
Comentarios a la ENSANUT 2012

Los comentarios de esta sección derivan de los presentados por los autores en el seminario *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: análisis de la evidencia para las políticas públicas en salud*, llevado a cabo en noviembre de 2012 y en el que se presentaron los resultados preliminares de la encuesta y se discutieron las implicaciones de la evidencia encontrada para el diseño de políticas públicas en materia de salud y nutrición.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, el principal problema de salud en México

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son el reto principal que enfrentan los sistemas nacionales de salud.¹ Algunos de sus desenlaces como la diabetes y la cardiopatía isquémica son las causas más frecuentes de muerte en los adultos. El número de casos ha aumentado en pocos años y un alto porcentaje de la población tiene condiciones o conductas que aumentan su riesgo de padecerlas a mediano plazo. Las estrategias requeridas para el control de las ECNT son complejas y costosas; como resultado, pese al gasto del sector salud, muchos pacientes son tratados en forma tardía o insuficiente. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento eficaz de las ECNT deben ser una prioridad en las políticas públicas.²

Su impacto es mayor en los países en desarrollo.³ En ellos reside

una proporción alta de los casos, que enfrentan limitaciones para el acceso a los servicios de salud. Las ECNT afectan a individuos en etapas productivas, contribuyendo a la generación de pobreza. La generación de planes contra las ECNT requiere de información representativa de la población. Este requisito se cumple pocas veces en el mundo en desarrollo por la ausencia de encuestas nacionales. Tal limitante no aplica para nuestro país. México cuenta con cuatro encuestas en las dos décadas más recientes. La información que brindan la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1994), la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) y las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición de 2006 y 2012 (ENSANUT) permite conocer la prevalencia de algunas de las ECNT y de las condiciones que las preceden. Una fortaleza adicional es la generación de información sobre algunos de los procesos que determinaron el estado actual de la epidemia (como

la actividad física, las conductas alimentarias de riesgo y las características de la alimentación). Aunque existen diferencias en el muestreo y en la recolección de la información que limitan la comparación de los estudios, las encuestas nacionales permiten estimar la magnitud de los cambios ocurridos en los últimos 18 años e identificar los grupos poblacionales a intervenir para contener el crecimiento de las ECNT.

Las condiciones que determinan la aparición de la diabetes tipo 2 y sus comorbilidades pueden estar presentes desde los primeros años de vida.⁴ Los niños cuyo peso es anormal en la infancia tienen un mayor riesgo de sufrir ECNT en la vida adulta. Los resultados de la ENSANUT 2012 confirman la tendencia observada en 2006 sobre la disminución de la prevalencia de la talla baja y la desnutrición (definidas con los criterios de la Organización Mundial de la Salud 2006) en menores de cinco años. Entre 1999 (Encuesta Nacional de Nutrición) y 2012, el

porcentaje de la población infantil con talla baja disminuyó de 21.5 a 13.6%. Tal observación sugiere que los programas sociales y el incremento de los estándares de vida han tenido el efecto deseado sobre la nutrición infantil. Sin embargo, como resultado de la disminución de la prevalencia de las enfermedades infecciosas y el incremento en el consumo calórico, la obesidad ha desplazado a la desnutrición como el principal reto a resolver. La prevalencia de sobrepeso y obesidad (34.8%) informada en 2006 en los niños entre 5 y 11 años fue una señal de alarma para el sistema nacional de salud y la población. Los resultados de 2012 sugieren que las acciones tomadas (como los programas escolares basados en la modificación de la actividad física, de la curricula y de los alimentos)⁵ tuvieron efecto ya que el porcentaje de casos con peso arriba de lo saludable fue el mismo que el encontrado en 2006. El resultado es acorde con los informes recientemente publicados sobre el impacto de los programas escolares sobre la obesidad infantil.^{6,7} Pese a lo anterior, la obesidad infantil debe seguir siendo considerada como una de las mayores amenazas para la salud de los mexicanos; los autores de la ENSANUT 2012 estiman que 5 664 870 escolares tienen un peso corporal que los expone a sufrir ECNT en la adultez.

Contrario a lo encontrado en los niños, la información sobre la obesidad en los adolescentes no es alentadora. La prevalencia y el número de casos continúan en crecimiento. El 35% tiene obesidad o sobrepeso; 5% más que en 2006. La prevalencia se traduce en cerca de 6.3 millones de adolescentes afectados. El incremento fue mayor en las mujeres (7 vs 3%). Una virtud de la encuesta es la inclusión de información sobre

algunas conductas de la población que pueden ser blanco de políticas públicas. Por ejemplo, el porcentaje de los adolescentes que permanecen sedentarios frente a una pantalla por más de 12 horas a la semana aumentó 25%. En 2012, 64% de los adolescentes permanecen frente a una pantalla más de la mitad de un día por semana. Por ende, la creación de espacios seguros y programas que permitan la práctica de actividades recreativas que impliquen algún tipo de actividad física son alternativas a considerar. Además, las conductas alimentarias de riesgo son frecuentes. Entre las mujeres, cerca de 10% tiene problemas para el control del apetito y 5% ha intentado una dieta para perder peso. El problema no es exclusivo de las mujeres; aunque las prevalencias son menores, las conductas alimentarias de riesgo también fueron detectadas en los hombres. Por lo tanto, la atención de los trastornos de la conducta alimentaria debe formar parte de la respuesta del sistema nacional de salud para el control de la obesidad. Por lo anterior, los datos de la ENSANUT 2012 servirán de base para generar acciones específicas para el control de la obesidad en los adolescentes.

La mayoría de los adultos mexicanos (71.2%) tiene un índice de masa corporal que los pone en riesgo de sufrir una ECNT. Como en la mayoría de los países occidentales, la prevalencia de la obesidad es mayor en las mujeres (37.5 vs 26.8%); empero, el crecimiento porcentual es mayor en los hombres (10.7 vs 8.6%). Como resultado, la diferencia entre los grupos de género en la prevalencia de la obesidad ha disminuido. En 1994, la obesidad era 1.68 veces más frecuente en la mujer; ahora, el valor correspondiente es 1.39. Tal observa-

ción sugiere que los factores sociales y ambientales que han determinado el crecimiento de la obesidad operan en forma distinta en hombres y mujeres. En consecuencia, se requerirá considerar el efecto del género en todo programa destinado al control de la enfermedad. Las prevalencias más altas fueron observadas en los mayores de 50 años; más de 80% tiene un índice de masa corporal mayor de 25 kg/m². Dado que el incremento de la actividad física es un componente indispensable para el control de la obesidad, los programas que se implementen con este fin deberán ser adaptables a diversos grupos etarios.⁸ El análisis del perfil clínico y sociodemográfico del paciente con obesidad que nos brinda la ENSANUT 2012 es el primer paso para asignar prioridades e implementar políticas públicas; la población afectada es heterogénea, lo que impide que el mismo programa preventivo o terapéutico sea útil para todos los estratos de la población.

En el periodo 1994-2012, la prevalencia de la obesidad aumentó 55% (de 20.9 a 32.4%). Sin embargo, el crecimiento porcentual de la prevalencia de la obesidad fue menor en el periodo 2006-2012 (5.1%) contra lo observado en los seis años previos (2000-2006: 29.9%). Aunque tal observación es alentadora, el número creciente de casos justifican el fortalecimiento y la revisión de las acciones implementadas contra la obesidad. El grupo de la población que tuvo el crecimiento mayor fueron las mujeres entre 20 y 29 años, lo cual debe ser considerado como una alerta ya que un número creciente de embarazos tendrá complicaciones relacionadas al sobrepeso (como la preclampsia y la diabetes gestacional). Esta observación identifica un área de oportuni-

dad: la atención prenatal y postnatal de la mujer debe incluir programas de tratamiento que permitan que los embarazos ocurran en el mejor estado de salud posible y que el peso ganado durante el embarazo sea menor de 10 kilogramos; el peso deberá regresar al valor inicial en el puerperio mediante la lactancia.

El resultado del crecimiento del número de casos con obesidad es un incremento en la prevalencia de las ECNT. El mejor ejemplo es la diabetes tipo 2. El porcentaje de adultos con diabetes ha crecido entre 1994 y 2012 a una tasa mayor a la observada en otros países. En 1994, la prevalencia de la diabetes era de 6.7% (4.6% casos previamente diagnosticados y 2.1% diagnosticados durante la encuesta). En 2000, la prevalencia fue de 7.5% (5.8% casos previamente diagnosticados y 1.7% diagnosticados durante la encuesta).⁹ En 2006, la prevalencia fue de 14.4% (7.3% casos previamente diagnosticados y 7.1% diagnosticados durante la encuesta).¹⁰ Se estimaba que 7.3 millones de mexicanos tienen diabetes, de los cuales 3.7 millones conocen su diagnóstico. Cerca de 60% de los casos habían sido diagnosticados cinco o más años antes de participar en la encuesta. La ENSANUT 2012 actualiza la información para los casos que conocían su diagnóstico al participar en la encuesta. El porcentaje se incrementó de 7.3 a 9.2%, lo que se traduce en 6.4 millones de adultos que requieren atención por el sistema nacional de salud. Además de alertarnos sobre el crecimiento en el número de casos, la ENSANUT 2012 hace un diagnóstico de la calidad de la atención que el sistema nacional de salud brinda al control de la hiperglucemia y sus comorbilidades. Un alto porcentaje de los pacientes tiene un acceso frecuen-

te a los servicios de salud; la mediana del número de consultas en el último año para control de la diabetes fue de 10. Pese a ello, pocas veces se llevan a cabo las acciones que previenen o detectan en forma oportuna las complicaciones crónicas. Por ejemplo, la revisión de pies fue registrada en 14.6% de los casos. Los porcentajes correspondientes para la revisión oftalmológica y la evaluación de función renal fueron aún menores. Un porcentaje muy pequeño recibe antigregantes plaquetarios (4.9%). Para el control de la hiperglucemia, 85.5% de las personas recibían tratamiento médico, de los cuales 72.4% recibían hipoglucemiantes orales y 13% recibían insulina sola o combinada con hipoglucemiantes orales. Sin embargo, el porcentaje de los casos que tenían una HbA1c acorde con las guías vigentes (<7%) era bajo (25%); la tasa de control es inferior a lo observado en otros países con nivel de desarrollo similar. La evaluación de la calidad del control de la hiperglucemia es deficiente. Sólo 52.7% de los casos tenían mediciones de glucosa en sangre. En contraste, métodos que han sido abandonados por su imprecisión (como la glucosuria) aún son utilizados. Las deficiencias del tratamiento no se limitan al control de la hiperglucemia; ocurren por igual para el tratamiento de las comorbilidades de la diabetes.

El análisis conjunto de las cuatro encuestas nacionales permite identificar tres retos mayores a resolver para el control de las ECNT: existe un número creciente de casos en riesgo, un porcentaje alto de los casos con ECNT no están diagnosticados y la efectividad del tratamiento es insuficiente. La historia natural de las ECNT puede ser modificada con acciones que cambien el curso clínico

de las condiciones que determinan su incidencia y sus complicaciones. Los resultados de la ENSANUT 2012 jugarán un papel crítico en la elección de las poblaciones a intervenir y de los programas que requieren de mayor prioridad. La respuesta organizada del sistema debe incluir la combinación de políticas públicas que faciliten y estimulen la adopción de un estilo de vida saludable además de la reorganización de los servicios de salud para cambiar de un modelo adecuado para enfermedades infecciosas agudas al necesario para el manejo de patologías complejas y multifactoriales. En suma, los retos para contener el impacto de las ECNT son múltiples, sin embargo, las limitantes son identificables y existen programas que han demostrado su costo efectividad.^{11,12} Sin embargo, se requiere de una respuesta organizada del sistema nacional de salud para implementarlos.

La plasticidad del instrumento es crucial para que el estudio cumpla sus objetivos. En la ENSANUT 2012 se incluyeron nuevas variables que serán utilidad en el desarrollo de políticas públicas, como las relacionadas con la efectividad de los servicios de salud o de los programas preventivos. Se añadió un apartado sobre el adulto mayor, en que describe la utilización de los servicios y la prevalencia de algunos desenlaces (como las caídas y el déficit auditivo o visual). Destacó la prevalencia de demencia (7.9%) y de deterioro cognitivo (7.3%), las cuales son condiciones resultantes de la exposición a las ECNT. Otras secciones del informe global como la relacionada a la hipercolesterolemia deben ser revisadas ya que el porcentaje alto de subdiagnóstico y la incertidumbre en el registro de algu-

nos diagnósticos limitan la utilidad de la información. La inclusión de otros desenlaces (como la depresión) y la estratificación de la población con base en su riesgo cardiovascular son acciones complementarias a considerar en el futuro

Termino expresando mi felicitación a los organizadores de la encuesta. Pocos países del continente cuentan con información equiparable a la generada por las encuestas nacionales mexicanas. El análisis de la información por grupos multidisciplinarios y la utilización exhaustiva de los resultados es el siguiente paso. Se cuenta con elementos necesarios para el diseño e implementación de políticas públicas basadas en evidencias con objetivos transexenales. Es responsabilidad de todos que los involucrados cumplan con su parte para enfrentar las ENCT.

Agradecimientos

Expreso mi gratitud al doctor Mauricio Hernández Ávila y a los organizadores de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 por la oportunidad de comentar los resultados relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles.

Carlos A Aguilar-Salinas, M Esp.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Departamento de Endocrinología y Metabolismo, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México DF, México / caguilar.salinas@yahoo.com

Referencias

- Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Avila M, et al. Chronic non-communicable diseases in Mexico: epidemiologic synopsis and integral prevention. *Salud Publica Mex* 2008;50:419-427.
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.
- Macinko J, Dourado I, Guanais F. Enfermedades crónicas, atención primaria y desempeño de los Sistemas de Salud: Diagnóstico, herramientas e intervenciones. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2012.
- Aguilar-Salinas CA, Mehta R, Rojas R, Gómez-Pérez FJ, Olaiz G, Rull JA. Management of the metabolic syndrome as a strategy for preventing the macrovascular complications of type 2 diabetes: controversial issues. *Curr Diabetes Rev* 2005;1: 145-158.
- Secretaría de Salud. Acuerdo nacional para la salud alimentaria: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Mexico DF: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, 2010.
- Pérez-Morales ME, Bacardi-Gascón M, Jiménez-Cruz A, Armendáriz-Anguiano A. Intervenciones aleatorias controladas basadas en las escuelas para prevenir la obesidad infantil: revisión sistemática de 2006 a 2009. *Arch Latinoam Nutricion* 2009;59:253-259.
- Hoelscher DM, Springer AE, Ranjit N, Perry CL, Evans AE, Stigler M, et al. Reductions in child obesity among disadvantaged school children with community involvement: the Travis County CATCH Trial. *Obesity* 2010;18 Suppl 1:S36-S44.
- Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. *Obesity Facts* 2008;1:106-116.
- Aguilar-Salinas CA, Velazquez-Monroy O, Gómez-Pérez FJ, for the ENSA 2000 Group. Characteristics of the patients with type 2 diabetes in México: results from a large population-based, nation-wide survey. *Diabetes Care* 2003;26:2021-2026.
- Aguilar-Salinas CA, Gómez Pérez FJ, Rull JA, Villalpando S, Barquera S, Rojas R. Prevalence of dyslipidemias in the 2006 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *2009 Salud Publica Mex* 2010;52 (supl1) S44-S53
- Sassi F. Obesity and the Economics of Prevention. FIT NOT FAT. Paris: OCDE, 2010.
- Pan American Health Organization. Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity and health. Washington DC: Pan American Health Organization, 2006.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 ante los temas de cobertura y calidad

La cobertura universal de aseguramiento en salud es la herramienta que tienen los Estados para proteger financieramente a las familias ante el

riesgo de enfrentar una enfermedad. El aseguramiento universal permite el agrupamiento de riesgos y la consecuente mitigación de actitudes oportunistas, como selección adversa; el establecimiento de subsidios cruzados, entre la población joven y sana a la población mayor y enferma, y de los de mayor ingreso a los de menor ingreso es una forma efectiva de incentivar comportamientos preventivos en la población.

Bajo este argumento, y en concordancia con la tendencia observada en el mundo, en México se adoptó desde 2004 una política agresiva de extender el aseguramiento en salud a la población que no contaba con un seguro de salud de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSFAM,* Pemex y otros regímenes estatales, conocidos como ISSSTE estatales). La extensión de cobertura se llevó a cabo a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido más comúnmente como Seguro Popular.

Esta política permitió al gobierno federal declarar el alcance de la cobertura universal en 2011.¹ La afirmación se sustentaba al analizar los datos administrativos de las instituciones de seguridad social y del SPSS.

La Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT 2012)² y las encuestas previas (ENSANUT 2006 y ENSA 2000)^{3,4} permiten analizar el tema de la cobertura con mucho detalle. Lo que la encuesta reporta es 1) la cobertura del aseguramiento ha aumentado significativamente en los últimos años, pasando de 40% en el año 2000, a 45% en 2006, a aproximadamente 75% en 2012; y 2) la cobertura se logra a través de múltiples esquemas de aseguramiento: Seguro

* Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.