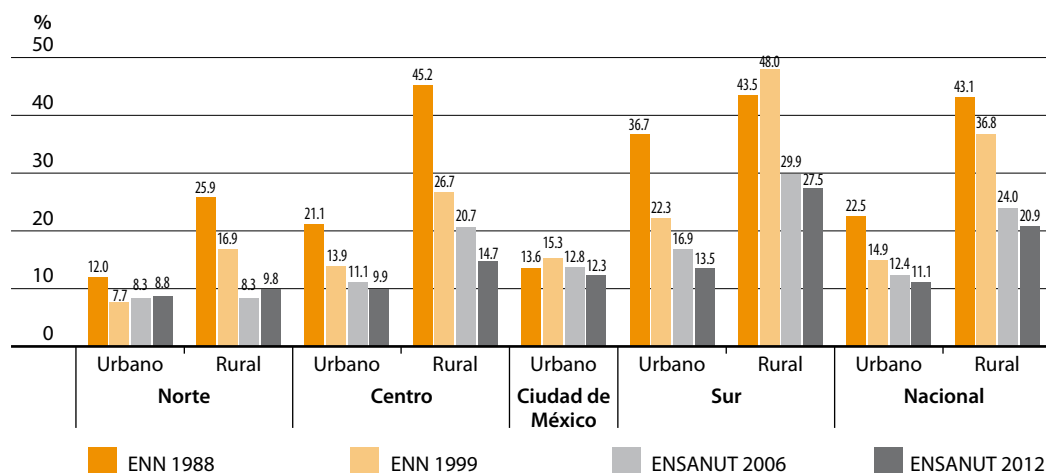


a 2012 se observa también una disminución, pero de menor proporción (1.99 pp en seis años, de 15.5 a 13.6%, respectivamente) (figura 8.1). Al interior de las regiones (figura 8.2), se puede observar que el sur de México sigue manteniendo, como ha sucedido históricamente, las mayores prevalencias de baja talla (19.2%), siendo las localidades rurales del sur (figura 8.3) las más afectadas, con una prevalencia 13.9 pp mayor que el promedio nacional (27.5 vs. 13.6%). El descenso observado en la prevalencia de baja talla en las localidades rurales del Sur representa 2.4 pp en seis años; mientras que en el mismo periodo la región rural del centro de nuestro país tuvo una disminución de 6 pp, más del doble que la observada en el sur rural. Por otro lado, en la región rural del norte se observó un pequeño aumento no significativo en la prevalencia de baja talla de 2006 a 2012 (figura 8.3).

■ **Figura 8.2**

Prevalencia nacional de baja talla en menores de cinco años de la ENN 88, ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 por región de residencia. México, ENSANUT 2012



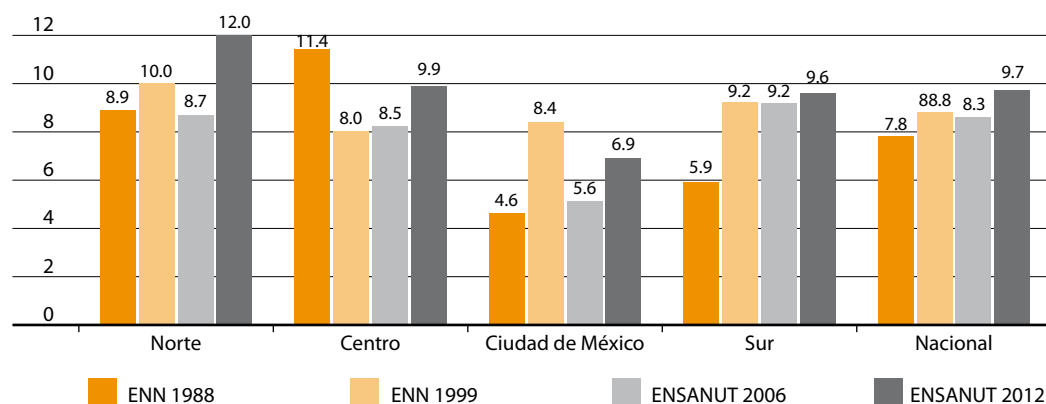


■ **Figura 8.3**
Comparativo de prevalencia nacional de baja talla en menores de cinco años por región y tipo de localidad en 1999, 2006 y 2012. México, ENSANUT 2012

De 1988 a 2012, el bajo peso disminuyó 8 pp (10.8 a 2.8%, respectivamente). La disminución en la prevalencia de bajo peso observada es probable que se deba a la combinación de los aumentos en la talla y el peso, observados durante el periodo. El periodo comprendido entre 1988 a 1999 representó el mayor descenso (0.47 pp/año), seguido del de 1999 a 2006 (0.31 pp/año), mientras que de 2006 a 2012 el descenso fue de sólo 0.1 pp/año, debido a que la prevalencia actual ya es muy cercana al valor esperado en una población sana (figura 8.1).

Sobrepeso y obesidad

Por otro lado, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado un ligero ascenso a lo largo del tiempo, casi 2 pp de 1988 a 2012 (de 7.8% a 9.7%, respectivamente) (figura 8.1). El principal aumento se registra en la región norte del país (figura 8.4) que alcanza una prevalencia de 12% en 2012, 2.3 pp arriba del promedio nacional.

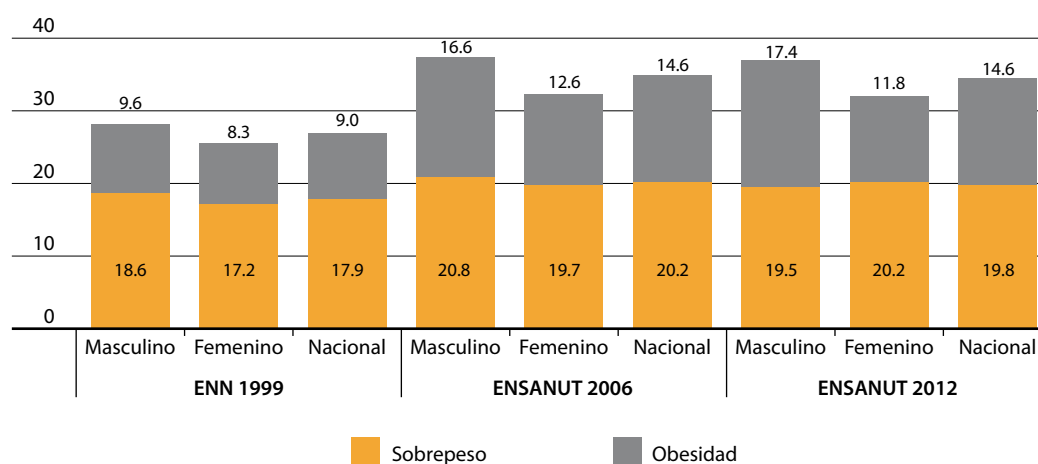


■ **Figura 8.4**
Prevalencia nacional de sobrepeso más obesidad en menores de cinco años de la ENN 88, ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 por región de residencia. México, ENSANUT 2012

Para la población en edad escolar, (de 5 a 11 años de edad), la información se presenta en la figura 8.5 y en el cuadro 8.1. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8 y 14.6%, respectivamente). Para las niñas esta cifra es de 32% (20.2 y 11.8%, respectivamente) y para los niños es casi 5 pp mayor 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente). Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5 664 870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional. En 1999, 26.9% de los escolares presentaron prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad (17.9 y 9.0%, respectivamente), sin embargo, para 2006 esta prevalencia aumentó casi 8 pp (34.8%). El análisis de tendencias indica que estas cifras no han aumentado en los últimos seis años y que la prevalencia se ha mantenido sin cambios de 2006 a 2012. El aumento entre 1999 y 2006 fue de 1.1 pp/año o 29.4% en tan sólo seis años para los sexos combinados (figura 8.5). En contraste, entre 2006 y 2012 se observa una ligera disminución en la prevalencia de sobrepeso y obesidad para los sexos combinados. En 2012 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 34.4% en ambos sexos, 0.4 pp o 1.1% menos que en 2006. Sin embargo, se observan algunas variaciones por sexo y en relación con el sobrepeso y la obesidad (figura 8.5).

■ Figura 8.5

Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años de edad, de la ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, por sexo, de acuerdo con los criterios propuestos por la OMS. México, ENSANUT 2012



■ Cuadro 8.1

Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años entre ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, por grupos de edad y sexo. México, ENSANUT 2012

Edad en años		Masculino																	
		ENN 1999						ENSANUT 2006						ENSANUT 2012					
		Total		Sobrepeso		Obesidad		Total		Sobrepeso		Obesidad		Total		Sobrepeso		Obesidad	
		Muestra número	Número (Miles)	Expansión		Expansión		Muestra número	Número (Miles)	Expansión		Expansión		Muestra número	Número (Miles)	Expansión		Expansión	
%	IC95%			%	IC95%	%	IC95%			%	IC95%	%	IC95%						
5	863	1 146.2	23.0	(20.0, 26.2)	6.3	(5.0, 7.9)	979	1 118.2	21.5	(17.7, 26.0)	9.2	(6.2, 13.5)	1 108	1 105.6	18.6	(14.9, 23.0)	11.4	(8.7, 14.8)	
6	839	1 186.7	20.1	(17.2, 23.5)	8.6	(6.3, 11.8)	951	1 015.1	19.8	(16.1, 24.1)	13.2	(9.6, 17.8)	1 159	1 151.2	17.9	(14.9, 21.3)	11.9	(9.6, 14.7)	
7	754	1 026.2	17.0	(14.4, 20.0)	9.7	(7.6, 12.4)	998	1 015.4	17.7	(14.6, 21.3)	14.7	(11.9, 18.1)	1 235	1 243.4	19.7	(16.2, 23.7)	17.0	(13.9, 20.5)	
8	887	1 162.2	16.9	(14.4, 19.7)	10.4	(8.2, 13.2)	1 108	1 078.2	20.8	(16.9, 25.2)	17.6	(14.4, 21.2)	1 235	1 176.6	20.1	(16.9, 23.8)	19.1	(15.0, 23.9)	
9	735	1 015.2	18.3	(15.0, 22.0)	12.9	(10.4, 16.1)	1 170	1 208.0	21.3	(17.0, 26.4)	21.8	(18.0, 26.2)	1 270	1 199.6	17.7	(14.9, 20.9)	21.0	(17.6, 25.0)	
10	797	1 130.1	17.8	(15.0, 20.9)	10.1	(8.2, 12.3)	1 195	1 247.0	20.8	(17.6, 24.3)	17.2	(14.5, 20.4)	1 074	1 139.8	20.2	(16.6, 24.3)	21.7	(18.3, 25.5)	
11	655	857.8	16.4	(13.6, 19.6)	9.7	(7.6, 12.3)	1 117	1 152.6	22.9	(19.0, 27.4)	21.1	(17.7, 25.0)	1 114	1 311.2	21.8	(18.0, 26.2)	19.0	(15.7, 22.8)	
Total	5 530	7 524.2	18.6	(17.4, 19.9)	9.6	(8.8, 10.6)	7 518	7 834.5	20.8	(19.1, 22.5)	16.6	(15.2, 18.1)	8 195	8 327.4	19.5	(18.1, 21.0)	17.4	(16.0, 18.8)	

Edad en años		Femenino																	
		ENN 1999						ENSANUT 2006						ENSANUT 2012					
		Total		Sobrepeso		Obesidad		Total		Sobrepeso		Obesidad		Total		Sobrepeso		Obesidad	
		Muestra número	Número (Miles)	Expansión		Expansión		Muestra número	Número (Miles)	Expansión		Expansión		Muestra número	Número (Miles)	Expansión		Expansión	
%	IC95%			%	IC95%	%	IC95%			%	IC95%	%	IC95%						
5	894	1 264.4	18.0	(15.6, 20.6)	4.6	(3.1, 6.9)	985	1 106.4	15.9	(12.7, 19.8)	9.6	(6.3, 14.3)	1 124	1 144.9	16.3	(12.9, 20.5)	6.6	(4.7, 9.1)	
6	801	1 123.4	17.3	(14.7, 20.2)	6.7	(5.3, 8.5)	1 028	1 126.7	15.2	(11.9, 19.2)	8.8	(6.5, 11.7)	1 184	1 139.7	14.8	(12.0, 18.1)	9.9	(7.6, 12.7)	
7	835	1 198.1	13.5	(11.2, 16.1)	8.5	(6.5, 11.0)	975	938.0	18.7	(15.3, 22.7)	12.6	(9.7, 16.0)	1 203	1 088.2	16.8	(14.0, 19.9)	11.4	(9.1, 14.3)	
8	831	1 180.9	20.2	(16.8, 24.0)	9.2	(7.3, 11.4)	1 067	1 066.7	19.2	(15.8, 23.1)	13.2	(10.7, 16.2)	1 254	1 205.2	18.6	(15.6, 22.1)	15.7	(13.0, 19.0)	
9	838	1 106.4	17.8	(15.2, 20.8)	9.2	(7.4, 11.4)	1 121	1 225.1	23.6	(19.2, 28.8)	15.6	(11.1, 21.5)	1 235	1 130.8	23.8	(19.8, 28.3)	13.2	(10.9, 15.9)	
10	816	1 086.2	16.6	(13.8, 19.9)	11.6	(8.6, 15.4)	1 170	1 209.0	20.4	(17.1, 24.1)	15.7	(12.5, 19.5)	1 021	1 125.7	24.8	(20.8, 29.3)	13.4	(10.8, 16.5)	
11	664	888.3	17.5	(13.9, 21.7)	9.1	(7.2, 11.4)	1 181	1 243.0	23.6	(19.9, 27.7)	12.5	(10.2, 15.1)	1 135	1 282.2	25.5	(21.8, 29.6)	12.2	(9.6, 15.3)	
Total	5 679	7 847.7	17.2	(16.2, 18.4)	8.3	(7.5, 9.2)	7 527	7 914.9	19.7	(18.3, 21.2)	12.6	(11.2, 14.2)	8 156	8 116.7	20.2	(18.8, 21.6)	11.8	(10.8, 12.8)	

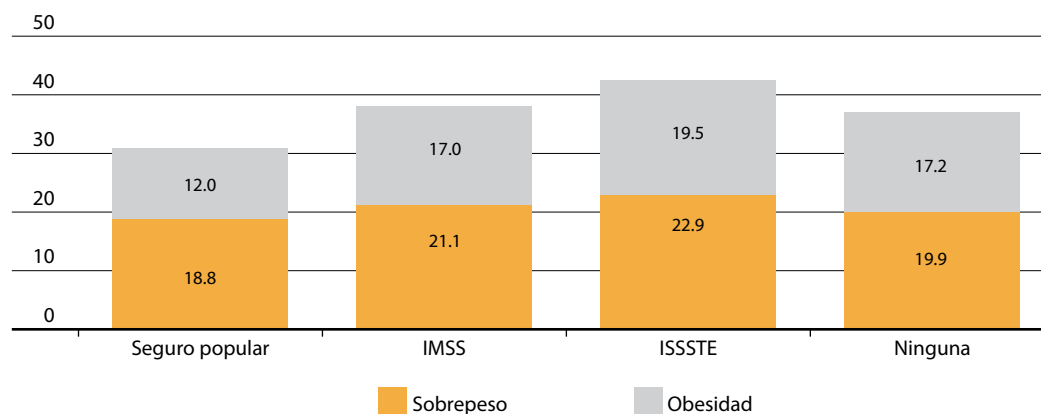
Información por tipo de afiliación a los servicios de salud

En 2012, las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad por tipo de afiliación a servicios de salud fueron 30.8% para Seguro Popular, 38.1% para el IMSS, 42.4% para el ISSSTE y 37.1 para quienes no reportaron estar afiliados a alguna institución (figura 8.6). Las diferencias entre tipo de afiliación son explicadas por las prevalencias de obesidad, ya que las de sobrepeso fueron muy similares entre los diversos tipos de afiliación.

■ **Figura 8.6**

Distribución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años de edad por tipo de afiliación a servicios de salud*. México, ENSANUT 2012

* Para las instituciones de salud Pemex, Defensa, Marina y sector privado la muestra fue insuficiente para poder realizar la estimación.



Conclusiones

La desnutrición en los menores de cinco años tiene efectos adversos en el crecimiento, el desarrollo y la salud de los menores y tiene efectos en el mediano y largo plazo en el rendimiento escolar e intelectual, el desarrollo de capacidades, el rendimiento en el trabajo, y el ingreso laboral en los adultos, lo que repercute en el desarrollo social. La desnutrición en nuestro país ha mantenido una disminución sostenida a lo largo de casi un cuarto de siglo que separa la primera y la última encuesta de nutrición. La velocidad del descenso en los diferentes periodos que separan las cuatro encuestas ha sido heterogéneo. La prevalencia de desnutrición crónica disminuyó de manera más acelerada entre 1999 y 2006 que entre los periodos previo (1988-1999) y el periodo más reciente (2006-2012). La disminución en desnutrición aguda (bajo peso para talla) alcanzó ya valores compatibles con la eliminación como problema de salud pública, aunque persisten focos de desnutrición aguda en ciertas regiones y grupos de edad. La desnutrición crónica (baja talla para edad) disminuyó a la mitad de la encontrada en 1988. A pesar de esta tendencia sostenida de disminución en la prevalencia de desnutrición crónica, actualmente casi 14 de cada 100 preescolares tienen baja talla para la edad, indicador de desnutrición crónica, lo que representa casi 1.5 millones de menores de cinco años. Estas altas prevalencias son de gran trascendencia, dados los efectos adversos de la desnutrición crónica en la morbilidad, mortalidad y el desarrollo psicomotor del niño y en el desempeño intelectual y físico del escolar, el adolescente y el adulto, lo que se traduce en desventajas de por vida en el desarrollo de capacidades. Existe evidencia sobre la efectividad de estrategias y programas, incluyendo el Programa Oportunidades, en la disminución de la desnutrición crónica, sin embargo el descenso entre 2006 y 2012 fue inferior al observado entre 1999 y 2006, lo que indica que la política dirigida a la prevención de la desnutrición y sus devastadores efectos debe reforzarse con nuevas estrategias. Entre 1999 y 2006 México registró

los mayores logros en mejoría del estado nutricional de los casi 25 años estudiados. Durante ese periodo se registró una disminución sostenida e ininterrumpida de la pobreza, además de la aplicación de inversiones específicas de probada eficacia y utilizando las mejores prácticas, como el Programa Oportunidades, para la prevención de la desnutrición. Entre 2006 y 2012 hubo un aumento en el número de personas en condición de pobreza, de acuerdo a indicadores del Coneval basados en los ingresos corrientes. Esto fue el resultado de varios factores globales, entre los que destacan la inestabilidad en los precios internacionales de alimentos y crisis económicas recurrentes que han afectado a la población más pobre. La experiencia internacional señala que las estrategias y programas específicos para la prevención de la desnutrición, como los incluidos en el Programa Oportunidades, aunque efectivos, tienen limitaciones impuestas por las condiciones estructurales, particularmente la pobreza y la falta de servicios sanitarios, de dotación de agua y servicios de salud preventivos y curativos accesibles a la población vulnerable, la más pobre. Para la prevención y virtual eliminación de la desnutrición en México es necesario combinar políticas de crecimiento económico y de desarrollo social que mejoren el ingreso y las condiciones de vida de la población, junto con acciones específicas de promoción del crecimiento, mediante el fomento de una adecuada alimentación infantil, la dotación de suplementos alimenticios o micronutrientes y la atención primaria de la salud.

Por otra parte, la comparación de las encuestas a lo largo del tiempo, muestra desaceleración de la tendencia al alza en la prevalencia de peso excesivo (sobrepeso y obesidad) en niños y adolescentes. Este hallazgo es de gran relevancia dado que las encuestas previas indicaban prevalencias altas y crecientes de este problema a edades cada vez más tempranas. Atenuar esta tendencia es importante porque la obesidad repercute de manera importante en la salud y el desempeño a lo largo del curso de la vida. Una tercera parte de la población entre 5 y 11 años de edad en el país presenta exceso de peso corporal (sobrepeso más obesidad) y esto persiste como un gran reto de salud. Como ya se mencionó, un resultado alentador es que no se observó un aumento importante en dichas prevalencias a partir de 2006, lo que puede deberse a diferentes causas que serán exploradas en los análisis detallados de los resultados de los factores de riesgo de obesidad recogidos en esta misma encuesta. A pesar de que no hubo aumento durante los últimos seis años en la prevalencia de peso excesivo en la edad escolar, la cifra continúa siendo inaceptablemente alta, dadas las graves consecuencias para la salud que acarrea el exceso de peso.

La alentadora detención en el aumento de las prevalencias de obesidad en escolares en México, coincide con observaciones recientes en diversos grupos de edad en otros países. Existen distintas explicaciones posibles para este fenómeno. Una de ellas es que existe un porcentaje poblacional con alta susceptibilidad a desarrollar peso excesivo por razones genéticas que constituye el techo en la prevalencia, al que se está llegando ya en ciertas poblaciones. Una segunda explicación, es que se

han modificado los factores de riesgo (ingestión de energía o actividad física) como resultado de acciones gubernamentales de regulación o de educación, o del aumento en la conciencia colectiva o en ciertos grupos sociales sobre los efectos adversos de la obesidad o en las normas sociales como resultado de la socialización del problema mediante medios masivos de difusión o de campañas colectivas de concientización y educación. Análisis detallados de las encuestas de nutrición así como otros estudios actualmente en curso, y de evaluaciones rigurosas de las políticas de prevención de obesidad, podrán generar información que permita responder a estas interrogantes.

Durante la administración federal de 2006 a 2012 se inició la aplicación de políticas nacionales de prevención de obesidad, entre las que destaca el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) - Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad, que impulsó diferentes programas de difusión sobre el problema de la obesidad y sus consecuencias y acciones en el ámbito escolar para mejorar la alimentación y la práctica de actividad física, las cuales deben fortalecerse, asegurando su correcta implementación, vigilancia y evaluación para fines de rendición de cuentas, innovación y mejoría.

Anemia

La anemia es un problema de salud pública que afecta a todos los niveles socioeconómicos, tiene consecuencias importantes sobre el desarrollo cognitivo y físico de los niños y en el desempeño físico y la productividad laboral de los adultos. Se puede presentar en todas las etapas de la vida, sin embargo es más frecuente en las mujeres embarazadas y en los niños menores de dos años. La causa más frecuente de anemia en México es la dieta deficiente en hierro o la dieta deficiente que además se combina con productos con un alto contenido de fitatos. Igualmente puede estar condicionada por un aumento en los requerimientos de hierro, tal y como sucede durante el embarazo. La prevalencia de anemia es un indicador del estado de salud poblacional. La OMS⁴² ha definido que las prevalencias menores a 5.0% son indicativas de un buen desempeño, prevalencias de 5 a 19.9 son indicativas de un problema leve, de 20 a 39% de un problema moderado y porcentajes iguales o superiores a 40% se deben considerar como un problema grave.

Información por sexo y grupo de edad

Preescolares

Se obtuvieron datos válidos de hemoglobina de 7 570 niños de 1 a 4 años de edad; al aplicar los factores de expansión, éstos representan a un total de 8 956 044 niños de todo el país. La prevalencia nacional de anemia en los niños preescolares fue de 23.3% (IC95% 21.8-24.8); lo que representa a 2 084 738 niños anémicos. La mayor

prevalencia de anemia se observó en los niños de 12 a 23 meses de edad (38%, IC95% 34.9-41.8) en comparación con los otros grupos de mayor edad, como por ejemplo, el de cuatro años de edad (13.71%, IC95% 11.5-16.3) (p tendencia <0.001). La prevalencia tendió a ser mayor en los varones (24.4%, IC95% 22.4-26.6) que en las mujeres (22.1%, IC95% 19.9-24.5). La prevalencia de anemia disminuyó 3.5 pp en los últimos seis años (p <0.001). La mayor disminución se observó en las mujeres, 5.5 pp (p =0.002); mientras que en los hombres no hubo cambios significativos en los últimos seis años (cuadro 8.2).

En los últimos 13 años (1999-2012), la prevalencia de anemia en niños preescolares disminuyó 8.3 pp; el grupo de 12 a 23 meses fue el que tuvo la mayor disminución, 16.6 pp. La magnitud de los cambios fue similar entre hombres y mujeres (cuadro 8.2).

■ Cuadro 8.2

Comparación de la prevalencia nacional de anemia en niños preescolares y escolares de la ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 por sexo y edad. México, ENSANUT 2012

Edad	ENN 1999				ENSANUT 2006				ENSANUT 2012			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
Hombres												
Preescolares												
12 a 23 meses	524	600.6	54.5	(49.3, 59.7)	763	853.8	40.8	(35.4, 46.5)	889	1 065.1	39.5	(34.5, 44.7)
24 a 35 meses	640	725.1	37.2	(32.8, 41.9)	790	949.4	29	(24.2, 34.3)	984	1 124.1	27.3	(23.1, 31.9)
36 a 47 meses	728	861.1	24.2	(20.5, 28.2)	897	1 101.7	21.5	(18.1, 25.5)	975	1 139.5	17.2	(14.0, 20.9)
48 a 59 meses	766	890.7	19.1	(16.0, 22.8)	936	1 053.6	16.2	(13.1, 19.8)	971	1 192.9	15.2	(12.1, 18.9)
12 a 59 meses	2 658	3 077.4	31.7	(29.6, 33.9)	3 386	3 958.6	26.1	(23.8, 28.4)	3 819	4 521.5	24.4	(22.4, 26.6)
Escolares												
5 años	736	805	23.2	(19.8, 27.0)	972	1 125.9	22.1	(18.2, 26.4)	941	1 114.5	18.9	(15.0, 23.5)
6 años	737	853.8	16.9	(14.0, 20.3)	953	1 057.0	16.9	(13.7, 20.6)	1 007	1 165.5	14.2	(11.3, 17.6)
7 años	694	775.8	16.9	(13.8, 20.5)	978	1 029.7	15.5	(11.4, 20.6)	1 077	1 290.5	11.4	(8.7, 14.8)
8 años	815	880.5	12.8	(10.4, 15.7)	1 077	1 077.0	15.3	(11.8, 19.7)	1 053	1 178.2	8.9	(6.6, 12.0)
9 años	698	805.2	11.7	(9.1, 14.9)	1 134	1 201.7	10.7	(8.3, 13.6)	1 071	1 215.4	6.6	(4.8, 9.0)
10 años	708	834.3	10.6	(8.0, 14.0)	1 162	1 278.8	8.1	(6.0, 10.9)	870	1 119.5	4.3	(2.9, 6.2)
11 años	639	701.2	10.4	(7.9, 13.6)	1 088	1 138.9	6.4	(4.7, 8.7)	919	1 264.5	6.2	(3.8, 10.2)
5 a 11 años	5 027	5 655.9	14.7	(13.6, 15.9)	7 364	7 908.9	13.4	(12.1, 14.7)	6 938	8 348.2	10.0	(9.0, 11.2)

Continúa/

/continuación

Mujeres

Preescolares												
12 a 23 meses	510	566.6	55.4	(50.1, 60.6)	704	851.9	42.5	(36.7, 48.4)	884	1 012.8	37.1	(32.1, 42.3)
24 a 35 meses	641	803.0	35.4	(31.0, 40.1)	772	883.7	29	(24.4, 34.0)	904	1 114.5	23.9	(19.7, 28.8)
36 a 47 meses	699	766.9	23.4	(19.8, 27.5)	837	1 091.1	26.2	(21.2, 31.9)	979	1 145.3	17.2	(13.9, 21.0)
48 a 59 meses	693	829.0	18.9	(15.6, 22.6)	919	1 075.4	16	(12.8, 19.9)	984	1 161.8	12.2	(9.1, 16.2)
12 a 59 meses	2 543	2 965.5	31.5	(29.3, 33.7)	3 232	3 902.1	27.6	(25.1, 30.2)	3 751	4 434.5	22.1	(19.9, 24.5)
Escolares												
5 años	782	882.9	23.3	(19.9, 27.1)	967	1 118.8	23.6	(18.1, 30.2)	948	1 163.5	17.8	(14.1, 22.1)
6 años	714	815.5	21.3	(17.8, 25.3)	991	1 098.7	19.3	(15.6, 23.7)	1 016	1 136.9	12.3	(9.7, 15.3)
7 años	747	877.9	17.7	(14.6, 21.3)	953	934.5	15.1	(12.2, 18.6)	1 022	1 114.3	10.9	(8.5, 14.0)
8 años	746	866.3	15.4	(12.3, 19.1)	1 027	1 055.9	10.4	(8.1, 13.2)	1 063	1 222.8	9.5	(7.2, 12.5)
9 años	789	889.2	11.3	(8.8, 14.4)	1 099	1 216.7	7.2	(5.3, 9.7)	1 052	1 129.1	9.6	(7.1, 12.9)
10 años	766	844.8	11.6	(8.8, 15.0)	1 136	1 218.8	8	(6.1, 10.4)	854	1 117.0	6	(4.3, 8.5)
11 años	647	714.6	8.3	(6.1, 11.3)	1 129	1 206.1	7.5	(5.9, 9.6)	973	1 291.9	5.1	(3.7, 7.2)
5 a 11 años	5 191	5 891.0	15.7	(14.5, 17.0)	7 302	7 849.5	12.8	(11.5, 14.2)	6 928	8 175.5	10.1	(9.1, 11.3)

Nacional

Preescolares												
12 a 23 meses	1 034	1 167.1	54.9	(51.2, 58.6)	1 467	1 705.8	41.6	(37.7, 45.7)	1 773	2 077.9	38.3	(34.9, 41.8)
24 a 35 meses	1 281	1 528.1	36.3	(33.1, 39.6)	1 562	1 833.0	29	(25.6, 32.6)	1 888	2 238.6	25.6	(22.5, 29.0)
36 a 47 meses	1 427	1 628.1	23.8	(21.2, 26.6)	1 734	2 192.8	23.9	(20.7, 27.3)	1 954	2 284.8	17.2	(14.8, 19.9)
48 a 59 meses	1 459	1 719.7	19	(16.7, 21.6)	1 855	2 129.1	16.1	(13.8, 18.8)	1 955	2 354.7	13.7	(11.5, 16.3)
12 a 59 meses	5 201	6 043.0	31.6	(30.1, 33.2)	6 618	7 860.7	26.8	(25.1, 28.6)	7 570	8 956.0	23.3	(21.8, 24.8)
Escolares												
5 años	1 518	1 687.9	23.3	(20.8, 25.9)	1 939	2 244.7	22.8	(19.4, 26.7)	1 889	2 278.0	18.3	(15.6, 21.4)
6 años	1 451	1 669.2	19.1	(16.7, 21.7)	1 944	2 155.7	18.1	(15.6, 20.9)	2 023	2 302.4	13.2	(11.2, 15.5)
7 años	1 441	1 653.8	17.3	(15.1, 19.8)	1 931	1 964.2	15.3	(12.8, 18.3)	2 099	2 404.8	11.2	(9.3, 13.4)
8 años	1 561	1 746.8	14.1	(12.1, 16.4)	2 104	2 132.8	12.9	(10.7, 15.4)	2 116	2 401.0	9.2	(7.5, 11.3)
9 años	1 487	1 694.4	11.5	(9.6, 13.6)	2 233	2 418.3	8.9	(7.3, 10.9)	2 123	2 344.5	8	(6.4, 10.0)
10 años	1 474	1 679.0	11.1	(9.2, 13.4)	2 298	2 497.6	8	(6.6, 9.8)	1 724	2 236.5	5.2	(4.0, 6.7)
11 años	1 286	1 415.7	9.3	(7.6, 11.5)	2 217	2 345.0	7	(5.7, 8.5)	1 892	2 556.4	5.7	(4.2, 7.7)
5 a 11 años	10 218	11 546.9	15.2	(14.4, 16.1)	14 666	15 758.4	13.1	(12.1, 14.1)	13 866	16 523.7	10.1	(9.3, 10.9)

Escolares

Se obtuvieron datos válidos de hemoglobina de 13 866 niños de 5-11 años de edad; al aplicar los factores de expansión, éstos representan a un total de 16 523 687 niños escolares en todo el país. En niños escolares, la prevalencia nacional de anemia

fue de 10.1% (IC95% 9.1-11.3); lo que representa a 1 661 761 escolares mexicanos con anemia, sin diferencias por sexo. El grupo de edad con mayor prevalencia fue el de cinco años para ambos sexos (18.9 niños y 17.8% niñas), misma que disminuyó progresivamente con la edad, a los 11 años 6.2 y 5.1%. No hubo diferencias importantes en las prevalencias de anemia por edad entre sexos (cuadro 8.2).

Hubo una disminución de 3 pp en la prevalencia de anemia en los escolares, según la encuesta de 2006 ($p < 0.001$). La disminución en los niños fue ligeramente mayor que en las niñas. La prevalencia en varones disminuyó en promedio 3.4 pp y en niñas 2.8 pp en este periodo de seis años.

En los últimos 13 años (1999-2012) la prevalencia de anemia en escolares disminuyó 5 pp. La magnitud de los cambios fue similar en niños y niñas (cuadro 8.2).

Información por área urbana y rural

Preescolares

La prevalencia de anemia en niños preescolares del área rural (25.2%, IC95% 22.8-27.7) no fue estadísticamente diferente de la de los niños del área urbana (22.6%, IC95% 20.8-24.5). Esto representa a 586 806 niños preescolares anémicos del área rural y 1 497 933 anémicos del área urbana. Los varones del área rural (27%, IC95% 24.5-30.2) tuvieron mayor prevalencia de anemia que los del área urbana (23.4%, IC95% 20.8-26.1, $p = 0.05$). No hubo diferencias en la prevalencia de anemia en las mujeres del área rural y urbana. En el área rural, los varones tuvieron 4.3 pp de prevalencia de anemia mayor que las mujeres. En el área urbana no hubo diferencias en la prevalencia de anemia entre hombres y mujeres (cuadro 8.3).

Al comparar los datos con la encuesta de 2006, la prevalencia de anemia disminuyó en promedio 3.2 y 3.6 pp en el área urbana y rural, respectivamente. Las niñas del área rural tuvieron una disminución de 5.5 pp, mientras que los niños no tuvieron diferencias importantes. En el área urbana la disminución en las niñas fue de 5.4 pp y en los niños de 1.8 pp.

En los últimos 13 años, la prevalencia de anemia en los niños preescolares del área rural disminuyó 8.9 pp y en el área urbana 7.9 pp. La mayor disminución se observó en las niñas del área rural, con 11.3 pp menos en 2012 comparada con la ENN 99; mientras que en los varones hubo una disminución de 6.5 pp. En el área urbana, las diferencias entre hombres y mujeres fueron similares en la disminución de la prevalencia de anemia de los últimos 13 años (-7.4 y -8.2 pp, respectivamente) (cuadro 8.3).

Escolares

En los niños escolares la prevalencia de anemia no fue estadísticamente diferente en el área urbana (9.7% IC95% 8.8,10.8) y rural (11%; IC95% 9.8, 12.3). No se

■ Cuadro 8.3

Comparación de la prevalencia nacional de anemia en niños preescolares y escolares de la ENN 99 ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 por área urbana/rural y sexo. México, ENSANUT 2012

Área	Sexo	ENN 1999				ENSANUT 2006				ENSANUT 2012			
		Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
			Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
Preescolares													
Urbano	Hombres	1 491	2 086.4	30.8	(28.0,33.7)	2 355	2 912.3	25.2	(22.5,28.2)	2 304	3 283.9	23.4	(20.8,26.1)
	Mujeres	1 437	2 027.2	30.1	(27.3,33.1)	2 218	2 865.0	27.3	(24.3,30.5)	2 322	3 343.8	21.9	(19.1,24.8)
	Ambos	2 928	4 113.6	30.5	(28.5,32.5)	4 573	5 777.3	26.2	(24.1,28.5)	4 626	6 627.7	22.6	(20.8,24.5)
Rural	Hombres	1 167	991.0	33.7	(30.7,36.7)	1 031	1 046.3	28.4	(24.9,32.2)	1 515	1 237.7	27.2	(24.5,30.2)
	Mujeres	1 106	938.3	34.5	(31.4,37.7)	1 014	1 037.1	28.4	(24.5,32.7)	1 429	1 090.7	22.9	(19.4,26.8)
	Ambos	2 273	1 929.3	34.1	(31.9,36.3)	2 045	2 083.4	28.4	(25.6,31.4)	2 944	2 328.3	25.2	(22.8,27.7)
Nacional	Hombres	2 658	3 077.4	31.7	(29.6,33.9)	3 386	3 958.6	26.1	(23.8,28.4)	3 819	4 521.5	24.4	(22.4,26.6)
	Mujeres	2 543	2 965.5	31.5	(29.3,33.7)	3 232	3 902.1	27.6	(25.1,30.2)	3 751	4 434.5	22.1	(19.9,24.5)
	Ambos	5 201	6 043.0	31.6	(30.1,33.2)	6 618	7 860.7	26.8	(25.1,28.6)	7 570	8 956.0	23.3	(21.8,24.8)
Escolares													
Urbano	Hombres	2 784	3 795.6	14	(12.5,15.5)	4 927	5 721.7	12.9	(11.4,14.5)	4 278	6 227.5	9.7	(8.4,11.1)
	Mujeres	2 835	3 896.6	16	(14.3,17.7)	4 874	5 652.8	13.1	(11.5,15.0)	4 335	6 147.5	9.8	(8.6,11.3)
	Ambos	5 619	7 692.2	15	(13.9,16.1)	9 801	11 374.5	13	(11.9,14.2)	8 613	12 375	9.7	(8.8,10.8)
Rural	Hombres	2 243	1 860.3	16.2	(14.6,18.0)	2 437	2 187.2	14.6	(12.6,16.9)	2 660	2 120.8	11	(9.5,12.8)
	Mujeres	2 396	2 041.9	15.5	(13.9,17.2)	2 428	2 196.8	11.8	(10.1,13.9)	2 593	2 028.0	10.9	(9.4,12.7)
	Ambos	4 639	3 902.2	15.8	(14.7,17.1)	4 865	4 384.0	13.2	(11.8,14.8)	5 253	4 148.7	11	(9.8,12.3)
Nacional	Hombres	5 027	5 655.8	14.7	(13.6,15.9)	7 364	7 908.9	13.4	(12.1,14.7)	6 938	8 348.2	10	(9.0,11.2)
	Mujeres	5 231	5 938.4	15.8	(14.6,17.1)	7 302	7 849.5	12.8	(11.5,14.2)	6 928	8 175.5	10.1	(9.1,11.3)
	Ambos	10 258	11 594.3	15.3	(14.4,16.1)	14 666	15 758.4	13.1	(12.1,14.1)	13 866	16 523.7	10.1	(9.3,10.9)

observaron diferencias en la prevalencia de anemia por sexo al interior de cada área (cuadro 8.3).

Al comparar la prevalencia de anemia en los niños escolares de 2006, los niños urbanos tuvieron una disminución de 3.3 pp y en el área rural de 2.2 pp.

En los últimos 13 años (1999-2012), la prevalencia de anemia en los niños escolares del área rural disminuyó 7.8 pp y en la urbana 5.3 pp. La magnitud de los cambios al interior de cada área, fue similar entre sexos (cuadro 8.3).

Información por región geográfica y grupo de edad

Preescolares

Aunque no se observaron diferencias estadísticas en la prevalencia de anemia de los niños preescolares entre las cuatro regiones, como en el caso de la desnutrición crónica, la diferencia en prevalencias entre la Ciudad de México (25.2%, IC95% 19.9-31.5) y la zona norte (20.8%, IC95% 18.3-23.6) fue importante. Los niños preescolares de la Ciudad de México (25.2%, IC95% 19.9-31.5) tuvieron una mayor tendencia de anemia que los niños de la zona norte (20.8%, IC95% 18.3-23.6) (cuadro 8.4).

Al estratificar por grupo de edad, la prevalencia de anemia fue mayor en los niños menores de dos años. En este grupo de edad la prevalencia de anemia es de moderada a severa, según la clasificación de la OMS. La prevalencia de anemia en la zona sur fue de 36.1% (IC95% 30.9-41.7), en la zona norte de 35.2% (IC95% 29.5-41.3); en la zona centro 41.4% (IC95% 35.8-47.3) y en la Ciudad de México de 40.6% (IC95% 28.9-53.4). A pesar de observarse una tendencia de mayor prevalencia en estas dos últimas zonas, los intervalos de confianza tienen un gran traslape con los de las zonas sur y norte (cuadro 8.4).

Al comparar las prevalencias de anemia con los datos de la ENSANUT 2006, los niños preescolares de la zona norte y zona centro no tuvieron cambios importantes; en la zona sur hubo una disminución de 5.3 pp. Al interior de los grupos de edad, no hubo cambios significativos en la prevalencia de anemia en los niños de 12 a 23 meses de edad de la región norte, zona centro y Ciudad de México. En los niños de la zona sur disminuyó 9.2 pp (cuadro 8.4).

La prevalencia de anemia en preescolares de la zona norte disminuyó 9 pp en un periodo de 13 años (1999-2012); en los de la zona centro disminuyó 9.5 pp; en la zona sur 6.6 pp y en la Ciudad de México 8.8 pp. Al comparar los datos de anemia en los niños menores de dos años, la mayor disminución en la prevalencia de anemia se observó en los preescolares de la zona sur, -19.2 pp, en los de la Ciudad de México, -17.1 pp, en los de la zona norte, -15.8 pp y en los de la zona centro, -14.2 pp (cuadro 8.4).

Escolares

En los niños escolares, la prevalencia de anemia no tuvo diferencias estadísticamente significativas entre las cuatro regiones. La prevalencia de anemia en la zona norte fue de 11% (IC95% 9.6-12.6), centro 8.7% (IC95% 7.6-10.1), Ciudad de México 9.6% (IC95% 7.2-12.9) y la zona sur 10.9% (IC95% 9.7-12.3) (cuadro 8.4).

Al estratificar por grupo de edad, la mayor prevalencia de anemia se observó en el grupo de niños de cinco años. En la zona norte esta prevalencia fue de 20.2%,

■ Cuadro 8.4

Comparación de la prevalencia nacional de anemia en niños preescolares y escolares de la ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 por región geográfica y grupo de edad. México, ENSANUT 2012

Región	Edad	ENN 1999				ENSANUT 2006				ENSANUT 2012			
		Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
			Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
Preescolares													
Norte	12 a 23 meses	312	204.9	51.0	(43.8,58.2)	313	345	30.8	(24.4,38.0)	441	413.7	35.2	(29.5,41.3)
	24 a 35 meses	366	278.0	31.1	(25.5,37.4)	308	345	26	(20.3,32.7)	457	433.8	22.1	(17.5,27.6)
	36 a 47 meses	444	311.6	22.8	(18.1,28.3)	373	426	24.3	(19.0,30.5)	504	447.3	15.8	(12.2,20.4)
	48 a 59 meses	418	299.7	21.4	(16.6,27.1)	390	421	16.9	(12.9,21.9)	468	467.4	11.6	(8.4,15.8)
	12 a 59 meses	1 540	1 094.2	29.8	(26.9,32.9)	1 384	1 537	24.1	(21.3,27.2)	1 870	1 762.1	20.8	(18.3,23.6)
Centro	12 a 23 meses	310	397.6	55.6	(48.6,62.3)	556	646	43.4	(35.7,51.3)	622	636.1	41.4	(35.8,47.3)
	24 a 35 meses	420	568.4	38.9	(33.3,44.8)	641	792	29	(23.2,35.5)	693	694.1	23.3	(18.4,29.1)
	36 a 47 meses	445	571.3	27.1	(22.3,32.5)	681	909	24.1	(18.7,30.5)	710	733.3	16.7	(13.0,21.2)
	48 a 59 meses	461	630.5	18.5	(14.6,23.2)	714	803	13.6	(10.2,17.9)	700	714.5	14.4	(10.4,19.6)
	12 a 59 meses	1 636	2 167.7	32.9	(30.16,35.8)	2 592	3 150	26.6	(23.5,29.9)	2 725	2 778.0	23.4	(21.0,26.0)
Ciudad de México	12 a 23 meses	74	155.4	57.7	(44.8,69.6)	34	133	45.3	(29.2,62.5)	85	350.6	40.6	(28.9,53.4)
	24 a 35 meses	77	178.4	40.8	(28.7,54.1)	35	139	13.9	(6.2,28.2)	87	353.0	26.1	(16.2,39.1)
	36 a 47 meses	95	215.8	23.7	(15.3,34.7)	42	163	20.3	(8.7,40.6)	88	350.2	20.6	(11.7,33.6)
	48 a 59 meses	76	172.0	18.5	(10.2,31.1)	32	115	22.9	(10.5,43.1)	101	400.7	15.1	(8.1,26.6)
	12 a 59 meses	322	721.6	34.0	(28.3,40.2)	143	550	25.3	(18.1,34.1)	361	1 454.5	25.2	(19.9,31.5)
Sur	12 a 23 meses	338	409.3	55.3	(49.7,60.7)	564	582	45.3	(40.3,50.5)	625	677.6	36.1	(30.9,41.7)
	24 a 35 meses	418	503.3	34.5	(29.9,39.4)	578	557	34.6	(29.4,40.2)	651	757.7	29.5	(24.4,35.2)
	36 a 47 meses	443	529.4	20.9	(17.9,25.1)	638	695	24.2	(19.9,29.1)	652	754.1	16.8	(13.5,20.8)
	48 a 59 meses	504	617.4	18.5	(15.18,22.3)	719	790	17.2	(13.3,21.9)	686	772.1	13.6	(10.9,16.9)
	12 a 59 meses	1 703	2 059.5	30.3	(28.1,32.6)	2 499	2 624	29	(26.4,31.7)	2 614	2 961.4	23.7	(21.4,26.1)
Escolares													
Norte	5 años	455	304.0	24.1	(19.4,29.4)	385	391.5	27.8	(22.0,34.6)	439	402.2	20.2	(15.7,25.5)
	6 años	444	317.7	21.5	(16.9,27.1)	420	421.5	20.9	(16.0,26.7)	512	480.8	12.6	(9.2,17.0)
	7 años	443	351.1	18.7	(14.5,23.8)	412	382.9	17.1	(12.3,23.2)	515	455.1	15.4	(11.5,20.2)
	8 años	496	356.4	16.6	(12.6,21.5)	440	415.4	11.3	(8.3,15.3)	533	453.2	11.3	(7.7,16.2)
	9 años	433	293.2	14.3	(10.6,19.1)	423	428.0	9.4	(6.6,13.2)	526	467.6	7.3	(4.9,10.7)
	10 años	431	286.9	14.5	(10.6,19.5)	460	463.8	7.3	(4.6,11.4)	439	444.1	6.8	(4.3,10.6)
	11 años	401	273.9	13.4	(9.5,18.5)	459	417.7	9.6	(6.7,13.5)	516	473.4	4.7	(3.0,7.2)
	5 a 11 años	3 103	2 183.3	17.7	(16.1,19.5)	2 999	2 920.8	14.5	(12.8,16.4)	3 480	3 176.4	11	(9.6,12.6)
Centro	5 años	459	584.3	23.6	(19.2,28.5)	765	936.0	22.0	(15.5,30.1)	661	674.9	14.6	(11.1,19.0)
	6 años	416	549.3	14.9	(11.4,19.3)	781	884.7	16.0	(12.2,20.6)	735	679.1	13.2	(10.0,17.1)
	7 años	437	550.1	17.0	(13.0,22.0)	781	794.1	13.3	(8.9,19.5)	766	760.8	9.4	(6.7,13.1)
	8 años	452	567.2	12.2	(8.7,16.8)	823	888.2	13.4	(9.5,18.5)	744	735.8	8.2	(5.3,12.5)
	9 años	477	595.4	9.3	(6.4,13.2)	883	1 027.0	8.8	(6.2,12.5)	774	760.3	8.5	(5.8,12.4)
	10 años	443	590.5	9.8	(6.3,15)	884	970.6	6.6	(4.8,9.0)	636	725.0	3.6	(2.1,6.1)
	11 años	393	482.7	8.3	(5.5,12.3)	861	972.3	5.5	(3.8,7.7)	622	700.6	4.2	(2.5,7.1)
	5 a 11 años	3 077	3 919.4	13.7	(12.2,15.3)	5 778	6 472.8	12.0	(10.5,13.8)	4 938	5 036.5	8.7	(7.6,10.1)

Continúa/

/continuación

Ciudad de México	5 años	98	194.2	19.2	(11.2,30.7)	40	143.1	25.8	(14.9,40.9)	100	429.8	22.6	(13.5,35.3)
	6 años	105	223.0	22.1	(14.5,32.1)	35	144.6	25.1	(11.6,46.2)	100	403.6	11.3	(5.8,20.8)
	7 años	90	185.5	20.1	(12.4,31)	30	85.2	16.4	(6.9,34.4)	100	384.7	10.5	(4.8,21.3)
	8 años	119	234.8	10.8	(6.2,18.1)	45	139.7	14.5	(6.7,28.8)	103	421.2	5.5	(2.3,12.8)
	9 años	103	221.7	10.4	(5.4,19.3)	45	140.6	5.9	(1.9,16.6)	89	325.0	8	(3.0,19.5)
	10 años	102	200.5	9.1	(4.2,18.5)	52	193.0	2.4	(0.4,14.8)	93	355.8	1.2	(0.3,4.9)
	11 años	82	155.3	7.3	(3.4,14.7)	42	136.7	7.6	(2.9,18.8)	110	519.1	7.3	(2.7,18.1)
	5 a 11 años	699	1 415.0	14.3	(11.5,17.5)	289	982.9	13.3	(9.3,18.7)	695	2 839.2	9.6	(7.2,12.9)
Sur	5 años	506	605.4	23.9	(20.2,28)	749	774.1	20.8	(16.9,25.2)	689	771.1	18.1	(14.5,22.4)
	6 años	486	579.3	20.5	(16.7,24.9)	708	704.9	17.7	(14.2,21.9)	676	739.0	14.8	(11.7,18.6)
	7 años	471	567.1	15.8	(12.8,19.4)	708	702.0	16.5	(13.2,20.4)	718	804.2	10.8	(8.2,14.3)
	8 años	494	588.4	15.8	(12.6,19.7)	796	689.5	12.9	(9.9,16.6)	736	790.8	11	(8.4,14.4)
	9 años	474	584.1	12.7	(9.7,16.4)	882	822.8	9.3	(6.9,12.5)	734	791.6	8	(5.9,10.9)
	10 años	498	601.1	11.4	(8.8,14.7)	902	870.2	11.3	(8.3,15.2)	556	711.6	7.8	(5.3,11.3)
	11 años	410	503.8	8.8	(6.1,12.6)	855	818.4	7.4	(5.3,10.3)	644	863.3	6.5	(4.5,9.2)
	5 a 11 años	3 339	4 029.2	15.7	(14.4,17.1)	5 600	5 381.9	13.5	(12.2, 14.9)	4753	5 471.6	10.9	(9.7, 12.3)

en la Ciudad de México de 22.6%, en la zona sur de 18.1%, y en la zona centro de 14.6%. A pesar de observarse una tendencia de menor prevalencia en la zona centro, los intervalos de confianza de las cuatro regiones tienen un gran traslape (cuadro 8.4).

Al comparar las prevalencias de anemia de 2012 con los datos de la ENSANUT 2006, se observó una disminución de 3.5 pp en los de la zona norte, -3.3 pp en la zona centro, -2.6 pp en la zona sur, y -3.7 pp en la Ciudad de México. Al respecto, es importante señalar que debido al tamaño de muestra de las encuestas en la Ciudad de México no hay suficiente poder estadístico para establecer si los cambios en las prevalencias de anemia son significativos, por lo que estos datos deben ser interpretados con cautela.

Al interior de los grupos de edad la disminución en la prevalencia de anemia en comparación con los datos de 2006 fue importante en la zona norte en las edades 5, 6 y 11 (-7.6, -8.6 y -4.9 pp, respectivamente); en los de la zona centro fue importante en las edades 5 y 6 (-7.4 y -2.8 pp respectivamente); en los de la zona sur, en los de 7 años (-5.7 pp). Al respecto puede hacerse la misma observación del párrafo anterior respecto de la muestra en la Ciudad de México (cuadro 8.4).

En un periodo de 13 años (1999-2012) la prevalencia de anemia en los escolares de la zona norte disminuyó 6.7 pp, en los de la zona centro 5 pp, en los de la zona sur 4.8 pp y en la Ciudad de México 4.7 pp. Al comparar los datos de anemia de la ENN 99 y ENSANUT 2012 en niños de cinco años, la mayor disminución en la prevalencia de anemia se observó en los escolares de la zona centro, -9 pp, en los de la zona sur, -5.8 pp, y en los de la zona norte, -3.9 pp, en cambio los de la Ciudad de México incrementaron su prevalencia de anemia en 3.4 pp en los últimos 13 años (cuadro 8.4).

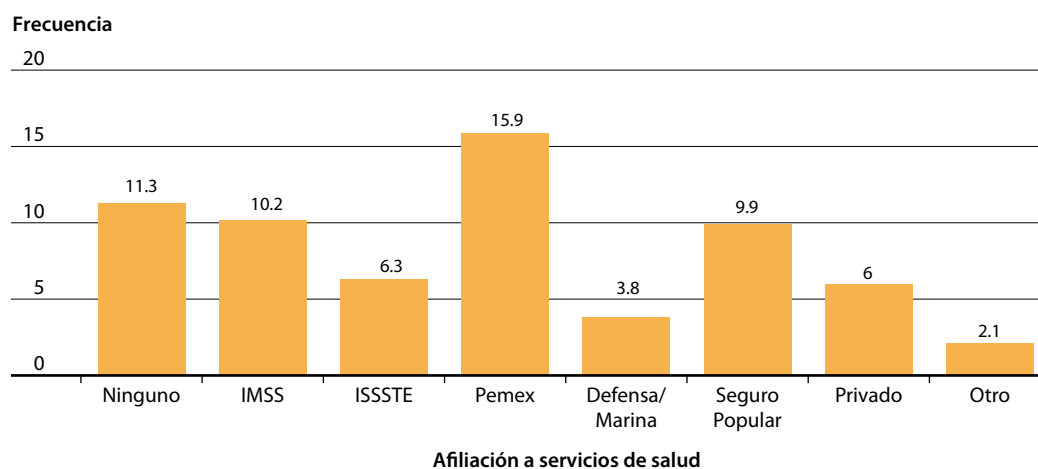
Información por afiliación a los servicios de salud

En los niños escolares, la prevalencia de anemia por afiliación a los servicios de salud fue menor entre los afiliados al ISSSTE (6.3% IC95% 4.3,9.0) vs los que no están afiliados a un servicio de salud (11.3% IC95% 9.4,13.5) ($p=0.008$). Entre los niños escolares afiliados al IMSS (10.2%; IC95% 8.7, 12.0) y al Seguro Popular (9.9% IC95% 8.9,11.0), la prevalencia de anemia no fue diferente en comparación con los niños escolares que no tienen servicios de salud.

Debido al tamaño muestral de los niños afiliados a Pemex, Marina/Defensa, sector privado así como de otras instituciones, el poder fue insuficiente para establecer diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias de anemia (figura 8.7).

Figura 8.7

Prevalencia nacional de anemia en la población de niños escolares según su afiliación a los servicios de salud. México, ENSANUT 2012



Conclusiones

La anemia tiene efectos deletéreos sobre el desarrollo de la capacidad de pensamiento abstracto, matemáticas, resolución de problemas y el desarrollo del lenguaje cuando se presenta en niños menores de dos años. De no ser prevenida y atendida en este periodo, los efectos adversos resultan irreversibles. De acuerdo con los datos encontrados en la ENSANUT 2012, la prevalencia de anemia sigue siendo un problema serio en México, especialmente en los niños menores de cinco años y muy en particular en los de 12-24 meses de edad, en los cuales, a pesar de que ha disminuido 16.6 pp en los últimos 13 años, aún se detectan prevalencias que indican un riesgo elevado y la necesidad de reforzar acciones de manera urgente.

La anemia en los niños mexicanos ha tenido una disminución sostenida entre 1999 y 2012, periodo en el que el gobierno ha implementado acciones de comprobada efectividad para la prevención de este problema nutricional. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que ha hecho el Gobierno durante los pasados 13 años, la disminución ha sido lenta y menor a la esperada, por lo que es necesario reanalizar intervenciones focalizadas en los niños de mayor vulnerabilidad para combatir la anemia, sobre todo en las niñas que llegarán al periodo de adolescencia, con lo cual este problema se acentúa debido a la constante pérdida de hierro por la menstruación. Además es necesario crear nuevas opciones para atender a la población no cubierta por *Oportunidades* y Liconsa, incluyendo a la población que se encuentra en los quintiles de nivel socioeconómico medio, en los que la prevalencia de anemia es relativamente alta a pesar de su capacidad de compra. Las nuevas opciones deben comprender tanto la orientación alimentaria, dirigida a fomentar el consumo de una dieta con alto contenido de hierro y otros nutrientes y bajo contenido de elementos que interfieren con la absorción del hierro, así como la disminución en el consumo de calorías vacías y la disponibilidad de alimentos enriquecidos o suplementos con hierro.

Algunas recomendaciones incluyen: a) estimular a las madres a cumplir con las indicaciones de consumo (*Oportunidades*, Liconsa y otros), focalizada en niños menores de dos años de edad y mujeres embarazadas, b) ampliar la cobertura con hierro a los niños menores de dos años de todos los deciles de ingreso, promoviendo ante la comunidad médica y la comunidad de padres de familia el uso de preparados farmacológicos que contengan hierro y otros micronutrientes. Es importante enfatizar que dichas intervenciones deben hacerse antes de cumplir los dos años de edad para que los daños sobre el desarrollo físico e intelectual no sean permanentes.

Prácticas de alimentación infantil en niños menores de dos años

En esta sección se incluye la información de la ENN 99 de 3 191 niños; de la ENSANUT 2006 de 2 953 y de la ENSANUT 2012 de 4 097; todos niños menores de 24 meses, hijos de mujeres de 12-49 años en cada encuesta.

Se presentan resultados en dos cuadros (8.5 y 8.6) y una figura (8.8). Dado que no se recolectaron todos los indicadores en las tres encuestas, el cuadro 8.5 presenta información de aquéllos que se recolectaron por primera vez en 2012, y el 8.6 presenta indicadores recolectados en las tres encuestas (en los casos en los que no se recolectó en alguna de las encuestas se señala con guiones [-]).

Se aprecia en la ENSANUT 2012 que las prácticas de lactancia están muy por debajo de la recomendación de la OMS (figura 8.8). Poco más de un tercio de los niños son puestos al seno en la primera hora de vida (cuadro 8.5), y se observa un porcentaje sumamente bajo de niños de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva (LME<6m) (14.4%, cuadro 8.6). La mitad de los niños menores de dos

■ Cuadro 8.5

Indicadores de alimentación infantil. Nacional, México, ENSANUT 2012

Indicador	Grupo edad (meses)	Zona	Muestra número	ENSANUT 2012		
				Expansión		
				Número (miles)	%	IC95%
Inicio temprano de la lactancia materna	0 a 23	Urbana	2 346	2 760.2	36.7	(33.9, 39.6)
		Rural	1 474	1 077.9	42.3*	(38.6, 46.0)
		Nacional	3 820	3 838.1	38.3	(36.0, 40.6)
Uso de biberón (cualquier alimento)	0 a 23	Urbana	2 528	2 958.4	53.3	(50.3, 56.2)
		Rural	1 569	1 144.9	41.3*	(38.0, 44.6)
		Nacional	4 097	4 103.3	49.9	(47.6, 52.3)
Consumo de alimentos ricos en Fe	12 a 23	Urbana	1 300	1 498.5	75.3	(72.0, 78.6)
		Rural	832	582.6	66.9*	(62.9, 70.9)
		Nacional	2 132	2 081.1	72.9	(70.3, 75.6)
Diversidad alimentaria mínima	12 a 23	Urbana	1 300	1 498.5	88.3	(85.6, 90.9)
		Rural	832	582.6	82.6*	(79.5, 85.8)
		Nacional	2 132	2 081.1	86.7	(84.6, 88.8)
Frecuencia mínima	6 a 23	Urbana	1 901	2 197.2	62.6	(59.3, 65.9)
		Rural	1 181	836.6	54.2*	(50.0, 58.4)
		Nacional	3 082	3 033.8	60.3	(57.6, 63.0)

* Diferencia entre zona urbana/rural, $p < 0.05$

años en México usan biberón, cuando la recomendación es que no sea usado en su alimentación, y solo la tercera y séptima parte de los niños reciben lactancia materna al año y a los dos años respectivamente. La mediana de la duración de lactancia materna es de 10.2 meses. A diferencia de las prácticas de lactancia, aquéllas de alimentación complementaria en general se acercan más a las recomendaciones de la OMS. Un mayor porcentaje de niños cumplen con una dieta variada y consumen alimentos ricos en hierro. En general se observan diferencias en las prácticas de lactancia por área urbana/rural, con prácticas generalmente mejores en el medio rural que en el urbano. En contraposición con los indicadores de lactancia, los de alimentación complementaria suelen ser mejores en el medio urbano, i.e. los niños menores de dos años tienen dietas más variadas, que incluyen mayor consumo de alimentos ricos en hierro, introducción de alimentos sólidos, semisólidos y suaves, y una mayor diversidad alimentaria (cuadro 8.6), e ingesta de alimentos más frecuentemente (número de veces al día) (cuadro 8.5) en el medio urbano que en el rural. El cuadro 8.6 muestra las tendencias de las tres encuestas. En general se observan pocas variaciones en las prácticas

■ Cuadro 8.6

Indicadores de alimentación infantil. Comparativo de la ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012. Nacional, México. ENSANUT 2012

Indicador	Grupo edad (meses)	Zona	ENN 99				ENSANUT 2006				ENSANUT 2012			
			Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%
Alguna vez amamantados	0 a 23	Urbana	1 889	2 609.8	92.3	(90.9, 93.7)	2 065	1 776.2	89.5 ^a	(87.6, 91.4)	2 528	2 958.4	93.5 ^b	(92.2, 94.7)
		Rural	1 300	1 141.8	92.2	(90.5, 94)	888	738.1	92.5	(90.3, 94.8)	1 569	1 144.9	94.4	(92.8, 95.9)
		Nacional	3 189	3 751.6	92.3	(91.2, 93.4)	2 953	2 514.3	90.4	(88.9, 91.9)	4 097	4 103.3	93.7 ^b	(92.7, 94.7)
Lactancia materna exclusiva	0 a 5	Urbana	452	637.1	14.8	(11, 18.6)	673	595.1	17.3	(13, 21.5)	627	761.2	12.7	(9.1, 16.3)
		Rural	298	263.1	32.7*	(25.4, 40)	250	207.4	36.9*	(24.8, 49)	388	308.3	18.5 ^b	(13.7, 23.2)
		Nacional	750	900.2	20.0	(16.4, 23.7)	923	802.5	22.3	(17.5, 27.1)	1 015	1 069.5	14.4 ^b	(11.5, 17.3)
Lactancia materna predominante	0 a 5	Urbana	452	637.1	25.6	(20.7, 30.5)	673	595.1	25.1	(20.2, 30)	627	761.2	22.7	(18.1, 27.3)
		Rural	298	263.1	52.8*	(45.5, 60.1)	250	207.4	47.4*	(36.3, 58.5)	388	308.3	30.6 ^{ab}	(25.1, 36.1)
		Nacional	750	900.2	33.5	(29.2, 37.9)	923	802.5	30.9	(25.9, 35.9)	1 015	1 069.5	25.0	(21.3, 28.6)
Lactancia materna continua al año	12 a 15	Urbana	348	496.5	30.1	(23.9, 36.2)	261	211.3	30.0	(20.9, 39.1)	467	571.8	31.1	(24.7, 37.5)
		Rural	218	187.2	53.7*	(44.2, 63.3)	148	113.8	50.3*	(39.9, 60.6)	287	207.1	47.7*	(40, 55.4)
		Nacional	566	683.7	36.5	(31.1, 42)	409	325.1	37.1	(30.1, 44.1)	754	779.0	35.5	(30.4, 40.5)
Lactancia materna continua a los dos años	20 a 23	Urbana	257	345.2	21.6	(15.1, 28.1)	214	177.6	15.3	(6.5, 24.1)	421	466.5	12.0	(7.9, 16.2)
		Rural	197	173.3	32.1	(22.9, 41.2)	124	114	24	(13.9, 33.7)	258	172.6	19.6*	(13.7, 25.6)
		Nacional	454	518.5	25.1	(19.8, 30.5)	338	291.8	18.6	(12, 25.2)	679	639.1	14.1	(10.7, 17.5)
Lactancia adecuada	0 a 11	Urbana	993	1 374.6	25.3	(22, 28.5)	1 389	1 199.9	33.2 ^a	(29.2, 37.2)	1 228	1 459.9	25.4 ^b	(21.7, 29)
		Rural	680	602.7	43.4*	(38.9, 47.9)	477	390.8	48.5*	(40.9, 56.1)	737	562.3	39.8*	(35.1, 44.5)
		Nacional	1 673	1 977.2	30.8	(27.9, 33.7)	1 866	1 590.8	37.0 ^a	(33.3, 40.6)	1 965	2 022.2	29.4 ^b	(26.4, 32.4)
Lactancia adecuada	12 a 23	Urbana	896	1 235.2	24.7	(20.6, 28.8)	-	-	-	-	1 300	1 498.5	20.8	(17.6, 24)
		Rural	620	539.1	38.1*	(32, 44.3)	-	-	-	-	832	582.6	31.6*	(27.1, 36)
		Nacional	1 516	1 774.3	28.8	(25.3, 32.3)	-	-	-	-	2 132	2 081.1	23.8	(21.2, 26.4)
Consumo de alimentos ricos en Fe	6 a 11	Urbana	-	-	-	-	716	604.8	47.8	(41.9, 53.6)	601	698.7	59.3 ^b	(54.1, 64.4)
		Rural	-	-	-	-	227	183.4	59.6	(49.5, 69.7)	349	254.0	46.6*	(39.1, 54.1)
		Nacional	-	-	-	-	943	788.3	50.5	(45.4, 55.6)	950	952.7	55.9	(51.5, 60.3)
Introducción de sólidos, semisólidos y suaves	6 a 8	Urbana	249	344.1	92.5	(87.8, 97.1)	338	266.4	90.2	(84.9, 95.6)	277	329.3	97.1	(94.9, 99.2)
		Rural	207	183.3	79.3*	(73, 85.7)	99	87.4	83.1	(70, 96.2)	151	112.5	88.4*	(80.6, 96.2)
		Nacional	456	527.4	87.9	(84.1, 91.7)	437	353.8	88.5	(83.3, 93.7)	428	441.8	94.8 ^b	(92.2, 97.5)
Diversidad alimentaria mínima	6 a 11	Urbana	-	-	-	-	716	604.8	66.0	(60.7, 71.4)	601	698.7	79.4 ^b	(75, 83.7)
		Rural	-	-	-	-	227	183.4	59.9	(51.2, 68.7)	349	254.0	59.1*	(52, 66.3)
		Nacional	-	-	-	-	943	788.3	64.6	(60, 69.2)	950	952.7	74.0 ^b	(70, 77.9)
Mediana de duración de la lactancia [†]	0 a 36 [†]	Urbana	1 890	2 612.1	4.9	(4.7, 8.6)	1 301	1 103.3	8.5	(6.8, 8.8)	2 426	1 773.7	4.9	(4.7, 8.5)
		Rural	1 301	1 142.6	10.9*	(10.6, 14.6)	2 714	2 367.6	10.9*	(9.0, 14.6)	3 828	4 486.2	10.8*	(9.0, 14.5)
		Nacional	3 191	3 754.7	9.7	(7.1, 10.7)	4 015	3 470.9	10.4	(8.1, 11.1)	6 254	6 259.9	10.2	(7.1, 10.9)

* Diferencia entre zona urbana/rural en cada encuesta, $p < 0.05$

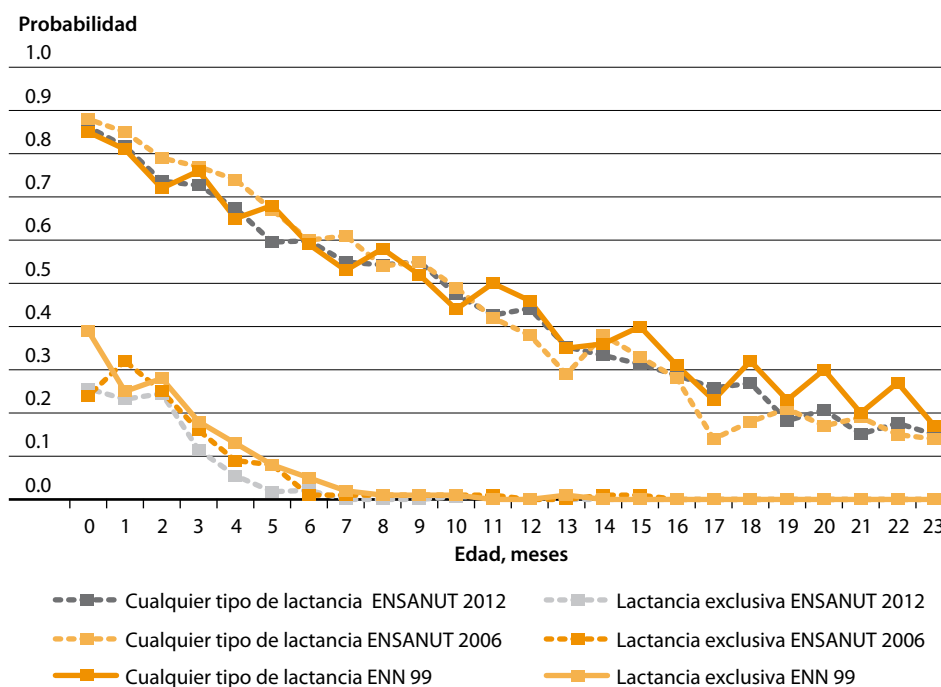
^a Diferencia entre ENN 1999 y ENSANUT 2006, $p < 0.05$

^b Diferencia entre ENSANUT 2006 y 2012, $p < 0.05$

[†] La mediana de duración de lactancia para la ENN 99 se estimó en niños menores de dos años

■ **Figura 8.8**

Estimación de cualquier tipo de lactancia materna y lactancia materna exclusiva por mes para ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012.



de alimentación infantil entre 1999 y 2006. En cambio, entre 2006 y 2012 se ven cambios drásticos. El más preocupante es el deterioro en la LME < 6m; la disminución en el ámbito nacional fue de casi 8 puntos porcentuales al pasar de 22.3 a 14.4%, mientras que en el medio rural fue mucho más grave, ya que bajó a la mitad (de 36.9 a 18.5%). Análisis puntuales del ámbito nacional (datos solo presentados en este texto) señalan que este descenso puede ser explicado, por lo menos parcialmente, por un incremento de 4 pp en el porcentaje de niños amamantados que además de leche materna consumen agua (por lo que la lactancia deja de ser exclusiva), y 5.5 pp más de niños que consumen fórmula (con o sin leche materna). La lactancia materna predominante en menores de seis meses tiene un comportamiento similar al de la LME. Al igual que se documenta para la ENN 99, la alimentación complementaria es más adecuada en el medio urbano que en el rural, y los cambios en esta, entre 2006 y 2012, son alentadores. Por ejemplo, se ha incrementado el consumo de alimentos ricos en hierro en el segundo semestre de la vida (medio urbano), la introducción oportuna de alimentación complementaria (de 6-8 meses en el ámbito nacional) y la diversidad alimentaria también en el segundo semestre de la vida (medio urbano y ámbito nacional).

Conclusiones

La alimentación infantil apropiada es uno de los pilares más importantes para la promoción de la salud. Así, la lactancia materna adecuada es considerada una de las medidas más costo-efectivas para evitar enfermedad y muerte en la etapa infantil y preescolar. Asimismo, la correcta alimentación complementaria disminuye el riesgo de desnutrición y deficiencias de micronutrientes.

Los resultados sobre las prácticas de lactancia materna en México muestran que están muy alejadas de lo que recomienda la OMS, y que serían las compatibles con una óptima salud y supervivencia del niño. La lactancia materna exclusiva bajó casi 8 pp en México entre 2006 y 2012, y el descenso en el medio rural fue mayor. Este hallazgo es preocupante para la salud pública porque la lactancia ofrece protección contra las enfermedades más comunes de la infancia que son las principales causas de mortalidad. Sin embargo, esta protección se amplifica entre más vulnerable es la población, la cual está expuesta a un medio ambiente con mayor contaminación con microorganismos patógenos. El pobre desempeño de los indicadores de lactancia se debe a una temprana introducción de fórmulas lácteas y de la alimentación complementaria. La información sobre las prácticas de alimentación complementaria es menos inadecuada que las prácticas de lactancia y ha mejorado entre 2006 y 2012. Aun así, actualmente apenas poco más de la mitad de los niños de 6-11 meses consume alimentos nutritivos (ricos en Fe) y 6 de cada 10 consumen una alimentación con una frecuencia mínima.

Los pobres resultados de lactancia no son sorprendentes cuando se considera que el medio en el que se desarrolla y vive la mujer mexicana es hostil a la lactancia. Es necesario hacer hincapié en que en la consulta prenatal se prepare a la mujer para la lactancia. Además, como sugieren estos resultados, con frecuencia se la separa inmediatamente de su recién nacido durante varias horas, lapso en el cual se le ofrecen otros líquidos al recién nacido, entre los que está la fórmula láctea. En visitas posnatales, la madre no encuentra personal de salud con las competencias suficientes para ayudarla a resolver los problemas comunes de lactancia y suele resolverlos inmediatamente con la introducción de la fórmula. El apoyo, protección y promoción de la lactancia materna en México es una de las acciones más costo-efectivas para mejorar la salud y supervivencia del niño menor de dos años. Su inclusión y mantenimiento en la agenda pública de salud será uno de los aciertos más eficaces en términos de salud pública.

Adolescentes

Sobrepeso y obesidad

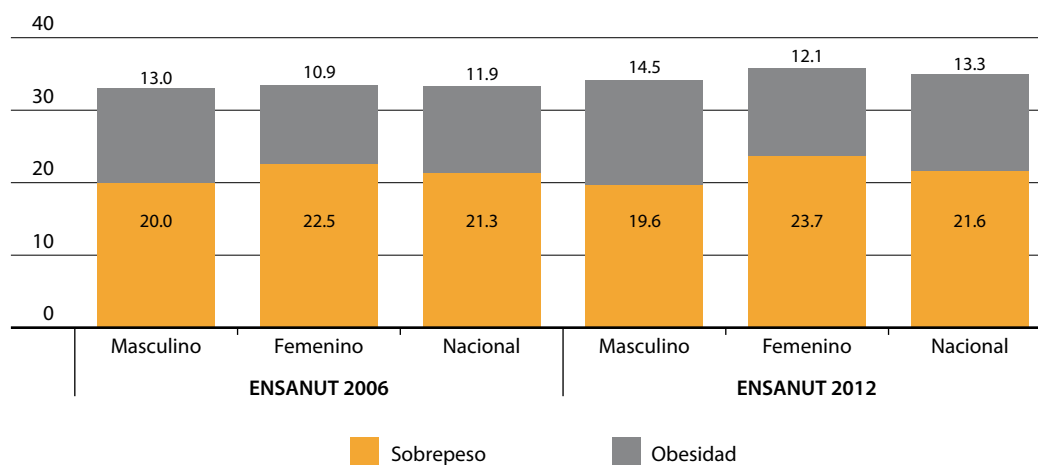
De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto representa alrededor de 6 325 131 individuos entre 12 y 19 años de edad. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad (figura 9.1 y cuadro 9.1).

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino (lo que representa a 3 175 711 adolescentes del sexo femenino en todo el país) y 34.1% en el sexo masculino (representativos de 3 148 146 adolescentes varones) en 2012 (cuadro 9.1). La proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres (23.7%) que en hombres (19.6%, 4 pp mayor); y para obesidad los datos revelan que el porcentaje de adolescentes de sexo masculino con obesidad fue mayor (14.5%) que en las de sexo femenino (12.1%, 2.4 pp mayor).

En 2006 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad, bajo este criterio, fue de 33.2% (33.4% en el sexo femenino y 33.0% en el masculino). El aumento entre 2006 y 2012 fue de 5% en seis años para los sexos combinados (0.28 pp/año); el aumento en el sexo femenino fue de 7% (0.40 pp/año) y en el sexo masculino de 3% (0.18 pp/año).

■ **Figura 9.1**

Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 12 a 19 años de edad, de la ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, por sexo, de acuerdo con los criterios propuestos por la OMS. México, ENSANUT 2012



■ Cuadro 9.1

Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población de 12 a 19 años de la ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, por grupos de edad y sexo. México, ENSANUT 2012

Edad en años	Masculino											
	ENSANUT 2006						ENSANUT 2012					
	Total		Sobrepeso		Obesidad		Total		Sobrepeso		Obesidad	
	Muestra número	Número (Miles)	Expansión		Expansión		Muestra número	Número (Miles)	Expansión		Expansión	
%			IC95%	%	IC95%	%			IC95%	%	IC95%	
12	1 133	1 364.7	20.7	(17.6, 24.3)	17.7	(13.7, 22.6)	1 021	1 188.7	21.0	(17.7, 24.9)	20.1	(16.3, 24.4)
13	1 122	1 477.9	22.8	(18.5, 27.6)	13.8	(11.2, 17.0)	916	1 103.2	18.7	(15.6, 22.4)	15.8	(12.5, 19.9)
14	991	1 400.2	17.0	(13.6, 21.0)	16.7	(10.0, 26.4)	941	1 132.1	18.3	(14.9, 22.3)	19.4	(15.4, 24.2)
15	985	1 273.6	22.6	(18.7, 27.0)	9.1	(7.0, 11.6)	876	1 227.9	19.0	(15.2, 23.5)	12.6	(10.0, 15.9)
16	829	1 097.6	17.9	(14.4, 22.0)	9.2	(6.8, 12.3)	888	1 262.0	21.6	(17.2, 26.6)	10.1	(7.4, 13.6)
17	777	963.6	20.3	(16.2, 25.1)	10.9	(8.1, 14.4)	862	1 176.3	19.4	(15.5, 24.1)	12.4	(9.5, 16.1)
18	676	881.8	16.5	(12.7, 21.1)	9.8	(7.3, 13.1)	820	1 163.2	16.6	(13.2, 20.7)	14.6	(10.6, 19.7)
19	575	703.9	21.7	(16.8, 27.5)	14.3	(9.2, 21.5)	717	978.7	22.4	(17.9, 27.7)	10.9	(7.8, 15.0)
Total	7 088	9 163.3	20.0	(18.5, 21.6)	13.0	(11.3, 14.8)	7 041	9 232.1	19.6	(18.2, 21.1)	14.5	(13.3, 15.8)

Edad en años	Femenino											
	ENSANUT 2006						ENSANUT 2012					
	Total		Sobrepeso		Obesidad		TOTAL		Sobrepeso		Obesidad	
	Muestra número	Número (Miles)	Expansión		Expansión		Muestra número	Número (Miles)	Expansión		Expansión	
%			IC95%	%	IC95%	%			IC95%	%	IC95%	
12	1 040	1 237.3	22.9	(19.2, 27.0)	11.2	(8.4, 14.7)	1 026	1 156.3	23.0	(19.1, 27.4)	14.8	(12.0, 18.2)
13	1 079	1 342.8	22.8	(19.3, 26.6)	9.8	(7.6, 12.7)	905	1 053.9	25.4	(21.0, 30.4)	12.5	(9.4, 16.3)
14	969	1 150.8	24.3	(20.7, 28.4)	11.7	(8.9, 15.4)	872	1 105.0	24.1	(20.1, 28.7)	12.0	(8.5, 16.7)
15	914	1 223.8	22.9	(18.8, 27.6)	13.3	(9.8, 17.7)	837	1 096.2	25.6	(21.1, 30.7)	9.0	(6.6, 12.1)
16	893	1 149.6	21.9	(17.8, 26.5)	7.4	(5.5, 9.9)	824	1 097.1	23.5	(19.1, 28.4)	9.7	(7.2, 13.0)
17	831	1 019.7	19.9	(16.2, 24.2)	11.1	(8.2, 14.9)	812	1 122.2	25.1	(20.7, 30.0)	9.5	(6.8, 13.0)
18	885	1 082.9	23.4	(19.0, 28.5)	12.5	(8.8, 17.4)	885	1 148.4	19.5	(16.1, 23.4)	16.6	(13.1, 20.7)
19	746	949.7	21.7	(17.3, 26.9)	9.8	(7.1, 13.5)	790	1 091.6	23.8	(19.3, 29.1)	12.5	(9.7, 16.0)
Total	7 357	9 156.7	22.5	(21.1, 24.0)	10.9	(9.7, 12.2)	6 951	8 870.7	23.7	(22.1, 25.5)	12.1	(10.9, 13.4)

La prevalencia de sobrepeso en el sexo femenino aumentó de 22.5% en 2006 a 23.7% en 2012 (5.3% en términos relativos), mientras que en el sexo masculino se observó una ligera reducción de 20 a 19.6% (-.02% en términos relativos), en el mismo periodo de tiempo. El incremento más notorio fue en la prevalencia de obesidad, al pasar de 10.9 a 12.1% (11.0%) en el sexo femenino, y de 13 a 14.5% (11.5%) en varones (figura 9.1). No se observan tendencias claras de sobrepeso y obesidad en relación con la edad, excepto por una ligera disminución de la obesidad a mayor edad en los hombres (cuadro 9.1).

En 1988 y 1999 no se obtuvo información sobre estado de nutrición de adolescentes varones, pero se cuenta con información sobre adolescentes de sexo femenino. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad pasó de 11.1% en

1988 a 28.3% en 1999, 33.4% en 2006 y 35.8% en 2012. Este aumento en 24 años equivale a un incremento relativo de 223%. La tasa de aumento, sin embargo, ha disminuido de 14%/año entre 1988 a 1999, a 2.6% por año entre 1999 y 2006 y se ha desacelerado a 01.2%/año entre 2006 y 2012.

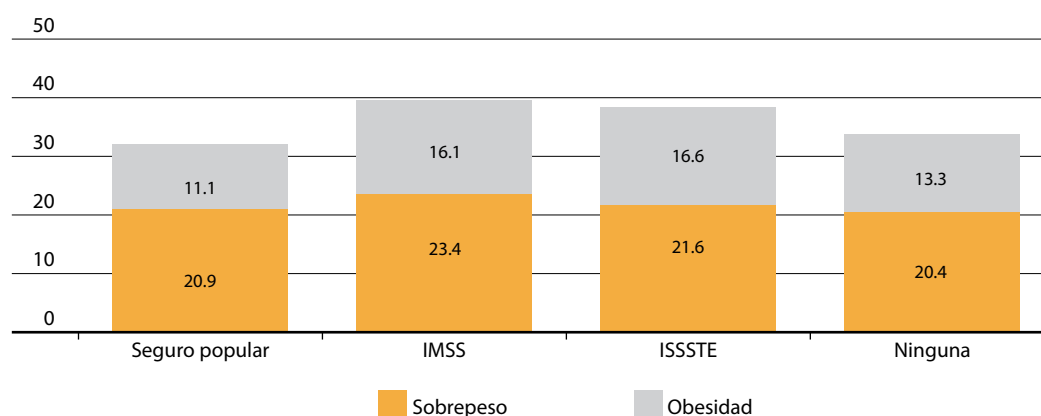
Información por tipo de afiliación a los servicios de salud

Por último, se realizó un análisis de la distribución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes por el tipo de afiliación a los servicios de salud. Los resultados (figura 9.2) mostraron que en el IMSS el 23.4% de los adolescentes tienen sobrepeso, en el ISSSTE, 21.6% y en el Seguro Popular, 20.9%. Para la categoría de obesidad estas cifras representan al 16.1, 16.6 y 11.1%, respectivamente. Las prevalencias para la población que reportó no tener ninguna afiliación fueron de 20.4% para sobrepeso y 13.9% para obesidad.

Figura 9.2

Distribución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 12 a 19 años de edad por tipo de afiliación a servicios de salud.* México, ENSANUT 2012

* Para las instituciones de salud Pemex, Defensa, Marina y sector privado la muestra fue insuficiente para poder realizar la estimación.



Conclusiones

La prevalencia de peso excesivo en los adolescentes ha aumentado en forma notable, casi tres veces, en el casi cuarto de siglo de seguimiento a partir de las encuestas de nutrición. Sin embargo esta cifra aumentó a una menor tasa entre 2006 y 2012. En la sección de peso excesivo en niños en edad escolar, en los que después de aumentos rápidos en las prevalencias estas se han estabilizado, se especuló sobre posibles razones de esta disminución en el aumento, incluyendo la posibilidad de la existencia de un techo para las prevalencias cuando el sobrepeso y la obesidad alcanzan a la población altamente susceptible o la posibilidad de cambios en los patrones de alimentación o de actividad física como consecuencia

de mayor conciencia por parte de la población o de las acciones que ha emprendido el Gobierno para la prevención y control de estos padecimientos. Aun cuando la tasa de crecimiento ha disminuido, actualmente más de una tercera parte de los adolescentes del país presentan exceso de peso. Dadas estas altas prevalencias es importante reforzar la implementación de políticas y programas efectivos de prevención de obesidad que incluyan a este grupo de población.

Anemia

Información por grupo de edad y sexo

Se obtuvieron datos válidos de hemoglobina de 11 638 adolescentes de 12 a 19 años de edad. Al aplicar los factores de expansión, éstos representan a un total de 18 256 446 adolescentes en todo el país. La prevalencia nacional de anemia en adolescentes fue de 5.6% (IC95% 4.9-6.4%), lo que representa a 1 024 580 adolescentes anémicos en México. Las adolescentes del sexo femenino tuvieron la mayor prevalencia (7.7%, IC95% 6.6-9) en comparación con los adolescentes varones (3.6%, IC95% 3-4.4, $p < 0.001$). Al estratificar por grupo de edad, la mayor prevalencia se observó a los 12 años de edad, tanto en adolescentes varones como en adolescentes del sexo femenino (cuadro 9.2).

En los adolescentes varones se observó que a mayor edad, la prevalencia de anemia fue menor. La prevalencia más baja se observó a los 17 años y fue de 1.9% (cuadro 9.2).

En las adolescentes del sexo femenino, la menor prevalencia de anemia se observó de 12 a 15 años (4.5%, IC95% 2.9-7.4). Al contrario de lo observado en los adolescentes varones, en las adolescentes del sexo femenino comenzó a aumentar la prevalencia a los 16 años (7.5%, IC95% 4.6-12.1) (cuadro 9.2).

Estos cambios en las tendencias de anemia observadas en adolescentes explican la menor prevalencia de anemia en el ámbito nacional en ambos sexos en las edades de 12 a 15 años y un incremento en la prevalencia a las edades de 16 a 19 años de edad en adolescentes del sexo femenino.

Al comparar los datos con los de la ENSANUT 2006, se observó una disminución de 3.6 pp en el ámbito nacional; 3.2 pp y 3.9 pp en adolescentes varones y adolescentes del sexo femenino, respectivamente. En adolescentes de 12 años se observó la mayor disminución de prevalencia de anemia en adolescentes varones (5.8 pp). A pesar de que a los 12 años las adolescentes tuvieron un incremento de 2.6 pp, los intervalos de confianza tienen un amplio traslape.

■ Cuadro 9.2

Comparación de la prevalencia nacional de anemia en los adolescentes de 12 a 19 años de la ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 por sexo y edad. México, ENSANUT 2012

Edad (años)	ENSANUT 2006				ENSANUT 2012			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
Masculino								
12	1 094	1 371.0	14	(10.2,17.9)	855	1 255.9	7.8	(5.4,11.2)
13	1 094	1 469.8	6.1	(4.6,8.1)	761	1 121.8	5.1	(3.2,8.1)
14	979	1 409.1	4.2	(2.8,6.2)	781	1 138.3	2.8	(1.6,4.8)
15	945	1 217.5	7.6	(5.4,10.5)	730	1 213.2	3.4	(2.1,5.5)
16	796	1 101.6	6.7	(4.5,10.0)	725	1 273.3	3	(1.7,5.2)
17	737	911.2	4.4	(2.8,6.9)	690	1 212.5	1.9	(1.0,3.5)
18 y 19	1 193	1 535.6	4.6	(3.1,6.8)	1 250	2 113.1	2.3	(1.3,3.8)
12 a 19	6 838	9 015.8	6.8	(5.9,7.8)	5 792	9 328.0	3.6	(3.0,4.4)
Femenino								
12	1 022	1 280.7	9.3	(7.0,12.2)	859	1 160.4	12	(8.3,16.6)
13	1 032	1 345.3	9.6	(7.4,12.4)	772	1 058.9	5.7	(3.9,8.2)
14	941	1 188.6	15	(11.8,18.4)	734	1 129.2	5.5	(3.8,7.9)
15	879	1 217.1	13	(9.3,16.6)	696	1 112.6	4.6	(2.9,7.4)
16	868	1 147.7	12	(9.0,14.7)	718	1 156.4	7.5	(4.6,12.1)
17	799	1 016.0	12	(9.3,16.0)	684	1 123.5	9	(5.6,14.2)
18 y 19	1 572	2 035.3	12	(9.5,14.3)	1 383	2 187.4	8.6	(6.4,11.4)
12 a 19	7 113	9 230.6	12	(10.5,12.8)	5 846	8 928.4	7.7	(6.6,9.0)
Nacional								
12	2 116	2 651.7	12	(9.4,14.0)	1 714	2 416.2	9.7	(7.5,12.5)
13	2 126	2 815.0	7.8	(6.4,9.4)	1 533	2 180.7	5.4	(4.0,7.2)
14	1 920	2 597.7	9	(7.4,11.1)	1 515	2 267.4	4.1	(3.0,5.6)
15	1 824	2 434.6	10	(8.0,12.5)	1 426	2 325.8	4	(2.8,5.6)
16	1 664	2 249.3	9.2	(7.5,11.3)	1 443	2 429.8	5.2	(3.5,7.6)
17	1 536	1 927.2	8.5	(6.7,10.8)	1 374	2 336.0	5.3	(3.5,7.9)
18 y 19	2 765	3 570.9	8.6	(7.2,10.3)	2 633	4 300.5	5.5	(4.2,7.1)
12 a 19	13 951	18 246.4	9.2	(8.5,10.0)	11 638	18 256.4	5.6	(4.9,6.4)

Información por área urbana/rural y región geográfica por sexo

Área urbana/rural

La prevalencia de anemia en adolescentes no fue diferente por área urbana y rural. La prevalencia en el área rural fue de 6.3% (IC95% 5.3-7.6) y en áreas urbanas de 5.4% (IC95% 4.6-6.3). La prevalencia de anemia fue menor en el sexo femenino

que en el masculino, pero no hubo diferencia entre área rural (7.6%, IC95% 6.1-9.4) y urbana (7.7%, IC95% 6.3-9.4). En los adolescentes varones, la prevalencia de anemia fue mayor en el área rural (5%, IC95% 3.5-7.1) que en la urbana (3.2%, IC95% 2.5-4.0, $p=0.03$) (cuadro 9.3).

Al comparar los datos con los de la ENSANUT 2006, se observó una disminución de 3 pp en el área rural y de 3.8 pp en el área urbana, consideradas ambas como disminuciones importantes. En adolescentes varones se observó una mayor disminución en la zona urbana (3.6 pp) que en la rural (1.9 pp); en éste último caso, los intervalos de confianza tienen un amplio traslape. Las adolescentes del sexo femenino tanto del área rural como urbana tuvieron diferencias de 4 pp, consideradas como importantes.

Región geográfica

Al estratificar por región no se observaron diferencias relevantes en la prevalencia de anemia en adolescentes de las cuatro regiones, a pesar de que los adolescentes de la zona sur (6.6%, IC95% 5.5-8.0) tuvieron una tendencia a tener mayor prevalencia de anemia en comparación con los de la Ciudad de México (4.7%, IC95% 2.8-7.8) (cuadro 9.3).

Al estratificar por sexo, las adolescentes tuvieron mayor prevalencia de anemia en comparación con los adolescentes varones de las tres regiones (norte, centro y sur, $p<0.01$). En la Ciudad de México, no se contó con poder estadístico suficiente para señalar si la diferencia entre adolescentes varones y adolescentes del sexo femenino era significativa.

Al comparar los datos en los adolescentes de la ENSANUT 2012 con los de la ENSANUT 2006 por región, se observó una disminución de 4.1 pp en la zona norte, 3.1 pp, en la zona centro, 4.3 pp en la zona sur, y 2.5 pp en la Ciudad de México. En un periodo de seis años las adolescentes de la zona sur tuvieron la mayor disminución en comparación con las otras regiones (6 pp), y las de la zona centro tuvieron una disminución más pequeña (2.8 pp). Cuando se consideraron ambos sexos, la magnitud de la disminución de la prevalencia de anemia no fue diferente para los de la zona norte y Ciudad de México. Es importante señalar que debido al tamaño de muestra de las encuestas en la Ciudad de México no hay suficiente poder estadístico para determinar si los cambios en las prevalencias de anemia son significativos, por lo que estos datos deben ser interpretados con cautela (cuadro 9.3).

Información por afiliación a los servicios de salud

La prevalencia de anemia en los adolescentes afiliados al Seguro Popular (6.9% IC95% 5.9,8.0) fue mayor que en los adolescentes que no están afiliados a alguna institución (4.8; IC95% 3.7,6.3) ($p=0.023$). En los adolescentes afiliados al IMSS (4.8% IC95%

■ Cuadro 9.3

Comparación de la prevalencia nacional de anemia en los adolescentes de 12 a 19 años de la ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 por área, región geográfica y sexo. México, ENSANUT 2012

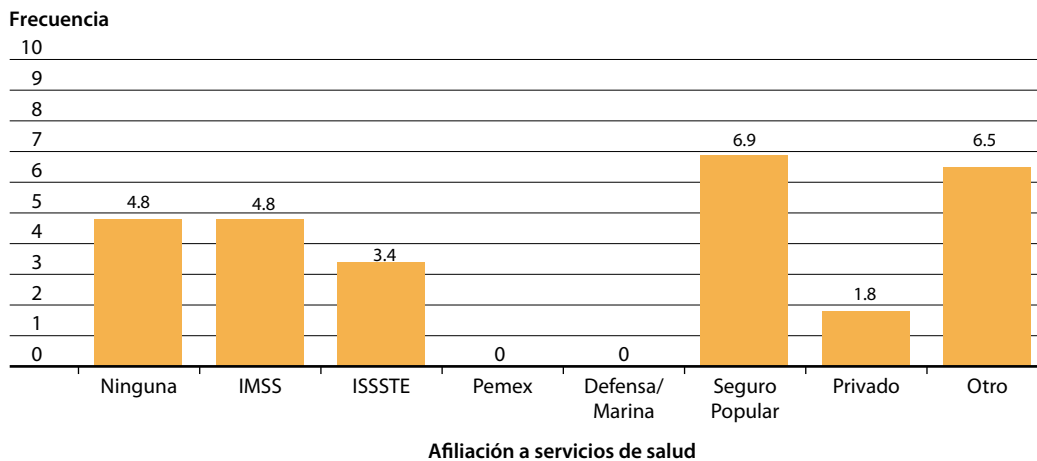
Sexo	ENSANUT 2006					ENSANUT 2012			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%	
Área									
Urbano	Masculino	4 768	6 721.1	6.8	(5.7,8.0)	3 798	7 130.8	3.2	(2.5,4.0)
	Femenino	5 001	6 732.4	11.6	(10.3,13.1)	3 729	6 624.7	7.7	(6.3,9.4)
	Ambos	9 769	13 453.5	9.2	(8.3,10.1)	7 527	13 755.5	5.4	(4.6,6.3)
Rural	Masculino	2 070	2 294.7	6.9	(5.4,8.6)	1 994	2 197.3	5	(3.5,7.1)
	Femenino	2 112	2 498.2	11.6	(9.6,13.9)	2 117	2 303.7	7.6	(6.1,9.4)
	Ambos	4 182	4 792.9	9.3	(8.1,10.7)	4 111	4 501.0	6.3	(5.3,7.6)
Nacional	Masculino	6 838	9 015.8	6.8	(5.9,7.8)	5 792	9 328.0	3.6	(3.0,4.4)
	Femenino	7 113	9 230.6	11.6	(10.5,12.8)	5 846	8 928.4	7.7	(6.6,9.0)
	Ambos	13 951	18 246.4	9.2	(8.5,10.0)	11 638	18 256.4	5.6	(4.9,6.4)
Región									
Norte	Masculino	1 461	1 672.1	7.8	(6.0,10.2)	1 535	1 710.0	3.7	(2.8,5.0)
	Femenino	1 486	1 688.7	11.3	(9.4,13.4)	1 506	1 642.6	7	(5.6,8.8)
	Ambos	2 947	3 360.8	9.5	(8.2,11.1)	3 041	3 352.6	5.4	(4.4,6.5)
Centro	Masculino	2 695	3 803.0	6.9	(5.4,8.7)	2 082	2 982.9	3.5	(2.4,5.2)
	Femenino	2 818	3 822.0	9.7	(8.1,11.7)	2 128	2 809.0	6.9	(5.3,9.1)
	Ambos	5 513	7 625.0	8.3	(7.2,9.6)	4 210	5 791.9	5.2	(4.1,6.4)
Ciudad de México	Masculino	165	599.0	4.9	(2.0,11.7)	302	1 500.8	2.2	(1.0,4.7)
	Femenino	148	586.2	6.1	(3.1,11.5)	306	1 477.2	7.2	(3.8,13.2)
	Ambos	313	1 185.1	5.5	(3.0,9.8)	608	2 978.0	4.7	(2.8,7.8)
Sur	Masculino	2 517	2 941.8	6.5	(5.3,7.9)	1 873	3 134.3	4.3	(3.2,5.8)
	Femenino	2 661	3 133.7	15.1	(13.2,17.3)	1 906	2 999.6	9	(7.2,11.3)
	Ambos	5 178	6 075.5	10.9	(9.8,12.2)	3 779	6 133.9	6.6	(5.5,8.0)

(3.6, 6.4) o al ISSSTE (3.4% IC95% 1.8, 6.3), la prevalencia de anemia no fue diferente en comparación con los adolescentes que no tienen servicios de salud.

Debido a que el tamaño muestral fue insuficiente en los adolescentes afiliados a Pemex, Marina/Defensa, sector privado y de otras instituciones, no hay suficiente poder para establecer si las diferencias en las prevalencias de anemia son estadísticamente significativas (figura 9.3).

Conclusiones

La prevalencia de anemia en adolescentes indica la existencia de un problema menor. Dada la naturaleza de los datos transversales, no es posible establecer la dirección de la asociación en los adolescentes anémicos afiliados al Seguro Popular, quienes presentaron la mayor prevalencia de anemia. Aún cuando los adolescentes tuvieron prevalencias de anemia más bajas que los grupos de edad más jóvenes, las adoles-



■ **Figura 9.3**
Prevalencia nacional de anemia en la población de adolescentes según su afiliación a los servicios de salud. México, ENSANUT 2012

centes tuvieron prevalencias más altas que los adolescentes, lo cual se debe a que un buen número de ellas comenzaron a tener pérdidas de hierro de manera sistemática debido a la menstruación. Este hecho resulta evidente al notar las diferencias en la prevalencia de anemia entre adolescentes de ambos sexos en el ámbito nacional, donde existen 8 pp de diferencia entre unos y otros. Debido a la mayor susceptibilidad de las adolescentes, las acciones de prevención de anemia deben favorecer a dicho grupo. Es necesario diseñar intervenciones focalizadas en las adolescentes que incluyan la orientación alimentaria dirigida a fomentar el consumo de una dieta con alto contenido de hierro y otros nutrientes y bajo contenido de elementos que interfieren con la absorción del hierro, así como la disminución en el consumo de calorías vacías y la disponibilidad de alimentos enriquecidos o suplementos con hierro y otros micronutrientes para evitar la transmisión transgeneracional de la anemia cuando estas jóvenes inicien sus ciclos reproductivos.

Actividad física

Adolescentes de 10-14 años

Se obtuvo información de 3 399 niños y adolescentes en este grupo de edad, lo que representa una población de 11 339 401 individuos. 58.6% de los encuestados afirmaron no haber realizado ninguna actividad a nivel competitivo durante los últimos 12 meses previos a la encuesta (cuadro 9.4). Dentro de las actividades más frecuentemente reportadas se encontraron el fútbol soccer, más común en niños que en niñas, seguido de básquetbol, voleibol y carrera. La actividad organizada más frecuente en niñas fue el básquetbol.

Únicamente 33% de los niños refirió haber cumplido con la recomendación de pasar dos horas diarias o menos frente a una pantalla, mientras que 39.3% dedicó más de dos y menos de cuatro horas diarias y 27.7% cuatro o más horas diarias en

■ Cuadro 9.4

Distribución de actividades organizadas en adolescentes de 10 a 14 años de edad. México, ENSANUT 2012

Indicador [†]	Nacional				Urbano				Rural			
	Muestra n	Expansión*			Muestra n	Expansión*			Muestra n	Expansión*		
		N	%	(IC 95%) [§]		N	%	(IC 95%) [§]		N	%	(IC 95%) [§]
Sin actividad	1 972	6 605 553	58.6	(55.7, 61.5)	1215	4 594 066	58.4	(54.8, 61.8)	757	2 011 488	59.2	(54.1, 64.2)
Una o dos actividades	1 314	4 385 036	38.9	(36.1, 41.8)	850	3 090 520	39.3	(35.8, 42.8)	464	1 294 516	38.1	(33.6, 42.9)
Tres o más actividades	94	277 665	2.5	(1.8, 3.3)	63	188 356	2.4	(1.7, 3.3)	31	89 309	2.6	(1.4, 4.7)
Total	3 380	11 268 254	100		2128	7 872 941	100		1252	3 395 313	100	

* Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

[†] Reportado en los últimos 12 meses[§] Intervalo de confianza del 95% para el porcentaje estimado

esta actividad sedentaria. La prevalencia de dos horas diarias o menos frente a una pantalla fue significativamente mayor en las localidades rurales (49.2%) comparada con las localidades urbanas (26%).

Finalmente, 66.4% de los niños camina para transportarse de ida o regreso de la escuela. El tiempo aproximado promedio entre ambos trayectos, independientemente del transporte, es de 27 minutos.

■ Adolescentes de 15-18 años

Se obtuvo información de 2 307 adolescentes de 15 a 18 años que representan a 9 543 750 individuos en el ámbito nacional. De acuerdo con la clasificación de la OMS, 22.7% de los adolescentes son inactivos, 18.3% son moderadamente activos y 59% son activos (cuadro 9.5).

■ Cuadro 9.5

Distribución de actividad física en adolescentes de 15 a 18 años de edad. México, ENSANUT 2012

Indicador [†]	Nacional				Urbano				Rural			
	Muestra n	Expansión*			Muestra n	Expansión*			Muestra n	Expansión*		
		N	%	(IC 95%) [§]		N	%	(IC 95%) [§]		N	%	(IC 95%) [§]
Inactivos ¹	529	2 133 758	22.7	(19.7, 25.9)	353	1 684 188	24.3	(20.5, 28.5)	176	449 570	18.1	(14.6, 22.4)
Moderadamente activos ²	392	1 718 886	18.3	(15.6, 21.2)	268	1 340 284	19.3	(16.1, 23.1)	124	378 601	15.3	(11.8, 19.5)
Activos ³	1 342	5 555 306	59	(55.4, 62.5)	792	3 904 809	56.4	(51.9, 60.7)	550	1 650 496	66.6	(61.4, 71.4)
Total	2 263	9 407 949	100		1413	6 929 282	100		850	2 478 667	100	

* Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

[†] Reportado en los últimos siete días¹ Menos de 3 ½ horas por semana de actividad física moderada y vigorosa (menos de 30 minutos por día)² Menos de siete horas y al menos cuatro horas de actividad física moderada y vigorosa por semana (menos de 60 minutos por día y al menos 30 minutos por día)³ Al menos siete horas por semana de actividad física moderada y vigorosa (60 minutos por día)[§] Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

El 36.1% de los adolescentes informó haber pasado dos horas diarias o menos frente a una pantalla. Esta prevalencia fue significativamente mayor en las localidades rurales (48%) en comparación con las localidades urbanas (31.8%) (cuadro 9.6).

■ **Cuadro 9.6**

Distribución del tiempo total frente a una pantalla en adolescentes de 15 a 18 años de edad. México, ENSANUT 2012

Indicador [‡]	Nacional				Urbano				Rural			
	Muestra n	Expansión*			Muestra n	Expansión*			Muestra n	Expansión*		
		N	%	(IC 95%) [§]		N	%	(IC 95%) [§]		N	%	(IC 95%) [§]
≤ 14 horas por semana ¹	823	3 394 985	36.1	(32.4, 40.0)	425	2 204 724	31.8	(27.1, 37.0)	398	1 190 261	48.0	(43.0, 53.1)
> 14 horas por semana ²	796	3 231 272	34.4	(30.9, 38.0)	500	2 326 184	33.6	(29.2, 38.3)	296	905 088	36.5	(31.8, 41.5)
≥ 28 horas por semana ³	643	2 776 989	29.5	(26.1, 33.2)	487	2 393 670	34.6	(30.3, 39.2)	156	383 318	15.5	(12.0, 19.7)
Total	2 262	9 403 246	100		1 412	6 924 579	100		850	2 478 667	100	

* Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

¹ ≤ 2 horas por día (≤ 840 minutos por semana)

² > 2 horas por día (> 840 minutos por semana)

³ ≥ 4 horas por día (≥ 1680 minutos por semana)

[§] Intervalo de confianza del 95% para el porcentaje estimado

Conclusiones

Los resultados nacionales para el componente de actividad física reflejan que más de la mitad de los niños y adolescentes entre 10 y 14 años de edad no realizaron ninguna actividad formal (como deportes de equipo, organizados con entrenadores), en los últimos 12 meses previos a la encuesta y solamente 33% de los niños y adolescentes encuestados pasa menos de dos horas (el tiempo máximo recomendado) frente a pantallas.

Al estratificar por localidades, no se encuentran diferencias entre las localidades rurales y urbanas de acuerdo al número de actividades realizadas en los últimos 12 meses, sin embargo, el porcentaje de niños y adolescentes que pasa menos de dos horas frente a pantallas es significativamente mayor en las localidades rurales. Esto se puede deber al tipo de actividades y recursos de los habitantes de zonas rurales y a que las personas de las localidades urbanas han adoptado estilos de vida más sedentarios.

Los resultados nacionales para el componente de actividad física en adolescentes de 15 a 18 años reflejan que más de 50% de los adolescentes cumplen con las recomendaciones de actividad física, de acuerdo con los criterios establecidos por la OMS y únicamente 36.1% de los adolescentes encuestados pasa menos de dos horas frente a pantallas, lo que es más frecuente en localidades rurales que urbanas.

Estos resultados concuerdan con lo publicado en otros estudios internacionales, en donde se observa que un alto porcentaje de adolescentes (mayor o igual a 50%) pasa más de dos horas frente a una pantalla.⁴³ Finalmente, es importante reconocer que las actividades sedentarias incrementan conforme avanza la edad, por lo que será importante que las futuras intervenciones puedan enfocarse en reducir actividades sedentarias y promover actividad física, haciendo énfasis en edades tempranas (antes de la adolescencia), donde se construyen muchos hábitos perdurables, y a lo largo del ciclo de vida con el fin de contribuir a la prevención y el control de enfermedades crónicas.

Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes

La proporción de adolescentes que participó en la ENSANUT 2012 y que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria (>10 puntos del cuestionario aplicado), fue de 1.3% (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino). Esta proporción fue medio punto porcentual más alta (0.9 y 0.4 puntos porcentuales para el sexo femenino y masculino, respectivamente) que la registrada en la ENSANUT 2006.⁴⁴

En el cuadro 9.7 se puede observar que las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en adolescentes mexicanos fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En las adolescentes, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%). En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%).

Al comparar la frecuencia de conductas para intentar bajar de peso entre adolescentes de ambos sexos, en las adolescentes fue más frecuente hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes ($p < 0.01$).

En la comparación entre grupos de edad, los varones de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de conductas de riesgo, como comer demasiado y hacer ejercicio, que los adolescentes de 10 a 13 años. Por otro lado, las adolescentes de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de todos los trastornos de la conducta alimentaria (excepto inducir el vómito) que las adolescentes de 10 a 13 años.

■ Cuadro 9.7

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos de 10 a 19 años. México, ENSANUT 2012

	n	N	Nunca	A veces	2 veces a la semana	>2 veces a la semana	Total*	10-13 años	14-19 años
Masculino									
¿Te ha preocupado engordar?	10 635	11 438 342	64.2	24.4	5.7	5.8	11.5	11.4	11.6
¿Has comido demasiado o te has atascado de comida?	10 641	11 446 495	57.2	30.9	7.3	4.6	11.9	10.0	13.1 [§]
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	10 641	11 437 415	77.0	16.8	3.7	2.6	6.2	7.0	5.6
¿Has vomitado después de comer para tratar de bajar de peso? [‡]	10 647	11 452 030	97.8	1.9	0.2	0.1	0.3	0.4	0.3
¿Has hecho ayunos para bajar de peso? [‡]	10 647	11 451 467	94.0	5.0	0.6	0.4	1.0	0.7	1.2
¿Has hecho dietas para bajar de peso? [‡]	10 647	11 453 154	91.5	6.3	1.2	0.9	2.1	2.0	2.2
¿Has hecho ejercicio para bajar de peso? [‡]	10 646	11 451 364	69.0	18.3	5.5	7.1	12.7	10.2	14.4 [§]
¿Has usado pastillas, diuréticos o laxantes para bajar de peso? [‡]	10 645	11 452 191	98.7	1.0	0.1	0.1	0.2	0.3	0.2
Una o más condiciones	10 655						29.6	26.9	31.5
Femenino									
¿Te ha preocupado engordar?	10 829	11 312 925	53.2	27.1	7.8	11.9	19.7	11.3	25.3 [§]
¿Has comido demasiado o te has atascado de comida?	10 832	11 312 559	61.2	27.2	7.1	4.4	11.6	9.9	12.7 [§]
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	10 833	11 316 746	73.9	19.5	3.9	2.8	6.7	5.8	7.3 [§]
¿Has vomitado después de comer para tratar de bajar de peso?	10 839	11 321 727	97.2	2.3	0.2	0.3	0.6	0.5	0.6
¿Has hecho ayunos para bajar de peso?	10 840	11 322 858	90.2	7.6	1.4	0.8	2.2	1.0	3.0 [§]
¿Has hecho dietas para bajar de peso?	10 840	11 321 087	86.7	9.8	2.0	1.5	3.5	1.7	4.7 [§]
¿Has hecho ejercicio para bajar de peso?	10 837	11 315 135	68.8	20.3	5.7	5.2	10.9	7.1	13.4 [§]
¿Has usado pastillas, diuréticos o laxantes para bajar de peso?	10 841	11 322 459	97.1	2.1	0.4	0.4	0.9	0.4	1.2 [§]
Una o más condiciones	10 854						33.0	23.9	39.0

*Total corresponde a los que contestaron dos o más veces a la semana

[‡]p<0.01 entre sexo

[§]p<0.01 entre grupo de edad

Conclusiones

Estos resultados permiten conocer la magnitud y tendencias de las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes mexicanos. Esta información podría ser útil para diseñar estrategias de salud pública que prevengan la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en los grupos poblacionales de mayor riesgo.

Adultos

Sobrepeso y obesidad

La evaluación del estado nutricional de la población mayor de 20 años de edad se realizó en 38 208 individuos que representan a 69 245 519 adultos en el ámbito nacional. Los datos fuera de intervalo en talla ($n= 38$, 0.1%) e IMC ($n= 52$, 0.14%), así como los de mujeres embarazadas ($n= 538$, 1.4%), fueron excluidos del análisis.

Para la circunferencia de cintura se consideraron 38 620 individuos con datos válidos para el análisis (circunferencia entre 50 y 180 cm), que representan a 66 849 802 adultos. Los datos fuera de intervalo ($n= 23$) fueron excluidos.

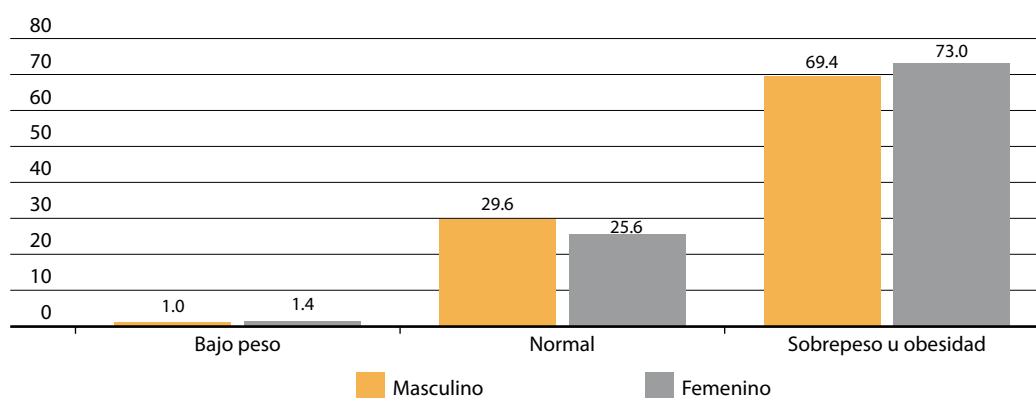
La figura 10.1 muestra la prevalencia de las categorías de IMC de acuerdo a los puntos de corte de la OMS. En ella puede observarse que la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) es mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%), y que la prevalencia de obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) es más alta en el sexo femenino que en el masculino.

La distribución porcentual de las categorías de IMC de acuerdo a los grupos de edad se presenta en el cuadro 10.1, y en él se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en hombres como en mujeres, tienen sus valores más bajos en los grupos de edad extremos en la edad adulta; el grupo de edad más joven (20-29 años) y el grupo de mayor edad (80 o más). El sobrepeso aumenta en hombres a un valor máximo en la década de 60-69 años, mientras que en las mujeres el valor máximo se observa en la década de 30-39 años. En el caso de

Figura 10.1

Distribución del estado nutricional de hombres y mujeres de 20 años o más, de acuerdo a la clasificación del IMC.* México, ENSANUT 2012

* Puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud: bajo peso $< 18.5 \text{ kg/m}^2$, normal $18.5\text{--}24.9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso $25\text{--}29.9 \text{ kg/m}^2$, y obesidad $\geq 30 \text{ kg/m}^2$



■ Cuadro 10.1

Distribución porcentual del IMC* en población adulta por sexo y por grupos de edad. México, ENSANUT 2012

Hombres

Edad en años	Bajo peso				Normal				Sobrepeso				Obesidad			
	Muestra número	Número (miles)	Expansión		Muestra número	Número (miles)	Expansión		Muestra número	Número (miles)	Expansión		Muestra número	Número (miles)	Expansión	
			%	IC95%			%	IC95%			%	IC95%			%	IC95%
20 a 29	55	151	1.7	[1.2,2.6]	1 457	3 853	44.0	[41.3,46.7]	1 123	2 970	33.9	[31.4,36.6]	714	1 783	20.4	[18.3,22.6]
30 a 39	21	56	0.8	[0.3,1.8]	855	1 746	24.4	[22.2,26.8]	1 580	3 125	43.7	[41.3,46.1]	1 091	2 221	31.1	[28.6,33.6]
40 a 49	12	14	0.2	[0.1,0.5]	692	1 312	20.4	[18.3,22.7]	1 453	2 899	45.1	[42.6,47.7]	1 119	2 201	34.3	[31.8,36.8]
50 a 59	15	31	0.6	[0.3,1.3]	575	1 062	21.7	[19.3,24.2]	1 119	2 403	49.0	[45.7,52.3]	754	1 409	28.7	[25.8,31.8]
60 a 69	20	29	1.0	[0.5,2.1]	463	729	25.6	[22.3,29.1]	788	1 419	49.8	[46.0,53.6]	450	674	23.6	[20.7,26.9]
70 a 79	28	28	1.7	[1.0,3.0]	415	557	34.4	[30.4,38.5]	448	704	43.4	[39.3,47.7]	230	332	20.5	[17.0,24.4]
80 o más	26	24	3.6	[2.1,6.0]	237	327	48.0	[40.5,55.6]	173	267	39.2	[31.5,47.5]	49	63	9.3	[5.5,15.2]
Total	178	334	1.0	[0.8,1.3]	4 694	9 586	29.6	[28.4,30.8]	6 684	13 788	42.6	[41.3,43.8]	4 407	8 684	26.8	[25.7,28.0]

Mujeres

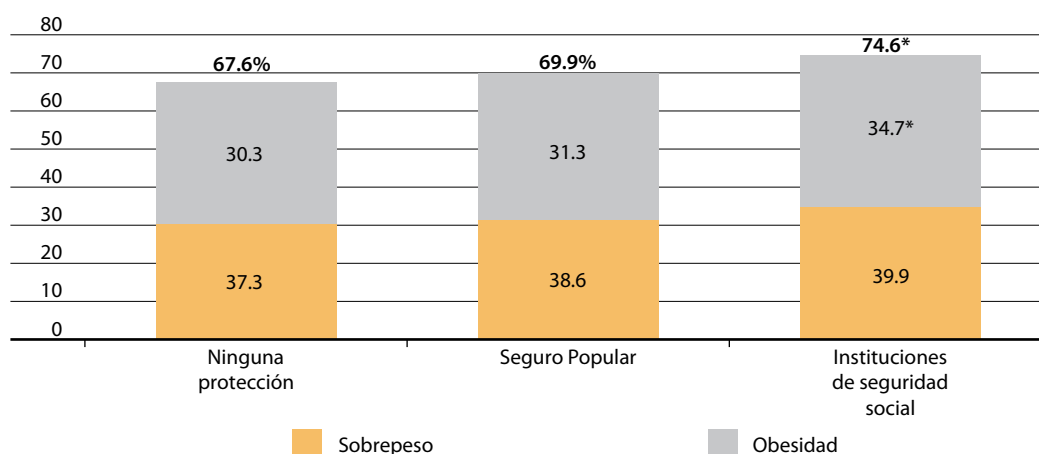
Edad en años	Bajo peso				Normal				Sobrepeso				Obesidad			
	Muestra número	Número (miles)	Expansión		Muestra número	Número (miles)	Expansión		Muestra número	Número (miles)	Expansión		Muestra número	Número (miles)	Expansión	
			%	IC95%			%	IC95%			%	IC95%			%	IC95%
20 a 29	133	284	3.3	[2.5,4.3]	1 732	3 632	42.1	[39.7,44.4]	1 388	2 644	30.6	[28.5,32.8]	1 022	2 074	24.0	[22.0,26.1]
30 a 39	40	67	0.8	[0.5,1.2]	1 239	2 098	23.8	[22.1,25.6]	2 149	3 360	38.1	[36.2,40.1]	2 163	3 286	37.3	[35.3,39.4]
40 a 49	26	30	0.4	[0.3,0.7]	755	1 119	15.8	[14.2,17.6]	1 747	2 661	37.6	[35.3,40.0]	2 176	3 260	46.1	[43.8,48.4]
50 a 59	19	25	0.5	[0.3,0.8]	496	804	15.0	[12.9,17.3]	1 160	1 973	36.8	[33.8,39.8]	1 523	2 565	47.8	[44.9,50.7]
60 a 69	24	41	1.3	[0.6,2.7]	378	618	18.8	[16.2,21.8]	746	1 187	36.2	[32.9,39.6]	925	1 435	43.7	[40.3,47.3]
70 a 79	26	21	1.1	[0.7,1.9]	363	534	28.8	[25.1,32.8]	468	649	35.0	[31.1,39.2]	406	651	35.1	[30.8,39.7]
80 o más	20	21	2.8	[1.6,4.9]	225	361	47.5	[39.9,55.2]	165	219	28.8	[23.2,35.1]	104	159	20.9	[15.6,27.4]
Total	288	490	1.4	[1.1,1.6]	5 188	9 166	25.6	[24.6,26.6]	7 823	12 693	35.5	[34.5,36.5]	8 319	13 430	37.5	[36.5,38.6]

* Puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud: bajo peso <18.5 kg/m², normal 18.5–24.9 kg/m², sobrepeso 25–29.9 kg/m², y obesidad ≥ 30 kg/m²

la obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres. Al categorizar por institución de afiliación se observa en la figura 10.2 que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de los adultos con derechohabiencia en alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, Pemex, Secretaría de la Defensa/Marina) es significativamente mayor a la prevalencia de los afiliados al Seguro Popular o aquellos sin ningún tipo de protección social. En la figura 10.3 se muestra la prevalencia de sobrepeso y obesidad por tipo de institución proveedora de los servicios de salud.

■ **Figura 10.2**

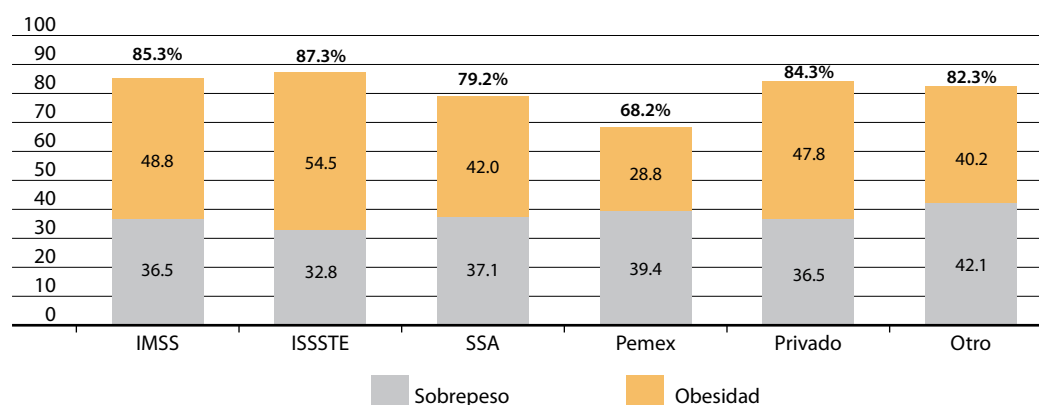
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres de 20 años o más, de acuerdo a la institución de afiliación. México, ENSANUT 2012



* Estadísticamente diferente el Seguro Popular con instituciones de seguridad social y ninguna protección
 Instituciones de seguridad social = IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa/Marina.

■ **Figura 10.3**

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres de 20 años o más, de acuerdo a la institución proveedora de los servicios de salud. México, ENSANUT 2012



Nota: Debido a que la variable "institución proveedora de los servicios de salud" no tenía un tamaño de muestra suficiente para establecer si existían diferencias estadísticamente significativas entre cada categoría, no fue posible hacer comparaciones estadísticas.

En el cuadro 10.2 se observa una prevalencia de 64.5% de obesidad abdominal en hombres y 82.8% en mujeres, para una prevalencia total nacional de 73.9%.

Al analizar las prevalencias de obesidad abdominal por grupos de edad, se observó en los hombres una tendencia positiva (+78.3%) entre el grupo de 20 a 29 años y el grupo de 60 a 69 años. En el grupo de 70 a 79 años y de 80 o más años la tendencia fue negativa (-17.5%).

■ Cuadro 10.2

Prevalencia de obesidad abdominal* en adultos de 20 años o más, categorizado por grupo de edad y con los criterios de la Secretaría de Salud. México, ENSANUT 2012

Hombres								
Edad en años	Perímetro cintura normal				Obesidad abdominal			
	Muestra número	Número (miles)	Expansión		Muestra número	Número (miles)	Expansión	
			%	IC95%			%	IC95%
20 a 29	1 896	4 904	56.1	[53.4,58.7]	1 450	3 839	43.9	[41.3,46.6]
30 a 39	1 232	2 396	33.5	[31.3,35.9]	2 312	4 748	66.5	[64.1,68.7]
40 a 49	844	1 624	25.4	[23.0,27.9]	2 432	4 776	74.6	[72.2,77.0]
50 a 59	628	1 237	25.2	[22.6,28.0]	1 840	3 670	74.8	[72.0,77.4]
60 a 69	407	615	21.7	[18.7,24.9]	1 314	2 222	78.3	[75.1,81.3]
70 a 79	350	427	26.5	[22.8,30.6]	773	1 184	73.5	[69.4,77.2]
80 o más	210	263	39.4	[32.2,47.1]	278	405	60.6	[52.9,67.9]
Total	5 567	11 465	35.5	[34.3,36.7]	10 399	20 844	64.5	[63.3,65.7]

Mujeres								
Edad en años	Perímetro cintura normal				Obesidad abdominal			
	Muestra número	Número (miles)	Expansión		Muestra número	Número (miles)	Expansión	
			%	IC95%			%	IC95%
20 a 29	1 292	2 868	36.4	[33.9,38.9]	2 510	5 021	63.6	[61.1,66.1]
30 a 39	833	1 434	17.1	[15.5,18.8]	4 474	6 973	82.9	[81.2,84.5]
40 a 49	464	678	9.6	[8.4,11.0]	4 224	6 358	90.4	[89.0,91.6]
50 a 59	249	329	6.1	[5.1,7.3]	2 957	5 038	93.9	[92.7,94.9]
60 a 69	157	248	7.6	[5.9,9.9]	1 913	3 005	92.4	[90.1,94.2]
70 a 79	173	254	13.8	[10.8,17.5]	1 087	1 582	86.2	[82.5,89.2]
80 o más	104	127	16.9	[12.5,22.5]	417	625	83.1	[77.6,87.5]
Total	3 272	5 939	17.2	[16.3,18.1]	17 582	28 602	82.8	[81.9,83.7]

*Obesidad abdominal: hombres ≥ 90 cm; mujeres ≥ 80 cm

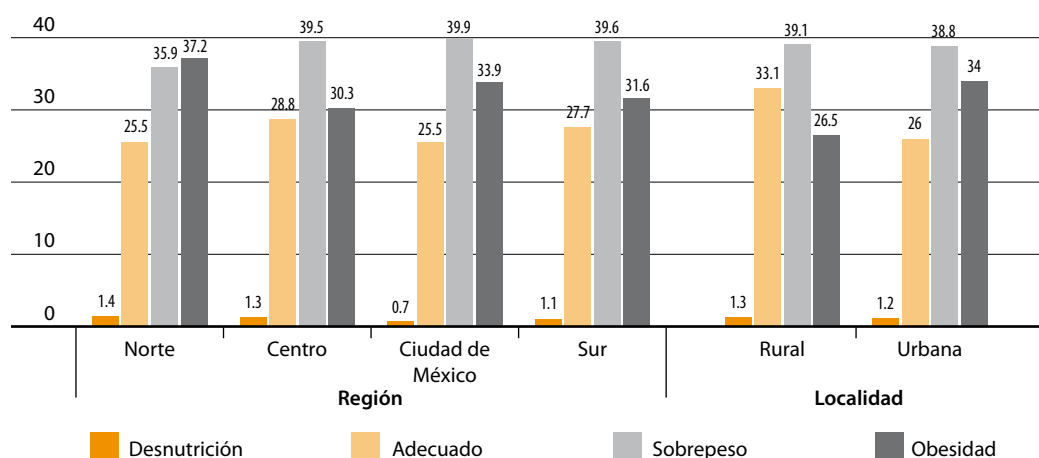
En las mujeres, la prevalencia de obesidad abdominal más alta se registró en el grupo de 50 a 59 años y fue 47.6% mayor que la del grupo de 20 a 29 años o 30.6% mayor que la presentada en el grupo de 80 o más años de edad.

No hubo diferencias en las prevalencias de sobrepeso por tipo de localidad (urbana 38.8% vs. rural 39.1%) (figura 10.4). Sin embargo, la prevalencia de obesidad fue 28.5% más alta en las localidades urbanas. En la categorización por regiones, el Norte tuvo una prevalencia de sobrepeso $\approx 10\%$ menor que las otras regiones, pero una prevalencia de obesidad mayor que el Centro (17.1%), Ciudad de México (15.9%) y Sur (14.9%).

■ **Figura 10.4**

Comparación de las categorías de IMC* en hombres y mujeres de 20 años o más, de acuerdo a la región del país y tipo de localidad. México, ENSANUT 2012

* Puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud: bajo peso <18.5 kg/m², normal 18.5–24.9 kg/m², sobrepeso 25–29.9 kg/m², y obesidad ≥ 30 kg/m²

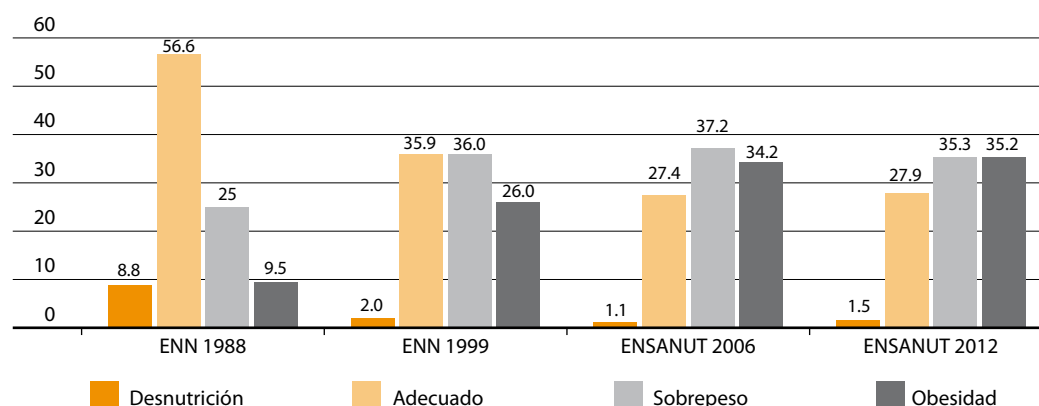


Tendencias

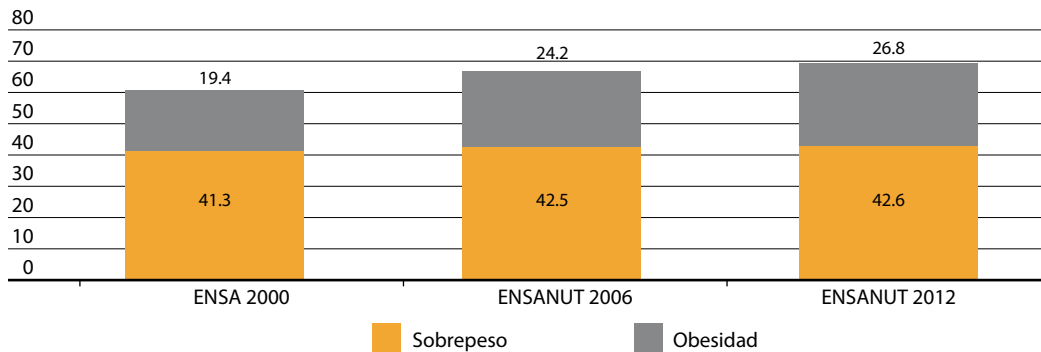
En el análisis de tendencias de las categorías de IMC en mujeres de 20 a 49 años de edad (figura 10.5), se observó que en el periodo de 1988 a 2006 la prevalencia de sobrepeso incrementó 41.2% y la de obesidad 270.5%. Si bien la tendencia de sobrepeso disminuyó 5.1% entre el año 2006 y 2012, la de obesidad aumentó únicamente 2.9%.

■ **Figura 10.5**

Comparación de las categorías de IMC en mujeres de 20 a 49 años de edad, participantes en la ENN 88, ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012. México, ENSANUT 2012



En el caso de los hombres (figura 10.6), en el periodo de 2000 a 2012 la prevalencia de sobrepeso aumentó 3.1% y la de obesidad incrementó 38.1%. Al agrupar el sobrepeso y la obesidad, la prevalencia incrementó 14.3% entre la encuesta del año 2000 y la de 2012. Sin embargo la velocidad de incremento en el periodo 2006 a 2012 fue menor (sobrepeso=0.2% y obesidad=10.7%) que el observado en el periodo 2000-2006 (sobrepeso=2.9% y obesidad= 24.7%).



■ **Figura 10.6**
Comparación de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en hombres mayores de 20 años de edad, participantes en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012. México, ENSANUT 2012

Conclusiones

México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones.

Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial. De 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25 a 35.3% y la obesidad de 9.5 a 35.2%. Afortunadamente en el último periodo de evaluación (de 2006 a 2012), la prevalencia agregada de sobrepeso y obesidad en adultos ha mostrado una reducción en la velocidad de aumento que era cercana al 2% anual (en el periodo 2000-2006) para ubicarse en un nivel inferior al 0.35% anual.

Después de aumentos rápidos en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad, se ha observado una menor aceleración en el porcentaje relativo de aumento entre los años 2006 y 2012. A nivel mundial se han propuesto diversas explicaciones sobre este fenómeno. Entre las principales destacan las siguientes: a) equilibrio de saturación: existe un porcentaje de población con alta susceptibilidad a desarrollar peso excesivo (por razones genéticas o de otra índole), que constituye el techo en la prevalencia, al que se está llegando ya en la población mexicana, b) efecto de intervenciones: los factores de riesgo inmediatos (ingestión de energía o actividad física) se han modificado como resultado de acciones gubernamentales de regulación o de educación, o del aumento en la conciencia colectiva o en ciertos grupos sociales sobre los efectos adversos de la obesidad o en las normas sociales como resultado de la socialización del problema mediante medios masivos de difusión o de campañas colectivas de concientización y educación. Para responder a estas interrogantes se requerirán análisis detallados de las encuestas de nutrición así como otros estudios actualmente en curso, y de evaluaciones rigurosas de las políticas de prevención de obesidad.

Aun cuando el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos mexicanos ha venido declinando en los últimos seis años, debe señalarse que

estas prevalencias se encuentran entre las más altas del mundo. El que 7 de cada 10 adultos presenten sobrepeso y que de estos la mitad presenten obesidad constituye un serio problema de salud pública, por lo que es indispensable redoblar esfuerzos para disminuir estas prevalencias que están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, con grandes costos directos e indirectos para el Estado. Si bien la desnutrición es aún un problema de salud pública que requiere atención, actualmente es indispensable considerar a la obesidad como una de las principales prioridades en la agenda nacional.

El conocimiento de la presencia de factores de riesgo en la población, incluidos los factores ambientales que favorecen la obesidad, debe permitir planificar acciones y políticas para su prevención y control. Es fundamental fortalecer el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA), desarrollado por el Gobierno federal y cuyo objetivo es la prevención de la obesidad. El ANSA ha identificado 10 objetivos que, de ser incorporados a la agenda de prioridades en políticas públicas relacionadas con salud, podrían contribuir de forma efectiva a la contención y eventual reversión de la epidemia de obesidad que vive México. Es fundamental fortalecer este acuerdo y dotarlo de mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas que permitan identificar fallas en la aplicación de compromisos y asegurar la participación de todos los niveles y sectores del Gobierno y la sociedad civil.

Anemia

Mujeres en edad reproductiva (12 a 49 años)

Se obtuvieron datos válidos de hemoglobina de 18 753 mujeres de 12 a 49 años de edad, mismas que, al aplicar factores de expansión, representan a un total de 34 705 500 mujeres de 12 a 49 años en todo el país. Del grupo estudiado, 635 corresponden a mujeres embarazadas y 18 118 a mujeres no embarazadas. De acuerdo con esta información, 17.9% de las embarazadas y 11.6% de las no embarazadas fueron clasificadas como anémicas. Estas cifras, de acuerdo con la clasificación de la OMS, se considerarían como un problema de salud pública de importancia leve. Al aplicar factores de expansión, las prevalencias anteriores representan a 210 934 mujeres embarazadas y 3 889 144 mujeres no embarazadas de todo el país.

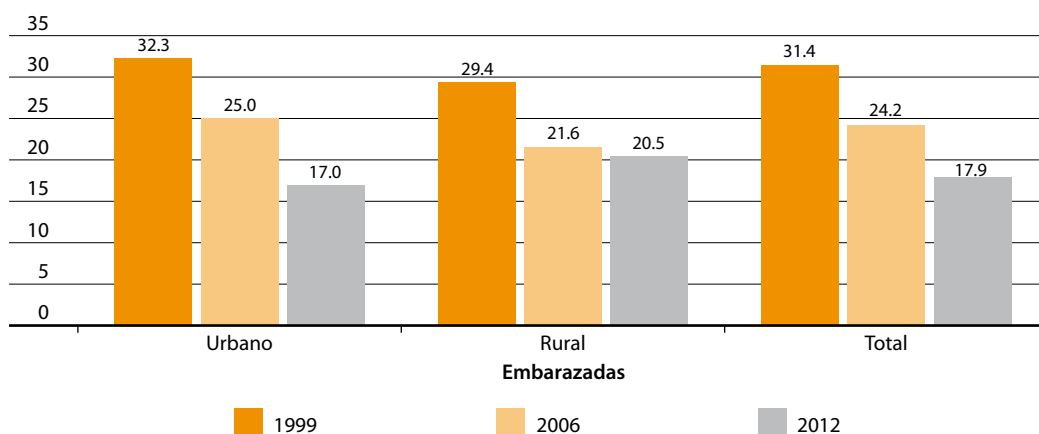
Al analizar la información por grupos de edad, en las mujeres embarazadas los grupos con mayor prevalencia de anemia fueron el de 12 a 19 años (19.6%) y el de 30 a 39 años (19.0%). En las mujeres no embarazadas, los grupos más afectados por la anemia fueron los de 40 a 49 años (16.2%) y el de 30 a 39 años (13.3%) (cuadro 10.3).

En las figuras 10.7, 10.8 y 10.9 se hace una comparación de las prevalencias de anemia en embarazadas y no embarazadas a partir de los datos de las encuestas nacionales de nutrición de 1999 (ENN 99), 2006 (ENSANUT 2006) y 2012 (ENSANUT 2012). En las figuras 10.5 y 10.6 se observa que tanto en las mujeres

■ Cuadro 10.3

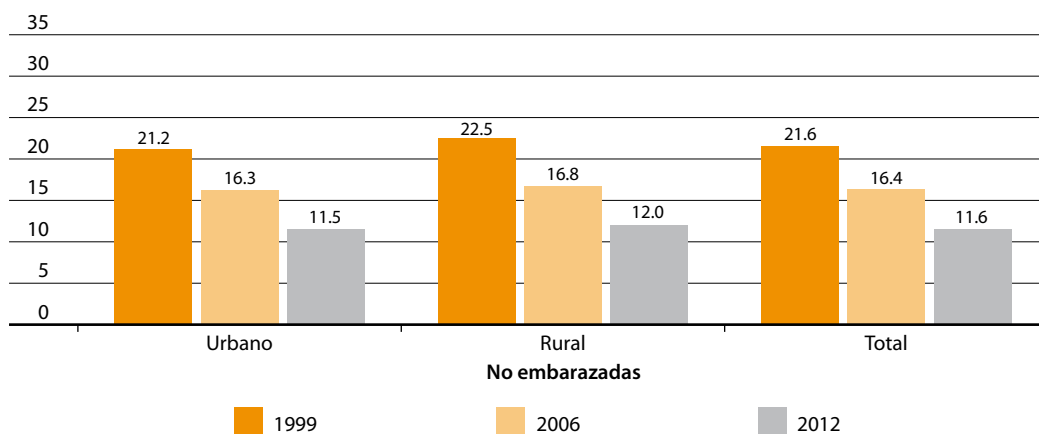
Prevalencia nacional de anemia en mujeres embarazadas y no embarazadas de 12 a 49 años, por grupo de edad. México, ENSANUT 2012

Grupo de edad (años)	Embarazadas				No embarazadas				Total			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		n (miles)	%	IC 95%		n (miles)	%	IC 95%		n (miles)	%	IC 95%
12 a 19	173	189.2	19.6	(12.4, 29.5)	5 846	8 928.4	7.7	(6.6, 9.0)	6 019	9 117.6	7.9	(6.8, 9.2)
20 a 29	288	658.5	17.0	(11.0, 25.2)	3 596	8 624.7	10.2	(8.8, 11.7)	3 884	9 283.1	10.7	(9.3, 12.2)
30 a 39	161	314.8	19.0	(11.2, 30.4)	4 729	8 807.1	13.3	(11.9, 14.8)	4 890	9 122.0	13.5	(12.1, 15.0)
40 a 49	13	15.9	12.8	(2.4, 46.1)	3 947	7 166.9	16.2	(14.3, 18.2)	3 960	7 182.8	16.2	(14.3, 18.2)
Total	635	1 178.4	17.9	(13.5, 23.3)	18 118	33 527.1	11.6	(10.9, 12.4)	18 753	34 705.5	11.8	(11.1, 12.6)



■ Figura 10.7

Prevalencia nacional de anemia en mujeres embarazadas de 12 a 49 años por área (comparación con datos de la ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012)



■ Figura 10.8

Prevalencia nacional de anemia en mujeres no embarazadas de 12 a 49 años por área (comparación con datos de la ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012)

embarazadas como no embarazadas la prevalencia de anemia fue mayor en las áreas rurales que en las urbanas. En un lapso de 13 años, la disminución en la prevalencia de anemia ha sido mayor en las mujeres embarazadas de las áreas urbanas (15.3 pp) en contraste con las que habitan en áreas rurales (8.9 pp). En este mismo periodo de tiempo la prevalencia de anemia en mujeres no embarazadas disminuyó de forma similar tanto en las mujeres que viven en el medio urbano (9.7 pp) como en las que habitan en el medio rural (10.5 pp).

Al desagregar la información por región geográfica, advertimos que en un periodo de trece años la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas tuvo una disminución mayor en la región norte del país (24.7 pp). En contraste, las regiones centro, Ciudad de México y sur del país tuvieron una disminución en la prevalencia de anemia de alrededor de 10 pp. En lo que concierne al grupo de mujeres no embarazadas, la disminución en la prevalencia de anemia de cada región fue muy similar (alrededor de 10 pp) en los últimos trece años (figura 10.9).

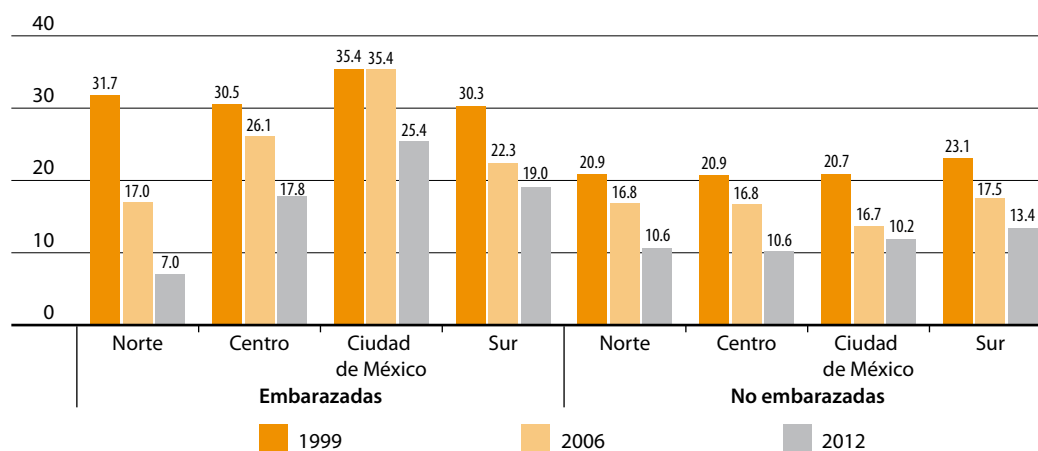
La distribución de las prevalencias de anemia, incluyendo a las mujeres embarazadas y no embarazadas y de acuerdo con la afiliación a los servicios de salud, deja ver que la mayor prevalencia de anemia se encuentra entre las afiliadas al Seguro Popular (13.0%). En contraste, la menor prevalencia de anemia se encuentra entre las mujeres afiliadas al ISSSTE (8.5%) (figura 10.10).

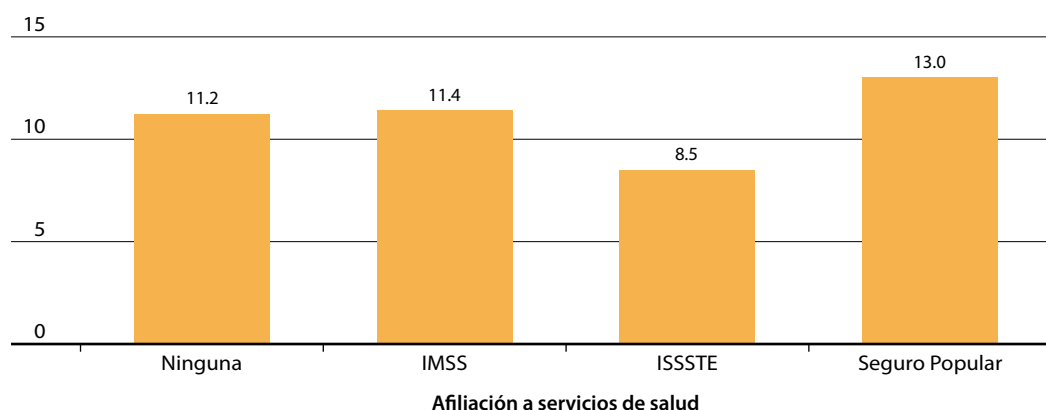
Adultos de 60 años o más

Se obtuvieron datos válidos de hemoglobina de 6 379 hombres y mujeres de 60 años o más. Del total anterior, 2 927 corresponden al sexo masculino y 3 452 al femenino. La prevalencia nacional de anemia en este grupo de población fue de 16.5%. De acuerdo con estos datos, 17.8% de los hombres y 15.4% de las mujeres

■ **Figura 10.9**

Prevalencia nacional de anemia en mujeres embarazadas y no embarazadas de 12 a 49 años, divididas por región geográfica (comparación con datos de la ENN 99, la ENSANUT 2006 y la ENSANUT 2012)





■ **Figura 10.10**
Prevalencia nacional de anemia en mujeres de 12 a 49 años, de acuerdo con la afiliación a servicios de salud. México, ENSANUT 2012.

fueron clasificados con anemia. Al aplicar factores de expansión, las prevalencias anteriores representan a 927 647 hombres y 909 247 mujeres de 60 años o más de todo el país (cuadro 10.4).

Las figuras 10.9 y 10.10 hacen una comparación de las prevalencias de anemia en adultos de 20 a 59 años de edad a partir de los datos de las encuestas nacionales de nutrición de 2006 (ENSANUT 2006) y 2012 (ENSANUT 2012). La información por tipo de área señaló que, después de seis años, la prevalencia de anemia en adultos de 60 años o más de las áreas urbanas disminuyó 0.8 pp (de 16.9% en 2006 a 16.1% en 2012). En los adultos de áreas rurales, la prevalencia aumentó 0.4 pp (de 17.8% en 2006 a 18.2% en 2012) (figura 10.11).

Las prevalencias de anemia por región geográfica señalaron que las regiones del país donde se agravó la prevalencia de anemia en adultos de 60 años o más fueron la sur, donde aumentó 4.4 pp y la región Ciudad de México, donde aumentó 1.3 pp. Las regiones centro y norte mostraron una reducción en la prevalencia de anemia de 6.3 y 1.8 pp, respectivamente (figura 10.12).

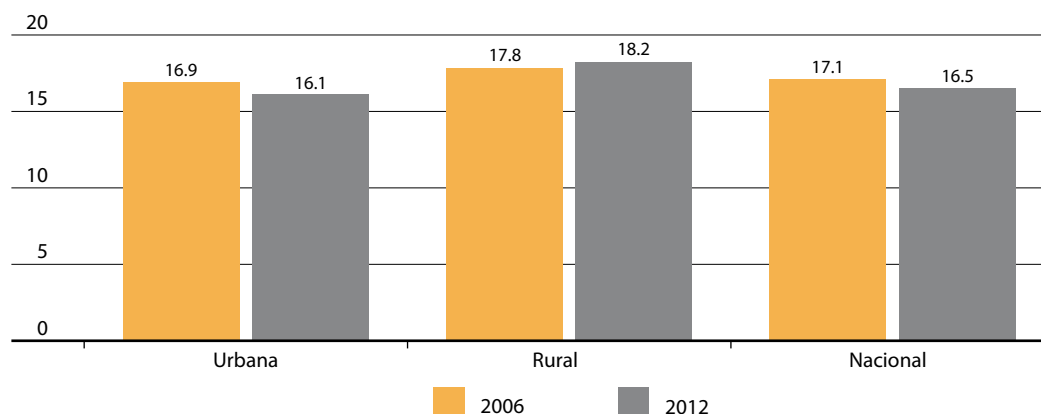
■ **Cuadro 10.4**

Prevalencia nacional de anemia en adultos de 60 años o más, divididos por sexo y grupos de edad. México, ENSANUT 2012

Grupo de edad (años)	Masculino				Femenino				Ambos sexos			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		n (miles)	%	IC 95%		n (miles)	%	IC 95%		n (miles)	%	IC 95%
60-69	1 471	2 829.7	10.4	(8.4, 12.9)	1 771	3 132.2	11.1	(9.2, 13.3)	3 242	5 961.9	10.7	(9.3, 12.4)
70-79	989	1 617.7	22.3	(18.3, 26.9)	1 146	1 878.6	17.5	(14.1, 21.4)	2 135	3 496.3	19.7	(17.1, 22.7)
80 y más	467	764.1	35.9	(28.7, 43.9)	535	893.4	26.2	(20.2, 33.3)	1 002	1 657.5	30.7	(25.9, 35.9)
Total	2 927	5 211.5	17.8	(15.8, 20.1)	3 452	5 904.2	15.4	(13.5, 17.5)	6 379	11 115.7	16.5	(15.1, 18.1)

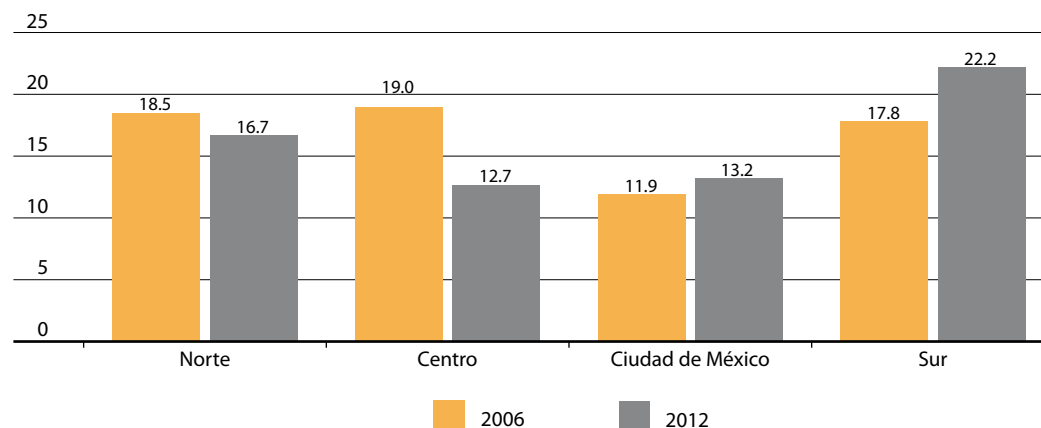
■ **Figura 10.11**

Prevalencia nacional de anemia en adultos de 60 años o más, divididos por área (comparación con datos de la ENSANUT 2006). México, ENSANUT 2012



■ **Figura 10.12**

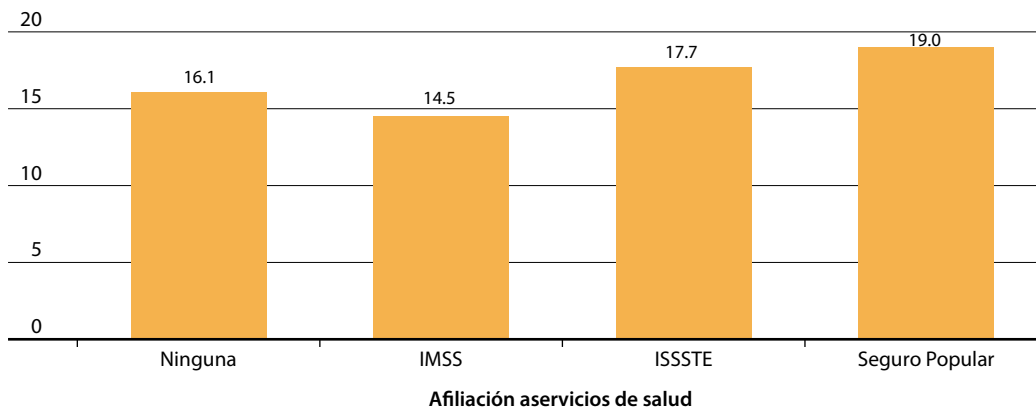
Prevalencia nacional de anemia en adultos de 60 años o más, divididos por región geográfica (comparación con datos de la ENSANUT 2006). México, ENSANUT 2012



Tomando en cuenta la afiliación a algún tipo de seguridad social, se observó que entre la población de adultos de 60 años o más, los afiliados al Seguro Popular tienen una mayor prevalencia de anemia (19.0%). Siguen en orden de magnitud los afiliados al ISSSTE (17.7%), los que carecen de afiliación a servicios de salud (16.1%) y, por último, los afiliados al IMSS (14.5%) (figura 10.13).

Conclusiones

En los últimos años la magnitud de la anemia en el ámbito nacional ha disminuido principalmente en el grupo de mujeres en edad reproductiva. No obstante, en el grupo de adultos de 60 años o más, no se ha mostrado ningún avance en los últimos seis años.



■ **Figura 10.13**
Prevalencia nacional de anemia en adultos de 60 años o más, de acuerdo a la afiliación a servicios de salud. México, ENSANUT 2012

A pesar de la mejoría en la prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva, las prevalencias observadas en las embarazadas así como en los adultos de 60 años o más de ambos sexos siguen representando un serio problema de salud pública en México. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de anemia en los países deja de representar un problema de salud pública cuando es menor de 5.0%,⁴⁵ por lo tanto, nuestro país aún enfrenta el reto de llegar a esta meta.

Es bien sabido que la anemia es un problema de salud que repercute de forma importante en las pérdidas económicas de las naciones⁴⁶ y en la calidad de vida de las personas. En el caso específico de las mujeres embarazadas, la anemia representa la causa subyacente de mortalidad materna y perinatal⁴⁷ además de aumentar el riesgo de partos prematuros y bajo peso al nacer.⁴⁸ Durante la vida adulta, disminuye considerablemente la productividad y calidad de vida de los individuos, mientras que en los adultos mayores merma la capacidad para mantener niveles adecuados de actividad física y la movilidad en general haciéndolos más vulnerables.⁴⁹

Ante este problema, desde hace más de una década en México se han implementado estrategias para su atención como la fortificación con hierro, zinc y vitamina C de la leche distribuida por el Programa de Abasto Social de la Leche Liconsa (PASL), mostrando efectos positivos en la reducción de la anemia en los niños.⁵⁰ Con base en resultados de la ENSANUT 2012, observamos que la focalización del programa sigue siendo uno de los obstáculos para aumentar su efectividad en la solución del problema, pues se distribuye mayormente en áreas urbanas y principalmente en el Distrito Federal, cuando una proporción importante de población con anemia se ubica en las áreas rurales y en la región sur del país. La magnitud de la anemia en adultos mayores obliga a formular intervenciones públicas destinadas a este grupo de población que no se han tomado en cuenta en materia de suplementación con micronutrientes o de programas de fortificación de alimentos. Por último, es importante recalcar que la suplementación o fortificación de alimentos no es la única intervención que debe llevarse a cabo para atender el problema. Es necesario también incluir intervenciones

que, por un lado, orienten y fomenten entre la población el consumo de alimentos altos en hierro y ácido fólico, y que además mejoren el acceso y la disponibilidad de la población hacia este tipo de alimentos.

Actividad física

En total se encuestaron 11 228 individuos en edad adulta para la sección de actividad física en el grupo de edad de 19 a 69 años, lo que representa a 72 005 417 adultos en el ámbito nacional.

De acuerdo con esta clasificación, aproximadamente 17.4% de los adultos mexicanos son inactivos, 11.9% son moderadamente activos, es decir, realizan lo mínimo sugerido por la OMS* y 70.7% son activos. Al estratificar por localidad, el porcentaje de personas clasificadas como activas es significativamente mayor (11%) en las localidades rurales (76.6%) comparado con las localidades urbanas (69%) (cuadro 10.5).

El 51.4% de los adultos reportó haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla, 29.8% reportó pasar más de dos y menos de cuatro horas diarias y 18.9% cuatro o más horas diarias promedio frente a una pantalla. Al estratificar por localidad, el porcentaje de personas que pasa hasta dos horas o menos frente a una pantalla fue significativamente mayor en las localidades rurales, comparado

■ Cuadro 10.5

Distribución de actividad física en adultos de 19 a 69 años de edad. México, ENSANUT 2012

Indicador [†]	Nacional				Urbano				Rural			
	Muestra n	Expansión*			Muestra n	Expansión*			Muestra n	Expansión*		
		N	%	(IC 95%) [§]		N	%	(IC 95%) [§]		N	%	(IC 95%) [§]
Inactivos ¹	1 935	12 385 672	17.4	(15.9,18.6)	1 335	10 009 634	18.0	(16.3,19.6)	600	2 376 038	15.4	(13.4,17.3)
Moderadamente activos ²	1 188	8 444 553	11.9	(10.6,13.2)	843	7 212 503	13.0	(11.5,14.7)	345	1 232 049	8.0	(6.5,9.7)
Activos ³	7 953	50 150 762	70.7	(69.1,72.5)	4 940	38 323 016	69.0	(67.1,71.1)	3 013	11 827 746	76.6	(74.4,78.9)
Total	11 076	70 980 987	100		7 118	55 545 154	100		3 958	15 435 833	100	

* Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

[†] Reportado en los últimos siete días

¹ No cumplen lo mínimo recomendado por las guías de la OMS

² Actividad física vigorosa \geq 75 min./sem o actividad física moderada \geq 150 min./sem

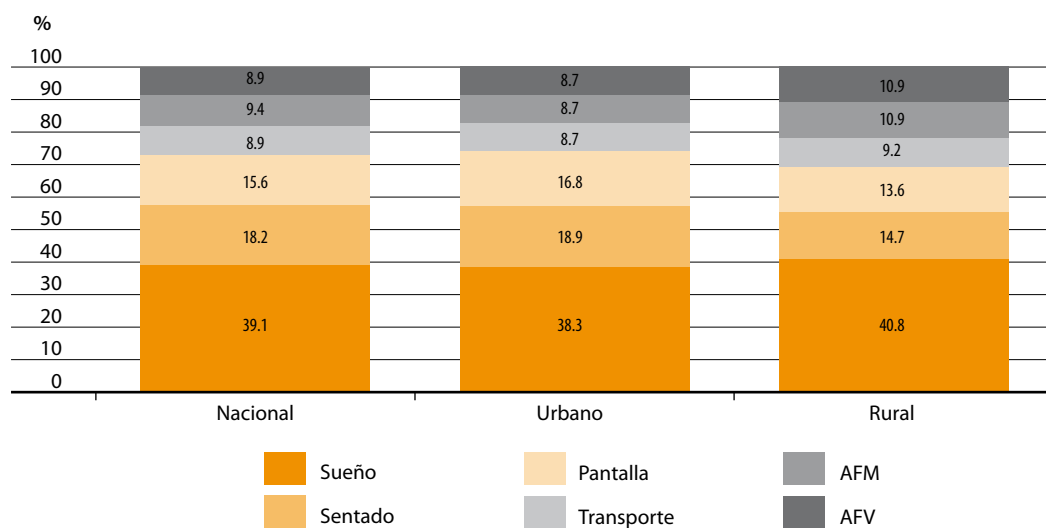
³ Actividad física vigorosa \geq 300 min./sem o actividad física moderada \geq 150 min./sem

[§] Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

* Esta clasificación es de acuerdo al criterio de la OMS sin utilizar la combinación de actividad física moderada-vigorosa. El utilizar la combinación, podría incrementar la prevalencia de personas activas y moderadamente activas y disminuir la de inactivas

con las localidades urbanas (67.9%, IC95% 62.2-70.5 vs. 46.8%, IC95% 44.3-49.3, respectivamente).

Finalmente, se identificó la proporción de actividades físicas, sedentarias e inactivas reportadas durante el día. Si bien más de 60% de los adultos son clasificados como activos de acuerdo a los criterios de la OMS, al evaluar por tipo de actividad encontramos que aproximadamente 81.8% (casi 16 horas) de las actividades reportadas durante el día son sedentarias e inactivas (dormir, estar sentado frente a una pantalla, transporte inactivo), este porcentaje es ligeramente menor en las localidades rurales que en las urbanas 78.3% (14 horas) y 82.7% (16 horas) respectivamente* (figura 10.14).



■ **Figura 10.14**
Distribución de las actividades reportadas en adultos de 19 a 69 años en un día. México, ENSANUT 2012*

* Datos derivados del IPAQ y preguntas de sedentarismo e inactividad (ver sección de métodos)

AFM = Actividad física moderada
AFV = Actividad física vigorosa

Conclusiones

Los resultados nacionales para el componente de actividad física en adultos reflejan que un alto porcentaje de adultos (más de 70%) cumplen con las recomendaciones de actividad física de acuerdo con los criterios establecidos por la OMS, datos consistentes con otros estudios poblacionales usando el mismo instrumento de medición.⁵¹⁻⁵³ Sin embargo, un estudio previo que validó este instrumento en México encontró que este tiende a sobrerreportar la actividad física moderada y vigorosa en aproximadamente 34%, por lo que estos resultados deben ser interpretados con cautela.

El poco tiempo dedicado a actividades físicas moderadas o vigorosas y el excesivo tiempo de actividades sedentarias sugiere una importante contribución de la

* Los resultados obtenidos en esta sección son horas autorreportadas, por lo que las actividades representadas en esta figura no necesariamente suman 24 horas.

inactividad física al aumento de la prevalencia de obesidad y enfermedades crónicas observado en México en los últimos años.⁵³

Estos resultados también reflejan que aunque una persona cumpla con las recomendaciones de actividad física, ello no implica menor tiempo destinado a actividades sedentarias el resto del día, aspecto que se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas.⁵⁴

Por lo anterior es importante promover no sólo la práctica de actividad física moderada y vigorosa, incluidas actividades deportivas, sino también la disminución de actividades sedentarias (transporte inactivo, tiempo frente a una pantalla y tiempo sentado). Para ello es importante considerar la creación de recomendaciones nacionales para la reducción del tiempo de sedentarismo y aumento de la actividad física moderada y vigorosa. Estas acciones podrían contribuir a la prevención y el control de enfermedades crónicas en la niñez, adolescencia y la edad adulta.

Finalmente, es importante reconocer que dentro de las acciones orientadas a prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas además de las dirigidas al individuo, se tienen que fomentar cambios al entorno que promuevan estilos de vida saludables, aumentando los momentos activos y disminuyendo el tiempo de sedentarismo, especialmente en los momentos de ocio, pero también como parte de la rutina diaria. Estas acciones deben incluir el ámbito escolar, el hogar, los espacios laborales y la comunidad, y deben contar con el apoyo tanto del Gobierno como de la sociedad civil para aumentar la disponibilidad de espacios seguros y accesibles haciendo más sencillo que las personas puedan realizar o incrementar su actividad física.⁵²

Referencias

- 1 Melgar H *et al.* Informe sobre taller regional: Armonización de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria ñ ELCSA. Cuernavaca, Morelos, septiembre 2010. p.39. Disponible en: <http://www.insp.mx/informe-taller-elcsa.html>
- 2 Pérez-Escamilla R, Melgar-Quiñonez H, Nord M, Álvarez MC, Segall-Correa AM. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Memorias de la 1ª Conferencia en América Latina y el Caribe sobre la medición de la seguridad alimentaria en el hogar. *Perspectivas en Nutrición Humana*. 2007;(S):117-34.
- 3 Melgar-Quiñonez H, Alvarez Uribe MC, Fonseca Centeno ZY, Bermúdez O, Palma de Fulladolsa P, Fulladolsa A, Parás P, Perez-Escamilla R. Psychometric characteristics of the Food Security Scale (ELCSA) applied in Colombia, Guatemala and Mexico. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, 2010 17(1): 48-60.
- 4 Lohman T, Roche A, Martorell R. *Anthropometric standarization reference manual*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1988.
- 5 Habicht, JP. Standardization of anthropometric methods in the field. *PAHO Bull* 1974;76:375-384.
- 6 World Health Organization. *Physical Status: The use and interpretation of anthropometry*. WHO technical report series 845. WHO, Geneva, 1995.
- 7 WHO Anthro for personal computers, version 3.2.2, 2011: Software for assessing growth and development of the world's children. Geneva: WHO, 2010. (<http://www.who.int/childgrowth/software/en/>).
- 8 WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.
- 9 de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:660-7.
- 10 World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.
- 11 World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, Report of a WHO Consultation on Obesity, 2000.

9



Transporte seguro, limpio y accesible en pos del desarrollo

La estrategia de negocios del Grupo del Banco Mundial relativa al transporte para 2008 - 2012

Extractos

CONTENIDO

Introducción	1
Énfasis en el impacto sobre el desarrollo	11
Énfasis en las modalidades de transporte	13
Énfasis en las regiones (América Latina y el Caribe)	17
Anexo A: Tendencias de la cartera de préstamos para el sector transporte 1996–2007	19

La visión del Grupo del Banco Mundial consiste en contribuir a una globalización incluyente y sostenible para superar la pobreza, aumentar el crecimiento cuidando el medio ambiente, y dar oportunidades y esperanzas a cada persona

Robert B. Zoellick

INTRODUCCIÓN

La estrategia 1996 del Banco Mundial, *Transporte Sostenible*, se sustentaba sobre el pilar de la sostenibilidad social, financiera, económica y ambiental, reconociendo la probabilidad de que se susciten compromisos (por ejemplo, entre la seguridad y los costos, o entre los retornos financieros y las tarifas aplicadas a los usuarios, o entre los estándares vehiculares y la calidad del aire). Este documento de antecedentes fue preparado para exponer las actualizaciones a la estrategia 1996. Éste presenta de manera más detallada los argumentos que apoyan la ampliación de la agenda de transporte y la búsqueda de conexiones y sinergias intersectoriales más sólidas. En general, el objetivo de la estrategia del Banco es contar con un transporte seguro, limpio y accesible que contribuya al desarrollo económico. Por lo tanto, estamos haciendo la transición desde una estrategia basada en las modalidades de transporte hacia una estrategia de negocios impulsada por los resultados, tanto dentro como fuera del sector transporte. Al igual que con otros sectores de infraestructura, el transporte es, por sobre todo, una agenda de acceso orientada a abrir paso al crecimiento y al potencial de desarrollo en una forma incluyente.

Transporte seguro

Un transporte seguro reconoce la importancia de la salud pública en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como la seguridad de los usuarios del transporte, de los trabajadores del transporte y de la comunidad en general.

Para la salud

Entre el 40 y el 60 por ciento de la población de los países en desarrollo vive a más de ocho kilómetros de distancia de un centro de salud. Por consiguiente, un buen servicio de transporte es fundamental tanto para tener acceso a la asistencia de salud como para tener una mejor salud. Es por ello que hoy en día se vincula al transporte explícitamente con la nueva estrategia de "Desarrollo Saludable" del Banco Mundial. Además de garantizar un acceso más amplio a los servicios sociales y de salud, estamos trabajando con nuestros clientes para mitigar la propagación del VIH/SIDA a lo largo de los corredores de transporte.

Para la seguridad

Los accidentes viales provocan un estimado de 1,2 millones de muertes al año, y lesionan a otros 50 millones de personas, situación que afecta desproporcionadamente a los pobres. Más de la mitad de las fatalidades en las áreas urbanas de las ciudades en desarrollo se suscitan entre peatones y ciclistas. Se estima que las fatalidades en los países de ingresos bajos y medios se eleven en un 80 por ciento para el año 2020, y que se reduzcan un 30 por ciento en los países de ingresos altos.

En lo sucesivo, iremos buscando lograr una mayor seguridad en el transporte aéreo y marítimo, en el transporte de pasajeros y carga, y en las cadenas nacionales e internacionales de suministro. Ponemos especial énfasis en la seguridad vial, ampliando nuestro apoyo para incluir, no sólo los componentes de seguridad vial inherentes a los proyectos de infraestructura vial, sino también proyectos independientes de mayor envergadura orientados a formular las políticas y estrategias

nacionales que mejorarían la seguridad vial en todos sus aspectos. También se estudiarán enfoques multisectoriales, tales como agregar componentes de hospitales y ambulancias en los programas viales, y componentes de seguridad vial en los programas de salud.

Transporte limpio

El transporte limpio reconoce la contribución del transporte a las metas ambientales más amplias de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Para la calidad del aire

La contaminación del aire urbano, generada en un 90 por ciento por los vehículos automotores, provoca la muerte de un estimado de 800.000 personas cada año. Es por ello que nos estamos concentrando en eliminar gradualmente los vehículos altamente contaminantes, mejorar el transporte público y monitorear la calidad del aire más estrechamente.

Para el clima

El transporte genera actualmente un 15 por ciento estimado de las emisiones de gases de efecto invernadero del mundo. La estrecha conexión entre el crecimiento económico y los gases de efecto invernadero generados por el transporte, puede mitigarse a través del tiempo mediante cambios en los hábitos de traslado, las decisiones logísticas, opciones tecnológicas y modalidades de transporte. Estos cambios también pueden ser impulsados mediante la planificación, las medidas fiscales y normativas, y las inversiones públicas en infraestructura, todos ellos, aspectos que nos proponemos apoyar. Dentro de esta combinación de políticas, pareciera probable que los instrumentos fiscales relativos al consumo de combustibles tengan que ser un aspecto medular.

En lo sucesivo, iremos trabajando para ayudar a restringir el consumo de energía del transporte. Estamos evaluando y controlando las emisiones del transporte, favoreciendo la transición hacia tecnologías de bajo carbono. Estamos fijando directrices que impulsen procesos de planificación y toma de decisiones ambientalmente efectivos en materia de transporte, y buscando medios para mitigar los efectos del transporte sobre el clima y los efectos del cambio climático sobre los activos del transporte. Nuestra intención es transformar, cuando sea apropiado, los asuntos de cambio climático en evaluaciones de proyectos. Emitiremos documentos técnicos sobre: parámetros para estimar el consumo de energía y las emisiones por modalidad y circunstancia; valoración de las emisiones en las evaluaciones de proyectos de transporte; incorporación de estos valores en los análisis de costo-beneficio; impacto y manejo de tasas de descuento; y otros factores pertinentes.

Transporte accesible

El transporte accesible reconoce que la oferta física de transporte no es suficiente. El transporte de carga y los servicios de logística eficientes y accesibles son vitales para el comercio, tanto doméstico como internacional. Asimismo, la movilidad personal eficiente y accesible, tanto en zonas urbanas como rurales, es esencial para que las ciudades funcionen mejor y para diversificar las economías rurales.

Para los negocios

El transporte accesible es crucial para el comercio y la competitividad. En los países miembros de la OCDE, el transporte representa una cuarta parte de todos los costos logísticos, y en las economías en desarrollo, puede representar una proporción aún mayor. Es por ello que el Banco está intentando controlar los costos del transporte y facilitar el comercio en las economías competitivas. Un servicio de

transporte más efectivo puede mejorar la competitividad del comercio en países de ingresos bajos y medios, donde los proveedores nacionales representan la mayor parte del costo del transporte. Sin embargo, la optimización de estos servicios para el transporte de carga, no necesariamente cubrirá las necesidades de las familias pobres.

Como parte de la agenda del transporte para el comercio, identificaremos oportunidades para promover la integración económica regional e incrementar el comercio transfronterizo. En los programas, tanto nacionales como regionales, motivaremos a los países clientes a adoptar enfoques de corredor para invertir en infraestructura de transporte y en mejorar los servicios relacionados, particularmente a lo largo de las rutas regionales multinacionales.

Para la población

Se estima que en los países de ingresos bajos mil millones de personas carecen de acceso a caminos transitables durante todo el año. El transporte accesible puede entonces mejorar la movilidad y la inclusión. Puede también promover la integración social, económica y política al mantener la unidad de un país a pesar de las disparidades geográficas, al superar las disputas potenciales respecto al acceso a los recursos, y al sofocar los conatos de conflicto que surgen esporádicamente a causa de un sentido de aislamiento.

Una de las mejores formas de promover el desarrollo rural es asegurando un buen acceso a los mercados urbanos competitivos y en crecimiento. Al mejorar el transporte urbano, se mejoran a la vez las zonas urbanas y la economía en general. Es por ello que estamos promoviendo estrategias interurbanas de transporte buscando incrementar el acceso de los pobres urbanos y rurales.

El sentir del Banco es que los gobiernos nacionales y municipales se beneficiarían al evaluar nuevos modelos de entrega que pueden ofrecer más valor a través de servicios más económicos por unidad de subsidio. En este punto, lo fundamental es captar, por medios competitivos, los beneficios de las eficiencias del sector privado en la entrega de servicios municipales. Así, estaríamos dando nuevos bríos a la participación privada en el transporte a fin de mejorar las destrezas administrativas, incrementar la eficiencia operativa, e imponer una disciplina de mercado en la entrega y en las operaciones de los proyectos.

Antecedentes

La labor del Grupo del Banco Mundial en el sector transporte incluye actividades crediticias del BIRF/AIF y la CFI, productos garantizados por MIGA, discusiones en materia de políticas, y actividades analíticas y asesoras. La estrategia previa que abordaba el transporte como un todo, recibió el respaldo de la Junta Directiva del Grupo del Banco Mundial y fue publicada en mayo de 1996. Ese informe, titulado *Sustainable Transport: Priorities for Policy Reform*, promovía la sustentabilidad económica, financiera, ambiental y social en las políticas y los sistemas relativos al transporte. En lo sucesivo, esos principios de sustentabilidad adoptados en *Transporte Sustentable* (según se denomina en este informe) continuarán orientando el quehacer del Banco en el sector transporte.

Los avances en cuanto a la implementación de la estrategia 1996 de transporte del Banco se discutieron recientemente en el Tercer Informe de Avance de la Implementación de la Estrategia Sectorial (26 de septiembre de 2007). Esta actualización propone el fortalecimiento de la alineación del enfoque para el sector transporte con los Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados por las Naciones Unidas en el año 2000, así como con una serie de otros factores, particularmente:

- El Plan de Acción para la Infraestructura 2003 (IAP, por sus siglas en inglés) del Banco (2003b): se han analizado los resultados de 2003-2007 y se encuentra en la fase de preparación un IAP de segunda generación 2009-2011 –Plan de Acción para una Infraestructura Sustentable- en donde se adoptará esta estrategia de negocios
- La revitalización subsiguiente de la participación del Banco en la infraestructura de transporte financiada con fondos públicos
- La necesidad permanente de equiparar las inversiones con un buen gobierno público, que ahora recibe el respaldo de plan de acción de Gobernabilidad y Anticorrupción del Grupo del Banco Mundial
- El principio de “apropiación” por parte de los países en relación con sus políticas de desarrollo
- La necesidad de responder a las fluctuantes necesidades de los países de ingreso medio
- La necesidad de que la asistencia para el desarrollo produzca resultados cuantificables
- Un análisis de diez años de la labor del Banco en el sector transporte, realizado por el Grupo de Evaluación Independiente del Banco

Mientras tanto, las tendencias de globalización del comercio, de urbanización de las poblaciones, aumento de la motorización, las cuales ahora se suman al desafío del cambio climático, continúan ejerciendo demandas cada vez más significativas y complejas sobre los sistemas de transporte de carga y pasajeros en los países en desarrollo. Este informe ofrece orientación al personal, a los países socios, y a otros actores en el desarrollo, sobre una estrategia de transporte actualizada.

Este informe examina el transporte desde la perspectiva de cuatro aspectos principales: su impacto sobre el desarrollo (Capítulo 2); las políticas de transporte (Capítulo 3); las modalidades de transporte (Capítulo 4); y las prioridades regionales de transporte (Capítulo 5). Cada aspecto ha ejercido influencia en la actualización, la cual se resume en el Capítulo 6.

Énfasis en el impacto sobre el desarrollo

El Capítulo 2 expone que el transporte contribuye al desarrollo de diversas formas. Comprende las operaciones de carga y pasajeros, abarca zonas urbanas y rurales, incluye el transporte público y privado, satisface necesidades económicas y sociales, y atiende las demandas nacionales e internacionales. Lo puede hacer a través de cinco medios principales:

- Al facilitar el crecimiento económico y la integración regional a través del comercio internacional
- Al lograr que las ciudades funcionen mejor para sus habitantes, para el medio ambiente y para el crecimiento económico
- Al crear oportunidades económicas e impulsar el crecimiento en zonas rurales
- Al proporcionar acceso a centros que entregan servicios de salud y educación
- En todas estas funciones, al volverse más seguro y limpio para los usuarios y la comunidad.

Durante los últimos diez años, el Banco ha centrado su atención predominantemente en apoyar las necesidades de transporte no urbano y, específicamente, de los servicios de transportes que dependen de las redes viales, sin embargo, de continuar esta tendencia, el Banco perdería muchas oportunidades de optimizar la contribución que sus intervenciones en transporte pueden hacer al desarrollo económico. Por ende, la estrategia de negocios aboga por una ampliación del alcance del compromiso del Banco para el sector transporte. No obstante, dicha ampliación viene acompañada de

la responsabilidad de esforzarse más por demostrar el impacto de dicho compromiso, medir los resultados y compartir el conocimiento.

Énfasis en las políticas

El Capítulo 3 resalta 11 temas normativos fundamentales, mediante los cuales el respaldo del Banco puede ayudar al sector transporte a poner en práctica los principios de sustentabilidad económica, financiera, social y ambiental. Estas áreas prioritarias son:

- Definir las funciones de los sectores público y privado en la entrega de transporte
- Mejorar el desempeño de las empresas de propiedad estatal
- Conservar el valor de los activos públicos
- Fijar los precios del transporte
- Fomentar la participación del sector privado
- Estimular la competencia y fortalecer las regulaciones
- Lograr que el transporte sea más incluyente
- Promover la seguridad en el transporte, especialmente la seguridad vial
- Combatir la propagación del VIH/SIDA relacionada con el transporte
- Reducir la emisión de gases del transporte para proteger la calidad del aire urbano y el clima mundial
- Luchar contra la corrupción

No todas estas áreas son motivo de preocupación en todos los países. Los distintos países, inevitablemente, las sopesarán y analizarán de forma distinta, por lo que el Banco anticipa una diversidad totalmente legítima y valiosa en las políticas e instituciones que se establecen para solventarlas. No obstante, la forma en que se solventen será crucial para la sostenibilidad del transporte de un país. Como tal, estas áreas proporcionan una lista de comprobación sistemática para fortalecer la agenda de transporte que es parte integral de la estrategia de negocios.

Énfasis en las modalidades

El Capítulo 4 enfatiza la diversidad de modalidades de transporte y en especial, el rol que las distintas modalidades desempeñan en satisfacer la gama de demandas relativas al transporte de carga y pasajeros. Describe los subsectores del transporte vial, ferrocarriles, transporte urbano, transporte marítimo y puertos, transporte por canales navegables del interior, aeropuertos y aviación, y transporte multimodal. Hace hincapié en la importancia de aquellos usuarios de caminos y carreteras en zonas rurales y urbanas que caminan o utilizan bicicletas u otros medios de transporte no motorizado.

Dicho capítulo también resalta el fuerte crecimiento de la demanda en muchos países en desarrollo por todo tipo de servicios de transporte y la infraestructura de la cual dependen esos servicios. Aboga por una inversión multimodal equilibrada que permita crear un sistema que aproveche las ventajas económicas comparativas de las distintas modalidades en beneficio del sistema de transporte en general, con el objetivo de desarrollar sistemas integrales de transporte urbano de pasajeros y corredores de carga eficientes al servicio de la integración regional y el comercio internacional. El énfasis en las modalidades, confirma y amplía la conclusión del Capítulo 2: la conveniencia de ampliar

el enfoque de las intervenciones del Banco en el sector transporte más allá de las soluciones de modalidad única hasta considerar las necesidades del transporte en su conjunto. Esta visión más holística del transporte se refleja en la estrategia de negocios.

Énfasis en las regiones

Para que la estrategia sea exitosa, necesita responder a los problemas cotidianos del transporte y a la demanda por servicios del Banco en una amplia gama de países en vías de desarrollo. En los países más pobres, el desafío principal en el sector transporte sigue siendo la forma en que el Banco y otros donantes pueden aunar esfuerzos, asesoría y recursos crediticios para satisfacer las necesidades básicas de transporte de la población de escasos recursos, y para ayudar a crear o mejorar el acceso a mercados para sus productos. Con limitada capacidad de endeudamiento, estos países necesitan un respaldo financiero combinado (préstamos y donaciones) y ayuda para movilizar el financiamiento privado conjuntamente con los recursos públicos.

En contraste, la mayoría de los países de ingreso medio han tenido éxito en elevar su nivel de acceso, comercio y desarrollo por sobre los umbrales básicos. Muchos de ellos han logrado asegurar su acceso a mercados privados de capital. Aspiran a alcanzar los niveles de movilidad personal, los sistemas de transporte urbano y la infraestructura logística del transporte de carga de los países más desarrollados. Esto implica una serie de metodologías: formas programáticas de préstamo; mayor dependencia en los propios sistemas de evaluación de proyectos de los países de ingreso medio; utilización de productos financieros más diversificados; y la prestación de servicios analíticos y de asesoría pertinentes a su nivel más avanzado de integración a la economía mundial. El objetivo es consolidar el progreso que han alcanzado sin descuidar los grandes bolsillos de pobreza que subsisten, y estar preparados para brindarles asistencia para que ellos puedan responder a los problemas globales.

Aunque es evidente que existen diferencias regionales en cuanto a las prioridades individuales, las perspectivas regionales consistentemente reflejan desafíos emergentes comunes. Entre los ejemplos se incluyen la necesidad de mejorar el transporte y la logística para fortalecer la competitividad comercial, el desafío que suponen la congestión de las redes viales urbanas y otros problemas del transporte urbano, la incidencia generalizada de muertes prematuras y lesiones debido a accidentes de tránsito, y las necesidades de conectividad básica a los sistemas de transporte de las comunidades rurales aisladas. La estrategia de negocios asigna una gran importancia a las prioridades regionales.

Prioridades regionales

Durante los últimos diez años, la proporción de los préstamos para el transporte del Grupo del Banco destinados a África subsahariana y a Asia meridional se ha elevado significativamente. Aunque continuarán presentándose amplias fluctuaciones año con año, se estima que el balance regional general de la actividad crediticia no sufrirá cambios marcados durante los próximos cinco años. Mientras que los problemas de urbanización y transporte urbano crecen en todos los frentes, hay otros problemas que pesan más en regiones específicas y éstos se exponen más detalladamente en el Capítulo 5. Los elementos cruciales de la orientación regional son los siguientes:

- **África Subsahariana.** Se dará prioridad a los dos tercios de la población rural que carece de acceso confiable a caminos transitables todo el año y a la aún más pronunciada proporción de habitantes urbanos que viven en barriadas en condiciones ambientales que van en decadencia. Los primeros están reducidos a una vida de subsistencia y aislados de los servicios de salud y educación; los últimos crecen en número con rapidez y requieren acceso a los empleos y

servicios urbanos, lo que hace imperativo el contar con un transporte urbano eficaz en función de los costos; para ambos grupos, los costos de transporte y logísticos son excesivos.

- **Asia Oriental y el Pacífico.** El sector transporte se ha desempeñado bien en muchos países, lo que ha facilitado un impresionante crecimiento económico impulsado por el comercio y la reducción de la pobreza. El Grupo del Banco también está buscando formas de fortalecer la capacidad y la calidad de la infraestructura y de los servicios de transporte, tanto para sostener ese crecimiento como para compartir sus beneficios en forma más amplia en la región y con los pobladores de zonas remotas.
- **Europa Oriental y Asia Central.** La transición económica sigue su curso y las fuerzas del mercado moldean cada vez más todas las facetas de la demanda de transporte. Sin embargo, luego de un hiato durante el proceso de transición, casi todos los países de la región muestran deficiencias en cuanto a calidad y tecnología, así como grandes rezagos en el mantenimiento de su infraestructura de transporte. La modernización de la infraestructura y la reforma empresarial siguen siendo objetivos cruciales.
- **América Latina y el Caribe.** El Grupo del Banco trabaja para promover medidas que incrementen las fuentes, la calidad y la productividad de las inversiones destinadas a mitigar la reducción masiva en la inversión tanto pública como privada en el sector transporte que acaece desde los años ochenta, lo que ha generado excesivos costos de transporte y logística que penalizan el comercio.
- **Oriente Medio y África del Norte.** El Grupo del Banco continuará ofreciendo apoyo a los procesos de mejoramiento de infraestructura estratégica y de formación de capacidades en el sector transporte, incluyendo marcos para lograr una participación exitosa del sector privado, especialmente en el transporte urbano. Hasta el momento, la contribución del sector privado a las necesidades de transporte de la región ha sido magra.
- **Asia Meridional.** Los estudios sobre la inversión climática en la región de Asia Meridional han señalado que el transporte constituye una limitante importante al comercio regional e internacional. Es más, a nivel micro, muchas familias rurales carecen de acceso a caminos transitables todo el año, y muchas megaciudades se ven limitadas por la falta de sistemas de transporte urbano confiables. El Grupo del Banco prestará atención a estos dos desafíos.

Componentes de la estrategia de negocios

El Capítulo 6 describe los principales componentes de la estrategia de negocios para el sector transporte. El objetivo de la estrategia de negocios, congruente con el *Transporte Sustentable* y alineado con el principio que estimula el sentido de pertenencia de un país, continúa siendo:

ayudar a los países socios a establecer el buen gobierno, las estrategias, las políticas y los servicios que entregarán un transporte en pos del desarrollo en forma económica, financiera, ambiental y socialmente sostenible.

Orientaciones estratégicas

La estrategia de negocios amplía la orientación y profundiza los pasos que habrán de seguirse para satisfacer la emergente agenda para el desarrollo. Para el próximo período de cinco años, la estrategia de negocios establece cinco orientaciones estratégicas, que se resumen a continuación. Al poner en

práctica estas orientaciones, recomienda prioridades para cada región, cuatro ajustes de proceso y un plan para monitorear el progreso.

Orientación estratégica 1. Propiciar las condiciones conducentes a un incremento del apoyo a la inversión en el sector transporte y su buen gobierno. Durante los años 2008-2012, el Grupo del Banco trabajará con todos los socios para el desarrollo, incluyendo el sector privado, a fin de canalizar más recursos hacia las inversiones en activos, infraestructura y servicios de transporte. El incremento en la movilización de recursos será equiparado con un mayor énfasis en el buen gobierno durante toda la fase de implementación del plan de acción de Gobernabilidad y Anticorrupción del Grupo del Banco Mundial.

Orientación estratégica 2. Profundizar el compromiso con el subsector de caminos y carreteras. La construcción, la administración y el mantenimiento de los caminos y las carreteras continuará siendo el subsector que predomina en la participación del Grupo del Banco. Esto es producto de la función preponderante del transporte vial en la mayoría de los países en lo que respecta a una amplia gama de necesidades de desarrollo, la envergadura del desafío en cuanto a inversión y mantenimiento en el subsector, y la necesidad de responder a las demandas de los países socios.

El Grupo del Banco buscará profundizar la agenda del sector de caminos y carreteras a fin de que ésta satisfaga los principios de sustentabilidad ambiental y social, y a modo que preste mayor atención a cuatro aspectos principales:

- El desempeño, la accesibilidad y la inclusividad de los servicios de transporte que utilizan la infraestructura vial y que entregan el beneficio último de caminos y carreteras a las personas y a los bienes.
- La necesidad de lograr que los caminos sean más seguros para todos sus usuarios y para aquellos no usuarios que son puestos en riesgo.
- Las estrategias encaminadas a apoyar la reducción de la alta proporción de emisiones de gases de efecto invernadero generadas por el transporte privado y comercial que utiliza la red vial.
- El potencial de propagación del VIH/SIDA a través de importantes sitios de construcción de caminos y nuevos corredores de transporte hacia zonas que anteriormente estaban aisladas.

Orientación estratégica 3. Incrementar el compromiso en el subsector de transporte urbano. Este compromiso reflejará el desafío de desarrollo en continuo aumento del transporte urbano. En cada región, los efectos combinados del crecimiento poblacional, la urbanización y la motorización, están comprometiendo la eficiencia y la calidad de vida de las ciudades. El compromiso del Grupo del Banco incluirá apoyo para incrementar la inversión en el transporte urbano y su eficiencia, con énfasis particular en el transporte público. Los servicios analíticos y de asesoría, así como el diálogo nacional, darán apoyo al fortalecimiento de las capacidades de gobernabilidad del transporte urbano para realzar la función y la calidad de un transporte público accesible. Esta compleja agenda de transporte urbano también incluye la interacción de la utilización de los suelos y el transporte, los mecanismos para financiar los sistemas de transporte, la movilización del sector privado en la entrega de servicios públicos, la gestión de la demanda de vehículos privados, la regulación de las emisiones generadas por los vehículos, y las necesidades de los peatones y de las

modalidades no motorizadas de transporte. Se mejorará la coordinación estratégica y operativa con la agenda de desarrollo urbano.

Orientación estratégica 4. Diversificar el compromiso en el transporte orientado al comercio. La diversificación del compromiso, impulsada por la creciente globalización e integración económica regional, será puesta en práctica dando mayor apoyo a las inversiones públicas y privadas en infraestructura, con el fin de superar los cuellos de botella en el transporte de bienes y servicios. A pesar de que gran parte de la cartera de préstamos para el transporte vial que maneja actualmente el Grupo del Banco está destinada a las principales rutas comerciales, se brindará un apoyo más diversificado a la inversión en infraestructura de transporte no vial (ferrocarriles, puertos, canales navegables del interior y aeropuertos) y a los servicios de transporte que los utilizan, incluyendo los servicios multimodales. El Banco ayudará a los países a desarrollar la capacidad institucional necesaria para implementar estrategias de transporte y de logística que abordan las limitantes no físicas y las deficiencias en infraestructura, que mejoran la gestión de los activos de la infraestructura pública y fomentan una mayor participación del sector privado.

Cuando sea apropiado, se identificarán y se brindará apoyo a los proyectos regionales de transporte, especialmente cuando dichos proyectos tengan el potencial de mejorar los servicios y los costos en países sin salida al mar. Se adoptarán enfoques de corredor para diagnosticar los requerimientos de las principales rutas comerciales, y se diseñarán las estrategias relacionadas. El Grupo del Banco también brindará apoyo a los países para que éstos puedan cumplir con los estándares internacionales de seguridad, especialmente en puertos y en la aviación.

Orientación estratégica 5. Transporte y cambio climático: controlar las emisiones y mitigar el impacto. Las actividades del Grupo del Banco en el sector transporte en los años venideros abordarán el problema de las emisiones de gases de efecto invernadero generadas por el transporte como una medida prioritaria de acción, enfatizando tanto la mitigación en términos de los servicios operativos como la adaptación en términos de sustentabilidad de la infraestructura ante los efectos del cambio climático. En línea con esta orientación, el trabajo abarcará el área de competencia de la política tecnológica en apoyo de la adopción de tecnologías de ahorro de carbono, y facilitará la adaptación de las tecnologías existentes a las condiciones y los requerimientos de los países clientes del Grupo del Banco.

Ajustes a los procesos

Al implementar las cinco orientaciones estratégicas, el Grupo del Banco busca ajustar la forma en que conduce sus negocios en el sector transporte, en lo que se refiere a cuatro aspectos principales.

Ajuste 1 al proceso. Aumentar la proporción de préstamos para transporte que efectúa el Grupo del Banco a través de enfoques programáticos. Con ello se logrará el fortalecimiento de las relaciones de largo plazo con los clientes, y la reducción de los costos y el tiempo de preparación de los proyectos.

Ajuste 2 al proceso. Mejorar la calidad del diálogo normativo y el intercambio de conocimientos relativos al transporte. La actividad analítica y asesora del Grupo del Banco en materia de transporte incluye el quehacer económico y sectorial necesario para sostener un diálogo normativo adecuadamente informado, así como la asistencia técnica para formar capacidades e implementar el cambio. Estas actividades son esenciales para maximizar la eficacia del compromiso del Grupo del Banco hacia el sector transporte en pro del desarrollo.

Ajuste 3 al proceso. Mejorar el monitoreo y la evaluación. El progreso y la responsabilidad en el transporte y el desarrollo requieren de mayores esfuerzos para mejorar la medición del desempeño de los sistemas de transporte, de los resultados de los proyectos de transporte financiados por el Grupo del Banco, y del impacto de las políticas alternativas para el transporte. Se proponen mejoras específicas.

Ajuste 4 al proceso. Captar las sinergias entre sectores e instrumentos del Grupo del Banco. Dentro del BIRF/AIF, las destrezas de la Red de Infraestructura se han alineado en el año 2007 con aquellas de la Red de Desarrollo Social y Ambientalmente Sostenible para conformar una red integrada de Desarrollo Sostenible que realza la cooperación con la CFI y el MIGA. Con ello se fortalecerán los vínculos ya productivos entre los profesionales en materia de transporte del Grupo del Banco y aquellos profesionales que trabajan en áreas sociales y ambientales del sector transporte. Considerando las orientaciones estratégicas expuestas en este documento, se llevará a cabo un reequilibrio de la combinación de destrezas del personal del sector transporte con la finalidad de ajustar la capacidad del Banco para lograr los objetivos acordados y aprovechar al máximo la ventaja comparativa de la institución.

Monitoreo del progreso

El Consejo Directivo del Sector Transporte del Grupo del Banco asumirá la responsabilidad de analizar anualmente los avances hacia la implementación de la estrategia de negocios relativa al transporte.

Sin embargo, el enfoque del Grupo del Banco en cuanto al transporte continuará evolucionando a medida que ganamos experiencia. Se propone entonces un marco flexible que está abierto a nuevas ideas y que se adapta a la demanda de los países por asistencia financiera y actividades analíticas y de asesoría.

ÉNFASIS EN EL IMPACTO SOBRE EL DESARROLLO

El transporte contribuye, y podría contribuir aún más, al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de cinco formas fundamentales:

- **Al facilitar el crecimiento económico y la integración regional a través del comercio internacional.** Los altos costos del transporte magnifican el impacto de la distancia y reducen las oportunidades para el comercio de bienes, mientras que los servicios de carga eficientes pueden lograr que la mercadería sea más accesible y ayudar a los países en desarrollo a crear cadenas de suministro más complejas que faciliten el comercio. Es más, una reducción en los costos internacionales del transporte de mercadería puede ofrecer a los productores un ingreso disponible.
- **Al lograr que las ciudades funcionen mejor para sus habitantes, para el medio ambiente y para el crecimiento económico.** El rápido crecimiento de las poblaciones urbanas y los vehículos privados están colmando los caminos y las carreteras en muchas ciudades, generando una congestión cada vez mayor, un servicio deficiente y poco confiable del transporte público vial, baja movilidad, más accidentes y una pobre calidad del aire. No obstante, un mayor fortalecimiento de las instituciones, más incentivos y una normativa más eficiente, pueden mejorar los sistemas de transporte urbano ya existentes, haciéndolos más accesibles a los contribuyentes y usuarios, así como más seguros y limpios mediante el mantenimiento, la inversión y la expansión de los servicios adecuados.
- **Al crear oportunidades económicas e impulsar el crecimiento en zonas rurales.** Un transporte deficiente suele ser el principal limitante al progreso económico y a la reducción de la pobreza en las zonas rurales. Cuando se mejora el acceso a los mercados, se motiva a los agricultores a modernizarse mediante el uso de fertilizantes, equipo mecanizado y nuevas variedades de semilla, con lo que se eleva el rendimiento, se reducen los costos unitarios y se incrementa la demanda de insumos y crédito. El transporte rural también proporciona acceso a los mercados laborales y, por consiguiente, la oportunidad de ganar ingresos no relacionados con la agricultura. Es más, el mismo camino que provee acceso a los productos, servicios y mercados laborales, con frecuencia provee el derecho de paso al tendido eléctrico y a las tuberías de agua.
- **Al proporcionar acceso a centros que entregan servicios de salud y educación.** Un mejor acceso a los centros educativos y de salud eleva las tasas de matrícula en las escuelas rurales y genera un mayor número de visitas a los centros de salud. El impacto en las niñas y las mujeres, que suelen sufrir desproporcionadamente con la deficiencia del transporte, es especialmente marcado, ya que un mejor servicio de transporte ayuda a mitigar los riesgos de viaje y la incomodidad de tener que recolectar leña y agua y, por lo tanto, abre más oportunidades para asistir a la escuela, mantener una mejor higiene en el hogar y buscar los cuidados prenatales.
- **Al volverse más seguras y limpias para los usuarios y la comunidad.** Aunque las mejoras al transporte son esenciales para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el transporte también crea su propio conjunto de problemas, que desvirtúan dichos objetivos. Con la actualización de la estrategia para el transporte, el Banco pretende proporcionar más apoyo para ayudar a mitigar la contribución del transporte a tres problemas principales: el creciente peligro de los accidentes de tránsito, el impacto sobre la salud y el medio ambiente que ejercen las emisiones de los vehículos y la contribución más amplia de las actividades del transporte al cambio climático, y el papel que desempeña el transporte en la propagación de enfermedades.

ÉNFASIS EN LAS MODALIDADES DE TRANSPORTE

Caminos y carreteras, vías férreas, buses, metros, taxis, bicicletas, carretas, puertos, barcos, barcas, canales navegables del interior, aeropuertos, aviones y las múltiples combinaciones relacionadas –todas estas diversas modalidades del transporte atienden segmentos específicos de un amplio espectro de necesidades que surgen al trasladar mercaderías y pasajeros. Como el comercio se ha globalizado y los ingresos se han elevado en muchos países en desarrollo, la demanda de todo tipo de servicios de transporte y de la infraestructura de la cual depende, se ha multiplicado. Este capítulo se concentra en las ventajas comparativas y en los riesgos de siete modalidades o tipos principales de transporte para satisfacer dicha demanda en asenso. Aboga por una inversión multimodal equilibrada para desarrollar sistemas de transporte que aprovechen e integren las mejores características económicas, ambientales, de salud y de seguridad de las distintas modalidades individuales. El enfoque multimodal confirma la conveniencia de ampliar las intervenciones del Banco en el sector transporte más allá de una solución de modalidad única hasta considerar las necesidades del transporte en su conjunto.

Esta visión más holística del transporte, que se refleja en la estrategia de negocios, apoya el desarrollo tanto de sistemas integrales de transporte urbano de pasajeros como de corredores de carga eficientes al servicio de la integración regional y el comercio internacional. Aunque la red vial ha sido, desde hace mucho tiempo, un componente esencial de todos los sistemas nacionales de transporte que suele consumir la mayor proporción de las inversiones públicas y privadas en el sector transporte, la expansión prevista de la demanda de transporte vial en países en desarrollo también traerá consigo un mayor número de accidentes de tránsito, una mayor emisión de gases de efecto invernadero, un mayor congestionamiento urbano y otros efectos adversos. La inversión equilibrada en diversas modalidades de transporte público puede contribuir a que las ciudades funcionen mejor: los caminos urbanos, los ferrocarriles e incluso el transporte no motorizado, todo ello contribuye más eficazmente cuando el servicio que se ofrece al público se integra para crear una conectividad física, una cobertura espacial y facilidad de transferencia. Un transporte más limpio y seguro se traducirá en ciudades más limpias y seguras.

De forma similar, una inversión equilibrada en distintas formas de infraestructura de corredores (caminos de conexión, ferrocarriles, canales navegables del interior, puertos y transporte marítimo, aeropuertos y aviación) puede representar una mejor solución que un enfoque en modalidades individuales de transporte de carga, y puede lograr una mejor coordinación entre, por ejemplo, inversiones portuarias y conexiones a los accesos en superficie. Es importante destacar que la integración multimodal permitirá a los usuarios escoger la modalidad más eficaz en función de los costos para el tipo específico de carga, lo que disminuiría los costos promedio del transporte y elevaría su aceptabilidad ambiental y su eficiencia energética general.

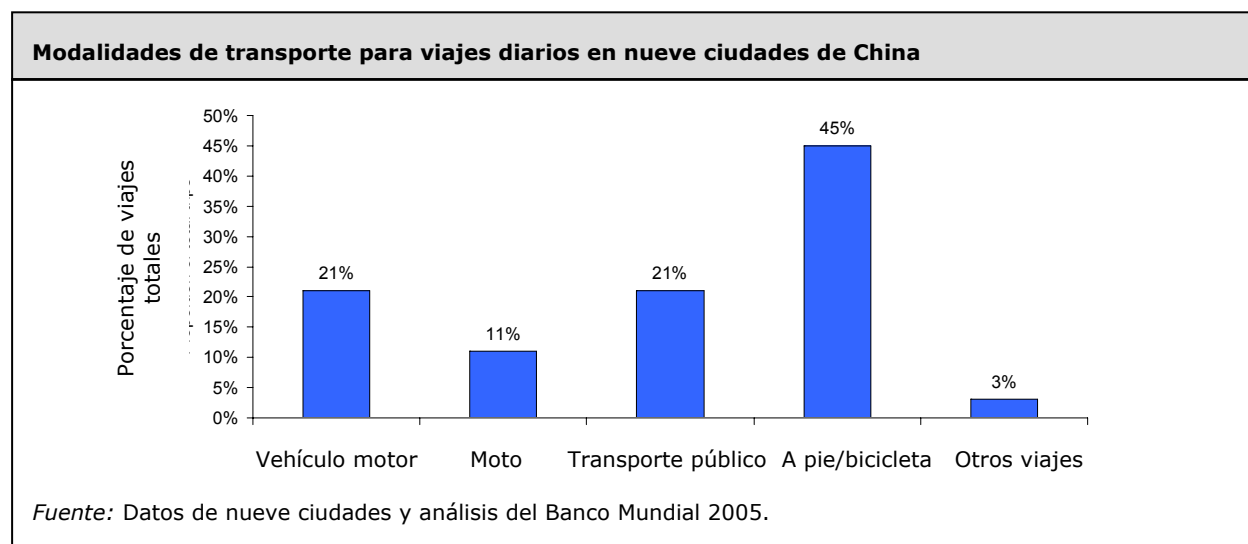
Transporte urbano

El transporte urbano y el desarrollo urbano están estrechamente ligados, ejerciendo una influencia conjunta en la accesibilidad y movilidad de la creciente población urbana en los países en desarrollo. Visto desde una perspectiva, el transporte “sirve” a la utilización de los terrenos urbanos y al desarrollo económico. Pero el transporte también ejerce influencia en la naturaleza y la magnitud del desarrollo. Los distintos tipos y ubicaciones de la infraestructura y los servicios de transporte, generarán distintos patrones de desarrollo en una ciudad que crece rápidamente, y accesos distintos al empleo, a la salud, a la educación y a las oportunidades sociales para sus habitantes. El Grupo del

Banco recalca la importancia de tratar de integrar el uso del suelo y la planificación del transporte o, al menos, lograr que la toma de decisiones relativa a éstos sea consistente.

Las tendencias más relevantes que inciden en el transporte urbano de los países en desarrollo son el crecimiento explosivo y simultáneo de la población, y el ingreso y la tenencia de vehículos privados en las ciudades. En China e India, por poner sólo un ejemplo, se estima que 500 millones de personas adicionales migren a las zonas urbanas para el año 2020, y la mayoría lo hará a ciudades que ya cuentan con más de un millón de habitantes. Las tasas de tenencia de vehículos motores en muchas ciudades de China e India se elevan incluso más rápidamente que las tasas de población e ingreso, en algunos casos, más del 15 por ciento anual. Pero este desafío atañe a todas las regiones (Capítulo 5). En muchas, y quizá en la mayoría de las ciudades en desarrollo, las consecuencias sociales, económicas, ambientales, de seguridad y de salud de esta intensificación en el uso de vehículos privados, han sido severas. La circulación de vehículos privados en las ciudades afecta a todos aquellos que necesitan moverse, a pesar de que la proporción de los viajes realizados en transporte privado tiende a ser relativamente baja si se compara con los viajes realizados en transporte público y en transporte no motorizado. La Gráfica 4-6 ilustra esta tendencia en China, un país de ingreso medio: el 80 por ciento de los viajes urbanos no se realizan en vehículos privados. En muchas partes de África y Asia, el porcentaje de viajes donde no se utiliza un automóvil es 90 por ciento o más.

Los esfuerzos por satisfacer las necesidades de movilidad y acceso de un gran número de nuevos residentes, al mismo tiempo que se combaten los impactos negativos de la motorización, han generado una tensión sin precedentes sobre los sistemas de transporte público en las ciudades en desarrollo. No sólo deben tratar de agregar servicios para satisfacer la nueva demanda, sino que también suelen tener que hacerlo en un entorno operativo cada vez más hostil que resulta de la aglomeración vehicular. A medida que disminuye la velocidad general del tráfico, los sistemas de buses requieren más recursos humanos, materiales y financieros tan solo para mantener el mismo nivel de servicio. Es necesario expandir y mejorar significativamente los sistemas de transporte público en todo el mundo en desarrollo, prestando atención especial a la planificación multimodal y a la integración de las mejoras en el transporte público con la gestión de las demandas del tráfico vehicular.



Muchas modalidades de transporte público pueden contribuir a que las ciudades funcionen mejor: sistemas de metrorail, ferrocarriles suburbanos, tranvías, buses, minibuses y taxis colectivos. Todos

ellos contribuyen más efectivamente cuando el servicio que ofrecen al público se integra para crear una conectividad física, cobertura espacial y facilidad de transferencia.

Al igual que en el mundo desarrollado, el transporte público basado en la red vial tendrá, inevitablemente, que desempeñar un papel importante en la mayoría de las ciudades, y requerirá de políticas complementarias que den prioridad a los buses y tranvías por sobre los automóviles privados. Los sistemas de buses de tránsito rápido tienen el potencial de brindar un sistema de transporte público de alta calidad, eficaz en función de los costos e incluyente. En varias ciudades de América Latina, la puesta en marcha de los sistemas de buses de tránsito rápido se ha utilizado como medio para iniciar reformas más amplias. Recientemente, el Banco publicó un manual de herramientas sobre servicios de autobús (Banco Mundial 2006c).

Los sistemas de trenes urbanos pueden desempeñar una función más relevante si su infraestructura y material rodante puede ser mejorado e integrado a otras modalidades. Las nuevas líneas de metro y tren requieren flujos muy concentrados de pasajeros para justificar su costo frente a otras opciones. No obstante, pueden ser eficaces y accesibles en las ciudades más grandes y prósperas cuando se combinan con políticas de desarrollo del uso del suelo que fomentan una utilización de alta densidad y cuando el mayor valor de las propiedades puede aprovecharse para compensar el costo de capital.

Otra labor importante en las ciudades es proporcionar la infraestructura y los servicios básicos adecuados para los peatones, ciclistas y otros usuarios del transporte no motorizado. Los viajeros más pobres se cuentan en este grupo y sus condiciones de viaje suelen ser calamitosas y peligrosas debido al mantenimiento deficiente de los pasos peatonales, a condiciones insalubres, a la falta de iluminación, una seguridad deficiente, una seguridad vial inadecuada y a la poca protección del tráfico motorizado. Las intervenciones del Grupo del Banco en el transporte urbano apoyarán las políticas y las inversiones que abordan estos problemas.

El Grupo del Banco motivará a las ciudades a buscar los beneficios de servicio y uso óptimo de los recursos al separar las especificaciones de servicio de la entrega de los mismos, de manera que un gobierno municipal establezca los parámetros de servicio y accesibilidad para los servicios de pasajeros, que luego serán proporcionados por operadores privados bajo contratos o concesiones licitadas competitivamente. La finalidad es controlar los costos y mejorar el servicio mediante la competencia por los derechos de operación, en lugar de la competencia abierta entre los operadores

Proyecto de Sistemas Integrados de Tránsito Masivo de Colombia

Este proyecto desarrolla sistemas de buses de tránsito rápido sostenibles y de alta calidad, y abarca seis ciudades: Pereira, Medellín, Cartagena, Barranquilla, Bucaramanga y Bogotá. Su objetivo es mejorar la movilidad a lo largo de importantes corredores de tránsito masivo y mejorar la accesibilidad para los pobres mediante servicios secundarios e integración de tarifas. Se hace uso de un préstamo de 250 millones de dólares para construir corredores de transporte segregados en las ciudades participantes, incluyendo: creación de vías exclusivas para buses; repavimentación de carriles de tráfico mixto; construcción e instalación de estaciones y terminales de buses; y pavimentación de caminos secundarios. Un componente de formación de capacidades proporcionará asistencia técnica y asesoría normativa al gobierno nacional y a los gobiernos municipales participantes, a fin de fortalecer la política nacional de transporte urbano y los programas locales. Las consultas sobre políticas se concentrarán en temas normativos, institucionales, ambientales, sociales y de seguridad vial. Se identificarán las soluciones de tránsito masivo más apropiadas para mejorar la gestión del transporte y el tráfico. Se desarrollará una estructura operativa para monitorear y administrar los servicios de transporte público.

Identificación del proyecto: P082466, aprobado en junio de 2004

Agencia implementadora: Departamento Nacional de Planificación y Ministerio de Finanzas.

en la calle. La competencia abierta en las ciudades de los países en desarrollo se ha asociado con frecuencia a la proliferación de vehículos de mala calidad e inseguros y a operaciones que utilizan de forma ineficiente el escaso espacio vial, así como a la degradación del medio ambiente a causa de un incremento de las emisiones y de la congestión.

Históricamente, el porcentaje de la cartera de préstamos del Grupo del Banco al transporte en zonas urbanas, sin distinción de modalidades, se ha visto limitado por la complejidad política, social, ambiental e institucional de las ciudades grandes, diversas y densamente pobladas con las que trabaja el Grupo del Banco. En años recientes, los países socios del Banco han mostrado un renovado interés en la asistencia técnica y financiera y en la formación de capacidades en el subsector de transporte urbano. La estrategia de negocios para el transporte busca responder a dicho interés con un compromiso más substancial.

ÉNFASIS EN LAS REGIONES

América Latina y el Caribe

Aunque esta región está predominantemente compuesta por países de ingreso medio, muestra altos niveles de pobreza y una desigualdad de ingresos mayor a la de cualquier región. Los desafíos cruciales para el desarrollo de la región son impulsar y estabilizar el crecimiento económico y, al mismo tiempo, reducir la pobreza y la desigualdad. El transporte habrá de desempeñar un papel significativo. Las prioridades clave del Grupo del Banco para el sector son elevar la competitividad comercial mediante estrategias de transporte y logística; mejorar la gestión de los activos del transporte y las políticas relacionadas (especialmente en lo que se refiere a caminos); promover un transporte público urbano seguro, limpio y accesible; y mejorar el acceso de los pobres rurales a los servicios y a las oportunidades.

América Latina necesita invertir más en infraestructura de transporte y debe procurar obtener un buen rendimiento sobre dicha inversión (Cuadro 5-2). La inversión total en el transporte se ha reducido a la mitad durante los últimos veinte años (Fay y Yepes 2003). Como porcentaje del PIB, ha disminuido hasta representar aproximadamente un tercio de su nivel a mediados de los ochenta (Calderón y Servén 2003). Este descenso se debe, principalmente, a la reducción de la inversión pública después de las medidas de ajuste fiscal aplicadas en respuesta a las numerosas crisis macroeconómicas en la región. Esta disminución se ha compensado sólo marginalmente con el afloramiento de inversiones privadas en el sector transporte, a pesar de que esta región comprende cuatro de los seis países en el nivel superior de participación privada en la infraestructura del transporte (Argentina, Brasil, Chile y México). Casi todos los ferrocarriles nacionales y muchos de los puertos de la región han sido privatizados.

Debido, en parte, al bajo nivel de inversión, los costos de transporte y logísticos en América Latina son significativamente más altos que en el mundo desarrollado y que en muchas regiones en desarrollo en competencia. Esta desventaja también se hace sentir en las pequeñas islas del Caribe, donde las deficiencias de la infraestructura pueden verse magnificadas por el impacto del servicio irregular que prestan pequeños barcos. En toda la región, los países necesitan reducir los costos de transporte y logísticos, a fin de que puedan aprovechar la liberalización del comercio y las medidas que lo facilitan. Una mejor gestión de los activos viales elevaría la eficiencia del transporte y ayudaría a reducir los costos. En este sentido, el Banco busca promover la descentralización, los mecanismos de financiamiento de las redes viales, la comercialización de los proveedores de servicios y una gobernabilidad más eficiente del subsector vial.

Obtención del mejor rendimiento sobre las inversiones en el sector transporte en América Latina

En respuesta a las limitantes fiscales presentes en la región, el Banco contribuye a los esfuerzos de los países por obtener el mejor rendimiento de los activos del transporte a través de programas de gestión (en Argentina, Uruguay y Bolivia) que buscan incrementar el gasto en zonas de alto impacto. Se está mejorando la eficiencia mediante enfoques innovadores a la participación del sector privado, tales como contratos por desempeño plurianuales y la utilización de microempresas para la ejecución del mantenimiento de rutina. El Banco se ha involucrado de forma más activa en el trabajo analítico para incrementar la eficiencia del gasto público en el sector transporte (en Guatemala, México y Paraguay). Proporciona asistencia a la región para volver a atraer al sector privado, brindando asesoría y asistencia técnica para fortalecer los marcos de concesiones (en Chile, Guatemala y Perú). También está utilizando productos innovadores, como garantías parciales de riesgo, para promover la inversión privada en la infraestructura del transporte (en Perú).

La región es una de las más urbanizadas del mundo, sin embargo, casi el 40 por ciento de los residentes urbanos viven en la pobreza (la tasa más alta del mundo) y una proporción tan elevada como el 25 por ciento vive en barrios marginales abarrotados, con servicios básicos limitados y pocas opciones de transporte. La expansión de la infraestructura física (sendas para peatones, ciclovías, rutas de buses y caminos) hacia los asentamientos pobres y la prestación de transporte masivo accesible, son elementos fundamentales para mejorar su movilidad y acceso a las oportunidades económicas y sociales. La tasa de motorización relativamente alta de la región genera congestión y contaminación en muchas ciudades. Estos problemas, que se agudizan debido a las condiciones topográficas y meteorológicas de ciudades como Ciudad de México y Santiago, son también severos y crecientes en muchas otras ciudades, como São Paulo, Bogotá, Belo Horizonte, Buenos Aires y Río de Janeiro.

Por ende, la región está muy interesada en mejorar la organización y la entrega de los servicios de transporte público urbano. Algunas de las ciudades grandes de la región han desarrollado con éxito sistemas de tránsito masivo eficientes que pueden brindar servicios a un costo moderado; sin embargo, queda mucho por hacer. El Banco está apoyando muchas de estas iniciativas: puesta en marcha de sistemas de buses de tránsito rápido para beneficio de los pobres (Colombia y Perú); modernización de los sistemas de trenes urbanos y suburbanos (Argentina y Brasil); coordinación del uso del suelo y de las políticas de transporte (Chile); introducción de reformas sectoriales para reorganizar la prestación de servicios de transporte urbano y reducir los impactos negativos para el medio ambiente (Chile, México); ejecución de inversiones significativas para promover el uso de modalidades alternativas de transporte y mejorar el acceso y la seguridad de los peatones (Colombia, Perú y Chile); y trabajo analítico en apoyo de las reformas sectoriales (República Dominicana). El Grupo del Banco también está ayudando a buscar soluciones que mejoren la calidad del aire y reduzcan las emisiones de gases de efecto invernadero en toda la región, utilizando recursos del Fondo para el Medio Ambiente Mundial. Todo ello forma parte de la contribución del transporte a la agenda mundial sobre el cambio climático en América Latina y Centroamérica. El Grupo del Banco continuará enfocándose en las mejoras al transporte urbano en esta región.

A pesar de la creciente urbanización de la pobreza, todavía existen 65 millones de pobladores rurales que viven en la pobreza. Las tasas de pobreza rural superan el 70 por ciento en Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú. Muchas otras personas viven en asentamientos marginales muy lejos de las ciudades vecinas. Debido a las bajas densidades poblacionales, el costo unitario de proveer infraestructura y otros servicios a estas comunidades marginales es muy alto, lo que da por resultado una alta incidencia de la pobreza. Con frecuencia, se encuentran física y económicamente incrustadas en un entorno rural, y comparten las características socioeconómicas y las limitantes de acceso de las poblaciones rurales. Las inversiones destinadas a mejorar las conexiones del transporte rural y urbano-marginal, son fundamentales para mejorar el acceso a los mercados y a los servicios, así como para incrementar la productividad de los pequeños agricultores por sobre los niveles de subsistencia.

ANEXO A

TENDENCIAS DE LA CARTERA DE PRÉSTAMOS PARA EL SECTOR TRANSPORTE 1996–2007

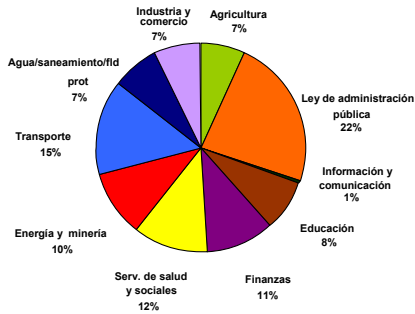
Las Gráficas desde la A-1 hasta la A-14 resumen las tendencias en los préstamos del BIRF y la AID para el sector transporte durante los últimos doce años fiscales (AF). Durante ese período, los préstamos anuales promedio para el transporte representaron el 15 por ciento de la cartera global de préstamos del Banco (Gráfica A-1), aunque de año en año han fluctuado entre el 11 y el 20 por ciento del total (Gráfica A-2). Los préstamos totales para el transporte declinaron entre los años fiscales 1999 y 2001, recuperándose hasta un punto máximo de 5 mil millones de dólares en el año fiscal 2007 (Gráfica A-3). El compromiso anual promedio para el sector transporte es de 3,3 mil millones de dólares. Aunque experimenta fluctuaciones, la cifra promedio de proyectos específicos y no específicos de transporte es de aproximadamente 78 por año (Gráfica A-4). El monto promedio de los proyectos específicos de transporte incrementó de 90 millones de dólares en el AF 1996, a 120 millones de dólares en el AF 2005, y fue de unos 60 millones de dólares en el AF 2007 (Gráfica A-5). Al finalizar el AF 2007, la cartera de proyectos de transporte activos del Banco ascendía a 22,5 mil millones de dólares, el 75 por ciento de los cuales estaba destinado a proyectos de caminos y carreteras (Gráfica A-6).

Los compromisos para el transporte por región sufren grandes fluctuaciones de un año a otro (Gráfica A-7). En comparación con los primeros seis años del período, el segundo período de seis años muestra un incremento notable en los préstamos a Asia meridional y África subsahariana (Gráfica A-8). En términos del compromiso por modalidad de transporte, los fondos continuaron siendo predominantemente utilizados en caminos y carreteras durante todo el período (Gráfica A-9), lo que representa aproximadamente tres cuartas partes de la cartera de préstamos para el sector transporte. Sin embargo, entre la primera mitad del período y la segunda, los compromisos para el sector de caminos y carreteras disminuyeron un 12%, mientras que los compromisos para el sector transporte en general se elevaron en 11% (Gráfica A-10). Adicional a la actividad crediticia, el Banco moviliza recursos de diversos fondos fiduciarios para brindar servicios de asistencia técnica (AT) en materia de transporte a los países socios (Gráficas A-11 y A-12). También efectúa o comisiona sus propios análisis normativos y técnicos, los cuales se designan como trabajos económicos y sectoriales (ESW, por sus siglas en inglés) (Gráficas A-13 y A-14).

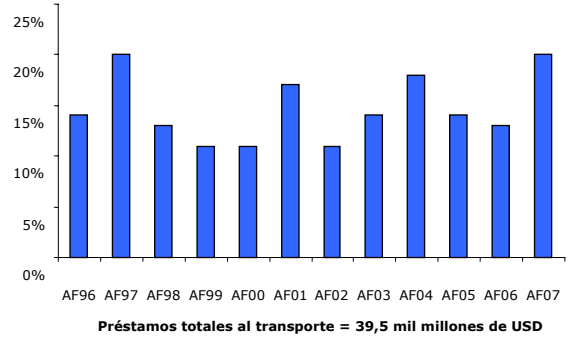
Para que el BIRF/AID califique una actividad como trabajo económico y sectorial, debe satisfacer cada uno de los siguientes criterios: (a) que involucre una labor analítica original; (b) que se efectúe con la intención de ejercer influencia sobre las políticas y los programas de un cliente externo; y (c) que sea de "propiedad" de una unidad específica del Banco y que refleje las opiniones del Banco (en lugar de atribuirse a autores individuales, ya sean éstos parte del personal del Banco o consultores).

Para que una actividad califique como asistencia técnica, debe satisfacer tres criterios: (a) que su intención primaria sea la de facultar a un cliente externo para que éste pueda poner en práctica reformas y/o fortalecer instituciones; (b) que sea autónoma (por ej., que no forme parte esencial de un proyecto de préstamo o de un trabajo económico y sectorial); y (c) que esté vinculada a una unidad del Banco, con una responsabilidad bien definida por los servicios prestados.

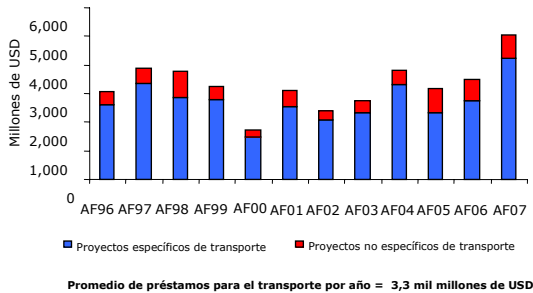
Gráfica A-1. Préstamos anuales promedio del Banco por sector, AF 1996–AF 2007



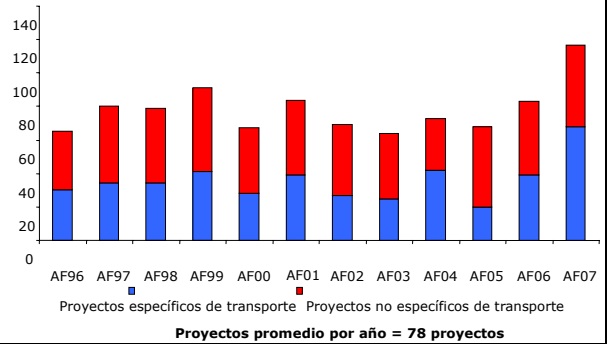
Gráfica A-2. Sector transporte como proporción de la cartera de préstamos del Banco, AF 1996–AF 2007



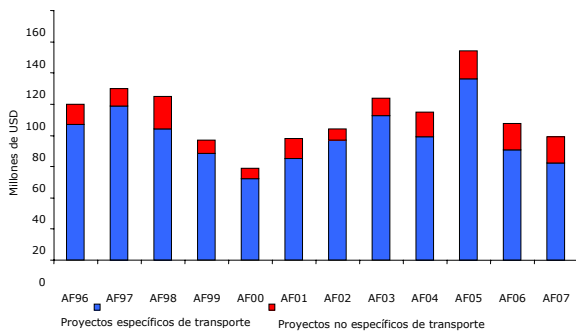
Gráfica A-3. Monto anual de los compromisos para el transporte, AF 1996–AF 2007



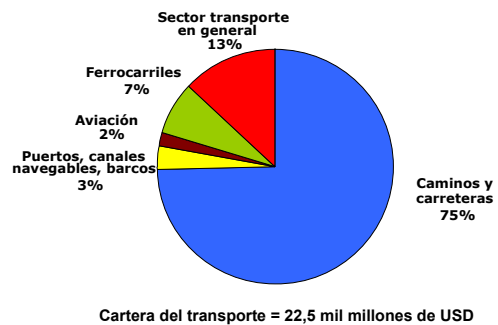
Gráfica A-4. Cifra anual de proyectos de transporte, AF 1996–AF 2007



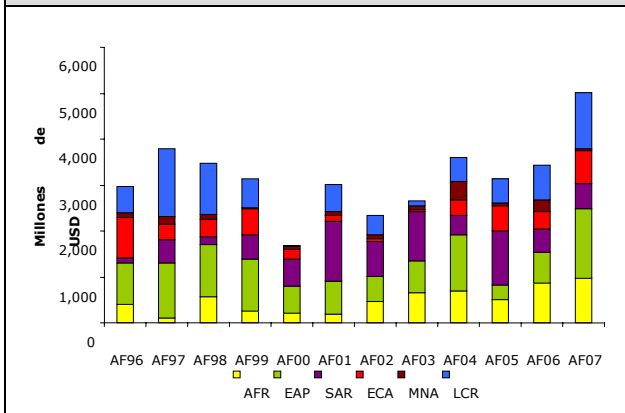
Gráfica A-5. Monto anual promedio de un proyecto de transporte, AF 1996–AF 2007



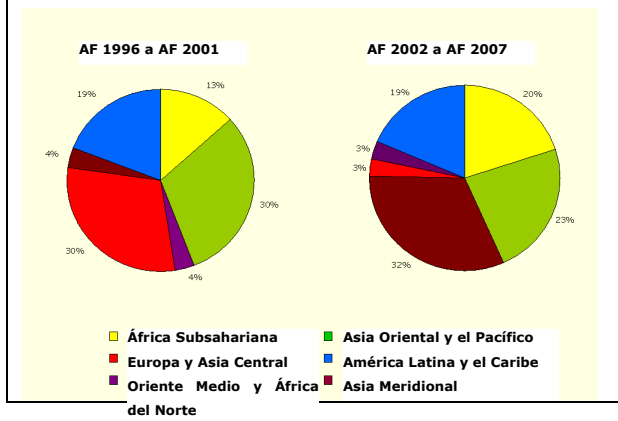
Gráfica A-6. Cartera de proyectos de transporte activos al finalizar el AF 2007



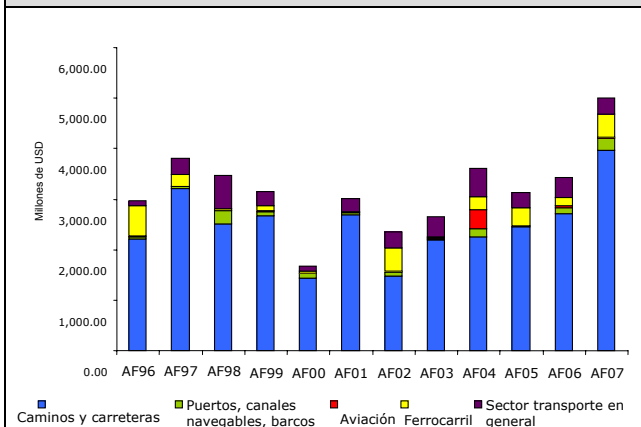
Gráfica A-7. Compromisos para el sector transporte por región, AF 1996–AF 2007



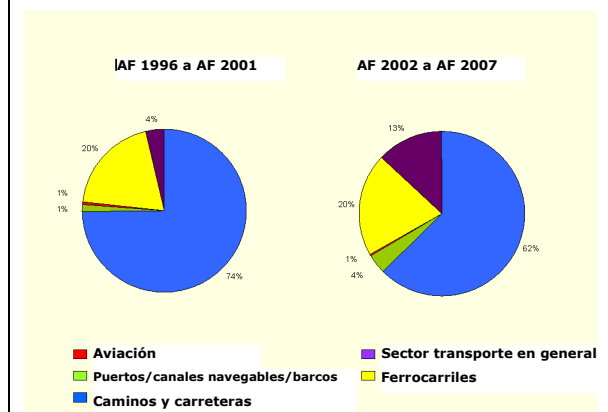
Gráfica A-8. Promedio anual de la cartera de préstamos para el transporte por región, AF 1996–AF 2007



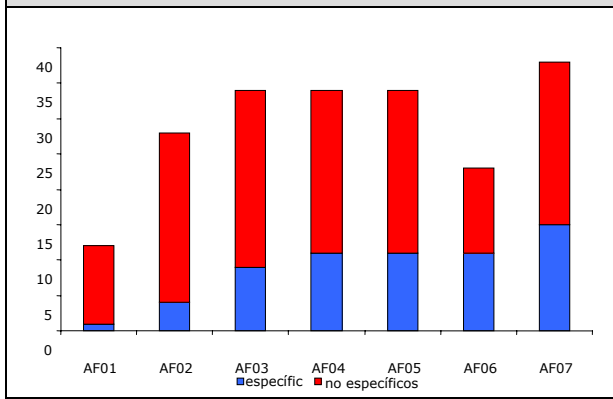
Gráfica A-9. Compromisos para el transporte por modalidad, AF 1996–AF 2007



Gráfica A-10. Promedio anual de los préstamos para el transporte por modalidad, AF 1996–AF 2007

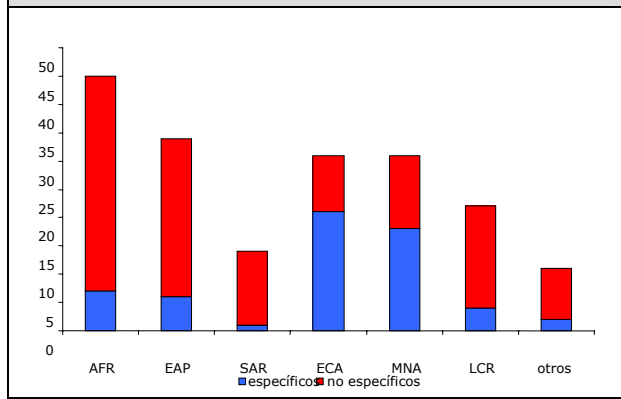


Gráfica A-11. Cifra anual de productos de asistencia técnica, AF 2001–AF 2007

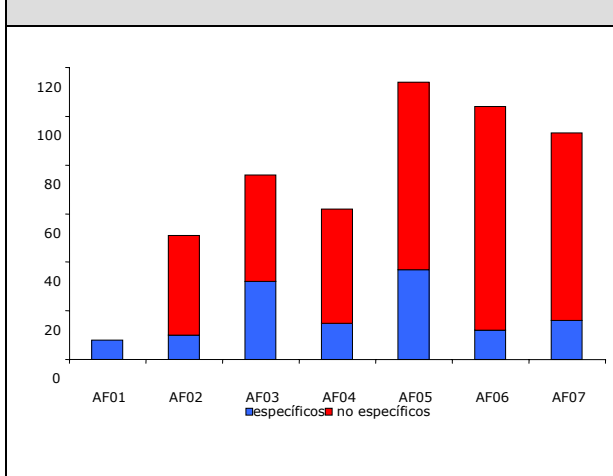


os

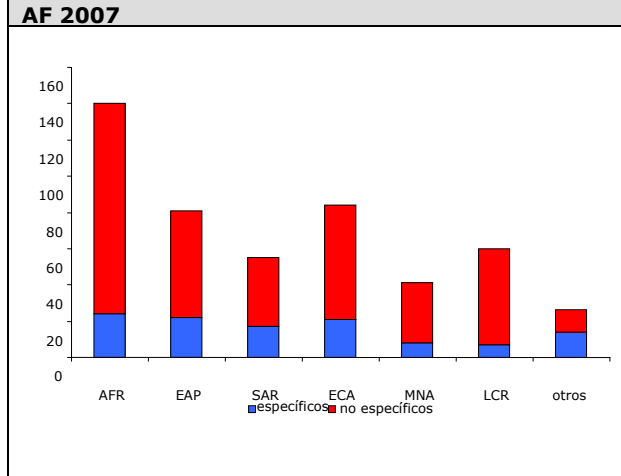
Gráfica A-12. Cifra anual de productos de asistencia técnica por región, AF 2001–AF 2007



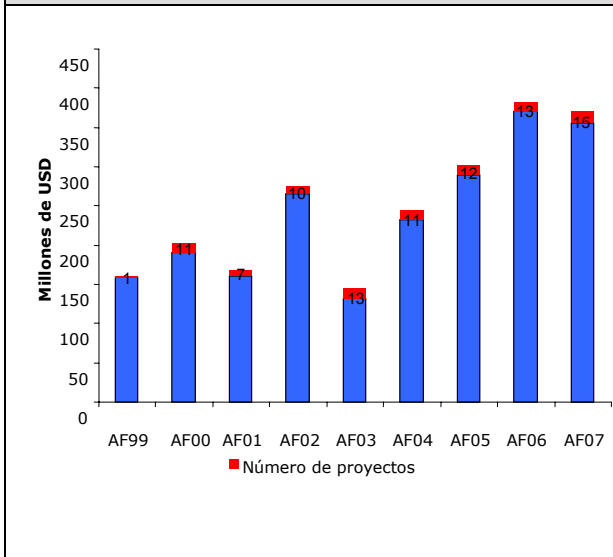
Gráfica A-13. Cifra anual de trabajos económicos y sectoriales, AF 2001–AF 2007



Gráfica A-14. Cifra anual de trabajos económicos y sectoriales por región, AF 2001–AF 2007



Gráfica A-15. Compromisos de la CFI para el sector transporte, AF 1999-AF 2007



Gráfica A-16. Compromisos del MIGA para el sector transporte, AF 1999-AF 2007

