

## Visión del estado de nutrición de la población mexicana según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006<sup>§</sup>

*Salvador Villalpando Hernández<sup>§§</sup>*

Agradezco la oportunidad de presentar estos datos. Pertenesco al Instituto Nacional de Salud Pública cuya función principal es producir información veraz y oportuna, para que quienes deben decidir sobre salud en este país, puedan basar sus decisiones en información objetiva.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut-2006), en la que se basan los datos que voy a presentar, corresponde a una muestra probabilística de la población mexicana. Quiero resaltar que fue realizada en 45 mil hogares de todo el país. Esta muestra fue diseñada para ser representativa en el nivel urbano rural de cuatro regiones geográficas que fueron definidas para otras encuestas nacionales.

Es importante acotar que esta encuesta se diseñó de tal manera que pudiera ser comparable con dos encuestas previas, una que se realizó en 1988 y otra en 1999, con el propósito de analizar las tendencias en los indicadores de salud.

---

<sup>§</sup> Versión de audio editada.

<sup>§§</sup> Médico cirujano por la UNAM. Director de Investigación en Políticas y Programas de Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública.

La Ensanut se inició en septiembre de 2005 y se terminó en abril de 2006, así que los datos son muy frescos, recién salidos.

En esta presentación se analizarán tres temas específicos, que son los problemas de nutrición más importantes en este país: 1) la desnutrición; 2) la anemia por deficiencia de hierro y la deficiencia de zinc; y 3) la obesidad, ya que en contrapartida con estas deficiencias ya tenemos graves problemas con las enfermedades por excesos en la dieta.

Los sujetos de estudio para esta encuesta fueron niños menores de cinco años, que son los más susceptibles de padecer desnutrición; las mujeres en edad productiva y reproductiva entre 12 y 49 años, y agregamos para 2006, hombres y población mayor de 50 años.

Permítanme empezar con algo que frecuentemente queda poco claro: cuando hablamos de desnutrición, ¿de qué estamos hablando? La desnutrición, en términos epidemiológicos, se clasifica en dos maneras: desnutrición aguda y desnutrición crónica; y ambas se diagnostican utilizando los parámetros de peso, talla y edad.

Cuando tenemos una relación de peso insuficiente para la talla, estamos hablando de desnutrición aguda y ésta es la que todos tenemos casi siempre en la mente: niños muy flaquitos, casi en los huesos; es la imagen que nos presentan los medios de la desnutrición aguda. Éste es un problema muy grave, significa tener 50 por ciento de posibilidades de morir.

Si tenemos una talla menor a la esperada para la edad, es decir, niños chaparritos, estamos frente a la desnutrición crónica y ésta no nos asusta tanto, porque los vemos todos los días caminando en las escuelas, en las calles, en nuestros vecindarios.

Estos dos son los tipos de desnutrición en los que me basaré para hablar de los resultados de la encuesta. En síntesis: peso bajo para la talla, es desnutrición aguda; talla baja para la edad, es desnutrición crónica.

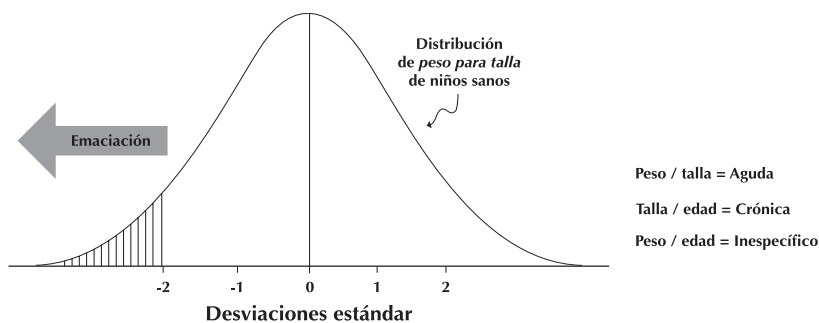
## *Desnutrición*

### **Desnutrición aguda**

La desnutrición aguda se manifiesta fundamentalmente por bajo peso con relación a la estatura; es decir, no solamente se necesita

ser flaco, se necesita que en relación con la estatura la masa corporal que se ha perdido sea muy evidente, es decir, que la masa haya disminuido importantemente. Esto se debe al hambre, no hay duda, en los lugares donde los alimentos son escasos, los niños no tienen que comer y la deficiencia es fundamentalmente de energía y de proteínas.

Gráfica 1. Indicadores de desnutrición



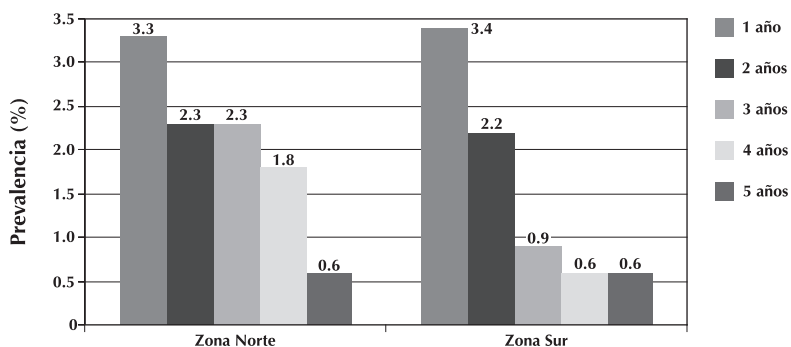
Patrón de referencia de NCHS/CDC recomendado por OMS

La prevalencia de desnutrición aguda en dos de las zonas contrastantes desde el punto de vista de desarrollo industrial, la zona Norte y la zona Sur, en niños de uno a cinco años de edad es bastante baja: 3.4 por ciento; por lo tanto la desnutrición aguda dejó de ser un problema de salud pública en este país. A medida que avanza la edad esta desnutrición va disminuyendo, es decir, a los cinco años es de medio punto porcentual.

El asunto es que hay dos maneras de resolver la desnutrición aguda: o les damos de comer y se recuperan, o se mueren; si se mueren disminuye la prevalencia de desnutrición aguda.

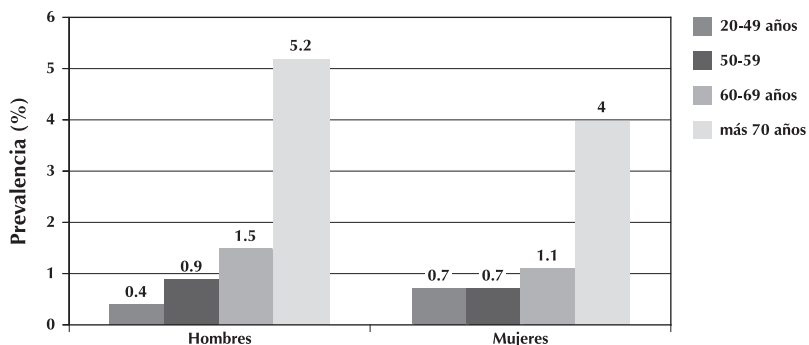
Mientras que en el norte hay una disminución que disminuye muy lentamente, en el sur la disminución es muy rápida. ¿Qué están haciendo bien en el sur para que se mejore tan rápidamente? No están haciendo mucho: el asunto es que ahí se mueren más rápido, por eso disminuye más rápido la prevalencia de desnutrición aguda.

Gráfica 2. Prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de 5 años



En la población de otras edades la desnutrición aguda prácticamente es inexistente, excepto en el otro extremo de la vida. En personas de más de 70 años la desnutrición llega hasta 5.2 por ciento. Hay muchas razones para ello, pero quiero dejar claro que aquí hay un problema en el que necesitamos poner atención.

Gráfica 3. Prevalencia de desnutrición aguda en adultos de 50 años. Ensanut 2006



La desnutrición aguda, aunque ha dejado de ser un problema de salud pública no está solucionada, aún hay zonas muy pobres en donde hay que poner énfasis para resolverla. Sin embargo, el problema más importante ahora es la desnutrición crónica.

### **Desnutrición crónica**

En México la desnutrición crónica se manifiesta por talla baja y se debe a una suma de efectos: la baja talla es la cicatriz que dejaron las dietas insuficientes por un largo plazo.

La mayor deficiencia en la dieta es en lo que llamamos micronutrientes: vitaminas y minerales, que en el ámbito internacional se le conoce como hambre escondida. Esto no significa que les falten suficientes tortillas o pan, lo que pasa es que consumen una dieta monótona y de una calidad insuficiente; a eso se debe el hambre escondida.

A lo anterior debemos sumar el efecto negativo de las infecciones a lo largo de la vida como causa de la detención del crecimiento, además, estas poblaciones tienen accesos inadecuados a todos los servicios que ofrece la comunidad, incluyendo los servicios de salud.

¿Cuáles son las consecuencias de la desnutrición crónica? Esto es lo más importante de conocer. Aparte de la desaceleración del crecimiento, si las infecciones son causa de esta desnutrición se establece un círculo vicioso, los niños con desnutrición crónica son más susceptibles a infecciones frecuentes, lo cual va a perpetuar el círculo, porque tienen una capacidad inmunológica limitada por la falta de ciertos nutrientes como el zinc, el hierro y algunas vitaminas como la A y el ácido fólico.

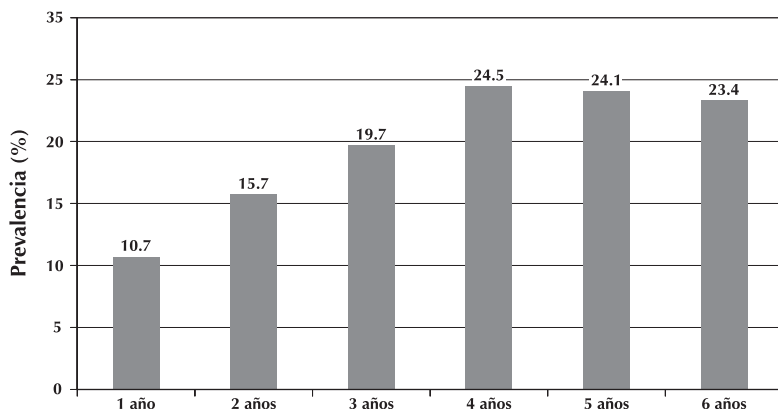
Tienen una mayor tasa de mortalidad. Los niños que se mueren después del primer año de vida, la mayor parte de ellos, tienen desnutrición crónica y tienen problema de acceso a los servicios de salud; pero lo más grave es que la desnutrición crónica se asocia a bajo rendimiento escolar y a un mayor riesgo de enfermedades crónicas en la edad adulta.

Esto condena a los niños a tener problemas durante la edad adulta, fundamentalmente obesidad, diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular, y, por lo tanto, tienen una menor esperanza de vida, un pobre desempeño social, porque son quienes van a obtener los trabajos peor pagados; así como a la perpetuación de la pobreza. Estos pequeños tendrán hijos con desnutrición crónica, que van a tener hijos, nietos y bisnietos con desnutrición crónica. Esta es la manera más eficaz de perpetuar la pobreza.

¿Cómo estamos en desnutrición crónica? En niños de uno a seis años de edad, empezamos con 10 por ciento; pero a los cuatro años

de edad, uno de cada cuatro niños ya tiene manifestaciones de desnutrición crónica. Esto es crucial para tomar decisiones, porque el momento de evitar la desnutrición crónica es durante los tres primeros años de la vida.

*Gráfica 4. Prevalencia de desnutrición crónica (talla baja) en niños prescolares*



Está claramente demostrado que las intervenciones de nutrición que se hacen después del tercer año de vida no tienen ningún impacto para detener el problema de talla baja. Esta es la oportunidad de actuar y no la podemos perder.

En la gráfica 5 se muestran las regiones del país divididas en rurales y urbanas. Les quiero señalar dos extremos: por un lado el norte urbano, más desarrollado económicamente, en donde la prevalencia es, si no igual, sí cercana a la de países desarrollados, de casi 7 por ciento. La esperanza es que alcancemos menos de 5 por ciento.

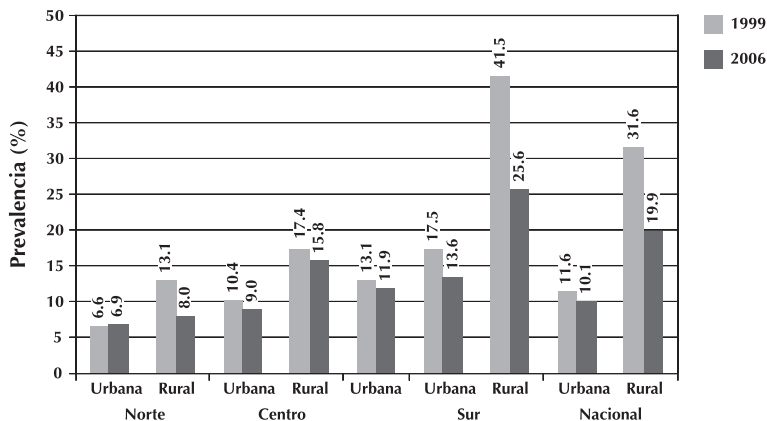
Doce estados alcanzaron ya prevalencias menores a 10 por ciento, y cinco ya están cerca de la meta de 5 por ciento o menos. Persisten como retos cuatro estados con prevalencias severas, mayores a 20 por ciento y 16 con prevalencias moderadas, de 10 a 19 por ciento.

En cambio, en el sur rural las prevalencias, por lo menos en 1999, eran comparables a las de países africanos o países del sureste de

Asia. Entre 1999 y 2006 ha disminuido de manera importante, casi 16 puntos porcentuales menos, eso significa que algo se está haciendo.

Pero esto señala que hay puntos críticos donde debemos actuar mas intensamente, específicamente en el sur rural, es donde se requiere más atención.

*Gráfica 5. Prevalencia nacional de baja talla en menores de 5 años por región y zonas urbanas y rurales*



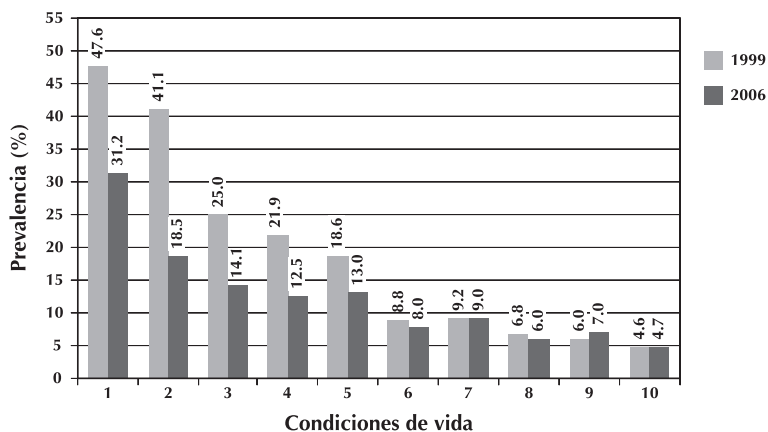
Hemos dividido a la población por niveles socioeconómicos, basados en las propiedades de la familia, el tamaño de la casa, número de cuartos, etcétera, divididos en 10 deciles de condiciones de vida. En los deciles más pobres existe una mayor prevalencia de desnutrición crónica que en los deciles más altos.

De 1999 a 2006 hubo una disminución muy importante en la prevalencia de desnutrición crónica en la población de menores ingresos, en la más pobre del país, mientras que en las poblaciones con niveles más altos no hay ningún cambio, sugiriendo que los programas para combatir la pobreza han tenido efectos positivos.

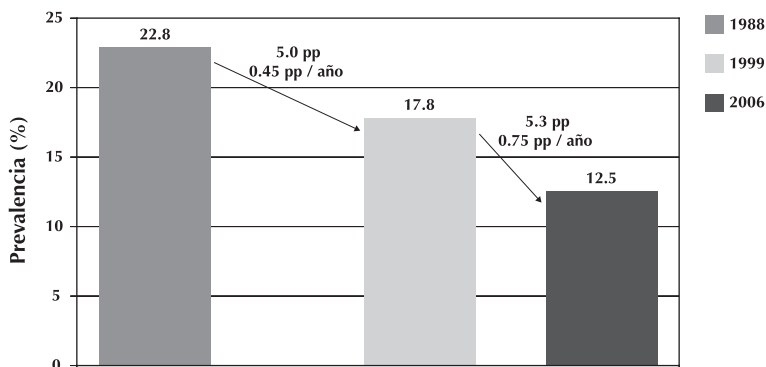
De 1988 a 1999 la desnutrición crónica disminuyó en 11 puntos porcentuales; es decir, a una razón de medio punto porcentual por año. Estaba bien, pero no tan bien, porque en esa época se destinaban dos millones de dólares diarios en ayuda alimentaria en este país.

De 1999 a 2006 bajó 5.3 puntos porcentuales; es decir, 0.75 puntos por año.

Gráfica 6. Prevalencia de baja talla por decil de condiciones de vida



Gráfica 7. Prevalencia de desnutrición crónica baja talla en 1988, 1999 y 2006



En conclusión, tenemos un descenso sostenido en desnutrición crónica; este descenso fue mayor entre 1999 y 2006, en la zona rural y en los deciles más bajos de condiciones de vida. Parecería que hay



una ligera disminución en las inequidades en la distribución de la desnutrición.

### *Anemia*

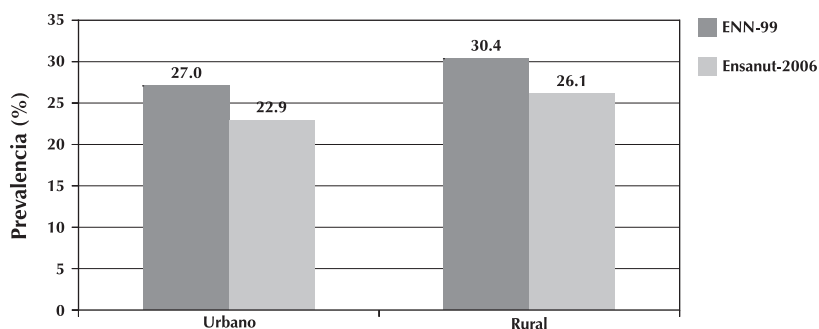
El segundo problema es la anemia por deficiencia de hierro y la deficiencia de otro mineral poco conocido como nutriente importante, el zinc.

Cuando estas deficiencias ocurren en los dos primeros años de vida tienen un efecto muy grave en el desarrollo físico, pero sobre todo en el desarrollo mental de los niños y en su capacidad para defenderse de las infecciones –ya dijimos como las infecciones, junto con la desnutrición hacen un círculo vicioso para perpetuar la desnutrición y la pobreza– y como consecuencia de esas deficiencias de hierro y de zinc, estos niños tienen baja talla, mayor número de infecciones y bajo rendimiento escolar. Hay que resaltar con mayor énfasis que si la anemia por deficiencia de hierro no es corregida antes de los dos años de vida, los daños sobre el crecimiento físico, pero sobre todo sobre el crecimiento mental, son irreversibles; no es que sean retrasados mentales, se disminuye la capacidad de pensamiento abstracto: eso significa la capacidad de solucionar problemas, la habilidad para el lenguaje, matemáticas, etcétera. Los americanos llaman a estos niños *doors stoppers*; es decir, son niños que se paran en una puerta y no son capaces de abrirla para ver qué hay del otro lado; es el tipo de habilidades tan sutiles que se pierden por este desarrollo inadecuado.

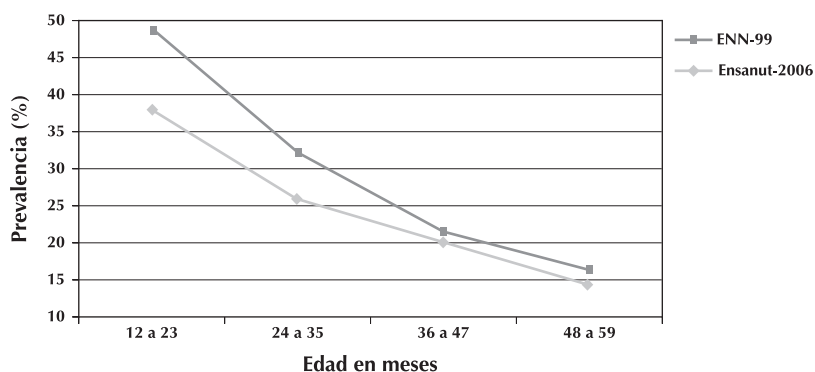
¿Cómo está la prevalencia de anemia? En niños menores de cinco años de manera global, es bastante alta, alrededor de 25 por ciento, uno de cada cuatro niños menores de cinco años tiene anemia; pero si lo dividimos por cada año de edad, la situación es más grave: en 1999 50 por ciento de los que tenían entre 12 y 24 meses de edad eran anémicos. En 2006 hubo una mejoría, ya que disminuyó a 37 por ciento de los niños de la misma edad. La prevalencia de anemia va disminuyendo a medida que va avanzando la edad, aun sin hacer nada, pero está mejoría entonces ya sirve poco porque el daño ya se ocasionó, el momento de intervenir es antes de los 2 años, si no intervenimos estamos atendando contra el capital humano de este país.

Las mujeres son el otro grupo de riesgo grave. Tanto en mujeres embarazadas como no embarazadas, la prevalencia es alta: una de cada cuatro mujeres embarazadas en México tiene anemia y deficiencia de hierro, y va a dar a luz un niño con deficiencia de hierro; esta es una de la causas por la cual tenemos tan alta deficiencia de hierro en los niños pequeños.

Gráfica 8. Prevalencia de anemia en menores de 5 años por estrato



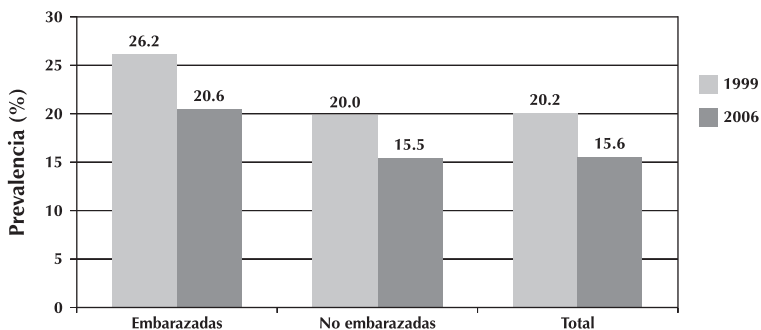
Gráfica 9. Prevalencia nacional de anemia en niños prescolares de ambos sexos



Las no embarazadas también tienen una alta prevalencia ya que 15 por ciento padecen anemia.

La buena noticia es que tenemos una reducción entre 1999 y 2006; bajó casi seis puntos porcentuales en las embarazadas, y en las no embarazadas cerca de cinco puntos porcentuales. Hemos avanzado, pero estamos lejos de resolver el problema considerando que aún una cuarta parte de las mujeres embarazadas tienen anemia.

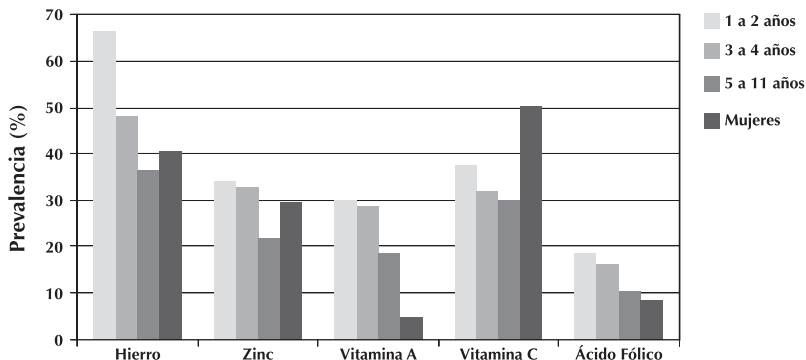
Gráfica 10. Prevalencia de anemia\* en mujeres de 12 a 49 años



\* Embarazadas: hemoglobina < 11 g/L; no embarazadas: hemoglobina < 12 g/L

La causa mas frecuente de anemia es la deficiencia de hierro: 70 por ciento de los niños de 12 a 24 meses tenían deficiencia de hierro en 1999 y en las mujeres la deficiencia de hierro es de cerca de 40 por ciento.

Gráfica 11. Deficiencias de micronutrientos en niños y mujeres



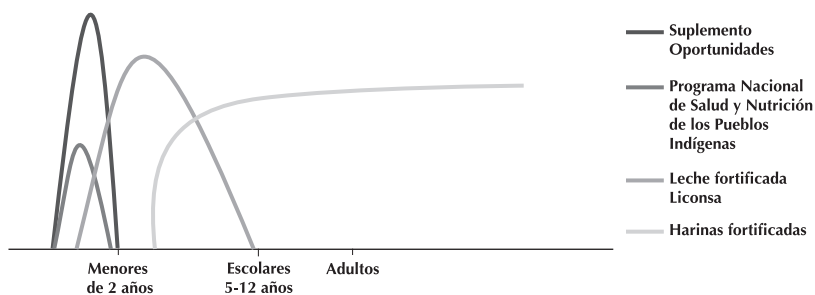
El otro problema es la deficiencia de zinc; 30 por ciento, es decir, uno de cada tres niños o mujeres la padecen. El zinc es crucial para el crecimiento físico y mental y para la defensa contra las infecciones.

En conclusión, tenemos una altísima prevalencia de anemia y, aunque está mejorando, sigue representando una emergencia de salud pública. Además, tiene graves consecuencias económica para el país; en estudios internacionales hechos en Venezuela se demuestra que la pérdida de capacidad cognoscitiva y de trabajo manual debidos a la anemia por deficiencia de hierro, representa uno por ciento del producto interno bruto. Esa pérdida seguramente también la estamos teniendo en México, aunque no tenemos estudios que la hallan cuantificado.

¿Qué hemos hecho para resolver estos problemas como país? Existe, afortunadamente, una respuesta social organizada para reducir la prevalencia en la deficiencia de hierro, de zinc y la desnutrición crónica: varios de los programas públicos participan en este esfuerzo, para los niños de dos años se distribuye el suplemento Oportunidades; el Programa Nacional de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas y el programa Arranque Parejo en la Vida distribuyen suplementos con hierro, zinc y otros micronutrientes que son deficientes en la dieta de la población se encuadran dentro de tal esfuerzo. Reciente, la fortificación de la leche Liconsa con hierro y zinc va dirigida a niños desde un año hasta 12 años de edad.

Actualmente las harinas de trigo y de maíz nixtamalizada se venden fortificadas con estos minerales, probablemente la mayoría de los mexicanos comen tortillas y bolillos fortificados aun cuando es poco conocido por el público.

Gráfica 12. Respuesta social organizada

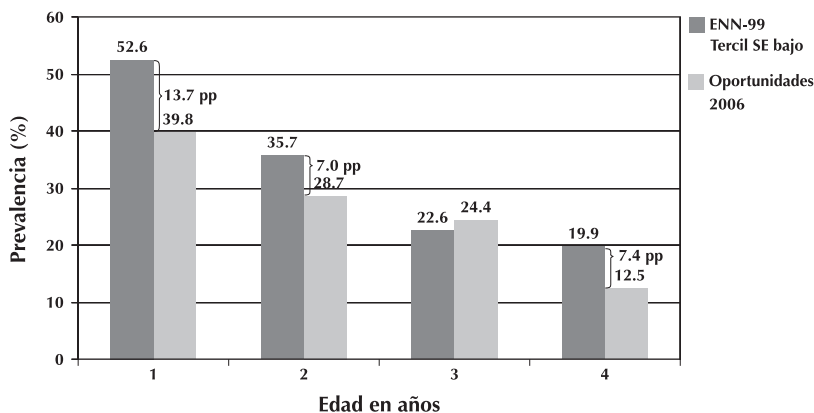


Recientemente nos llegó la novedad de que en la revisión de la Ley General de Salud se intenta regresar esta medida que tanto esta contribuyendo a reducir la anemia y las deficiencias de hierro y zinc, disponiendo que sólo se fortificaran las harinas de trigo y de maíz que se compren para en cuadros básicos de las instituciones públicas. Pero, ¿quién compra harina en los cuadros básicos que son los del IMSS o los del ISSSTE? Esta fortificación beneficia fundamentalmente a los escolares mayores y a los adultos.

Con este planteamiento queda fuera toda la población y la justificación es que ya se resolvió el problema, lo cual es totalmente falso, tenemos el problema de 20 por ciento de las mujeres embarazadas y de 15 por ciento de las no embarazadas con anemia.

En la evaluación de los beneficiarios de Oportunidades que hicimos dentro de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 la prevalencia de anemia disminuyó 13 puntos porcentuales con respecto a la evaluación de 1999 con disminución en prácticamente en todos los grupos de edad; es evidente que el programa está contribuyendo a la disminución de anemia en el país.

*Gráfica 13. Impacto sobre la prevalencia de anemia en los beneficiarios de Oportunidades estudiados en las encuestas nacionales de nutrición entre 1999 y 2006*

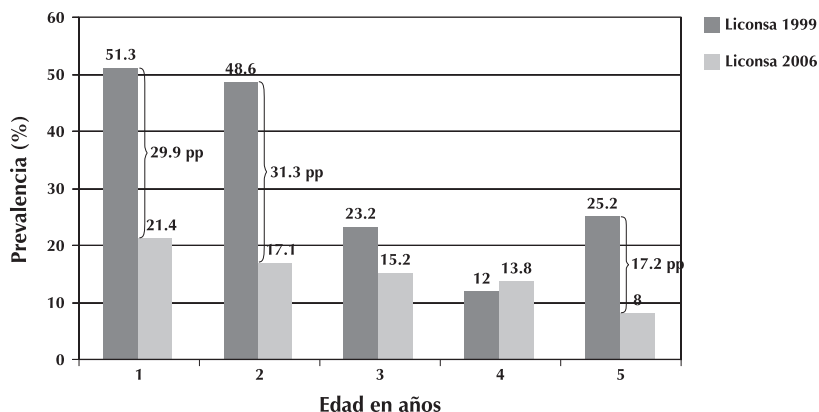


Pero quizá la más impresionante de todos los resultados de estas evaluaciones es la de la fortificación de leche Liconsa. En la Encuesta

Nacional de Nutrición de 1999 se diseñó una submuestra para evaluar a los beneficiarios de Liconsa, en ese año la leche Liconsa no estaba fortificada; para la encuesta de 2006, dos años después de iniciar la fortificación, se observó una importante disminución en la prevalencia de anemia casi 30 puntos porcentuales en los niños de uno a dos años de edad.

Claro que la leche fortificada Liconsa llega a un grupo menor de niños; tiene casi cinco millones de beneficiarios la mayor parte de ellos entre 1-12 años de edad. Estos resultados sugieren también que la fortificación de la leche Liconsa ha contribuido a la mejoría que estamos viendo en la población general y que programas como la fortificación de harinas, el suplemento Oportunidades y la leche fortificada Liconsa están siendo eficaces para reducir la desnutrición crónica y la anemia. Debemos proteger estos programas, no los debemos soltar, están trabajando bien.

*Gráfica 14. Impacto en los beneficiarios de Liconsa estudiados en las encuestas nacionales de nutrición entre 1999 y 2006*

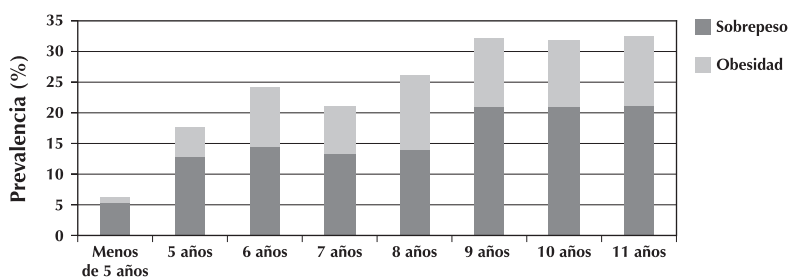


### **Obesidad**

Conviviendo al mismo tiempo con la desnutrición tenemos ya el problema contrario manifestado por la epidemia de sobrepeso y obesidad en toda la población pero especialmente preocupante en niños de hasta 11 años de edad.

Los niños menores de cinco años tienen prevalencias bastante bajas, un poco arriba de 5 por ciento, pero al cumplir los 6 años la prevalencia de la suma de sobrepeso y obesidad, brinca a 17 por ciento y después de los seis años aumenta hasta 25 por ciento. El sobrepeso y la obesidad ocurren en esta ventana de tiempo, ahí es donde tenemos que actuar, que es en la entrada al jardín de niños y el paso del jardín de niños a la escuela primaria.

*Gráfica 15. Prevalencia de sobrepeso en escolares hombres. Ensanut-2006*



Es importante señalar que entre los nueve y diez años de edad hay una de prevalencia de sobrepeso y obesidad de 30 por ciento; es decir, uno de cada tres niños de este país, tiene sobrepeso y obesidad.

En adultos a los 20 años, 55 por ciento de las mujeres tiene sobrepeso u obesidad, pero los hombres no se quedan atrás, están con 51 por ciento. A los 40 años, 80 por ciento de las mujeres y los hombres tienen sobrepeso u obesidad; cada vez es más difícil encontrar sujetos con peso normal, son la excepción.

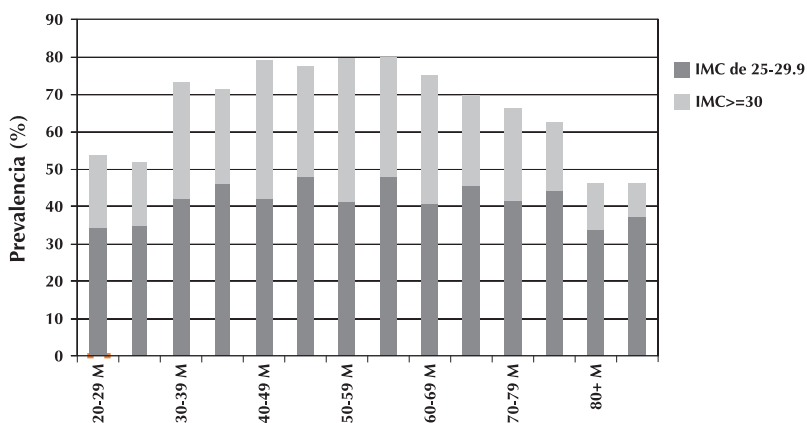
La obesidad comienza a disminuir en las edades finales de la vida, obviamente para que ocurra esto intervienen otros factores: los adultos mayores entran en mayor pobreza, limitación alimentaria, depresión, insuficiencias físicas para comer. También se enferman más de diabetes, que se asocia con baja de peso corporal, especialmente si no es tratada correctamente.

Esta epidemia resulta terriblemente importante, porque la obesidad es el único factor prevenible para las graves consecuencias de la diabetes ya que es el factor de riesgo más importante para hipertensión arterial, alteraciones de los lípidos en la sangre, inflamación

sistémica –cuyas consecuencias no conocemos perfectamente todavía, pero tienen que ver con la mayor tasa de infartos–, resistencia a la insulina, que es la causante más importante de riesgo cardiovascular. Todo esto conduce frecuentemente a diabetes mellitus.

La Encuesta Nacional de Nutrición nos dice que 7.5 por ciento de la población son conocidos como diabéticos, todavía no sabemos qué otro porcentaje se va agregar de los *no conocidos* porque todavía no tenemos los datos. Si hicéramos una proyección conservadora estimando que los diabéticos no conocidos fueran la tercera parte de los conocidos, nos daría una cifra global de 10 por ciento de prevalencia de diabetes en mayores de 20 años. En este momento 25 por ciento los mayores de 65 años tiene diabetes. Lo anterior resulta grave porque anualmente la diabetes mellitus representa 67 amputaciones de miembros inferiores, 12 mil casos de ceguera, 28 mil de insuficiencia renal que requieren de 1000 acciones de diálisis peritoneal, 50 mil defunciones; 210 mil nuevos casos al año de diabetes.

Gráfica 16. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres y hombres. Ensanut 2006



La capacidad de los servicios de salud va a ser impactada gravemente; aunque el modelo actual de atención está total y absolutamente saturado y dicen que en pocos años no va a alcanzar el presupuesto federal, no el de salud, sino todo el presupuesto federal, para atender con calidad las consecuencias de estas enfermedades crónicas que ya



tienen total y absolutamente saturados los servicios de salud de las instituciones del país.

¿Qué hacer?, porque no hemos hecho nada, hemos estado parados, no hay una respuesta social organizada para disminuir la prevalencia de obesidad: debe ser declarada una prioridad nacional de salud pública. Debemos buscar que el mercado de alimentos se convierta en un mercado saludable, es decir, que se ofrezcan alimentos saludables. Que los medios de comunicación acepten políticas para promover la alimentación saludable, porque hasta ahora promueven el uso indiscriminado de muchos productos que están poniendo en riesgo la salud nacional.

Necesitamos comunidades saludables, con esto quiero decir, no solamente que tengan agua y drenaje, no tenemos espacios para movernos, no tenemos seguridad en las calles para poder salir a hacer actividad física, a pasear con la familia o simplemente desplazarse a pie al trabajo o a otras actividades.

Necesitamos ambientes escolares saludables; las escuelas son el ambiente más obesogénico que se pueda imaginar, ya no hay tiendas escolares, ahora se permite la entrada a vendedores ambulantes que venden alimentos durante todo el día; en el recreo está prohibido correr, está prohibido jugar con pelota y no hay bebederos, se ven obligados a beber refrescos o bebidas dulces.

El ambiente del hogar también debería ser saludable; hay que promover la actividad física y las dietas saludables, para disminuir la obesidad.

Un llamado enfático al Gobierno y a la sociedad civil: hay que proteger a los niños de alimentos y dietas no saludables; se necesita legislar sobre eso.

Hay que promulgar un código de mercadeo de alimentos y bebidas para niños; a los demás, les pueden ofrecer lo que quieran, ya son grandes para saber si lo hacen o no, pero a los niños necesitamos protegerlos especialmente de la comercialización y promoción del consumo excesivos de alimentos con alta densidad de energía.

La industria de alimentos y bebidas y las agencias de publicidad necesitan reorientar sus estrategias comerciales para orientar sus políticas de producción y mercadotecnia a alimentos con menor riesgo nutricional. Necesitamos políticas públicas que fomenten una mayor producción de frutas y verduras.

Consumimos muy poca cantidad de frutas y verduras, a pesar de que se tiene la idea de que los mexicanos comemos muchas; mentira, las frutas y verduras son suficientemente caras en este país y muy pocos pueden consumirlas en cantidades suficientes.

Tenemos que asegurar que las escuelas estén libres de intereses comerciales; las industrias de alimentos que patrocinan equipos de fútbol, las refresqueras, etcétera, deben promover una vida saludable reduciendo el consumo de productos ricos en grasas, sal y azúcar.

Se necesita un esfuerzo multisectorial, multinstitucional, donde intervengan salud, educación, agricultura, seguridad pública, los legisladores y los gobiernos en los tres niveles: federal, estatal y municipal para enfrentar este grave problema de salud pública.