



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ECONOMÍA

**EL DEPORTE SOCIAL COMO ESTRATEGIA PARA EL
MEJORAMIENTO DEL BIENESTAR Y LA SALUD EN
MÉXICO: 2013-2017**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ECONOMÍA

P R E S E N T A:

ERNESTO AIMAR VALLEJO ARZATE

No. Cuenta: 406051631

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. JORGE PABLO RIVAS DÍAZ



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., octubre del 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis padres.

A ellos que durante toda mi vida personal, escolar y profesional mostraron amor incondicional y quienes se preocuparon y ocuparon de mi formación, ese binomio que deja como resultado lo que hoy soy, sintiéndome afortunado y honrado con la vida, por la enseñanza que tuve de ellos. Gracias al sacrificio, esfuerzo y perseverancia, elementos que siempre fueron ejemplos tácitos y referentes para concluir lo que se inicia, cualesquiera que sean las circunstancias.

A María José, mi amiga y hermana por elección, compañera de trabajo. Gracias por estar en los momentos plenos de mi vida profesional, por tu exigencia y disciplina, por compartir tus triunfos deportivos y profesionales conmigo y por ser una amiga fiel.

A mi alma mater, institución que llevare en el corazón con profundo agradecimiento, sus aulas, sus profesores, sus investigadores, sus espacios arquitectónicos, deportivos y culturales, coadyuvantes al desarrollo pleno de mis compañeros alumnos y al mío. No podría entender la vida del país y la mía, sin mi andar por esta universidad, catalogada como una de las más importantes del mundo, para mí toda la lealtad, cariño y gratitud. Orgulloso de ser azul y oro, orgulloso de cursar en esta gran casa de estudios, orgullo pleno de ser mexicano y puma. Gracias por todo UNAM.

Se requiere de una mención especial y profunda desde todo punto de vista para con las instituciones públicas y privadas que me han dado una formación y un camino.

Le guardo un especial reconocimiento y aprecio al Dr. Jorge Pablo Rivas Díaz, profesor de la facultad de economía, quien nutrió, enriqueció y fue parte importante de la guía y conducción para la realización de dicha tesis.

Índice

Índice	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Salud pública y bienestar social.....	8
1.1. Estado y bienestar social.....	8
1.2 Salud y salud pública	12
1.3 Implicaciones económicas del deterioro de la salud.....	14
1.4 Industria alimentaria y deterioro de la salud.....	16
1.5 Enfoque preventivo y enfoque reactivo de la salud	17
Capítulo 2. Transición epidemiológica y los sistemas de salud	19
2.1 Evolución de las Enfermedades Crónico-Degenerativas como parte de las Enfermedades No transmisibles en el mundo.....	19
2.1.1 El sobrepeso y la obesidad como preámbulo de enfermedades crónico- degenerativas: diabetes e hipertensión.....	23
2.2 El sistema de salud en México.....	25
2.3 Apertura comercial y producción alimentaria.....	30
Capítulo 3. Condiciones de salud pública en México, transición epidemiológica y gasto público	32
3.1 Salud y gasto público en México	33
3.2 Crecimiento acelerado del sobrepeso y la obesidad en México, sus causas y consecuencias: prevalencia de diabetes e hipertensión.....	39
3.3. Dinámica de las empresas de la industria alimentaria en México	51
3.4 Modelo de incidencia del gasto público en salud en la mortalidad por enfermedades del corazón como de diabetes.	60
Capítulo 4. El deporte Social en México como factor de contención y prevención del sobrepeso y la obesidad: propuesta de política.....	63
4.1 Deporte y actividad física	63
4.1.1 Antecedentes del deporte en el mundo	66
4.2 Deporte en su dimensión social	68
4.3 Antecedentes del deporte en México y su marco institucional y jurídico	69
4.4 Situación del deporte y la actividad física en México	78
4.5 Situación del deporte de alto rendimiento	87
Conclusiones.....	88
Bibliografía.....	93

Introducción

Los temas sanitarios en los países son cruciales puesto que garantizar una vida sana y promover el bienestar es importante para la construcción de sociedades prósperas y es esencial para el desarrollo humano. En México en las últimas décadas se ha avanzado en muchos aspectos de salud pública, tales como el aumento en la esperanza de vida, reducción de la fecundidad, disminución de la mortalidad infantil, entre otros, sin embargo, ha tenido lugar una transición epidemiológica, es decir, un cambio en las enfermedades con mayor incidencia en la población mexicana; en donde las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles se colocan como las primeras causas de muerte. La obesidad y el sobrepeso son los precursores de dichas enfermedades y tienen como causas primordiales el sedentarismo y la mala alimentación. Además de ser la principal causa de muerte, implican otros efectos como la merma en la calidad de vida de las personas y factores de índole económica como la pérdida de productividad en los trabajadores, la pérdida de capital humano prematuramente, el gasto excesivo de las familias y el aumento del gasto público en salud para el tratamiento de estas enfermedades como elemento esencial para el sostenimiento del sistema de salud; dicho aumento es tan crucial que se prevé que de continuar la situación el Estado no le podrá hacer frente para el 2050 (INSP, 2018).

La obesidad, definiéndola de manera particular, según la OMS (2018) es una entidad en la que el exceso de grasa corporal interfiere con la salud y el bienestar de las personas; se ha convertido en una enfermedad de preocupación internacional y nacional puesto que más de la mitad de la población de los países desarrollados la tienen. Es considerada como la epidemia del siglo XXI, en el mundo 3,000 millones de personas padecen sobrepeso y 300 millones son obesos. Sin embargo, está afectando de manera especial a México el cual es el segundo país con más población obesa de la OCDE después de Estados Unidos, y en su población 7 personas adultas de cada 10 y 1 de cada 3 niños y adolescentes las padecen (IMSS, 2018).

Debido a la tendencia creciente desmedida de las últimas décadas que ha tenido este problema particular de salud pública, es necesario y urgente contenerlo con medidas

relacionadas con dos de sus más obvias soluciones: promover la mejora de la alimentación y una práctica sistemática de actividad física; las cuales son la contraparte de sus principales causas: la mala alimentación y el sedentarismo. Ambas corresponden con el modelo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, es decir, enfocarse en la prevención en lugar de la atención curativa. En cuanto a la primera, es necesario un endurecimiento en la regulación hacia las principales empresas alimentarias en el país, cuyos productos carecen de requerimientos mínimos de nutrición y exceden en ingredientes dañinos como azúcares, grasas trans, harinas refinadas, conservadores y otros. La disponibilidad de estos productos es muy extensa, se encuentran en establecimientos y despachadores que son de muy fácil acceso para la población sin importar el lugar dónde estén o la actividad que realicen.

La segunda medida de contención tiene relación con la implementación de una política efectiva deportiva que permita verdaderamente un aumento en la práctica de actividad física de la población. Se insiste en que sea efectiva porque, aunque la política deportiva institucionalizada sea joven en México, comparada con otras, representada por la creación de la CONADE en 1988 y hasta el reconocimiento del deporte como derecho social en 2011, no se han visto resultados contundentes en esa materia; de tal forma que para el 2016 ni siquiera había indicadores para medir los resultados y muchos planes sólo se quedaron en papel. Por ejemplo, en el PND 2001-2006 se sugirió hacer una página web en donde se informaría a la población de los avances del programa en materia deportivo y los resultados del reconocimiento cuantitativo de los recursos con los que se contaban (instalaciones, profesionistas del deporte, deportistas o incluso número de deportes), ese dominio de página web en la actualidad está a la venta (www.deporte.org). Además, cabe destacar que esos datos hasta la actualidad no existen (DOF, 2014).

Esta disposición de la actividad física como vehículo para la mejora en la salud de las personas tiene externalidades positivas que impactan en la sociedad en su conjunto y mejoran otros aspectos como la convivencia, mejoramiento del tejido social, cooperación y sentido de pertenencia, inserción y hasta previsor. Dichos múltiples beneficios se engloban en un concepto denominado como “deporte social”, que ya está tomando prioridad en las agendas políticas de los gobiernos; en México se incorporó en el PND 2013-2018. De tal forma que,

debido a la urgencia de contención del sobrepeso y la obesidad en México, es necesaria una participación suficiente por parte del Estado con medidas bien implementadas para hacer frente a los retos venideros, en el deporte social se puede hallar una buena herramienta de contención y prevención.

La hipótesis del presente trabajo es que en México la transición epidemiológica hacia las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes e hipertensión representan un creciente riesgo de salud social y para las finanzas públicas del país en el largo plazo, siendo necesaria también, la transición hacia el desarrollo de nuevas políticas y estrategias en salud como el deporte social y la mejor regulación económica a los productos alimentarios las vías más efectivas para lograr bienestar social y una mejor situación financiera.

Por lo tanto, el objetivo es analizar los problemas de salud pública en México ocasionados por el aumento del sobrepeso y la obesidad como preámbulo de enfermedades crónico-degenerativas; tales como la diabetes mellitus, hipertensión y enfermedades cardiovasculares que representan las primeras causas de muerte en el país y su relación con el deporte social como medida de contención y prevención en el periodo 2013-2017.

Para ello, el trabajo se divide en cuatro capítulos, en el capítulo 1 nos referimos a los conceptos de salud, salud pública y su relación con el bienestar social. El bienestar social es la satisfacción de necesidades básicas y no básicas de la sociedad; el Estado es quien debe proveer las condiciones necesarias para el logro de dicho bienestar social. Uno de los aspectos más relevantes de él, es la salud la cual se define como la ausencia de enfermedad y como el bienestar físico y mental; a niveles agregados, podemos hablar de salud pública, la cual se refiere a la participación organizada de los agentes de la sociedad para la mejora de los aspectos sanitarios de la población en términos de mejora del ambiente, cambios de hábitos, prevención de conductas de riesgo, etc. Al ser responsabilidad del Estado, definiremos el concepto de éste y su acción, es decir, las políticas. En ese sentido, se alude al concepto de política económica como herramienta de acción del Estado y específicamente a la política social y políticas públicas como medios para el logro de resultados de índole social cuando la política económica no permea de la misma forma en toda la sociedad. En este capítulo,

también se hará una revisión de las implicaciones económicas que tiene el deterioro de la salud en la población, así como la diferencia entre los enfoques preventivos y curativos de la medicina.

En el capítulo 2 elaboraremos una revisión de la evolución de las Enfermedades No Transmisibles en el mundo, sus causas, así como las recomendaciones de política por la Organización Mundial de la Salud; se hará en particular del sobrepeso y la obesidad como padecimientos de preocupación reciente que son la antesala de las enfermedades crónico-degenerativas primeras causas de muerte en el mundo (71% del total).

En el capítulo 3, se hará una revisión de la salud pública en México, el gasto público que deriva del sistema sanitario y la transición epidemiológica en México, en particular las principales causas de muerte: diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión que son ocasionadas por el sobrepeso y la obesidad. Las cuales a su vez son ocasionadas por malos hábitos como la falta de actividad física y la mala alimentación. Es en el primero en donde se centra la propuesta de este trabajo, la cual es la promoción de la actividad física en la población mediante el uso del deporte social como herramienta no sólo de mejora de la salud, sino también como generador de beneficios sociales diversos. Países desarrollados pioneros en la implementación de dicha herramienta tales como España, Francia y Australia han tenido exitosos resultados, por lo que existe evidencia empírica de la validez y utilidad del deporte social.

Además, se elabora una breve revisión en torno al otro factor causante del sobrepeso y obesidad: la mala alimentación que responde a los cambios en el entorno socioeconómico principalmente por el aumento en la provisión de bienes alimenticios dañinos que pone a disposición la industria alimentaria. Por lo tanto, es necesario aumentar la regulación de la tal industria, de tal forma que estén a disposición de la población alimentos más saludables y a costos razonables.

Un avance sería al menos, que los alimentos que producen dichas empresas sean de calidad aceptable y no altos en harinas refinadas, azúcares, grasas trans, grasas saturadas, etc.; lo que

implica que actualmente el contenido de dichos ingredientes en ellos es escandaloso y no sólo no son saludables, sino que son un riesgo para la salud. Aunado a ello, el que estén a tan fácil disposición sólo aumentan su consumo desmedido.

La propuesta de regulación no va en contra de las ganancias de la industria alimentaria, puesto que podrían reutilizar todos sus recursos disponibles en pro de una mejora de los alimentos que producen. Aunque dichas ganancias no son bajas, puesto que empresas como Coca Cola-Femsa, Bimbo, Grupo Sigma y PepsiCo se mantienen en los primeros lugares de los *rankings* nacionales y en lugares importantes de los *rankings* internacionales.

En el último capítulo se elabora una revisión del marco institucional del deporte como base para la implementación de una política pública relacionada con el deporte social que implica un importante factor de contención para los problemas actuales de salud pública que incluso comprometen la estabilidad del sistema sanitario. El deporte social es un concepto de incorporación reciente en el plan gubernamental, pero podría evitar la catástrofe epidemiológica que se avecina. Además de ello, como se dijo, se tienen beneficios colaterales sociales como la construcción de un tejido social más fuerte, cooperación, desarrollo del sentido de pertenencia, etc.

La motivación del presente trabajo tiene como trasfondo mi experiencia laboral en la Administración Pública (IMSS) y la cercanía con el deporte y la salud como parte de ella. Además, la genuina preocupación por el progresivo y geométrico aumento de la incidencia de sobrepeso y obesidad como antesala de las primeras causas de muerte. A nivel individual, por la merma de la calidad de vida de las personas o la pérdida de la vida misma, y a niveles agregados por la preocupación del colapso del sistema de salud por el gran compromiso financiero que dichas enfermedades representan.

Capítulo 1. Salud pública y bienestar social

1.1. Estado y bienestar social

El bienestar social se puede entender como la satisfacción de necesidades cuantitativas y cualitativas de un grupo de personas en una sociedad; está definido en función de la equidad en la distribución del ingreso y el logro de oportunidades para todos; según Sen (1999) ambos elementos están influidos determinadamente por las capacidades y habilidades de los individuos por lo que las políticas distributivas deben dirigirse en el sentido de lograr la igualdad de ambas en educación, salud, alimentación, deporte, etc.

El Estado es quien en sentido estricto debe proporcionar el bienestar social, a través de estándares mínimos de ingreso, nutrición, salud, seguridad, educación, vivienda, deporte, etc., como derechos sociales. Con ello no implica que deba proveer de bienes y servicios directamente a la sociedad, sino que debe proporcionar las condiciones para que la actividad económica, política y social esté encaminada y coordinada para el logro del bienestar social como fin último de su organización.

El Estado es un órgano de poder político de dirección y gobierno de una u otra clase o grupo social extendido a un determinado territorio y a una comunidad nacional (Rivas, 2012). En el cual para su buen funcionamiento se exige el conocimiento en la actividad de gobernar y la participación ciudadana en la toma de decisiones y en la planeación y ejecución de planes, programas y proyectos de desarrollo político, económico y social que garanticen la integración del bienestar; esta relación es un principio básico entre gobernantes y gobernados.

Retomando a Rivas (2012) para que un Estado pueda perpetuarse incluso con las contradicciones del sistema económico, en particular el capitalista, ejecuta las funciones históricas de regulación, dirección y de gobierno de la actividad económica y relaciones sociales; en las cuales logra ciertos consensos con los grupos y clases sociales para legitimarse. De estos consensos se desprenden la cualidad de las políticas económicas, sociales y políticas.

Algunas de esas funciones históricas son:

- Cumplir con el papel de “productor de soportes materiales para la producción y la circulación, poseedor de suelo-soporte y consumidor de ellos... autor de la ley y responsable de su aplicación” (Pradilla, 1984: 107, tomado de Rivas (óp. cit.)).
- “Instrumentar y llevar a cabo políticas públicas”, así como “lo que se refiere al diseño, gestión y evaluación de las mismas” (Lahera, 2004: 34, tomado de Rivas (óp. cit.)).

El Estado puede tomar distintos tipos, formas y objetivos para evitar conflictos de gobernabilidad e inestabilidad política (Rivas, 2012). De estas distintas formas se desprenden distintos consensos con los grupos y clases sociales y distintos grados de intervención, de tal forma que las acciones determinadas son resultado de condiciones históricas determinadas.

Entre el Estado y su acción, podemos encontrar a la Administración Pública, la cual, en su concepción práctica, según Rivas (óp. cit), es:

“... la fracción constitutiva del Estado encargada de ejecutar y perfeccionar la transformación del entramado institucional con el fin del “bien común”, cuya responsabilidad va desde la percepción de las necesidades y las presiones sociales, hasta la determinación, ejecución y evaluación de las acciones concretas del gobierno”.

Las acciones concretas de gobierno de las que se encarga la Administración Pública son las distintas políticas, comenzaremos por definir la política económica como parte primordial de dichas acciones. La política económica entonces se refiere a la acción deliberada del Estado que realiza en función del logro de fines y metas económicas en donde el fin último, como se mencionó, es el bienestar social. La política económica tiene entre sus principales objetivos: la estabilidad monetaria, del sector externo y de precios, redistribución del ingreso, elevación del nivel de vida de la población, reducción del desempleo y subempleo, conservación y explotación racional de los recursos naturales, protección del medio ambiente y desarrollo del mercado interno, entre otros (Morales, 2014). La política económica tanto

en la praxis como en la teoría tiene distintos enfoques y herramientas y ha sido implementada por los países de formas diversas según el modelo económico imperante acorde al *mainstream* teórico de las épocas y a la forma específica que toma el Estado dentro de un sistema económico.

Ejemplo de estas distintas formas, después de la gran depresión los países, en particular los desarrollados, optaron por una política económica de corte *Keynesiano* que implicaba la participación del Estado activa liderada por el aumento del gasto público. Con el fin de la Segunda Guerra Mundial, los países en desarrollo optaron por una política económica de industrialización dirigida denominada Modelo de Sustitución de Importaciones en donde el Estado no sólo subsidiaba empresas para la industrialización, sino que participaba activamente en la economía con empresas propias. Dicho modelo que dirigía la política económica se agotó y culminó con la crisis de la deuda en América Latina en los 1980. En ese mismo periodo, los países desarrollados eligieron una política económica en donde preponderaba la protección de los mercados internos. Después del agotamiento del modelo antes descrito se volcó hacia un modelo donde se justifica que los mercados asignan eficientemente los recursos por lo que el Estado debía disminuir su participación a sólo la vigilancia; a este modelo se le denominó Neoliberal y se implementó en el grueso de los países desarrollados y en desarrollo. En los países desarrollados dicho modelo comenzó en los 1970 y en los países en desarrollo en la década posterior.

Por lo tanto, a partir de dichas reformas neoliberales, la política económica en México y en la mayoría de los países se orientó a preponderar la economía de mercado como modelo idóneo para cumplir los objetivos y algunas de sus herramientas son: la privatización, liberalización y apertura comercial; además de fijarse metas como el control de la inflación y disminución del gasto público. Esos principales lineamientos fueron recomendados como medida urgente para la contención de la crisis a los países de América Latina y estaban contenidas en el llamado "Consenso de Washington"; la institución que dirigía el proceso de recomendación y cierta vigilancia fue el Fondo Monetario Internacional. Dichas opciones de política estaban respaldadas por el nuevo *mainstream* teórico que surgió como respuesta a la

crisis estructural del capitalismo de la década de los 1970 y las elevadas tasas de inflación que presentaban la mayoría de los países en esa época.

En la actualidad, a grandes rasgos, el modelo anteriormente descrito sigue vigente por lo que el Estado debe tener una participación mínima y los ejes de política económica se han reducido a los objetivos macroeconómicos: la estabilidad de los precios, reducción del desempleo y el crecimiento económico, en donde, por supuesto, prepondera la estabilidad de los precios.

Como se dijo, la política económica mediante sus herramientas tiene como fin último el bienestar social, sin embargo, en algunas ocasiones las medidas implementadas han generado en algunas ocasiones crecimiento económico, pero éste no ha llegado equitativamente a la población. Además, que dentro de los consensos del Estado con las clases y grupos sociales se deben hacer ciertas “concesiones” para evitar la inestabilidad política y social. Como menciona Stiglitz (2010) el crecimiento económico, aunque sea importante, no pasa a toda la población como un proceso de osmosis por lo que se tiene que procurar la redistribución del ingreso y el logro de la equidad social. Este es el campo de la política social, una serie de medidas que garantizan el cumplimiento de leyes que se expresan en la aplicación de programas sociales (Torres & Rojas, 2015) y que surge de la necesidad de institucionalizar e instrumentar acciones concretas que permitan a la población obtener lo que no logran por la asignación de recursos del mercado y que son fundamentales para su subsistencia.

La política social entonces, es el resultado histórico del derecho social de los individuos al bienestar social. Al ser parte de la política en general, por supuesto depende también de la configuración del Estado y su modelo preponderante, pero también depende de las clases sociales que exigen sus derechos y defienden lo que se ha logrado. Por lo tanto, también ha sido diferente en distintas etapas y épocas.

La política social se cristaliza en políticas públicas y a su vez las políticas lo hacen en programas y proyectos. Las políticas públicas se definen como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que ejecuta un gobierno para solucionar los problemas de la sociedad

que tanto el gobierno como el ciudadano consideran prioritarios; son resultado de la vinculación de distintos agentes y son resultados de procesos políticos y sociales (Di Virgilio & Solano, 2012). Los programas son una construcción técnica, es decir, son las políticas públicas aterrizadas y con recursos asignados para su ejecución; además son un conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos y es en ellas donde se define la prioridad de intervención y el marco institucional. Los proyectos son la unidad mínima de intervención y de asignación de recursos para la consecución de uno o más objetivos bien definidos; en la práctica, son los que se dirigen directamente a la población elegida, es por ello por lo que en su diseño deben estar bien delimitados en cuanto a los beneficiarios, los fines que se pretenden cumplir, tiempos y recursos (Di Virgilio & Solano, óp.cit.).

1.2 Salud y salud pública

La salud, como elemento primordial y relevante en el bienestar social, en cualquier modelo económico debe ser prioridad del Estado garantizarla a sus ciudadanos. La salud se define no sólo como la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar psicosocial (Valenzuela R. , 2013); en términos económicos la salud puede ser vista como una inversión, la cual se hace en capital humano que generará ganancias por la prolongación de la vida del ser humano. Según este mismo autor (2013) el estado de salud de la población se define como:

“...la expresión sintética en los momentos históricos concretos del comportamiento del proceso de salud enfermedad en la comunidad en el plano de la salud física, mental y social”

La salud entonces tiene una importante influencia en el desarrollo de las economías nacionales; la salud es la base de la riqueza social y a su vez si se administra correctamente la riqueza material aumenta la fortaleza física (Valenzuela, ibíd). En otras palabras, los temas sanitarios en los países son cruciales puesto que garantizar una vida sana y promover el bienestar es importante para la construcción de sociedades prósperas y es esencial para el desarrollo humano (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018).

La salud pública se define como la participación organizada de los agentes de la sociedad para la mejora de los aspectos sanitarios de la población en términos de mejora del ambiente, cambios de hábitos, prevención de conductas de riesgo, etc. Los principales agentes encargados de dicha misión son los institutos de salud de las naciones liderados por los gobiernos (INSP, 2018). Como se mencionó, la salud de la población al ser un factor determinante del entorno social debe recaer principalmente en manos del Estado; de tal forma que está consagrado como un derecho constitucional en muchas naciones, en México en específico está en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Es por dicha relevancia de la salud pública por lo que se les ha hecho un exhorto a las naciones por medio de organismos internacionales, específicamente el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, a que elaboren medidas que coadyuven al logro del acceso universal a la salud, aunque sea un fin ambicioso es necesario. Esta invitación está contenida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente en el objetivo número 3 “Salud y Bienestar”; el cual tiene dentro de sus metas la disminución de la mortalidad infantil, prevención de enfermedades infecciosas como malaria y VIH, prevención de consumo de alcohol y tabaco, disminuir accidentes de trabajo, etc. (Ver cuadro 1.1).

Cuadro 1.1 Metas del objetivo 3 “Salud y Bienestar” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.	
Metas	
3.1	Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
3.2	Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
3.3	Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
3.4	Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
3.5	Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
3.6	Para 2030, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
3.7	Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

- 3.8** Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- 3.9** Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.
- 3.a** Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- 3.b** Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.
- 3.c** Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- 3.d** Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Fuente: Tomado de (OMS, 2018), www.who.int/es

Cabe destacar que los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que son la continuación de los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM) que debían cumplirse para el 2015; son una serie de compromisos a tomar en las agendas de los gobiernos, pero a diferencia de los segundos, dichos objetivos incluyen no sólo a los países en desarrollo sino también a los países desarrollados.

1.3 Implicaciones económicas del deterioro de la salud

Como se mencionó, la salud vista en términos económicos es la base de la riqueza social la cual se determina por la inversión en capital humano (Valenzuela R. , 2013). Si el capital humano se preserva, se mantiene y aumenta dicha riqueza social. Por el contrario, si las condiciones de salud merman la calidad de vida y la vida de la población, nos encontramos frente a la pérdida de capital humano. La pérdida de capital humano implica no sólo la pérdida de la vida, sino que también la inasistencia, la reducción de tiempo por atender citas médicas, la incapacidad permanente y la muerte prematura; además todo ello conlleva un gasto que podría liberarse para otros fines.

Un estudio que hizo el Instituto de Estudios Económicos Estratégicos de Victoria (VISES, 2018) demuestra que en el mundo se pierde el 3.7% del PIB tan sólo por las Enfermedades No Transmisibles (en las cuales se incluyen las adicciones, el cáncer y las enfermedades respiratorias además de las enfermedades cerebrovasculares, diabetes e hipertensión). México perdió en 2015 según la misma fuente (VISES, 2018) el 3.8% del PIB, es decir, 51.2 billones de dólares que podrían convertirse en 100.2 billones de dólares para 2030 si no se actúa prematuramente. Además, la jubilación temprana fue del 2% para 2015.

Por tanto, la inversión en salud está íntimamente ligada con el desarrollo económico de los países, además dicho desarrollo se ve reflejado en los servicios de salud disponibles para la población (Molina, Romero, & Trejo, 1991). En este sentido, los países desarrollados tienen mejores niveles de salud que los países en desarrollo y subdesarrollados, por evidentes razones. Dichos niveles de salud además de estar relacionados con la disponibilidad de servicios de salud que están asociados a la disponibilidad de recursos en general como alimentos, vivienda, ingresos suficientes, etc.

Entonces es una relación recíproca, si se invierte en salud mejora la calidad del capital humano, aumenta la productividad y lleva al crecimiento económico. Este a su vez, mejora los servicios de salud disponibles que mejoran los niveles de salud de la población.

La máxima institución encargada de la vigilancia de la salud a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) explica que la merma de la salud amenaza el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030; las causas de ello es el aumento en el gasto público y privado en salud que afecta primordialmente a los países de ingreso medio y bajo; puesto que dadas sus deficiencias en la proveeduría de servicios de salud, la población eroga una mayor proporción de sus ingresos a generalmente temas curativos, por lo que además perpetúa la pobreza. Dicha institución además ha implementado una forma para medir el impacto de la salud en la economía, el cual es el cálculo de los Años de vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) que mide las pérdidas de vida sana por muerte prematura o por discapacidad (OMS, 2018).

Otro elemento importante de la salud en términos económicos es el financiamiento; es decir, la obtención de recursos financieros que harán posibles, sistemas de salud sólidos para la adquisición de medicamentos, equipo médico sofisticado y no sofisticado, especialistas, etc., no es posible la práctica médica sin recursos y ellos necesitan financiamiento (Cosme, et. al., 2013). El financiamiento de los servicios de salud está dentro del gasto público, en particular el gasto social, que incluye también educación, vivienda, saneamiento, etc., por lo que el deterioro de la salud de la población impacta en el gasto público vía sistema sanitario y puede comprometer la capacidad del Estado para hacer frente a la proveeduría de servicios suficientes y de calidad.

1.4 Industria alimentaria y deterioro de la salud

La urbanización, industrialización y la apertura comercial han modificado los hábitos de la población, ejemplo de ello es el menor tiempo disponible que se traduce en menor actividad física y de ocio en general y menor cantidad de tiempo para la búsqueda de alimentos saludables; además de una mayor disposición de alimentos industrializados, muchas veces de mala calidad. Como menciona Rivas (2017) el deterioro de la salud pública, principalmente el aumento de enfermedades crónico-degenerativas está asociado al consumo masificado de alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional; dicho consumo atiende a tendencias internacionales.

Sumado al consumo desmedido de estos bienes industrializados, se puede destacar que las personas con obesidad y sobrepeso, antesala de las enfermedades crónico-degenerativas, algunas veces padecen incluso de desnutrición, lo que implica que los alimentos causantes de sobrepeso son sólo comida chatarra que no proporciona nutrientes, son altos en sustancias como azúcares, grasas, conservadores, etc., pero bajos o nulos en ingredientes saludables. Con esto podemos deducir que además de los malos hábitos el problema también recae en la industria alimentaria que procesa bienes de mala calidad y en los gobiernos que han sido laxos en la regulación.

Aunado a ello, la industria alimentaria produce fuertes efectos en el ambiente en sus procesos de producción y distribución; que provocan mermas en la salud de la población por contaminación área, del suelo, del agua, etc. Menciona Rivas (2017) que las empresas de la industria alimentaria, por ejemplo, actúan con altas emisiones de carbono, las cuales prefieren ser clausuradas temporalmente o pagar multas millonarias antes que cambiar su tecnología, productos o detener su producción; además utilizan grandes cantidades de agua y utilizan químicos para la prevención de bacterias.

Por lo que se debe trabajar en conjunto con la industria alimentaria para poder modificar los patrones de consumo o mejorar la condición de los alimentos disponibles, y considerar procesos más amigables con los entornos. La regulación debe ir más allá de impuestos y multas, puesto que ya se han implementado ese tipo de medidas con escasos resultados positivos.

1.5 Enfoque preventivo y enfoque reactivo de la salud

La Organización Mundial de la Salud, dentro de sus postulados, recomienda que la atención de la salud sea un tema de prevención en lugar de un tema curativo. En México en la década de los 1980 se intentó pasar de lo curativo a lo preventivo, sin embargo, dado los cambios estructurales de esa década, ese objetivo se perdió por las políticas de ajuste que se debieron hacer para la contención de la crisis de manera urgente. El modelo de prevención implica menores costos a largo plazo, además debe ser una cuestión planeada dirigida por el Estado por lo que debe contener políticas adecuadas (Córdova, Leal, & Martínez, 1987).

En el enfoque preventivo se encuentran todas aquellas acciones que impiden el deterioro de la salud de la población, por ejemplo, en el contexto de la transición epidemiológica actual, sería promover una dieta sana, mayor actividad física, disminuir el consumo del tabaco y alcohol, etc. Son estrategias poblacionales que, si bien no atienden a los pacientes en particular, sientan las bases para la contención del aumento de enfermedades. El deporte social y una adecuada regulación de la industria alimentaria serían elementos del enfoque preventivo que disminuiría la carga financiera pública y privada del gasto en salud.

El enfoque reactivo interviene sobre lo que no se pudo prevenir, es decir, atienden los padecimientos cuando ya se presentan en la población y ésta acude a los servicios de salud para obtener un diagnóstico y un proceso a seguir para mejorar; en el caso de las enfermedades crónico-degenerativas implican cambios de hábitos de por vida y tratamientos costosos por medicamentos y especialistas; la ventaja de este enfoque es que es individualizado, ver cuadro 1.2 (Lifshitz, 2014).

El enfoque preventivo es un modelo que se recomendó antes de la transición epidemiológica, en donde los retos eran los avances en la ciencia y en la tecnología para la disminución de enfermedades relacionadas con aspectos regularmente biológicos. Actualmente el mayor reto es la modificación de los hábitos de la población y la mejora de la oferta alimentaria y por ende los patrones de consumo masificado.

En cuestión económica la diferencia radica en los gastos que deben erogarse para atender una enfermedad en lugar de prevenirla; por ejemplo, el Instituto Mexicano de la Competitividad (IMCO, 2018) estima que para una persona resulta 21 veces más barato cambiar de hábitos que tratar una diabetes complicada. Un prediabético obeso de 45 años que cambia sus hábitos a tiempo eroga \$92, 860 pesos, mientras que uno con las mismas características que no cambia de hábitos a tiempo eroga \$1,976,054 pesos.

Por lo tanto, es crucial implementar estrategias preventivas para evitar problemas de salud pública, preservar el capital humano y evitar onerosos desembolsos tanto del Estado como de las familias que comprometan la estabilidad de los sistemas sanitarios y de las economías domésticas.

Cuadro 1.2 Diferencias entre el enfoque preventivo y reactivo		
Características	Preventivo	Curativo
Personas atendidas	Poblaciones	Individuos
Dilucidación de los problemas	Estudios epidemiológicos	Diagnóstico
Predicción del curso	Previsiones, anticipaciones	Pronósticos
Manejo de los problemas	Profilaxis	Tratamientos
Intervención	Prepatogénica	Postpatogénica
Fuente: Tomado de (Lifshitz, 2014)		

Capítulo 2. Transición epidemiológica y los sistemas de salud

2.1 Evolución de las Enfermedades Crónico-Degenerativas como parte de las Enfermedades No transmisibles en el mundo.

Los retos de salud pública han diferido a lo largo de tiempo y mientras algunos pierden importancia, por ejemplo, la mortalidad infantil en México que se redujo en un 76% de 1990 a 2003 (INSP, 2018), o la erradicación de la polio en Estados Unidos y de muchas otras enfermedades gracias a las vacunas; algunos aparecen o incrementan su importancia como las enfermedades no transmisibles crónico-degenerativas, respiratorias, cáncer, etc.; que son ocasionadas por hábitos dañinos como el consumo de tabaco, alcohol y drogas, dieta no sana e inactividad física. Además de los cambios a lo largo del tiempo, también difieren los riesgos de salud pública entre países y regiones debido al desarrollo socioeconómico; en los países más pobres las enfermedades que prevalecen son de índole distinta a los de países desarrollados.

Incluso dentro de un mismo país las condiciones de salud pública pueden diferir entre regiones, principalmente en los países polarizados donde estas diferencias son abismales. Un buen ejemplo de ello es México en donde las entidades federativas del sureste presentan rezagos en la salud pública, similares a veinte años comparados con las entidades federativas más avanzadas como la Ciudad de México (Murayama, 2013). Estas diferencias no han permitido estrategias unificadas de salud pública, si no que implican la necesidad de elaborarlas de manera específica a cada contexto.

En las últimas décadas, a nivel internacional se han logrado avances significativos en la disminución de ciertas enfermedades, prevención de otras y casi desaparición de algunas. Sin embargo, el crecimiento económico, la urbanización y la mejora de la calidad de vida ha traído consigo la proliferación de otras enfermedades que tienen relación más con el estilo de vida, mayoritariamente, que con las condiciones de vida (Valenzuela R. , 2013).

A principios de esta década, la Organización Mundial de la Salud elaboró un análisis de las enfermedades no transmisibles, sus causas y sus latentes riesgos hacia la sociedad. En

dicho análisis establece que las causas de las enfermedades no transmisibles están relacionadas con el cambio demográfico, principalmente con el envejecimiento de la población, la urbanización desmedida y no planeada, la globalización y los malos hábitos. Todos ellos son factores sociales que se explican a partir de la reconfiguración de los modelos económicos, principalmente el tránsito del Estado Benefactor hacia el Estado Neoliberal y con ello la inserción de los países a escala global (OMS, 2010).

Por tanto, en cuanto a la aparición de nuevos retos de salud pública en el mundo actualmente predominan las enfermedades denominadas no transmisibles, tales como las adicciones y las enfermedades crónico-degenerativas. Es decir, recientemente las enfermedades más comunes de la sociedad responden a factores sociales más que a factores biológicos, esto se explica por los cambios de hábitos de la sociedad hacia conductas insanas y de riesgo tales como las adicciones a sustancias legales como los fármacos e ilegales como las drogas, y el consumo desmedido de alcohol, tabaco y comida chatarra; además, las enfermedades con causa biológica han disminuido por los avances en la medicina que han logrado combatir las enfermedades relacionadas con virus y bacterias.

Las enfermedades no transmisibles en el mundo son de preocupación tal que en 2018 se celebró la tercera reunión de países de ingreso alto celebrada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la cual se establecieron metas de disminución de dichas enfermedades para el 2030. Además, dada la relevancia del tema, los países desarrollados acordaron que la disminución y contención de estas debe ejecutarse desde los jefes de Estado y no desde los ministros de Salud. Es decir, necesitan estrategias globales y conjuntas para poder hacer frente al problema (WHO, 2018). Con acciones correctas, se podrían disminuir 10 millones de muertes prematuras para el 2025, prevenir 17 millones de ataques cardíacos para el 2030 en los países más pobres y generar 350 mil millones de dólares en crecimiento económico; cada dólar invertido retornaría una inversión de siete dólares (WHO, *íbid*).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la situación de las Enfermedades No transmisibles es la siguiente: 41 millones de personas (71% de las muertes) son ocasionadas por ellas al año, de tales muertes 15 millones de personas tienen entre 30 y 69

años y el 85% de éstas se producen en países de ingreso medio y bajo. Las enfermedades cardiovasculares cobran 17.9 millones de personas al año, el cáncer 9 millones, enfermedades respiratorias 3.9 millones y diabetes 1.6 millones; las cuales representan el 80% de muertes por ENT.

Unos de los padecimientos de mayor preocupación, los cuales además son la antesala de las enfermedades crónico-degenerativas y reconocidos como factores de riesgo metabólico, son el sobrepeso y la obesidad. No sólo son de recién preocupación, sino que se han convertido en un riesgo que crece exponencialmente y cuya atención se necesita urgente. Los hábitos que han generado el exceso de peso en la población son dos principalmente: el sedentarismo y la mala alimentación. Dichos padecimientos han crecido de manera importante y continúan en aumento, implican muerte prematura, por ejemplo, con *diabetes mellitus tipo 2* en el envejecimiento incrementa seis veces el riesgo de un derrame o ataque al corazón. La preocupación por dichos padecimientos se debe a que su avance amenaza la sostenibilidad de los sistemas sanitarios; en el mundo desde 1980, la diabetes casi ha duplicado su incidencia puesto que pasó de 4.7% de población afectada a 8.5% en 2014 (Federación Internacional de Diabetes, 2018). Evidentemente ese aumento de la población afectada implica tratamientos especiales y un alto gasto en salud tanto público como privado, retomaremos este punto más adelante.

Dado este cambio en las enfermedades que inciden en la mayoría de la población de reciente preocupación, las recomendaciones internacionales más relevantes como son los Objetivos de Desarrollo Sostenible han sugerido en la meta 3.4: “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”; y en el 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió la “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud” (ver Cuadro 2.1). Otro de sus fines es la meta relacionada con la eliminación de las grasas trans de tipo industrial en la alimentación de las personas para el 2023. Las grasas trans son causantes de medio millón de muertes al año, principalmente por su relación con las enfermedades cardiovasculares puesto que aumentan el riesgo de contraer cardiopatía en un 21% y el riesgo de muerte en un 28%; además en las metas globales 2025, establece

una serie de objetivos de nutrición para los niños quienes también tienen preocupantes incidencias de sobrepeso y obesidad.

Cuadro 2.1 <i>Objetivos principales de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas malsanas y a la inactividad física a través de medidas de salud pública.2. Incrementar la concienciación y los conocimientos acerca de la influencia de la dieta y de la actividad física en la salud, así como de los efectos positivos de las intervenciones preventivas.3. Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física que sean sostenibles e integrales, y cuenten con la participación activa de todos los sectores.4. Seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física
Fuente: (OMS, 2018), https://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/

Aunado a lo anterior, debido al problema estructural de la desigualdad, se promueven aún la disminución de enfermedades relacionadas con la carencia de recursos que son alarmantes principalmente en los países menos desarrollados y críticas en regiones como la África Subsahariana y Asia meridional. Dicha preocupación está justificada, puesto que en el mundo todavía existen cifras alarmantes, como que, cada año mueren 6 millones de niños menores de 5 años, la tasa de mortalidad materna es 14 veces superior en países en desarrollo comparándolos con los países desarrollados, el SIDA es la segunda causa de muerte en adolescentes a nivel mundial, etc.

Por lo tanto, es menester que la agenda en cuestión sanitaria se aplique de manera correcta en los países, dando lugar a la prevención de hábitos tóxicos relacionados con la alimentación y la poca actividad física para la disminución de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles que ya empiezan a convertirse en temas extremadamente urgentes. En el mundo existen 3,000 millones de personas con sobrepeso y 300 millones obesas, es decir, más de la mitad de la población de los países desarrollados la tienen. Es tan grave, que la OMS los considera la epidemia del siglo XXI (OMS, 2018).

En conclusión, es necesario el diseño e implementación de políticas públicas nacionales que combatan a los enemigos silenciosos del sobrepeso y la obesidad que crecen exponencialmente y que ponen en riesgo la sostenibilidad de los sistemas sanitarios del mundo. Pero estas políticas deben estar encaminadas a la prevención y no en los

medicamentos o curación. Dicha prevención además debe estar orientada a la modificación de hábitos y del estilo de vida de la población, cosa que no es sencilla, pero es necesaria.

2.1.1 El sobrepeso y la obesidad como preámbulo de enfermedades crónico-degenerativas: diabetes e hipertensión.

Las enfermedades crónico-degenerativas, como parte de las enfermedades no transmisibles y resultado del sobrepeso y la obesidad, incrementan el riesgo de una muerte prematura, una disminución de la calidad de vida, una modificación radical en consumo y actividades y en aspectos económicos, implican un fuerte gasto para las familias y una importante carga para el Estado en el rubro de gasto en seguridad social que compromete su capacidad para cubrirlo.

Otros aspectos económicos ocasionados por las enfermedades crónico-degenerativas son: pérdida de productividad en los trabajadores, ausencias en las actividades productivas por incapacidad y pérdida de capital humano prematuramente por muerte e invalidez (ver cuadro 2.2) En cuanto al gasto en salud público y privado, implica altos costos por los elevados niveles de especialización en la atención, es decir, medicamentos más caros y especialistas con servicios más onerosos.

Cuadro 2.2 Efectos de enfermedades crónico-degenerativas		
Salud	Sociales	Económicas
<ul style="list-style-type: none"> -Invalidez -Ceguera -Amputación de algún miembro -Coma diabético -Diálisis -Muerte prematura -Pérdida de calidad de vida -Fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de tejido social -Cambios drásticos de hábitos -Alimentación rígida y especial -Hospitalizaciones prolongadas -Pérdida prematura de jefes y jefas de familia 	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida prematura de capital humano por jubilación precipitada, invalidez o muerte -Ausencia de actividades productivas por incapacidades y pérdida de tiempo efectivo de trabajo -Disminución de productividad -Aumento en el gasto privado en salud -Aumento en el gasto público en salud -Necesidad de especialistas y medicamentos más costosos
Fuente: Elaboración propia con datos de (ENSANUT, 2016)		

Es importante resaltar que el sobrepeso y la obesidad son una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud. Son un factor casual de otras

enfermedades como las dermatológicas, gastrointestinales, pancreáticas, hepáticas, osteoarticulares, entre otras. Aunque la obesidad y el sobrepeso son condiciones clínicas que podrían considerarse como individuales, se han convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento (Mora, O., & B., 2013).

Además de las enfermedades crónico-degenerativas, el sobrepeso y la obesidad implican un aumento del esfuerzo del cuerpo no sólo metabólico y cardíaco, sino que también de movilidad lo que genera desgaste en huesos, músculos y articulaciones; aunado a ello, también incrementan el riesgo de padecer cáncer de mama, colon, endometrio y vesícula biliar (OMENT, 2016).

Las enfermedades crónico-degenerativas con mayor afección en el mundo son la diabetes y la hipertensión. Según la *American Diabetes Association* (2019) la diabetes es una enfermedad compleja y crónica que requiere una continua atención médica y modificaciones drásticas en hábitos de los afectados; la atención médica debe estar enfocada en múltiples estrategias de diversa índole para controlar la glucosa del paciente; además, dice la asociación, la educación y el auto control son cruciales para disminuir los riesgos y complicaciones de largo plazo. Se estima que el 90% de los casos de *diabetes mellitus* son causados por el sobrepeso y la obesidad (Dávila-Torres, 2014).

El término *mellitus* significa azúcar, y la diabetes de este tipo es la más común entre la población. Es una enfermedad que se origina por la interacción genético-ambiental, es decir, se puede tener predisposición, pero también atiende a los hábitos poco saludables que responden al entorno social y afecta a todos los grupos etarios. La diabetes en sentido estricto, según Mora (op. cit)

“es un síndrome heterogéneo caracterizado por una hiperglucemia crónica, como consecuencia de una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, que desencadena complicaciones agudas”.

En términos no médicos, la diabetes se origina cuando el cuerpo ya no es capaz de controlar los altos niveles de azúcar en la sangre. En cuanto a la hipertensión, primero definiremos la

presión arterial la cual es la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de venas y arterias, cuando esta presión es elevada (hipertensión) y permanece así por un periodo prolongado genera complicaciones al organismo como ataques cardíacos. Otras enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con los elementos antes descritos son los padecimientos en las arterias coronarias, los accidentes cerebro vasculares, altos niveles de grasa en la sangre, síndromes metabólicos y hasta cáncer.

Por tanto, podemos concluir que el sobrepeso y la obesidad son padecimientos que implican alto riesgo a la salud de la población y son el origen de múltiples afecciones. Además, son padecimientos que han crecido ampliamente y deben ser atendidos con carácter de urgencia, para no comprometer a los sistemas sanitarios. Dos de las causas directas de estos padecimientos son la mala alimentación y la poca o nula actividad física.

Hablando del sedentarismo, según la OMS (2018) la proporción de la población mundial que atiende a esta condición asciende al 60%, cifra alarmante que implica que son los menos los que incorporan hábitos saludables relacionados con la actividad física. Una posible respuesta al control del sobrepeso y la obesidad orquestada desde el Estado, y la recomendación de este trabajo, se relaciona con este factor. Es decir, promover la práctica de actividad física y deporte, a la población desde una política pública. Recientemente, en la agenda de los gobiernos, principalmente desarrollados, ha cobrado fuerza el “deporte social” concebido como la promoción de la actividad física y deporte en la población porque genera además de los beneficios en la salud individual, beneficios de índole social como la cooperación, disminución de conductas de riesgo, identidad, solidaridad y por supuesto, mejora de la salud pública. En el último capítulo nos centraremos en este tema.

2.2 El sistema de salud en México

El sistema de Salud en México tiene su origen en 1943 cuando se fundaron dos de sus tres piedras angulares: la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) y el Instituto Mexicano de Seguridad Social. Para 1960 se creó la otra piedra angular: el

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales a los Trabajadores del Estado (Córdova, Leal, & Martínez, 1987). En 1958 se establece el modelo médico de “medicina científica” que prioriza las especialidades como eje del trabajo médico e importancia de la atención curativa como forma preponderante de atención a las necesidades de salud de la población (Córdova, Leal, & Martínez, óp. cit.)

El anterior modelo ha sido uno de los problemas del sistema de salud en México y va en contra de las recomendaciones de la OMS y lo aplicado en países desarrollados en donde se prepondera la prevención en lugar de los temas curativos. Esto ha generado un incremento importante en los costos, principalmente en las Enfermedades No Transmisibles, que implican periodos largos de manutención y podrían ser gastos mucho menores atendiéndolos desde su inicio o previniéndolos.

Otro elemento a destacar según Rivas (2017) es que de acuerdo con datos de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), México se encuentra dentro del grupo de países con menores montos de gasto e inversión en materia de salud en el mundo; a pesar de que la oferta de trabajadores de la salud crece, se mantiene 30 puntos porcentuales por debajo de los estándares de la OCDE.

El sistema de salud en nuestro país es un sistema fracturado con tres instituciones a la cabeza, organismos que tienen sus propios sistemas de salud y algunas entidades federativas que cuentan con su institución de salud. En la década de 1980 se intentó hacer un sistema unificado de salud, pero quedó el proyecto trunco por intereses políticos que no deseaban perder el poder, sobre todo sindicatos. En el Plan Nacional de la Salud de 2007 al 2012 se menciona que para el 2030 el acceso a la salud sería universal y enfocado a la prevención (Secretaría de Salud, 2007), evidentemente el proyecto quedó inconcluso por no sólo el cambio de gobierno, sino de partido que ganó las elecciones.

Por tanto, actualmente la institución encargada de la salud pública es la Secretaría de Salud, la cual programáticamente dirige el rubro. Además de ella existen organismos de control directo como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y

Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que se encargan de la salud de los trabajadores del sector privado y público respectivamente, así como de sus sistemas de pensiones.

Hay instituciones que cuentan con sus propios organismos de salud como la Secretaría de Defensa, la Secretaría de Marina, las Fuerzas Armadas, las entidades federativas y PEMEX; y otras que se han sumado al esfuerzo de la universalización de la salud como el Seguro Popular e IMSS PROSPERA, además de ellas existe una organización que si bien no provee servicios de salud está encargada de la investigación en temas de salud pública: el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el cual surgió en 1987. Las funciones específicas de la Secretaría de Salud están contenidas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (2018), artículo 39, las fracciones más relevantes en función de este trabajo son las siguientes:

- I. Elaborar y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos, servicios médicos gratuitos universales y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;
- II. Crear y administrar establecimientos de salud, de asistencia pública, de medicina tradicional complementaria y de formación de recursos humanos en salud, priorizando la movilidad y accesibilidad;
- V. Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública;
- VI. Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho sistema y determinará las políticas y acciones de concertación entre los diferentes subsistemas del sector público;

- VII. Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud;
- VIII. Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento;
- XXIV. Elaborar y conducir políticas tendientes a garantizar acceso a los servicios de salud para las personas que no sean beneficiarios o derechohabientes de alguna institución del sector salud;
- XXVI. Promover acciones de coordinación con otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para abordar conjuntamente los determinantes sociales de la salud.

En ese artículo con sus fracciones se refuerza la idea que el Estado es quien debe hacerse cargo de la promoción de la salud pública y que el organismo encargado específicamente de hacerlo es la Secretaría de Salud. Asimismo, esta facultad del Estado está determinada por el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El reconocimiento de la salud como derecho constitucional surgió en 1983 con el presidente Miguel de la Madrid Hurtado y de ello emanó la primera Ley General de Salud (Córdova, Leal, & Martínez, 1987).

En cuanto a la política que dirige el rubro, en el periodo de estudio es el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en sus Metas Nacionales: "México Incluyente", y "México Prospero", y en sus objetivos: "Asegurar el acceso a los servicios de salud" y "Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población"; en cuanto al programa específico es el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 con el cual se pretende cristalizar el derecho constitucional (SHCP, 2018).

De esta manera, los objetivos específicos del programa que atiende la salud, PROSESA, son (SHCP, ibíd):

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Todo lo anterior hace referencia al marco institucional bajo el cual se garantiza el derecho a la salud de los mexicanos.

En la estrategia programática del Presupuestos de Egresos de la Federación , en el Ramo 12 concerniente a la Salud (SHCP, 2018), se hace un diagnóstico de la salud en México, en las cuales se priorizan las que se han abordado en este trabajo: el cambio de perfil demográfico, en el cual se ha aumentado drásticamente la población mayor de 60 años debido al aumento de la esperanza de vida, la transición epidemiológica, en donde han cambiado las principales causas de muerte y el cambio en los hábitos de la población, en donde se han incluido alimentación cada vez menos sana y la poca o nula actividad física.

Lamentablemente las consecuencias de los puntos anteriores son tan graves que ponen en riesgo la estabilidad del sistema sanitario, sin dejar de lado que lo más importante son las personas y su pérdida de calidad de vida o incluso la vida. Los sistemas sanitarios de las naciones son cruciales para la promoción de la salud pública; sin embargo, para que estos sistemas operen deben hacerse erogaciones, esto es el gasto público en la salud. Abordaremos este tema en el capítulo 3, primero se abordará el gasto público para luego abordar el gasto público en salud en México.

2.3 Apertura comercial y producción alimentaria

México inició formalmente su apertura comercial con la entrada al GATT (Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio, por sus siglas en inglés) en 1986 quien es la institución que antecedió a la OMC (Organización Mundial del Comercio, que se fundó en 1995) y que actualmente es quien regula los temas comerciales, disputas y es foro de acuerdos multi y bilaterales; es la base jurídica e internacional del sistema multilateral de comercio (WTO, 2019). Después de ello, el evento detonante de la apertura comercial fue la firma en 1992 del NAFTA (Tratado de Libre Comercio de América del Norte, por sus siglas en inglés), el cual entró en vigor en 1994 y fue un propulsor de magnitudes sobresalientes del comercio internacional mexicano, principalmente con su principal socio comercial Estados Unidos; el cual no sólo es su principal socio comercial sino que prácticamente concentra el total de sus exportaciones (76%) y buena parte de sus importaciones (47% del total) (Trade Map, 2019).

Dichos eventos detonaron la apertura comercial de México y el cambio en la disponibilidad de bienes y servicios que se convirtieron casi en su mayoría en extranjeros. Además, desde la entrada en vigor del NAFTA, México se ha convertido en un importador neto de alimentos y se ha incrementado la presencia de los competidores transnacionales dentro de las industrias de la alimentación, lo que generó cambios en los patrones de consumo interno, tanto en municipios urbanos como rurales (Rivas, 2017).

La apertura comercial *per se* no es mala ni buena, implicó una gran promesa al hacer asequibles un buen número de bienes a todos los países, principalmente en los países en desarrollo donde los ingresos son una limitante, permitió una mayor competencia en beneficio de los consumidores y una especialización productiva acorde a la disponibilidad de recursos de las naciones (Stiglitz 2010). En la Ronda de Uruguay, con el foro todavía del GATT, se prometió proteger a la salud frente a la apertura comercial y que dado el incremento de los ingresos por el aumento del intercambio habría mejores servicios sociales y de mejor calidad en los países (OMS, 2010).

Sin embargo, hemos visto que dichas promesas no se han cumplido del todo, atendiendo particularmente a la industria alimentaria se ha volcado hacia un consumo masificado de bienes de mala calidad (altos en azúcares, grasas, etc., y bajos en nutrientes), influenciado por medios de comunicación y cuya oferta es basta y disponible (Rivas, óp. cit.).

Lo anterior ha generado aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, que se consideraba un problema para la población de mayor poder adquisitivo, mientras que la insuficiencia alimentaria se consideraba problema de las clases menos favorecidas; sin embargo, en nuestro país ya se encuentran poblados con altos grados de sobrepeso cuando son de ingresos bajos.

Además, la apertura comercial trajo una bonanza sin precedentes a la exportación de bienes agropecuarios primarios e insuficiencia de la demanda interna lo que ha generado una merma en la autosuficiencia alimentaria y coadyuvado al cambio de los patrones de consumo a los que nos hemos referido.

Capítulo 3. Condiciones de salud pública en México, transición epidemiológica y gasto público

En este capítulo abordaremos la situación de la salud pública en México el cual está acorde a las tendencias internacionales, es decir, hay una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad que ha generado una importante incidencia de diabetes e hipertensión. De hecho, ambas enfermedades son las primeras causas de muerte en el país y han mermado la calidad de vida de la población en el sentido explicado anteriormente; las estadísticas indican que 7 de cada 10 adultos y 1 de cada 3 niños y adolescentes tienen sobrepeso u obesidad; además nuestro país ocupa el segundo lugar en prevalencia de obesidad en el mundo en adultos y el cuarto en niños (IMSS, 2018).

Comenzaremos por esbozar el gasto público en salud, esto debido a que es una de las variables más preocupantes, tanto que se prevé que de continuar la tendencia el sistema sanitario, no podrá soportar el costo que implica el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas para el 2050 debido a que son, por ejemplo, diabetes. 21 veces más caro atenderlas que prevenirlas; ello tan sólo en los costos de tratamiento, sin sumar los derivados por la pérdida de productividad y muerte prematura.

Además, se referirá al primer factor que es causa del sobrepeso y la obesidad: la mala alimentación; se relacionará particularmente con la disponibilidad de alimentos industrializados altos en azúcares, grasas, entre otros, que está liderado por un oligopolio de empresas de la industria alimentaria.

México para dicha industria implica un amplio mercado y además no cuenta con frenos institucionales en la producción y distribución de sus productos, por lo que tienen altas ganancias y pocos incentivos para producir alimentos de mejor calidad. Si sus ventas se comparan con el gasto total en salud, podemos observar que las primeras representan una parte importante de él, por lo que es necesario un aumento en la regulación sin que necesariamente implique el sacrificio de sus utilidades.

3.1 Salud y gasto público en México

El gasto público es el costo de las actividades del sector público que comprenden la producción y suministro de bienes y servicios y las transferencias de ingreso (s/f, 2009). La cantidad y su destino son amplio tema de debate. Entre más participe el Estado en la economía mayor es su gasto y viceversa; el modelo económico dominante al que nos referimos en el apartado 1.2 que está avalado por el *mainstream* teórico apuesta por una participación mínima del Estado y por ende por un gasto público bajo. Ejemplo de la composición y elección del gasto público son las recomendaciones de política económica del Fondo Monetario Internacional hacia México, que delinearon las decisiones de los últimos 30 años, las cuales recomiendan un gasto público reducido, orientado principalmente a las funciones de gobierno y con escasa participación en programas sociales y aspectos económicos.

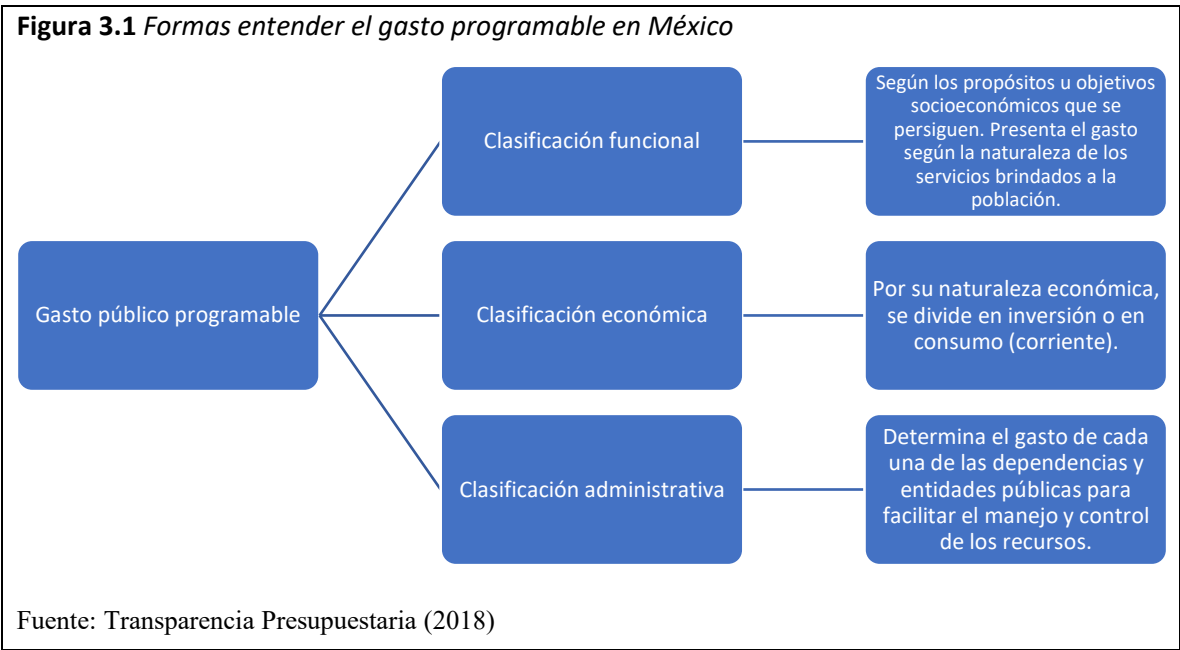
Volviendo al concepto y delimitación del gasto público, éste proporciona dos tipos de servicios: los que usa la población directamente, es decir, el de la administración pública y los que mejoran la productividad, es decir, la infraestructura. Además de estos dos, el gasto público incluye las transferencias. En cuanto a los primeros tipos de bienes que proporciona podemos encontrar la salud y el deporte, los cuales son los aspectos que se analizan en este trabajo. Los segundos, deben ser aquellas necesidades que el mercado no logra satisfacer y deben respaldar al sector privado, no competir con él, en el marco del modelo económico actual (s/f, *ibíd*).

En este sentido podemos agregar dos tipos de gasto público: el productivo y el improductivo; el primero es el que fomenta la inversión sin competir y el segundo el que no fomenta la inversión. Por ende, el gasto público relacionado con la salud y el deporte se considerarían dentro del costo de la administración pública, además aquel que va directamente a la población y que no fomenta la inversión. Es decir, es improductivo; sin embargo, el que sea improductivo como dice la teoría no le resta importancia puesto que como se ha manifestado la salud es un derecho humano fundamental y crucial en la construcción de las sociedades;

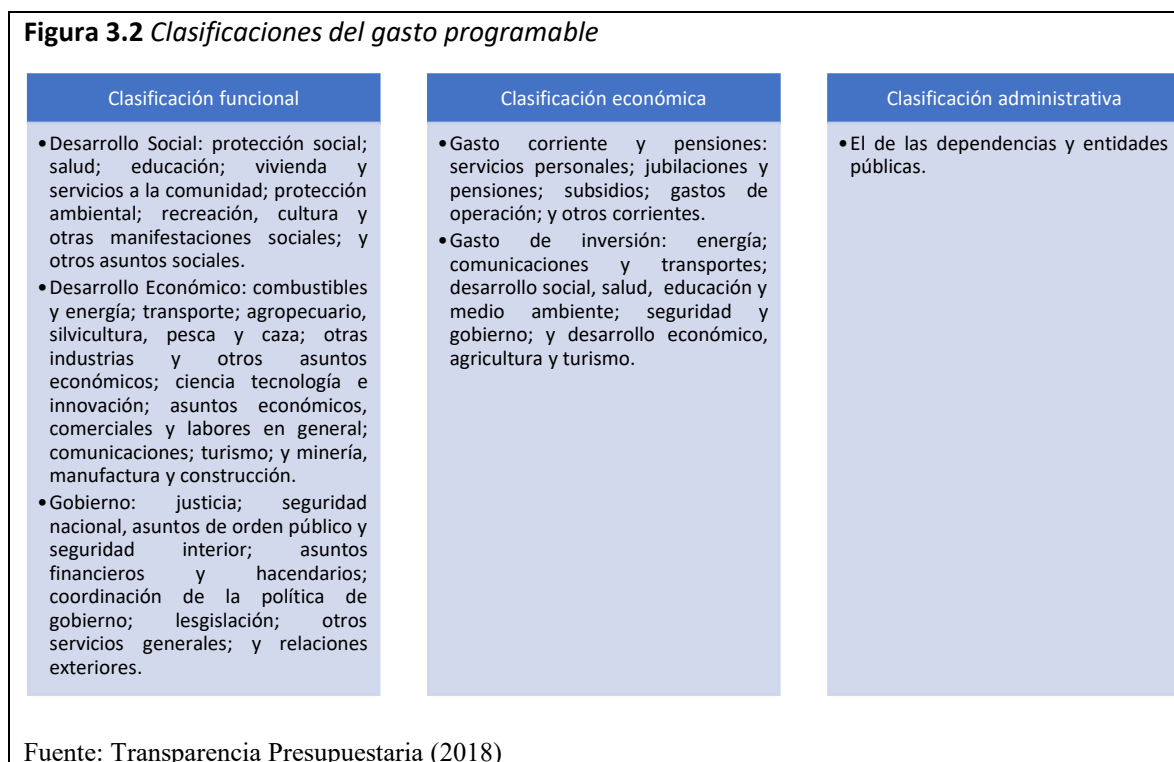
algunos enfoques incluso sugieren que la salud y su debida promoción genera ganancias económicas al cuidar y preservar el capital humano (Valenzuela R. , 2013).

El gasto público en México está determinado por el Presupuesto de Egresos de la Federación (2018) y tiene como contrapartida los ingresos del sector público. Dichos ingresos según Transparencia Presupuestaria (2018) son: los ingresos del Gobierno Federal, los impuestos y derechos, los ingresos de organismos y empresas, las aportaciones del seguro social y el financiamiento o deuda. Cuando el sector público requiere aumentar el gasto público, como medidas de política fiscal puede aumentar la deuda, vender activos o recurrir al señoreaje; este último es el menos recomendable puesto que puede generar inflación (Cervantes, 2014).

El gasto público en México comprende dos rubros el gasto programable y el gasto no programable. En cuanto al primero es el gasto que se destina a proveer bienes y servicios públicos a la población y el segundo son las transferencias no condicionados a entidades federativas (Participaciones Federales), pagos pendientes de años anteriores, deuda pública, intereses, etc. El gasto público programable puede verse de tres formas distintas: según su clasificación funcional, clasificación económica y clasificación administrativa. La figura 3.1 muestra que engloba cada una de estas clasificaciones.



A su vez las clasificaciones funcional, económica y administrativa se dividen en rubros; la siguiente figura los explica.

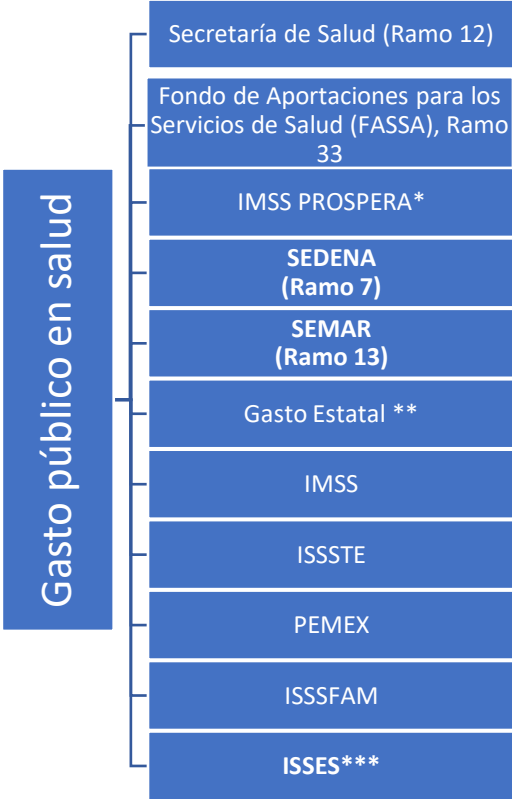


En cuanto al gasto en salud en México, es aquel que se eroga en función del logro de dicho derecho humano; sin embargo, no sólo el Estado hace erogaciones en función de él también lo hacen las familias por lo que puede verse desde dos vertientes: el gasto público y el gasto privado. En cuanto al gasto privado, está incluidos todos aquellos gastos relacionados con los temas sanitarios que hacen las familias y las empresas. En el gasto público, se consideran todas aquellas erogaciones que hacen las distintas dependencias y organismos públicos para el cuidado de la salud de la población, dichos organismos como se mencionó son IMSS, ISSSTE, SSA, Secretaría de Defensa, Secretaría de Marina, PEMEX, ISSFAM e Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (figura 3.3). La distribución entre ambos gastos está equilibrada, en 2016 el gasto público representaba el 53.04% del total y el gasto privado el 46.95%.

Como se dijo anteriormente, la institución que dirige el Sistema Nacional de Salud es la Secretaría de Salud a la cual se le otorgan los recursos según la clasificación administrativa

del gasto público. Estos recursos se otorgan vía Ramo 12 y sólo conciernen a la cabeza de sector. Los recursos de los demás organismos provienen de otra clasificación; por ejemplo, el IMSS y el ISSSTE están en el PEF (2018) como entidades de control directo y los organismos que tienen sus propias instituciones de salud como la Secretaría de Marina les transfieren desde su ramo (SHCP, 2018).

Figura 3.3 Instituciones de salud en México



* Es el Gasto del Programa que opera con fondos del Gobierno Federal; se apoya en la estructura administrativa del IMSS y funciona en forma desconcentrada. Proporciona servicios de Salud.
 ** Es el Gasto en Salud efectuado con recursos propios de los Estados.
 *** Es el Gasto en Salud ejercido por las Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas.

Fuente: (SINAIS, 2018), <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>

El cuadro 3.1 muestra el Ramo concerniente a la Secretaría de Salud y las partidas que se destinan a la prevención de la obesidad y a las enfermedades crónico degenerativas; en el cual se pueden destacar varias cosas. La primera es que en 2014 hubo un aumento importante (6.9%) al presupuesto en salud y en 2015 aunque menor también hubo incremento (3.52%), sin embargo, en 2016 y 2017 hubo reducciones en las cuales la del último año fue significativo (7.87%) en donde incluso llega a los niveles del 2013. Otro elemento es que la

partida destinada a la prevención de la obesidad, en el 2016 aumentó un 82.4% con respecto del año anterior; elemento trascendente en el objetivo de este trabajo puesto que refuerza la idea que el gasto público destinado a las enfermedades de recién preocupación como la obesidad ha aumentado drásticamente; su participación subió de 0.24% a 0.45%. Dicha partida, además, tuvo dos ampliaciones aprobadas por la Cámara de Diputados, una en 2015 por un millón de pesos y la otra en 2016 por 125 millones de pesos; además este último fue el año con mayor presupuesto; ha incluido otros objetivos desde el 2013, puesto que en ese año y en 2014 incluía sólo obesidad y del 2015 al 2018 incluyó sobrepeso, obesidad y diabetes.

En cuanto a la prevención de enfermedades crónico-degenerativas, en donde se incluyen otras enfermedades no transmitibles, existió una política pública para el tópico, pero sólo del 2013 al 2015. En los demás años de estudio, dicha política no se encuentra en el Ramo 12. En 2013 y 2014 se llamó “Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y transmisibles y lesiones” y en el 2015 “Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones”. El presupuesto para dicha política implicó menos de un punto porcentual con respecto al total y sus variaciones en los años donde existía estuvieron acordes al aumento del presupuesto en salud en general.

Cuadro 3.1 Ramo 12 y sus partidas a la prevención de obesidad y enfermedades crónico-degenerativas. 2013-2018 (Millones de pesos)								
Año	Gasto Total		Prevención de obesidad			Prevención de enfermedades crónico-degenerativas		
	Total	Variación %	Total	% con respecto al total	Variación %	Total	% con respecto al total	Variación %
2013	121,856	-	300	0.25	-	752	0.62	-
2014	130,264	6.90	312	0.24	4.0	807	0.62	7.3
2015	134,847	3.52	322 1*	0.24	3.5	863	0.64	6.9
2016	132,216	-1.95	464 125*	0.45	82.4	N.D.	N.D.	-
2017	121,817	-7.87	452	0.37	-23.3	N.D.	N.D.	-
2018	122,557	0.61	453	0.37	0.2	N.D.	N.D.	-

* Ampliaciones determinadas por la Cámara de Diputados
Fuente: SHCP-Presupuestos de Egresos de la Federación, varios años.

El Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS) hace un esfuerzo por sumar el total del gasto público en salud, es decir las erogaciones de todos los organismos públicos de salud, y el gasto privado en el mismo rubro. En el cuadro 3.2 podemos observar parte de dicho esfuerzo; en donde en todos los años el gasto privado supera al gasto público, aunque está más o menos equilibrado. El gasto total en 2016 ha tenido un incremento de 16% comparado con el gasto del 2013 mientras que el gasto privado ha aumentado un 12% y el público un 20% en los mismos años.

Cuadro 3.2 Gasto en Salud por Fuente de Financiamiento, 2013-2016. Millones de pesos, precios corrientes.

Año	Gasto Total en Salud	Tasa de crecimiento	Gasto Público Total en Salud	% crecimiento	Gasto Privado Total en Salud	% crecimiento	% Gasto Público Total en Salud	% Gasto Público Total en Salud
2013	959,919		524,372		435,546		54.62	45.37
2014	983,814	2.5	523,853	-0.1	459,961	26.3	53.24	46.75
2015	1,062,059	8.0	570,887	9.0	491,171	-10.7	53.75	46.24
2016	1,115,924	5.1	591,913	3.7	524,011	6.7	53.04	46.95

Fuente: SINAIS (2018), <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>

Al análisis del gasto público en salud, hay que añadirle su ineficiencia por motivos de uso político, falta de mecanismos de control, escasos indicadores, etc. Es decir, no sólo es importante aumentar el monto con respecto del PIB y con respecto del gasto total, sino que es crucial aumentar la eficiencia para que tenga un mejor impacto.

El Centro de Análisis de las Finanzas Públicas (2011), elaboró una síntesis con los principales problemas de gasto público en salud, los cuales son:

1. El incremento en el gasto no ha mejorado la salud de las personas; el coeficiente de efectividad está por debajo de países de similar nivel de desarrollo como Chile, Colombia y Brasil.
2. El incremento no se ha traducido en infraestructura ni en mejora de la atención; tiene estándares por debajo de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), por ejemplo, sólo 2 médicos por cada 1,000 habitantes

contra 3.2, 1.6 camas contra 3.6 y 1.5 resonancias por millón de habitantes contra 12.6.

3. Es menor que el gasto privado y su aumento no lo ha sustituido. Han aumentado ambos en proporciones similares, sumado a ello, quienes más gastan son los deciles más bajos de ingreso que sólo tienen Seguro Popular o IMSS Prospera.
4. Hay un alto costo administrativo. México tiene los costos administrativos en el sistema de salud más altos de la OCDE, tan sólo el IMSS e ISSSTE presentan costos administrativos de 20%.
5. El sistema de salud está fragmentado.
6. La distribución del gasto en entidades federativas es desigual.

En conclusión, el gasto público en salud es ineficiente y tiende a la crisis, debe aumentarse la eficiencia y establecer indicadores adecuados para medir su desempeño y así tener una mejora de la salud de la población en términos integrales.

3.2 Crecimiento acelerado del sobrepeso y la obesidad en México, sus causas y consecuencias: prevalencia de diabetes e hipertensión.

Como se mencionó, las enfermedades que han tomado importancia en las décadas recientes debido a factores sociales como las conductas de riesgo de la población son las Enfermedades No Transmisibles como las crónico-degenerativas (en donde entra la diabetes y la hipertensión), respiratorias, cáncer y adicciones; en el preámbulo de las ECD se encuentran los padecimientos del sobrepeso y la obesidad. Los malos hábitos que provocan dichas enfermedades son el consumo desmedido de tabaco, alcohol y drogas, dieta insana y poca actividad física. En este apartado nos centraremos en el sobrepeso y la obesidad como antesala de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente diabetes e hipertensión, en México.

Según los indicadores de la OCDE (2012), en ese año, el 32.4% de la población tenía obesidad; una de las entidades federativas más preocupantes era Yucatán con el 44.8% y la principal urbe, CDMX tenía 34%. Según ENSANUT (2016) de 1988 a 2016 la prevalencia de sobrepeso en mujeres aumentó en 42.4% y la de obesidad en 290.5%. Proporciones que

son muy inquietantes, puesto que un tercio de la población ya es considerada como enferma, y el 70% de los adultos están en riesgo inminente de padecer enfermedades crónico-degenerativas.

La Encuesta Nacional de Salud es un proyecto del Instituto Nacional de Salud Pública y de la Secretaría de Salud que busca conocer algunas variables relevantes con respecto al estado físico de la población para poder establecer acciones determinadas. Se centra en factores como incidencia de anemia, sobrepeso, diabetes y cantidad de actividad física realizada. La primera encuesta se realizó en 2006, y se planteó realizarla cada seis años; la segunda, por ende, se realizó en el 2012; sin embargo, debido al aumento en enfermedades crónico-degenerativas se elaboró una encuesta a medio camino en el 2016, debido a su relevancia, en este trabajo será eje de los datos de incidencia de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. Es importante destacar que dicha encuesta se elabora con una muestra que representa aproximadamente el 70% de la población.

Cuadro 3.3 Incidencia de sobrepeso y obesidad en México

	Nacional		Urbano		Rural	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Infantil (5-11 años) Sobrepeso	19.8%	17.9%	21.1%	18.5%	16.2%	16.5%
Infantil (5-11 años) Obesidad	14.6%	15.3%	16.3%	16.4%	9.8%	12.5%
Adolescentes (12-19 años) Sobrepeso	21.6%	22.4%	22.5%	22%	18.8%	23.7%
Adolescentes (12-19 años) Obesidad	13.3%	13.9%	15.1%	14.7%	8%	11.3%
Adultos (20 años o más) Sobrepeso	38.8%	39.2%	38.8%	38.2%	39.1%	42.7%
Adultos (20 años o más) Obesidad	32.4%	33.3%	34%	34.7%	26.5%	28.9%

Fuente: ENSANUT, 2012, ENSANUT medio camino, 2016.

Como puede observarse en el cuadro 3.3, tanto en el 2012 como en el 2016 la incidencia de sobrepeso y obesidad son muy elevadas en los distintos grupos de edades, sin embargo, son especialmente preocupantes las cifras de los adultos, puesto que han ido en aumento y representan ambos padecimientos en casi todos los casos cerca del 70% de la población. En el caso de la comunidad rural, en cuatro años ha habido un aumento de la población afectada en 5 puntos porcentuales. Cabe recalcar que la proporción de población adulta en comunidades rurales con sobrepeso de en 2012 y en 2016 es más elevada que la proporción de la población urbana con el mismo padecimiento, no así en niños, adolescentes y adultos

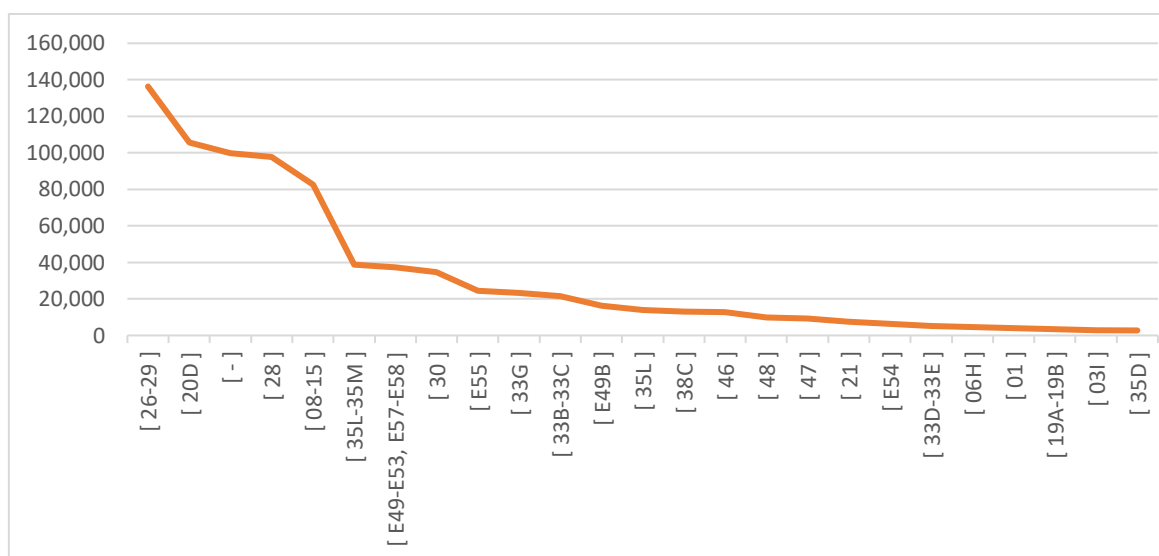
con obesidad. Por lo tanto, la incidencia es mayor en el área urbana, esto puede explicarse en parte a la vida más sedentaria y a que en la alimentación prevalecen los alimentos procesados.

En cuanto a los municipios con mayor incidencia de sobrepeso y obesidad en hombres, según la percepción de las personas con su figura, son Othón P. Blanco, Cuautla, Arcelia, Benito Juárez, Querétaro, Lagunillas, Tehuacán, Chiapa De Corzo, Juárez, Hidalgo y Río Grande. En mujeres, los municipios son Cuauhtémoc, Ocampo, Agua Prieta, Arcelia, Mocerito, Buenavista, Cunduacán, Azcapotzalco, Rosario, El Fuerte. En todos estos municipios la incidencia es mayor al 70%; dicho porcentaje y la jerarquización de los municipios debe tomarse con cuidado puesto que hay pocas observaciones desagregadas.

La consecuencia, evidentemente más fatal de las enfermedades crónico-degenerativas es la muerte prematura. En México se ha dado a partir de los 1990 una transición epidemiológica en donde han cambiado las principales causas de muerte; así como a nivel internacional, el sobrepeso y la obesidad son padecimientos de recién preocupación y han desplazado a otros padecimientos como principal causa de muerte. En la década de los 1980 la principal causa de fallecimientos era las infecciones tracto-digestivas y las enfermedades infecciosas respiratorias (INSP, 2018). En la actualidad las principales causas de muerte son las enfermedades del corazón, enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus tipo 2.

En la gráfica 3.1 y en el cuadro 3.4 se describen las principales causas de muerte para el año 2016; es importante destacar que la cantidad de fallecimientos por las enfermedades del corazón y la diabetes por sí solas son mayores que “las demás causas” que implican todas las causas que no se encuentran dentro de las 20 principales. En términos relativos, lo anterior implica que, en el 2016, el 54% de la población que falleció en México murió a causa de problemas del corazón y por diabetes mellitus. Tan sólo por Diabetes murió el 16% del total de los fallecidos en México. Para facilitar la exposición, se incluye un cuadro con la descripción de las claves de las causas de muerte contenidas en la gráfica (ver cuadro 3.4).

Gráfica 3.1 Muertes en México según causa, 2016.



Fuente: INEGI, 2018

Cuadro 3.4 Las 20 principales causas de muertes en México y sus claves. 2016

Enfermedades del corazón c/	[26-29]
Diabetes mellitus	[20D]
Las demás causas	[-]
Enfermedades isquémicas del corazón	[28]
Tumores malignos	[08-15]
Enfermedades del hígado	[35L-35M]
Accidentes	[E49-E53, E57-E58]
Enfermedades cerebrovasculares	[30]
Agresiones	[E55]
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	[33G]
Influenza y neumonía	[33B-33C]
De tráfico de vehículos de motor	[E49B]
Enfermedad alcohólica del hígado	[35L]
Insuficiencia renal	[38C]
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal d/	[46]
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	[48]
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	[47]
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	[21]
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	[E54]
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	[33D-33E]
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	[06H]
Enfermedades infecciosas intestinales	[01]
Anemias	[19A-19B]
Septicemia	[03I]
Úlceras gástrica y duodenal	[35D]

Fuente: INEGI, 2018

Mala alimentación

Ya se ha dicho que las dos principales causas del sobrepeso y la obesidad son la mala alimentación y el sedentarismo. En cuanto a la mala alimentación, en nuestro país se sabe que la comida tiende a ser con alto valor en grasas y combinaciones nutricionales no adecuadas, además de ello se suma que es más sencillo el acceso a alimentos y bebidas industrializados altos en azúcares y grasas trans que a alimentos sanos. Las grasas trans están contenidas en todos los alimentos procesados como frituras, pastelillos, galletas, pizzas congeladas, palomitas, etc., en México dos de cada diez personas según INEGI (2018) murieron por enfermedades del corazón relacionadas con estos ingredientes; y los azúcares son utilizados incluso en alimentos salados como las pizzas para que se extienda la caducidad. Esto podría explicarse, en parte, a la escasa regulación por parte de los gobiernos hacia las empresas líderes en alimentos que no se preocupan por la calidad de lo que producen. Muchos alimentos como las botanas, pan dulce, refrescos, etc., prácticamente tienen contenido nulo de nutrientes y muchos ingredientes dañinos para la salud, no sólo azúcares y grasas, sino conservadores, químicos como el glutamato monosódico, colorantes artificiales, harinas refinadas, etc.

Además de una adecuada regulación, dada la gravedad en el consumo de estos alimentos en México, se necesita el apoyo en conjunto de instituciones de salud, gobierno, actores sociales y agentes de la industria alimentaria: tanto productoras como restaurantes, para mejorar los hábitos de alimentación de la población mexicana. Además, como se mencionó, el sobrepeso y la obesidad no van necesariamente ligados con una buena cantidad de nutrientes en el organismo, muchas veces se padecen estos males y aunado a ellos desnutrición.

Refiriéndonos a las empresas de la industria alimentaria, en México de las 12 empresas que están en el listado Global 2000 de Forbes (08 de junio de 2018), 4 pertenecen a la rama productora de alimentos, es decir, son empresas de la industria altamente rentables. Los alimentos que estas empresas producen son en su mayoría los descritos anteriormente, con

poco valor nutricional e incluso dañinos para la salud y no tienen incentivos para dejar de hacerlo, puesto que el país implica uno de los mercados más grandes del mundo para sus productos y no cuentan con un freno institucional que los limite en la producción de ellos; por ejemplo, la eliminación de las grasas trans no cambia el sabor de los alimentos, pero implica inversión en tecnología, por lo que las empresas no tienen alicientes u obligación, mediante leyes de salud, de hacerlo. Aunado a la producción de alimentos de mala calidad, está la basta variedad y disponibilidad de ellos, prácticamente podemos encontrarlos en cualquier lugar y a precios accesibles. El Grupo Bimbo y Coca-Cola FEMSA tienen de los más admirables sistemas de distribución. Retomaremos estos elementos en el apartado 3.3, cuando se trate la relación de las ganancias de dichas empresas con el gasto público y privado en salud.

Sedentarismo

En México, según el Diagnóstico del Programa S269 Cultura Física y Deporte (SEP, 2015), en el 2013 en México el 56.2% de la población de 18 años o más era inactiva, de los cuales 42% son mujeres y 58% son hombres.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (INEGI, 2012) entre los elementos que destacan como causa de la nula práctica física entre la población están: la falta de tiempo, cansancio, salud no adecuada para la práctica, falta de dinero y pereza. La razón que concentra la mayoría de las personas es la falta de tiempo con un 57.9%. Por lo que es necesario que además de los programas existentes, se elabore una política pública que permita la práctica de las personas en el marco de tiempo escaso. Pero primordialmente, se elaboren estrategias para el cambio de hábitos en la población mexicana e incentivar su elección a la realización de actividad física, versus otra actividad en el tiempo libre.

En este trabajo se propone, que se puede de largo plazo combatir tanto el sobrepeso y la obesidad mediante una política implementada correctamente relacionada con el deporte social, el cual es la unión de los beneficios individuales del deporte y sus beneficios sociales, como estrategia para la mejora de la salud de la población mexicana, es decir, mejora de la salud pública.

Con el fin de abordar más específico el tema, se reservó el último capítulo de este trabajo en donde se analizará con mayor detalle el concepto de deporte social, sus antecedentes y las propuestas de política; además de la situación del deporte o de la actividad física de la población en nuestro país.

Diabetes

Como se ha resaltado, la principal preocupación del sobrepeso y la obesidad es su relación con las enfermedades crónico-degenerativas. Las de mayor incidencia en México son la diabetes, la hipertensión y los padecimientos cardiovasculares.

En México la más popular es la Diabetes Mellitus tipo 2, según la ENSANUT (2016), en el país el 11.4% de la población había sido diagnosticada con dicha enfermedad; los estados que concentran el mayor número de personas con esta condición son Morelos, Nuevo León, Ciudad de México, Veracruz y Nayarit, quienes concentran casi el 25% de la población total nacional (ver Cuadro 3.5). El caso de algunos Estados como Morelos y Nuevo León, son preocupantes puesto que una quinta parte de su población presenta el padecimiento.

Cuadro 3.5 Entidades federativas con mayor porcentaje de población con diabetes 2016		
Estado	Porcentaje de población diagnosticada con diabetes/diabetes gestacional	Porcentaje con respecto al total nacional
Morelos	20.3	6.0
Nuevo León	19.3	5.7
Ciudad de México	14.9	4.4
Veracruz	14.4	4.3
Nayarit	14.1	4.1
SLP	13.9	4.1
Puebla	13.0	3.8
Coahuila	12.8	3.8
Tamaulipas	13.7	4.0
Aguascalientes	12.5	3.7
Total		43.9
Fuente: ENSANUT (2016)		

En cuanto a la desagregación por municipios, de los 237 utilizados para la muestra de la ENSANUT (2016), se puede observar que hay algunos con casi el 30% de incidencias tales como Lagunillas y Xalisco; y 29 municipios tienen más del 20% (ver cuadro 3.6). Lo anterior implica que, en el país, el sobrepeso y la obesidad ya han escalado hacia las enfermedades crónico-degenerativas, de tal forma que hay incidencias preocupantes como las descritas anteriormente.

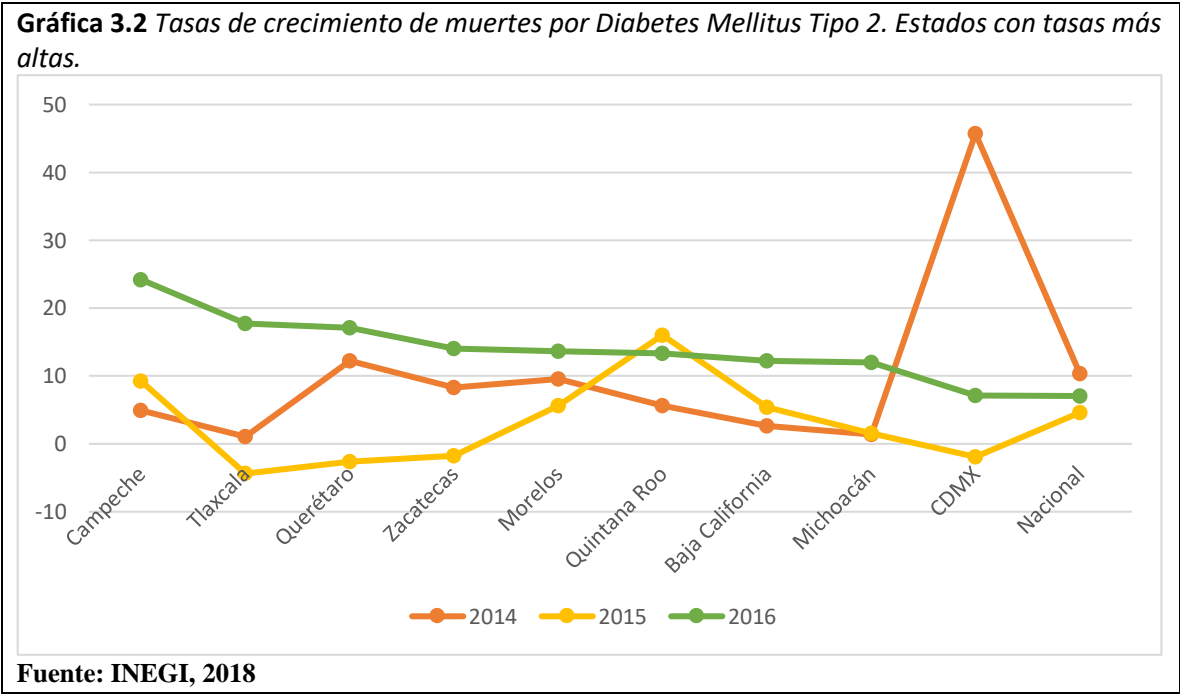
Cuadro 3.6 Municipios con mayor porcentaje de población con diabetes 2016		
Municipio	Estado	% de la población con diabetes
Lagunillas	San Luis Potosí	30.77
Xalisco	Nayarit	30.00
Santa María Del Río	San Luis Potosí	27.27
Cuautla	Morelos	26.92
Nuevo Laredo	Tamaulipas	25.00
Soledad De Graciano Sánchez	San Luis Potosí	25.00
Huetamo	Michoacán	25.00
Tepeojuma	Puebla	25.00
Coatzintla	Veracruz	25.00
Juan Rodríguez Clara	Veracruz	24.14
Actopan	Hidalgo	24.00
Venustiano Carranza	Ciudad de México	24.00
Monterrey	Nuevo León	23.68
Escuinapa	Sinaloa	23.53
Huauchinango	Puebla	23.33
Misantla	Veracruz	22.86
Cortazar	Guanajuato	22.58
Empalme	Sonora	22.22
Coyoacán	Ciudad de México	21.95
Múgica	Michoacán	21.74
Atlequizayan	Puebla	21.43
Boca Del Río	Veracruz	21.43
La Barca	Jalisco	21.05
Paso De Ovejas	Veracruz	20.83
Santa Catarina	Nuevo León	20.63
Puebla	Puebla	20.37
Xalapa	Veracruz	20.00
Pénjamo	Guanajuato	20.00
Nezahualcóyotl	México	20.00

Fuente: ENSANUT (2016)

Los anteriores datos son en cuanto a la incidencia, a continuación, se mostrarán datos de personas que han perdido la vida debido a diabetes mellitus tipo 2. La gráfica 3.2 nos muestra las entidades federativas con las mayores tasas de crecimiento de muertes por dicha enfermedad para el 2016 con dos series adicionales, el año 2014 y 2015. Campeche es el

único Estado que sobrepasa el 20% (24.20%) de crecimiento en el 2016 con relación al 2015 y vemos que en los otros años tuvo tasas menores de 10%. Cabe destacar a la Ciudad de México que en el 2014 tuvo un aumento del 45% con respecto al año anterior, es la mayor tasa de crecimiento en todas las entidades federativas en los tres años de la gráfica; la Ciudad de México es la más grande y urbanizada del país, concentra una gran cantidad de actividades sedentarias y acceso limitado a alimentos sanos y no industrializados.

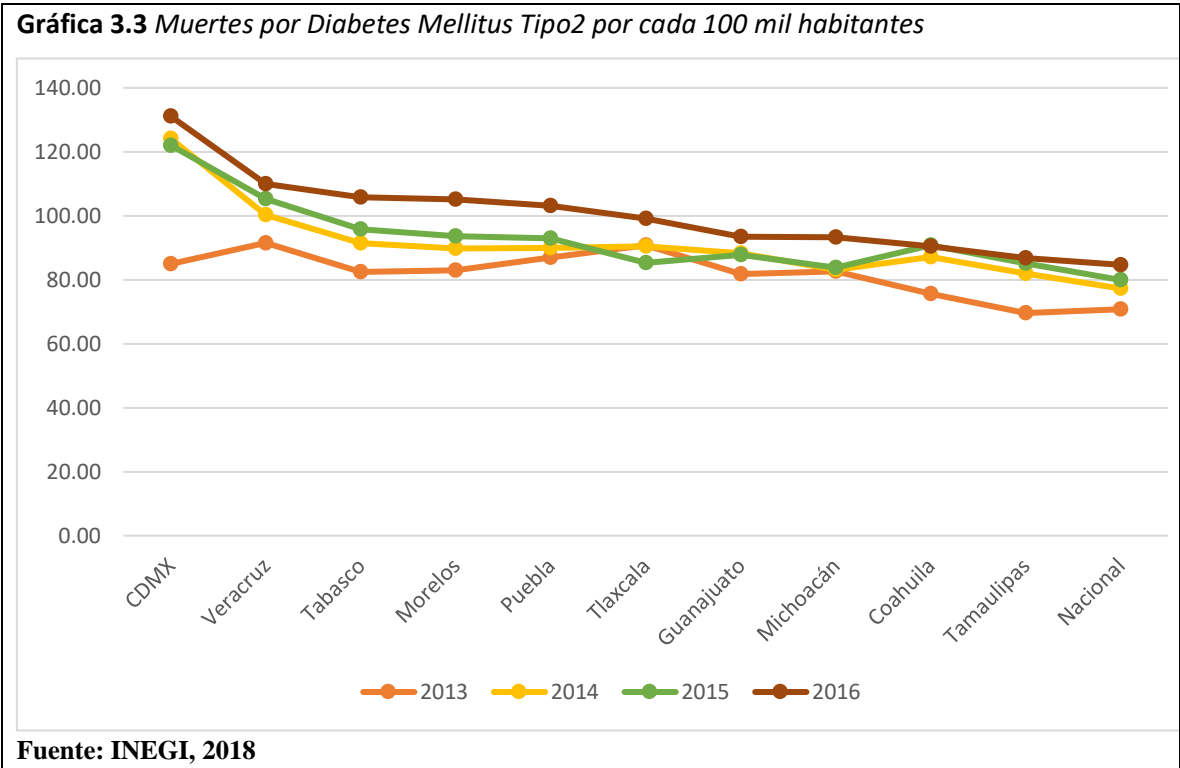
En la Ciudad de México no sólo es difícil adquirir alimentos sanos, sino que también implican un fuerte desembolso de las familias por los elevados costos. Además, al ser una de las ciudades más grandes del mundo, los tiempos de los habitantes se acotan muchísimo por lo que tampoco disponen de tiempo para la preparación o búsqueda de alimentos acordes a una buena dieta. Aunado a ello, la falta de tiempo en la Ciudad provoca que disminuya el tiempo de ocio de los habitantes, el cual podría destinarse a la realización de actividad física. Por lo que, el incremento drástico podría explicarse por estos factores, pero podría sumarse el hecho de que los hábitos de los ciudadanos no incluyen preocupación por la alimentación o realización de actividades físicas.



En el siguiente cuadro (3.7) se encuentran la cantidad en términos absolutos de muertes por la misma enfermedad; como puede observarse el número de muertes sube en la mayoría de los casos en todos los años. Sin embargo, hay entidades que tienen incrementos drásticos como la CDMX de 2013 a 2014 (mencionado anteriormente); también es importante resaltar que la media nacional subió 10.35%, 4.57% y 7.04% en los años 2014, 2015 y 2016, siendo también más preocupante el 2014. Aunque en el 2015 hubo una disminución, en el 2016 hubo de nuevo un incremento importante en las tasas de mortandad.

Cuadro 3.7 Cantidad de muertes en México por Diabetes Mellitus Tipo 2 por entidad federativa				
Entidad Federativa	2013	2014	2015	2016
Nacional	83,812	92,494	96,725	103,543
México	12,007	12,106	12,505	13,491
CDMX	7,560	11,016	10,807	11,580
Veracruz	7,252	8,014	8,472	8,914
Puebla	5,274	5,519	5,762	6,445
Jalisco	5,386	5,616	5,905	6,359
Guanajuato	4,679	5,090	5,111	5,478
Michoacán	3,743	3,795	3,852	4,315
Nuevo León	2,885	3,171	3,228	3,489
Chiapas	2,528	2,846	3,328	3,431
Oaxaca	2,686	2,831	3,184	3,346
Tamaulipas	2,409	2,871	3,014	3,112
Guerrero	2,226	2,409	3,063	2,937
Coahuila	2,186	2,551	2,686	2,711
Tabasco	1,926	2,158	2,284	2,547
Chihuahua	2,178	2,357	2,389	2,451
Baja California	1,834	1,883	1,985	2,228
Hidalgo	1,772	1,865	2,070	2,204
Morelos	1,555	1,703	1,799	2,044
SLP	1,761	1,871	1,784	1,969
Sonora	1,696	1,760	1,837	1,805
Sinaloa	1,446	1,579	1,686	1,797
Yucatán	1,239	1,345	1,532	1,562
Querétaro	1,110	1,246	1,213	1,420
Tlaxcala	1,129	1,141	1,091	1,284
Zacatecas	1,012	1,096	1,077	1,228
Durango	1,008	1,010	1,048	1,137
Quintana Roo	656	693	804	911
Aguascalientes	716	800	814	830
Nayarit	542	688	751	804
Campeche	548	575	628	780
Colima	551	590	677	587
BC Sur	312	299	339	347
Fuente: INEGI (2018)				

En México 9 entidades federativas concentran la mitad de la población por lo que las muertes en términos absolutos pueden ser poco representativos, por ello a continuación se representan los estados que tienen la mayor cantidad de personas que fallecen por Diabetes Mellitus Tipo 2 por cada 100 mil habitantes (Gráfica 3.3). La entidad federativa con mayor incidencia es CDMX con 131.09 muertes, lo que refuerza las ideas descritas anteriormente, se hace evidente también su drástico aumento del 2013, con 85 muertes, al 2014 con 124.13 personas fallecidas, que representa un aumento del 45%. Los 10 estados de la gráfica son los que en el 2016 están por encima de la media nacional de 84.68 muertes; en la mayoría de ellos, el índice ha aumentado desde el 2013 y son: CDMX, Veracruz, Tabasco, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Guanajuato, Michoacán, Coahuila y Tamaulipas. Dichas entidades son de todas partes del país, algunas más urbanas, algunas más rurales, del centro, del norte y del sur, por lo que no pueden asociarse con alguna característica en específico.



Hipertensión

En cuanto a defunciones por hipertensión, en el 2016 la mayor incidencia por cada 100 mil habitantes se presentó en Oaxaca con 31.95 muertes. Seguido de la CDMX (24.81), Veracruz (24.81), Coahuila (23.74), Tabasco (22.05), Morelos (21.20), Michoacán (20.72), Puebla (19.59), San Luis Potosí (19.55) y Chihuahua (19.46), quienes son los 10 estados con mayor incidencia. La media nacional es de 18.49 muertes para 2016, la cual tuvo un descenso de 3% con respecto del año anterior (Cuadro 3.8), 13 entidades se encuentran por encima de dicha media.

Cuadro 3.8 Número de muertes por enfermedades hipertensivas por cada 100 mil habitantes				
Entidad Federativa	2013	2014	2015	2016
Oaxaca	28.14	30.83	32.18	31.95
CDMX	13.50	25.78	24.43	24.81
Veracruz	21.96	24.42	25.86	23.74
Coahuila	18.03	21.23	22.39	23.37
Tabasco	17.91	21.02	20.30	22.05
Morelos	18.46	19.55	20.93	21.20
Michoacán	20.55	22.52	23.19	20.72
Puebla	17.88	20.86	19.89	19.59
SLP	17.10	20.82	20.48	19.55
Chihuahua	17.11	19.87	19.62	19.46
Zacatecas	18.90	19.83	20.62	19.45
Guerrero	15.24	19.12	22.70	19.34
Tlaxcala	17.46	19.36	19.09	19.14
Nacional	16.02	18.82	19.22	18.49
Sonora	15.75	18.36	19.16	18.30
Sinaloa	15.24	17.30	17.89	17.84
Hidalgo	13.04	16.53	19.14	17.75
Guanajuato	18.46	20.24	18.07	17.74
Jalisco	15.80	17.25	17.55	17.61
Nayarit	13.49	17.15	15.28	17.57
Tamaulipas	15.17	18.04	18.49	16.80
Durango	14.41	16.09	15.75	15.88
Aguascalientes	18.93	19.92	19.18	15.41
México	13.88	15.44	16.08	15.31
Nuevo León	11.86	13.74	13.33	14.93
Querétaro	14.76	12.86	13.32	14.85
Baja California	12.60	13.81	15.41	13.78
BCS	11.28	9.18	14.01	12.84
Chiapas	11.78	13.27	14.72	12.02
Colima	13.75	16.88	16.73	11.01
Quintana Roo	7.34	7.12	9.65	10.74
Yucatán	9.74	12.57	12.60	10.72
Campeche	11.93	11.86	15.20	10.53
Sonora	15.75	18.36	19.16	18.30

Fuente: INEGI, 2018

En cuanto a costos, según la Secretaría de Salud (2015) en 2014 el costo directo generado por la atención médica relacionada con enfermedades causadas por el sobrepeso y la obesidad se estimó en 151, 894 millones de pesos (mdp) equivalente al 34% del gasto total en atención médica y al 0.9% del PIB de ese año. Por otro lado, el costo indirecto se estimó en 71,669 mdp equivalente al 0.4% del PIB 2014.

Otros de los rasgos preocupantes de la salud pública en México, aunque queden fuera del alcance de este trabajo, es el envejecimiento de la población y la urbanización. El primero es un cambio demográfico que implica que habrá más población de edad avanzada en el país en unas décadas; sumado a ello, la población tiene una esperanza de vida más elevada. Ambos factores implican que se demandarán más servicios de salud para atender a la población. En cuanto a la urbanización, en el país se está desarrollando una urbanización desmedida y no planeada que implica el cambio en los patrones de consumo y de aprovechamiento del ocio o acotamiento del tiempo libre ampliamente mencionados anteriormente y que tienen como resultado las incidencias de enfermedades crónico-degenerativas.

3.3. Dinámica de las empresas de la industria alimentaria en México

Retomando elementos del apartado anterior referente a las empresas de la industria alimentaria en México, de acuerdo con la lista anual Global 2000 de Forbes (08 de junio de 2018), que contiene las dos mil empresas más grandes del mundo, 12 son mexicanas y cuatro de ellas se dedican a bienes de consumo, en particular alimentos.

Dichas empresas son por orden de importancia: **Femsa**, la embotelladora de Coca Cola más grande de América Latina y dueña de la cadena OXXO, en la posición 371 con 25,200 mdd en ventas; **Arca Continental**, la segunda embotelladora más grande de América Latina, en la posición 1,147 con 8,100 mdd; **Grupo Bimbo**, dueña de marcas en México que producen pan, dulces y galletas como Bimbo, Marinela, Oroweat, etc., en la posición 1,345 con 14,500 mdd; y **Alfa**, un conglomerado de empresas de diversas actividades de las cuales la submarca **Sigma** es la que produce alimentos lácteos y carnes frías, todo el conglomerado está en la

posición 1,377 y la submarca tiene 6,045 mdd en ventas. El total de las ventas es de 53,845 mdd y sus ganancias ascienden a 3,050 mdd. (Cuadro 3.9)

Cuadro 3.9 Empresas productoras de alimentos más grandes de México				
Forbes 2018. Millones de dólares				
Empresa	Ventas	Ganancias	Activos	Valor de mercado
Femsa*	25,200	2,100	31,300	31,200
Arca Continental	8,100	685	12,600	11,200
Grupo bimbo	14,500	265	13,400	9,700
Alfa (Sigma Alimentos) **	17,400	-87	19,100	5,800

*FEMSA como grupo que incluye Coca-Cola FEMSA y OXXO FEMSA.
 **En el caso del listado de Forbes, los datos del conglomerado Alfa incluyen todas sus marcas.
 Fuente: Forbes (08 de junio de 2018), <https://www.forbes.com.mx/global-2000-las-empresas-mas-grandes-del-mundo-de-2018/>

Como podemos observar en la figura 3.4, el Grupo Bimbo tiene el monopolio de la venta de dulces, papas, galletas y pan, derivado a que posee a las marcas más prestigiosas de dichos alimentos, los cuales tienen una oferta muy amplia en el mercado y son de fácil acceso para la mayoría de la población. Cabe destacar que sólo 2 de las 28 marcas se presentan enteramente como saludables, además en la página oficial de Bimbo no hay información nutrimental en ninguna de sus marcas y productos. En su submarca con el mismo nombre, hay una sección en donde se presentan “alimentos saludables” las cuales son barras de cereales con alto contenido calórico y altas en azúcares.

Figura 3.4 Marcas propiedad de Bimbo en México





El portal el poder del consumidor (2014) hace una infografía de los ingredientes que tiene uno de los productos ícono (NITO), antes llamado negrito, de la empresa **BIMBO** dirigido principalmente a niños con publicidad y empaques muy llamativos para su consumo, las conclusiones son las siguientes:

- Producto ultra procesado con 50 diferentes ingredientes en total.
- 21.3 gramos de azúcar equivalentes a cuatro cucharadas cafeteras de azúcar por paquete.
- 10 gramos de grasa equivalentes a dos cucharadas cafeteras de grasa.
- 252 calorías por paquete.
- Contiene colorantes asociados a déficit de atención e hiperactividad en niños y niñas, y caramelo III, el cual se ha demostrado ser cancerígeno.
- Para un niño o una niña, ya que la publicidad va dirigida a ese segmento de la población, el Nito **cubre del 85 al 142% de la cantidad de azúcar máxima tolerada diaria para un niño o niña.**
- **0.8 gramos** de fibra. La cantidad de fibra que se sugiere consumir para un niño o niña en todo el día es de aproximadamente 19 gramos provenientes de granos enteros, frutas y verduras

De acuerdo con otro listado, el *Ranking 2018: Las empresas más importantes de México* de la revista Expansión (03 de agosto de 2018), en donde se clasifican empresas mexicanas, extranjeras y filiales con operaciones en México; las empresas mencionadas anteriormente (FEMSA, ARCA CONTINENTAL, BIMBO y SIGMA) están en la posición 5, 26, 9 y 33 respectivamente. En este listado las ventas de las cuatro empresas ascienden a 699 mil millones de pesos y sus activos a 756 mil millones de pesos para 2017; el presupuesto público total en salud para ese año fue de 564 mil millones.

Otras empresas relacionadas con los alimentos que destacan son las cervecerías Grupo Modelo y Cuauhtémoc Moctezuma-Heineken, PepsiCo de México, GRUMA, Lala, Nestlé, etc. PepsiCo es una empresa que tiene marcas como Gamesa, Sabritas y una gran cantidad de bebidas azucaradas, las ventas de esta empresa ascienden a 69,021 mdp y México es su segundo mercado más grande después de Estados Unidos. En este listado de 500 empresas, 47 están relacionadas con la producción de alimentos, muchos de ellas elaboran productos con alto contenido calórico, en grasas trans y azúcares y poco valor nutricional. En total estas empresas tienen ventas por dos billones de pesos que duplican el presupuesto total, público

y privado, en salud, cuadruplican el presupuesto público e implican 1.5 veces las ventas de PEMEX.

La empresa mexicana Alsea, no está clasificada dentro de los bienes de consumo, sino en Restaurantes y Hoteles, pero también es una importante generadora de alimentos de mala calidad; es un conglomerado de franquicias tales como Domino's Pizza, Starbucks Coffee, Burger King, PF Chang's, California Pizza Kitchen, Restaurantes Vips, Italianni's, The Cheese Cake Factory y Chili's, las cuales en su mayoría ofrecen alimentos de poco valor nutricional. Algunas de ellas como Domino's Pizza y Burger King, sólo ofrecen alimentos con elevadas cantidades de azúcar, grasas trans y conservadores. En el caso del Starbucks, un capuccino regular contiene 110 kcal, 10 gramos de proteína, 1 gramo de grasa total, 1 gramo de grasas saturadas, 15 gramos de carbohidratos y 14 gramos de azúcares; las cuales son cantidades elevadas para la ingesta diaria de una persona en un solo producto. Dicha empresa tiene ventas por 45,529 millones de pesos y activos por 39,551 mdp.

Como puede observarse en los datos expuestos y en el cuadro 3.9, las empresas en México de la industria alimentaria tienen altas ventas y ganancias puesto que México es un mercado muy importante para el consumo de productos no saludables. Sin embargo, deben elaborarse leyes en materia de salud para incentivarlos u obligarlos a tomar medidas correspondientes para la mejora de sus productos en términos de la disminución de daños ocasionados a la salud de la población mexicana.

Aunado a la gran oferta de alimentos de mala calidad de estas empresas, se puede añadir su impresionante red de distribución que permite entregar sus productos hasta los poblados más recónditos. Grupo Bimbo, tiene una de las redes de distribución más grandes del mundo que opera con su propia flotilla (Bimbo, 2018), tiene más de 50,000 rutas para vender sus 13,000 productos y 100 marcas. Coca cola-Femsa cuenta con 6,439 rutas en México para la distribución de sus productos.

Por lo que, la mayor parte de la población puede tener acceso a estos productos de manera muy fácil y a costos reducidos; dichas empresas monopolizan el abasto de tiendas y

despachadores y eliminan la competencia en función de los precios; las empresas más pequeñas con alimentos más saludables no pueden competir con la escala de operaciones de las grandes y por sus costos más elevados. Con ventas y ganancias tan altas, una adecuada regulación los podría incentivar a producir alimentos de mejor calidad.

Sumado a la amplia disposición de alimentos de dichas empresas, está la publicidad masiva de sus productos que incluso suele ser engañosa. Para proteger dicha publicidad, un total de 17 empresas, ahora ya son 34, entre las que se encuentran las antes decretas como Bimbo, Coca Cola, Pepsico, etc., firmaron el Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas mejor conocido como código PABI, el cual busca evitar la regulación del Estado en materia de publicidad de alimentos y bebidas industrializados dirigida a los niños; dicho acuerdo entró en vigor el 01 de enero de 2009 (INSP, 2018).

Cuadro 3.10 Empresas productoras de alimentos más grandes de México 2013-2018									
<i>Ranking Expansión 500, millones de pesos</i>									
	2013			2014			2015		
Empresa	Ventas	Activos	Empleos	Ventas	Activos	Empleos	Ventas	Activos	Empleos
Femsa-Coca Cola	156,011.0	216,665.2	84,922	147,298.1	212,365.9	83,371	152,360	210,249	N.D.
Arca Continental	60,359.2	66,349.2	39,273	61,957.3	80,367.4	43,731	76,454	124,934	N.D.
Grupo bimbo	176,041.0	134,727.0	125,416	187,053.0	177,761.0	128,583	219,186	199,633	N.D.
Sigma Alimentos	48,988.8	38,419.7	30,498	71,464.8	71,489.4	30,527	93,567.68	83,187.92	N.D.
Suma	441,400.	456,161	280,109	467,773	541,983	286,212	541,567.68	618,003.92	N.D.

Fuente: Expansión, varios años.

Cuadro 3.10 Empresas productoras de alimentos más grandes de México						
<i>Ranking Expansión 500, millones de pesos</i>						
	2016			2017		
Empresa	Ventas	Activos	Empleos	Ventas	Activos	Empleos
Femsa-Coca Cola	177,717.90	279,256.30	77,985	203,780.03	285,678.07	96,202
Arca Continental	93,665.90	138,924.40	49,850	114,222	105,586	59,176
Grupo bimbo	252,141.0	245,165.2	130,913	267,515	259,155	137,571
Sigma Alimentos	106,340.90	100,760.80	42,150	114,222	105,586	45,443
Suma	629,865.70	764,106.70	300,898.00	699,739.03	756,005.07	338,392

Fuente: Expansión, varios años

Los empleos de las empresas del cuadro 3.10 han crecido en un 20% del 2013 al 2017, sus ventas en un 58% y sus activos en 65%, lo que demuestra el gran poder de mercado que tienen en nuestro país. Si se comparan las ventas de las empresas líderes en alimentos (tomando a FEMSA sólo como Coca-Cola-Femsa) con el gasto total en salud, podemos observar que representan el 56% de él; y si se comparan con el gasto público representa el 106% para 2016 (ver cuadro 3.11); además tienen tasas de crecimiento superiores a los distintos rubros de gasto en salud y de deporte, el cual ha tendió a la baja en el sexenio de Enrique Peña Nieto.

Con respecto al presupuesto del Ramo 12, las ventas de sólo las cuatro empresas estudiadas fueron de 3.6 a 5.7 veces superiores del 2013 al 2017, es decir, el ramo 12 implica sólo un 17% de ellas para 2017.

Cuadro 3.11 Gasto en salud, gasto público en deporte y ventas netas de Coca-Cola Femsa, Arca Continental, Bimbo y Sigma Alimentos.

	Gasto en salud, Ramo 12	% cambio	Gasto total en salud	% cambio	Gasto público	% cambio	Gasto en prevención	% cambio	% Con respecto al Ramo 12	Gasto en deporte	% cambio	% Con respecto al Ramo 12	Ventas de las empresas	% cambio	% Con respecto al Ramo 12	% Con respecto al Gasto total	% Con respecto al total público
2013	121,856		959,919		524,372		300		0.25	7,179		5.89	441,400		362	46	84
2014	130,264	6.9	983,814	2.5	523,853	-0.1	312	4.0	0.24	4,240	-40.9	3.26	467,773	6.0	359	48	89
2015	134,847	3.5	1,062,059	8.0	570,887	9.0	323	3.5	0.24	3,605	-15.0	2.67	541,568	15.8	289	37	68
2016	132,216	-2.0	1,115,924	5.1	591,913	3.7	589	82.4	0.45	2,835	-21.3	2.14	629,865	16.3	476	56	106
2017	121,817	-7.9	N.D.	N.D.	535,645	-9.5	452	-23.3	0.37	2,120	-25.2	1.74	699,739	11.1	574	N.D.	131
2018	122,557	0.6	N.D.	N.D.	564,935	5.5	453	0.2	0.37	2,145	1.2	1.75	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Fuente: SINAIS (2018), <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>; PEF, varios años; Expansión, varios años.

Siguiendo al apartado 1.4, las empresas de la industria alimentaria no sólo tienen acciones perjudiciales para la salud por la proveeduría de sus bienes la cual ha condicionado la oferta de alimentos en el mercado, por ejemplo México fue el mayor consumidor per cápita de bebidas Coca Cola en el mundo para 2010 (Rivas, 2017); también tienen procesos dañinos para la salud y el ambiente en la producción y distribución, por ejemplo, algunas empresas operan a partir de la descarga de aguas negras, condicionamiento de los campos de cultivo -stevia-, contaminación aérea por el traslado, consumo excesivo de energía para mantener los alimentos en refrigeración durante traslados y antes de la venta, alto consumo de agua, alteración de los alimentos con hormonas de crecimiento y antibióticos, contaminación de suelo y agua, etc. (Rivas, íbid)

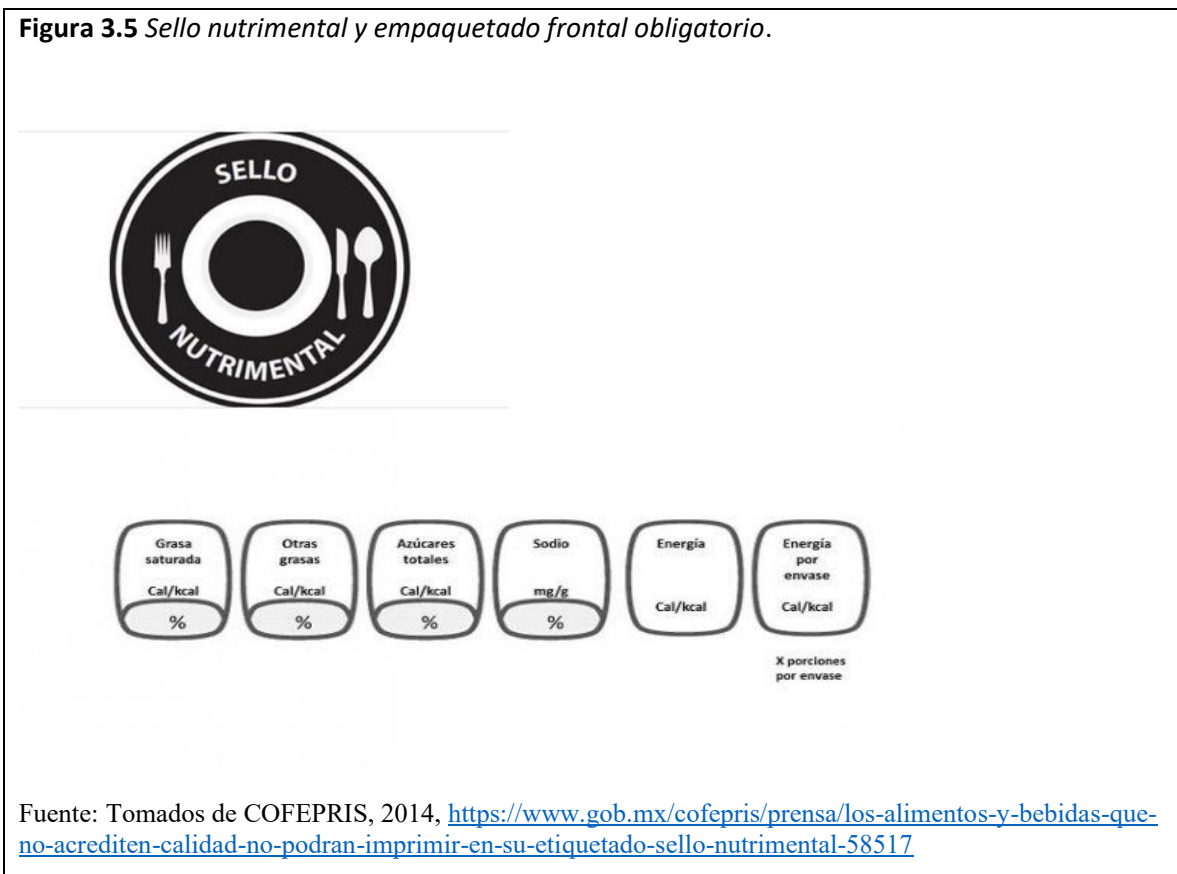
La forma en la que se ha tratado de regular a la industria alimentaria es mediante multas e impuestos, por ejemplo, en el 2014 se promovió un impuesto a las bebidas azucaradas. Otra de las medidas fue la prohibición de venta de alimentos chatarra en las escuelas de educación básica (INSP, 2018). En 2013 se implementó la *Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*; la cual se compone de tres elementos principales: a) Medidas de salud pública, b) Mejora a la atención médica de pacientes y c) Medidas regulatorias para proteger a la población (COFEPRIS , 2013).

Dicha estrategia tuvo tres avances (COFEPRIS, íbid):

- Restricciones publicitarias para alimentos y bebidas en horarios infantiles de cine y televisión. Pese a que se trataron de amparar las principales empresas, se promovió que sólo se pudieran publicitar los alimentos con requerimientos nutricionales estrictos en horarios donde la población infantil puede atender los anuncios en televisión y en películas A y AA en los cines.
- Inclusión de un sello de calidad nutrimental. Sólo los alimentos que cumplan con requerimientos nutrimentales estrictos basados en estándares internacionales podrán tener el sello. Ningún dulce, botana o refresco.
- La inclusión de un nuevo etiquetado frontal obligatorio. Entro en vigor el 01 de julio del 2015 y para el 01 de julio de 2016 los 32 mil alimentos industrializados,

aproximadamente, que existen en el mercado debían contener con el etiquetado. La información que debe incluirse es: la cantidad de calorías que contienen y el porcentaje de nutrientes diarios basados en una dieta de 2,000 kilocalorías, la cantidad de grasas, grasas saturadas, azúcares, sodio y el porcentaje que aportan con respecto al consumo máximo que puede tener un individuo; todos los valores se reportan de manera unificada de tal forma que los productos puedan ser comparados entre ellos.

Figura 3.5 Sello nutrimental y empaquetado frontal obligatorio.



3.4 Modelo de incidencia del gasto público en salud en la mortalidad por enfermedades del corazón como de diabetes.

Para el presente modelo, se utiliza información de cinco fuentes:

- INEGI. Estadística de mortalidad y precios al consumidor
- CONAPO. Proyecciones de población
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Transparencia presupuestaria
- CONEVAL. Indicadores de pobreza

- Organización Internacional del Trabajo. Estadísticas del trabajo.

La información que se utiliza es mensual de 2008 a 2017.

El modelo presente diferentes supuestos, a saber:

1. La población y la esperanza de vida se mantiene fija durante los 12 meses de cada año
2. Igualmente, se supone que la población por encima de la línea de bienestar no tiene variaciones significativas en un período de 2 años que es cuando el CONEVAL vuelve a estimar éstas con base en la información del Módulo de Condiciones Socioeconómicas.
3. Se supone que la población asalariada que trabaja más de 48 horas no presenta variaciones significativas en un año.
4. Por último, se asume una distribución mensual del presupuesto similar a 2017 para todos los años.

Así, la especificación del modelo es la siguiente:

$$tasam = \alpha + gastopcap + ev + lb + horas + u$$

Donde:

Tasam Tasa de mortalidad por cada mil habitantes (únicamente se consideran muertes por diabetes o enfermedades del corazón)

α Término constante

gastopcap Gasto per cápita en salud en términos reales

ev Esperanza de vida al nacer

lb Porcentaje de población por encima de la línea de bienestar

horas Porcentaje de asalariados que trabajan más de 48 horas

u Término de error

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	120
Model	.013265516	4	.003316379	F(4, 115)	=	10.11
Residual	.037709654	115	.00032791	Prob > F	=	0.0000
Total	.05097517	119	.000428363	R-squared	=	0.2602
				Adj R-squared	=	0.2345
				Root MSE	=	.01811

tasam	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
gastopcap	-.0001126	.0000424	-2.66	0.009	-.0001965 - .0000286
ev	-.0215787	.0145163	-1.49	0.140	-.0503327 .0071752
lb	-.0020232	.0012851	-1.57	0.118	-.0045687 .0005222
horas	.0209816	.0047619	4.41	0.000	.0115492 .030414
_cons	1.282595	1.102819	1.16	0.247	-.9018771 3.467067

El modelo arroja los signos esperados; es decir, negativos para el gasto per cápita en salud, en esperanza de vida y en población por encima de línea de bienestar. Esto quiere decir que, incrementos en estas variables representarán disminuciones en la tasa de mortalidad. Por otra parte, en el caso de la población asalariada que trabaja más de 48 horas, un incremento en ésta llevará a un incremento en la tasa de mortalidad.

Es importante resaltar que, si bien el gasto per cápita en salud es significativo, su incidencia es moderada. Así, una disminución en la tasa de mortalidad no solo debe de ir acompañada de incrementos en el gasto, sino de una serie de factores que involucren a diferentes instancias que diseñen una política integral para el combate de este problema que ha tenido un constante crecimiento en los últimos años en nuestro país

Capítulo 4. El deporte Social en México como factor de contención y prevención del sobrepeso y la obesidad: propuesta de política.

En el capítulo 1 se expuso que la política económica dominante actual tiende a la participación mínima del Estado. Sin embargo, aunque la participación del Estado esté reducida, no debe olvidarse que el bienestar social es el fin último de toda nación, independiente de su modelo económico y que dentro de ella está el cuidado de la salud. Por lo que, tanto una adecuada regulación, como la promoción del deporte social tiene que estar en las agendas prioritarias, si no de política económica de política social.

En este capítulo abordaremos la situación del deporte y la actividad física en México, el cual, resulta preocupante puesto que casi el 70% de la población es sedentaria; aunado a ello se analizará el marco institucional del deporte y la actividad física en México para determinar si es posible la operación de una política pública que sirva de contención para el gran problema que se avecina el cual se trató con detalle en el capítulo 3.

El deporte social promueve la mejora de la salud de la población y así como la salud pública debe ser proveído y procurado por el Estado por ser parte fundamental del bienestar social y además por su condición de bien público. Por tanto, una práctica sistemática de actividad física, acompañada de una buena alimentación, pueden aminorar el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad; de hecho, la OMS recomienda entre 30 y 60 minutos al día de actividad física para prevenir padecimientos.

4.1 Deporte y actividad física

El deporte es una expresión humana considerada como un fenómeno social, político y económico; en sentido estricto el deporte se refiere a toda aquella actividad física ejercida con un sentido de juego, competición y esfuerzo (UE, 2006); el cual también implica acatamiento de reglas, disciplina y entrenamiento metódico (García, 2006). Además de ello, el deporte es un vehículo que propicia la participación, solidaridad, pertenencia, cooperación

y trae múltiples beneficios como la integración social, inclusión, equidad de género, tolerancia, trabajo en equipo y mejora de la salud física y mental de los participantes; es decir genera bienestar social e individual (Zapien, 1974).

Hay múltiples definiciones de deporte, la mayoría de ellas se refieren a él como una actividad que va más allá de sólo movimiento físico pues implica, como se mencionó, reglas e instituciones que deben acatarse; además el elemento competitivo hace que el deporte sea una actividad en donde se busque mejorar continuamente, batir récords y ganar competencias. La institución encargada de la seguridad social en México, el IMSS (2018) define el deporte como sigue:

“Actividad en la cual se valoran intensamente las formas de practicar los ejercicios físicos para que un individuo llegue al perfeccionamiento de sus posibilidades morfofuncionales y psíquicas.”

El deporte entonces es una actividad que conlleva al bienestar físico y mental de los individuos, sin embargo, no es la única dimensión de él puesto que tiene beneficios sociales, es una actividad económica e incluso política. En términos políticos, por ejemplo, establece las bases para una ciudadanía activa porque desarrolla el sentido de pertenencia, el respeto a las normas, la solidaridad y vinculación con el entorno; aunque muchas veces es considerado como un distractor de la vida política (Meynaud, 1972). El deporte además puede ser un catalizador para los jóvenes, sobre todo en zonas vulnerables, que los aleje de la delincuencia y de conductas de riesgo como las adicciones. En términos sociales, el deporte es visto como integrador de la sociedad y un elemento que genera trabajo en equipo y cooperación, de tal forma que, como se mencionó, recientemente los gobiernos lo han incluido en sus agendas bajo el concepto de “deporte social”. En su dimensión económica, puede verse desde la elección microeconómica de ocio-trabajo por parte de las familias y además como una actividad que en ciertos sectores genera altas ganancias y una derrama importante de ingreso.

Es importante mencionar que, aunque el deporte es una actividad beneficiosa para la población en general, también pueden presentarse elementos negativos, principalmente en el

deporte profesional que tiene un gran número de aficionados, en donde el espectáculo se ha convertido en motivo de actitudes racistas, de odio hacia el contrario y vandalismo. También la exigencia a los profesionales del deporte ha ocasionado el dopaje y el desgaste excesivo del cuerpo por ser extremadamente competitivo.

El deporte como parte de la actividad física también puede ser clasificado según su intención. La más común es la distinción entre deporte profesional y deporte aficionado (García Ferrando, 1990) en donde el deporte profesional se refiere a aquel que se practica con fines de excelencia; los deportistas en este rubro además hacen del deporte su actividad de vida. En el deporte aficionado, los deportistas lo realizan más como una actividad paralela, como una distracción.

Dado que el deporte tiene una delimitación concreta, debe diferenciarse correctamente de aquellas actividades que no impliquen reglas, instituciones y competición tal como la actividad física. De hecho, es el deporte el que está incluido en una categoría más amplia, la actividad física. La actividad física es considerada como cualquier movimiento corporal con intención, que implica un desgaste de energía y nos permite interactuar con el ambiente. Entonces, por definición, toda aquella actividad que no implique un sentido lúdico, reglamentación, institucionalización y competición es sólo actividad física, y si tiene estos elementos, es considerada deporte. La actividad física engloba educación física, deporte, juego y otras prácticas físicas.

Las actividades físicas pueden ser clasificadas según su intensidad, requerimiento calórico o por tipo de actividad. Según Devís (2000) la clasificación de las actividades físicas es: actividades cíclicas, ejercicios de preparación física, juegos, actividades cotidianas, bailes y danzas, deportes, actividades en la naturaleza y otros como Yoga. Dentro de esta clasificación, las primeras cuatro son las que son recomendadas para una práctica casual para una mejora de la salud. Ejemplos de estas actividades serían: correr, caminar, nadar, etc.

4.1.1 Antecedentes del deporte en el mundo

Para la historia del deporte es trascendental comenzar con las competiciones olímpicas que se realizaron en Grecia desde el año 776 a.C. hasta el año 393 d.C.; los cuales culminaron por la adopción del cristianismo como religión oficial del Imperio, con los romanos, que prohibía toda celebración pagana tal como los Juegos Olímpicos. El término “Olimpiada” se refiere a los juegos que se realizaban en la ciudad de Olimpia, Grecia y en otro sentido implica el tiempo transcurrido entre juegos, es decir, los cuatro años entre celebraciones.

Los deportes que se practicaban en ese entonces incluían atletismo, carreras de caballos y carros, salto de longitud, lanzamiento de disco y de jabalina y pentatlón; los juegos eran realizados por una especie de tregua entre los estados griegos debido a la inestabilidad política de entonces, por lo que en esos días se suspendía la actividad oficial. Por ello se dice que los Juegos Olímpicos de la Antigua Grecia implicaban valores como la paz y la gloria; los participantes eran premiados con el reconocimiento de estos valores. Después de que los griegos fueran conquistados, los romanos continuaron con los juegos, en ellos hacían competiciones entre individuos en los cuales ganaba el que asesinara al otro. Sin embargo, en el Imperio Bizantino se sustituyó al individuo contra individuo y los juegos eran contra animales, dado que el cristianismo prohibía la muerte de un hombre por otro hombre (Zapien, 1974, Rodríguez, 06 de agosto de 2016).

Los orígenes del deporte moderno se remontan a Inglaterra en el siglo XVIII en donde comenzaron las competiciones en lucha, boxeo y carreras, sin embargo, es hasta finales del siglo XIX en donde el deporte toma preponderancia. En 1892 el barón Pierre de Coubertin, personaje bastión del deporte moderno, convoca a un congreso en donde propondría que el deporte trascendiera más allá de la educación, además que sólo algunos países lo incluían de esa forma. Coubertin reconocía la importancia del deporte como vehículo de múltiples beneficios principalmente en los jóvenes y buscó la forma de que se convirtiera en una actividad en donde se compitiera internacionalmente y que retomara los valores de paz de la antigua Grecia.

Aunque al principio fue rechazado, las ideas de Coubertin se vieron materializadas con la creación del Comité Olímpico Internacional el 23 de junio de 1894; la creación de esa institución fue resultado de la reunión convocada por las Sociedades Francesas de Deportes Atlético en la Universidad Sorbona de París. Se determinó que los primeros Juegos Olímpicos se harían en Atenas, Grecia en 1896, en los cuales había 9 deportes, 13 países y 895 deportistas. A partir de allí se han celebrado durante todo el siglo XX y el actual siglo XXI con tres suspensiones: en 1916, 1940 y 1944 debido a la Primera y Segunda Guerra Mundial.

La creación del Comité Olímpico Internacional marca un hito en la historia del deporte en el mundo, a partir de allí cada cuatro años se celebran espectáculos que no sólo implican superación de los deportistas en cada juego, sino que también extienden mensajes de paz y solidaridad para los países participantes. Actualmente organiza los siguientes juegos: los juegos olímpicos de verano (los más populares), los juegos olímpicos de invierno y los juegos olímpicos de la juventud en verano y en invierno. En 1981 el COI fue reconocido como asociación internacional no gubernamental con personalidad jurídica sin fines de lucro y domicilio en Suiza.

Otro hecho importante relacionada con el reconocimiento del deporte como vehículo de bienestar social sucedió en 2009 cuando se le permitió al COI asistir a las reuniones de la Asamblea General de las Naciones Unidas y participar en el Programa de las Naciones Unidas; para una mejor promoción del deporte a nivel internacional.

Los pilares actuales en el mundo del deporte internacional son el Comité Olímpico Internacional y el Comité Paralímpico Internacional que organiza los Juegos Paralímpicos de Verano e invierno, como un esfuerzo de hacer inclusiva la actividad deportiva para personas con capacidades diferentes. El Comité Paralímpico Internacional se fundó en 1989. Junto con ellos, las siguientes instituciones que lideran del deporte a nivel internacional son: la Federación Internacional del Deporte Universal (FISU), Sport Accord (que agrupa las federaciones internacionales las cuales son las máximas instancias técnicas de las disciplinas y agrupa y representa a las federaciones nacionales), Asociación Internacional de Juegos

Mundiales (IGWA), Asociación de Comités Olímpicos Nacionales (ACNO), la Agencia Mundial Antidopaje (WADA) y el Tribunal de Arbitraje del Deporte. Así como las asociaciones continentales, regionales y nacionales (Valenzuela O. D., 2015).

4.2 Deporte en su dimensión social

Como se mencionó anteriormente, el deporte incluye distintas dimensiones desde donde puede observarse: la económica, política y social. En este trabajo nos referiremos al deporte como parte de la actividad física, sin embargo, dado que el objetivo es el reconocimiento del deporte en su dimensión social debido a su vinculación con la mejora en la calidad de vida de la población, en este apartado abordaremos la concepción del deporte como vehículo de bienestar social. Cabe mencionar que en el concepto de deporte social se engloba tanto la actividad física como el deporte.

En este contexto, la concepción del deporte ha evolucionado como reflejo del avance de la sociedad contemporánea; de tal forma que ya hay un concepto que engloba los beneficios del deporte en su dimensión social debido a que se convierte en una de las demandas más importantes de nuestro entorno; dicho concepto es el de “deporte social” el cual comienza a perfilarse en las agendas de los gobiernos europeos desde la década de los 1960. La primera de ellas fue la política del consejo de Europa: “deporte para todos” el cual es una actitud frente al deporte y frente a la vida. Antes de ello los estudios del deporte eran casi nulos, por ejemplo, en un informe de las actividades sociales de la Organización de las Naciones Unidas de 1957, el término “deporte” no aparece ni una sola vez (Meynaud, 1972); después de ello empezó el reconocimiento de la actividad como vehículo para el bienestar social. Europa fue pionero en incluirlo en las agendas de gobierno, pero poco a poco comenzó a influir en otros países como el nuestro; en México el concepto de deporte social fue incluido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Presidencia de la República , 2013) y se definió como:

“Conjunto de actividades físicas y recreativas que incluyen a toda la comunidad sin discriminación, ya que el deporte es una actividad propicia para la promoción de

valores y hábitos y una herramienta de convocatoria e integración. Es un proyecto comunal basado en la inclusión y la tolerancia”

El deporte a primera vista parece un tema poco explorado a nivel internacional y nacional. Es de integración reciente en políticas públicas en comparación con otros objetivos de política social; sin embargo, actualmente los gobiernos han avanzado en su inclusión y han incorporado y diferenciado el deporte, actividad física y deporte social en sus políticas. En México existe incluso el reconocimiento del deporte como derecho social, en el 2011 se incluyó en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos explícitamente; el último párrafo de dicho artículo dice así “Toda persona tiene derecho a la cultura física y a la práctica del deporte. Corresponde al Estado su promoción, fomento y estímulo conforme a las leyes en la materia.” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2018). Lo que marca un parteaguas en la política social del deporte, puesto que ya no se considera una actividad de poca importancia, sino que ya está considerado un derecho de los mexicanos.

El deporte social entonces, puede ser un factor primordial para la contención del aumento y prevalencia del sobrepeso y obesidad en la población. Además de ello, puede generar externalidades positivas como la mejora del tejido social y aumento de la cooperación y colaboración de la sociedad. Es por ello por lo que se recomienda la implementación adecuada de una política pública relacionada con el deporte en su dimensión social.

Además de su relación con el bienestar, el deporte social es un bien público que no puede ser atendido por el sector privado, puesto que no hay rentabilidad, no es excluyente ni rival. En el siguiente apartado retomaremos este punto al hacer un análisis del marco institucional que cobija al deporte y a la actividad física.

4.3 Antecedentes del deporte en México y su marco institucional y jurídico

En México, así como en el mundo, los antecedentes del deporte van ligados a la creación de instituciones de su promoción. Además, para el análisis de la política social en materia

deportiva de México, es necesario el seguimiento de la creación de dichas instituciones por lo que en este apartado se abordará lo anterior de manera conjunta con los antecedentes del deporte en México.

Los antecedentes del deporte moderno en México entonces se remontan a finales del siglo XIX. Por ese entonces la materia de cultura física se impartía en las escuelas con una duración de 5 horas a la semana, sin embargo, se pierde la enseñanza en este tópico con la constitución de 1917; México era uno de los pocos países que enseñaban cultura física por esa época. Nos referimos a deporte moderno porque se sabe que las culturas prehispánicas tenían prácticas físicas como el juego de pelota maya, sin embargo, muchos de ellos se perdieron como tradición después de la conquista (Zapien, 1974).

Entonces, el deporte en México es principalmente de influencia extranjera y además estaba reservado para las clases altas, hasta que algunas actividades como el box y el fútbol se hicieron parte de la cultura popular. En cuanto a las máximas justas internacionales, México se incorpora al COI en 1904 pero no es hasta 1924 cuando participa formalmente; a raíz de la creación del Comité Olímpico Mexicano que fue en el año 1923 (Valenzuela O. D., 2015)

La inclusión del deporte en México como parte de la política social se da con la creación de la extinta Confederación Deportiva Mexicana (CODEME) en 1932, después de ello no hubo una institución encargada sólo para la promoción del deporte, sino que era sumada como actividad de otras instituciones tales como el Instituto Nacional de la Juventud y el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud. Por lo que un vuelco se dio con la creación de la Comisión Nacional del Deporte (CONADE) en 1988.

A tal Comisión en su decreto de creación como órgano desconcentrado de la SEP del 13 de diciembre de 1988, se le encarga la promoción y fomento del deporte y la cultura física; es decir, se convierte en el mecanismo del gobierno federal para la política deportiva. Ello en correspondencia con las obligaciones de la SEP en el tema deportivo tales como la formulación de propuestas, la ejecución de los programas y la formulación del Programa Nacional de Cultura Física y Deporte. En ese mismo documento se establece que la

responsabilidad social para crear condiciones para la conservación de la salud de la población y la accesibilidad al deporte es del Estado.

La CONADE surgió como un órgano desconcentrado, es decir, como un organismo que facilita el dinamismo de la cabeza de sector, la SEP, pero no tiene autonomía económica. Sin embargo, en 2003 se convirtió en Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte, órgano descentralizado de la administración pública federal, conductora de la política deportiva nacional con personalidad jurídica, patrimonio propio y domicilio en CDMX (CONADE, 2018). Actualmente es parte del Sistema Nacional del Deporte (SINADE) el cual es la máxima instancia colegiada encargada de representación y gobierno en el sector deportivo; y dicha Comisión es la coordinadora de la política en términos de cultura física y deporte y la encargada de ejercer el presupuesto federal en el rubro deportivo (Valenzuela O. D., *ibíd.*).

Cabe destacar que uno de los cambios del sexenio 2013-2018 fue la extinción de la Confederación Deportiva Mexicana (CODEME) y su sustitución por el Sistema Nacional del Deporte (SINADE) que engloba a las instituciones estatales deportivas, las federaciones deportivas y al Comité Olímpico Mexicano y a la CONADE misma.

Como se mencionó anteriormente, antes de la creación de la CONADE los encargados de la política deportiva no eran organismos dedicados al deporte y cultura física exclusivamente, eran instituciones dedicadas a atender a los jóvenes y de allí se desprendían sus funciones en términos de deporte. Ejemplo de ellas es el Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE) creado en 1950 que se dedicó en la práctica al fomento del deporte, no por decreto, y el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud (CREA) el cual también de manera colateral se encargaba de la promoción y fomento del deporte y cultura física. Este último organismo fue creado en 1977 y extinto en 1988 con la creación de la CONADE, la cual atendió sus actividades y ejerció su presupuesto.

En términos legales, la primera fue la Ley de Estímulo y Fomento al Deporte de 1990 y se distingue su carácter inclusivo pues involucra varios sectores de la población y personas con capacidades diferentes (Criollo, 2006). En dicha ley se refuerza la idea de que es el Estado el

responsable de crear condiciones adecuadas para la conservación de la salud de la población y para ello ya cuenta con un organismo específico. Sin embargo, no fue hasta el PND 2013-2018 cuando se introdujo por primera vez el concepto de “deporte social”; lo que implicó la incorporación del deporte en su dimensión social para el aprovechamiento de los beneficios colaterales. Lo cual además fue producto de un esfuerzo por el reconocimiento del deporte como derecho constitucional que se logró en 2011 y se consolidó en dicho plan.

Por lo tanto, los momentos de gran trascendencia para el fomento y la promoción del deporte en México en términos institucionales son los siguientes: el primero es la creación de una institución que se encarga de estos rubros de manera particular, la CONADE, su conversión de órgano desconcentrado a órgano descentralizado en 2003, aunado a lo establecido en el artículo 4 de la constitución, donde dice de manera textual: toda persona tiene derecho a la cultura física y a la práctica del deporte. Corresponde al Estado su promoción, fomento y estímulo conforme a las leyes en la materia. Además del reconocimiento del deporte como derecho social en 2011 y la inclusión del concepto de deporte social en 2013. Con estos reconocimientos se dio el paso al deporte en su dimensión social, el deporte social.

En el PND 2013-2018 objetivo 3.4 está especificado lo que se pretendía hacer en materia de deporte. El objetivo dice lo siguiente: *“Promover el deporte de manera incluyente para fomentar una cultura de salud”*. Y en las estrategias 3.4.1 y 3.4.2: *“crear un programa de infraestructuras deportivas”; “diseñar programas de actividad física y deporte diferenciados para atender las diversas necesidades de la población”* (DOF, 2014).

El programa que se elaboró para cristalizar el objetivo fue el Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2014-2018 que emana del PND 2013-2018 y del Programa Sectorial de Educación el cual en el objetivo 4 menciona que se debe: *“Fortalecer la práctica de actividades físicas y deportivas como un componente de la educación integral”*.

Los objetivos del Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2014-2018 son (DOF, 2014):

1. Aumentar la práctica del “deporte social “para mejorar el bienestar de la población.
2. Transformar el sistema deportivo mexicano, mejorando el financiamiento y la capacitación de los responsables deportivos para un mayor aprovechamiento de los recursos.
3. Mejorar la infraestructura deportiva del país al garantizar la óptima operación tanto de la ya existente, como de aquella que sea de nueva creación para acercar la práctica del deporte al ciudadano.
4. Implementar un sistema más eficaz de gestión del alto rendimiento para mejorar el desempeño del país en competencias internacionales.
5. Impulsar la gestión del deporte desde una perspectiva transversal para incidir en la vida de las personas.

La ley vigente que avala la política en materia de deporte es la Ley General de Cultura Física y Deporte, la cual fue publicada el 07 de junio de 2013. Dicha ley Tiene por objeto establecer las bases generales de coordinación y colaboración entre la Federación, los Estados y el Distrito Federal (ahora CDMX) y los municipios, así como la concertación de los sectores social y privado en materia de cultura física y deporte.

Sus principales objetivos son (Ley General de Cultura Física y Deporte, 2013):

1. Fomentar el óptimo y ordenado desarrollo de la cultura física y el deporte en todas sus manifestaciones y expresiones;
2. Elevar, por medio de la cultura física y el deporte, el nivel de vida social y cultural de los habitantes en las Entidades Federativas, Distrito Federal y Municipios;
3. Fomentar la creación, conservación, mejoramiento, protección, difusión, promoción, investigación y aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros destinados a la cultura física y el deporte;
4. Fomentar el desarrollo de la cultura física y el deporte, como medio importante para la prevención del delito;

5. Incentivar la inversión social y privada para el desarrollo de la cultura física y el deporte, como complemento de la actuación pública;
6. Promover las medidas necesarias para erradicar la violencia y reducir los riesgos en la práctica de actividades físicas, recreativas o deportivas que pudieran derivarse del doping, así como de otros métodos no reglamentarios;
7. Fomentar, ordenar y regular las Asociaciones y Sociedades Deportivas, Deportivo-Recreativas, del deporte en la Rehabilitación y de Cultura Física-Deportiva;
8. Promover en la práctica de actividades físicas, recreativas y deportivas el aprovechamiento, protección y conservación adecuada del medio ambiente;
9. Garantizar a todas las personas, la igualdad de oportunidades dentro de los programas de desarrollo que en materia de cultura física y deporte se implementen, y
10. Los deportistas con algún tipo de discapacidad no serán objeto de discriminación alguna, siempre que las actividades a realizar no pongan en riesgo su integridad.

La CONADE, como se mencionó, es un órgano descentralizado cuya cabeza de sector es la Secretaría de Educación Pública; por lo que se encarga de las funciones de la SEP en materia deportiva. Dichas funciones de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública (2018) son las siguientes:

XXIII.- Determinar y organizar la participación oficial del país en competencias deportivas internacionales, organizar desfiles atléticos y todo género de eventos deportivos, cuando no corresponda hacerlo expresamente a otra dependencia del Gobierno Federal;

XXIV.- Cooperar en las tareas que desempeñe la Confederación Deportiva y mantener la Escuela de Educación Física;

XXV.- Formular normas y programas, y ejecutar acciones para promover la educación física, el deporte para todos, el deporte estudiantil y el deporte selectivo; promover y en su caso, organizar la formación y capacitación de instructores, entrenadores, profesores y licenciados en especialidades de cultura física y deporte; fomentar los estudios de posgrado y la investigación de las ciencias del deporte; así como la creación de esquemas de financiamiento al deporte con la participación que corresponda a otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal;

XXVIII. Orientar las actividades recreativas y deportivas que realice el sector público federal;

En cuanto a los recursos, en el cuadro 4.1 podemos observar el presupuesto otorgado a la CONADE en los últimos tres sexenios. Se incluyeron los sexenios de Vicente Fox Quezada y Felipe Calderón Hinojosa porque es relevante como se casi quintuplicó el presupuesto de un sexenio para otro. Además, es relevante observar que para el sexenio de Enrique Peña Nieto incluso disminuyó el presupuesto pese a las reformas a las leyes relacionadas con el deporte y la inclusión del “deporte social” como parte del PND.

La reducción más crítica fue del 2013 al 2014 que fue de 41%, de allí la reducción fue de 15%, 21%, 25% y en el último año hubo un incremento del 1%. En los dos sexenios anteriores hubo incrementos año con año y en el de EPN sólo un mínimo incremento al final del sexenio.

Cuadro 4.1 Presupuesto otorgado a CONADE 2000-2018. Millones de pesos		
Año	Otorgado	Etiquetado para infraestructura deportiva
2000	\$613.98	N/E
2001	\$727.81	N/E
2002	\$869.04	N/E
2003	\$810.75	N/E
2004	\$849.50	N/E
2005	Monto original asignado \$807.04 Monto final \$696.52	*\$110.51 Reasignados por controversia constitucional 109/2004 PEF2005
2006	\$760.12	N/E
Total	\$ 4,824.29	
2007	\$1,013.04	N/E
2008	\$1,547.64	\$316.56
2009	\$3,501.78	\$640.50
2010	\$3,906.69	\$904.99
2011	\$5,481.75	\$1,451.94
2012	\$6,176.54	\$2,801.95
Total	\$ 21,627.46	
2013	\$7,179.22	\$3,038.01
2014	\$4,240.88	\$3,211.58 *Operados por SHCP \$7,452.46 Monto global
2015	\$3,605.06	N/E
2016	\$2,835.67	N/E
2017	\$2,120.32	N/E
2018	\$2,145.53	N/E
Total	\$ 19,981.16	

Fuente: SHCP-Presupuestos de Egresos, varios años.

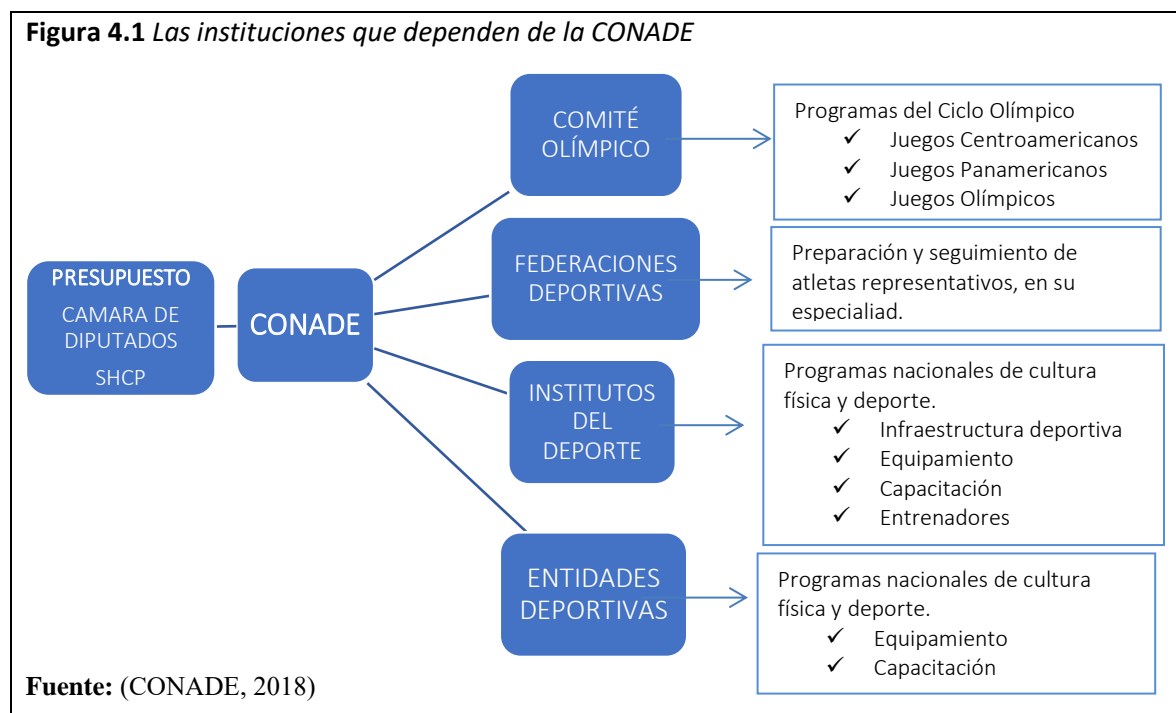
En la figura 4.1 podemos observar las distintas instituciones que dependen de la CONADE y para qué utilizan el presupuesto dichos organismos. Por ejemplo, el Comité Olímpico mexicano es el que organiza la participación de México en los Juegos Olímpicos, Centroamericanos y Panamericanos.

Está integrado por las distintas Federaciones Deportivas Nacionales que están reconocidas por las Federaciones Internacionales. Las Federaciones Nacionales con las instituciones que conjuntan actividades deportivas de alto rendimiento en torno a una especialidad. En México hay Federaciones de Actividades Subacuáticas, Ajedrez, Aeronáutica, Arte Y Cultura Deportiva, Beisbol, Billar, Boliche, Charros, Esquí Acuático, Físico Constructivismo Y Fitness, Frontón, Karate Y Artes Marciales, Kendo, Deportes De Montaña Y Escalada, Motociclismo, Motonáuticas, Patinaje Sobre Ruedas, Polo, Ráquetbol, Squash, Softbol, Atletismo, Badminton, Boxeo, Baloncesto, Canotaje, Ciclismo, Ecuestre, Fútbol, Esgrima, Gimnasia, Golf, Balonmano, Hockey, Judo, levantamiento De Pesas, Luchas, Natación, Pentatlón Moderno, Remo, Rugby, Taekwondo, Tenis, Tenis De Mesa, Tiro, Tiro Con Arco, Triatlón, Vela, Voleibol Y Patinaje Sobre Hielo. Cabe destacar que tanto el Comité Olímpico Mexicano como las Federaciones Nacionales son Asociaciones Civiles (COM, 2018).

Sin embargo, todas ellas están orientadas en el deporte profesional, lo que deja afuera a una gran parte de la población. Lo que se sugiere es que la CONADE como institución y eje de la política deportiva en México elabore proyectos que estén acordes a la disponibilidad de recursos de los ciudadanos para que, como dice el PND, la práctica deportiva sea incluyente y promotora de la cultura de la salud.

En 2013 la CONADE presentó un programa que incluía estas características; es llamado “Ponte al 100” que representaba una estrategia para incorporar el hábito para realizar ejercicio en los mexicanos. El programa permitió diseñar procesos personalizados de activación física, nutrición y salud a través de la medición de la capacidad funcional, pero fue a raíz de la destitución del ex titular de la CONADE Jesús Mena por el ingreso de Alfredo Castillo Cervantes, que la información recopilada de dicho programa que se realizó desde la

parte escolar, hasta la laboral, se perdió y no hubo un seguimiento, de hecho desapareció dicho programa ¹ (CONADE, 2018).



Al término de la revisión rápida de instituciones del deporte en México, podemos concluir que se cuenta con un marco adecuado para la promoción del deporte como parte de la cultura de salud de los ciudadanos, incluso los programas sectoriales están definidos en función de una nueva modalidad de deporte, el deporte social, y las necesidades recientes de la población, tal como frenar el avance del sobrepeso y la obesidad; lo que se necesita entonces es una implementación adecuada de las políticas en las que se ha avanzado, una mayor regulación del presupuesto y un registro de los recursos que se tienen para poder usarlos correctamente. Como se ha dicho y se insistirá, en México a la fecha no existe un análisis y registro de recursos con los que se cuenta en materia deportiva para canalizarlos de manera adecuada al deporte social.

¹ La capacidad funcional se refiere a la capacidad de las personas para realizar una vida independiente en términos saludables (CONADE, 2018).

4.4 Situación del deporte y la actividad física en México

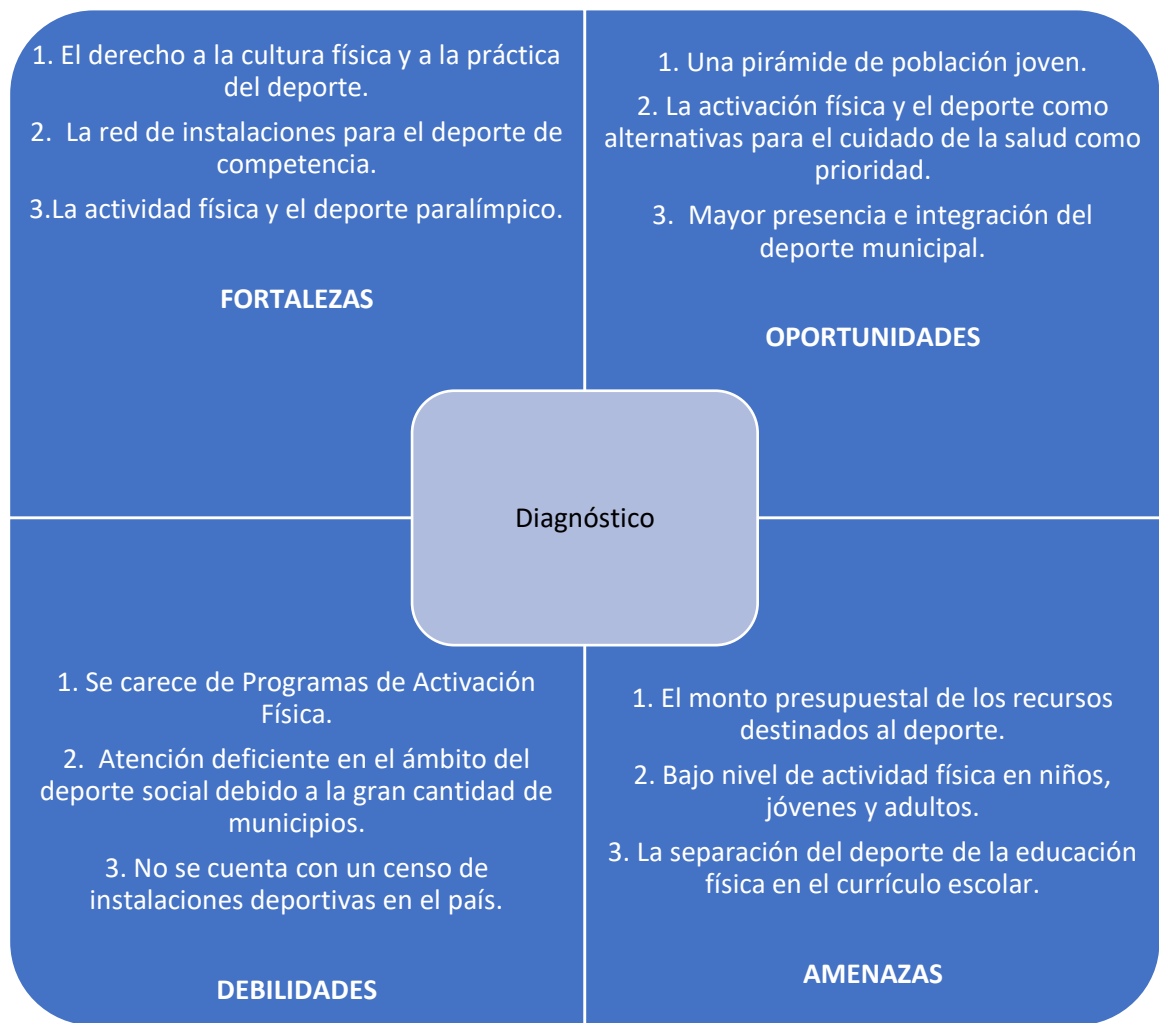
Como se mencionó en el apartado anterior, de acuerdo con el análisis del marco institucional y jurídico, se puede concluir que México cuenta con un entorno favorable para que la población incorpore al deporte y la actividad física de forma sistemática en su vida cotidiana. Sin embargo, la situación del deporte en México es extremadamente precaria en términos de coordinación de instituciones, calidad y cantidad de la infraestructura deportiva, seguimiento e implementación de programas y por supuesto en el fin último la incorporación de la actividad física y deporte en la cotidianidad de la población.

Es decir, a pesar del marco institucional favorable, refiriéndonos a instituciones, leyes y programas, no se ha visto reflejado en la implementación y en la praxis y por ende no ha permeado la cultura física en la sociedad. Ejemplo de ello es la nula existencia de un registro sistemático de recursos del Sistema Nacional del Deporte pese a la creación del Registro Nacional del Deporte en 1990; es decir, no se cuenta con el conocimiento pleno de la cantidad de entrenadores deportivos, instalaciones, practicantes, etc.; incluso se desconoce la cantidad de deportes que se practican en México. Con respecto a la actividad física, al ser más popular e incluir actividades cotidianas se complica aún más el registro.

Ejemplo de ello, en el PND 2001-2006 se sugirió hacer una página web en donde se informaría a la población de los avances del programa en materia deportivo y los resultados del reconocimiento cuantitativo de los recursos con los que se contaban (instalaciones, profesionistas del deporte, deportistas o incluso número de deportes), ese dominio de página web en la actualidad está a la venta (www.deporte.gob.mx). Además, cabe destacar que esos datos hasta la actualidad no existen. Sin embargo, dicho plan es relevante puesto que se plantea por primera vez la transición epidemiológica y la catástrofe sanitaria que implica el sobrepeso y la obesidad.

De acuerdo con la legislación, para elaborar un Programa se necesita elaborar un diagnóstico del tópico eje. En el caso del Programa Nacional de Cultura Física y Deporte se identificaron Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas de la situación del deporte en México, en la figura 4.2 se exponen algunas de ellas.

Figura 4.2 Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la situación del deporte en México.



Fuente: DOF, *ibíd.*

En 2013 como respuesta a la necesidad de información para la toma de decisiones en la formulación de políticas, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) comenzó un proyecto para recabar información acerca de la practica física y deportiva de la población

mayor de 18 años en su tiempo libre, dicho proyecto se denomina Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) y es importante destacar que no había información acerca del tópico desde 1996, la cual se recabó mediante la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) que adicionó un Módulo sobre Deportes y Actividades Físicas. Otras de las acciones que se llevó a cabo en el tema desde el INEGI fue la creación del Comité Técnico Especializado de Información de Cultura Física y Deporte el 17 de julio de 2013 (MOPRADEF, 2013).

Según dicho módulo, en 2013 el 56.2% de la población mexicana de 18 años o más es inactiva, del cual 42% son hombres y 58% mujeres; para 2017 la proporción aumentó a 57.6% de los cuales 40.6% son hombres y el 59.4% mujeres (ver cuadro 4.2)². De acuerdo con el mismo cuadro podemos observar que en términos relativos la población que no está activa físicamente ha aumentado más de un punto porcentual desde el inicio del MOPRADEF en 2013; es importante destacar que las mujeres tienen una elevada proporción con respecto a los hombres en cuanto a la inactividad física.

Cuadro 4.2 *Porcentaje de población inactiva y activa y su proporción entre hombres y mujeres.*

Mes y año	Población inactiva			Población activa		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
11/2013	56.2	42.0	58.0	43.8	54.4	45.6
02/2014	56.4	38.7	61.3	43.6	57.7	42.3
05/2014	57.6	39.8	60.2	42.4	57	43
08/2014	57.6	42.6	57.4	42.4	53.1	46.9
11/2014	54.6	41.9	58.1	45.4	54.8	45.2
11/2015	56.0	41.8	58.2	44.0	54.2	45.8
11/2016	58.2	41.9	58.1	41.8	53.2	46.8
11/2017	57.6	40.6	59.4	42.4	54.7	45.3
Promedio	56.8	41.2	58.8	43.2	54.9	45.1

Fuente: MOPRADEF, varios años, <https://www.inegi.org.mx/programas/mopradef/>

Si se desagregan los datos por rango de edad y sexo (ver cuadro 4.3) se pueden obtener otros elementos importantes, por ejemplo, en el rango de 18 a 24 años en hombres la proporción de activos físicamente en promedio es de 68.7%, el cual está por encima de la media de

^{4.2} Se basa en una muestra de 2 mil 336 viviendas. Calculada para dar estimaciones a nivel del agregado urbano de 32 áreas de 100 mil y más habitantes. Desde noviembre del 2013 hasta noviembre del 2014 se hizo cada tres meses y a partir del 2015 se elaboró cada año.

hombres activos físicamente en todos los rangos de edad, que es de 54.9% (ver cuadro 4.2); en ese rango de edad y sexo hay más población activa que inactiva.

En ese mismo rango, pero en comparación con el sexo opuesto, la diferencia es de casi un cuarto de población. Mientras que la proporción de hombres activos físicamente de 18 a 24 años es de casi 70%, la proporción de mujeres activas físicamente en ese rango de edad es de 44.4%. Por lo que la diferencia es muy amplia, sin embargo, como puede observarse en el cuadro 4.3, en todos los rangos de edad son más mujeres inactivas físicamente que hombres.

Y no sólo ello, sino que en todos los rangos de edad la proporción de mujeres inactivas es mayor que la de mujeres activas, cosa que no sucede en hombres puesto que en el rango de 18 a 24 años y de 25 a 34 años hay más hombres activos que inactivos. Por lo tanto, es menester incluir en las recomendaciones de política actividades de fomento a la actividad física con perspectiva de género, en donde se logren aún mejores resultados en hombres jóvenes (menores de 34 años) que son los que más se ejercitan y tratar de alentar al sexo femenino a la iniciación en actividad física.

Según ese mismo cuadro 4.3, entre más años tiene la población, menos proporción de activos físicamente hay, tanto en hombres como en mujeres. Por ejemplo, en un comparativo de los hombres de 18 a 24 comparándolo, con el rango de 25 a 34 la proporción de inactivos aumenta de 31.3% a 46.8%, casi la mitad de la proporción, esto podría explicarse en parte por la inclusión al mundo laboral. A partir de allí la proporción de hombres inactivos sigue subiendo conforme avanza la edad, aunque no tan drástico. En el caso de las mujeres inactivas físicamente, la proporción en dos rangos de edad, de 35 a 44 y de 45 a 54 años incluso disminuye un poco.

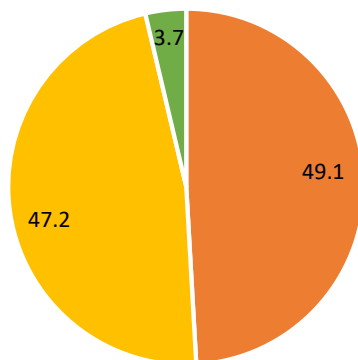
Cuadro 4.3 *Personas inactivas y activas físicamente por rango de edad y por sexo*

ACTIVOS															
	De 18 a 24 años			De 25 a 34 años			De 35 a 44 años			De 45 a 54 años			De 55 y más		
Mes-año	H	M	Dif.	H	M	Dif.	H	M	Dif.	H	M	Dif.	H	M	Dif.
nov-13	68.5	47.4	21.1	56.2	39	17.2	47.8	31.7	16.1	40.7	40.4	0.3	38.8	34.7	4.1
feb-14	74.5	46	28.5	62.1	28.6	33.5	51.4	33.2	18.2	42	32.4	9.6	38.8	34.7	4.1
may-14	73.5	45.9	27.6	50.6	35.2	15.4	48.1	32.4	15.7	40.9	38.9	2	43.2	26.2	17
ago-14	68	42	26	44.8	37	7.8	45.6	39	6.6	45.7	41	4.7	36.5	31.4	5.1
nov-14	70.8	46.4	24.4	53.3	34.5	18.8	37.5	39.4	-1.9	46	37.5	8.5	50.7	39.5	11.2
nov-15	68.5	42	26.5	51.9	35.2	16.7	41.4	38.3	3.1	46	39.7	6.3	44.8	37.2	7.6
nov-16	59.8	39.6	20.2	50.7	36.3	14.4	46.6	42.8	3.8	41.8	37.1	4.7	40.3	29.8	10.5
nov-17	65.8	45.5	20.3	55.9	36.7	19.2	50.7	38.6	12.1	38.1	33.3	4.8	39.1	29.5	9.6
Promedio	68.7	44.4	24.3	53.2	35.3	17.9	46.1	36.9	9.2	42.7	37.5	5.2	41.5	32.9	8.6
INACTIVOS															
Mes-año	H	M		H	M		H	M		H	M		H	M	
nov-13	31.5	52.6	-21.1	43.8	61	-17.2	52.2	68.3	-16.1	59.3	59.6	-0.3	61.2	65.3	-4.1
feb-14	25.5	54	-28.5	37.9	71.4	-33.5	48.6	66.8	-18.2	58	67.6	-9.6	61.2	65.3	-4.1
may-14	26.5	54.1	-27.6	49.4	64.8	-15.4	51.9	67.6	-15.7	59.1	61.1	-2	56.8	73.8	-17
ago-14	32	58	-26	55.2	63	-7.8	54.4	61	-6.6	54.3	59	-4.7	63.5	68.6	-5.1
nov-14	29.2	53.6	-24.4	46.7	65.5	-18.8	62.5	60.6	1.9	54	62.5	-8.5	49.3	60.5	-11.2
nov-15	31.5	58	-26.5	48.1	64.8	-16.7	58.6	61.7	-3.1	54	60.3	-6.3	55.2	62.8	-7.6
nov-16	40.2	60.4	-20.2	49.3	63.7	-14.4	53.4	57.2	-3.8	58.2	62.9	-4.7	59.7	70.2	-10.5
nov-17	34.2	54.5	-20.3	44.1	63.3	-19.2	49.3	61.4	-12.1	61.9	66.7	-4.8	60.9	70.5	-9.6
Promedio	31.3	55.7	-24.4	46.8	64.7	-17.9	53.9	63.1	-9.2	57.4	62.5	-5.1	58.5	67.1	-8.6

Fuente: MOPRADEF, varios años, <https://www.inegi.org.mx/programas/moprade/>

Aunado a la gran proporción en promedio de las personas inactivas físicamente en México, podemos añadirle que hay población que es activa físicamente pero que no cumple con el nivel suficiente de actividad físicaⁱⁱⁱ En 2017, un poco menos de la mitad de las personas activas físicamente (42.4%) lograron un nivel de actividad adecuado, el 47.2% hicieron deporte por debajo de las recomendaciones de la OMS y un 3.7% tiene un nivel no declarado de actividad física lo que implica que no la realizaron una semana previa a la entrevista. Con estos datos se concluye que sólo el 20% de la población en México lleva a cabo actividad física suficiente para mantener los estándares de salud.

Gráfica 4.1 Nivel de suficiencia de la población activa físicamente



■ Nivel suficiente de práctica físico-deportiva ■ Nivel insuficiente de práctica físico-deportiva
■ Nivel no declarado de práctica físico-deportiva

Fuente: MOPRADEF, 2017, <https://www.inegi.org.mx/programas/mopradef/>

De las personas que realizaron actividad física en 2017, el 62.8% lo hizo en lugares públicos y el 33.5% en lugares privados. Además, el 59.6% realizó actividad física por salud, el 19.0% por diversión y el 17.6% para verse mejor. De esto, es importante resaltar que la mayoría d0e

Según el MOPRADEF (ibíd) se considera “suficiencia de actividad físico-deportiva”, cuando la población de 18 y más años sí cumple con frecuencia (días), tiempo (minutos) e intensidad (moderada o fuerte) a la semana, con apego a las recomendaciones de la OMS para obtener beneficios a la salud. Es decir, personas que realizaron práctica físico-deportiva en su tiempo libre de la semana pasada, al menos tres días por semana y acumulando un tiempo mínimo de 75 minutos con una intensidad vigorosa o 150 minutos con intensidad moderada a la semana.

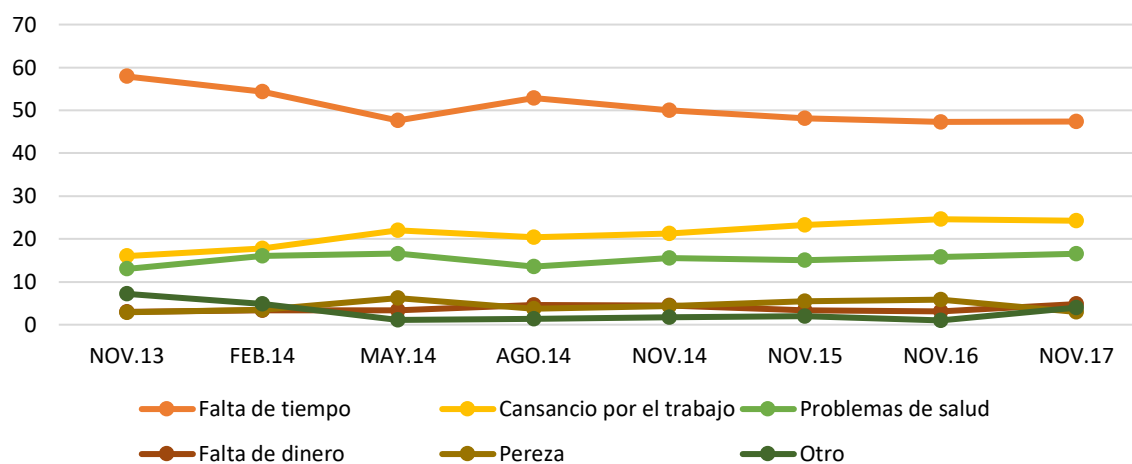
las personas que realizan actividad física ocupan lugares públicos para su realización lo que sugiere que es primordial la existencia de instalaciones adecuadas y cercanas a la población.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (INEGI, 2012) entre los elementos que destacan como causa de la nula práctica física entre la población están: la falta de tiempo, cansancio, salud no adecuada para la práctica, falta de dinero y pereza. Según el MOPRADEF (2017) la razón principal es la falta de tiempo con un 57.9%. Por lo que es necesario que además de los programas existentes, se elabore una política pública que permita la práctica de las personas en el marco de tiempo escaso; principalmente en el ámbito urbano en donde el trabajo tiene horarios extensos y acotados y el traslado hacia trabajo- hogar, él implica una gran proporción del tiempo disponible.

Después de la falta de tiempo, las causas que le siguen son “problemas de salud” y “cansancio después del trabajo” con un 16.5% y 24.25% respectivamente para 2017. Y con menores proporciones, siguen las razones de “falta de dinero” y “pereza”, las cuales tienen un 4.8% y 3% para el mismo año.

Además de estas, en algunos años con una proporción pequeña cercana al 1% se encontraron razones como “la falta de instalaciones” e “inseguridad en su colonia”, que por falta de datos en algunos años y su baja proporción quedaron fuera de la gráfica 4.2, sin embargo, ambas tienen una implicación social significativa, puesto que la primera resalta la importancia del objetivo de este trabajo el cual es la promoción de la actividad física sistemática con recursos suficientes y estrategias que lo permitan y la segunda atiende a una de las problemáticas más severas que aquejan a este país: la inseguridad.

Gráfica 4.2 Principales razones para la falta de actividad física



Fuente: MOPRADEF, varios años, <https://www.inegi.org.mx/programas/mopradef/>

Aunque la causa primordial para la no práctica de actividad física según el Módulo es la falta de tiempo, es necesario que se promueva en México, justo como el PND 2013-2018 dice, una cultura de salud que la promocióne en función de que sea preferida frente a otras actividades. Por ejemplo, que sea prioritaria en el uso del tiempo disponible pues no debe ser una actividad reservada para jóvenes o deportistas, debe ser una prioridad para los ciudadanos en general si es que se tiene tener un nivel de salud adecuado. Entre la población es usual encontrar la idea de que el deporte o la actividad física no es indispensable para la salud o que su práctica está orientada a sólo ciertos sectores de la sociedad

A manera de conclusión de los apartados previos, se puede decir que el marco institucional es favorable y que se han considerado gran parte de los problemas que aquejan al deporte en este país, por ejemplo la falta de registro de recursos deportivos, la falta de hábitos o concientización de la práctica de la actividad física, los recursos insuficientes, la falta de vinculación entre instituciones, la dificultad de implementar una política en un territorio tan grande y poco articulado entre distintos niveles de gobierno, etc.

Sin embargo, analizando las cifras disponibles durante el sexenio de Enrique Peña Nieto, pese al reconocimiento y buen diseño de políticas no se tuvieron resultados idóneos o los que se esperaban; aunado a que la cantidad de personas inactivas físicamente se elevó en términos relativos, la población con sobrepeso y obesidad aumentaron, las muertes por diabetes mellitus e hipertensión aumentaron año con año en términos absolutos, lo que es natural por el incremento de la población, pero también aumentaron en términos relativos.

Además, se dio un gran paso con el reconocimiento del deporte social que alude principalmente a la inclusión, pero año con año se redujo notablemente el presupuesto de la CONADE. Por ello, es necesario no sólo el reconocimiento del problema, que ya se ha hecho, ni el diseño de una política adecuada, que se inició en gran medida; sino que es necesaria una correcta implementación de la política y un uso eficiente de los recursos.

Ya se ha dicho que el deporte y la actividad física son un vehículo imprescindible para la mejora de la salud de la población, sin embargo, dicho vehículo es imprescindible porque no puede sustituirse en el logro de un completo bienestar físico y mental. Su nula o escasa práctica es perjudicial para la salud física y mental y merma la calidad de vida de las personas; el mayor riesgo está en la extrema propensión que se tiene a presentar sobrepeso y obesidad que son el preámbulo para las enfermedades crónico-degenerativas. El deporte y la actividad física en su dimensión social es responsabilidad del Estado por su relación con el aumento del bienestar de la población. El deporte social es un bien público que no puede ser atendido por el sector privado y debe ser proveído por el Estado; de esta manera entonces, el deporte social es una actividad generadora de bienestar social que debe ser dirigida por el Estado.

Aunado a ello, dada la transición epidemiológica de las últimas décadas, debe ser una prioridad para que no se llegue a una situación insostenible con la prevalencia del sobrepeso y obesidad como preámbulo de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles que implican consecuencias negativas en términos económicos y sociales.

4.5 Situación del deporte de alto rendimiento

Las justas internacionales más representativas del deporte internacional son los Juegos Olímpicos, México ha participado en dichos juegos desde 1900 con un equipo de polo a nivel Norteamérica, pero no fue hasta 1924 cuando se envió una delegación oficial.

Los resultados en deporte de alto rendimiento no han sido muy exitosos, aunque han mejorado en las últimas décadas no son proporcionales a la densidad demográfica, dimensión del país, ni posición en términos de IDH y económicos. En 2012, México obtuvo el lugar 39 en el medallero y en 2016 obtuvo el lugar 61 (cuadro 4.4). Los deportes en donde más ha obtenido medallas son Clavados, Boxeo, Atletismo, Taekwondo y Ecuestres; con un total de 14, 13, 11, 7 y 7 medallas respectivamente.

País/ Año	Países participantes	Posición de México
Paris 1900	24	12
Paris 1924	44	No obtuvo medallas
Ámsterdam 1928	46	No obtuvo medallas
Los Ángeles 1932	37	21
Berlín 1936	49	28
Londres 1948	59	17
Helsinki 1952	69	36
Melbourne 1956	67	23
Roma 1960	83	42
Tokio 1964	93	35
México 1968	112	15
Múnich 1972	121	36
Montreal 1976	92	25
Moscú 1980	80	29
Los Ángeles 1984	140	17
Seúl 1988	159	44
Barcelona 1992	169	50
Atlanta 1996	197	74
Sidney 2000	200	39
Atenas 2004	201	56
Pekín 2008	204	38
Londres 2012	204	39
Rio de Janeiro 2016	206	61
Fuente: COM, 2018		

Conclusiones y Recomendaciones

Se puede encontrar un conjunto amplio de conclusiones relativas a la investigación, algunas de ellas de carácter general y otras tantas de carácter específico, todas las cuales se presentan a continuación.

Conclusiones de carácter general

El objetivo fue alcanzado y la hipótesis fue demostrada derivado de la argumentación teórica y el análisis empírico aplicado durante el periodo de estudio (2013-2017) para el caso mexicano. Se concluyó, entre otras cosas, que la salud pública enfrenta retos complejos y diversos; por un lado, el incremento constante del ejercicio del gasto público en dicho rubro asociado primordialmente a la transición epidemiológica del país. Por otro lado, el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas que implican un elevado de costo de atención y que son las primeras causas de muerte, tales como diabetes e hipertensión, causadas principalmente por la creciente tendencia al sobrepeso y la obesidad de la población. Por tanto, uno de los factores de contención es el deporte social como eje de una política pública que busque resarcir gradualmente el deterioro de la salud pública y coadyuvar a la disminución del gasto en rubros sanitarios; además de una adecuada regulación a la industria alimentaria que permita la disminución de alimentos poco saludables.

Conclusiones de carácter específico

Así mismo se pueden encontrar conclusiones relevantes derivadas de la investigación, tanto de orden teórico- metodológico, conceptual, tanto como de las que son de carácter práctico para el ejercicio del gasto público, el diseño de políticas públicas en materia de salud y la regulación económica de los sectores que impactan negativamente en la salud, a continuación, se presentan las principales de acuerdo a una clasificación de aportes principales.

Teórico - metodológico, conceptual.

- La salud pública es el conjunto de estrategias que se logran para promover la mejora de la salud de la comunidad mediante las modificaciones de hábitos y conductas de riesgo. Al ser elemento clave del bienestar social, El Estado juega un papel clave en su promoción.
- La salud tiene implicaciones económicas importantes puesto que es la base de la riqueza social y por ende del capital humano. Preservar ese capital humano es vital para garantizar el crecimiento económico y el desarrollo. Los niveles de salud están determinados por los niveles de desarrollo de los países que implican un acceso adecuado de servicios sanitarios.
- El enfoque idóneo de los sistemas sanitarios debe ser el preventivo, con el cual se atienden de manera despersonalizada los riesgos sanitarios en los que puede incurrir la población de acuerdo con las tendencias. El enfoque preventivo puede disminuir los costos a largo plazo y disminuir las enfermedades que impliquen una merma de la salud de la población.
- Los retos de salud pública han cambiado en años recientes, en donde las principales enfermedades se han volcado de ser ocasionadas por factores biológicos a factores sociales. Estos factores sociales están relacionados con el acceso a bienes tóxicos como las drogas, alcohol, tabaco y comida de pésima calidad y han provocado una transición epidemiológica en la población en donde las Enfermedades No Transmisibles figuran como las primeras causas de muertes. Dentro de estas enfermedades no transmisibles se encuentran los padecimientos como sobrepeso y obesidad que son el preámbulo de las enfermedades crónico-degenerativas tales como diabetes e hipertensión. En el mundo un gran porcentaje (71) de la población muere a causa de estos dos, por lo que es necesario la acción conjunta para su combate. Los factores sociales que están detrás de la transición epidemiológica son los cambios de hábitos vinculados con la urbanización desmedida, la industrialización, el

crecimiento económico, la desregulación de mercados, globalización, etc., que han modificado los patrones de consumo hacia uno masificado influenciado por los medios de comunicación y la publicidad.

- En México, la transición epidemiológica fue de tal magnitud que las primeras causas de muerte son las enfermedades del corazón y la diabetes; 7 de cada 10 adultos y 1 de cada 3 niños padecen sobrepeso u obesidad con lo que están en latente riesgo de presentar una enfermedad crónico-degenerativa. El problema de salud pública asociado a lo anterior tiene consecuencias sociales, sanitarias y económicas. Ejemplo de las primeras son la adaptación a hábitos estrictos, ruptura del tejido social, pérdida de jefes de familia, etc.; en términos de salud las consecuencias pueden atraer ceguera, invalidez, amputaciones, entre otras; y en términos económicos dichas enfermedades causan pérdida de productividad, altos costos, aumento en el gasto público y privado en salud, pérdida de capital humano por muerte o invalidez e inasistencias laborales. El sobrepeso y obesidad son una acumulación anormal o excesiva de grasa, cerca del 90% de la diabetes y enfermedades del corazón son ocasionados por ellas.

Gasto público y políticas públicas en salud

- El sistema en salud en México tiene a la cabeza la Secretaría de Salud, sin embargo, hay otras instituciones que no dependen directamente de ella por lo que nos encontramos con un sistema fragmentado que además está enfocado en la curación y no en la prevención. Es ineficiente, tiene altos costos que no impactan con la mejora de la salud de la población y tiene indicadores de eficiencia por debajo de países de similar desarrollo como Chile, Colombia y Brasil. Por lo que no sólo es necesario un aumento del gasto si no que una mejora de la eficiencia de él.
- Pese a la ineficiencia del gasto público en salud, un modelo de regresión nos arroja que si aumenta el gasto disminuye la mortalidad; sin embargo, debe ir acompañado

de una serie de factores que involucren a diferentes instancias que diseñen una política integral para el combate de la mortalidad prematura.

- El sistema sanitario debido a la transición epidemiológica, además, enfrenta aumento en la demanda de equipo especializado, medicamentos y especialistas que ponen en jaque su estabilidad.
- En cuanto al deporte, desde la creación de una institución encargada sólo al deporte (CONADE) en 1988, hasta el reconocimiento del deporte como derecho social en 2011 y la inclusión del concepto de “deporte social” en el PND (2013-2017), concluimos con que hay un marco institucional favorable para implementar una política deportiva como medida de prevención a la incidencia de sobrepeso y obesidad en la población, sin embargo debe implementarse correctamente para que arroje los beneficios esperados. Actualmente, la política ha estado deficientemente implementada y no ha generado el impacto deseado en el aumento de la actividad física de la población puesto que cerca del 70% de ella es inactiva y el problema se acentúa en hombres mayores de 35 años, y mujeres de todas las edades. En cuanto al deporte de alto rendimiento la situación no es distinta, puesto que tenemos resultados muy pobres en las justas internacionales.
- Aunado a ello, nos encontramos que el deporte social tiene beneficios colaterales sociales diversos como la disminución de conductas de riesgo, fortalecimiento del tejido social, sentido de pertenencia, identidad, mejora del trabajo en equipo, colaboración, etc. En México fue explícitamente integrado en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017, como se dijo, que tuvo como antecedente el reconocimiento al derecho social del deporte en el 2011 que emana del artículo 4 de la constitución.

Regulación económica

- Dos de las más obvias soluciones para atacar estos problemas, al menos, en el caso del sobrepeso y la obesidad, es el cambio de hábitos hacia una mejora de la

alimentación y aumento de la actividad física. En el caso de la mala alimentación, es necesario endurecer la regulación de la industria alimentaria en pro de la mejora de sus procesos y de sus productos.

- La industria alimentaria tiene ventas y ganancias de gran magnitud, controlan el grueso de la oferta de bienes alimenticios y modifican los patrones de consumo hacia uno masificado y de mala calidad. Además, cuentan con procesos que merman la salud de la población por la contaminación del ambiente, del suelo, agua, aéreo, de cultivo, etc., y son consumidores desmedidos de energía y recursos hídricos. La población debe estar consciente de sus malos hábitos (consumo) pero también debe existir responsabilidad hacia la sociedad por parte de las empresas (producción) o bien, endurecer la regulación.

La industria alimentaria en nuestro país contiene empresas exitosas a nivel mundial. Bimbo, Coca Cola-Femsa, Arca Continental y Sigma, las cuatro más grandes, están presentes en rankeos internacionales por su importancia en ventas y activos, y determinan la oferta de alimentos en el mercado mexicano, por ejemplo Bimbo controla la oferta de dulces, galletas y pan dulce y Coca Cola-Femsa la oferta de bebidas azucaradas. Las ventas de sólo estas cuatro empresas representan casi el total del gasto total en salud y 5.7 veces más que el presupuesto de la Secretaría de Salud (Ramo 12). Además del condicionamiento de la oferta y ventas exorbitantes, sus procesos de producción y distribución tienen impactos negativos en el ambiente que merman aún más la salud de la población.

Bibliografía

- Centro de Análisis de las Finanzas Públicas. (2011). Obtenido de El gasto en salud en México: En el Marco de la Cobertura Universal: <https://www.mexicoevalua.org/2011/01/01/10-puntos-para-entender-el-gasto-en-salud-en-mexico-en-el-marco-de-la-cobertura-universal/>
- Cervantes, M. (2014). *Macroeconomía. Teorías , políticas, simuladores computacionales y retos*. México: Laboratorio de Análisis Económico y Social.
- Ley General de Cultura Física y Deporte. (s.f.). *Diario Oficial de la Federación*.
- Lifshitz, A. (2014). La medicina curativa y la medicina preventiva: alcances y limitaciones/ Curative and Preventive Medicine: Scopes and Limits. *Medicina Interna México*, 30:64-72.
- COFEPRIS . (2013). *Comisión Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios*. Obtenido de Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes: <http://revistacofepris.salud.gob.mx/n/no1/bienestar.html>
- COFEPRIS. (2014). *Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios*. Obtenido de <https://www.gob.mx/cofepris/prensa/los-alimentos-y-bebidas-que-no-acrediten-calidad-no-podran-imprimir-en-su-etiquetado-sello-nutricional-58517>
- COM. (2018). *Comité Olímpico Mexicano*.
- CONADE. (25 de Julio de 2018). *Comisión Nacional de Cultura Fisica y Deporte*. Obtenido de www.conade.gob.mx
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (23 de Julio de 2018). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Obtenido de Orden Jurídico: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/4.pdf>
- Cosme, J., & al., e. (2013). Economía y Salud. En R. Valenzuela, *Economía de la Salud* (págs. 30-78). Santiago, Cuba: Editorial Oriente.
- Criollo, J. G. (2006). *La economía del deporte*. Ciudad de México: Facultad de economía, Tesis de licenciatura.
- Código F. (13 de Diciembre de 2017). *Código F, Revista de Canifarma*. Obtenido de <http://codigof.mx/presupuesto-en-salud-2018-presupuesto-de-egresos-de-la-federacion-para-el-ejercicio-fiscal-2018/>
- Córdova, A., Leal, G., & Martínez, C. (1987). Los nexos de la salud. *Jornada Semanal*, 125 (3): 4-9.
- American Diabetes Association. (2019). *American Diabetes Association*. Obtenido de Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes—2019: <https://doi.org/10.2337/dc19-S001>
- Dávila-Torres, J. (2014). El panorama de la obesidad en México. *Revista Médica IMSS*, 241-249.
- Di Virgilio, M. M., & Solano, R. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, proyectos y programas sociales*. Buenos Aires: Fundación CIPPEC.
- DOF. (30 de Abril de 2014). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2014-2018: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/129717/Programa_Nacional_Cultura_Fisica_Deporte2014-2018.pdf
- ENSANUT. (15 de Agosto de 2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Obtenido de <https://ensanut.insp.mx>

- Federación Internacional de Diabetes. (2018). *IDF*. Obtenido de Federación Internacional de Diabetes: www.idf.org
- IMSS. (2018). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de www.imss.gob.mx
- IMSS. (2018). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de Instituto Mexicano del Seguro Social: www.imss.gob
- INEGI. (23 de Mayo de 2012). *INEGI*. Obtenido de www.inegi.org.mx
- INSP. (2018). *INSP*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud Pública: www.insp.org.mx
- Meynaud, J. (1972). *El deporte y la política*. Barcelona, España: Hispano Europea.
- Molina, R., Romero, R., & Trejo, J. (1991). Desarrollo económico y salud. *Salud Pública en México*, 3 (33).
- MOPRADEF. (2013). *Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico*. Obtenido de MOPRADEF : Diseño conceptual: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/programas/mopradef/doc/disen%C3%B3_concep_mopradef.pdf
- MOPRADEF. (2017). *Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico*. Obtenido de INEGI: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/programas/mopradef/doc/resultados_mopradef_nov_2017.pdf
- MOPRADEF. (2017). *Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico*. Obtenido de INEGI: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/programas/mopradef/doc/resultados_mopradef_nov_2017.pdf
- Morales, J. S. (2014). Estructura Socioeconómica de México. En J. S. Morales, *Estructura Socioeconómica de México* (págs. 196-243). Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Mora, O., O., P., & B., S. (2013). *Medigraphic*. Obtenido de Morbilidad oculta de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con sobrepeso y obesos: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2013/mds1310k.pdf>
- Murayama, C. (2013). Demografía , economía y desarrollo social. *Instituto de Investigaciones Jurídicas*, 125-139.
- OMENT. (2016). *Observatorio mexicano de Enfermedades No Transmisibles*. Obtenido de Obesidad, principal causante de diabetes, hipertensión y accidentes cerebrales: oment.uanl.mx
- OMS. (2010). *OMS*. Obtenido de Global status report on incommunicable diseases: www.who.org
- OMS. (09 de Septiembre de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de www.who.int/es
- Presidencia de la República . (01 de Febrero de 2013). Obtenido de Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018,: <http://pnd.gob.mx/>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (13 de Septiembre de 2018). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Obtenido de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: www.undp.org
- Rivas, P. (2012). *Propuesta metodológica para un sistema de control y evaluación global del desarrollo urbano sustentable: Ciudad de México 2000-2010*. Ciudad de México: Tesis de Maestría.
- Secretaría de Salud. (2007). *Plan Nacional de Salud* . Obtenido de <http://www.google.com/search?q=plan+nacional+de+salud+2007&oq=plan+nacio>

- nal+de+salud+2007&aqs=chrome..69i57j0l5.7974j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Secretaría de Salud. (2015). *Unidad de Análisis Económico*. Obtenido de Impacto Económico del Sobrepeso y la Obesidad en México 1999-2023: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/09/impacto_financiero_OyS_060815_oment.pdf
- Sen, A. (1999). *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires: Planeta 2000.
- SEP. (12 de Julio de 2015). *Diagnóstico del Programa S269 Cultura Física y Deporte*. Obtenido de SEP: <https://www.gob.mx/sep/documentos>
- SHCP. (2018). *SHCP*. Obtenido de Presupuesto de Egresos de la Federación 2018 Estrategia Programática: www.shcp.gob.mx
- SINAIS. (2018). *Sistema Nacional de Información en Salud*. Obtenido de <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>
- Torres, F., & Rojas, A. (2015). Política económica y política social en México: desequilibrio y saldos. *Problemas del Desarrollo*, 41-65.
- Trade Map. (2019). *Trade Map*. Obtenido de <https://www.trademap.org/Index.aspx?lang=es>
- Transparencia Presupuestaria. (2018). *Transparencia Presupuestaria, Observatorio del Gasto*. Obtenido de https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/infografia_ppef2017
- Valenzuela, O. D. (2015). *La administración en el deporte*. Badalona, España: Paidotribo.
- Valenzuela, R. (2013). *La economía y la salud*. Santiago de Cuba: Oriente.
- VISES. (2018). Obtenido de Victoria Institute of Strategic Economic Studies: <https://www.vu.edu.au/victoria-institute-of-strategic-economic-studies>
- WHO. (2018). *World Health Organization*. Obtenido de Noncommunicable diseases country profiles 2018: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>
- WTO. (2019). *World Trade Organization*. Obtenido de <https://www.wto.org/indexsp.htm>
- Zapien, M. A. (1974). *Planeación económica y social del deporte en México*. Ciudad de México: Facultad de Economía UNAM, Tesis de Licenciatura.