



CENTRO DE ESTUDIOS PARA EL LOGRO DE LA IGUALDAD DE GÉNERO

ALIMENTACIÓN: OBESIDAD VS. DESNUTRICIÓN EN MUJERES, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN MÉXICO

Fecha de Publicación: 30 de Septiembre del 2018

Este material, su divulgación, integridad de la obra y colección del mismo, es propiedad de la Cámara de Diputados en términos de lo dispuesto por el artículo 83 de la Ley Federal del Derecho de Autor. Las opiniones expresadas en este documento reflejan el punto de vista de su autora o autor, investigadora o investigador, y no necesariamente el del CELIG.

2do Trimestre 2018

Contenido

Introducción	4
I. Elementos conceptuales	6
1. Nutrición en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes	7
2. Nutrición	2
3. Alimentación	9
4. Pobreza	10
4.1 Pobreza alimentaria	11
4.2 Pobreza extrema	12
II. Marco Teórico (Teoría de Género)	13
1. La alimentación de las mujeres desde la perspectiva de género	17
2. Las mujeres y su responsabilidad frente a los otros y otras: la salud y la alimentación	18
III. Panorama de enfermedades derivadas de la (des) nutrición. La obesidad y otros desórdenes y trastornos de la conducta alimentaria	19
1. Anorexia	20
2. Bulimia	21
3. Atracón	23
4. Obesidad	24
5. Trastorno alimentario compulsivo o Binge eating	26
6. Trastorno del comedor nocturno	26
7. Trastorno del sueño relacionado con la alimentación	26
8. Trastorno alimentario emocional	27
9. Pregorexia (pregorexia nerviosa)	27
10. Vigorexia	28
11. Ortorexia	28
IV. Panorama de la problemática	29

V. Instrumentos nacionales e internacionales que intervienen en el derecho humano a la nutrición	31
1. Organización de las Naciones Unidas (ONU)	33
2. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)	34
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	39
VI. Pobreza en México	42
1. Hambre, desnutrición y seguridad alimentaria en México	43
2. Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) Cruzada Nacional contra el hambre	45
3. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)	52
VII. Marco de política pública	54
1. Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018	54
2. Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2015-2018	56
3. Programa Sectorial de Salud 2013-2018	57
4. Programa Sectorial de Educación 2013-2018	57
VIII. Programas presupuestarios y de política pública incluidos en el Anexo 13, Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres	58
1. Programa presupuestario: Prevención contra la obesidad	58
2. La pobreza, la alimentación y el <i>Anexo 13 Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres</i> (un acercamiento al tema de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad).	65
Comentarios a manera de conclusión	70
Referencias	74

"Lamentablemente en nuestra región es más barato comer basura que comer sano y hay millones de familias que no les alcanza el dinero para comer sano"

Julio Berdegué, Representante Regional de la FAO para América Latina y el Caribe (Excélsior, 2018).

Introducción

El Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género (CELIG), tiene como objetivo apoyar el trabajo legislativo mediante asesorías, proyecciones, estudios e investigaciones que contribuyan al logro de la igualdad entre mujeres y hombres. En esta ocasión y derivado de lo planeado en el Programa Anual se realizó un análisis en torno a la existencia de una problemática social que afecta por igual a niñas, niños, mujeres y hombres, el estado de salud nutricional de la población mexicana, con sus consecuencias como la obesidad y los trastornos alimentarios.

En 2010 la UNESCO declaró como Patrimonio Cultural Intangible de la Humanidad, a la cocina mexicana que ha destacado en el mundo para reclamar su lugar en nuestros tiempos modernos, pero lo ha logrado respetando sus tradiciones y honrando sus más de 1,000 años de historia (Dragonné, Carlos, 2010).

Con toda esta tradición y reconocimiento culinario mundial, se pensaría que en el país no habría problemas alimentarios, sin embargo existe un gran desequilibrio entre la población, la UNICEF reporta que en el grupo de edad de cinco a catorce años la desnutrición crónica es de 7.25% en las poblaciones urbanas, y la cifra se duplica en las rurales¹. Por otro lado está la obesidad que afecta principalmente a las zonas urbanas y del norte del país y que ha crecido de forma alarmante, actualmente México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, este problema ha rebasado las edades y se presenta en toda la población.

¹ UNICEF, Salud y Nutrición. WWW. Unicef. org

Datos de la ENSANUT² arrojan que uno de cada tres adolescentes entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad. Para ubicar la problemática en su real dimensión se desarrolla el siguiente trabajo en apartados, iniciando con la descripción de elementos conceptuales.

Bajo este contexto, se presentan los principales instrumentos marco de política pública que guardan relación con el tema; destacándose, entre otros, el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, así como el Programa Nacional de Salud.

Asimismo se presentan las acciones de política pública identificadas con relación al tema. En el cierre del documento se incluyen las consideraciones finales, en las que se destacan los principales hallazgos del análisis.

Es muy importante señalar que México será sede del Congreso “Alimentación saludable para un planeta sostenible”, que se llevará a cabo en noviembre de 2018 en la Ciudad de Guadalajara.

² Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

I. Elementos conceptuales

La atención a la nutrición es algo relativamente nuevo ya que data del siglo XX, pero el interés por los alimentos y su vinculación con la salud humana es sumamente antigua. México tiene una larga tradición culinaria que data de la época prehispánica, y que se enriqueció con la llegada de los conquistadores, ya que éstos trajeron especies, cereales, frutas, verduras, y una gran variedad de animales comestibles, etc. no conocidos en la región, pero que se adaptaron perfectamente a la cocina local.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la nutrición adecuada “es fundamental para la supervivencia, el crecimiento físico, el desarrollo mental, el desempeño, la productividad, la salud, y el bienestar durante toda la vida; desde las primeras etapas de desarrollo fetal y el nacimiento, hasta la lactancia, la niñez, la adolescencia y la edad adulta”³. Asimismo la nutrición se define como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas de cada organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad (OMS, 2018).

El proceso de la nutrición tiene tres tiempos fundamentales: la ingesta, el metabolismo y la excreción. Ninguno de ellos es suficiente por sí solo para asegurar un buen proceso final, pero todos son absolutamente necesarios para alcanzar un correcto estado nutricional (Couceiro, 2007).

En México la Secretaría de Salud en la *Guía de Trastornos Alimenticios (2004)*, define que los trastornos alimenticios hacen referencia a un conjunto de síntomas,

³ OMS, Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente.
www.who.int/maternal_child_adolescent/opics

conductas de riesgo y signos que pueden presentarse con distintos niveles de severidad y que éstos no refieren a un síntoma aislado claramente establecido.

1. Nutrición en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes

Como se menciona líneas arriba, la ciencia de la nutrición es una disciplina nueva, y el interés por los alimentos y su vinculación con la salud humana ya era conocido desde tiempos remotos. Los primeros escritos en la materia, relacionan los alimentos más con las ciencias del derecho que con las médicas; es decir, se entendía que la alimentación era un derecho de las personas, así lo podemos constatar en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁴.

Artículo 4o. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. **Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad.** El Estado lo garantizará⁵.

Remontándonos un poco en la historia, en la Antigua Grecia, en Roma, en algunos países de Asia y de África, la obesidad no era vista como un problema, sino como una muestra de opulencia y vida próspera. Ello a pesar de que Sócrates recomendaba comer y beber con moderación, tan sólo cuando se sintiese la necesidad de hacerlo, fue Galeno, como médico más célebre entre los escritores clásicos antiguos, quien agrega la idea de “selección” de alimentos, como un hecho fundamental para una vida sana; dando pie a lo que se podría llamar en la actualidad la generación de estilos de vida saludable. (Couceiro, 2007).

⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

⁵ Las negritas son nuestras.

Durante un largo período, cuando la medicina entró en su etapa empírica, la dietética era una entidad que formaba parte del arte de curar. La atención dietética, como práctica organizada y componiendo el conjunto de acciones para la atención del enfermo, tuvo su origen en el interior de la enfermería, desde la Edad Media (Historia de la enfermería, 2017).

En el siglo XVIII, el médico Sir *Francis Bacon* introdujo el concepto de que “si bien sólo los medicamentos pueden curar la enfermedad, una alimentación adecuada puede prolongar la vida.” Es con él, y con otros médicos modernos que comienza a analizarse la composición química de los alimentos y su papel en el proceso digestivo y metabólico⁶, además de que se empezaba a vislumbrar un nuevo componente: “la calidad de vida”.

Entendiendo la nutrición como la ciencia que estudia los distintos procesos a través de los cuales el organismo utiliza los nutrientes ingeridos con los alimentos, es a partir de esta antigua, pero aún vigente definición, que se establecen las primeras diferencias entre la nutrición y la alimentación. La primera, es entendida como la resultante de un proceso y la segunda como un tiempo indispensable para llevar ese proceso a un buen final.

2. Nutrición

La FAO⁷ explica que para el mantenimiento de las funciones orgánicas, el crecimiento y desarrollo es necesario consumir los alimentos en cantidades adecuadas. Si el organismo no recibe las suficientes sustancias nutritivas, se producen problemas nutricionales como la anemia y la desnutrición; si se ingieren en exceso se producen alteraciones como la obesidad, la cual tiende a estar asociada con enfermedades crónicas degenerativas tales como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. La satisfacción de las

⁶ La alimentación como un tiempo de la nutrición, su disponibilidad y accesibilidad económica.

⁷ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación

necesidades de energía y nutrientes, a través de la ingestión de una alimentación sana, adecuada en cantidad y calidad, garantiza la utilización de los nutrientes (proteínas, carbohidratos, lípidos o grasas, vitaminas y minerales) que intervienen en los procesos de crecimiento y desarrollo así como en la reparación de los tejidos.

3. Alimentación

El estudio de la alimentación a nivel mundial conlleva el análisis de la disponibilidad de alimentos como fuente de energía y macronutrientes, a saber, carbohidratos, proteínas y grasas. Los carbohidratos representan la principal fuente de energía alimentaria en el mundo ya que aportan entre el 40 y el 80 por ciento del total de la energía consumida, dependiendo obviamente del área geográfica, consideraciones culturales y nivel económico. Esto obedece a que los individuos y poblaciones que consumen dietas con un alto contenido de carbohidratos, pertenecen en general a estratos socioeconómicos más bajos, ya que estos alimentos suelen ser más baratos y fáciles de conseguir actualmente. (Couceiro, 2007).

Es esencial para la salud, incluir en la alimentación una adecuada cantidad de grasa alimentaria, la cual además de cubrir las necesidades energéticas, debe ser a su vez suficiente para satisfacer las necesidades de ácidos grasos esenciales, así como de vitaminas liposolubles. Sin embargo, el consumo excesivo de grasas en la alimentación, se ha relacionado habitualmente con el aumento de riesgo de obesidad, coronariopatías y ciertos tipos de cáncer. A su vez, concentraciones elevadas de colesterol y de lipoproteínas de baja densidad (LDL), constituyen factores de riesgo de aterosclerosis y también coronariopatías (Couceiro, 2007).

En el entendido de que la alimentación es el primer tiempo de la nutrición que abarca desde que el alimento es adquirido hasta que ingresa al organismo, es indiscutible que los factores que la condicionan, escapan a un hecho meramente biológico, sino que están influenciados por factores físicos de producción y comercialización que

afectan la disponibilidad, pero también por la educación, el trabajo, los ingresos y el mercado, que condicionan la accesibilidad física y económica a los alimentos.

Así, el tema de la alimentación cuenta con consideraciones nutricionales concernientes a las familias o a grupos específicos de la sociedad (niñas y niños, personas adultas mayores y/o madres en período de gestación y lactancia); la alimentación cubre múltiples funciones socioculturales que también son susceptibles de riesgos. Bass (1979) y Oseguera, (2010) afirman que “el aspecto nutricional o el de salud es un criterio importante a la hora de orientar nuestros comportamientos o costumbres alimentarias, pero es sólo uno entre muchos”⁸.

4. Pobreza

Datos de 2008, sobre pobreza en México revelaban que a 50.6 millones de mexicanos no les alcanzaban sus ingresos para cubrir las necesidades básicas respecto a salud, educación, alimentación, vivienda, vestido o transporte público, incluso dedicando todos sus recursos a estos términos. El 18.2% de la población sufría carencias alimentarias -casi veinte millones-, de los cuales 7.2 millones habitaban en zonas urbanas, mientras que 12.2 millones pertenecían a zonas rurales. Entre 2006 y 2008, el nivel de vida de más de un millón de familias cayó bajo el umbral de la pobreza. Estos datos indican, además, que los niños, niñas y adolescentes se ven afectados de manera desproporcionada por la pobreza y la privación de sus derechos básicos: el 51.3% de ellos vive en pobreza (un 44.2% de la población mexicana total) (UNICEF, México, 2014)

⁸ Bass (1979 c.p. Oseguera, 2010:16) enumera veinte usos distintos de los alimentos en la sociedad: 1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo. 2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios. 3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales. 4. Proporcionar un foco para las actividades comunitarias. 5. Expresar amor y cariño. 6. Expresar individualidad. 7. Proclamar la distintividad de un grupo. 8. Demostrar la pertenencia a un grupo. 9. Hacer frente a estrés psicológico o emocional. 10. Significar estatus social. 11. Recompensas o castigos. 12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento. 13. Ejercer poder político y económico. 14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas. 15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales. 16. Simbolizar experiencias emocionales. 17. Manifestar piedad o devoción. 18. Representar seguridad. 19. Expresar sentimientos morales. 20. Significar riqueza

Estos datos indican, además, que los niños, niñas y adolescentes se ven afectados de manera desproporcionada por la pobreza y la privación de sus derechos básicos: el 51.3% de ellos vive en pobreza (un 44.2% de la población mexicana total).



Cuadro 1
Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2016
Porcentaje, número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza, 2008-2016

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos														
	Porcentaje					Millones de personas					Carencias promedio				
	2008	2010	2012	2014	2016	2008	2010	2012	2014	2016	2008	2010	2012	2014	2016
Pobreza															
Población en situación de pobreza	44.4	46.1	45.5	46.2	43.6	49.5	52.8	53.3	55.3	53.4	2.8	2.6	2.4	2.3	2.2
Población en situación de pobreza moderada	33.3	34.8	35.7	36.6	35.9	37.2	39.8	41.8	43.9	44.0	2.4	2.2	2.0	1.9	1.9
Población en situación de pobreza extrema	11.0	11.3	9.8	9.5	7.6	12.3	13.0	11.5	11.4	9.4	3.9	3.8	3.7	3.6	3.5
Población vulnerable por carencias sociales	32.3	28.1	28.6	26.3	26.8	36.0	32.1	33.5	31.5	32.9	2.0	1.9	1.8	1.8	1.7
Población vulnerable por ingresos	4.7	5.9	6.2	7.1	7.0	5.2	6.7	7.2	8.5	8.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Población no pobre y no vulnerable	18.7	19.9	19.8	20.5	22.6	20.9	22.8	23.2	24.6	27.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Privación social															
Población con al menos una carencia social	76.6	74.2	74.1	72.4	70.4	85.5	85.0	86.9	86.8	86.3	2.4	2.3	2.2	2.1	2.0
Población con al menos tres carencias sociales	31.7	28.2	23.9	22.1	18.7	35.4	32.4	28.1	26.5	23.0	3.7	3.6	3.5	3.5	3.4
Indicadores de carencia social															
Rezago educativo	21.9	20.7	19.2	18.7	17.4	24.5	23.7	22.6	22.4	21.3	3.2	3.1	2.9	2.8	2.6
Carencia por acceso a los servicios de salud	38.4	29.2	21.5	18.2	15.5	42.8	33.5	25.3	21.8	19.1	3.0	3.0	2.8	2.8	2.7
Carencia por acceso a la seguridad social	65.0	60.7	61.2	58.5	55.8	72.5	69.6	71.8	70.1	68.4	2.6	2.5	2.3	2.3	2.2
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	17.7	15.2	13.6	12.3	12.0	19.7	17.4	15.9	14.8	14.8	3.7	3.6	3.4	3.3	3.1
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.9	22.9	21.2	21.2	19.3	25.5	26.3	24.9	25.4	23.7	3.6	3.3	3.2	3.1	2.9
Carencia por acceso a la alimentación	21.7	24.8	23.3	23.4	20.1	24.3	28.4	27.4	28.0	24.6	3.3	3.0	2.9	2.8	2.6
Bienestar															
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	16.8	19.4	20.0	20.6	17.5	18.7	22.2	23.5	24.6	21.4	3.1	2.9	2.5	2.5	2.4
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	49.0	52.0	51.6	53.2	50.6	54.7	59.6	60.6	63.8	62.0	2.5	2.3	2.1	2.0	1.9

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012, 2014 y el MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Por su parte el CONEVAL⁹ en el documento Medición de la Pobreza, Pobreza en México. Resultados de pobreza en México 2016 a nivel nacional y por entidades federativas, presentó los siguientes datos:

Pobreza	Pobreza extrema
43.6%	7.6%
53.4 millones de personas	9.4 millones de personas

Fuente: Elaboración propia con datos del CONEVAL, 2016

4.1 Pobreza alimentaria

27 millones de mexicanos viven en pobreza alimentaria, de los cuales 1.2 millones de niños padecen desnutrición crónica (CNDH, 2017).

⁹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

- El 23.3% (27 millones) de la población vive en pobreza alimentaria y el 12.5% sufre desnutrición crónica.
- De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, existen 1 194 805 niños con desnutrición crónica en el país.
- En el país la desnutrición crónica en zonas urbanas es de 10.1% y en zonas rurales de 19.9%.
- Entre 2006 y 2012 la lactancia materna exclusiva disminuyó de 22.3% a 14.4% mientras que en el medio rural la reducción fue de 36.9% a 18.5%.
- Según la Encuesta Nacional de Salud 2012, el 70.0% de los hogares en México se clasificaron en alguna de las tres categorías de inseguridad alimentaria. El 80.8% de los hogares que viven en el estrato rural fueron clasificados en algún nivel de inseguridad alimentaria (ENSANUT, 2012)

Pueblos indígenas

- 1 de 3 niños indígenas padece desnutrición crónica (ENSANUT 2012).
- En México, 80% de las personas indígenas viven en pobreza (INEGI). 4
- 72% de los indígenas viven en pobreza, lo que equivale a 8.2 millones de ciudadanos (CONEVAL).
- De ese 72%, el 45.4% corresponde a indígenas en pobreza moderada y el 26.6% a indígenas en pobreza extrema. Estas cifras contrastan con las de población no indígena, para la cual la pobreza moderada es del 35.5% y la pobreza extrema del 7% (CONEVAL, 2018).

4.2 Pobreza extrema

En México, los ingresos más bajos están en las zonas rurales, estas personas son quienes ven más vulnerado su derecho a la alimentación, ya que no cuentan con el ingreso adecuado para adquirir los alimentos básicos.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (**CONEVAL**) en el Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018, apuntó que entre

2008 y 2016, la pobreza en México aumentó en 3.9 millones de personas, pero que 2.9 millones dejaron de “estar en situación de pobreza extrema”.

Este panorama registra que en 10 años se redujeron la “mayoría de las carencias sociales, pero que las carencias de acceso a la seguridad social y a la alimentación todavía son altas”.

II. Marco Teórico (Teoría de Género)

El género y la perspectiva de género, como ya se ha dicho, el concepto de género se utilizaba a menudo como sinónimo de sexo, de mujeres, o de diferencia sexual, y la perspectiva de género sólo para hacer referencia al sexo femenino. Martha Lamas señala “que aunque usar género o perspectiva de género como mujeres o perspectiva que toma en cuenta la existencia de las mujeres es cuestionable, desde un punto de vista conceptual y político es útil, pues conduce al rechazo de términos neutros como paciente, derechohabiente y ciudadano”

La desigualdad entre mujeres y hombres se expresa, entre otros, en diferencias en el acceso a recursos, los grados de autonomía personal derivados del papel que desempeñan en la familia y en la sociedad, la valoración y retribución social del trabajo e incluso la capacidad de decidir, planear y disfrutar la propia vida. La construcción de la identidad femenina centrada en la maternidad se define en lo femenino como un “ser para otros” (Basaglia F. 1986) lo cual llega a tener aplicaciones en la autoestima, la valoración social y la capacidad para tomar decisiones y actuar en su propio cuerpo, su vida, su salud, incluida la alimentación y su bienestar:

(...) entender los procesos relacionados con la alimentación y nutrición de los hombres y de las mujeres nos remitiría a incursionar en las relaciones sociales de sexo, que privilegia la división social y sexual del trabajo, a las diferencias anatómo-fisiológicas de los cuerpos humanos, a las etapas del ciclo de vida de las mujeres y de los hombres,

a la organización de la vida familiar y doméstica y por ende, a la organización de todo lo relacionado con la alimentación, desde la decisión de qué comer hasta el lavado de los utensilios culinarios, de los saberes populares gestados desde la infancia en torno a la alimentación y las diferencias genéricas de estos saberes que durante la niñez o en etapas posteriores se reflejan en las prácticas alimentarias, etcétera (Pérez-Gil, 2004:273).

En la sociedad mexicana los términos alimentación y nutrición están fuertemente relacionados con la función reproductora de las mujeres y al papel que desempeñan como madres. En tanto que a los hombres se les ha adscrito a funciones de producción, a las mujeres se les ha relegado, casi en forma exclusiva a la reproducción:

(...) todo lo relacionado con los eventos de la maternidad, tales como el embarazo, el parto y la lactancia forman parte de la reproducción biológica, mientras que el cuidado de los hijos, incluida su alimentación, la vigilancia de su salud y la socialización, son parte de la reproducción social. Y es justamente dentro del concepto de reproducción biológica y social que la nutrición y la alimentación se insertan. El cómo alimentar a los niños, ancianos y enfermos, el qué alimentos proporcionarles y cuándo hacerlo, esto es, el contenido temático del proceso enseñanza-aprendizaje relacionado con la nutrición son parte de ese “deber ser” femenino relacionado con la reproducción social que redundará en el beneficio de todos los miembros de la familia: las mujeres han sido y son el principal foco de atención de los eventos educativos en el campo de la salud (Pérez-Gil, 2004:265-266).

Desde la perspectiva de género, repensar a las mujeres y las acciones relacionadas con la alimentación y la nutrición es, entre otras cosas, visibilizarlas en situaciones históricas concretas como mujeres y no únicamente en su papel de madres proveedoras y nutridoras.

Los procesos individuales biológicos de la nutrición acompañan al proceso colectivo de la alimentación; es decir, la salud y el cuidado del cuerpo y, las prácticas y hábitos de alimentación se conforman dentro de un marco socioeconómico y cultural vivido, sobretodo, por las mujeres.

La no discriminación es un principio fundamental para garantizar el pleno ejercicio del derecho a la alimentación. En algunos contextos las mujeres y las niñas enfrentan discriminación en el hogar; ello se traduce, entre otros, en limitantes para acceder a los alimentos. Por ejemplo, en algunos casos el control del agua y de los alimentos ha sido utilizado como un mecanismo para castigar, violentar y sujetar a mujeres y a niñas mediante la privación y/o dosificación de los mismos.

En numerosos países, la probabilidad de que las niñas mueran de malnutrición y de enfermedades infantiles que se pueden prevenir es dos veces mayor que la de los niños y se estima que el número de mujeres que padecen malnutrición duplica al de los hombres (...) A pesar de que las convenciones sobre derechos humanos establecen el derecho de las mujeres a la alimentación, éstas siguen estando discriminadas por lo que respecta al acceso y el control en materia de alimentos, tierra y otros recursos, ya que no se suele reconocer su condición de productoras ni su igualdad jurídica con el hombre. Ello se debe en parte a costumbres sociales que limitan el acceso a las mujeres a los recursos productivos. Asimismo, en el seno de los hogares, a veces se reparte menos alimentos a las mujeres que a los hombres de la familia, o la costumbre apoya a la práctica de un menor consumo de alimentos por parte de las mujeres (FAO, 2010:18).

La discriminación en el acceso a los recursos o en el acceso a los alimentos nace a partir de las dinámicas de poder que se han establecido dentro de una sociedad. Perspectivas que incluyen un cierto nivel de discriminación se encuentran arraigadas dentro de algunas culturas y representan grandes obstáculos al momento de, por ejemplo, determinar el acceso a la tierra en el caso de las mujeres o de personas indígenas. Este comportamiento social se refleja en un sistema de tenencia de tierra de tipo excluyente.

De igual manera, existen reglamentaciones jurídicas sobre la sucesión de derechos donde, muchas veces, se excluye a las mujeres de heredar y por ende también se les excluye de acceder a la tierra y a sus medios de producción¹⁰.

¹⁰ En muchos países de Latinoamérica, son pocas las mujeres que ejercen el derecho de propiedad y que administran las tierras en zonas rurales. En Brasil, sólo el 11% de la tierra pertenece las mujeres, en México es el 22.4% y el 15.5% en Nicaragua. En algunos casos, el obstáculo no se encuentra evidenciado en la legislación

En estos casos, el acceso de las mujeres a la tenencia de la tierra sólo se permite por vínculos directos con los maridos o familiares hombres. De esta manera, las mujeres no logran tener una independencia real en el acceso a los medios de producción y por tanto su exclusión no sólo es discriminatoria, sino que además impacta de manera directa en su alimentación y en la de los integrantes de sus familias.

El acceso desigual al poder y a los recursos es un punto central en la discriminación contra las mujeres en la comunidad, el mercado, el Estado e incluso en sus propios hogares. Corregir esta desigualdad es vital para la realización del derecho a la alimentación de las mujeres. Una desigual distribución del alimento conduce a un incremento de la desnutrición, la cual puede reducir el potencial de aprendizaje, incrementar los riesgos de salud en el embarazo y reducir la productividad. Estos factores disminuyen las habilidades económicas de las mujeres, deteriora la igualdad de género y encierran a las mujeres en un círculo vicioso de pobreza y baja nutrición.

En cuanto a los “riesgos alimentarios” existen diferencias de percepción entre las mujeres indígenas y rurales y, las mujeres urbanas. En un estudio realizado, por un lado, con mujeres de la región purépecha y, por otro lado, con mujeres de colonias populares en la ciudad de Morelia en Michoacán¹¹ se estimó que las mujeres urbanas y mestizas perciben menos problemas de calidad sanitaria y nutricional de los alimentos, mencionándose apenas la problemática de acceso a los alimentos por ingresos insuficientes. En contraste, las mujeres rurales e indígenas reportaron peligros debido a la insuficiencia monetaria y fallas sanitarias y nutricionales.

Según la percepción de las mujeres urbanas, su alimentación actual carga con desventajas culturales (artificiosidad, simplificación y apremio). En el marco de la

sobre la propiedad sino en la legislación de familia y sucesiones cuyas disposiciones pueden contener artículos discriminatorios desde una perspectiva de género (Cruz, 2010:33).

¹¹ Oseguera, 2010)

cultura rural e indígena, se suscitan tanto vergüenza como enojo en relación con el acceso a alimentos básicos y las preferencias de consumo modernas, como gusto y orgullo étnico al comer lo que se cosecha y recolecta por propia mano. Incluso, existe auto-reconocimiento explícito del ingenio y de la identidad colectiva al resolver el complejo asunto del sustento diario.

Asimismo se observan otros elementos relacionados con el proceso de alimentación: 1) el tiempo disponible de las mujeres para cocinar los alimentos diarios (sólo en la ciudad) y 2) la existencia de una sólida cultura étnica con saberes y habilidades de que disponen las mujeres para sus responsabilidades domésticas (esto se encontró mucho más en el campo). Estas dos dimensiones corresponden a la esfera de lo privado, pero a la vez tienen un claro vínculo con la posición social y con el legado cultural (Oseguera, 2010).

1. La alimentación de las mujeres desde la perspectiva de género

El derecho a la alimentación en el artículo 11 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) reconoce el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre.

Se exige a los países mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos. Además, se exige a los Estados tener en cuenta los problemas de los países importadores de alimentos y la exportación de los mismos para asegurar una distribución equitativa en el mundo¹². La Observación General va inclusive más allá y dice que los Estados deben respetar, proteger y garantizar el derecho a la alimentación, incluida la obligación de facilitar su producción respetando formas existentes de acceso a los alimentos, y garantizar que las empresas o entes particulares no bloqueen el acceso adecuado a los alimentos.¹³ Afirma que los esfuerzos coordinados para la realización del derecho a la

¹² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.

<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>

¹³ E/C.12/1999/5

alimentación deben mejorar la coherencia y la interacción entre todos los actores implicados, incluida la sociedad civil. También compromete a los gobierno para garantizar el acceso pleno y equitativo a los recursos económicos, especialmente para las mujeres.

Mujeres, niñas y niños¹⁴

- el 60% de las personas con hambre son mujeres
- Ocurren 2.6 millones de muertes al año por la malnutrición, el principal factor que contribuye a un tercio del total de muertes infantiles.
- Cada 10 segundos muere una niña o un niño por causas relacionadas con la desnutrición.

2. Las mujeres y su responsabilidad frente a los otros y otras: la salud y la alimentación

Las mujeres son el centro de atención de gran parte de los estudios y programas aplicados de nutrición y alimentación en México, en tanto que se consideran uno de los componentes fundamentales de la salud infantil. Son el foco de interés en términos de su reproducción en el embarazo y la lactancia, momentos en que aumentan sus requerimientos de energía y de ciertos nutrimentos, lo cual, aunado a los cortos intervalos intergenésicos¹⁵, al intensivo cuidado de los hijos (reproducción social) y a una mala alimentación, hace de la población femenina uno de los grupos con mayor riesgo.

Recientemente las mujeres que pasan por el climaterio y la menopausia también se han convertido en las unidades de análisis de varias investigaciones, debido a sus cambios en los requerimientos de varios nutrimentos y a la relación entre algunas patologías y la ingesta de ciertos alimentos. No obstante, algunas investigadoras alertan que caracterizar a la mujer esencialmente por sus funciones reproductivas,

¹⁴ The Hunger Project México, 2018. <https://thp.org.mx/mas-informacion/datos-de-hambre-y-pobreza/>

¹⁵ Periodo de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos.

esto es, sólo “en tanto madre”, es lo que ha llevado a los especialistas en salud y la nutrición a estudiar casi en forma exclusiva el estado nutricional de las mujeres-madres durante ciertos momentos del proceso reproductivo, sin percatarse de que esta visión puede distraer la atención de otros elementos de discriminación y desventaja.

La construcción de la identidad femenina centrada en la maternidad se define en lo femenino como una proveedora de cuidados, llega a tener implicaciones en la autoestima, la valoración social y la capacidad para tomar decisiones y actuar en su propio cuerpo, su vida y su salud, incluida su alimentación. La mujer es, sobre todo, quien nutre y alimenta a los demás y esa parte de la construcción de la identidad cuestiona la posibilidad de cuidar su propio bienestar. De lo anterior se desprende la necesidad de contrarrestar el sesgo generalizado de restringir la salud de la mujer al ámbito reproductivo-materno.

El estudio de la salud de las mujeres, que se había concentrado sobre todo en el campo de las ciencias biológicas, pasó a formar parte del conocimiento de las ciencias sociales en particular de la sociología, de la antropología médica y de las ciencias denominadas sociomédicas, como la salud pública, la salud comunitaria y la medicina social. Entre los principales logros, producto de estos nuevos abordajes, está el interés por la relación salud y género, o salud de las mujeres, que rebasó el marco de la reproducción biológica al incorporar aspectos socioculturales, económicos y políticos. En este sentido, el campo de la salud femenina se ha ampliado, diversificándose las temáticas y los acercamientos, entre ellos el de la nutrición y alimentación, tema central de este trabajo.

III. Panorama de enfermedades derivadas de la (des) nutrición, la obesidad y otros desórdenes y trastornos de la conducta alimentaria

Sin querer hacer una descripción detallada al respecto de lo que se conoce como desórdenes o trastornos de la conducta alimentaria, vale la pena hacer un repaso a la importante cantidad de términos que suelen estar implicados en estas

situaciones. Es preciso aclarar que no todos los que citamos tienen el mismo grado de reconocimiento y aceptación por parte de la comunidad sanitaria. Si bien unos cuantos son asumidos como verdaderos trastornos y por tanto tienen una clínica bien definida que sirve para su diagnóstico; otros términos no gozan de ese estatus y, bien o mal, es la población general y algunos profesionales sanitarios los que con más frecuencia alude a ellos.

Los trastornos alimentarios son enfermedades crónicas y progresivas que, si bien se manifiestan a través de la conducta alimentaria, aluden a una gama compleja de síntomas en los que se conjugan factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales, de ahí la complejidad para comprender y atender este problema de salud pública, que afecta sobre todo a niñas y mujeres. Se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y entre ellos se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad.

La Secretaría de Salud (ss) señala que los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica adecuada que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera, y que los principales trastornos alimenticios son: la anorexia, la bulimia y la compulsión para comer.

1. Anorexia

La anorexia se caracteriza por una pérdida de peso elevada (más del 15%) debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas o bien al empleo de conductas purgativas (vómitos, ejercicio físico en exceso), hay cambios fisiológicos, psicológicos y de comportamiento¹⁶. Las personas que padecen esta enfermedad presentan una alteración de su imagen corporal, sobrestimando el tamaño de cualquier parte de su cuerpo.

¹⁶ En la actualidad el término anorexia es inexacto, puesto que la anorexia verdadera (pérdida de apetito, suele aparecer hasta la fase final de la enfermedad.

De acuerdo al *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*), en su versión IV, la anorexia nerviosa se caracteriza por:

1. Rechazo por parte de la persona enferma a mantener un peso corporal igual o por encima de un mínimo normal;
2. Pérdida de peso igual o superior a un 15% del peso teórico;
3. Miedo intenso a ganar peso, aun estando por debajo de un peso normal;
4. Alteraciones en la valoración del peso y de la silueta corporal: Distorsión de la imagen corporal;
5. En las mujeres, pérdida de tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea si sus periodos menstruales únicamente se dan después de la administración de hormonas

La anorexia puede ser de tipo restrictiva: cuando la persona enferma apenas come y en muchos casos realiza ejercicio en exceso; o bien de tipo purgativa cuando la persona enferma utiliza métodos purgativos tales como: vómitos, diuréticos o laxantes después de haber ingerido cantidades ínfimas de comida.

Asimismo, la anorexia nerviosa (AN) puede ser del subtipo bulímico, que se expresa cuando la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta, seguidos de métodos purgativos.

En la Guía de Trastornos Alimenticios antes referida, se enuncia que la anorexia se caracteriza por una gran reducción de la ingesta de alimentos indicada para la persona en relación con su edad, estatura y necesidades vitales; disminución que no responde a una falta de apetito, sino a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva por no subir de peso o por reducirlo (ss, 2004).

2. Bulimia

Las personas que padecen bulimia experimentan ataques de voracidad en los alimentos, seguidos de ayunos o vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso

de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol.

El DSM IV¹⁷ refiere que la bulimia nerviosa se caracteriza por:

Episodios repetitivos de sobreingesta compulsiva (atracones).

Un atracón se caracteriza por:

- Comer durante un periodo de tiempo (por ejemplo, durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
- Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante el episodio del atracón (por ejemplo, sentir que no es capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que se está comiendo).
- Sentimientos de descontrol y culpa en relación con los atracones.
- Conductas recurrentes inadecuadas para compensar y prevenir el aumento de peso después de los episodios de atracón como el vómito, uso de laxantes, incremento del ejercicio físico o el ayuno.
- Una media de 2 episodios semanales de ingesta voraz durante un mínimo de 3 meses.
- Autoestima excesivamente influenciada por el peso y la silueta.
- El trastorno no tiene lugar exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa (DSM-IV, 2014).

La bulimia nerviosa (BN) es purgativa cuando la persona, después de los períodos de atracones, se auto-induce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso y como métodos compensatorios; y es no purgativa cuando la persona utiliza otros métodos compensatorios para contrarrestar los atracones como el ayuno, el ejercicio excesivo, o dietas restrictivas.

La Guía de Trastornos Alimenticios refiere que la enfermedad de la bulimia se presenta cuando el consumo de alimento se hace en forma de atracón, durante el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control. A estos episodios de voracidad, le sigue un fuerte sentimiento de culpa, por

¹⁷ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

lo que se recurre a medidas compensatorias inadecuadas como la autoinducción del vómito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos o enemas, el ejercicio excesivo y/o el ayuno prolongado (ss, 2004).

3. Atracón

Se alude al trastorno por atracón cuando se produce una sobreingesta compulsiva de alimentos. Después del ataque de glotonería aparece una fase de restricción alimentaria en la que baja la energía vital y se siente la necesidad imperiosa de comer. Una vez que se inicia otra sobreingesta, disminuye la ansiedad, el estado de ánimo mejora, la persona reconoce que el patrón alimenticio no es correcto y se siente culpable por la falta de control, aun así la persona con este trastorno continúa con este comportamiento, a sabiendas que le causa daño a su salud.

De acuerdo al DSM-IV el trastorno por atracón se caracteriza por lo siguiente:

- Episodios repetitivos de sobreingesta compulsiva (atracones).
- Un atracón se caracteriza por:
Comer durante un periodo de tiempo (por ejemplo, durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
- Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante el episodio del atracón (por ejemplo, sentir que no eres capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que estás comiendo).
- Los atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
- Ingesta mucho más rápida de lo normal
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
- Comer a solas para esconder su voracidad.
- Sentirse a disgusto consigo mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- Profundo malestar al recordar los atracones.
- Una media de 2 episodios semanales de ingesta voraz durante un mínimo de 6 meses.
- El atracón no se asocia a conductas compensatorias inadecuadas (p.ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa (DSM-IV, 2014)

En la Guía de Trastornos Alimenticios (ss, 2004) se expone que en la compulsión para comer se presenta el síntoma del atracón sin la conducta compensatoria (purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo, etcétera), por lo cual este fenómeno puede desencadenar sobrepeso u obesidad.

4. Obesidad

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud de las personas. Asimismo también se le conoce como síndrome metabólico con entidades clínicas complejas y heterogéneas con un fuerte componente genético, cuya expresión está influida por factores ambientales, sociales, culturales y económicos, entre otros.

La medición de la obesidad puede hacerse a través del Índice de Masa Corporal (IMC), que refiere al peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (OMS, 2002:64). Una persona con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso, una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluye la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

La OMS señala que el sobrepeso y la obesidad fueron considerados inicialmente como problemas exclusivos de países con ingresos altos, pero que a la fecha se tiene el registro de que tales problemas están en aumento en los países con ingresos bajos y medios, especialmente en las áreas urbanas.

En las *Bases Técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria*, se hace referencia a que el problema de la obesidad se ha convertido en una preocupación global por su magnitud, rapidez en su incremento y el efecto negativo que ejerce

sobre la salud, aumentando considerablemente el riesgo de padecer enfermedades crónicas asociadas con la nutrición (ECNTN).

Además de lo antes referido, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estima que en los próximos 20 años las muertes por diabetes mellitus tipo 2, por enfermedades del corazón y por accidentes cardiovasculares se triplicarán en América Latina (SS, 2010a:13), estas enfermedades guardan estrecha relación con el sobrepeso y la obesidad.

Asimismo, según información de *México Sano* en su edición número 11 publicada en 2009, se estima que los trastornos de la conducta alimentaria afectan a poco más de dos millones de personas en México, y al año se suman 20 mil más. Se enuncia que en 90% de los casos, la anorexia se desarrolla en mujeres a partir de los 17 años de edad y generalmente la mitad de ellas migran a la bulimia; se expone que, de 10 casos de anorexia detectados nueve son mujeres y un hombre; mientras que de bulimia siete son mujeres y tres hombres (SS, 2009:14).

Unikel, Bojorquez y Carreño (2004), refieren que se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres estudiantes universitarias, adolescentes, y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México; asimismo, apuntan que los estudios de seguimiento por periodos de entre 10 y 15 años, de grupos de pacientes con anorexia nerviosa han mostrado que los síntomas persisten en 12 a 14% de los casos, y las tasas de recaída son elevadas, entre 4 y 27%, por lo que puede hablarse de un padecimiento crónico.

En el citado estudio se hace mención a una investigación previa sobre el tema, en la que se señala que la tasa de mortalidad agregada asociada con la anorexia nerviosa es 12 veces mayor que la tasa anual de mortalidad, debida a todas las causas para mujeres de entre 15 a 24 años de edad en la población general. Además de ello, se destaca que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se asocian con gran número de complicaciones fisiológicas en la adultez temprana y

se presentan en un porcentaje elevado de morbilidad psiquiátrica, principalmente en lo referido a trastornos afectivos.

5. Trastorno alimentario compulsivo o *Binge eating*

Con este término se entra en un terreno complicado ya que algunos autores consideran este trastorno alimentario compulsivo como una variante de la bulimia. Otros se empeñan en diferenciarlo de aquella y argumentan que en el caso de pacientes con bulimia sus comidas son por lo general más abundantes, más desequilibradas e incluso que la cantidad de las calorías consumidas son menores... todo ello con respecto al patrón típico de personas con trastorno alimentario compulsivo. En mi opinión, la principal diferencia, de haber alguna, radica en la presencia de conductas compensatorias posteriores y en la obsesiva preocupación por la propia imagen, circunstancias que no tienen por qué coincidir en los casos de *binge eating* y sí en los de bulimia.

6. Trastorno del comedor nocturno

Este trastorno es una variante del anterior pero con algunas características propias: Implica hiperfagia por la noche asociado a un estado de ánimo depresivo que se agudiza precisamente en ese momento de la jornada, es decir, por la noche. Habitualmente implica falta de apetito por las mañanas y excesos nocturnos hasta completar más del 50% de las calorías ingesta diaria de calorías más tarde de las 19:00 y además suele estar asociado a cierto insomnio.

7. Trastorno del sueño relacionado con la alimentación

Puede parecer lo mismo que el caso anterior, pero no. En esta ocasión se trata de un trastorno del sueño (parasomnia) y consiste en la presencia recurrente de episodios de ingestas (de mayor o menor volumen) tras haberse despertado en mitad de la noche de un sueño ya conciliado y, esto es importante, habitualmente

con amnesia. Es decir, que el paciente suele no acordarse de lo acontecido. Otra circunstancia característica es que las personas en esta situación pueden incluso ingerir artículos que no son comestibles con el consiguiente riesgo, inmediato, para su salud.

8. Trastorno alimentario-emocional

Este sería el caso de aquellas personas que comen como reacción ante distintas circunstancias o estados de ánimo, normalmente estrés o aburrimiento. La comida, piensan, les ayuda a aliviar la tensión acumulada o a mejorar su estado anímico. El aburrimiento es un estado emocional frente al que la cantidad de alimento consumida es claramente mayor que frente a otros estados de ánimo. Además, en estos casos suelen abundar alimentos claramente negativos, tales como dulces, bebidas alcohólicas, aperitivos salados, “refrescos”, es decir y en general, comida basura.

9. Pregorexia (pregorexia nervosa)

Se trata de un término relativamente novedoso y aberrante que se dio a conocer allá por 2005 descrito como aquel comportamiento de algunas mujeres embarazadas que se preocupan por controlar de forma enfermiza su peso tratando de no ganar ni un solo kilo. Son frecuentes las dietas extremadamente bajas en calorías y la actividad física intensa. En cualquier caso siempre “soluciones” destinadas a prevenir el aumento de peso. Ni que decir tiene los riesgos asociados de esta práctica tanto para la salud de la madre como para la del feto. Podría ser clasificado como la anorexia, pero parece que hay ciertas diferencias: a pesar de que los motivos pueden ser los mismos (mantener la figura delgada) según algunos autores, los orígenes psicológicos son diferentes.

10. Vigorexia

O el trastorno de Adonis. Se trata de un trastorno que genera comportamientos obsesivos al respecto de obtener una figura ideal, arquetípica, pero no a partir de la delgadez, como sería el caso de la anorexia, sino a través de la masa muscular. Fue descrita por vez primera por Pope et al., 1997 y sus rasgos más destacados son:

- Insatisfacción inicial con la apariencia física,
- Entrenamiento físico intensivo,
- Dieta rigurosa y estricta así como el control del peso corporal,
- Inclusión en no pocas ocasiones de sustancias anabolizantes anabólicos,
- Cierta dificultad o alejamiento en las relaciones interpersonales.

11. Ortorexia

Se trata de un trastorno caracterizado por una excesiva preocupación por la salud a través de la alimentación con la aceptación en la mayor parte de los casos de conceptos erróneos o distorsionados sobre nutrición. Desde un punto de vista etimológico consiste en el “apetito lo correcto” o comer lo correcto. Este tipo de pacientes pueden excluir alimentos de su dieta por considerarlos poco “puros” (ante la posibilidad de haber estado expuestos a herbicidas, pesticidas o sustancias artificiales) y suelen preocuparse de forma excesiva por las técnicas culinarias, por los materiales utilizados en la cocina, etcétera. Esta obsesión les lleva a una pérdida de las relaciones sociales y afectivas, en resumen a una insatisfacción que, a su vez, favorece que se vuelquen aún más en esa preocupación obsesiva por la comida. Originalmente, los pacientes pretenden mejorar su salud, tratar una enfermedad o perder peso... pero al final el asunto alimentario se les va de las manos, convirtiendo la dieta en el eje de sus vidas.

V. Panorama de la problemática

Como se mencionó en el apartado de la obesidad, México pertenece a las naciones con mayor cantidad de personas adultas obesas adultos, esto de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) la cual está compuesta por 35 países del mundo, con representación de cada continente. Además de México, algunos países que la integran son Brasil, Chile, Turquía, Reino Unido, Australia, Grecia, Portugal y Sudáfrica.

Al año 2015, según el reporte Obesity Update, más de la mitad de los adultos y casi 1 de cada 6 niños padecen sobrepeso u obesidad en países asociados a la OCDE. El 19.5% de los adultos de los países que pertenecen a la OCDE padece obesidad (un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m²), y los países con mayor prevalencia son:

1. Estados Unidos, con 38.2%
2. México, con 32.4%
3. Nueva Zelanda, con 30.7%

Los países con menor nivel prevalencia de obesidad en adultos son Japón (3.7%) y Corea del Sur (5.3%). Se proyecta que la obesidad en México aumente a 39% y en Estados Unidos a 47% para 2030. Mujeres y hombres con menor nivel educativo tienen mayor riesgo de padecer obesidad en la mayoría de los países. La desigualdad educativa y socioeconómica influye en que exista más obesidad, debido a obstáculos en el mercado laboral (menor contratación, productividad y reingreso laboral) lo cual refuerza esas desigualdades. Atender la obesidad en el entorno laboral podría contribuir a romper con el ciclo de desigualdad social.

Se han aplicado diversas políticas públicas para revertir la epidemia de sobrepeso y obesidad. El reporte menciona el aumento del precio por medio de un impuesto a alimentos potencialmente no saludables, la cual está en vigor en varios países. En México, se grava un 8% a los alimentos no básicos con alta densidad calórica, es

decir, que 100 gramos de producto contengan más de 275 calorías. Esto incluye botanas, confitería, chocolate, postres y dulces, mantequilla de cacahuete, helados, nieves y paletas. Además, se aplica un impuesto de 1 peso mexicano por cada litro de bebida saborizada con azúcar añadida.

Otras medidas que se han adoptado para apoyar a la población a tomar decisiones sobre la selección de alimentos son el etiquetado nutrimental, listas de ingredientes (que es obligatoria en la mayor parte de los países que pertenecen a la OCDE), perfil nutricional, logos informativos (con características negativas o positivas de los productos) y sistemas de luces de tráfico. En México el etiquetado en vigor (el cual está actualmente en revisión) incluye la lista de ingredientes, información nutrimental y el etiquetado frontal con porcentajes relativos a la ingesta de 2 000 calorías para un adulto y criterios establecidos para grasas y azúcares.

En restaurantes, hay evidencia que mostrar las calorías del menú o etiquetas de advertencia ha disminuido las calorías ingeridas por el consumidor. En México esta regulación no es obligatoria, pero recientemente la Cámara Nacional de la Industria de Restaurantes y Alimentos Condimentados (CANIRAC) firmó un convenio con la COFEPRIS para que sus agremiados incluyan las calorías de cada platillo en sus menús, cartas o escaparates.

Por su parte, se menciona que existen campañas masivas que promueven alimentos saludables, como el consumo de frutas y verduras, en casi todos los países de la OCDE. En México, se cuenta con la promoción de “5 frutas y verduras al día”, así como su regulación en la NOM-043 que indica promover su consumo, de preferencia en crudo y con cáscara, variando según la estación. Asimismo, las redes sociales y las aplicaciones móviles tienen el potencial de disminuir el peso corporal y aumentar la actividad física de los usuarios.

Por último, se menciona la regulación de publicidad en medios para reducir la exposición infantil a alimentos poco saludables y bebidas azucaradas. En México, esta restricción de publicidad se limita a productos con ciertas características, en

horario de 14:30 a 19:30 de lunes a viernes y de 7:00 a 19:30 los fines de semana, así como en películas de clasificación A y AA. Se permite la publicidad durante la transmisión de deportes, novelas, noticieros y series no consideradas aptas para menores de edad, así como películas fuera de esta clasificación.

Las políticas antes mencionadas están siendo utilizadas por los países de la OCDE para disminuir las tasas de sobrepeso y obesidad y su crecimiento en la población. Sin embargo, no se ha observado que se revierta en ninguno de los países. Es necesaria la cooperación del gobierno, asociaciones, industria y ciudadanía para mejorar el estado de nutrición en México y la población mundial.

VI. Instrumentos nacionales e internacionales que intervienen en el derecho humano a la nutrición

Los derechos humanos son prerrogativas inherentes a las personas sin distinción alguna, la reforma constitucional del 10 de junio de 2011 en materia de derechos humanos representa el reconocimiento expreso de estos derechos y la obligatoriedad de su observancia.

Los derechos humanos han sido clasificados de diversas maneras, de acuerdo con su naturaleza, origen, contenido y por la materia que refiere, clasificándose en tres generaciones. Los de primera generación se refieren a los derechos civiles y políticos, los de segunda generación comprenden los derechos económicos, sociales y culturales y los de tercera generación tienen como finalidad incentivar el progreso social y elevar el nivel de vida de todos los pueblos, en un marco de respeto y colaboración mutua entre las distintas naciones de la comunidad internacional.

El derecho a la alimentación y nutrición se encuentra dentro de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), los instrumentos internacionales y regionales, señalan que todas las personas deben tener disponibilidad y acceso a alimentos suficientes, adecuados a su cultura, que cubran sus necesidades vitales

y esos alimentos no deben tener sustancias o situaciones adversas para la salud (tal es el caso de pesticidas u otras sustancias que deterioran los alimentos), y estos alimentos deben estar disponibles y accesibles todo el tiempo para las y los consumidores.

En el mundo se producen alimentos más que suficientes para todos, sin embargo, 815 millones de personas padecen hambre. La seguridad alimentaria es una condición compleja que requiere un enfoque holístico de todas las formas de malnutrición, la productividad y los ingresos de los pequeños productores de alimentos, la resiliencia de los sistemas de producción de alimentos y el uso sostenible de la biodiversidad y los recursos genéticos.¹⁸

Existen cuatro factores fundamentales que afirman acciones, planes, programas y la asignación de recursos para beneficiar a la población más vulnerable en materia alimenticia¹⁹:

- La disponibilidad de alimentos se da cuando éstos existen, ya sea porque se han producido, se han importado, los han donado o se han aplicado otros mecanismos para que sea posible obtenerlos. Por otra parte, significa que los alimentos deben estar disponibles para su venta en mercados y comercios.
- El acceso a los alimentos es la posibilidad de adquirirlos, de tenerlos, de hacer uso de ellos, porque se ha tenido la capacidad de contar con ellos, requiere que esté garantizado el acceso físico y económico a la alimentación.
- El consumo de alimentos se convierte en la certeza de elegir y preparar lo que se tiene para comer; en esta preparación se debe cuidar el estado y calidad de la comida, usar agua potable y, en lo posible, balancear la ingesta de los diferentes grupos de alimentos.

¹⁸ FAO <http://www.fao.org/state-of-food-security-nutrition/es/>

¹⁹ Informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, el Sr. Jean Ziegler, presentado de conformidad con la resolución 61/163 de la Asamblea General. <http://observatoriopoliticasocial.org/informes-de-los-relatores-especiales-sobre-derecho-a-la-alimentacion/>

- La utilización biológica de los alimentos se da cuando se está en la capacidad de aprovechar lo que comemos, se puede masticar bien, tragar sin problemas, no se tienen parásitos que alimentar, se tiene un sistema digestivo que puede deshacer y absorber bien la comida para que la sangre pueda hacer llegar a todo el cuerpo los nutrientes ingeridos.

1. Organización de las Naciones Unidas (ONU)

La Agenda Global de Nutrición de las Naciones Unidas²⁰ (UNGNA), avalada y puesta en marcha por las agencias de las Naciones Unidas con un mandato clave en nutrición (FAO, UNICEF, PMA, OMS y FIDA), fue creada para contar con amplio marco de trabajo para cumplir con los objetivos en materia de nutrición que establece la visión y los principios rectores del trabajo de las Naciones Unidas en materia de nutrición y describe los objetivos que las agencias de las Naciones Unidas, la implementación de los programas y el desarrollo de sistemas de apoyo sólidos en materia de nutrición, al respecto esta Agenda señala que, la malnutrición tiene muchas caras, entre las que se incluyen: la sobre-nutrición, la desnutrición y la malnutrición de micronutrientes, afectando así a las personas de diferente forma a lo largo de su vida.

Es así que la ONU a través de esta Agenda Global de Nutrición, enfrenta los nuevos desafíos mundiales ante diferentes contextos de acuerdo a cada región, principalmente aquellas que enfrentan crisis humanitarias: Su objetivo es la lucha contra toda forma de malnutrición y proponer elementos específicos para realizar acciones prioritarias a través de 10 principios básicos son la base del trabajo interagencial de las naciones unidas en materia de nutrición:

²⁰ Agenda Global de Nutrición de las Naciones Unidas (UNGNA v. 1.0) Cumpliendo con el compromiso de erradicar la malnutrición en todas sus formas: la función del Sistema de las Naciones Unidas
http://www.unscn.org/files/Activities/SUN/EXE_BDef_UN_Global_Nutrition_Agenda_ESP.pdf

- La nutrición es una cuestión generalizada del desarrollo que requiere acciones en todo el mundo.
- Muchas formas de malnutrición están interrelacionadas y ocurren simultáneamente en muchos países.
- La nutrición es una cuestión multisectorial.
- Es fundamental cambiar el sistema alimentario para abordar los desafíos nutricionales.
- Es esencial fortalecer el sistema sanitario para cumplir con los objetivos en materia de nutrición.
- Una buena nutrición también exige y es necesaria para un buen funcionamiento de los sistemas de educación eficientes, protección social y esfuerzos para erradicar la pobreza y reducir la desigualdad.
- Las Naciones Unidas se guían por un enfoque nutricional basado en los derechos humanos.
- Las actividades sobre nutrición de las Naciones Unidas se organizan respetando los derechos de género.
- Las Naciones Unidas actúan apoyando las prioridades estatales. Las estrategias deben adaptarse a las circunstancias locales en función de las diferentes situaciones nutricionales de cada país.
- El Sistema de las Naciones Unidas es uno de los múltiples partícipes, realizando funciones únicas de convocatoria, creación de redes, intermediación y soporte técnico.

2. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)

México es uno de los miembros fundadores de la FAO y, durante más de 70 años. La cooperación con la FAO contribuye a consolidar la presencia de México como país con responsabilidad global en temas estratégicos para la seguridad alimentaria

y el desarrollo agropecuario.²¹ Este organismo internacional ofrece asistencia técnica a las políticas públicas agroalimentarias, nutricionales, de gestión de recursos naturales y mitigación/adaptación al cambio climático, implementadas por los Gobiernos Federal o Estatal, que buscan eliminar la inseguridad alimentaria y la pobreza en zonas rurales.

El derecho a la alimentación, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), comprende tanto la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de las personas, así como el hecho de que estos sean aceptables para una cultura determinada y que su accesibilidad sea sostenible y tangible, a esto se le denomina seguridad alimentaria.

Esta seguridad alimentaria es entendida por la FAO como la posibilidad de acceder a alimentos nutritivos, inocuos que conlleven a un estado de vida sana, activa y productiva, es decir, establece cuatro pilares de la seguridad alimentaria que son: La disponibilidad, la estabilidad del suministro, el acceso y la utilización.

En ese sentido, y a fin de erradicar el hambre, durante la Cumbre Mundial de Alimentación, que se denominó Cumbre del Milenio; se acordó reducir el número de personas sub-nutridas a la mitad de su nivel para el año 2015, para ello se elaboraron un conjunto de directrices voluntarias con el objeto de apoyar y encaminar los esfuerzos de los Estados, en ello se sugiere:

- Promover y salvaguardar una sociedad libre, democrática y justa a fin de proporcionar un entorno económico, social, político y cultural; pacífico, estable y propicio en el cual las personas puedan alimentarse y alimentar a sus familias con libertad y dignidad;
- Promover un desarrollo económico de amplia base que respalde sus políticas de seguridad alimentaria en relación con las políticas, objetivos y puntos de

²¹ FAO. México y la FAO Contribuyendo a la erradicación del hambre y de toda forma de malnutrición
<http://www.fao.org/3/ax276s/AX276S.pdf>

referencia basados en las necesidades de la población en materia de seguridad alimentaria;

- Adoptar una estrategia nacional basada en los derechos humanos para la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional como parte de una estrategia nacional general de desarrollo, incluidas estrategias de reducción de la pobreza;
- Mejorar el funcionamiento de los mercados agrícolas y alimentarios a fin de promover tanto el crecimiento económico como un desarrollo sostenible, por ejemplo movilizando el ahorro interno, ya sea público o privado, elaborando políticas crediticias apropiadas, generando niveles adecuados y sostenibles de inversiones nacionales productivas mediante créditos en condiciones de favor y aumentando las capacidades humanas;
- Evaluar el mandato y el rendimiento de las instituciones públicas correspondientes y, de ser necesario, crearlas, reformarlas o mejorar su organización y estructura para contribuir a la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional;
- Incorporar en el marco jurídico disposiciones para facilitar la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional;
- Facilitar el acceso a los recursos y su utilización de manera sostenible, no discriminatoria y segura, de acuerdo con su legislación nacional y con el derecho internacional;
- Proteger los bienes que son importantes para la subsistencia de la población;
- Respetar y proteger los derechos individuales relativos a los recursos como la tierra, el agua, los bosques, la pesca y el ganado sin discriminación de algún tipo;
- Estudiar y diseñar políticas, instrumentos jurídicos y mecanismos de apoyo concretos a escala nacional para impedir la erosión y asegurar la conservación y la utilización sostenible de los recursos genéticos para la

alimentación y la agricultura y, en particular, para proteger los conocimientos tradicionales pertinentes y la participación equitativa en el reparto de los beneficios derivados de la utilización de dichos recursos, alentando la participación de las comunidades y los agricultores locales e indígenas en la adopción de decisiones nacionales sobre asuntos relacionados con la conservación y la utilización sostenible de los recursos genéticos para la alimentación y la agricultura;

- Estudiar políticas, instrumentos jurídicos y mecanismos de apoyo nacionales específicos para proteger la sostenibilidad ecológica y la capacidad de carga de los ecosistemas a fin de asegurar la posibilidad de una mayor producción sostenible de alimentos para las generaciones presentes y futuras, impedir la contaminación del agua, proteger la fertilidad del suelo y promover la ordenación sostenible de la pesca y de los bosques, y
- Adoptar medidas para garantizar que todos los alimentos, ya sean de producción local o importados, de libre disposición o de venta en el mercado, sean inocuos y se ajusten a las normas nacionales sobre inocuidad de los alimentos

EL CAMINO HACIA EL HAMBRE CERO



Fuente: FAO, 2018

La Agenda 2030 define un objetivo específico dedicado a “poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible” (ODS 2). El objetivo es de carácter general y se articula en torno a ocho metas: cinco relativas a los logros del desarrollo y tres, a los medios de ejecución. Las primeras comprenden el hambre, la malnutrición, la productividad y los ingresos de la agricultura en pequeña escala y la sostenibilidad de las prácticas agrícolas,

hasta la protección de los recursos genéticos de los cultivos y el ganado, de forma que abarcan en gran parte las cuatro dimensiones de la seguridad alimentaria y la nutrición (disponibilidad, utilización y estabilidad de los alimentos y acceso a los mismos).

El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo (SOFI)²² señala que para cumplir el ODS 2, es preciso prestar atención a las cuatro dimensiones de la seguridad alimentaria y la nutrición definidas por el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial CSA y en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996:

- Acabar con el hambre: acceso a los alimentos en todo momento (metas 2.1 y 2.3).
- Lograr una mejor nutrición: utilización de los alimentos y medidas complementarias para acabar con la malnutrición (meta 2.2).
- Lograr la seguridad alimentaria: disponibilidad de alimentos (metas 2.3 y 2.b) y estabilidad de los sistemas alimentarios (metas 2.4 y 2.b).
- Promover la agricultura sostenible: estabilidad de los sistemas alimentarios (meta 2.4) y los insumos (metas 2.3 y 2.5).

3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

UNICEF es la agencia del Sistema de la Organización de las Naciones Unidas, enfocada en promover los derechos y el bienestar de todos los niños, niñas y adolescentes en México y en el mundo, que colabora con México desde hace 62 años²³, para avanzar hacia el pleno cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes buscando establecer las condiciones necesarias para superar la pobreza, la desigualdad y la discriminación, por lo que reconoce que la falta de derechos repercute de manera negativa, algunas veces de manera irreversible, este organismo señala que casi la mitad de las muertes de niños menores de 5 años

²² FAO. <http://www.fao.org/3/a-l7695s.pdf>

²³ UNICEF. https://www.unicef.org/mexico/spanish/unicefenmexico_6868.html

puede atribuirse a la malnutrición . Uno de estos grandes males es la malnutrición, que trae aparejados entre otros los siguientes efectos:

- Un niño que no alcanza nunca su plena altura debido a la pobreza, el saneamiento deficiente, la falta de leche materna y el acceso limitado a unos alimentos nutritivos;
- Una mujer joven que padece de anemia durante el embarazo y da a luz a un bebé con bajo peso que más tarde padece retraso en el desarrollo;
- Un niño que queda ciego por carencia de vitamina A;
- Un niño que se vuelve obeso por un consumo excesivo de alimentos de baja calidad;
- Un niño extremadamente delgado y con emaciación, en peligro inminente de muerte.

La malnutrición que incluye la desnutrición aguda, global y crónica y el sobrepeso y la obesidad, tiene diversas causas y consecuencias. Para entender la malnutrición se deben considerar al menos, tres dimensiones de análisis. Primero, la seguridad alimentaria, que alude al hecho que toda la población tenga acceso físico, económico y social a alimentos seguros y nutritivos y la vulnerabilidad, que se refiere a la probabilidad de una disminución del consumo o acceso a los alimentos y que depende también del riesgo existente según las condiciones de la población y su capacidad de respuesta. En segundo lugar, la transición demográfica, epidemiológica y nutricional que ha modificado la incidencia de los problemas nutricionales; hoy en día, los cambios en la composición etaria, las decisiones de consumo, los estilos de vida y actividad y la relación entre estos han modificado las necesidades nutricionales de las personas. Por último, el ciclo de vida es clave, ya que los problemas nutricionales y sus efectos se presentan a lo largo de toda la vida de las personas, desde el momento de nacer (UNICEF, FAO, CEPAL) es una violación del derecho a la supervivencia y el desarrollo del niño, y sus consecuencias permanecen a menudo invisibles hasta que resulta demasiado tarde. De acuerdo con este Organismo las bases de una buena nutrición incluyen:

- Mejorar la alimentación de las mujeres antes, durante y después del embarazo;
- Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del niño y la lactancia materna continuada hasta los 2 años o más;
- Facilitar la alimentación complementaria oportuna, segura, adecuada y de alta calidad; y proporcionar intervenciones adecuadas de micronutrientes.

Una buena nutrición sienta las bases para el desarrollo de comunidades y países saludables, prósperos y productivos. Los niños bien alimentados son más saludables, más resistentes a las enfermedades y las crisis y se desempeñan mejor en la escuela. Pero una buena nutrición significa mucho más que terminar solamente con el hambre: también es vital para la consecución de muchos de los objetivos de los ODS, como acabar con la pobreza, lograr la igualdad de género, garantizar una vida saludable, promover el aprendizaje permanente, mejorar el crecimiento económico, promover sociedades incluyentes y garantizar el consumo sostenible.

El enfoque de UNICEF²⁴ sobre la nutrición es:

- **Holístico**– considera al niño como individuo y como parte de una gran familia, comunidad y nación.
- **Centrado en la equidad**– entiende la pobreza, la vulnerabilidad y la marginación como causas y consecuencias de la malnutrición, y reconoce que buena nutrición pone a todos los niños en un pie de igualdad al comienzo de sus vidas.
- **Basado en los derechos**– reconoce que una buena nutrición es un derecho fundamental en sí mismo y forma la base para el cumplimiento de todos los derechos del niño.

²⁴ UNICEF <https://www.unicef.org/spanish/nutrition/>

- **Tiene en cuenta el género**– garantiza que las niñas y las mujeres tengan un acceso equitativo a una buena nutrición y reconoce que la malnutrición es más rampante en aquellos entornos donde las mujeres y niñas hacen frente a la violencia y la discriminación.
- **Basado en pruebas**– se basa en pruebas empíricas para identificar los problemas y las soluciones.
- **Multisectorial**– forja vínculos con otros sectores, incluyendo los de la salud, la educación, la protección de la infancia y el agua y el saneamiento – para lograr el máximo impacto.

La UNICEF toma medidas para:

- Mejorar la lactancia materna y la alimentación complementaria
- Abordar las carencias de micronutrientes
- Tratar y evitar la malnutrición grave aguda
- Vincular el apoyo nutricional con el tratamiento del VIH/sida
- Responder rápida y eficazmente a las emergencias relacionadas con la nutrición
- Mejorar la nutrición de los adolescentes y las madres
- Evitar el sobrepeso y la obesidad
- Incorporar la nutrición en la labor de sus asociados en otros ámbitos, como la salud y el agua y saneamiento

VI. Pobreza en México

Población nacional: Encuesta Intercensal 2015, realizada por el INEGI, se contaron 119 millones 530 mil 753.²⁵

- El porcentaje de la población en situación de pobreza en 2016 fue de 43.6%) lo que representa 53.4 millones de personas.

²⁵ INEGI, Cuéntame <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>

- El porcentaje de la población en situación de pobreza extrema en 2016 fue del 7.6%, lo que representa el 9.4 millones de personas.
- Carencia por acceso a la alimentación La carencia por acceso a la alimentación ha tenido una reducción en el periodo 2010-2016, pasando de 24.8% en 2010, a 23.3% en 2012, a 23.4% en 2014, y a 20.1% en 2016²⁶.

1. Hambre, desnutrición y seguridad alimentaria en México

La deficiencia de micronutrientes es la causa del fenómeno conocido como “hambre oculta”, que representa un problema en el estado nutricional de la población y tiene una prevalencia preocupante. A diferencia de la falta de alimentos, la deficiencia de micronutrientes no genera ningún efecto físico visible pero puede tener un impacto negativo en la población puesto que los micronutrientes son responsables de muchas funciones del organismo. Entre los micronutrientes considerados, que cumplen funciones clave en el desarrollo a lo largo del crecimiento de niños y en adultos, se encuentran el hierro, las vitaminas A, B y D, el calcio y el zinc, entre otros.

Si bien no se cuenta con datos de calidad para evaluar la situación del déficit de micronutrientes en niños y niñas, los últimos estudios de la OMS indican que la anemia por deficiencia de hierro afecta a más del 35% de los niños y niñas entre 6 y 59 meses de edad.

En relación con la deficiencia de zinc, Cediell y otros (2015a) revisaron la información disponible y hallaron una alta prevalencia de déficit de este micronutriente en algunos países; por ejemplo, en México había una prevalencia de 25,3% en niños entre 6 meses y 11 años. Estos autores concluyen que existen diferencias entre las poblaciones no indígenas y las indígenas, siendo estas últimas las más afectadas por este problema. Al mismo tiempo estimaron el riesgo de sufrir déficit de zinc y

²⁶ CONEVAL. file:///C:/Users/HP/Documents/nutricion/Comunicado-09-Medicion-pobreza-2016.pdf

encontraron que era un problema de salud pública frente al cual debieran tomarse medidas.

La deficiencia de vitamina A también es un problema de salud pública en México donde se observan prevalencias mayores al 24%. Respecto a esta deficiencia se repite que los grupos indígenas y afrodescendientes son los que tienen mayores tasas (Cediel y otros, 2015b).

Al respecto el Estado mexicano con el apoyo de organizaciones internacionales como la FAO, implementa como política pública inserta en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 , el cual a través del Programa Sectorial de Desarrollo Social²⁷ en la Estrategia 1.4, establece: Coordinar las acciones de política alimentaria para que las personas en situación de pobreza multidimensional extrema y con carencia alimentaria tengan acceso a una alimentación y nutrición adecuadas, con las siguientes Líneas de Acción:

1.4.1 Promover entre las dependencias federales mecanismos e instrumentos para erradicar el hambre.

1.4.2 Generar acuerdos con estados y municipios para orientar el gasto social hacia la atención de la carencia alimentaria.

1.4.3 Fomentar acciones con el sector social y el privado que permitan mejorar el acceso a la alimentación.

1.4.4 Promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre.

Para cumplir con los objetivos de la política pública en materia de alimentación se crea el Sistema Nacional contra el Hambre (Sin Hambre), creado por decreto

²⁷ Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018
http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Transparencia/DocumentosOficiales/Programa_Sectorial_Desarrollo_Social_2013_2018.pdf

presidencial el 22 de enero de 2013²⁸, el cual define la estructura de la estrategia y establece la creación de cinco instancias e instrumentos como parte constitutiva de la Cruzada:

- La Comisión Intersecretarial de la Cruzada Nacional Contra el Hambre como mecanismo de coordinación entre dependencias del gobierno federal para la aplicación, operación, supervisión y evaluación de las acciones de política pública. Está encabezada por la Secretaría de Desarrollo Social.
- Los acuerdos integrales para el desarrollo social incluyente con las entidades federativas y municipios, que tienen como objetivo definir coordinadamente con los gobiernos locales las acciones e inversiones a nivel territorial.
- El Consejo Nacional que actúa como mecanismo de convocatoria, coordinación y diálogo entre los sectores público, privado y social.
- El Comité de Alimentación está conformado por personas expertas en el ámbito de la academia, la investigación y especialistas en el tema.
- Los Comités Comunitarios que tienen como finalidad articular la participación social en la Cruzada y colaborar activamente en la identificación de las necesidades, la definición de las prioridades locales y también de las acciones

2. Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) Cruzada Nacional contra el hambre

Objetivos e Indicadores

- a. Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema carencia de acceso a la alimentación.
- b. Eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez
- c. Aumentar la producción de los alimentos y el ingreso de los campesinos y pequeños productores agrícolas.

²⁸ <https://www.gob.mx/sedesol/acciones-y-programas/cruzada-nacional-contra-el-hambre-18938>

- d. Minimizar las pérdidas post-cosecha y de alimentos durante su almacenamiento, transportación, distribución y comercialización.
- e. Promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre.

Avances 2015	Retos 2015
<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de la coordinación interinstitucional, dada la complejidad operativa y la participación de diversas dependencias, se reconoce la importancia que la Cruzada le dio al establecimiento de normas y de elementos institucionales a nivel federal y local (ej. la celebración de acuerdos con las entidades). • La Cruzada ha hecho contribuciones importantes a la política social. Ha propiciado la coordinación entre programas, dependencias y ámbitos de gobierno. Ha contribuido a mejorar la coherencia entre los programas sociales federales. Ha construido algunos instrumentos que permiten una toma de decisiones orientada a abatir las carencias sociales. Ha creado espacios de participación comunitaria. Estos esfuerzos de coordinación se han mejorado en la segunda mitad de 2015 y se han reforzado en 2016. Su objetivo pareciera ser más amplio que la Cruzada, en lo que ahora se conoce en la SEDESOL como la estrategia de Inclusión Social. • La Comisión Intersecretarial sirve como espacio para concretar decisiones generadas en los grupos de trabajo o detonar procesos de coordinación; cumple además un papel simbólico central que refuerza la prioridad de la Cruzada en la agenda del gobierno. • Los comités comunitarios sirven como mecanismo para que las personas en pobreza extrema tengan un punto de contacto accesible donde conocer sus derechos sociales, conocer la oferta de programas gubernamentales y gestionar beneficios. • Una fortaleza del diseño del Programa de Comedores Comunitarios (PCC), que es el único creado en el marco de la Cruzada, es la selección de la población objetivo, toda vez que los propios beneficiarios y la población en localidades beneficiarias coinciden en que es la población más vulnerable. • Con relación al análisis del uso de los recursos del Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS), se encontró que, 	<ul style="list-style-type: none"> • Uno de los retos más relevantes de la estrategia es su aplicación en las zonas urbanas. Existe todavía dificultad para llevar a cabo una focalización adecuada, para encontrar a la población objetivo en las ciudades. Se identifican pocos instrumentos en zonas urbanas para atender algunas de las carencias más críticas (ingresos, alimentación y seguridad social). De hecho, el país tiene un vacío de información sobre cómo atender a la población en pobreza en las zonas urbanas. • Es necesario fortalecer el reto de comunicar clara y objetivamente los logros de la Cruzada y que en cada ocasión que el gobierno federal publique cifras relacionadas con los resultados de la Cruzada se sustente dicha información con la intención de que cualquier persona comprenda los resultados de la Cruzada, sin necesidad de explicaciones adicionales. • El segundo aspecto es sobre la difusión de las cifras oficiales de la Cruzada en la que es necesario señalar con claridad la fuente que las origina (ej. “Más de tres millones de personas están comiendo mejor” era uno de sus anuncios en 2015). El ciudadano requiere información pública clara respecto a dónde se aplican los programas, su presupuesto y avances. • A pesar de que existe una normatividad homogénea de instituciones de la Cruzada que está establecida en todo el país y con un funcionamiento mínimo claramente establecido (por ejemplo, número de sesiones de cada instancia), hay gran variación en la forma en la que opera la Cruzada en las entidades. Esto puede constituir un problema porque significa que el de eficacia de la estrategia podría estar en función de actores y decisiones ajenos a los mecanismos de la Cruzada. Es una estrategia poco institucionalizada en la implementación que depende mucho de relaciones personales entre funcionarios, de acuerdos informales e incluso de actores clave. Ante cambios de personal en los tres ámbitos de gobierno, los avances que se han tenido en el marco de la

<p>entre 2013 y 2014, hubo mayor asignación de recursos a los rubros de agua y saneamiento y vivienda, con lo cual se confirma que los recursos comienzan a direccionarse al abatimiento de las carencias asociadas a la pobreza, al financiar obras, acciones sociales básicas e inversiones que beneficien directamente a población en pobreza extrema, localidades con alto o muy alto rezago social y Zonas de Atención Prioritaria (ZAP).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mediante una encuesta panel desarrollada por el CONEVAL en 2015, cuyos resultados no pueden ser generalizados a la totalidad de la población residente en localidades o municipios donde opera la Cruzada, pues esta encuesta es representativa sólo para la población en la muestra y que lleva año y medio de ser atendida (representativa de 207,578 hogares), se encontraron avances en el abatimiento de las carencias sociales entre la población que ha sido beneficiaria de algún programa social registrado en el SIFODE. Todas las carencias sociales se redujeron entre 2013-2014 y 2015. Entre ellas, es importante resaltar las disminuciones en las carencias por acceso a los servicios de salud que pasó de 32.9 por ciento entre 2013 y 2014 a 9.2 en 2015 y por acceso a la alimentación pasó de cien a 42.5 por ciento en este grupo de personas. En comparación, entre 2012 y 2014 la carencia por acceso a los servicios de salud a nivel nacional se redujo de 21.5 a 18.2 por ciento y la de alimentación aumentó ligeramente de 23.3 a 23.4 por ciento. • En cuanto a los resultados encontrados en los cinco municipios en los que se profundizó el estudio de la Cruzada (Zinacantán, Chiapas; Guachochi, Chihuahua; Mártir de Cuilapan, Guerrero; San Felipe del Progreso, Estado de México y Tehuacán, Puebla), las cifras reportadas sugieren reducción de pobreza extrema en todos ellos y avances en la reducción de diversas carencias sociales, se analizaron los cambios en los indicadores de pobreza, carencias sociales e ingresos entre 2010 y 2014, pues 2010 es el único año para el cual se dispone de una medición multidimensional previa en esos municipios, por lo cual se incluyeron como dominios de estudio en el diseño del MCS-ENIGH a partir de 2014 para contar con un instrumento auxiliar para el seguimiento de la dinámica de la pobreza. La carencia que registró mayor avance en magnitud corresponde al acceso a los servicios de salud, tal como ha sucedido a nivel nacional 	<p>Cruzada son vulnerables. Institucionalizar la Cruzada no implica volverla rígida. Una de las grandes virtudes que tiene la estrategia es el diseño flexible que le permite adaptarse a las circunstancias particulares de cada entidad y municipio, y esto debe mantenerse. No obstante, es necesario que la permanencia de la estrategia de coordinación para la atención integral de las carencias no dependa exclusivamente de un decreto presidencial. No se trata de crear una legislación que haga de la Cruzada una estrategia permanente. El objetivo sería lograr que los procesos sustantivos (mediante los cuales se logran programas más coherentes y una operación eficiente de las dependencias) se mantuvieran.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se han creado estructuras para la coordinación que funcionan de forma desigual. La Comisión Intersecretarial tiene un papel central. Los comités intersecretariales estatales y las mesas de trabajo estatales han ajustado su operación a las capacidades que realmente tienen: no pueden tomar decisiones estratégicas, pero sí sobre coordinación operativa. Los grupos de trabajo en el ámbito federal son el único espacio en el que ocasionalmente se toman decisiones sobre el diseño y la operación de la Cruzada. El Comité de expertos y los consejos estatales, operan de manera marginal. • Un área de oportunidad del programa de comedores comunitarios es una capacitación permanente a las personas responsables en la preparación de los alimentos, la variedad de la dieta, la organización del trabajo y la disposición final de los desperdicios. Pues aunque se incrementa el consumo de alimentos, la calidad y el balance son deficientes. Asimismo, se sugiere analizar mecanismos para la permanencia de quienes cocinan. • Los comités comunitarios fueron instalados en su mayoría. Sin embargo, hay expectativas poco claras sobre el objetivo de su funcionamiento. Se han elaborado los planes y diagnósticos comunitarios pero los programas no tienen la capacidad ni la flexibilidad para satisfacer las demandas que plantean. En algunos casos los comités se han desintegrado; en otros, se han dejado de reunir o han perdido contacto con los promotores de la Cruzada. Incluso cuando siguen operando, los beneficiarios tienen expectativas (que suelen ser reforzadas por los promotores) que no se pueden cumplir. Delegados y presidentes
---	--

<p>en el cual cambió de 21.5 a 18.2 por ciento; le siguen las carencias por acceso a los servicios básicos en la vivienda y a la alimentación. No se le puede atribuir estos cambios exclusivamente a la Cruzada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso del municipio de Tehuacán, Puebla (municipio mayoritariamente urbano) se redujo cuatro de las carencias sociales entre 2010 y 2014; esto se reflejó en una reducción de la pobreza extrema y un incremento de la pobreza. La carencia por acceso a los servicios de salud, la carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda, el rezago educativo y la carencia por calidad y espacios en la vivienda reportaron decrementos de 18.8, 7.6, 6.2 y 3.2 puntos porcentuales, respectivamente, mientras la carencia por acceso a la alimentación registró un aumento de 3.7 puntos porcentuales. • En cuanto al estudio exploratorio del impacto de la Cruzada, se observó un efecto estadísticamente significativo de dos puntos porcentuales en la reducción de la pobreza extrema. Sin embargo, no se observó efecto en el indicador de carencia por acceso a la alimentación. • El análisis sugiere que la estrategia de focalizar apoyos coordinados de varias dependencias y órdenes de gobierno hacia hogares precisos en situación de pobreza extrema de alimentación (un subconjunto de la pobreza extrema) tiene resultados positivos cuando la coordinación es adecuada. 	<p>municipales han expresado su preocupación por tener que organizar comités que expresan demandas que no están en posibilidad de atender.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobre el catálogo del FAIS, que limita la construcción y mejoramiento de caminos; sería conveniente analizar hasta qué punto resulta necesario darle mayor flexibilidad a este rubro, dada la importancia de mejorar la conectividad entre zonas como una manera adicional de coadyuvar a reducir carencias sociales, especialmente en las dimensiones de rezago educativo, carencia por acceso a la alimentación, así como contribuir a las actividades económicas en zonas remotas. • El proceso de muestreo aleatorio para el estudio panel permitió identificar áreas de oportunidad de la base de datos del SIFODE, entre las que destacan: 1. Tener mecanismos que garanticen la calidad, validez y confiabilidad de la recolección de información en el CUIS. 2. Mejorar los procesos de integración y sistematización de la información que garanticen contar con los registros de domicilio o ubicación geográfica para todos los hogares beneficiarios. 3. De la manera en que actualmente opera el SIFODE, no será posible escalar la estrategia de focalización de la Cruzada para alcanzar a la población objetivo, ya que no fue posible obtener muestras de hogares y personas por la deficiente integración del padrón. • Es indispensable preguntarse si es posible escalar a nivel nacional y con la misma intensidad los mecanismos de identificación de los hogares por medio del CUIS y el SIFODE que resultan en la precisión del destino de las acciones y recursos de los programas que integran la Cruzada. • Debido a que no es homogéneo el conjunto de bienes y servicios que la comunidad puede recibir en el marco de la Cruzada la definición de la intervención (tratamiento) para identificar a la población beneficiaria representa dos retos principales. Primero, la Cruzada es una estrategia de coordinación para priorizar la atención en la población objetivo en los municipios seleccionados a partir de la aplicación coordinada de diversos programas sociales. Dicha definición de “tratamiento” es poco precisa y por ende no permite identificar exactamente a la población beneficiaria de
--	--

	<p>programas derivados del esfuerzo exclusivo de la Cruzada (los beneficiarios de dichos programas bien pueden serlo desde antes de la Cruzada). Y segundo, no se cuenta con información sobre todos los programas y acciones que integran la Cruzada, además de que no es posible identificar directamente a la población beneficiaria de dichos programas en el marco de la estrategia.</p> <ul style="list-style-type: none">• La Cruzada ha logrado, en algunos casos, la concurrencia de esfuerzos con estados y municipios. En aquellos estados en los que el gobierno estatal adoptó la lógica de operación de la Cruzada, se han creado sistemas de información o estructuras de planeación que buscan complementar los recursos estatales con los federales para abatir las carencias (ej. Puebla, Oaxaca y Yucatán). Cuando no se ha logrado la colaboración con los gobiernos estatales, sucede alguno de los siguientes escenarios. En uno, el gobierno estatal no contribuye pero no obstaculiza la implementación de la Cruzada. En ese caso, la Cruzada se reduce a la implementación de los programas federales, con la posible coinversión de los recursos del FAIS de los municipios (ej. Baja California Sur y Nayarit). En otro escenario, el gobierno local compite con la Cruzada: crea estructuras paralelas, programas similares y compite por beneficiarios (ej. Sonora o Estado de México).• Al analizar, en una lógica de carencias, la contribución específica de cada programa a su abatimiento, se encontró lo siguiente: o Para algunas carencias, un solo programa basta para incidir en el indicador, por lo que la coordinación entre programas no es indispensable. Su participación en la Cruzada no requiere cambios en su diseño ni en su operación (ej. carencia por acceso a los servicios de salud). o El diseño de los programas asociados a una carencia es coherente, es decir los programas se complementan en el diseño, pero para que esto se refleje en la práctica sí se requiere coordinación (ej. carencia por calidad y espacios de la vivienda). o Existen carencias que tienen muchos programas asociados, pero a) algunos programas no son necesarios para abatir la carencia o b) la contribución real de cada uno es mínima (ej. ingreso menor a la línea de bienestar mínimo). o Existen carencias para las cuales, incluso la suma de todos los programas asociados es insuficiente para
--	--

	<p>abatirla (ej. carencia por acceso a la seguridad social).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La principal debilidad del componente de participación comunitaria en la Cruzada es quizá que nunca se precisó la forma en que se utilizarían sus planes, ni los responsables de analizarlos y sistematizarlos para orientar la toma de decisiones. Una complicación adicional es que, aunque se hubiera definido un mecanismo para incorporar los planes comunitarios en la planeación, ya sea en las mesas de trabajo o en los comités intersecretariales (estatal o municipal), los programas presupuestarios tienen muy poca flexibilidad para incorporar prioridades nuevas identificadas en los planes comunitarios. Como resultado, la oferta de apoyos a los beneficiarios de la Cruzada está determinada por la disponibilidad presupuestal de cada programa, por la planeación que cada programa realiza por separado y por la focalización que, a veces de manera coordinada en las estructuras previstas por la Cruzada y a veces de manera separada, se realiza para llevar los programas a los beneficiarios. • Las prioridades definidas por los comités comunitarios no tienen posibilidad de ser incorporadas en estos procesos. Más aún, algunos cambios recientes en el funcionamiento de la Cruzada (notablemente, la intención de utilizar el SIFODE para focalizar) podrían hacer aún más improbable que esto ocurra. Es necesario redefinir el papel de los comités comunitarios para que sirvan como vínculo entre la comunidad y los programas sociales, para que los beneficiarios, los promotores y las autoridades de los tres ámbitos de gobierno tengan certeza sobre para qué sirven y qué se espera de ellos. • Entre 2012 y 2014 la población objetivo pasó de 7.0 millones de personas en pobreza extrema de alimentación a 7.1 millones de personas que en términos porcentuales representa 5.98 y 5.96 por ciento de la población, respectivamente. El incremento marginal en el número de personas es consistente con el aumento de esquemas que mejoren la actividad económica del país: estrategias que mejoren los salarios reales, la productividad, la inversión y la estabilidad de los precios para generar un incremento sostenido del poder adquisitivo. • Si la Cruzada lograra una institucionalización eficaz de los procesos de coordinación, ajustar
--	---

	<p>el funcionamiento de las estructuras (incluso eliminar algunas que no son necesarias), así como reducir el número de programas asociados a cada carencia (hay muchos programas sociales en el ámbito federal y muchos de ellos no son coherentes, aunque en la estructura programática para 2016 se han hecho algunos avances por eliminarlos o reorganizarlos) y mejorara la coherencia entre ellos, su desempeño podría ser más ágil y eficaz. • Por definición, la coordinación es una actividad vulnerable a la voluntad y capacidades de los actores encargados de fomentarla. Por ello, en un escenario ideal, la coordinación debería institucionalizarse para lograr que los costos de transacción de coordinarse disminuyan. Por institucionalización, se entendería que las nuevas prácticas generadas por la Cruzada se vuelvan reglas o rutinas conforme a las cuales operen los programas, que algunas de las decisiones sobre coherencia entre programas se incorporen a su diseño, que los acuerdos informales de coordinación entre funcionarios responsables de distintos programas o dependencias o de diferentes ámbitos de gobierno se mantengan pese al cambio de responsables y que la lógica de carencias se vuelva el criterio que guía las decisiones de diseño y operación de los programas • Será importante que en la segunda mitad del sexenio no sólo se puedan mejorar los elementos de la Cruzada que aquí se mencionan (así como los detectados por otras instancias, incluyendo la propia SEDESOL), sino que la estrategia se enmarque en otra más amplia de reducción de pobreza, inclusión y acceso efectivo a los derechos humanos. Como ya se mencionó, parecería que eso es lo que está sucediendo con la estrategia de Inclusión Social que ha contemplado la SEDESOL, a partir de 2016. Si éste es el caso, se podría visualizar la contribución de la Cruzada a la superación amplia de la problemática económica y social del país, así como la detección de los elementos de política pública que hacen falta, incluyendo los que tiene que ver con el incremento del ingreso real de las familias mexicanas.</p> <p>• Hasta ahora se ha logrado evitar duplicidades entre programas, lo cual no es menor, pero para lograr el objetivo último de la Cruzada—disminuir la pobreza extrema de alimentación en el país—se requiere también que el presupuesto se asigne a cada programa en</p>
--	---

	<p>función de los avances que obtuvo un año anterior en abatir la carencia a la que está vinculado; que el propio diseño de los programas (objetivos y tipos de apoyo) se vaya adaptando a las necesidades específicas que van cambiando para atender cada carencia, y que la focalización de los programas se realice buscando atender a toda la población en carencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pese a sus avances, la Cruzada no ha logrado detonar los procesos necesarios para que cada programa planee en función de la aportación que cada uno puede tener para abatir cierta carencia. La planeación de los programas responde a sus propios objetivos y metas y, aunque el conjunto de planes definitivamente termina por generar acciones que inciden en el logro de los objetivos de la Cruzada, ante la inexistencia de una planeación integral, se está desaprovechando la oportunidad de hacer un uso estratégico de cada programa.
--	--

Fuente: CONEVAL. Balance de la Cruzada Nacional contra el hambre 2013-2016, https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ECNCH/Documents/Balance_Cruzada_2013_2016.pdf

3. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) ²⁹

El SNDIF, tiene entre sus objetivos contribuir a mejorar la calidad de vida de los individuos, las familias y las comunidades que viven en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, propiciando el desarrollo integral de la familia a través de la integración de una alimentación correcta con los recursos y alimentos que tienen disponibles, para ello busca fomentar la seguridad alimentaria a través de la entrega de apoyos alimentarios en el contexto de salud y alimentación actual, lo cual realiza a con base a la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (EIASA), que implementa programas alimentarios con esquemas de calidad nutricia, acciones de orientación alimentaria, aseguramiento de la calidad y producción de alimentos, para contribuir a la seguridad alimentaria de la población atendida. A través de cuatro programas:

- **Desayunos escolares**

²⁹ SNDIF <http://sitios.dif.gob.mx/dgadc/direccion-de-alimentacion/estrategia-integral-de-asistencia-social-alimentaria/>

- **Objetivo**
Contribuir a la seguridad alimentaria de la población escolar, sujeta de asistencia social, mediante la entrega de desayunos fríos, desayunos calientes o comidas, diseñados con base en los Criterios de Calidad Nutricia, y acompañados de acciones de orientación alimentaria, aseguramiento de la calidad y producción de alimentos.
- **Población Objetivo**
Niñas, niños y adolescentes en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, que asisten a planteles oficiales del Sistema Educativo Nacional, ubicados en zonas indígenas, rurales y urbano-marginadas, preferentemente.
- **Atención Alimentaria a Menores de 5 años en riesgo, no escolarizados**
- **Objetivo**
Contribuir a la seguridad alimentaria de los menores de cinco años que se encuentran en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, mediante la entrega de apoyos alimentarios adecuados a su edad y brindando orientación alimentaria a sus padres.
- **Población**
Niñas y niños entre 6 meses y 4 años 11 meses, no escolarizados, en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, que habiten en zonas indígenas, rurales y urbano-marginadas preferentemente, y que no reciban apoyos de otros programas alimentarios.
- **Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables**
- **Objetivo**
Contribuir a la seguridad alimentaria de los sujetos en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, mediante la entrega de apoyos alimentarios diseñados con base en los Criterios de Calidad Nutricia y acompañados de acciones de orientación alimentaria, aseguramientos de la calidad y producción de alimentos.
- **Población**

Grupos de riesgo, sujetos de asistencia social alimentaria, preferentemente niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia, personas con discapacidad, adultos mayores y personas vulnerables por ingresos.

- **Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo**

- **Objetivo**

Contribuir a la seguridad alimentaria de las familias en condición de emergencia, a través de apoyos alimentarios temporales, diseñada con base en los Criterios de Calidad Nutricia, y acompañado de acciones de orientación alimentaria y aseguramiento de la calidad.

- **Población**

Personas que han sido afectadas por la ocurrencia de fenómenos naturales destructivos y que por sus condiciones de vulnerabilidad requieren de apoyo institucional para enfrentarlos.

Los programas alimentarios se acompañan de acciones de:

- Orientación Alimentaria
- Aseguramiento de la Calidad y
- Desarrollo Comunitario

VII. Marco de política pública

1. Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 es el marco rector de la política pública de la actual Administración Pública Federal (APF). A partir de este instrumento marco se derivan los programas especiales, regionales, sectoriales e institucionales que son la base para la implementación de acciones de política pública en el ámbito federal.

En la revisión del PND 2013-2018, no se ubicó de manera explícita alguna alusión específica referida a los trastornos alimenticios. No se ubicó información referida a la anorexia y la bulimia.

ESQUEMA DEL PND 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo tiene como objetivo primordial **llevar a México a su máximo potencial**. Para ello se establecen cinco **Metas Nacionales** y tres **Estrategias Transversales** para todas las políticas públicas.



En el apartado Salud, se hace mención especial al sobrepeso, la obesidad, la diabetes y la hipertensión han llegado a niveles muy elevados en todos los grupos de la población. Entre los hombres mayores de 20 años de edad, 42.6% presentan sobrepeso y 26.8% obesidad, mientras que en las mujeres estas cifras corresponden a 35.5 y 37.5%, respectivamente.

Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.

Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.

Líneas de acción:

- Instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes.

2. Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2015-2018

Toda vez que la información estadística consultada refiere que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la obesidad son padecidos en mayor porcentaje por las niñas y las mujeres, se considera conveniente identificar si en el programa rector de la política de igualdad entre mujeres y hombres se reconoce esta problemática.

En el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (Proigualdad) 2015-2018, se ubicó la referencia a la nutrición, pero no se hace mención a la anorexia, bulimia y obesidad como parte del diagnóstico de la situación de las mujeres en México:

Además de lo antes referido, en el Objetivo 6. Estructurar e impulsar acciones en materia de política exterior con enfoque de igualdad de género y derechos humanos de las mujeres.

Línea de acción: 6.1.7 Apoyar las acciones de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, específicamente en materia de salud reproductiva materna y neonatal e infantil; nutrición materna e infantil y vacunación.

3. Programa Sectorial de Salud 2013-2018

En el Programa Sectorial de Salud (Pronasa) 2013-2018 -programa en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales Democratizar la Productividad; Gobierno Cercano y Moderno; y Perspectiva de Género.

Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, México 2012

Prevalencia	2012				
	Total		Mujeres		Hombres
Diagnóstico previo de diabetes mellitus en adultos	9.2		8.6		9.7
Hipertensión en adultos	31.5		32.3		30.7
Sobrepeso y obesidad en adultos	71.3		69.4		73.0
Sobrepeso y obesidad en adolescentes	34.9		34.1		35.8
Sobrepeso y obesidad en niños	34.4		36.9		29.2

Fuente:

4. Programa Sectorial de Educación 2013-2018

En consideración a que en el PND 2007-2012 se identificó el tema de la obesidad como parte de una estrategia en el ámbito de la educación, se consideró la pertinencia de realizar una revisión al Programa Sectorial de Educación vigente. Por el contrario en el Programa Sectorial de Educación 2013-2018 se identifica en el apartado relativo al Objetivo 4. Fortalecer la práctica de actividades físicas y deportivas como un componente de la educación integral.

Estrategias

4.2. Impulsar la práctica de la actividad física y el deporte en las instituciones de educación
Líneas de acción

4.3. Promover la realización de actividades deportivas para niñas, niños y jóvenes en horarios extraescolares

Líneas de acción

4.2.5 Complementar los programas para las actividades físicas en las escuelas con temas **de nutrición para combatir el sobrepeso y la obesidad.**

4.2.7. Diversificar las actividades deportivas de las mujeres en las escuelas de educación básica y media superior

Es importante subrayar que en este acuerdo no se logran identificar objetivos y metas orientados de manera específica a la atención de la obesidad en mujeres. Sus acciones se orientan a la atención de la población en general, mientras que sus metas contemplan compromisos específicos para distintos grupos de edad.

VIII. Programas presupuestarios y de política pública incluidos en el Anexo 13, Erogaciones para la Igualdad entre, Mujeres y Hombres

1. Programa presupuestario: Prevención contra la obesidad

En materia de acciones de política pública orientadas a la atención de trastornos alimenticios en niñas y mujeres, en particular lo relativo a la anorexia y la bulimia, es importante destacar que al momento de la elaboración de este documento no se logró identificar, de manera explícita, medida alguna de política pública en la materia, en los instrumentos marco de política pública revisados, así como en el conjunto de los programas presupuestarios que cuentan con Gasto Etiquetado para Mujeres y la Igualdad de Género (GEMIG).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2016), el Observatorio de Enfermedades No Transmisibles (OMENT) y el sistema de

indicadores diseñado para monitorear los avances de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la obesidad y la Diabetes (ENPCSOD),

En este caso se tiene que los resultados varían según el sexo (hombres y mujeres) y en función del lugar de residencia (zona rural o zona urbana). De cualquier manera, se anticipa que el sobrepeso y la obesidad en mujeres muestra un incremento respecto a las cifras obtenidas en 2012, la cual se enfatiza en zonas rurales, en los tres grupos de edad, que son: de 5 a 11 años, de 12 a 19 años y de más de 20 años.

Por su parte, la población masculina adulta con sobrepeso y obesidad aumentó en las zonas rurales y se mantuvo estable en zonas urbanas, sin embargo, el nivel continúa siendo elevado.

Por rango de edad se tiene que de 5 a 11 años tres de cada diez personas padecen sobrepeso u obesidad (prevalencia combinada de 33.2 por ciento), sin embargo, muestra una reducción en cuanto a sobrepeso para el caso de los niños varones. En el ámbito rural se observan incrementos para ambos sexos.

Para personas de 12 a 19 años se tiene que son casi cuatro de cada diez las que presentan sobrepeso u obesidad, las mujeres informan un incremento mientras que los hombres informan de una reducción en la prevalencia combinada. Y de las personas mayores de 20 años de edad, se tiene que siete de cada diez, padecen exceso de peso u obesidad, con un incremento respecto a 2012. Para el caso de las mujeres el incremento se da en mayor medida en zonas rurales y para los hombres también se suscita un incremento continuo en zonas rurales.

El sobrepeso y la obesidad no son un problema exclusivo de México y tampoco es un problema exclusivo de países en desarrollo, sin embargo, si hay condiciones en las que pareciera más difícil atenderlo. De acuerdo a algunos especialistas y organismos internacionales, el problema de sobrepeso y obesidad representa en sí

mismo un obstáculo más en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Algunos estudios muestran evidencia que apunta a que el nivel educativo juega un papel importante, es decir la desigualdad educativa y socioeconómica apuntalan la el sobrepeso y la obesidad, y al mismo tiempo que se generan costos al erario público conllevan una carga familiar ya que generan obstáculos en el mercado laboral, conllevando una menor contratación, productividad y reingreso laboral, con lo cual se refuerza la desigualdad (OMENT, 2015). De lo anterior derivan propuestas encaminadas a atender la obesidad desde el entorno laboral, pretendiendo así romper con la desigualdad social.

Otras políticas tendientes a apoyar en el combate de esta problemática han caminado de la mano de los impuestos, las cuales consisten en gravar a alimentos potencialmente no saludables, alimentos no básicos con alta densidad calórica como pudiesen ser botanas y golosinas. Medida que ha sido acompañada del etiquetado nutrimental, mismo que actualmente se discute, así como de campañas a favor del consumo de alimentos saludables, incluso se menciona que existe regulación de publicidad en medios para reducir la promoción de alimentos poco saludables y bebidas azucaradas (de ciertas características) que tienen por mercado objetivo a la población infantil, de igual manera, se restringió la venta de ciertos productos en escuelas. Sin embargo, pareciera ser insuficiente para atender la problemática, dados los incrementos mostrados en apartados anteriores. Pese a eso México ocupa el segundo lugar en obesidad y según las estimaciones no dejará de serlo en un futuro cercano.

Por otro lado, y atendiendo al tema de la desnutrición, de acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) 2018, *“el estado mexicano está realizando programas de ayuda alimentaria, los cuales han creció su espectro y hoy día proporcionan alimentación a grupos vulnerables. Tal es el caso del programa Prospera, que proporciona complementos alimenticios y subsidios a la leche*

Liconsá, con lo cual la gente puede acceder a leche fortificada de muy buena calidad.”

El instituto precisa al mismo tiempo que al hablar de vulnerabilidad se hace referencia de los más pobres, sin embargo, una gran parte de la población, sin encontrarse en situación de pobreza, no tiene buena alimentación, y a su vez la alimentación es una de las dimensiones consideradas en la medición de pobreza. La política en la materia, propuesta por el INSP, de voz de la Dra. Shamah sería algo así:

“Si el Estado tiene que garantizar la alimentación de toda la población, independientemente de su estatus socioeconómico, y el 80 % de la población tiene algún grado de pobreza, tenemos que dar recomendaciones y generar la política pública con producción local de alimentos, acceso a alimentos que vayan directo al consumidor, sin intermediarios. Ese tipo de política es la que tenemos que construir.”

Cabe mencionar que la política propuesta, se materializa en cierta medida, en algunas entidades federativas y comunidades consideradas Zonas Rurales, por el Proyecto Estratégico de Seguridad Alimentaria (PESA), mismo que es llevado a cabo por la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) en coordinación con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO por sus siglas en inglés *Food and Agriculture Organization*). Logrando impactar en la calidad de la alimentación y nutrición de las personas de dichas comunidades, procurando el desarrollo de capacidades y la generación de alimentos de una forma autosustentable. Sin embargo, esta política está pensada exclusivamente para estas zonas, existiendo dificultades para trasladarla a otros entornos, como pudiesen ser las zonas urbanas.

Resulta importante mencionar que parte de los recursos del PESA, se encuentran dentro del Anexo 13 *Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres*, estos recursos están enfocados al desarrollo de capacidades por parte de mujeres.

A su vez, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF México), preocupada por la infancia del país plantea que mientras en el norte del país se observa obesidad en el sur se observa desnutrición, con lo que resulta evidente hacer un esfuerzo para conseguir una alimentación saludable y equilibrada, para todos los grupos de edad, pero prestando principal atención a niños, niñas y adolescentes.

Si bien la UNICEF reconoce logros en cuanto a la desnutrición crónica, también manifiesta que aún hay muchas cosas que hacer, que aún los niños y niñas indígenas son mucho más vulnerables. Se manifiesta en pro de algunas intervenciones como los programas de vacunación universal, la administración masiva de vitamina A, los programas de desparasitación y la mayor disponibilidad de alimentos gracias a los programas de desarrollo social. El organismo anticipa también que las repercusiones de la obesidad a largo plazo inciden en la aparición de enfermedades como diabetes, infartos, altos niveles de colesterol o insuficiencia renal.

Igualmente, precisa que, para México, la diabetes, es el mayor problema que enfrenta el Sistema Nacional de Salud, es la principal causa de muerte en adultos, la primera causa de demanda de atención media y la enfermedad que consume el mayor porcentaje de gastos en las instituciones públicas (UNICEF México).

Por otro lado, una política pública propuesta por el diputado Omar Corzo Olán del Grupo Parlamentario del PRI y Secretario de la Comisión del Deporte, ante la situación de México que ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil y el segundo en adultos, pasando por considerarlo un problema de salud grave y urgente de atender propone *“reformar la Ley General de Cultura Física y Deporte*

para destinar, por lo menos, 10 por ciento del presupuesto anual asignado al deporte a generar acciones y programas que impulsen esta disciplina en la sociedad.”

Adicionalmente “precisa que se deben promover políticas de cultura física y deporte a adultos mayores, personas en situación de pobreza y grupos vulnerables, con una perspectiva de género, a fin de prevenir adicciones y conductas de riesgo.”

Igualmente, en el boletín de Cámara No. 5417 se menciona que en nuestro país la atención de enfermedades causadas por obesidad y sobrepeso generan un gasto anual aproximado a tres mil 500 millones de dólares.

Por otro lado, hay posturas que promueven romper con la obesidad y sobrepeso desde una política maternal, argumentando evidencia de que una mujer con desnutrición, obesidad o sobrepeso va a transmitir esa carga genética e incrementar las posibilidades de que sus hijos e hijas tengan desnutrición, sobrepeso u obesidad, ojo que el énfasis no se pone en el hecho de ser mujer, sino en la descendencia. En ese sentido se propone que las mujeres embarazadas tengan un control alimenticio que evite la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad para que el desarrollo del feto se dé de la mejor manera. Complementario a lo anterior proponen que la alimentación de los bebés sea durante los primeros seis meses exclusivamente con lactancia materna y que después de los seis meses se complemente la alimentación del bebé de una manera integral, precisando que es fundamental el seguimiento y desarrollo de los bebés en sus primeros 1 000 días.

Esta última política se promueve muy fuertemente, dada evidencia adicional que implica que un niño que tuvo una buena alimentación tiene menos posibilidades de deserción escolar, así como también de incurrir en prácticas delictivas, y sufrir enfermedades crónicas no transmisibles e incluso otras enfermedades resultado de un mejor sistema inmunológico, con todos los costos que para él y para la sociedad implican, resultando así en una política de desarrollo sostenible.

Cabe mencionar que esta política de inversión temprana en el desarrollo de la primera infancia es impulsada por el banco mundial. *“Los primeros cinco años, que se inician aun antes del comienzo del embarazo, hacen mucho más que formar el cerebro y el cuerpo. Allí se determina la capacidad que tendrá cada niño durante el resto de su vida para crecer, aprender, preservar la salud e interactuar adecuadamente con otros.”* (Banco Mundial, 2016)

Según el organismo, la atención o desatención temprana, puede implicar incluso que las personas descuidadas en esos primeros días de su vida de adultos ganen menos dinero y permanezcan en la trampa de la pobreza. De ahí que se entiende que la desigualdad empieza en el nacimiento, pudiese ser que incluso antes. Es así que los planteamientos son encaminados para el Desarrollo de la Primera Infancia (DPI), resultando ser, según suficiente evidencia en otros países, *“una de las inversiones más inteligentes que un país puede hacer por su futuro”*.

Según el informe de UNICEF México 2015, la inversión social en la primera infancia representa 0.8 por ciento del Producto Interno Bruto de México en 2012, entendiendo que la primera infancia es la que va de los cero a los cinco años.

Esta política, es integral, ya que implica un tema de cuidados para los infantes, garantizar su alimentación, pero más allá de eso también garantizar su salud, estimulación, cuidados y educación, lo cual implica garantizar el acceso a muchos servicios, como por ejemplo agua potable y saneamiento, cuestiones no cubiertas para gran parte de la población, aquella que está en condiciones de pobreza extrema o por debajo de la línea de bienestar mínima.

Adicionalmente, vale la pena precisar que relacionado con estos temas, el Anexo 13 cuenta en el ramo 12 Salud, con dos programas, el programa de Salud materna, sexual y reproductiva, mismo que para 2018, tiene un presupuesto de 2 321.34 millones de pesos y el programa de Prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes el cual ostenta un presupuesto de 395.42 millones de pesos, los cuales

pueden dirigir acciones a atender más puntualmente algunas de estas problemáticas anteriormente expuestas, favoreciendo un mejor desarrollo, más integral, igualitario e incluyente.

2. La pobreza, la alimentación y el *Anexo 13 Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres* (un acercamiento al tema de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad).

Por aproximación metodológica, al menos de momento, se habla de pobreza extrema y de desnutrición, conscientes estamos de las diferencias entre ambos conceptos, de que son eventos que pueden ser mutuamente excluyentes, es decir, puede no tenerse pobreza extrema, incluso no tenerse pobreza en absoluto, y tener algún grado de desnutrición y viceversa.

Sin embargo, dada la definición que da el CONEVAL, organismo encargado de la evaluación de la política social en el país, es que nos permitimos hacer esa aproximación, ya que el organismo considera que una persona se encuentra en condición de pobreza cuando tiene al menos una carencia social y si su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias y peor aún *“una persona se encuentra en situación de pobreza extrema cuando tiene tres o más carencias sociales, de seis posibles y, además, su ingreso total es menor que la línea de bienestar mínimo.*

“La población en esta situación dispone de un ingreso tan bajo que aun si lo dedicase por completo a la adquisición de alimentos, no podría acceder a aquellos que componen la canasta alimentaria.”

Es así que comenzamos por abordar a aquella población que se encuentra en desnutrición, por no tener otra opción, por no tener la posibilidad de no serlo, simplemente con sus ingresos no puede garantizarse una alimentación adecuada.

Además, el CONEVAL considera que las estimaciones de pobreza son una herramienta que apoya y fortalece la planeación y evaluación de la política de desarrollo social, de igual manera dicho organismo considera, como desafíos para la reducción de la pobreza, *“abatir las desigualdades municipales y regionales, propiciar el ejercicio pleno de los derechos sociales y alcanzar un ritmo de crecimiento económico elevado y sostenido”*.

De acuerdo a dicho organismo para 2015, en cinco entidades federativas se concentraron los 193 municipios que tenían al 95 por ciento o más de su población en situación de pobreza (Oaxaca 143, Chiapas 32, Veracruz 7, Guerrero 6 y Puebla 5).

Cuadro 1

15 Municipios con mayor porcentaje de población en condición de pobreza

Municipio o demarcación	Entidad Federativa	Porcentaje de Población en Pobreza
Santos Reyes Yucuná	Oaxaca	99.9
Santa María Zaniza	Oaxaca	99.7
Aldama	Chiapas	99.6
Chanal	Chiapas	99.6
San Juan Cancuc	Chiapas	99.6
San Andrés Duraznal	Chiapas	99.5
San Juan Ozolotepec	Oaxaca	99.4
Nicolás Ruíz	Chiapas	99.4
Coicoyán de las Flores	Oaxaca	99.4
San Simón Zahuatlán	Oaxaca	99.4
Cochoapa el Grande	Guerrero	99.3
Santo Domingo Ozolotepec	Oaxaca	99.3
Chalchihuitán	Chiapas	99.3
Santiago Tlazoyaltepec	Oaxaca	99.2
San Miguel Tilquiápam	Oaxaca	99.2

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de:

https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/AE_pobreza_municipal.aspx

Por otro lado, los 15 municipios o demarcaciones que tenían el mayor número de personas en situación de pobreza para el año 2015 fueron:

Cuadro No. 02
15 Municipios con mayor población en condición de pobreza

Municipio o demarcación	Entidad Federativa	Población en pobreza 2015
Ecatepec de Morelos	Estado de México	786 843
Puebla	Puebla	699 016
Iztapalapa	Distrito Federal	665 408
León	Guanajuato	522 736
Tijuana	Baja California	499 136
Chimalhuacán	Estado de México	483 845
Acapulco de Juárez	Guerrero	436 947
Toluca	Estado de México	413 281
Juárez	Chihuahua	396 882
Nezahualcóyotl	Estado de México	393 721
Zapopan	Jalisco	382 961
Guadalajara	Jalisco	370 890
Gustavo A. Madero	Ciudad de México	344 966
Naucalpan de Juárez	Estado de México	325 179
Morelia	Michoacán	319 068

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de:

https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/AE_pobreza_municipal.aspx

Si se presta atención a los datos presentados en pobreza en extrema, se observa que para el año 2015 había 33 municipios, localizados en su totalidad en el sur del país, (en los estados de Oaxaca 22, Chiapas 8 y Guerrero 3) los cuales tienen 70 por ciento o más de su población en condiciones de pobreza extrema.

De igual manera, se puede precisar, que, en el país, de acuerdo al CONEVAL 2015, existen 74 municipios que tienen una población en condiciones de pobreza extrema que es superior a las 20 mil personas, dichas municipalidades se encuentran en 18

entidades federativas concentrándose principalmente en el centro-occidente y sur del país.

Adicionalmente se puede observar que la población total del país se incrementó en un 5.96 por ciento para 2015 respecto a 2010, mientras que la población en situación de pobreza sólo se incrementó en un 1.07 por ciento, pasó de ser una población de poco más de 52.8 millones de personas a una ser una población un poco inferior los 53.4 millones de personas (es decir la población en condiciones de pobreza del país pasó de representar el 46.11 por ciento de la población total a representar 43.98 por ciento de la misma).

Un logro se da en el marco de la pobreza extrema, la cual muestra una reducción para el periodo de 2010-2015 del 25.48 por ciento, al pasar de una población en dichas condiciones de 13 millones de personas a una población de 9.66 millones de personas, es decir, para 2015 el 7.96 por ciento de la población se encuentra en pobreza extrema.

Como es de esperarse, parte de la población que salió de pobreza extrema y que no salió de pobreza, se encuentra en un segmento denominado pobreza moderada, el cual muestra un incremento del 9.7 por ciento en 2015 respecto a 2010.

Por otro lado, para el mismo periodo, las personas vulnerables por ingresos se incrementaron en un 39.18 por ciento, al pasar de una población de 6.75 millones de personas a ser 9.39 millones de personas según el CONEVAL. Vulnerables por ingreso es *“aquella población que no presenta carencias sociales pero cuyo ingreso es inferior o igual a la línea de bienestar”*, mientras que vulnerables por carencias sociales es *“aquella población que presenta una o más carencias sociales, pero cuyo ingreso es superior a la línea de bienestar.”*

Adicionalmente y rompiendo con lo expuesto se tiene a la población que no es pobre y no es vulnerable, la cual creció para 2015 un 15.28 por ciento respecto a 2010, se

pasó de una población de 22.84 millones de personas a una población de 26.33 millones de personas. Dicha población representó en 2010 el 19.94 por ciento de la población total del país y para 2015 el 21.70 por ciento de la misma.

Por otro lado, poniendo atención a la población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo, se tiene que en 2010 representaba el 19.40 por ciento de la población total del país y para 2015 representó el 18.40 por ciento de la misma, eso muestra en términos relativos una reducción como parte del total de la población, sin embargo, en términos absolutos la población en dichas circunstancias se incrementó, en aproximadamente 113 218 personas. La Línea de bienestar mínimo está fijado para zonas rurales en un ingreso mensual por persona de 1 053.08 pesos y para el entorno urbano en 1 482.54 pesos mensuales por persona.

Un primer acercamiento, que más que una realidad representa una tesis, sería que, en nuestro país, la población que se encuentra en estas graves situaciones de pobreza lleva a cabo una alimentación que cubre con la ingesta calórica necesaria para sobrevivir, la cual para adultos ronda las 2 000 calorías pero que varía en función de la edad y del sexo, sin embargo, se descuida la ingesta de muchos nutrientes necesarios, para tener una vida saludable. Adicionalmente se mencionan los cambios en patrones culturales resultado, entre otras causas, del cambio en el lugar de residencia, flujos migratorios, al pasar de vivir en zonas rurales a vivir en la periferia de zonas urbanas, así como también interviene el consiguiente sedentarismo.

Así se manifiesta en algunas regiones del país, donde es evidente el alto consumo de azúcares y grasas, con las cuales pretenden cubrir la demanda de energía necesaria para su día a día, deteriorando de manera paulatina su cuerpo y salud a largo plazo, cuestión que en edades tempranas afecta el desarrollo en todos los sentidos (psicomotriz, inmunológico, propensión a enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros).

Por otro lado, e igualmente alarmante es que, de acuerdo a la información del banco mundial, para el año 2015 menos del 4.2 por ciento de la población de México muestra *prevalencia de desnutrición* que se traduce como “*el porcentaje de la población cuya ingesta de alimentos no alcanza para satisfacer sus requisitos alimenticios de energía de manera continua.*”

La mayoría de la información y de los análisis se plantean como pruebas pilotos, y la información disponible es relativamente reciente por lo que aún es perfectible y no se dispone de mayor información (series de datos) para análisis más detallados. Sin embargo, la información disponible resulta importante como un primer acercamiento, una primera mirada a la problemática. Se exhorta a continuar recabando información, a que ésta tenga más nivel de detalle, para poder esclarecer la causalidad en las variables o indicadores y ponderar la significancia de cada variable. El tener más y mejor información permitirá entender mejor la problemática y llevar a cabo mejores Políticas Públicas, más certeras y eficientes.

“No es justo que las desigualdades sociales que existen en México empiecen a determinar, incluso antes de su nacimiento, las oportunidades que muchos niños van a tener en sus vidas. Con muchísima frecuencia, la discriminación y las desventajas a causa del género, el lugar de nacimiento o la condición social y económica definen si los niños sobrevivirán y prosperarán.” Isabel Crowley (UNICEF México, 2016)

Comentarios a manera de conclusión

México cuenta con estudios de costo del sobrepeso y la obesidad (2008 y 2015) realizados por la Secretaría de Salud y sin embargo tiene regiones como Chiapas que se encuentra entre los cuatro estados más pobres de México y está entre los más vulnerables ante la actual situación de crisis alimentaria, sin que se tomen las medidas de política pública necesarias por la población de este Estado.

A pesar de todo, las políticas de alimentación y nutrición en México han tenido un avance en la última década, tomando en consideración los problemas de mala nutrición (desnutrición, deficiencias nutricionales, y sobrepeso y obesidad) que prevalece actualmente entre la población. Como parte de resultados de la implementación de algunos programas focalizados se observó una reducción a la mitad de la desnutrición crónica entre 1988 y 2012; sin embargo, a 2016 y 2017 las cifras aún son desalentadoras ya que aún existen alrededor de 1.5 millones de niños menores de 5 años con este problema.

Aunque los principales programas y acciones de combate a la desnutrición y del sobrepeso y obesidad han sido evaluados y rediseñados en los últimos años, es necesario profundizar el análisis de la evidencia generada por esos estudio, principalmente de las iniciativas tendientes a reducir la prevalencia de la obesidad, y la desnutrición. Una revisión rigurosa permitirá llevar a cabo el rediseño continuo de estos programas para articular el combate de la malnutrición; garantizar la disponibilidad, el acceso y el uso adecuado de los alimentos en la población, en particular la que se encuentra en condición de pobreza; así como la promoción y vigilancia de buenos hábitos alimenticios y de actividad física, que garanticen un adecuado crecimiento y desarrollo desde etapas tempranas de la vida.

Por otro lado los trastornos alimenticios refieren a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que pueden presentarse con distintos niveles de severidad. Se trata de enfermedades crónicas y progresivas que, si bien se manifiestan a través de la conducta alimentaria, aluden a una gama compleja de síntomas en los que se conjugan factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales, de ahí la complejidad para comprender y atender este problema de salud pública, que afecta en México, sobre todo a niñas, adolescentes y mujeres.

La información estadística consultada refiere, entre otras cosas que, en México se estima que los trastornos de la conducta alimentaria afectan a poco más de dos millones de personas, y al año se suman 20 mil más y que éstos afectan más a

mujeres que a hombres. Entre los datos revisados destaca que: en 90% de los casos, la anorexia se desarrolla en mujeres a partir de los 17 años de edad y generalmente la mitad de ellas migran a la bulimia. De 10 casos de anorexia nueve son mujeres y un hombre; mientras que de bulimia siete son mujeres y tres hombres (ss, 2009:14).

Con respecto a la obesidad, la cual si bien no es un trastorno alimenticio como tal, si puede derivar de uno de éstos, se destaca, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006 que en México, alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5%, hombres, 24.2%) padece obesidad.

En el ámbito de los instrumentos marco de política pública que se revisaron, es importante considerar que, en ninguno de éstos se logró identificar de manera explícita, medidas de política pública orientadas a prevenir y atender los trastornos alimenticios, principalmente en niñas y mujeres.

De igual manera, no se logró ubicar acciones específicas de política pública orientadas a la prevención y atención de la anorexia, la bulimia, y el atracón cuya población objetivo sean prioritariamente las niñas y las mujeres.

La preocupación en la agenda de política pública parece centrarse en el problema de la obesidad, acerca del cual se reconoce, en la información estadística disponible y en los instrumentos marco de política pública, como un fenómeno (epidemia) que genera problemas importantes de salud, en gran parte de la población en México. Se identifica como un problema de salud pública que ha crecido de manera significativa en México y que afecta en mayor medida a las mujeres con respecto a los hombres.

En este sentido, es importante considerar que el programa presupuestario denominado: Prevención contra la obesidad (ss), el cual en 2010 y en 2011 cuenta con GEMIG, no reportó en 2010 indicadores referidos de manera específica a la

atención de niñas y mujeres. En la información expuesta en el cuarto informe trimestral de 2010 no se alcanzan a identificar los resultados de sus acciones en beneficio de las niñas y las mujeres que padecen obesidad.

Tal como refieren especialistas en el tema (Rivera, Parra y Barriguete, 2005), en materia de política pública, pareciera que no se han incorporado aun, de manera integral los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) que afectan principalmente a niñas y mujeres, como tema de atención prioritaria en la agenda de política pública.

Referencias

- Banco Mundial, 2016, *Desarrollo en la primera infancia: Una inversión inteligente para toda la vida*. Consultado el día 12 de Junio de 2018 en: <http://blogs.worldbank.org/education/es/desarrollo-en-la-primera-infancia-una-inversi-n-inteligente-para-toda-la-vida>
- Banco Mundial, 2018, *Datos: Prevalencia de desnutrición (% de la población)*. Consultado el día 13 de Junio de 2018 en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SN.ITK.DEFC.ZS?locations=MX>
- Boletín Cámara de Diputados No. 5417, 2018, *Obesidad en México, problema de salud pública grave; urge atenderla: Corzo Olán*. Consultado el día 12 de Junio de 2018 en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2018/Abril/29/5417-Obesidad-en-Mexico-problema-de-salud-publica-grave-urge-atenderla-Corzo-Olan>
- Carretero, C (2005). *Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): definición y tipologías*. Información rescatada En junio de 2018 en: www.educaweb.com
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (**CONEVAL**), 2016, *Pobreza a nivel municipio 2010 y 2015*. Consultado el día 08 de junio de 2018 en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>
- Dragonné, Carlos. *Gastronomía Mexicana: Una historia que se cuenta por tradiciones. En los Sabores de México y El Mundo*. <https://lossaboresdemexico.com/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF México), 2016, *Informe Anual 2015 UNICEF México*, Consultado del 13 de Junio de 2018 en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEFMX_15_low.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF México), *El doble reto de la malnutrición y la obesidad*. Consultado del 12 de Junio de 2018 en: <https://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos-Presidencia de la República (GEUM-PR), (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013
- Instituto Nacional de Salud Pública (**INSP**), 2018, *Sobrepeso y obesidad en México*. Consultado el día 12 de junio de 2018 en: <https://www.insp.mx/avisos/4737-sobrepeso-obesidad-mexico.html>
- Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (**OMENT**), 2017, *México ocupa el 2° lugar en obesidad en adultos según la OCDE*. Consultado el día 12 de junio de 2018 en: <http://oment.uanl.mx/mexico-ocupa-el-2o-lugar-en-obesidad-en-adultos-segun-la-ocde/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2017). *Más sano más justo más seguro. La travesía de la salud mundial 2007-2017*. <http://www.who.int/publications/10-year-review/healthier-fairer-safer/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2018). *Informe sobre la salud en el mundo*. en: www.oms.org, <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- Periódico Excelsior, 2018. *Obesidad en México, problema de gravedad mayor: FAO*. Consultado el día 12 de Junio en: <https://www.excelsior.com.mx/global/2018/03/11/1225688>

- Rivera, M., Parra, M., Barriguete, J. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. *Salud Pública*; Vol. 47(4):308-318. Recuperado el 25 de abril de 2018 en: <http://insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000176>
- Secretaría de Educación Pública (SEP) (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad. Programa de Acción en el Contexto Escolar. Programa Sectorial de Educación. México.
- Secretaría de Educación Pública (sep) (2017). Modelo Educativo. Salud en tu escuela. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/283757/SALUD_DIG.pdf
- Secretaría de Hacienda y Crédito Pública (SHCP), (2017). *Informes sobre la Situación la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública. Anexo XVIII. Avance de los Programas Presupuestarios con Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres*. Cuarto Trimestre de 2017. México. Versión electrónica disponible en www.apartados.hacienda.gob.mx
- Secretaría de Relaciones Exteriores. *Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2015-2018*. (PROIGUALDAD). 18 de marzo de 2016. <https://www.gob.mx/sre/articulos/programa-para-la-igualdad-entre-mujeres-y-hombres-2015-2018-24054>.
- Secretaría de Salud (ss), (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*. Autor: Centro Nacional para la Equidad de Género y la Salud Reproductiva (CNEGSR). México. Recuperado el 19 de junio de 2018.
- Secretaría de Salud (ss), (2010b). *México Sano*. Año 3, Número 16. México.
- Secretaría de Salud (ss), (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. México.
- Unikel, C., Bojorquez, L. y Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública*. Vol.46:509-515 Artículo original disponible en: [disponible en: http://www.insp.mx/salud/46/eng](http://www.insp.mx/salud/46/eng)
- <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>
- <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2015/07/24/crece-pobreza-en-mexico-hay-dos-millones-mas-coneval>
- <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?ind=6300000269>
- <http://mexico.cnn.com/nacional/2014/08/09/7-datos-sobre-los-retos-que-enfrentan-los-indigenas-en-mexico>
- http://www.inegi.org.mx/eventos/2013/RDE_07/Doctos/RDE_07_Art1.pdf
- <http://www.fao.org/hunger/en/>



Cámara de Diputados
LXIII Legislatura
Junio 2018

<http://celig.diputados.gob.mx>
celig.difusion@congreso.gob.mx

51 28 55 00 Ext. 59218/ 50 36 00 00 Ext.59206

Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género

Lic. Aurora Aguilar Rodríguez
Directora General

Lic. Vanessa Sánchez Vizcarra
Dirección de Estudios Sociales
de la Posición y Condición de las Mujeres y la Equidad de Género

Mtra. Olivia Franco Barragán
Director de Estudios Jurídicos
de los Derechos Humanos de las Mujeres y la Equidad de Género

Patricia Garduño Morales
Pablo Delgadillo Vallejo
Antonio Abimahel Barrón Pelcastre
Emma Trejo Martínez
Elaboración