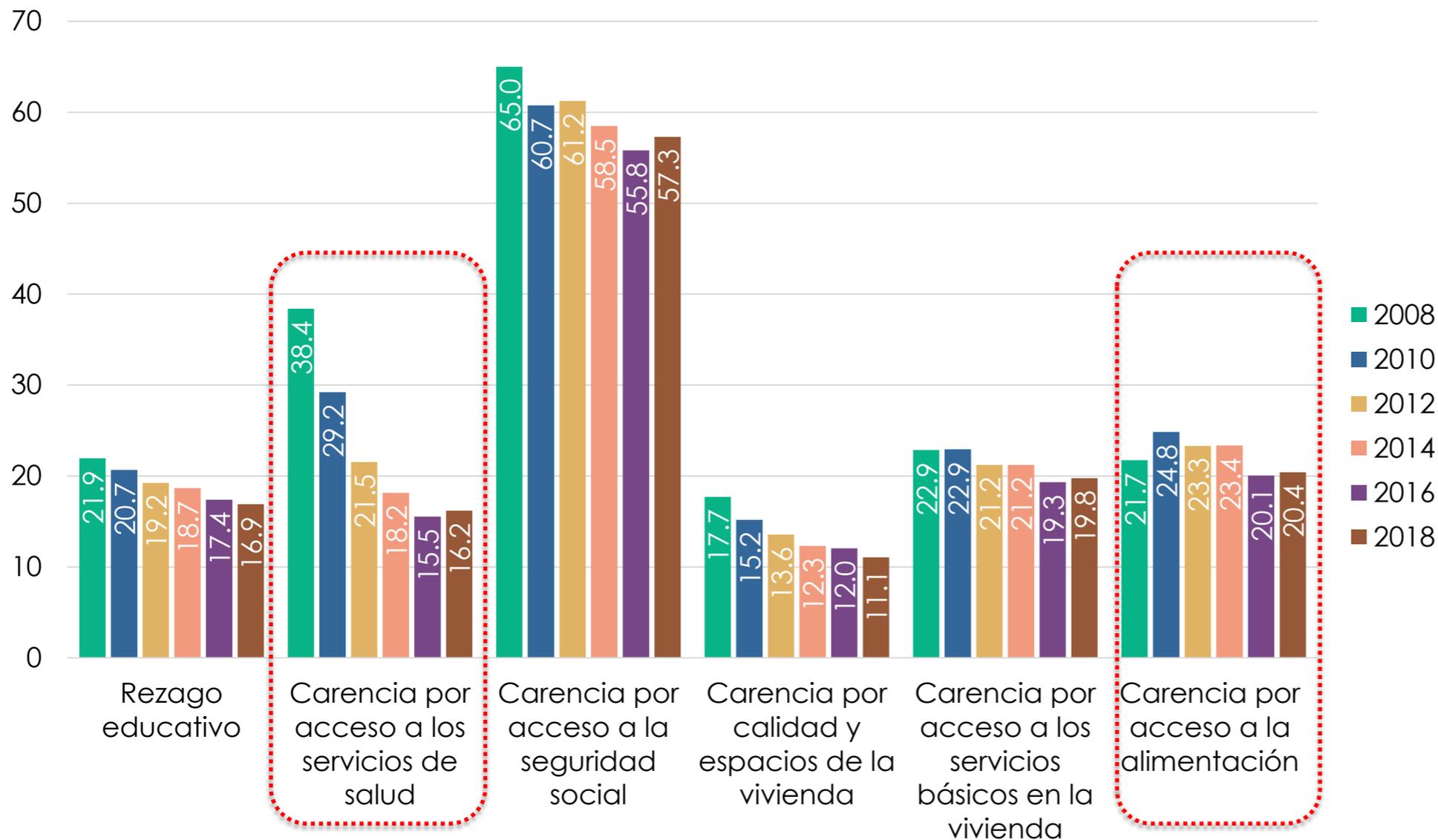


Desafíos en materia de alimentación y servicios de salud en México

25 de octubre de 2019

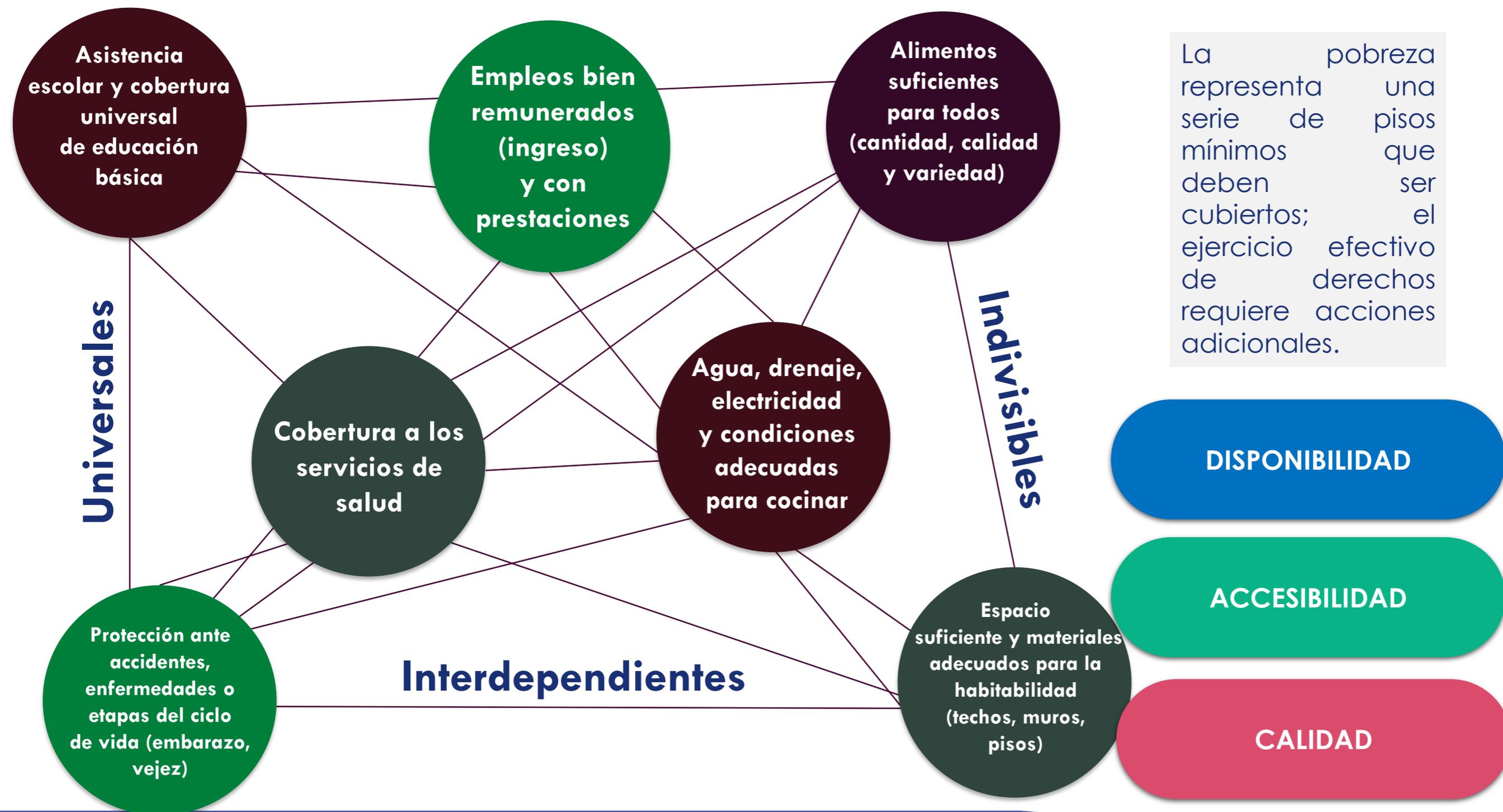
Lo que se mide se puede mejorar

Porcentaje de personas con alguna carencia social, 2008-2018



En 2018 **20.2 millones** de personas presentaron carencia por acceso a los servicios de salud y **25.5 millones** tenían carencia por acceso a la alimentación.

El desafío de hablar del ejercicio de derechos



Diagnósticos de los derechos sociales

Integrar una definición operativa, para identificar los elementos que conforman cada derecho social y, a partir de ésta, establecer las dimensiones e indicadores de análisis.

DISPONIBILIDAD

ACCESIBILIDAD

CALIDAD

El enfoque metodológico base fue el **enfoque de derechos** el cual reconoce que **no son necesidades** las que se tienen que satisfacer, **sino derechos** inherentes, universales, interdependientes, inalienables, indivisibles e inviolables, y por tanto, la realización y cumplimiento de los mismos debe ser **el objetivo de la política pública**.



Derecho a la alimentación

Diagnóstico del derecho a la alimentación nutritiva y de calidad

El derecho a la alimentación significa: **satisfacer** las **necesidades** de dieta considerando la **edad** de la persona, sus **condiciones de vida, salud, ocupación, sexo, etc.** Los **alimentos** deben ser **seguros** para el consumo humano y estar **libres de sustancias nocivas**, la **alimentación adecuada** debe ser además **culturalmente aceptable**

Efectos del disfrute del derecho:	ESTADO NUTRICIO				
Definición constitucional del derecho	Suficiente		Nutritiva	Calidad	
Elementos concretos del derecho	Seguridad alimentaria			Seguridad nutricional	
Dimensiones del derecho	DISPONIBILIDAD	ACCESIBILIDAD	CALIDAD		
Subdimensiones del derecho	Disponibilidad neta de alimentos (abasto)	Capacidad para hacerse de alimentos (física y económica)	Consumo cuantitativo de alimentos (ingesta calórica)	Consumo de alimentos nutritivos (ingesta de nutrientes)	Aprovechamiento biológico de los nutrientes
Determinantes	Nivel macroeconómico:	Acceso económico (asequibilidad):	Hábitos y cultura:	Grupos y tipos de alimentos:	Condiciones de salud de las personas:
	Producción	Ingresos	Preferencias	Variedad en el consumo	Malnutrición
	Reservas	Precios	Publicidad	Frecuencia en el consumo	Actividad física
	Importaciones	Transferencias	Adquisición de ingredientes y preparación de los alimentos (tiempo, complejidad)		Acceso a servicios de salud
	Exportaciones	Producción para autoconsumo e intercambio	Información nutricional (etiquetado, educación)		Prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias
	Capacidad de almacenamiento: desperdicios y mermas	Acceso físico:			Condiciones de almacenaje y preparación de los alimentos
	Capacidad de movilización y comercialización	Oferta de alimentos Estructura (costos de apertura e instalación, regulaciones)			Condiciones de saneamiento del medio:
	Infraestructura carretera y vías de comunicación				
Centros de abasto y puntos de venta	Demanda Preferencias Otros factores (distancia hogar-trabajo-abasto, situación laboral)			Acceso a agua potable, drenaje y alcantarillado	
	Ayudas alimentarias o para producción			Condiciones de almacenaje y preparación de los alimentos	

Principales hallazgos

DISPONIBILIDAD

En México, el desperdicio de comida alcanza los **20.4 millones de toneladas**, equivalentes a 34% de la producción nacional.

Se producen alimentos en suficiencia, sin embargo, su **precio elevado**, en algunas ocasiones como resultado del costo de traslado a las localidades, indica que el principal problema es una cuestión de acceso y no de disponibilidad.

México presenta problemas de autosuficiencia alimentaria. Por ejemplo, el grado de dependencia de las importaciones de cereales fue de 30.5% en el periodo 2009-2011

ACCESIBILIDAD

En 2016, la **población en el decil I destinó 50.6% de su gasto total en alimentos y bebidas**; mientras que las personas en el decil más alto destinaron 25.5%.

La población en **hogares rurales no cuenta con ingresos suficientes** para adquirir una canasta alimentaria básica.

En 2010 casi **7 millones** de personas vivían en localidades aisladas, esto puede significar que alrededor de **20 millones de personas habrían tenido dificultades de acceso a alimentos** por cuestiones relacionadas con el abasto

CALIDAD

Las personas **adultas** que viven en **zonas urbanas** tienen una **dieta más diversificada**, pero también consumen **más alimentos no recomendables** que los adultos en el ámbito rural.

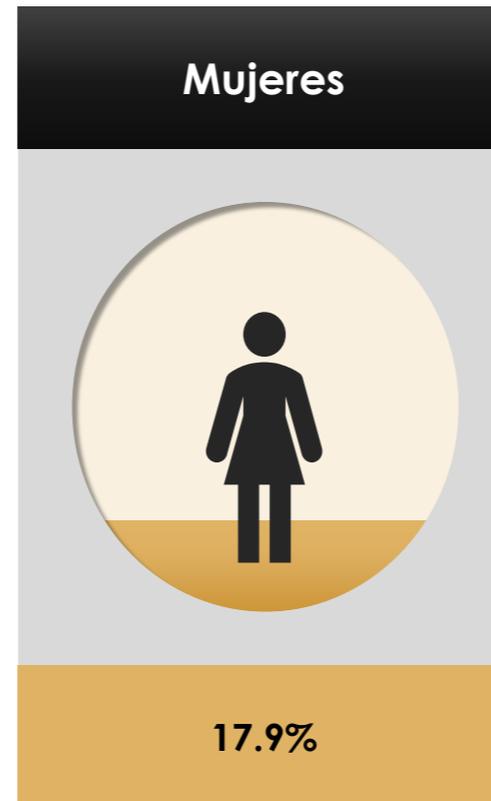
El porcentaje de la población en el país por debajo del nivel mínimo de **consumo de proteínas requerido se ha reducido a la mitad, de 7.2% a 3.6%.**

En México, la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a niños y niñas suele ser de productos con **baja o nula calidad nutricional y alto contenido de grasa, sal y azúcar**

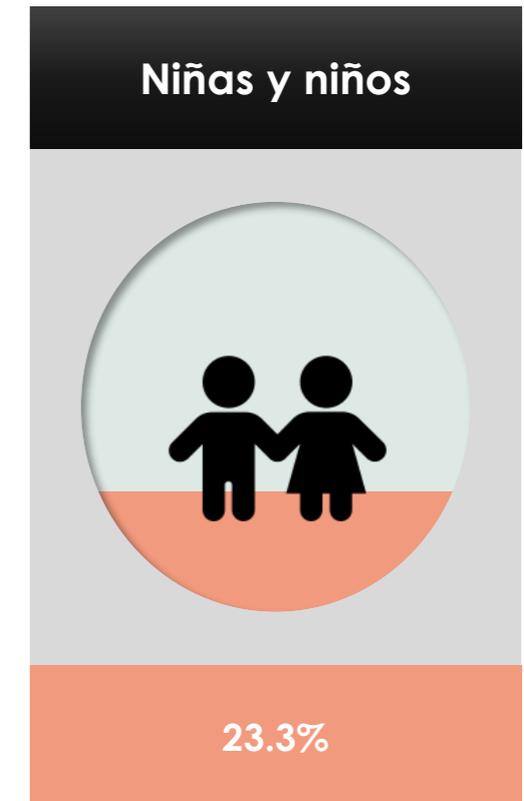
Brechas en el ejercicio del derecho a la alimentación



- En 2018, 31.5% de la población indígena tenía **carencia por acceso a la alimentación**, en comparación con 19.2% de la población no indígena.



- En 2012 17.9% de mujeres embarazadas tenían **anemia**.
- La **diversidad de la dieta** de las mujeres adolescentes y adultas es menor a la de los hombres.
- La **prevalencia de sobrepeso** u obesidad es mayor en mujeres (75.5%) que en hombres (69.4%).



- La **prevalencia de anemia** en menores de 5 años (23.3%) sigue siendo superior respecto a países como Chile o Argentina.
- La **desnutrición crónica** (prevalencia de baja talla) en menores de 5 años aumentó de 11% a 13.6% entre 2006 y 2012.

Principales retos identificados

1

Reducir las diferentes manifestaciones de **desnutrición y anemia**



1



2

Disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en toda la población con atención especial en la población infantil

2

3

Garantizar el acceso a una **alimentación adecuada** principalmente en la población de **menores ingresos y comunidades rurales**



3



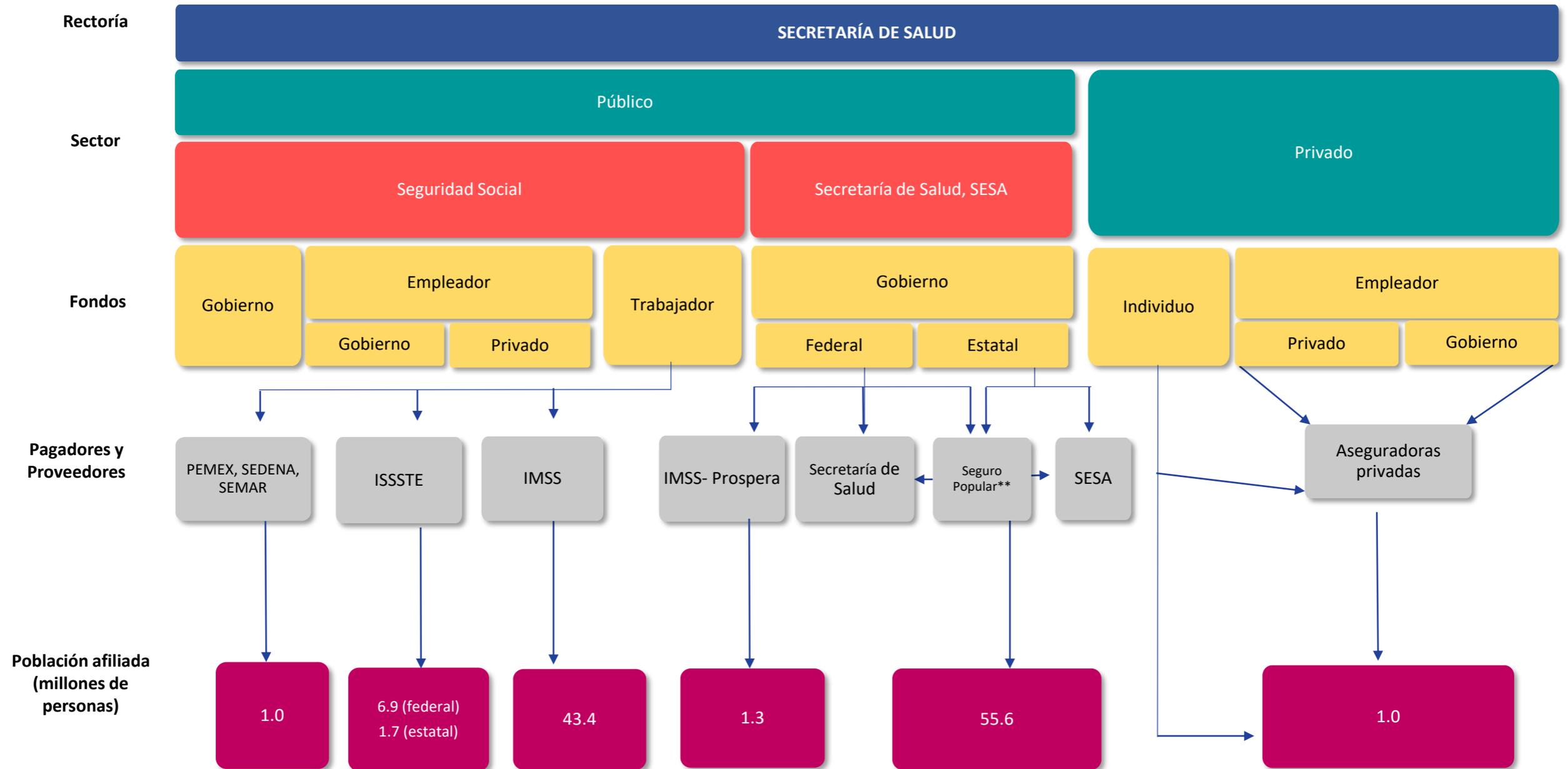
4

Mejorar la oferta, distribución y sanidad de alimentos

4

Derecho a la Salud

Estructura del sistema de salud en México



- La organización del sector salud en México es compleja y fragmentada y ofrece una protección incompleta y desigual a la población.
- Las instituciones de seguridad social y los servicios públicos para no asegurados ofrecen servicios diferenciados en beneficios y calidad, se ofrecen paquetes de beneficios diferenciados.

Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en CONEVAL (2012a) y el MEC 2016 del MCS-ENIGH.

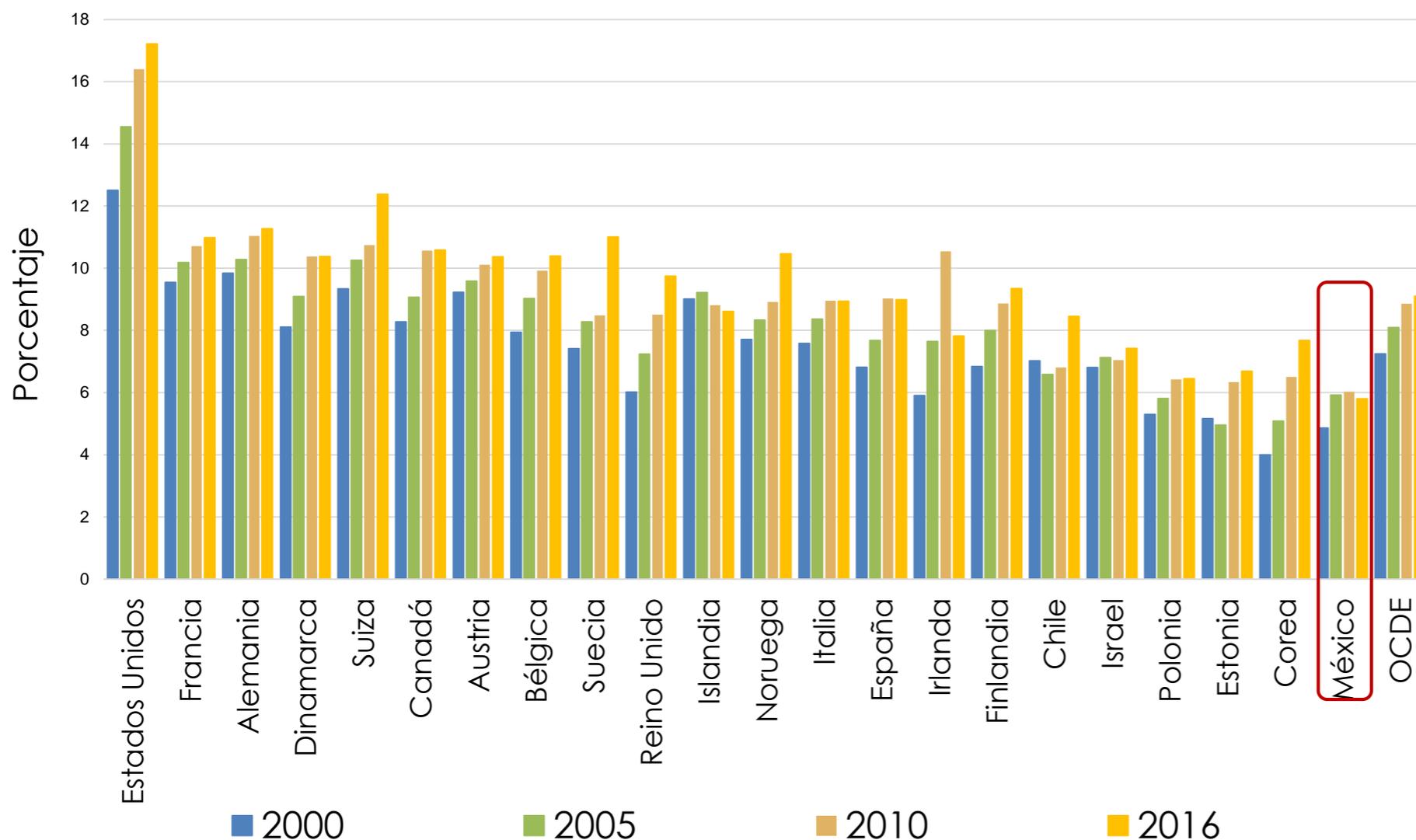
*Una persona puede estar afiliada a más de una institución.

**El Seguro Popular no es proveedor de los servicios, éstos se brindan a través de la Secretaría de Salud, servicios estatales de salud y servicios de IMSS-Prospera.

***Algunas cifras pueden variar por cuestiones de redondeo.

Sistema de salud en México

Gasto en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE, 2000, 2005, 2010 y 2016



En 2018 México tenía un **gasto en salud como porcentaje del PIB de 5.5%**, que estaba por **debajo del promedio** de los países OCDE (8.8 %).

En 2016 fue el país con **mayor porcentaje de gasto de bolsillo** (gasto directo en consultas, hospitalizaciones, medicamentos o estudios de laboratorio o gabinete) (41 por ciento del gasto total).

Diagnóstico del derecho



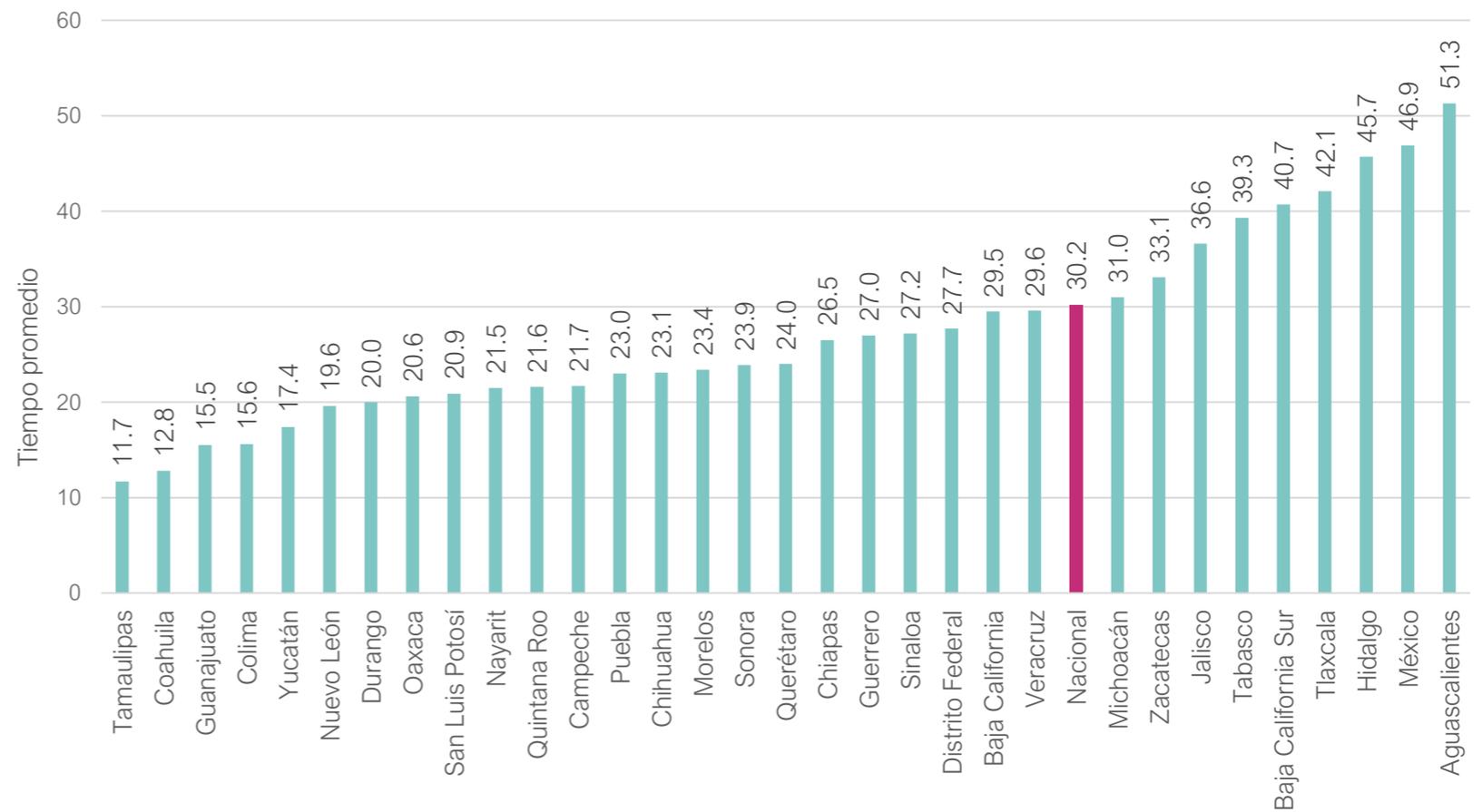
ACCESIBILIDAD

Se calcula que alrededor de **30% por ciento de los derechohabientes del IMSS y el ISSSTE utilizan servicios ambulatorios del sector privado**, aunque ello implique que deban volver a pagar.

Las principales razones radican en los prolongados tiempos de espera y la escasez de medicamentos y otros insumos.

Entre 2010 y 2017 se registró un **aumento en el tiempo de espera promedio en urgencias al pasar de 23.4 a 30.2 minutos**. Las instituciones de los gobiernos estatales y el IMSS registraron más de 50 minutos en promedio, mientras que las instituciones privadas, las instituciones de universidades y las fuerzas armadas reportaron menos de 15 minutos en promedio.

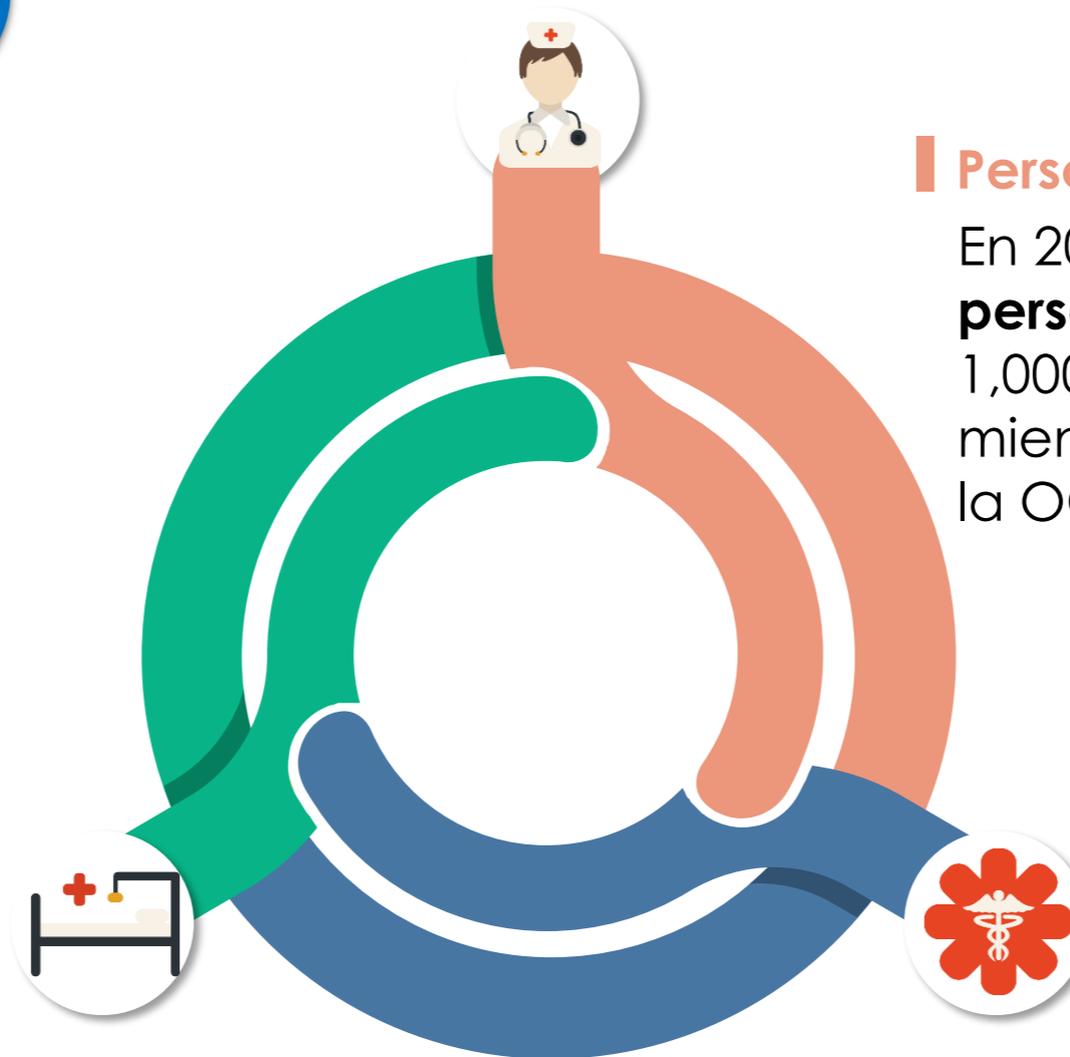
Tiempo promedio para recibir consulta en urgencias por entidad federativa, México, 2017



DISPONIBILIDAD

Camas hospitalarias

En 2015 en los países de la OCDE, el **promedio** de **camas hospitalarias** por 1,000 habitantes fue de **4.7**, mientras que **México** contaba con **1.52**, ubicándolo en el **segundo país con menor número de camas censables**



Personal médico

En 2015, la **relación de personal médico** por cada 1,000 habitantes fue de **2.4**, mientras que el promedio de la OCDE se situó en 3.4

Especialistas

El personal especializado se concentra en mayor medida en la Ciudad de México, mientras que en Chiapas, Oaxaca, Guerrero e Hidalgo hay menos de 0.5 especialistas por cada 1,000 habitantes.

CALIDAD

Vacunación

La cobertura de vacunación en menores de 4 años disminuyó 2.3 puntos porcentuales entre 2001 y 2012.

Enfermedades crónicas

La incidencia de sobrepeso y obesidad ha traído como consecuencia **las enfermedades crónicas no transmisibles** como diabetes.

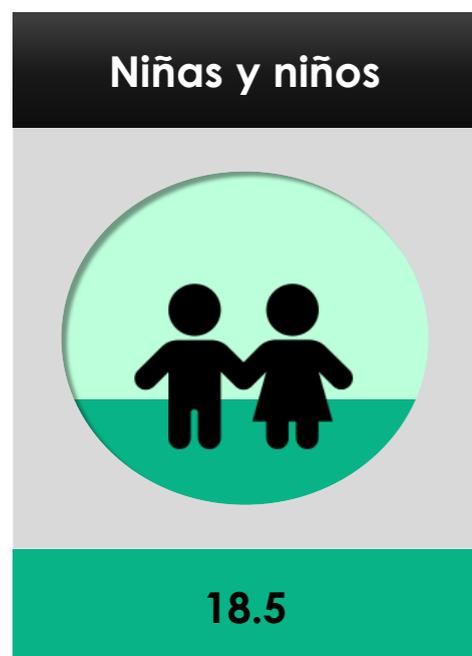
Atención centrada en la persona

El porcentaje de usuarias activas de métodos anticonceptivos (36%) estaba **40.8 puntos porcentuales por debajo de la meta** establecida.*

Causas de muerte

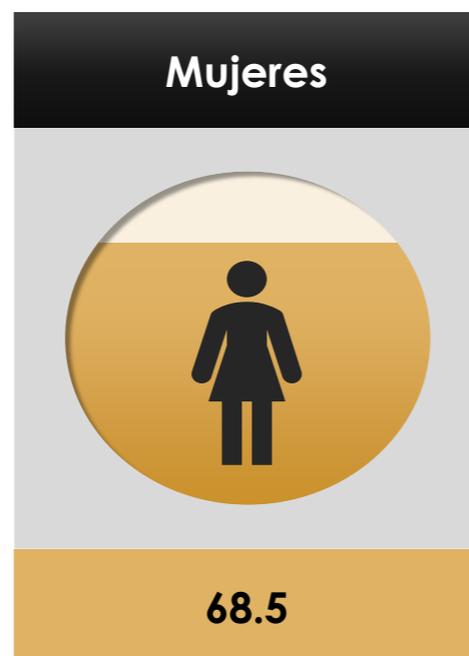
En 2016, las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus fueron las principales causas de muerte en el país, seguido de los tumores malignos.

Brechas en el ejercicio del derecho a la salud



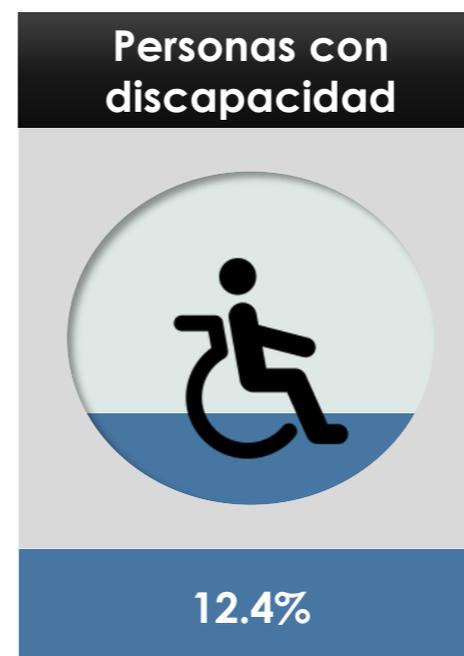
Mortalidad infantil

- Aunque la **mortalidad infantil** ha disminuido, el reto es atender las inequidades entre entidades federativas.
- **Chiapas** fue la entidad con más muertes por cada 1,000 nacidos vivos (**18.5**).



Mortalidad materna

- **Chiapas** es el estado con la mayor razón (**68.5**) de mortalidad materna.



Acceso

- En 2016, 12.6% de las personas con discapacidad **no tenían acceso a los servicios de salud**.

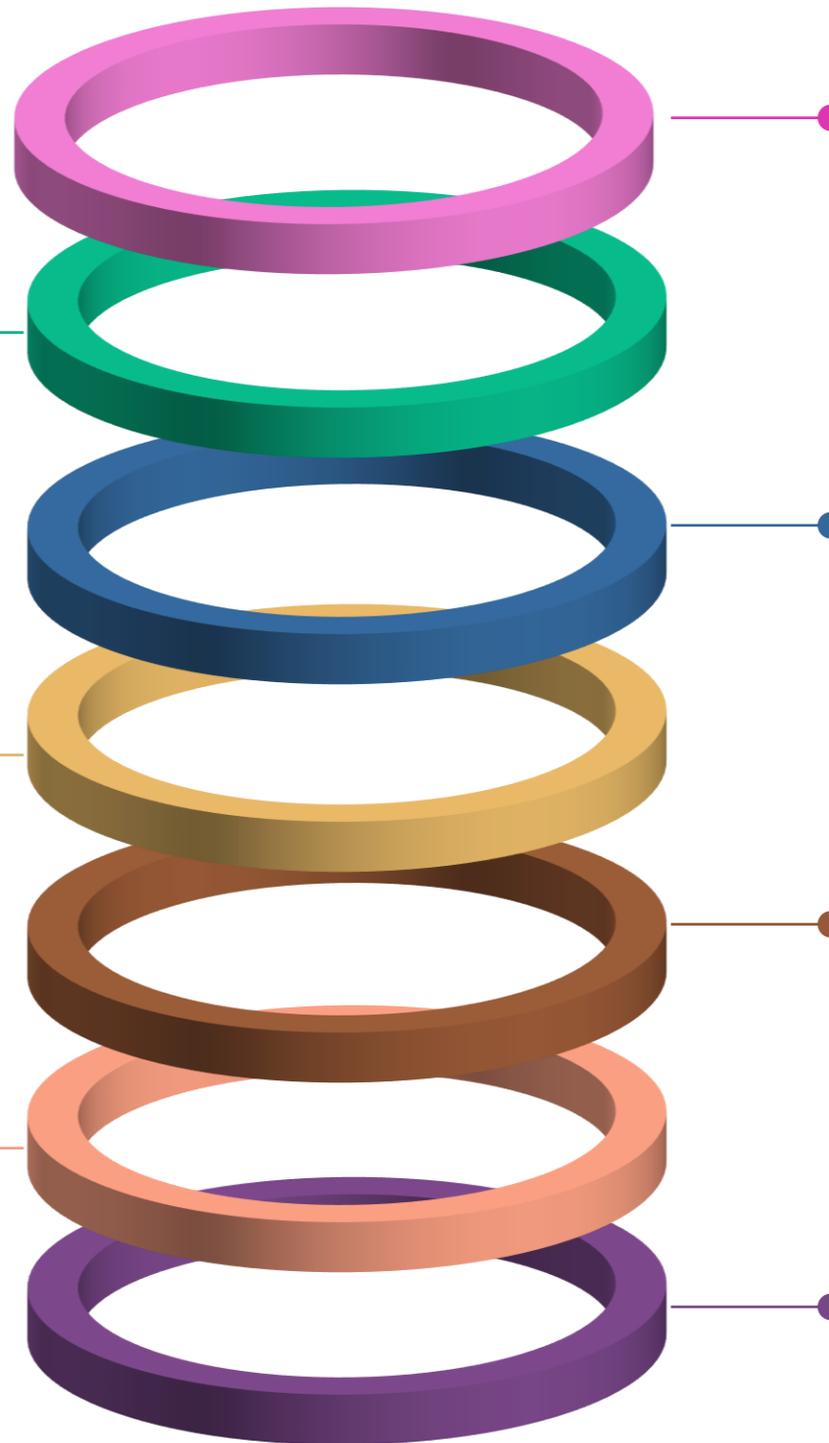


Hospitales

- En 2018, **sólo 1.5%** de las unidades de hospitalización se encontraban **en localidades rurales**.

Principales retos identificados en salud

- Coordinación**
 Avanzar en la integración del sistema de salud **reduciendo la fragmentación** y mejorando los mecanismos de coordinación.
- Recursos humanos**
 Promover la **generación de recursos humanos**, atendiendo la calidad en la formación y propiciando mecanismos para incentivar su distribución territorial
- Planeación**
 Promover la planeación de políticas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención **especial a las necesidades de grupos y regiones en desventaja**.



Portabilidad

Que el acceso a los servicios de salud sea **portable en términos geográficos e institucionales**, considerando el expediente único

Calidad y eficiencia

Mejorar **la calidad y eficiencia del gasto** en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutive de las necesidades prioritarias de atención.

Centrarse en el paciente

Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando **en lugar central al paciente**, sus necesidades, expectativas y preferencias.

Sobrepeso y obesidad

Reducir la incidencia de obesidad y sobrepeso, con especial **atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas**

Lo que se mide se puede mejorar