

# Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

Estrategia contra el sobrepeso  
y la obesidad



**GOBIERNO  
FEDERAL**

**SALUD**



[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)



**Vivir Mejor**

# Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

Estrategia contra el sobrepeso  
y la obesidad



**GOBIERNO  
FEDERAL**

**SALUD**



[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)



**Vivir Mejor**



**Bases técnicas del Acuerdo Nacional  
para la Salud Alimentaria**  
Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad



# Directorio

## Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

**SECRETARIO DE SALUD**

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

**SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD**

Dr. Mauricio Hernández Ávila

**SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Lic. Laura Martínez Ampudia

**SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS**

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg

**COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

Lic. Miguel Ángel Toscano Velasco

**COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS**

Dr. Germán Fajardo Dolci

**COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO**

Dr. Julio Sotelo Morales

**TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES  
DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD**

Dra. Ma. de los Ángeles Fromow Rangel

**TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL**

Dra. Jacqueline Arzoz Padrés

**TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO**

Dr. Gustavo A. Olaiz Fernández

**DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**Bases técnicas del Acuerdo Nacional  
para la Salud Alimentaria**

Primera edición, febrero 2010  
D.R. © Secretaría de Salud  
Lleja 7, Col. Juárez  
06696, México, D.F.

Fotografías: Simón Barquera

Impreso y hecho en México

**En la integración y elaboración de este documento participaron:**

Simón Barquera Cervera, Juan Rivera Dommarco, Ismael Campos Nonato, Lucía Hernández Barrera, Carlos Santos-Burgoa Zarnecki, Elba Durán Vidaurri, Lucero Rodríguez Cabrera y Mauricio Hernández Ávila.

# Contenido

	PRESENTACIÓN	13
1.	INTRODUCCIÓN	17
2.	DIAGNÓSTICO	21
3.	FUNDAMENTO ESTRATÉGICO	59
4.	DESARROLLO DE POLÍTICAS Y ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD	65
5.	CONCLUSIONES	77
6.	BIBLIOGRAFÍA	79
	ANEXOS	85
	Anexo 1. Acciones del Gobierno Federal	87
	Anexo 2. Abreviaturas y acrónimos	162
	Anexo 3. Taller para la revisión del documento preliminar Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad	164
	Anexo 4. Agradecimientos	174





# Presentación

El nivel de salud de la población de cualquier nación es el resultado de la participación informada, ordenada y responsable de todos los actores de su vida pública, social y privada, lo que se traduce de igual manera en el grado de organización de sus instituciones y de la propia sociedad.

En México el derecho a la protección a la salud es una prerrogativa constitucional de todos los ciudadanos, independientemente de su condición laboral, económica, de grupo o lugar de residencia; todos pueden y deben tener acceso y disponibilidad a servicios de salud de calidad, a fin de que puedan ejercer de manera responsable ese derecho y tomar las decisiones que afecten su entorno y el de su vida propia y la de su familia. así como servicios de salud destinados tanto a la comunidad y el entorno en general como aquellos destinados a las personas y sus familias.

En la presente administración tenemos la convicción de que la salud es un elemento fundamental para el desarrollo sustentable que México requiere y será solo a través de una población sana y del desarrollo de sus capacidades y potencialidades para que ésta sea plena y productiva y en su caso competitiva frente al concierto regional y global.

Por ello, la nación requiere de la participación corresponsable de todos los sectores a fin de conformar una plataforma sólida, en donde la ciudadanía y su entorno interactúen en congruencia a una cultura de la prevención y la promoción de la salud, respecto de la protección de riesgos sanitarios, los determinantes proximales y la contención de muchos de los factores que definen su distribución social.

Se pretende que el actuar de los ciudadanos y de la sociedad en su conjunto sea congruente con las políticas y estrategias nacionales de corto, mediano y largo plazo que se determinen, y marquen el rumbo para el desempeño de los sectores y los diversos actores de la vida pública frente a los principales problemas de salud de la nación, en consonancia del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 se considera como eje central al desarrollo humano sustentable con visión al 2030. En el mismo se define que *“el propósito del desarrollo consiste en crear una atmósfera en que todos puedan aumentar su capacidad y las oportunidades puedan ampliarse para las generaciones presentes y futuras”* y señala que *“el desarrollo humano ha de apoyarse en políticas que de manera transversal contribuyan a la fortaleza de las familias en el orden de la salud, la alimentación, la educación, la vivienda, la cultura y el deporte”*. Aspiramos a que todos los mexicanos tengan igualdad de oportunidades, plasmado en su cuarto objetivo: mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.

En este contexto y ante la necesidad de lograr este objetivo total del PND, es muy importante reconocer que la sociedad de nuestro país al igual que las de otras naciones, enfrenta uno de los problemas de salud pública de mayor impacto negativo sobre la salud, la productividad y la competitividad. Me refiero a la epidemia de las enfermedades crónicas.

El comportamiento de las enfermedades crónicas, en especial la diabetes, la hipertensión, las cardiovasculares y todas las complicaciones derivadas del síndrome metabólico, con una importante asociación directa con la obesidad y el sobrepeso de la población. La elevada prevalencia de estas enfermedades ha condicionado una creciente demanda de servicios de salud.

En la actualidad, es cada vez más frecuente observar estos casos de enfermedades crónicas y se prevé que en los próximos años, estas patologías tendrán un repunte, por una parte como resultado de una mayor expectativa de vida, resultado de mejores condiciones sanitarias y una mejor capacidad resolutive de los sistemas de salud, y por la otra, a una serie de exposiciones derivadas de patrones de comportamiento, hábitos no saludables como las dietas ricas en grasas y sal, el consumo de tabaco y el abuso de alcohol, así como los ritmos de vida acelerados generadores de estrés, exposiciones que tienen grandes impactos negativos, tanto desde el punto de vista de la salud como en el económico y el social y que afectan el desarrollo y potencialidades de la población.

Hoy se estima por ejemplo, que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas representan casi 60% de los 57 millones de muertes anuales que ocurren en todo

el mundo. Por otra parte, se sabe que tan solo cinco factores de riesgo producen el mayor peso de enfermedad en el mundo, me refiero a la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, la obesidad, el consumo inmoderado de alcohol y el tabaquismo.

En ese sentido, hemos actuado con convicción y decisión frente a los principales factores. Así tenemos el caso del tabaco, durante años habíamos hecho esfuerzos con los individuos, y ahora legalmente le pusimos a la gente las condiciones para reducir su exposición y dependencia. Lo mismo estamos haciendo con las lesiones; en cada una de ellas, actuamos sobre el comportamiento de los individuos así como sobre las condiciones de riesgo que las condicionan.

Estos fenómenos han presentado un incremento de tal magnitud y rapidez que actualmente nos ubicamos en el mundo dentro del grupo de países con mayor prevalencia de ellas. Tenemos registrado que cerca de 4 y medio millones de niños tienen sobrepeso y en el caso de la obesidad son ya más de 6 millones; por otro lado, aproximadamente 42.5 millones son adultos mayores de 20 años. Simplemente de 1980 a la actualidad, el porcentaje de las personas con sobrepeso y obesidad se ha triplicado, y se ha notado un importante aumento en la población infantil con más de 700 niños al año diagnosticados con diabetes del adulto, así como una creciente demanda por su tratamiento a todas las edades.

Ante estos hechos, el país tiene importantes costos que asumir y que se generan a través de los servicios de salud por los elevados costos de la atención médica por esos padecimientos que este año estimamos suman más de cuarenta y seis mil millones de pesos; se estima que para el 2017 seguramente estos costos se duplicarán.

Es muy importante considerar los costos indirectos generados sobre la afectación de la productividad de las personas, las familias, aunado al costo de oportunidad de la planta productiva, la industria y la propia sociedad, en un monto al menos 50 por ciento adicional.

Desafortunadamente estos costos económicos y sociales afectan en mayor medida a los grupos sociales más desprotegidos y en condiciones de desventaja, ya sea por su ubicación geográfica o nivel socioeconómico en general. Estimamos que los padecimientos crónicos vinculados a la obesidad pueden afectar de manera directa o indirecta sobre los avances obtenidos en la contención de la pobreza que México ha logrado; quizá en mayor medida y forma más permanente que cualquier crisis económica.

Por todo ello, de manera responsable el ejecutivo a través del sector salud tiene la encomienda de atender el impacto resultante y mostrar como la sociedad, su comportamiento y actitud ha permitido convivir en un entorno promotor de una alimentación hiper calórica, una vida sedentaria, poco control respecto a factores de riesgo, lo que ha propiciado en la sociedad el sobrepeso y la obesidad.

Tenemos la formidable oportunidad de que a través de una política de Estado la sociedad en su conjunto de una respuesta sistémica e integral.

Por ello debemos actuar, sobre el comportamiento de la población y sobre sus condiciones y determinantes de la salud, además del entorno. Consistente con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud que fue anunciada por el Lic. Felipe Calderón Hinojosa, Presidente de la República, el pasado 13 de febrero del 2007, se inició la atención de la problemática a través de un modelo socio-ecológico; en el cual se pretende con ello influir en las variables personales a través de la modificación del comportamiento individual, pero también interactuar sobre las variables sociales que permiten influir sobre los individuos, y su elección respecto al acceso y disponibilidad de bebidas y alimentos, el acceso a espacios destinados a la actividad física, tanto en las escuelas y centros de trabajo como en las propias localidades, en los espacios rescatados o en aquellos destinados a la convivencia o esparcimiento, buscando en todo momento las mejores condiciones de seguridad y entorno libre de otros factores de riesgo.

Está plenamente demostrado y probado que a través de la atención de determinantes fundamentales como la actividad física, la ingesta de agua potable, una alimentación saludable, junto con una actitud prudente y corresponsable del autocuidado a través de una participación activa de las personas, las familias y las comunidades junto con el equipo de la salud y la educación, se obtienen resultados altamente satisfactorios.

Las acciones requeridas rebasan con mucho al ámbito de acción del sector salud; dependemos de los tres órdenes de gobierno, de la industria y la planta productiva, de la acción de los sectores público, social y privado, así como de las organizaciones civiles o las personas, además de las universidades y las organizaciones académicas.

El sector salud ha realizado con éxito muchas acciones relevantes, Se ha trabajado con las principales cámaras de la industria y la planta productiva de alimentos y bebidas y se han llegado a importantes acuerdos, ejemplo de ello es que se elaboró y pactó la observancia de un código de autorregulación de la publicidad, toda vez que se tienen elementos evidentes del importante impacto negativo sobre los niños, que ha impulsado el consumo de alimentos industrializados de alto contenido calórico y pobre aporte nutricional.

Por ello, de manera por demás destacada la industria frente a la autoridad sanitaria se comprometió a apoyar estas importantes acciones y estrategias y con la concurrencia de todos los actores a esta actividad productiva se llegó al acuerdo de respetar el referido código del que estamos comenzando a ver resultados.

Las acciones y estrategias que se proponen son el resultado y el producto del análisis y la discusión responsable con las autoridades de las dependencias federales involucradas; se discutieron y revisaron con distintos miembros del Congreso de la Unión, con los presidentes de las Redes Estatales de Municipios Saludables, en el seno del Consejo Nacional de Salud en donde participan todas las autoridades estatales y federales de las instituciones de salud.

Como marco referencial se ha hecho una amplia revisión de la literatura especializada, las principales experiencias nacionales y extranjeras realizadas y sus resultados, además de que se han retomado algunas de las iniciativas internacionales propuestas por la OMS y otras organizaciones.

De igual manera se han revisado las acciones realizadas en otras naciones tratando de ubicar aquellas consideradas como las mejores prácticas internacionales; siempre basados en la evidencia científica debidamente probada y documentada, además de que se han recogido las propuestas de los principales expertos internacionales a fin de ubicar y seleccionar las acciones relevantes y enfocar los esfuerzos a donde mayor rendimiento y efectividad tengamos.

En esta ardua tarea se han podido determinar las intervenciones prioritarias y aquellas que necesariamente y de manera realista y sustentable debemos y podamos impulsar. Es muy importante reconocer y agradecer el interés y compromiso demostrado por los principales actores involucrados y en particular el de la Presidencia de la República y los integrantes del Gabinete Social, haciendo propia la propuesta y elevándola a nivel de política de Estado e insertando el rubro de salud en cada una de sus estrategias y acciones institucionales.

El presente documento se presenta a la nación a fin de que sea adoptado como una política de Estado.

Se presentan las metas que como país deberemos cumplir a fin de revertir las tendencias de la epidemia para el caso de la infancia, detenerla en los adolescentes y desacelerarla en los adultos. Estamos seguros que juntos podemos trabajar durante los próximos años, además de mantener una evaluación y seguimiento permanente de la evolución y los resultados obtenidos en el corto y mediano plazo, a fin de atender de manera oportuna el problema y sus factores agregados.

Se han identificado diez objetivos específicos, los cuales se refieren tanto a los que están dirigidos a las personas como a la industria y la planta productiva; estos objetivos están orientados a incrementar la actividad física, al logro de mejorar el acceso, disponibilidad y consumo de agua potable, promover una alimentación correcta, avanzar en la reducción en el consumo poblacional de grasas, sal, azúcar, entre otros.

De igual forma, se han identificado un centenar de acciones en las cuales participan quince dependencias del Ejecutivo Federal y sus correspondientes en las entidades federativas, todo esto bajo los principios de responsabilidad social compartida y rendición de cuentas frente a la nación.

Tenemos la formidable oportunidad de enfrentar con fortaleza, unidad de propósito y claridad esta epidemia de obesidad y el sobrepeso en la población, lo que permitirá contener el grave problema de las enfermedades crónicas sobre la población y sus implicaciones sociales, económicas y sobre la competitividad de nuestro país.

El Presidente Lic. Felipe Calderón nos ha convocado y nos ha señalado que sólo actuando juntos habremos de avanzar en la construcción de una nación más justa, incluyente, sana, productiva y competitiva. Eso es lo que estamos construyendo, una nación en donde todos podamos vivir mejor.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos.  
Secretario de Salud



# 1. Introducción

El problema de la obesidad se ha convertido en una preocupación global debido a su magnitud, a la rapidez actual de incremento y al efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece: aumenta considerablemente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con la nutrición (ECNTN). En los próximos 20 años las muertes por diabetes mellitus tipo 2, por enfermedades del corazón y por accidentes cardiovasculares se triplicarán en América Latina (OPS 2006). Desde el punto de vista de la salud pública, el alta prevalencia de obesidad y sus consecuencias la convierten en la situación de salud más urgente de atender en la nación.

La obesidad tiene un origen multicausal, producto de los estilos de vida y del entorno, pero con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social (figura 1.1). En este fenómeno juegan un papel importante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social (WHO 2000). Asimismo, se ha sugerido mayor susceptibilidad genética a la obesidad y la diabetes en población mexicana, comparada con otras poblaciones. Sin embargo, los factores genéticos no explican los aumentos inusitados de la prevalencia de obesidad en la población mexicana en un periodo tan corto. Este gran aumento en la prevalencia de obesidad parece obedecer a cambios en el entorno. Más aún, dado que las prevalencias de diabetes mellitus tipo 2 y la tasa de mortalidad por este mal son notablemente mayores en la población mexicana que reside en México en comparación con la que se observa entre los mexicanos que viven en Estados Unidos de América (EUA), otros determinantes, además de los genéticos, tienen un gran peso en la etiología y en el curso de la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 (Durazo *et al.* 2008).

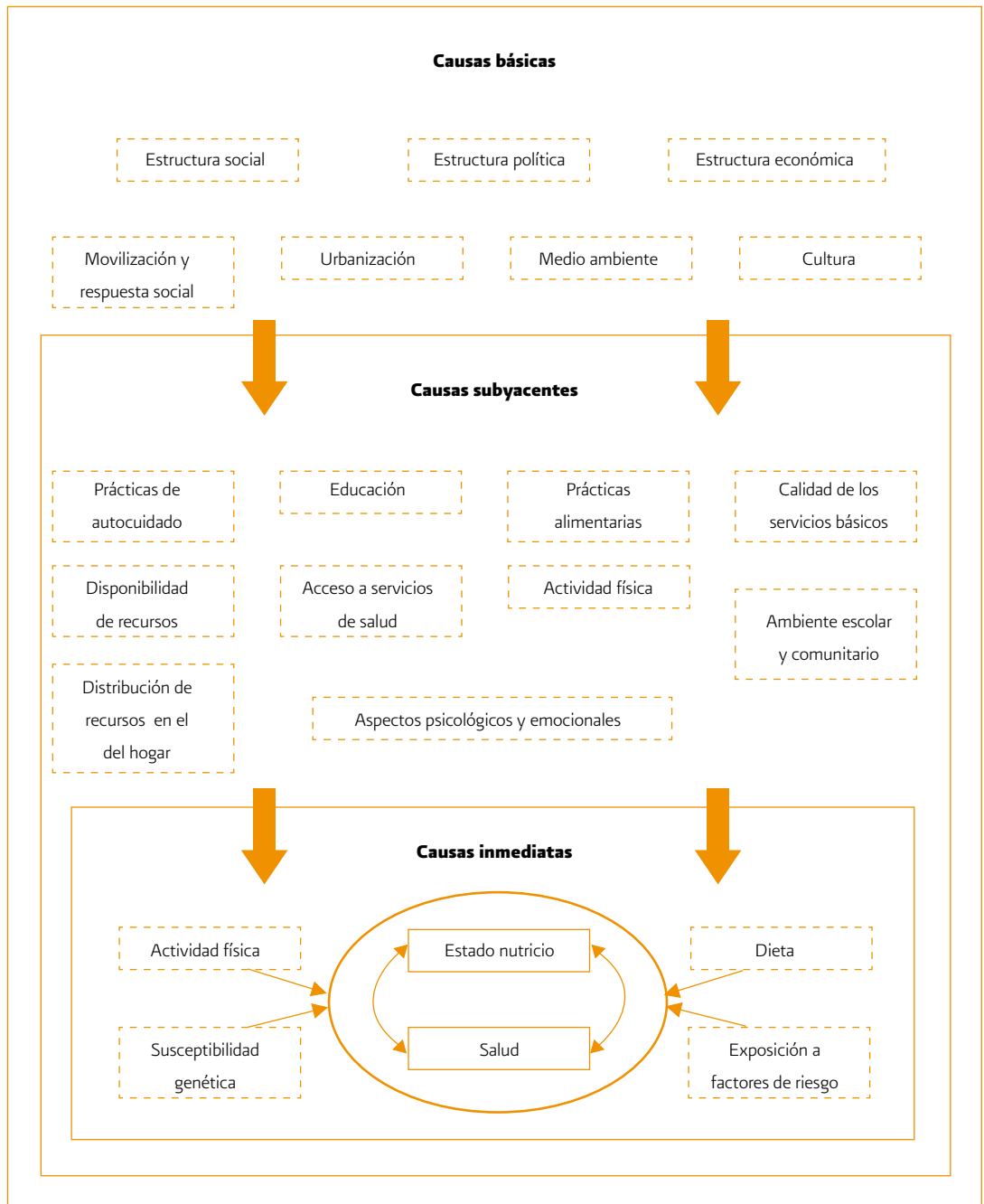
En la actualidad se reconoce que la oferta y la demanda afectan las decisiones sobre la dieta. Por ello las políticas agrícolas, el comercio y las políticas educativas tienen un valor importante, ya que modifican la oferta (producción, procesamiento, distribución, disponibilidad, calidad) y la demanda (conocimiento, actitudes, ingresos) de alimentos.

Por lo anterior, el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad necesariamente debe ser integral e involucrar dichos determinantes, para fomentar una mayor demanda y una mayor oferta de alimentos y dietas más saludables (figura 1.2).

La experiencia global indica que la solución radica en formular diversas estrategias integrales e intersectoriales para potenciar los factores de protección a la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, buscando lograr un aumento en la actividad física y en los hábitos alimentarios saludables. Para ello es indispensable que los actores involucrados actúen con responsabilidad compartida, principio que rige la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, plasmada en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012 (SSA 2007).



Desde el punto de vista de la salud pública, la alta prevalencia de obesidad y sus consecuencias la convierten en la situación de salud más urgente de atender en la nación

**Figura 1.1** Marco conceptual de los determinantes de las enfermedades asociadas con la nutrición

De acuerdo con este marco conceptual, el estado nutricional y la salud se encuentran estrechamente relacionados. Sus principales causas determinantes son la actividad física, la dieta, la susceptibilidad genética y la exposición a otros factores de riesgo. Estos determinantes están afectados a su vez por causas subyacentes, como las prácticas alimentarias, la educación y la distribución de alimentos en el hogar. Finalmente, existe una serie de causas básicas como las estructuras social, política y económica, la movilización, la respuesta social, la urbanización, el medio ambiente y la cultura, con gran influencia sobre las causas subyacentes e inmediatas. Modificado de Nutrición y Salud Pública (Barquera *et al.* 2008a).

**Figura 1.2** La dieta se ve influida por la oferta y la demanda

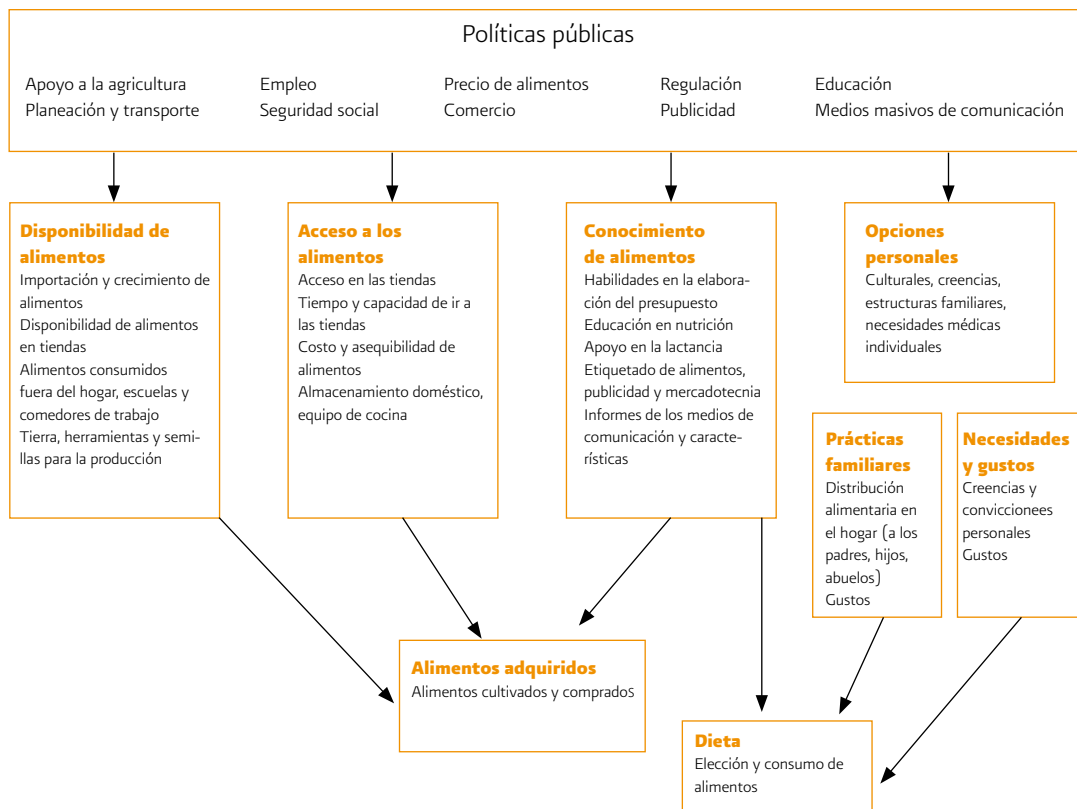
Fuente: modificado de: World Health Organization. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response.  
 Edited by: Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein. World Health Organization, 2007.

Existen diversos instrumentos de políticas públicas que permiten modificar el consumo de alimentos y la dieta familiar. Estas políticas en general afectan cuatro grandes áreas: 1) disponibilidad, 2) acceso, 3) conocimiento de los alimentos, y 4) las opciones personales. Los sectores de gobierno pueden fomentar dietas más saludables modificando estas cuatro áreas (figura 1.3).

En el presente documento se discute la magnitud del problema, entendiendo primero que es una tendencia mundial, que es necesario confrontar y que tiene claras consecuencias adversas en la salud nacional, afectando a todas las edades, a ambos sexos y a todos los estratos socioeconómicos. Posteriormente se analiza su relación con las enfermedades crónicas y su contribución a la carga de la enfermedad. Se describen brevemente los costos asociados y se identifican diversos determinantes contextuales para después hablar de los elementos de acción y la propuesta de intervenciones, la cual constituirá la base de la política pública para la prevención y el control de la obesidad, buscando la sinergia entre los sectores público, privado y social.

Se reconoce que el enfoque del presente documento se concentra principalmente en el componente alimentario, complementándolo necesariamente con el componente de la actividad física.



**Figura 1.3** Relación entre las políticas públicas, el consumo de alimentos y la dieta

Fuente: modificado de: World Health Organization. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Edited by: Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein. World Health Organization, 2007.

## 2. Diagnóstico

### 2.1 MAGNITUD DEL PROBLEMA

#### 2.1.1 EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN EL MUNDO

La obesidad es un problema de salud pública mundial. Su magnitud es de aproximadamente 1 700 millones de adultos que padecen sobrepeso y 312 millones que sufren de obesidad. Cerca de 100 millones de personas en Estados Unidos de América (EUA) tienen sobrepeso u obesidad; se estima que 200 millones de personas en la Unión Europea son obesas (WHO 2004a); y en México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) (Olaiz-Fernández *et al.* 2006) se estima que 52.2 millones lo son. En prácticamente todos los países se ha identificado un aumento constante del sobrepeso, la obesidad y sus complicaciones en los últimos años. En 2004, 60% del total de las defunciones en el mundo (35 millones de personas) fueron a causa de enfermedades crónicas. De éstas, 80% ocurrió en países en desarrollo (WHO 2004a).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su reporte "Prevención de enfermedades crónicas: una inversión vital", estimó como un mínimo la muerte prematura anual de 4.9 millones de personas por causa del tabaco; 2.6 millones como consecuencia del sobrepeso u obesidad; 4.4 millones como resultado de niveles altos de colesterol; y 7.1 millones como resultado de hipertensión arterial.



#### 2.1.2 PREVALENCIA Y TENDENCIAS NACIONALES

México es uno de los países con mayor prevalencia de obesidad en adultos, de acuerdo con la ENSANUT 2006. En la actualidad 39.5% de los hombres y mujeres tienen sobrepeso y 31.7% obesidad, es decir, aproximadamente 70% de la población adulta tiene una masa corporal que puede considerarse inadecuada (en otras palabras un índice de masa corporal superior a 25 kg/m<sup>2</sup>). Esta condición ha ubicado a México en el segundo lugar de prevalencia mundial de acuerdo con diversas estimaciones (cuadro 2.1). Utilizando el criterio de obesidad por circunferencia de cintura, 75.8% de los adultos mexicanos tienen obesidad. La prevalencia de obesidad es 46% más alta en mujeres (35.5%) que en hombres (24.3%). Sin embargo, la prevalencia agregada (sobrepeso y obesidad) es sólo 6.9% mayor en mujeres (Barquera *et al.* 2008b).

El análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud de 2000 (ENSA 2000) (Olaiz *et al.* 2003) y la ENSANUT 2006 documentó un aumento aproximado de 12% en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de ambos sexos (es decir, un aumento promedio de 2% anual).

De acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición (1999) (ENN-2) (Rivera-Dommarco *et al.* 2001), se encontró también una alta prevalencia de sobrepeso en niños de 10-17 años de edad. Conforme a los criterios de evaluación internacionales propuestos por la International Obesity Task Force (IOTF), un total de 18.8% de niños y

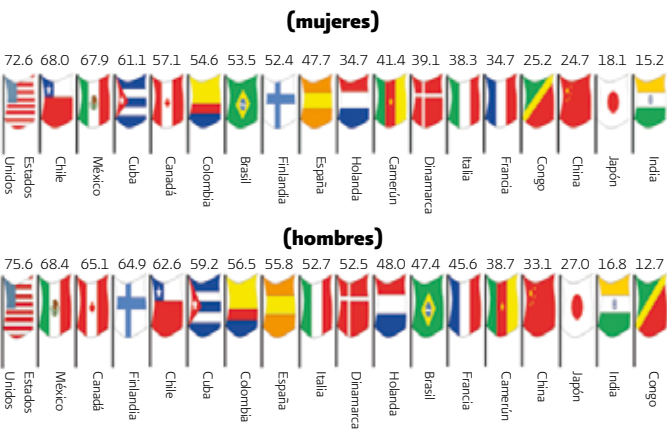
Definición operacional de sobrepeso y obesidad

Internacionalmente, se considera que un individuo adulto tiene obesidad cuando su índice de masa corporal (IMC) (calculado como el producto de dividir los kilogramos de peso entre los metros al cuadrado de estatura (kg/m<sup>2</sup>)) es superior a 30 kg/m<sup>2</sup> (WHO 1995); en México, en el ámbito clínico se utiliza para definir obesidad un punto de corte de IMC de 27 kg/m<sup>2</sup> (SSA 1998).

De acuerdo con la OMS el sobrepeso se define como un IMC mayor a 25 kg/m<sup>2</sup>. La circunferencia de cintura es otra medida que permite identificar obesidad abdominal de acuerdo con diferentes puntos de corte. En niños y adolescentes se utilizan curvas de referencia de IMC para identificar a sujetos con sobrepeso u obesidad.

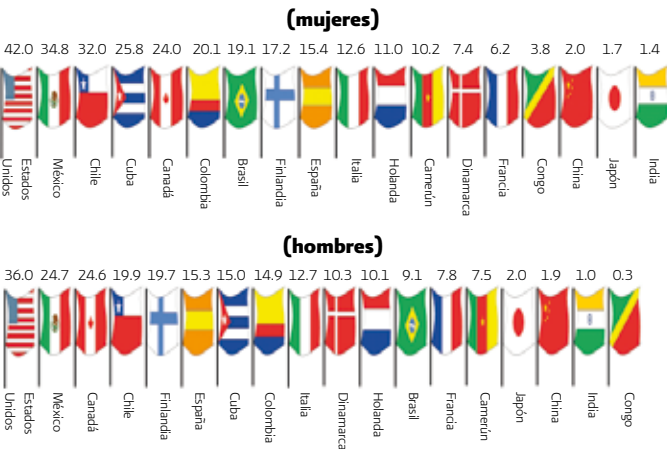
Cuadro 2.1 Prevalencia de un IMC>25 kg/m<sup>2</sup> en mayores de 15 años

El sobrepeso y la obesidad no son dos enfermedades distintas; se trata del mismo problema



\* Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2006

Prevalencia de un IMC>30 kg/m<sup>2</sup> en mayores de 15 años



\* Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2006

22.3% de niñas tuvieron sobrepeso, así como 9.0% de niños y 8.2% de niñas presentaron obesidad (Bonvecchio *et al.* 2008b).

En el cuadro 2.2 se muestran las estimaciones de sobrepeso y obesidad, a partir de datos de la ENSANUT 2006 y proyecciones de crecimiento del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

**Cuadro 2.2** Población con sobrepeso y obesidad en México, 2006-2008

Grupo	Año		
	2006	2007	2008
Escolares (5 a 11 años)	4 158 800	4 203 765	4 249 217
Adolescentes (12 a 19 años)	5 757 400	5 930 799	6 109 420
Adultos (20 años o más)	41 142 327	41 678 669	42 222 003
TOTAL	51 058 527	51 813 233	52 580 639

Fuente: ENSANUT 2006 y Proyecciones de la Población de México 2005-2050 (CONAPO). Estimación elaborada por la Dirección General de Promoción de la Salud

La prevalencia de sobrepeso para la población adolescente (12 a 19 años), en el sexo femenino fue de 23.3%, mientras que en el sexo masculino fue de 21.2% (Olaiz-Fernández *et al.* 2006). Esta prevalencia ha aumentado con el paso del tiempo, sin importar el nivel socioeconómico, como se ha documentado en las encuestas nacionales de 1988, 1999 y 2006.

Por ejemplo, en el grupo de niñas en edad escolar (5 a 11 años) el sobrepeso aumentó 27% y la obesidad 47% en tan sólo siete años (de 1999 a 2006), mientras que en mujeres adolescentes, en el mismo período, se observó un incremento de 7.8% para sobrepeso y 33.3% para obesidad (Olaiz-Fernández *et al.* 2006; Rivera-Dommarco *et al.* 2001). Asimismo, de 1988 a 2006 se observó un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 2 a 4 años de 6.8%, usando el sistema de clasificación del IOTF (Bonvecchio *et al.* 2008a). Más aún, el aumento en sobrepeso entre 1988 y 2006, usando las nuevas normas de la OMS publicadas en 2006, es de 23% (González *et al.* 2008; Olaiz-Fernández *et al.* 2006; Olaiz *et al.* 2003; Rivera-Dommarco y Shamah 2007) (figuras 2.1, 2.2 y 2.3).

La transición nutricional que experimenta el país tiene como características una *occidentalización* de la dieta, en la cual 1) aumenta la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal; 2) se presenta un aumento en el consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa para un sector creciente de la población; 3) disminuye el tiempo disponible para la preparación de alimentos; 4) aumenta de forma importante la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas, disminuyendo de este modo su gasto energético; 5) aumenta el poder adquisitivo de la población; 6) aumenta la oferta de alimentos industrializados en general; y 7) disminuye de forma importante la actividad física de la población.

Además del aumento en la densidad energética y del sodio en la dieta, el consumo de bebidas calóricas ha aumentado de forma radical en los últimos años. También se han registrado cambios importantes en la compra de algunos alimentos. Comparando el gasto de 1984 y 1998, se observó una disminución de la adquisición de frutas y verduras en 29.3%, de leche 26.7% y de carnes en 18.8% y un aumento de la compra de hidratos de carbono refinados que ascendió en 6.3%, así como el gasto en bebidas azucaradas, el cual aumentó en 37.2% (Rivera-Dommarco *et al.* 2002). Elementos, todos ellos, que en conjunto favorecen el desarrollo de los problemas actuales de sobrepeso y obesidad.

La urbanización junto con los cambios sociales, tecnológicos y económicos ocurridos en el país en las últimas décadas han implicado modificaciones importantes en los patrones de actividad física en el entorno laboral y en los momentos de esparcimiento. Anteriormente, la mayoría de los trabajos requerían un esfuerzo físico considerable y los momentos de esparcimiento se aprovechaban en pasatiempos más activos.

De acuerdo con un estudio realizado en escuelas de la Ciudad de México (Jennings-Aburto *et al.* 2007), la clase de educación física y el recreo son las únicas oportunidades de los niños para realizar actividad física. Dentro de las clases de educación

Un estudio reciente encontró un aumento en la ingestión de kilocalorías por concepto de bebidas azucaradas de 96 a 153 kcal por adulto equivalente en el período de 1989 a 2006 (Barquera *et al.* 2008)

Aunque no se cuenta con suficientes estudios longitudinales en México para evaluar la causalidad de la obesidad en el desarrollo de enfermedades crónicas, la asociación ha sido claramente establecida en diversos análisis de encuestas de salud y nutrición

física, se realizan en promedio 9 minutos por semana de actividad moderada o intensa. Dentro de las escuelas se han encontrado limitaciones de espacio, materiales y recursos humanos para llevar a cabo actividades de educación física. En el recreo la actividad física es reducida, ya que la mayor parte del tiempo está dedicado a la compra y al consumo de alimentos. No existe organización para promover la actividad física, de tal forma que la inactividad ha ido permeando en todos los grupos poblacionales, desde la infancia hasta los adultos mayores.

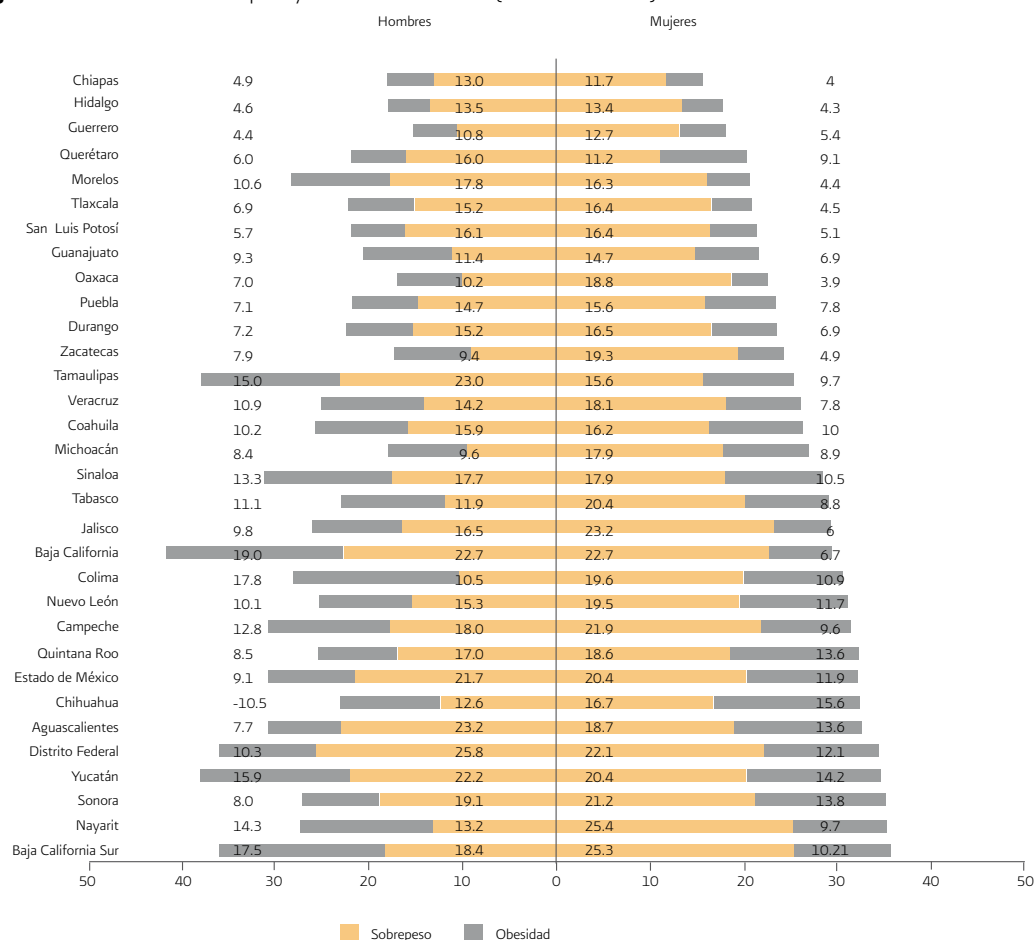
En conclusión, en México la epidemia de obesidad es un problema de gran magnitud en todos los grupos de edad y experimenta una velocidad de aumento que no ha sido registrada en ningún otro país. Por otro lado, en el ámbito internacional existe evidencia suficiente para establecer la contribución de esta enfermedad al desarrollo de enfermedades crónicas y su carga potencial a los sistemas de atención a la salud (López-Ridaura *et al.* 2007).

### 2.1.3 ASOCIACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES

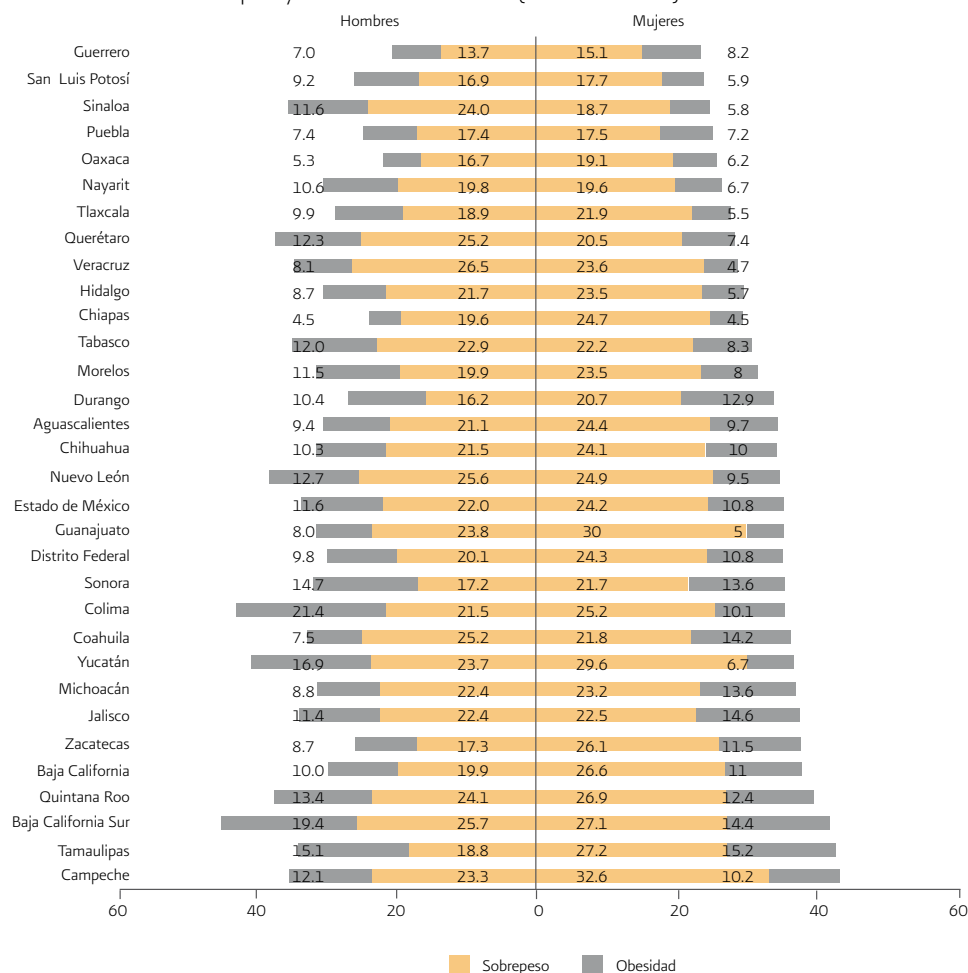
La obesidad constituye un problema de alta prioridad para la salud pública por ser factor de riesgo de varias ECNTN, algunas de las cuales son causa importante de muerte. Las medidas para prevenir el sobrepeso y la obesidad, en especial aquellas que tienden a mejorar la calidad de la alimentación e incrementar la actividad física sistemática, son fundamentales para prevenir las ECNTN.

La proporción de masa grasa del total de peso corporal y la distribución de la grasa en el cuerpo tienen una gran capacidad predictiva como factor de riesgo adicional a las enfermedades crónicas no transmisibles. La detección del

**Figura 2.1** Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares (ENSANUT 2006)



\* Utilizando los criterios de la IOTF para sobrepeso y obesidad

**Figura 2.2** Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes (ENSANUT 2006)

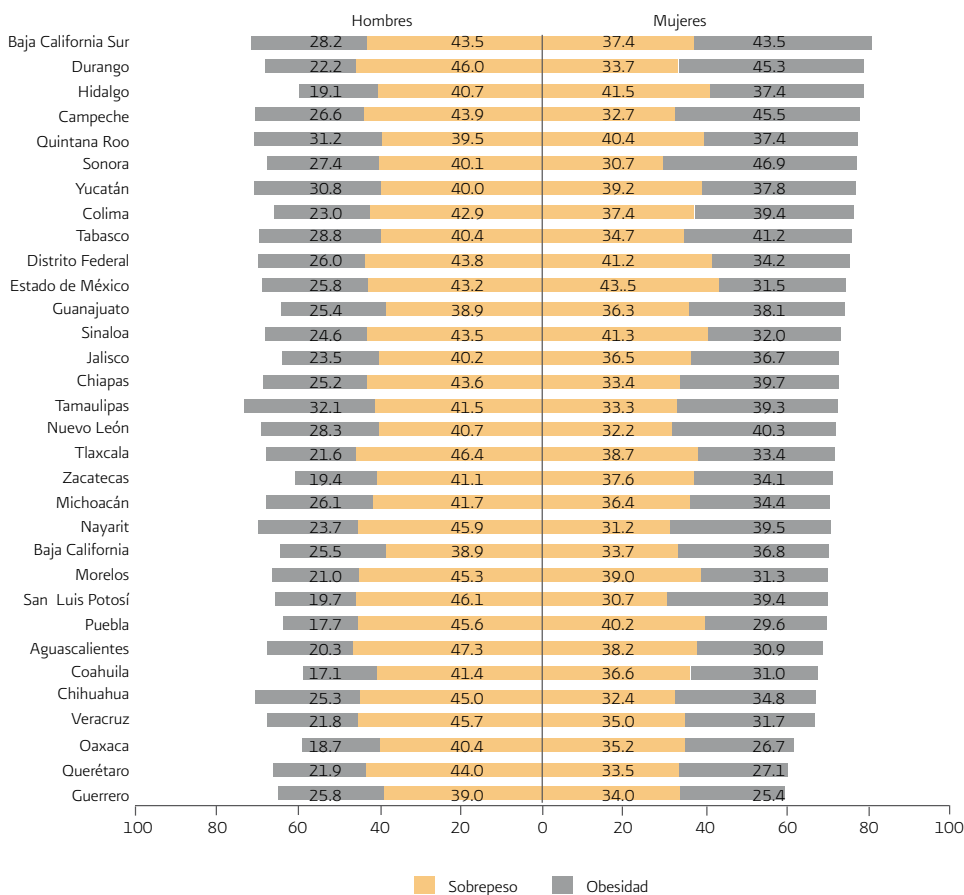
\* Utilizando los criterios de la IOTF para sobrepeso y obesidad

sobrepeso y la obesidad es posible mediante la toma de medidas antropométricas simples como el peso y talla (con las cuales se calcula el índice de masa corporal) y la circunferencia de cintura. Estas medidas 1) son fáciles de recolectar por personal con un mínimo de capacitación, 2) son de bajo costo y 3) tienen una buena sensibilidad y especificidad para identificar personas con alto riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, es decir, cumplen con las características de una buena herramienta de tamizaje (WHO 2004a).

La contribución de la obesidad al desarrollo de diversas enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades coronarias, enfermedad vascular cerebral, enfermedad vesicular, osteoartritis, cáncer endometrial y de mama, entre otras, ha sido ampliamente documentada.

Un análisis reciente de la transición epidemiológica en México encontró que las enfermedades no transmisibles causaron 75% del total de las muertes y 68% de los años de vida potencialmente perdidos. Las principales causas de muerte fueron enfermedad isquémica del corazón (EIC), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), enfermedad cerebrovascular y cirrosis hepática. El porcentaje de mortalidad atribuible a DM2 e hipertensión arterial (HTA) fue mayor a 17% del total de las enfermedades crónicas no transmisibles en México durante 2006, las cuales tienen una importante asociación con la obesidad (Stevens *et al.* 2008).

Tres de las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición: EIC, DM2 y enfermedad cardiovascular ocupan los primeros lugares como causa de muerte en México, contribuyendo con 28.7% del total de muertes. Más aún, el índice de masa corporal elevado (indicador de sobrepeso y obesidad) contribuye con 12.2% del total de muertes y

**Figura 2.3** Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos mayores de 20 años (ENSANUT 2006)

\* Utilizando los criterios de la IOTF para sobrepeso y obesidad

5.1% del total de Años de vida perdidos ajustados a discapacidad (AVPAD). Entre los principales factores de riesgo de muerte y discapacidad, también asociados con el sobrepeso y la obesidad, se encuentran: la elevada concentración de glucosa en sangre, la HTA, el bajo consumo de frutas y verduras, el sedentarismo y la hipercolesterolemia que en conjunto contribuyen con 36.5% del total de muertes y 11.2% del total de AVPAD. En resumen, el sobrepeso y la obesidad y varios factores asociados a estas condiciones, aumentan el riesgo de muerte y discapacidad en un número muy importante de mexicanos (Stevens *et al.* 2008).

Los egresos hospitalarios por enfermedades no transmisibles representan 43.57% del total de egresos (DGE-SSA 2006; SSA 2006a). En el cuadro 2.5 de egresos hospitalarios se puede observar cómo las enfermedades cardiovasculares, cerebrales e HTA ocupan el primer lugar entre los egresos hospitalarios, según causa dentro del grupo de las enfermedades no transmisibles. La DM2 ocupa el sexto lugar dentro del mismo grupo de enfermedades.

La mortalidad hospitalaria por enfermedades no transmisibles representa 73.04% del total de muertes (DGE-SSA 2006; SSA 2006a). Con respecto a la mortalidad hospitalaria (cuadro 2.6) se observa que las enfermedades cardiovasculares y la DM2 ocupan los primeros dos lugares entre el grupo de las enfermedades no transmisibles.

En México, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA 2007-2012) señala que entre los factores de riesgo atribuibles a muertes se encuentran el alcohol, la hiperglucemia, el sobrepeso y la obesidad, la HTA, el tabaquismo, entre otros.

El consumo de alcohol es un factor importante asociado con la mortalidad por enfermedades crónicas. En México se ha estimado que el consumo de alcohol per cápita aporta 66 kcal diarias. Sin embargo, existe una gran diferencia

**Cuadro 2.3** Principales causas de muerte en mujeres, México, 2005

CAUSA	DEFUNCIONES	%
Diabetes mellitus tipo 2	36 280	16.3
Enfermedades isquémicas del corazón	23 570	10.6
Enfermedad cerebro-vascular	14 500	6.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9 087	4.1
Cardiopatía hipertensiva	7 552	3.4
Infecciones respiratorias agudas bajas	7 076	3.2
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6 720	3
Nefritis y nefrosis	5 269	2.4
Desnutrición calórico-proteica	4 303	1.9
Tumor maligno del cuello del útero	4 273	1.9
Tumor maligno de la mama	4 234	1.9
Asfixia y trauma al nacimiento	4 209	1.9
Tumor maligno del hígado	2 545	1.1
Tumor maligno del estómago	2 524	1.1
Accidentes de vehículo de motor (ocupantes)	2 365	1.1

Fuente: DGIS, Secretaría de Salud. PRONASA 2007-2012 (SSA 2007)

cuando se estratifica por diversos factores sociodemográficos; por ejemplo, los hombres consumen 149 kcal per cápita diariamente y las mujeres únicamente 16 kcal. También es muy superior en áreas urbanas en comparación con las rurales (72 vs 49 kcal, respectivamente) y en la región Norte (110 kcal) en comparación con las regiones Centro, Ciudad de México y Sur del país (63, 27 y 56 kcal, respectivamente). Es también preocupante que se registra un consumo importante per cápita desde la adolescencia (Barquera *et al.* 2008). Por otra parte, el consumo de alcohol se asocia con un número considerable de enfermedades, accidentes y traumatismos; en México es el principal factor de riesgo para muerte prematura en hombres; 11% de las defunciones en el país están asociadas con su consumo.

Otro de los factores de muerte prematura más importantes en México es el tabaquismo, tanto en hombres como en mujeres. Su consumo se asocia principalmente con cáncer pulmonar y enfermedad pulmonar obstructiva crónica e incrementa el riesgo de desarrollar otros tipos de cáncer, cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebro-vasculares.

Finalmente, otros factores de riesgo previamente discutidos: hiperglucemia, sobrepeso y obesidad (con 50 mil muertes directas al año), HTA (alrededor de 40 mil muertes al año) y la hipercolesterolemia se encuentran íntimamente relacionados con los hábitos alimentarios y la actividad física.

La HTA, además de ser un factor de riesgo para el desarrollo de las EIC, enfermedades cerebro-vasculares e insuficiencia renal, es la causa directa de un número importante de muertes en el país. Dentro de las causas que favorecen el desarrollo de la HTA se encuentran la obesidad, el sedentarismo, el consumo de sal y el consumo excesivo de alcohol (SSA 2007).



**Cuadro 2.4** Principales causas de muerte en hombres, México, 2005

CAUSA	DEFUNCIONES	%
Diabetes mellitus tipo 2	30 879	11.3
Enfermedades isquémicas del corazón	29 843	10.9
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	20 864	7.6
Enfermedad cerebrovascular	12 896	4.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11 183	4.1
Agresiones (homicidios)	8 610	3.2
Accidentes de vehículo de motor (ocupantes)	8 450	3.1
Infecciones respiratorias agudas bajas	7 912	2.9
Nefritis y nefrosis	6 135	2.2
Asfixia y trauma al nacimiento	5 560	2
Enfermedades hipertensivas	5 336	2
Tumor maligno de tráquea, bronquios o pulmón	4 817	1.8
Tumor maligno de la próstata	4 800	1.8
Desnutrición calórico-proteica	4 139	1.5
Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	3 998	1.5

Fuente: DGIS, Secretaría de Salud. PRONASA 2007-2012 (SSA 2007)

**Cuadro 2.5** Egresos hospitalarios según grupos de causas (todas las instituciones del sistema de salud). Enfermedades no transmisibles, México, 2006

	CAUSA	TOTAL DE EGRESOS	% DEL TOTAL DE EGRESOS POR CAUSA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
	Enfermedades no transmisibles	2 029 476	
1	Enfermedades cardiovasculares, cerebrales e HTA	222 121	10.94
2	Otras enfermedades digestivas	185 049	9.12
3	Otras enfermedades del sistema genitourinario	178 018	8.77
4	Nefritis y nefrosis	156 445	7.71
5	Colelitiasis y colecistitis	146 331	7.21
6	Diabetes mellitus tipo 2	136 909	6.75
7	Otros tumores	126 484	6.23
8	Apendicitis	95 014	4.68
9	Otras enfermedades cardiovasculares	85 593	3.12
10	Otras enfermedades respiratorias	63 235	2.64

Fuente: Boletín de Información Estadística (SSA 2006a), DGIS

**Cuadro 2.6** Mortalidad hospitalaria según grupos de causas (todas las instituciones del sistema de salud). Enfermedades no transmisibles. México, 2006

CAUSA		TOTAL DE MUERTES	% DEL TOTAL DE MUERTES POR CAUSA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
	Enfermedades no transmisibles	88 024	
1	Enfermedades cardiovasculares	22 570	25.64
2	Diabetes mellitus tipo 2	15 926	18.09
3	Enfermedades digestivas	13 581	15.43
4	Tumores malignos	13 142	14.93
5	Enfermedades respiratorias	6 774	7.70
6	Enfermedades del sistema genitourinario	5 891	6.69
7	Anomalías congénitas	3 549	4.03
8	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	2 355	2.68
9	Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas (excepto diabetes mellitus tipo 2)	2 001	2.27
10	Otros tumores	1 091	1.24

Fuente: Boletín de Información Estadística (SSA 2006a), DGIS

## Embarazo y lactancia: un comienzo óptimo para prevenir la desnutrición y la obesidad

El embarazo y la lactancia son periodos de vulnerabilidad tanto para el feto como para la mujer. El estado de nutrición (medido por la ganancia de peso) de la mujer embarazada es un factor determinante del crecimiento del feto. Las reservas de energía de la mujer son importantes para que ésta pueda soportar las demandas durante el periodo de lactancia (Perera *et al.* 2006).

El adecuado consumo de micronutrientes durante el embarazo, además de ser necesario para la salud de la mujer y el resultado de la gestación, es esencial para asegurar que el neonato nazca con reservas suficientes (Gonzalez-Cossio *et al.* 2003). Es sabido que estados de malnutrición pueden provocar alteraciones en el curso del embarazo: partos prematuros, malformaciones fetales, abortos; incluso algunas situaciones de malnutrición severa pueden llevar a la mujer a condiciones de infertilidad, impidiendo así la fecundación. Todo esto ha llevado a afirmar que es imprescindible un adecuado estado nutricional para asegurar la normalidad en el curso de un embarazo (Atalah *et al.* 1995).

De acuerdo con la OMS, los niños deben ser alimentados exclusivamente con seno materno durante los primeros seis meses de vida, y continuar la lactancia durante dos años o más si la diáda madre-niño así lo desea. A partir de los dos años la alimentación debe ser balanceada (alta en frutas, verduras, granos enteros, agua potable y leche baja en grasa) para evitar ganancia excesiva de peso. La leche materna constituye, por sí sola, el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse en forma exclusiva a un niño, ya que contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante los primeros seis meses de vida, evitando tanto la desnutrición como la obesidad (OMS 2001; OMS 2002a). Además, las mujeres que dan de mamar durante los primeros seis meses pierden más peso a una velocidad mayor que aquellas que no amamantan intensamente (Neighbors *et al.* 2003).

**Cuadro 2.7** Gasto en salud por funciones del sistema de salud (SSA 2007)

	<b>RECURSO (MILES DE PESOS)</b>	<b>% DEL GASTO TOTAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD</b>	<b>LUGAR QUE OCUPA EN EL NÚMERO DE EGRESOS POR CAUSA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</b>
Prestación de servicios de salud a la comunidad	14 585 936.26		
Prevención de cáncer cervicouterino y de mama	188 579.13	1.29	26 (CaMa) 28 (CaCu)
Promoción de la salud bucal	121 610.93	0.83	34
Prevención de cáncer de próstata	75 151.31	0.52	36
Prevención de diabetes	46 445.91	0.32	6
Prevención de las enfermedades cardiovasculares e HTA	16 790.42	0.12	1

Fuente: Boletín de Información Estadística (SSA 2006a), DGIS

**Cuadro 2.8** Gasto en salud por funciones del sistema de salud (SSA 2007)

	<b>RECURSO (MILES DE PESOS)</b>	<b>% DEL GASTO TOTAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA</b>	<b>LUGAR QUE OCUPA EN EL NÚMERO DE MUERTES POR CAUSA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</b>
Prestación de servicios de salud a la persona	139 331 142.11		
Atención de trastornos psiquiátricos y neurológicos	504 206.57	1.28	8
Atención a la salud bucal (estomatología)	242 008.23	0.62	13
Control de cáncer cervicouterino y de mama	185 819.83	0.47	4
Control de diabetes	22 837.99	0.06	2
Control de enfermedades cardiovasculares, cerebrales e HTA	13 533.31	0.03	1

Fuente: Boletín de Información Estadística (SSA 2006a), DGIS

## Intervenciones en el grupo materno-infantil para la prevención de enfermedades crónicas

Resultados de varios estudios retrospectivos en Inglaterra han mostrado una asociación negativa entre peso al nacer y riesgo de varias enfermedades crónicas (Barker *et al.* 1997; Barker *et al.* 1986; Barker *et al.* 1993; Cheung, 2000). Estas asociaciones hicieron evidente la importancia de las exposiciones en las etapas tempranas del desarrollo, en la génesis de las enfermedades crónicas y el posible papel de la desnutrición como factor causal en dichas enfermedades; aunque los mecanismos precisos que explican dicha asociación no son del todo claros (Adair *et al.* 2001). Se han encontrado resultados similares en estudios en otros países desarrollados (León *et al.* 1998). Recientemente, como parte de la serie de *Lancet* sobre desnutrición materna e infantil, se publicaron resultados de un análisis de varios estudios de cohorte de nacimientos en países en vías de desarrollo. Los hallazgos de dicho análisis señalan que los niños con retardo de crecimiento durante la gestación o los primeros dos años de vida, que posteriormente tienen ganancias de peso excesivas a partir de los dos años de edad, aumentan su riesgo de sufrir diferentes enfermedades crónicas, incluyendo HTA, DM2, enfermedades metabólicas y cardiovasculares en la edad adulta (Victora *et al.* 2008). Esta serie de hallazgos han modificado el paradigma sobre las causas de varias enfermedades crónicas y sobre las consecuencias de la desnutrición y tienen implicaciones importantes para las políticas de atención materna e infantil en los países de ingresos medios y bajos que experimentan la doble carga de la mala nutrición. Por un lado, los hallazgos confirman la importancia de invertir en acciones que aseguran un adecuado crecimiento y desarrollo de los niños durante la gestación y los dos años de vida. Los resultados claramente apoyan la inversión en una adecuada nutrición y salud de la madre durante el embarazo y las acciones para asegurar una lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de edad y una adecuada alimentación complementaria entre los 6 y los 24 meses, con el propósito de lograr un adecuado crecimiento tanto en longitud (estatura) como en peso. Sin embargo, los resultados también alertan sobre el riesgo de aumento excesivo de peso a partir de los dos años de edad, enfatizando la importancia de la promoción del crecimiento lineal, la vigilancia de la ganancia de peso, la adecuada alimentación y actividad física para evitar ganancia excesiva de peso. Estas acciones de salud pública en el grupo materno-infantil deben considerarse como parte del paquete de acciones que forman parte del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.

### 2.1.4 COSTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

Existe información previa sobre los costos y los beneficios de actuar en materia de prevención de la obesidad. El costo relacionado con la obesidad calculado por el Programa del Adulto y del Anciano de la Secretaría de Salud (3.6 millones de dólares (MD) en 1998<sup>4</sup>) podría corresponder a 24.9% del gasto en salud pública nacional en México y a 10.8% del gasto en salud nacional (Lara 2004). Los ahorros que se generarían al evitar la atención médica que demandan en el tratamiento si se llevara una alimentación correcta serían de 325 MD en el caso de los hombres, y 330 MD en el caso de las mujeres (Sánchez-Castillo *et al.* 2003; SSA 1993).

El gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) fue de 2.9% durante 2006 (SSA 2006a). La cifra nominal total de este gasto público en salud el año mencionado fue de 265.89 mil millones de pesos. De esta cifra, 29.541 mil millones de pesos se destinaron a la prestación de servicios de salud para la DM2, las enfermedades cardiovasculares, cerebrales e HTA y otros cánceres relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Esta última cantidad, aunque seguramente está subestimada, representó un poco más del 11% del total del gasto público en salud durante 2006 (SSA 2006a).

Conforme han pasado los años, los costos directos e indirectos del sobrepeso y la obesidad han ido en aumento, y recientemente la Secretaría de Salud los ha estimado (Documento Técnico UAE-SSA, 2009). Estos estimados, que en párrafos anteriores se mencionan, son cálculos conservadores debido a que la información disponible no permitió incorporar a todos los padecimientos relacionados el sobrepeso y la obesidad para la elaboración del costeo. Además, el gasto total en atención médica puede estar subestimado principalmente por dos razones:

1. No se incluyen algunas complicaciones derivadas de las enfermedades inicialmente seleccionadas. Resalta el caso de la insuficiencia renal crónica terminal. Estimaciones conservadoras indican que de incluirse esta complicación

---

<sup>4</sup> Dólares de 1998.

se debería sumar 6,433 millones de pesos al gasto total que corresponde al 5% del gasto público federal en servicios de salud a la persona para 2008.

2. No se incluye el gasto en atención médica de la obesidad y el sobrepeso, ya que por el momento está en discusión si dicho gasto debe considerarse como una intervención encaminada a reducir el nivel de influencia de esta condición como factor de riesgo o no. Si la respuesta a dicha discusión es negativa se deberán adicionar 19,688 millones de pesos suponiendo que el 50% de los casos prevalentes solicitan atención médica. Este dato, que representa el 15.5% del gasto público federal presupuestado para los servicios de salud a la persona en 2008, es conservador dado que la demanda real de atención muy probablemente esté por debajo de dicho porcentaje.

### Metodología para la estimación de los costos relacionados con el sobrepeso y la obesidad

La metodología para estimar los costos relacionados con el sobrepeso y la obesidad ha sido dividida en tres etapas. Primero, se realizan las estimaciones de los ingresos perdidos (como aproximación a la productividad perdida) por muerte prematura derivada de las enfermedades que tienen una relación comprobada con el sobrepeso y/o la obesidad (costo indirecto). En una segunda etapa se estima el impacto financiero del sobrepeso y la obesidad en el contexto de la atención médica (costo directo). La última etapa, aún en proceso, está planteada para estimar los ahorros potenciales derivados de la aplicación de intervenciones preventivas encaminadas a reducir los niveles del sobrepeso y obesidad en el futuro.

Para la estimación del costo indirecto (productividad perdida por muerte prematura) se utilizó el número de defunciones por enfermedades crónico-degenerativas vinculadas con el sobrepeso y la obesidad en la población económicamente activa. Bajo el contexto mexicano (LFT 2008), dicha población se centra en los grupos de edad entre 15 y 69 años. Los insumos para realizar la estimación por grupo de edad para cada enfermedad son: a) defunciones por enfermedad y grupo de edad, b) fracción de muertes atribuible a sobrepeso y obesidad por enfermedad, c) esperanza de vida al nacimiento y d) ingreso promedio (para este insumo se utilizó el salario base de cotización al Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS). Padecimientos considerados: tumor maligno de colon y recto, tumor maligno de mama, DM2 y enfermedades cardiovasculares.

Para el cálculo del costo relacionado a la atención médica del sobrepeso y la obesidad (costo directo) se utilizaron los siguientes datos: a) incidencia de las enfermedades seleccionadas, b) prevalencia de las enfermedades seleccionadas, c) población expuesta al riesgo de padecer las enfermedades, d) fracción de casos de las enfermedades seleccionadas atribuible a sobrepeso y la obesidad y e) costo de la atención médica para las enfermedades. Las enfermedades seleccionadas son: cáncer de mama, DM2, enfermedades cardiovasculares y osteoartritis, las cuales tienen una relación directa con el sobrepeso y la obesidad, aunque no son todas.

Tanto en los costos directos como indirectos, el criterio para la selección de enfermedades se basó en incluir todas aquellas con las que fue posible obtener toda la información necesaria para realizar la estimación del costo.

En todas las estimaciones se hicieron sus pruebas de sensibilidad pertinentes, es decir, se plantearon diferentes escenarios para poder observar qué tanto las cifras estimadas cambiaban según cambiara un componente del cálculo. Para el costo indirecto de la productividad perdida por muerte prematura, se realizaron ocho diferentes escenarios, debido a que el ingreso promedio utilizado (salario base de cotización del IMSS) podría generar una sobreestimación en los cálculos de productividad perdida.

Dentro de estos diferentes escenarios se consideraron reducciones del 20 y del 40% sobre la serie 2000-2017 del ingreso promedio utilizado, además de que se generaron escenarios adicionales para las proyecciones 2009-2017, basados en la tendencia histórica del ingreso promedio utilizado, en donde se incluyó una variación de  $\pm 5\%$ . Para el costo directo (atención médica relacionada con sobrepeso y obesidad) se realizó un análisis de sensibilidad variando 10, 20 y 30% al alza los costos unitarios disponibles, ya que éstos representan sólo un valor dentro de un rango de posibilidades.

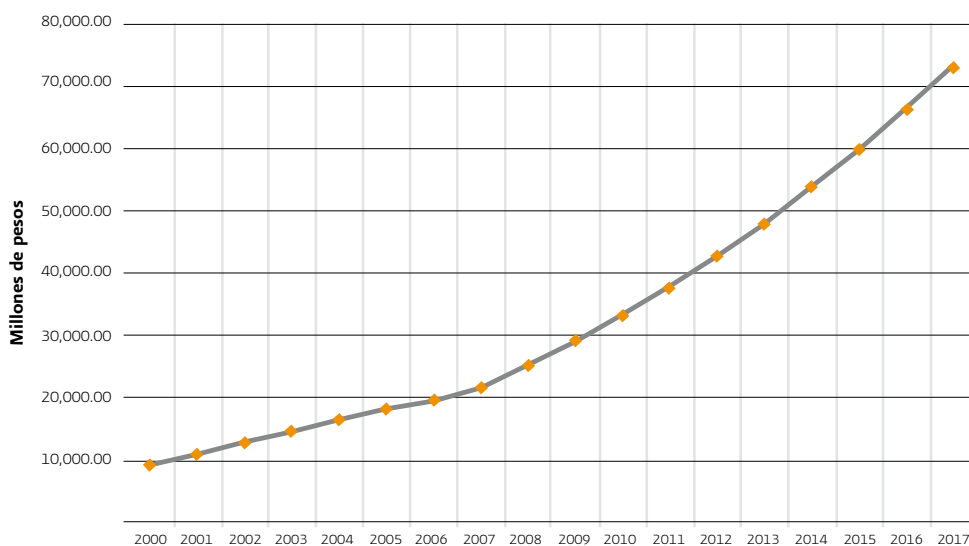
Continúa...

## ... continuación

Además de los costos indirecto y directo, se realizó una estimación que considera nada más el gasto futuro total en la atención médica de los casos nuevos de las enfermedades seleccionadas atribuibles al sobrepeso y la obesidad en el 2008. Se trata de un ejercicio donde se establecen en valor presente (pesos en el 2008) los flujos futuros del gasto en atención médica que representan los casos nuevos relacionados con sobrepeso y obesidad en el 2008. Para más detalle, ver el documento de Trabajo elaborado por la Unidad de Análisis Económico-SSA, 2009.

El costo indirecto estimado que implica para la economía del país la pérdida de productividad por muerte prematura en pesos de 2008 (valor presente) atribuible al sobrepeso y la obesidad han aumentado de 9,146 millones de pesos en el 2000 a 25,099 millones de pesos en el 2008, bajo un escenario base (cifra que oscila entre 15,059 millones de pesos y 25,099 millones de pesos según sea el escenario). Esto implica una tasa de crecimiento promedio anual de 13.51%. Además, este costo indirecto ha afectado a 45,504 familias únicamente durante el año 2008, las cuales probablemente se enfrenten a una situación de gastos catastróficos y empobrecimiento por motivos de salud. De seguir así la situación, se estima que para el 2017 este costo indirecto alcance 72,951 millones en pesos de 2008 (cifra que fluctúa entre 30,394 millones de pesos y 101,086 millones de pesos según el escenario) afectando a 68,471 familias (Documento Técnico UAE-SSA, 2009).

**Figura 2.4** Pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y a la obesidad (escenario base). México 2000-2017 (montos en pesos de 2008)



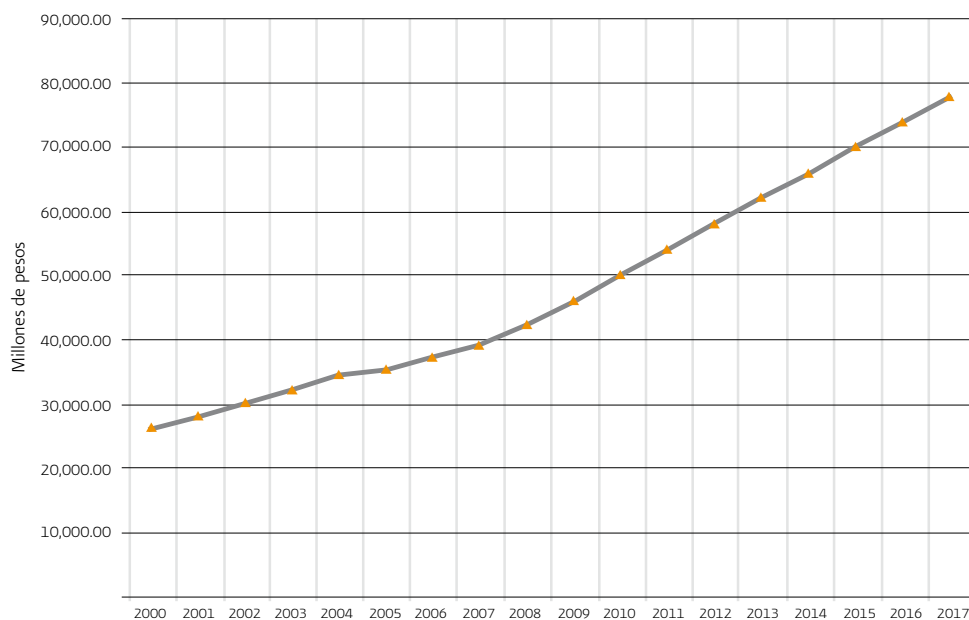
Fuente: Unidad de Análisis Económico con cifras del INEGI 2008; SEED (2007); López (2006); CONAPO (2008); BANXICO 2008; IMSS 2008

Por otro lado, el costo directo estimado que representa la atención médica de los casos prevalentes de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad se ha incrementado en pesos de 2008 (valor presente) de 26,283 millones de pesos en el 2000 a 42,246 millones de pesos en el 2008 (bajo un escenario base, ya que los estimados de esta última cifra oscilan entre 42,246 millones de pesos y 54,920 millones de pesos según sea el escenario). Es decir, este costo ha aumentado en un 61% durante el periodo 2000-2008. La última cifra mencionada del costo para el año 2008 (42,246 millones de pesos de 2008) representa el 33.2% del gasto público federal en servicios de salud a la persona presupuestado en ese ejercicio fiscal. Para el 2017 se estima que dicho gasto fluctúe entre 77,909 millones en pesos de 2008 y 101,281 millones en pesos de 2008 (según el escenario) que representarían entre el 60.5 y 79.5% del gasto público federal en servicios de salud a la persona del presupuesto de 2008 (Documento Técnico UAE-SSA, 2009)

Además, solamente para el año 2008 se estima que el flujo de gasto futuro estimado para la atención de los casos nuevos de enfermedades crónicas atribuibles a obesidad y sobrepeso asciende a 5,880 millones en pesos de 2008 bajo un escenario base. Este monto representa el 4.6% del gasto público federal en servicios de salud a la persona presupuestado en dicho ejercicio fiscal (Documento Técnico UAE- SSA, 2009).

El costo total del sobrepeso y la obesidad (suma del costo indirecto y directo) ha aumentado (en pesos de 2008) de 35,429 millones de pesos en el 2000 al estimado de 67,345 millones de pesos en el 2008 (bajo el escenario base). La proyección es que para el 2017 el costo total (bajo el escenario base y en pesos de 2008) ascienda a 150,860 millones de pesos. Cabe aclarar que al sumar el costo total, se están tomando costos diferentes, ya que el costo indirecto es económico y el costo directo es de gasto corriente. Además, cada estimación de estos costos fue realizada de diferente manera y utilizando diferentes supuestos (ver nota metodológica).

**Figura 2.5** Gasto anual en la atención médica de los casos prevalentes de las enfermedades seleccionadas atribuibles al sobrepeso y la obesidad (escenario base). México 2000-2017 (montos en pesos de 2008)



Fuente: Estimación de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud con información del CICFPGC (2008); CAUSES (2008); SAEH; Tabulados tarifarios del HGG (2007); ENSA 2000; ENSANUT 2006; Villalpando et. al. (2009)

Basándose en las cifras de las estimaciones recién mencionadas en los párrafos anteriores, el costo total del sobrepeso y la obesidad para el periodo 2000-2017 sería (en pesos de 2008 y bajo el escenario base) de 1.45 billones de pesos. Esto representaría un costo total anual promedio para el país de 80,826 millones en pesos de 2008 (bajo el escenario base) durante el periodo 2000-2017 (figuras 2.5 y 2.6).

La carga económica que estos costos representan para un sistema de salud pública, y para el gasto de los hogares, debe de analizarse desde ahora ya que representa un riesgo tanto para la sustentabilidad de dicho sistema, como para los mismos hogares. Se debe contar con un servicio de salud público sustentable que aumente la posibilidad de atención a los que menos recursos económicos tienen de tal forma que se tengan menores riesgos de que los hogares incurran en gastos catastróficos de salud.

**Cuadro 2.9** Impacto financiero de la obesidad y el sobrepeso para el Gobierno Federal. México 2008 (montos en pesos de 2008)

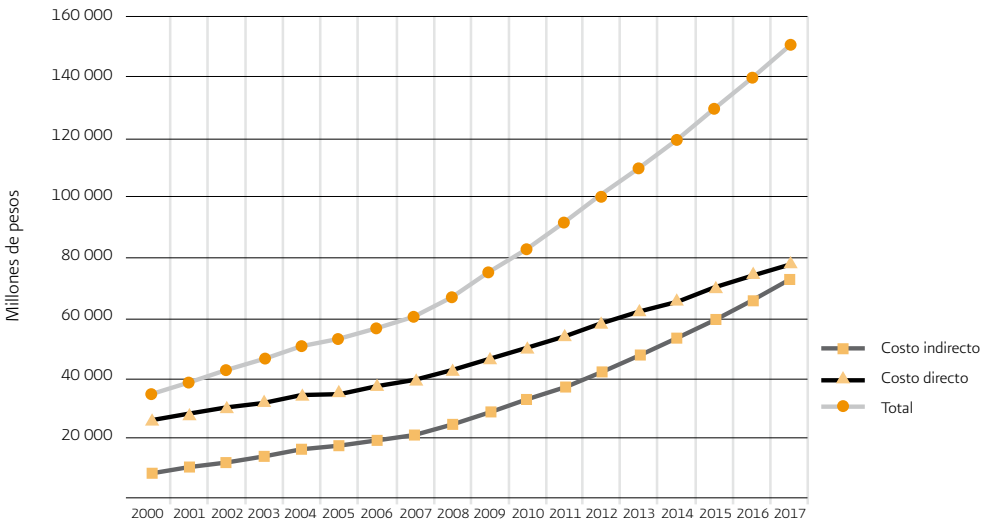
GASTO TOTAL EN ATENCIÓN MÉDICA	TOTAL 2008	% DEL GASTO DEL GOBIERNO FEDERAL EN SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA
a) Gasto futuro total en casos nuevos de intervenciones seleccionadas <sup>1</sup>	5 879 611 017	4.6
b) Gasto total en casos prevalentes de enfermedades seleccionadas <sup>2</sup>	42 246 383 834	33.2

<sup>1</sup> Las intervenciones incluidas en el cálculo son: diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo 2; diagnóstico y tratamiento de la neuropatía periférica secundaria a diabetes; diagnóstico y tratamiento farmacológico de hipertensión arterial; diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia; diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica; diagnóstico y tratamiento de osteoartritis; y, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

<sup>2</sup> Las enfermedades seleccionadas atribuibles a obesidad y sobrepeso son: cáncer de mama, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y osteoartritis.

Fuente: Unidad de Análisis Económico con datos de la SHCP; del CICFPGC (2008); del CAUSES (2008); del SAEH; de los Tabulados tarifarios del HGG (2007); de la ENSA 2000; de la ENSANUT 2006; de Villalpando et al. (2009); y de López (2006)

**Figura 2.6** Gasto total atribuible al sobrepeso y la obesidad (escenario base). México 2000-2017 (montos en pesos de 2008)



Fuente: Estimaciones de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud con información de INEGI 2008; SEED (2007); López (2006); CONAPO (2008); BANXICO 2008; IMSS 2008; CICFPGC (2008); CAUSES (2008); SAEH; Tabulados tarifarios del HGG (2007); ENSA 2000; ENSANUT 2006; Villalpando et al. (2009)



## Gasto de los hogares en cuidados médicos y conservación de la salud

En el ámbito nacional, el 3.5% del ingreso corriente fue destinado a cuidados médicos y conservación de la salud como parte del gasto corriente de los hogares durante 2006.

Las personas de menores recursos económicos destinan un porcentaje mayor de su ingreso al cuidado médico (el decil más bajo destina 7.9% del ingreso corriente mientras que el decil más alto destina el 3.3%) (figura 2.7).

Se debe tomar en cuenta que las enfermedades agudas representan un gasto único y resolutorio para las familias, mientras que las enfermedades crónicas son un gasto repetitivo y de por vida. Esto último puede llegar a generar una mayor vulnerabilidad para las familias con menores ingresos a no poder sobrepasar la pobreza o a caer en ella.

La mayor parte de este gasto en salud de los hogares es para la atención primaria o ambulatoria, mientras que el gasto para la atención hospitalaria se ubica en el segundo lugar (figura 2.8).

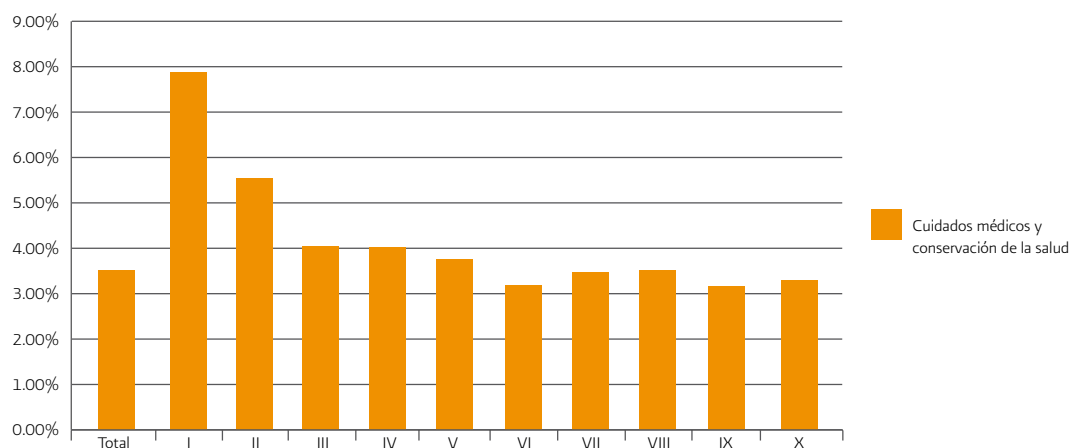
Se observa como el gasto para la atención hospitalaria presenta un comportamiento irregular. En este rubro las personas con menos recursos siguen gastando más que los hogares dentro de los deciles más altos como porcentaje de su ingreso, pero la clase media es la que se ve menos afectada por este gasto (podría ser debido a la accesibilidad a los servicios públicos de salud de esta población).

El 1.88% del ingreso corriente fue destinado a la atención hospitalaria como gasto corriente durante 2006 en el ámbito nacional.

## 2.2 CAUSAS

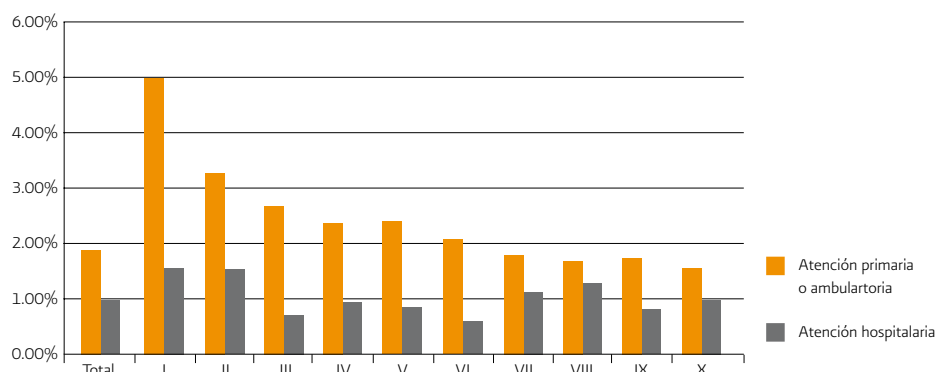
La obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles se presentan por causas multifactoriales para el individuo y son fomentadas socialmente por el actual entorno obesigénico. El ambiente obesigénico se caracteriza por la abundancia de comodidades, mayor acceso a alimentos con alta densidad energética y bebidas con aporte calórico, mayor tamaño de porción de alimentos, bebidas, vida sedentaria y un ambiente de constante desarrollo tecnológico, además comodidad para la vida cotidiana (Flegal *et al.* 2002).

**Figura 2.7** Gasto corriente monetario, como porcentaje del ingreso corriente monetario en hogares, México, 2006



Fuente: ENIGH 2006 (INEGI)

Deciles de acuerdo con el ingreso corriente monetario trimestral

**Figura 2.8** Gasto corriente monetario, como porcentaje del ingreso corriente monetario en hogares, México, 2006

Fuente: ENIGH 2006 (INEGI).

Deciles de acuerdo con el ingreso corriente monetario trimestral.

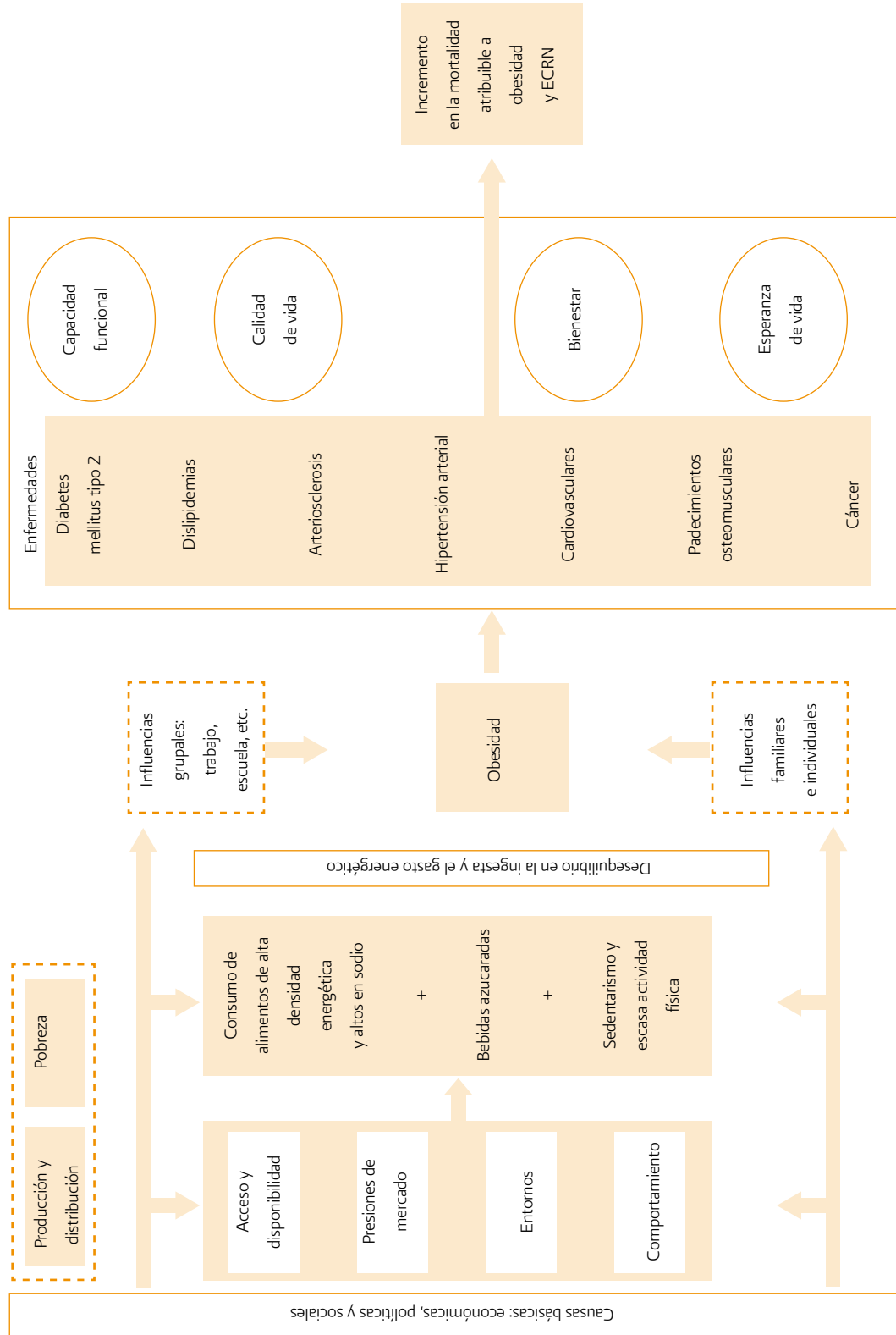
En todos los países para los que hay datos disponibles, las causas subyacentes determinantes de obesidad y ECNT asociadas a la nutrición son las mismas: a) consumo elevado de alimentos de alta densidad energética, con bajo contenido de fibra, altos en sodio, así como de bebidas azucaradas, tamaños de porción elevados o alta frecuencia de alimentación; b) niveles reducidos de actividad física en el hogar, la escuela, el trabajo, al transportarse, en actividades recreativas; y c) consumo de tabaco y alcohol.

Las variaciones en el nivel de riesgo y los desenlaces de salud se atribuyen en parte a la variabilidad e intensidad en que ocurren los cambios económicos, demográficos y sociales en los ámbitos nacional y mundial.

### 2.2.1 POBREZA

Desde el punto de vista económico existen dos vertientes por las que se puede desarrollar obesidad. En una situación de pobreza, la falta de una dieta adecuada en cantidad y calidad, particularmente durante la gestación y los primeros dos años de vida lleva al retraso en el crecimiento uterino y posnatal. Una publicación reciente, que presenta los resultados del análisis de varias cohortes de nacimientos de países de ingresos medios y bajos, encontró que los niños con crecimiento restringido durante la gestación y los primeros dos años de vida y que posteriormente aumentan rápidamente de peso tienen mayor probabilidad de tener tensión arterial alta, diabetes y enfermedades metabólicas y cardiovasculares en la edad adulta (Victoria *et al.* 2008). Este importante hallazgo sugiere que es posible reducir la incidencia de enfermedades crónicas mediante acciones de fomento de la nutrición y promoción del crecimiento al inicio de la vida, y el control de la ganancia de peso a partir de los dos años de edad. Además, algunas deficiencias de nutrimentos como el zinc, que pueden producir retraso en el crecimiento, parecen aumentar el riesgo de presentar sobrepeso en la edad adulta cuando hay una ingestión de alimentos con alta densidad energética. En situaciones de suficiencia alimentaria, si se lleva una dieta correcta y se realiza actividad física, es probable que estas condiciones propicien que una persona tenga un peso normal. Sin embargo, si no se ejercen elecciones adecuadas en la dieta y la persona es sedentaria, el desequilibrio entre la ingestión y el gasto de energía puede conducir a sobrepeso u obesidad y con ello aumentar el riesgo de morbilidad por enfermedades asociadas.

La primera evidencia epidemiológica que relaciona la obesidad con la desnutrición o la ingestión reducida de alimentos fue un estudio realizado en Holanda, en mujeres de la Segunda Guerra Mundial (Ravelli, Stein y Susser 1976), el cual demostró un incremento en la incidencia de obesidad en hombres de 19 años, cuyas madres sufrieron privación de alimentos durante la primera mitad del embarazo. Subsecuentemente se demostró que la desnutrición durante la etapa temprana del embarazo se asocia con un elevado índice de masa corporal (IMC) y un elevado índice cintura-cadera en mujeres de 50 años de edad pero no en hombres (Ravelli *et al.* 1999).

**Figura 2.9** Red de causalidad de la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas

Fuente: DGPS, 2008  
ECRN: enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición

Un estudio realizado en Brasil (Florencio *et al.* 2001) demostró que la obesidad puede presentarse como secuela de la desnutrición en las etapas tempranas de la vida. La conclusión del estudio plantea que la desnutrición temprana generada por la restricción del aporte energético promueve una tendencia a tener un balance positivo de energía, aun cuando el alimento escasea (Sawaya y Roberts 2003); además describe algunos de los mecanismos fisiológicos que se han encontrado, los cuales relacionan el balance positivo de energía con la acumulación de grasa en individuos con desnutrición temprana. Las alteraciones metabólicas en niños que han sufrido desnutrición se presentan en todos los tejidos y en todos los órganos, aparatos y sistemas. La mayoría de estas alteraciones trabaja para conservar la energía y mantener un metabolismo lento, aun después de la recuperación nutricional. Hay evidencia sobre la forma desproporcionada en que se almacenan las grasas en relación con la cantidad de almacenamiento de las proteínas durante el crecimiento de niños que se están recuperando de la desnutrición.

En otro estudio se observó (Fjeld y Denu 1999) que los estudios metabólicos combinados con las medidas del gasto total energético, para determinar las acumulaciones de grasa y proteína durante la ganancia de peso, demostraron que el contenido de grasa obtenido por la ganancia de peso era de aproximadamente 42%, casi el doble de lo esperado de la composición corporal (24%) en niños pequeños.

En un estudio de cohorte con niños desnutridos, un incremento acelerado del peso para la talla y del IMC no refleja un incremento en la talla para la edad (Benefice *et al.* 2001). En un estudio longitudinal, un grupo de niñas con desnutrición y otro grupo de niñas sin desnutrición fue estudiado durante dos años (Sawaya y Roberts 2003). Una serie de diferencias metabólicas fueron observadas entre estos dos grupos. Las niñas con desnutrición, en comparación con las otras, mostraron una mayor susceptibilidad a la ganancia de peso para la talla, cuando consumían dietas con mayor cantidad de grasa y presentaban además una acumulación más alta de grasa central (o abdominal) y una circunferencia de cintura mayor.

Desde 1995 la OPS realizó la “Reunión Técnica sobre Obesidad en la Pobreza: Situación en América Latina”. En esta reunión se revisaron algunas de las transformaciones sociales, económicas y demográficas ocurridas durante las décadas de 1980 y 1990 (Bacallao 1995). Resalta entre las conclusiones el reconocimiento de la coexistencia de la desnutrición con el sobrepeso y la obesidad relacionado con el abandono de patrones de alimentos tradicionales.

En la actualidad la obesidad en México ya no es, como en el pasado, un problema ligado a la abundancia. Es un problema distribuido casi por igual en los diversos grupos sociales. Los aumentos en la prevalencia de peso no saludable han sido ligeramente mayor en el quintil de condiciones de bienestar bajo. Datos provenientes de la ENSANUT 2006 señalan que la prevalencia de peso excesivo (sobrepeso y obesidad) en mujeres de 18 años o más en México es muy similar en los diferentes quintiles de bienestar. Las diferencias en prevalencia de peso excesivo fue de alrededor de 10% superior en el quintil de mayores ingresos en relación con el quintil de menores ingresos (Olaiz-Fernández *et al.* 2006). Más aún, el aumento en la obesidad en las últimas dos décadas fue muy superior en el quintil inferior que en el quintil superior de ingresos. Así, mientras el quintil superior de ingresos registró aumentos en la prevalencia de obesidad de 7.2 a 28.5% entre 1988 y 2006 (un aumento de casi 300%), las prevalencias de obesidad aumentaron, en el mismo periodo de 10.7 a 34.5% (un aumento de 22.5%) (Rivera-Dommarco *et al.* 2008).

La importancia de la obesidad en hogares pobres se reitera en un estudio en población beneficiaria del Programa Oportunidades. Datos recientes provenientes de una investigación con 7,555 niños de 24 a 60 meses de edad beneficiarios de dicho programa han mostrado la coexistencia de la talla baja con la obesidad y el sobrepeso. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad así como de talla baja fue de 20% en la población estudiada. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad y talla baja fue de 5% en niños no indígenas y un poco más de 10% en niños indígenas (Fernald y Neufeld 2006).

Esto hace necesario considerar abordajes integrados cuando se quieran resolver los problemas de alimentación poco saludable y falta de actividad física como lo señala entre sus retos la Estrategia Mundial sobre Dieta, Actividad Física y Salud de la OMS 2004. Esta situación muestra que actualmente el sobrepeso y la obesidad no se presentan únicamente en áreas urbanas de alto nivel socioeconómico, sino que también afecta a zonas rurales y urbanas pobres, y sugiere que la obesidad es una barrera importante para que las familias puedan romper el círculo vicioso de la pobreza crónica.

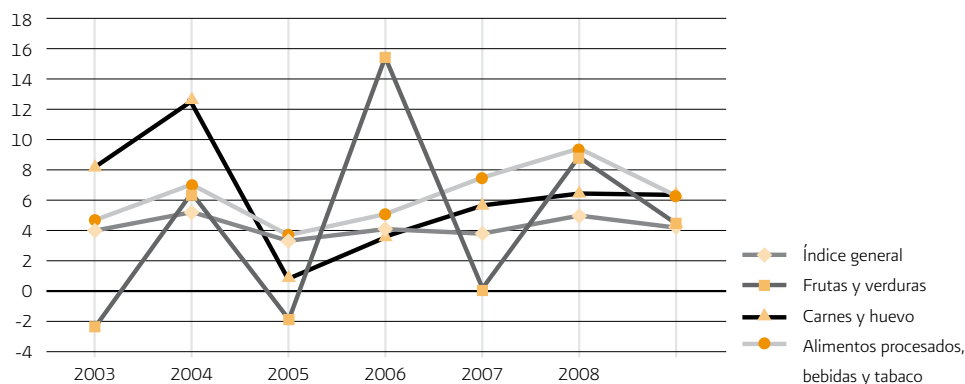
### 2.2.2 ACCESO Y DISPONIBILIDAD

El acceso y la disponibilidad a alimentos saludables\* presentan en múltiples ocasiones barreras económicas para adquirirlos, en tanto que los alimentos industrializados con alta densidad energética y elevado contenido de sodio, así como bebidas con contenido energético se pueden adquirir a bajo precio.

Si se toma el promedio de la inflación de cada rubro recién mencionado para el periodo 2003- mayo 2008 (figura 2.10) se observa que la carne y el huevo son los productos que mayor inflación han presentado durante los últimos cinco años y medio (6.3%). Los alimentos procesados, bebidas y tabaco son los productos que le siguen con 6.2% y las verduras y frutas han presentado una inflación de 4.4%. Todos estos productos han tenido una inflación promedio mayor que la del índice general durante 2003-mayo 2008 (figura 2.11).

México cuenta con diversidad de oportunidades de desarrollo así como con un sector agroalimentario y pesquero rentable y sustentable que ofrece alimentos accesibles, sanos y de calidad a sus habitantes. Uno de los objetivos de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) es “abastecer el mercado interno con alimentos de calidad, sanos y accesibles provenientes de nuestros campos y mares”, por lo que su colaboración en la demanda de disponibilidad y acceso a productos saludables para la población es fundamental. Las tendencias globales actuales se perfilan por la reformulación y el desarrollo de nuevos productos alimenticios e incentivar el campo, para lo cual, la SAGARPA cuenta con un área de Bioeconomía e Innovación Tecnológica que jugará un papel esencial en los cambios propuestos en el presente Acuerdo.

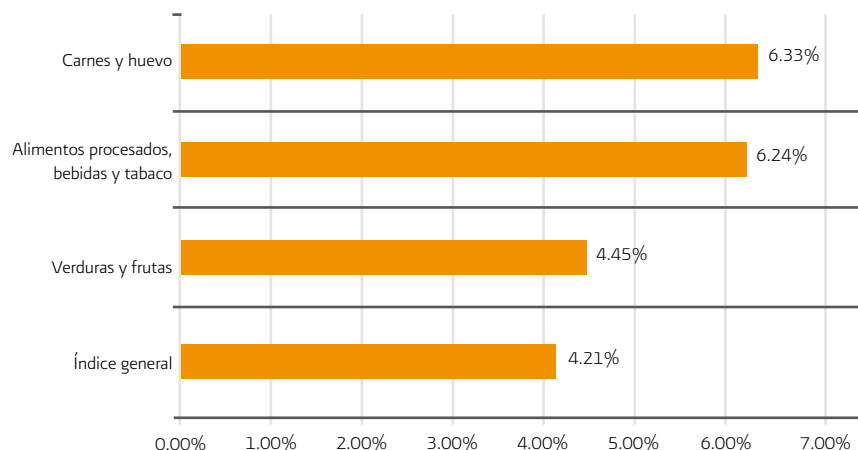
**Figura 2.10** Inflación, México 2003-2008\*



Fuente: Banco de México (BM 2008)

\* La inflación del 2008 es la presentada hasta mayo de dicho año

\* Por acceso se refiere al precio de los productos y por disponibilidad se refiere a que el producto exista en el mercado próximo al consumidor.

**Figura 2.11** Inflación promedio, México 2003-2008\*

Fuente: Banco de México (BM 2008)

\* La inflación de 2008 es la presentada hasta mayo de dicho año

### 2.2.3 CONSUMO

Hay un cambio porcentual entre 1984 y 1998 en el patrón de compra de alimentos en México. De acuerdo con las Encuestas Nacionales de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) durante estos 14 años se mostró una disminución en la compra de frutas y verduras de 29.3% (figura 2.12).

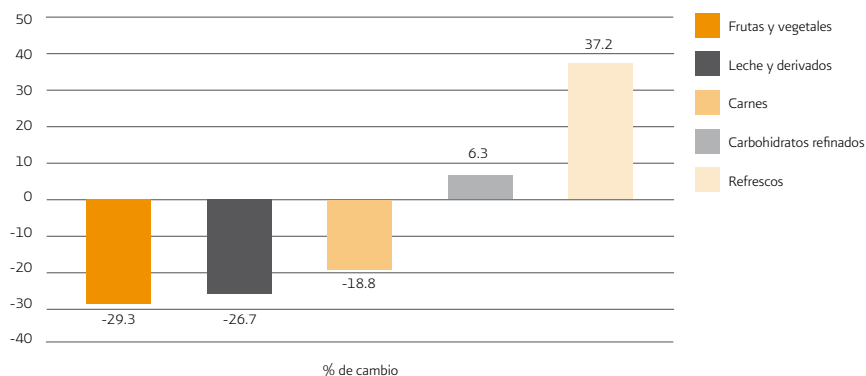
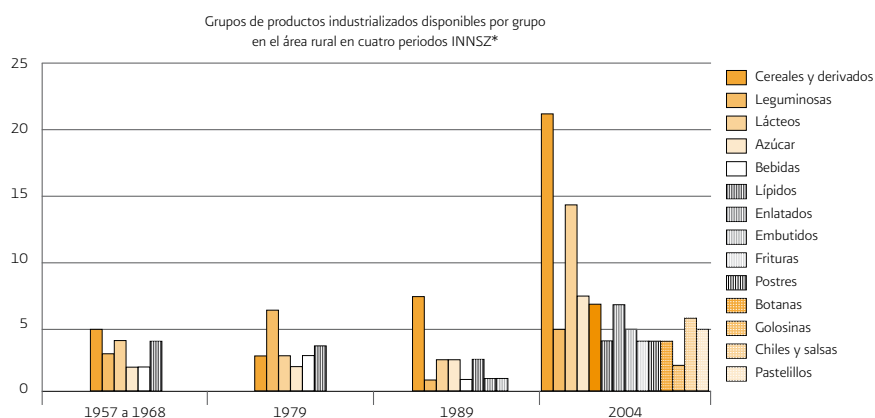
El aumento en la disponibilidad y la accesibilidad de alimentos industrializados ha ido modificando los hábitos alimentarios de las personas. Durante los últimos años la venta de estos productos ha ido permeando en el área rural a través de las pequeñas tiendas.

En las últimas encuestas nacionales de Nutrición en el área rural (Madrigal *et al.* 2008), de 1957 a 1968 se registró el consumo de 20 productos industrializados en estas zonas, 21 para 1979, 18 para 1989, esto es, cero crecimiento en 32 años (figura 2.13). En el último estudio realizado en 2004 se encontraron 96 productos, es decir, un crecimiento de 300% en 15 años o de 60% anual. Los que han aumentado en mayor proporción son aquellos que pertenecen al grupo de harinas refinadas (galletas, pastelillos, pastas refinadas, frituras), lácteos, productos con alto contenido de azúcar (dulces y chocolates), así como los refrescos y bebidas azucaradas. Hecho que ha contribuido a fomentar un ambiente obesigénico en las comunidades rurales.

La importancia de los alimentos industrializados en México fue estudiada por González y colaboradores (González *et al.* 2007), en una muestra representativa de más de 100 niños mexicanos de 1 a 4 años de edad. Los resultados muestran que 48% de energía, 39% de proteína, 56% de grasa y 44% de hidratos de carbono de la dieta provienen de alimentos industrializados.

Este mismo ambiente obesigénico se ha ido estableciendo en las escuelas de todo el país. De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, con estudiantes de primaria, los educandos tienen hasta cinco oportunidades para ingerir alimentos durante la jornada escolar con duración de 4 horas y media (desayuno en casa, desayuno escolar, lunch preparado en casa, alimentos comprados en la cooperativa de la escuela en el recreo y a la hora de la salida de la escuela). La mayor repercusión en estas costumbres se refleja en los hábitos culturales arraigados, al comer fuera de casa, disponer de dinero para comprar alimentos y la falta de tiempo para preparar el lunch en casa (Rivera-Dommarco 2008).

Al estudiar lo que compran en las cooperativas escolares se encontró que 5 de cada 10 adquieren un dulce, 40% una fritura acompañada de una bebida azucarada y sólo dos estudiantes de cada 100 eligieron una fruta, la cual suele venderse con azúcar o crema Chantilly (Rivera-Dommarco 2008).

**Figura 2.12** Cambio porcentual en el patrón de compra de alimentos en México, 2002Fuente: Rivera-Dommarco *et al.* 2002**Figura 2.13** Grupos de productos industrializados disponibles por grupo, en el área rural en cuatro periodos INNSZ\*Fuente: Madrigal *et al.* 2008

En un estudio se explica que al iniciar la primaria, el sobrepeso en los niños se incrementa considerablemente, ya que entre 1 a 5 años de edad sólo 5% presenta sobrepeso, al inicio de la primaria, es decir, a los seis años de edad, la presentan 25%; y en los niños de 11 a 12 años de edad, el sobrepeso habrá aumentado a 33%, al término de la primaria (Meléndez 2008).

Rivera y Meléndez (Meléndez 2008; Rivera-Dommarco 2008) coincidieron al afirmar que en las cooperativas escolares una oferta de alimentos tan amplia resulta innecesaria, sustentando que si un niño desayuna en su casa, a la hora del recreo no necesita más de una porción de fruta. Meléndez asegura que las cooperativas o los desayunos escolares podrían desaparecer sin afectar a los niños que padecen desnutrición, a excepción de los municipios de menor índice de desarrollo humano.

Asimismo, se analizó el cambio del patrón de consumo en los niños de 1 a 11 años, el aporte energético per cápita en el grupo de 1 a 4 años de edad ha aumentado de 165 a 297 kcal, es decir, que en un año el incremento es de 48,180 kilocalorías lo que se reflejaría en un aumento de 5.35 kg por año. En el grupo de 5 a 11 se incrementó el consumo de 190 a 343 kcal, estos datos indican que si se consumen estas calorías "extras" diariamente, durante un año, se aumentarían 6.2 kg de peso. Este incremento energético se debe al incremento de consumo normal, con-

secuente al crecimiento y al aumento de peso de los niños, así como al incremento de consumo de frituras, refrescos, jugos, aguas azucaradas y leche entera.

En el cuadro 2.10 se pueden apreciar tres oportunidades de consumo: al aporte energético en el desayuno, en el almuerzo y la compra de alimentos en el recreo. Puede observarse que el aporte energético de estos tres consumos asciende a 58% de la ingestión diaria recomendada (Safdie 2007).

2.2.3.1 CONSUMO DE AZÚCAR

El consumo de azúcar en nuestro país ha aumentado progresivamente. De acuerdo con lo reportado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 2007, en 1964 el consumo per cápita fue de 29.3 kg, en tanto que para 1974 el consumo por persona ascendió a 40.2 kg. En 1984 este consumo había aumentado a 47.6 kg y de acuerdo con las cifras obtenidas para 2003 el consumo per cápita en México de azúcar alcanzó 48.5 kg.

El Programa Nacional de la Agroindustria de la Caña de Azúcar 2007-2012 destaca como una de sus políticas que se pretende asegurar una oferta de azúcar de calidad suficiente, oportuna y accesible a todos los mexicanos y empresas consumidoras. Uno de sus objetivos es satisfacer con cantidad, calidad y oportunidad el mercado interno nacional con azúcar y derivados de ésta, aumentando la productividad en el campo y las fábricas. Se prevé atender el mercado nacional con 5.4 millones de toneladas anuales, aumentando el consumo del país en 2.1% a través de diversas acciones, entre las que destaca asegurar las proyecciones de crecimiento del consumo por habitante en los próximos años.

De acuerdo con el Programa Nacional de la Agroindustria de la Caña de Azúcar 2007-2012 el consumo directo promedio per cápita de azúcar es de 47.9 kg por año. Consumo superior en 122% al promedio mundial, de 21 kg (Bingen 2004).

Actualmente, se destina 4.4% de la producción de azúcar en el país a los productos lácteos, 4.5% a la producción de conservas, enlatados y otras industrias, 8% a la panadería, pastelería y galletería, 9.6% a la dulcería, chocolatería y confitería, 36.4% a las bebidas (refrescos, jugos y néctares) y 37.1% al consumo directo (SAGARPA 2007). La Secretaría de Salud apoyará de común acuerdo con la SAGARPA la búsqueda de nuevas alternativas para la utilización del azúcar, diferentes a la de consumo humano.

2.2.4 PRESIONES DEL MERCADO

La publicidad es una disciplina cuyo objetivo es persuadir al público meta con un mensaje comercial para que tome la decisión de compra de un producto (o servicio) que una organización ofrece (Kotler, Roberto y Lee 2002). Al informar al público sobre la existencia de bienes servicios a través de medios de comunicación hace uso de numerosas disciplinas

Cuadro 2.10 Densidad de energía en cada tiempo de comida

TIEMPO DE COMIDA	ENERGÍA		LÍPIDOS	
	KCAL	% IDR*	g	% IDR*
Desayuno	319	16	9.5	17
Lunch	320	16	10	18
Compra en el recreo	520	26	-	-
Consumo total recreo (compra+almuerzo)	840	42	-	-
Consumo 2 tiempos de comida (desayuno+recreo)	1 159	58	-	-

\* Ingesta diaria recomendada  
Fuente: Safdie 2007



tales como la psicología, la sociología, la estadística, la comunicación social, la economía y la antropología a fin de recordar (para crear imagen de marca) y/o persuadir para producir, mantener o incrementar las ventas (Duncan 2001).

Es por esto que la publicidad influye en los hábitos de consumo principalmente de los menores de edad, debido a que ellos tienen una mayor exposición a los medios masivos de comunicación, principalmente la televisión.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos menciona en su libro *Food marketing to Children and Youth. Threat or Opportunity?* (Mercadeo de alimentos a niños y jóvenes: ¿amenaza u oportunidad?) (IOM diciembre 2005) la secuencia causal de cómo la publicidad afecta las decisiones de consumo en una alimentación diaria, así como la repercusión en la salud (figura 2.14).

### Mercadeo de alimentos a niños y jóvenes

En el libro del Instituto de Medicina de Estados Unidos antes citado se hace una revisión de diversas regiones del mundo (África, Asia, Australia, Unión Europea, América Latina y Norteamérica), en donde se han implementado políticas que especifican restricciones o lineamientos para la publicidad dirigida a niños y adolescentes, como prohibir anuncios en horarios de programación infantil, evitar la utilización de imágenes o muñecos infantiles e impedir la práctica de obtener ventaja de la inexperiencia e inocencia de los menores al momento de realizar un anuncio, entre otras (IOM 2005). La influencia que la publicidad ejerce es un factor en la toma de decisión de los consumidores por determinados bienes y servicios, por lo que para la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a menores, son necesarios ciertos lineamientos que otorguen una especial prevención y protección al respecto.

El primer elemento muestra como las acciones de publicidad pueden influir en la ingesta diaria de alimentos modificando algunos hábitos o comportamientos alimentarios (elementos 2 y 3). Por ejemplo, si en un anuncio muestran que tomar una bebida significa estar de moda o que proporciona más energía, esto podría modificar las razones de compra; el cuarto elemento se refiere a los resultados del consumo diario sobre la salud: hay estudios que muestran una relación entre la obesidad y el tiempo de exposición a la televisión. El quinto elemento toma en cuenta los factores que intervienen en la publicidad y en los hábitos y/o comportamientos (McGinnis, Gootman and Kroak 2006).

El propio informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos concluye que estas relaciones están plenamente demostradas en la población infantil, pero se requiere realizar una mayor investigación en adolescentes.

En México, un estudio realizado por el Instituto Mora llamado "Las relaciones que se establecen con la televisión y como afectan el desarrollo de la infancia" obtuvo los siguientes resultados: los niños y jóvenes ven televisión de 3 a 5 horas diarias en promedio y en el caso de los preescolares el tiempo se incrementa de 4 a 7 horas el tercer gran factor en la formación de los infantes además de la familia y la escuela, es la programación televisiva, debido a esto los niños

**Figura 2.14** Cinco elementos causales para organizar sistemáticamente la evidencia, Instituto de Medicina de los Estados Unidos, 2006



Fuente: *Food Marketing to Children and youth. Threat or Opportunity?* Instituto de Medicina de Estados Unidos 2006 (IOM 2005)

convierten a la programación en una de sus primeras vías de socialización (Roca 2008).

De acuerdo con la información disponible, México es el país con mayor cantidad de anuncios de comida con alto contenido energético por hora en televisión. Con un promedio de dos horas diarias de televisión un niño mexicano habrá visto más de 12,400 anuncios de esta comida en un año y ninguno de orientación nutricional (Dibb 1996).

El consumo de alimentos de alta densidad energética y bebidas azucaradas ha aumentado en gran medida por la publicidad que acompaña a estos productos, la cual se reconoce como una verdadera presión, debido a la gran influencia que ejercen a través de su intensidad y múltiples canales.

Otra modalidad es el acompañamiento de los productos y comidas de alta densidad energética y bebidas azucaradas de juguetes, figuras, caricaturas, juegos, superhéroes, películas, personajes deportivos, etc., que incitan a los niños y adolescentes a la compra y consumo continuo de estos productos.

Los niños son menos capaces que los adultos de defenderse de los comerciales porque no entienden su intención de venta o porque carecen de suficiente habilidad cognitiva para resistir la demanda persuasiva de éstos.

La publicidad de productos alimenticios influye en la elección de los alimentos y hábitos alimentarios. Los anuncios de estos productos o bebidas no deben de explotar la falta de experiencia y la credulidad de los niños. Es preciso desalentar los mensajes que promuevan prácticas alimentarias insanas o de inactividad física y promover los mensajes positivos y propicios para la salud (WHO 2004a).

### 2.2.5 BEBIDAS

En México, de acuerdo con la evidencia obtenida del análisis de la ENIGH y la ENSANUT 2006, las bebidas contribuyen de forma importante al consumo calórico total de los mexicanos. Entre los posibles mecanismos que asocian el consumo de bebidas azucaradas con la obesidad se encuentra el hecho de que los líquidos tienen menor capacidad para producir saciedad que los alimentos sólidos, las bebidas ofrecen pobre capacidad de inducir compensación dietética por lo cual su consumo, en general, conduce a un aumento en la ingestión total de energía, con un consecuente incremento en la masa corporal que puede conducir a obesidad, DM2 y otras enfermedades crónicas.

Barquera analiza el consumo de bebidas (mililitros por hogar) de acuerdo con las cifras ofrecidas por la ENIGH, en el periodo de 1989 a 2006, e informa que el consumo de leche entera presentó un ligero incremento en 1998. Sin embargo, en 2006 las cifras fueron similares a las de 1989 y el aporte energético de la leche entera disminuyó de 176 a 134 kcal por adulto-equivalente.

Al mismo tiempo, el consumo de refresco experimentó en la población mexicana un aumento de 12 puntos porcentuales en 17 años. Entre los datos más impactantes utilizando información de dieta de la ENSANUT 2006, se encontró que entre los adultos 22.3% de las calorías provienen de bebidas azucaradas (refrescos, jugos, aguas de sabores y bebidas endulzadas, café y té con azúcar). Para los hombres se registraron además bebidas alcohólicas. La ingestión de todas estas bebidas representa un consumo de 411 kcal per cápita diariamente, equivalente a un incremento corporal de 16.66 kg por año. El grupo de 19 a 39 años de edad presentó el mayor consumo, por su parte, en los niños la leche entera se ubica como uno de los tipos de bebida que contribuyen de forma notable a la ingestión energética total, ya que acusó para el año de 2006 16.3% de las calorías diarias para este grupo de edad.

De acuerdo con Rivera (2008), entre las bebidas consumidas en la población mexicana destacan el agua, la leche entera, los jugos y aguas con azúcar, refrescos y bebidas alcohólicas. En diferentes proporciones, todas ellas aportan un promedio de 1,721 mililitros por día equivalentes al 86% de la recomendación, de los líquidos totales del total de bebidas ingeridas 889 mililitros (52% del consumo promedio y 44.6% de la recomendación) se registró para agua. Debido a estos resultados es preciso fomentar el consumo de agua simple potable (Rivera-Dommarco 2008).

En el grupo de mujeres de 12 a 49 años, según Barquera (2007), el total de kcal promedio que consumió este grupo fueron las bebidas de alto, medio y bajo contenido de azúcar. Para 1999 el aporte energético era de 154 kcal y para 2006 fue de 349 kcal, reflejando un aumento de más del 100% (Barquera *et al.* 2007)

### Publicidad dirigida a niños en México

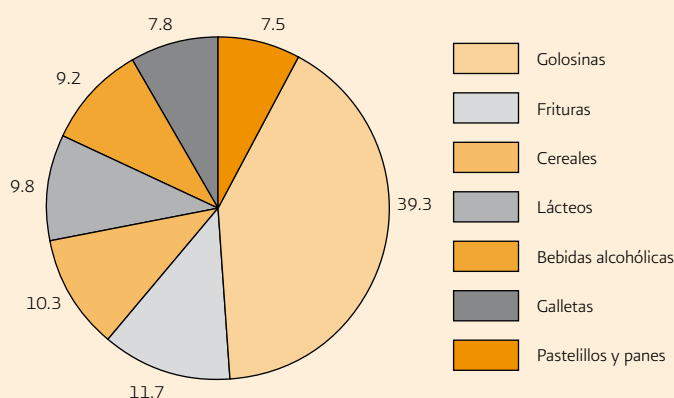
La Dirección General de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud realizó en agosto de 2008 un análisis de contenido de comerciales de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a niños, con la finalidad de determinar los tipos de productos que se anuncian, evaluar si están dirigidos a niños menores de 12 años, independientemente de ser transmitidos en horario infantil y elucidar si promueven estilos de vida saludables.

La metodología consistió en un monitoreo de 25 horas de grabación de la programación de la *barra infantil* que se transmitió por el canal 5 del lunes 28 de julio al viernes 1 de agosto de 2008.

Se identificaron 861 comerciales; 505 de ellos clasificaron en diversos rubros ajenos a los buscados (58.65%) y 356 pertenecieron a alimentos y bebidas no alcohólicas (41.34%), lo que significa un promedio de 14 comerciales de alimentos y bebidas no alcohólicas por hora de programación.

Si se considera que un niño ve en promedio tres horas y media de televisión por día, estaría expuesto a 49 comerciales de alimentos y bebidas al día; lo que equivale a 343 exposiciones semanales.

De los comerciales de alimentos y bebidas no alcohólicas se encontró la siguiente distribución, por tipo de producto:



La mayoría de los artículos anunciados son productos de alto contenido energético y bebidas azucaradas. Es importante mencionar que entre las bebidas publicitadas, además de refrescos y jugos, sobresalen las bebidas energizantes y las aguas saborizadas, cuyos reclamos publicitarios inducen a su consumo por declaraciones funcionales en favor de la salud.

Tomando en consideración los escenarios, el lenguaje y la edad del protagonista, real o ficticio, se observó que sólo menos de la mitad de los comerciales (48.3%) están dirigidos a niños, un poco más de la mitad de ellos se dirigen a otros públicos: adolescentes (28.3%), público en general (18.5%), adultos jóvenes (2.8%) y a niños y papás (1.9%). En otras palabras, los mensajes publicitarios de alimentos y bebidas no alcohólicas que se transmiten durante las *barras infantiles* se dirigen principalmente a niños y a adolescentes (76.6%). La mitad de estos comerciales utilizaron promociones, sorteos y concursos.

En la mayoría de los comerciales resalta un lenguaje imperativo, con frases como: "consíguelos", "coleccionalos", etc., lo que crea una sensación de urgencia por adquirir el producto.

Respecto de la promoción de hábitos saludables en comerciales, 96% no promovió ningún hábito, 13.4% lo hizo a través de la leyenda "Lléname de energía con 30 minutos de ejercicio al día" y sólo un comercial (0.5%) promovió hábitos saludables de manera explícita. Se identificó que las leyendas de salud y/o mensajes promotores de una alimentación correcta que por ley deben incorporarse de acuerdo con la legislación vigente en la materia, se limitaron a lo siguiente: "Come bien", "Aliméntate sanamente" (54.7%). Son imprecisos y no fomentan mejores hábitos de alimentación o higiene.

Continúa...

## ... continuación

Es importante mencionar que un 23% de comerciales presentaron leyendas que se basan en las características del producto, que no promueven hábitos saludables y que pueden inducir a error, por ejemplo: refresco Manzana Lift “La manzana es sana”, Domino’s Pizza “La pizza te nutre”, Cheetos “El queso da energía”, Alpura “Crece con leche”, Jugos del Valle “Toma lo nutritivo”.

Este estudio demuestra el gran alcance que tienen los medios publicitarios en niños y jóvenes, y por lo tanto la importancia de identificar mensajes y estrategias que promuevan conductas que propicien obesidad en población vulnerable.

## 2.2.6 SEDENTARISMO Y ACTIVIDAD FÍSICA

En la Encuesta Nacional de la Juventud 2005 se observa que 60% de los mexicanos jóvenes (de 12 a 29 años de edad) no practica actividades físicas, mientras que un 39.8% sí, siendo los hombres quienes hacen más ejercicio (cuadro 2.11).

De este casi 40% de jóvenes que practican alguna actividad física, 23.6% lo hace diariamente, 36.6% tres veces por semana y 32.7% por lo menos una vez por semana. Esto nos enseña que 60% de los jóvenes mexicanos que desarrollan alguna actividad física lo hacen por lo menos tres días a la semana (cuadro 2.12).

Según informes de la ENSANUT 2006, 35.2% de los adolescentes (entre 10 y 19 años de edad) son activos, 24.4% son moderadamente activos y 40.4% son inactivos. Por otro lado, más de 50% de los adolescentes pasa más de dos horas diarias frente a un televisor y de éstos más de una cuarta parte hasta tres horas por día en promedio (Hernández *et al.* 1999) (cuadros 2.13 y 2.14).

Moodie (Moodie *et al.* 2006), en su reciente publicación *Obesidad infantil, un signo del éxito comercial, pero un fracaso de mercado*, estudia la relación del consumo de alimentos de alta densidad energética con la consecuencia del éxito comercial en múltiples productos, mismos que fomentan la comercialización, el sedentarismo y la ingestión energética inadecuada.

El PRONASA 2007-2012 (SSA 2007), contempla incorporar como una línea de acción a la actividad física saludable. La Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud 2007-2012 identifica a la actividad física como un determinante de la salud.

## 2.2.7 AMBIENTE OBESIGÉNICO

El ambiente obesigénico es aquel caracterizado por la abundancia de comodidades, sedentarismo y mayor acceso a alimentos de alta densidad energética y bebidas con alto contenido de azúcar. Este ambiente de constante desarrollo tecnológico y comodidad para la vida cotidiana afecta de forma directa a la incidencia de obesidad.

Las horas que pasan las personas frente a aparatos electrónicos han ido aumentando con el paso del tiempo. Existe una diversidad de alimentos con mayor densidad energética a bajo costo, el tiempo destinado a la preparación de alimentos es menor, el uso de los aparatos motorizados ha disminuido el tiempo de actividad física.

## 2.2.8 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

De acuerdo con estimaciones de la OMS, en el mundo existe una gran carga por ECRN con un rápido crecimiento. En el 2001 las ECRN representaron aproximadamente el 60% de los 56 millones de muertes anuales y un 47% de la carga global de la enfermedad (OMS 2002b). Por ello, los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, entre ellos México, solicitaron a su director general (en la Asamblea Mundial de Salud del 2002) desarrollar una estrategia global de dieta, actividad física y salud a través de un amplio proceso de consulta (WHO 2004b). En mayo del 2004, la Asamblea Mundial de Salud, ratificó la Estrategia Mundial de Dieta, Actividad Física y Salud de la OMS (WHO 2004a).

Países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, entre ellos México, solicitaron a su director general (en la Asamblea Mundial de Salud del 2002) desarrollar una estrategia global de dieta, actividad física y salud, a través de un amplio proceso de consulta (WHO 2004b).

**Cuadro 2.11** Actividad física en la población de 12 a 29 años de edad, México, 2005

GRUPOS DE EDAD Y SEXO			¿PRÁCTICA ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA?		
			Sí %	No %	NC %
Nacional	Hombre	12 a 14	63.90	35.80	0.30
		15 a 19	58.50	41.20	0.30
		20 a 24	45.10	54.40	0.50
		25 a 29	34.20	65.70	0.00
		Total	50.10	49.60	0.30
	Mujer	12 a 14	47.80	52.20	0.00
		15 a 19	40.20	59.80	0.00
		20 a 24	19.30	80.40	0.40
		25 a 29	15.40	84.60	0.00
		Total	29.80	70.10	0.10
	Total	12 a 14	56.00	43.80	0.20
		15 a 19	49.00	50.90	0.20
		20 a 24	32.10	67.50	0.40
		25 a 29	24.50	75.50	0.00
		Total	39.80	60.00	0.20

Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud, 2005 (IMJ 2005)

Las bases que se plantean en este documento son concordantes con la estrategia mundial de la OMS, a la cual México como país miembro se adhirió (WHO 2004a). El desarrollo de la estrategia mexicana constituye uno de los principios básicos de acción identificados por la Asamblea de la OMS para los países miembros. De igual manera, se recogen en este documento las recomendaciones de la “Estrategia Regional” y del “Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas”, publicados por la OPS en el año 2007 (OPS 2006). Además de ser consecuente con la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud (ENPPS) y el PROSESA, 2007-2012 (SSA 2007).

Con el fin de apoyar la formulación de políticas y programas, la OMS ha publicado diversas herramientas y reportes con evidencia para sustentar y orientar a los gobiernos del mundo con información sólida (cuadro 2.15). Actualmente se cuenta con evidencia científica irrefutable sobre la eficacia de diferentes intervenciones preventivas que pueden prevenir hasta 80% de los casos de diabetes y enfermedades cardiovasculares, y hasta en 30% de algunos tipos de cáncer. Si bien falta mucho por entender sobre la efectividad de diversas estrategias y políticas para la prevención de la obesidad, y es necesario continuar con la investigación para el desarrollo de intervenciones efectivas en prevención primaria y secundaria, la magnitud de la epidemia y la gravedad de sus consecuencias ha hecho reconocer a múltiples grupos expertos que se requiere de acción urgente, aplicada en paralelo con sistemas de monitoreo y evaluación, que permitan aprender lecciones en el camino, con base en evidencia científica (Koplan, Liverman y Kraak 2004). Asimismo-

Cuadro 2.12 Frecuencia de actividad física en la población de 12 a 29 años de edad, México, 2005

GRUPOS DE EDAD Y SEXO			¿CON QUÉ FRECUENCIA DESARROLLAS ESTA ACTIVIDAD FÍSICA?				
			TODOS LOS DÍAS %	TRES VECES POR SEMANA %	UNA VEZ POR SEMANA %	ALGUNAS VECES POR MES %	ESPORÁ- DICAMENTE %
Nacional	Hombre	12 a 14	36.90	32.50	28.00	2.40	0.00
		15 a 19	20.30	41.00	30.40	7.10	0.90
		20 a 24	19.90	24.40	47.30	7.50	0.80
		25 a 29	23.40	22.30	50.70	2.30	0.60
		Total	24.80	31.70	37.20	5.20	0.60
	Mujer	12 a 14	22.30	44.20	29.00	3.90	0.20
		15 a 19	17.50	48.50	24.20	4.30	5.40
		20 a 24	18.40	46.20	25.40	7.60	1.90
		25 a 29	38.10	29.80	20.40	8.60	1.80
		Total	21.60	44.50	25.30	5.30	2.90
	Total	12 a 14	30.80	37.40	28.40	3.00	0.10
		15 a 19	19.10	44.20	27.80	5.90	2.80
		20 a 24	19.40	31.00	40.60	7.60	1.10
		25 a 29	28.20	24.70	40.80	4.40	1.00
		Total	23.60	36.60	32.70	5.30	1.50

Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud, 2005 (IMJ 2005)

mo, otros grupos han desarrollado reportes completos, integrando la evidencia e identificando estrategias para prevenir las enfermedades crónicas. Entre éstos destacan reportes del Instituto de Medicina de los Estados Unidos que se han enfocado en estrategias de prevención de la obesidad infantil (Catherine, Liverman y Parker 2008; IOM December 2005; Koplan, Liverman y Kraak 2004). Esta institución colaboró con el Instituto Nacional de Salud Pública en 2007 en el desarrollo de un libro sobre prevención de la obesidad en niños y adolescentes de origen mexicano (López-Ridaura *et al.* 2007). También la Unión Europea (UE) en colaboración con la OMS ha desarrollado un reporte internacional que identifica estrategias de acción ante el reto de la epidemia en la región (WHO-EU 2007). Estos reportes hacen un llamado urgente para aumentar los esfuerzos legislativos para la prevención de la obesidad.

Algunos países han optado por crear una plataforma multisectorial para implementar estas recomendaciones (como Alemania). Otros países han diseñado una estrategia nacional sobre regimen alimentario y actividad física, que guía la aplicación (Brasil, Noruega, Polonia, España y Suiza). En la UE las políticas de salud pública en nutrición están mostrando un rápido desarrollo, que refleja la voluntad política y el interés por los sectores sociales en combatir esta epidemia. Un ejemplo es el Tratado de Amsterdam de 1997, que tiene como objetivo salvaguardar la salud pública en el proceso de toma de decisiones, mientras que en Francia las políticas en salud pública y nutrición se ha fortalecido por la resolución sobre salud y nutrición del año 2000 (MES 2001). Recientemente se estableció una red de nutrición y actividad física, como foro de discusión y órgano asesor para la salud pública en nutrición en el programa de salud

Todo marco conceptual publicado en alguna fuente arbitrada, que trata de explicar la etiología de la obesidad identifica la influencia económica, social, y los entornos local y familiar, además del papel del individuo

**Cuadro 2.13** Distribución porcentual de actividad física en adolescentes, México, ENSANUT 2006

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA	MUESTRA NÚMERO	EXPANSIÓN		
		NÚMERO (MILES)	%	IC95%
Inactivo	10 388	9 185	40.4	(39.2, 41.5)
Moderadamente activo	5 978	5 551	24.4	(23.6, 25.2)
Activo	8 555	8 008	35.2	(34.1, 36.4)
Total	24 921	22 744	100.0	

Fuente: Olaiz-Fernández *et al.* 2006

**Cuadro 2.14** Distribución porcentual del tiempo frente a un aparato de televisión en adolescentes, México, ENSANUT 2006

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA	MUESTRA NÚMERO	EXPANSIÓN		
		NÚMERO (MILES)	%	IC95%
≤ a12 horas a la semana	12 273	11 135	49.0	(47.6, 50.3)
> a 12 horas a la semana	6 042	5 321	23.4	(22.5, 24.3)
≥ 21 horas a la semana	6 606	6 288	27.6	(26.5, 28.9)
Total	24 921	22 744	100.0	

Fuente: Olaiz-Fernández *et al.* 2006

de la UE 2003-2008 (Kafatos y Codrington 2000). En total, seis de los 15 países de la UE están implementando el Plan Nacional de Nutrición, mientras que en dos países se presenta como programa y en uno como política de salud (DNBH 2003; MES 2001; MvV 2003; NNCF 2003; NPA 2006; SNIPH 2000).

La participación de los diferentes sectores públicos, la amplitud y la configuración de las políticas en nutrición, así como la participación de la industria privada en la política nacional en nutrición han sido cuestión de debate, y organismos como la OMS lo reconocen como un tema prioritario que debe atenderse (Deloitte January 2008; Rivera-Dommarco *et al.* 2001).

Responsabilidad individual y responsabilidad social

En todos los países se reconoce la importancia de las escuelas y del ambiente escolar en su política nutricional y se están desarrollando actividades para abordar este entorno, como un eje prioritario para la prevención

Se ha evaluado el papel que tiene el consumidor en la prevención de enfermedades no transmisibles asociadas con la dieta y la actividad física; se ha determinado que el individuo es cada vez más responsable de su salud, siempre y cuando exista un entorno propicio para optar por estilos de vida saludables (Kafatos y Codrington 2000). Sin embargo, diversas condiciones comunes en este mundo globalizado, como el aumento de alimentación fuera del hogar, limitaciones de tiempo, urbanización con una decreciente actividad física, disminución del consumo de frutas, verduras, granos y leguminosas y un aumento paralelo del consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcar y sal, entre ellos leche entera, bebidas azucaradas y alimentos procesados, se han asociado con epidemias de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares (Barquera *et al.* 2007; Barquera *et al.* 2006; Durazo *et al.* 2008; Michael 2006;

**Cuadro 2.15** Reportes e informes de la OMS para sustentar y orientar la formulación de políticas nacionales de prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas

- 
- Informe técnico sobre el régimen alimentario, la nutrición y la prevención de enfermedades crónicas (WHO 2003a);
  - Informe técnico sobre la prevención de la obesidad (WHO 2000b);
  - Informe técnico sobre la preparación y aplicación de directrices dietéticas según los alimentos (WHO 1998);
  - Herramientas de vigilancia y seguimiento STEPS y GSHS (GSHS 2008; NNCF 2003; WHO 2008a);
  - Base de datos global de la OMS (InfoBase) (WHO 2008b)
  - Informe mundial sobre la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas (FSA 2001);
  - El marco OMS/FAO para la promoción de las frutas y verduras en el ámbito nacional (WHO 2005).

Están en preparación otras herramientas, tales como: directrices para asociaciones públicas-privadas con la industria alimentaria y de las bebidas no alcohólicas; directrices de actividad física; mejores prácticas de intervenciones en la población; marco de indicadores para el seguimiento de la sanidad medioambiental en la infancia, etc.

---

Rivera-Dommarco *et al.* 2002; WHO 2000a; WHO 2004a). Por ello, los prestadores de servicio son reconocidos por la OMS como un sector importante que puede ayudar a la promoción de la salud (OPS 2006; Rivera-Dommarco *et al.* 2001). Al mismo tiempo deben promoverse ambientes propicios, que brinden opciones saludables, en entornos específicos como el trabajo y la escuela (SSA 2007). Básicamente, todo marco conceptual publicado en alguna fuente arbitrada, que trata de explicar la etiología de la obesidad identifica la influencia económica, social y los entornos local y familiar además del papel del individuo.

Si bien existe una responsabilidad individual para procurarse una adecuada salud y nutrición, la responsabilidad colectiva es determinante en grupos poblacionales que han experimentado cambios rápidos en oferta y acceso de alimentos, estilos de vida e ingreso, ya que la adaptación a nuevos entornos (ambiocontrol) toma tiempo y una gran parte de las respuestas a retos de salud se transmiten de generación en generación. Grupos vulnerables, como sectores de bajo ingreso, migrantes, niños y ancianos tienen mayor probabilidad de no contar con información adecuada para el autocuidado de la salud, pero podrían beneficiarse de un sistema que les procure información, apoyo y protección.

Los programas de prevención de la obesidad de diferentes países subrayan la importancia que tiene la libertad de elección del consumidor sobre sus alimentos en el proceso de determinación de la salud. Sin embargo, la mayoría de estos programas reconoce la importancia de la participación del ambiente social, de la industria alimentaria y de la comunicación, e identifican diversos agentes que intervienen en la problemática que rodea la epidemia de obesidad. El plan danés propone un esquema flexible de colaboración entre actores relevantes para ejecutar el programa y define claramente los objetivos que deben cumplir las diferentes partes interesadas (DNBH 2003). Uno de los objetivos centrales del plan sueco es promover el diálogo con la industria alimentaria, pero generando regulación estricta y acciones estrechamente supervisadas (BM 2008). En este contexto, el plan francés incorpora detalles de cómo informar a la industria alimentaria la forma en que sus mensajes comerciales deben cumplir las disposiciones nacionales (SNIPH 2000). En general, los planes buscan que la industria alimentaria reduzca el contenido de grasa, mejore la composición de ácidos grasos contenidos en sus productos, que disminuya la densidad energética y el contenido de sodio. También se establece claramente la responsabilidad que tiene la industria de aportar información adecuada y accesible a todos los niveles educativos, sobre el contenido nutricional de sus productos. De acuerdo a las recomendaciones de la OMS, los distintos planes de nutrición también han elaborado directrices para asegurar la calidad nutricional de las comidas fuera



del hogar. En todos los países se reconoce la importancia de las escuelas y del ambiente escolar en su política nutricional y están desarrollando actividades para abordar este entorno, como un eje prioritario para la prevención. La mayoría de los programas revisados reconoce que en las escuelas no sólo se pueden mejorar los conocimientos y las habilidades de niños y jóvenes en relación con la alimentación y la actividad física. Se reconoce también que en el corto plazo se puede mejorar sustancialmente la calidad de la dieta y los alimentos se proveen a través de los programas de ayuda alimentaria, incluidos los desayunos escolares. También se puede modificar de manera importante la calidad y la variedad de los alimentos que se ofertan en las cooperativas escolares. De la misma forma, los programas de educación física en escolares están siendo sujetos a una revaloración y reestructuración muy importante. La escuela se reconoce como un entorno muy importante para la promoción de la salud y en particular para la prevención de la obesidad.

La mayoría de las políticas de prevención de la obesidad que han sido implementadas se basan en las recomendaciones nutricionales de la OMS. Algunos países como Finlandia han alcanzado un alto grado de coordinación, donde todos los sectores involucrados fueron convocados por el Consejo Nacional de Nutrición en un esfuerzo por alcanzar un consenso al más alto nivel administrativo. En Inglaterra, las políticas de nutrición son competencia de sus estados miembros, por lo que las principales estructuras de gobierno (Agencia para Estándares de Alimentos y el Departamento de Salud), siguen un proceso de descentralización en cuanto a implementación de políticas y programas. El plan holandés es en gran parte ejecutado y coordinado a través del Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte y el Ministerio de Agricultura, Naturaleza y Calidad de los Alimentos. En los países escandinavos, instituciones específicas como los institutos nacionales de salud pública (por ejemplo, Suecia y Finlandia) son los ministerios a cargo. En Dinamarca, la acción nacional en materia de nutrición se encuentra centralizada en la Junta Nacional de Salud (MIH 2003).

## Reducción de las desigualdades sociales

Todos los planes operativos de nutrición dan lugar a estrategias adicionales que buscan reducir las desigualdades sociales. Desde hace tiempo los grupos vulnerables en la sociedad como las mujeres embarazadas, los niños y los ancianos se incluyen en todas las políticas activas. Por ejemplo, uno de los objetivos centrales en el plan sueco es promover la participación de las personas con discapacidad en su papel de consumidores de alimentos. La equidad social en salud es uno de los temas centrales en el plan danés, cuyo objetivo es crear una comunidad de red que provea apoyo social a grupos vulnerables específicos como los alcohólicos y los ancianos. Inglaterra se enfoca en actividades específicas y estudios para abordar los retos que los grupos de bajos ingresos se enfrentan en la consecución de estilos de vida saludables.

## Papel de las políticas y leyes de salud

Las leyes y las políticas públicas son instrumentos costo-efectivos que contribuyen a prevenir y controlar la obesidad y sus complicaciones. Cuando el mercado de libre competencia pone en riesgo la salud poblacional y crea inequidades en salud, éstas son necesarias para cambiar las reglas básicas a favor de beneficios para las poblaciones

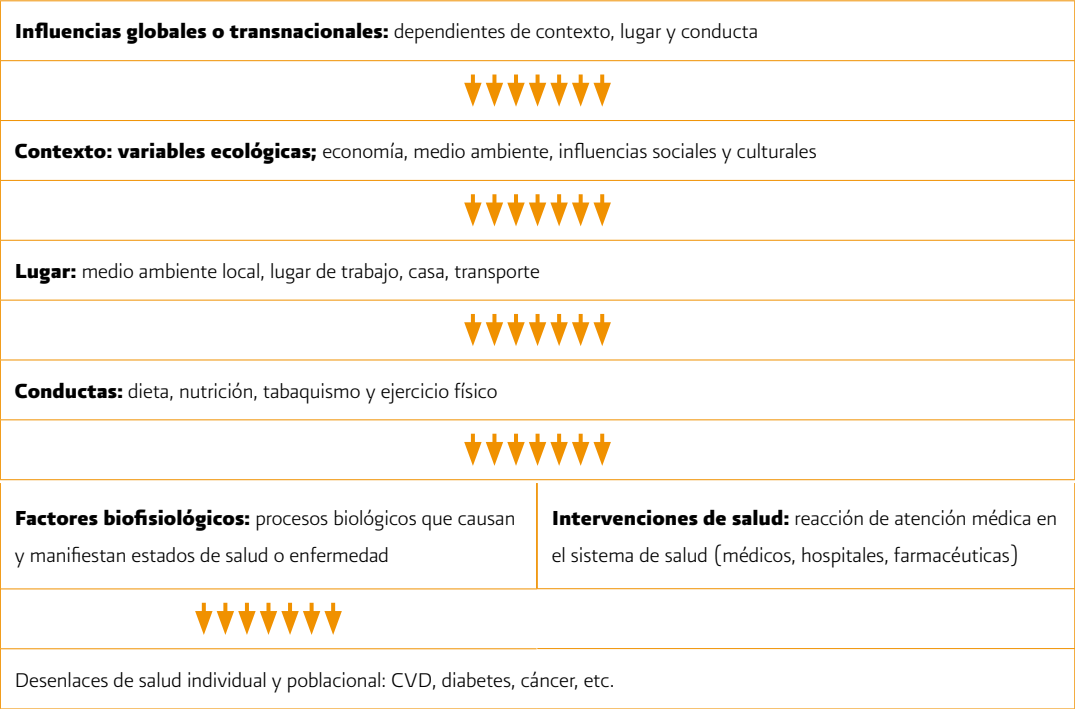
Las leyes y las políticas públicas son instrumentos costo-efectivos que contribuyen a prevenir y controlar la obesidad y sus complicaciones. Cuando el mercado de libre competencia pone en riesgo la salud poblacional y crea inequidades en salud, éstas son necesarias para cambiar las reglas básicas a favor de beneficios para las poblaciones.

Potencialmente se podrían identificar iniciativas de políticas que correspondieran a cada nivel de los determinantes jerárquicos asociados con la obesidad (cuadro 2.16). En prácticamente todo el mundo los países están poniendo en marcha leyes y políticas públicas para mejorar la alimentación y promover una actividad física regular. Estas políticas son muy variadas. Un enfoque sistemático permite analizar las posibilidades de acción para intervenciones en políticas.

Entre las principales iniciativas que se suelen implementar para mejorar la calidad de la alimentación y prevenir la obesidad y sus complicaciones. Hodge JG y colaboradores, identifican nueve grupos principales que se presentan a continuación junto con algunos ejemplos que actualmente se están llevando a cabo en el mundo (cuadro 2.17) (Hodge, Garcia y Shah 2008).

Sacks y colaboradores, desarrollan una matriz de dos dimensiones que permite identificar donde se pueden insertar estas iniciativas y el nivel de gobierno al cual le correspondería esa regulación (Sacks, Swinburn y Lawrence 2008). En el caso del componente alimentario, una dimensión esta dada por los distintos niveles de gobierno (gobernanza) y el otro por los sectores involucrados en la alimentación. Un modelo de matriz para este análisis sistemático se puede apreciar en el cuadro 2.18.

Cuadro 2.16 Modelo jerárquico de los determinantes del sobrepeso, obesidad y sus consecuencias



Adaptado de Magnusson y cols. Magnusson 2008

Cuadro 2.17 Iniciativas para mejorar la alimentación y prevenir la obesidad y sus complicaciones

	EJEMPLO	País
a) Incentivos para motivar conductas saludables y uso de herramientas financieras y económicas para desanimar conductas poco saludables	Reducción de impuestos para familias que participan en actividades deportivas	Canadá
	Cuotas de contribución al seguro nacional para empresas por cada empleado que sobrepase el límite aceptable de circunferencia de cintura	Japón
b) Requerimientos para mejorar la calidad de los alimentos, su diversidad o disponibilidad	En febrero de 2008 se emitió una iniciativa en Nueva York para aumentar los permisos para venta de frutas en aceras de barrios con altos índices de pobreza	EUA
c) Compensación a personas con daños que buscan recuperación	Diversos grupos de EUA están buscando ser compensados por el daño que les produjo la publicidad engañosa y los alimentos de cadenas de comida rápida	EUA

Continúa...

...Continuación

d) Restricción del acceso a alimentos poco saludables	Eliminación de bebidas azucaradas en escuelas	Francia
	Ley "IMPACTO" que regula bebidas y alimentos en escuelas a partir de otoño del 2008	EUA
e) Regulaciones enfocadas en influenciar la elección de los consumidores	El sistema de etiquetado de semaforización se adoptó de manera voluntaria en Inglaterra. Este sistema da una imagen altamente visible en el frente del paquete, en forma de un punto rojo, amarillo o verde reflejando las concentraciones de sal, azúcar, grasa y grasa saturada que tiene el producto	Inglaterra
f) Control de la mercadotecnia y publicidad	Estrategia NAOS. Códigos de autorregulación de publicidad. Desarrollo de guías alimentarias para familias, escuelas y negocios	España
g) Creación de comunidades que apoyan los estilos de vida saludables	Programa EPODE. Intervención comunitaria para prevenir obesidad infantil, basada en 4 pilares: 1) apoyo político del más alto nivel, 2) bases científicas sólidas; 3) mercadeo social y 4) participación multisectorial. Construye capacidades y habilidades personales y comunitarias relacionadas con la buena alimentación y la actividad física. Programa "Shape-up Somerville". Iniciativa de la Universidad de Tufts y la ciudad de Somerville en Massachusetts para fomentar actividad física y la alimentación saludable	Francia Unión Europea EUA
h) Estipulación de requerimientos mínimos de actividad física (entornos laborales) y educación física (entornos escolares)	Los estados de Connecticut y Kentucky han desarrollado leyes para que los niños escolares desarrollen un mínimo de actividad física diaria (2005)	EUA
i) Mandatos para la cobertura de atención del sobrepeso y la obesidad por las compañías de seguros	Ley que obliga a las obras sociales y empresas de medicina de prepaga a brindar cobertura a los trastornos alimentarios como la obesidad, la bulimia y la anorexia	Argentina
	Acta antidiscriminación de la obesidad del estado de Georgia, obliga a las aseguradoras a cubrir el tratamiento de la obesidad mórbida en sus asegurados	EUA

Continúa...

...Continuación

k) Mandatos para generar fuentes de información para uso gubernamental o de las OSC	Ley que determina la medición y reporte de peso y talla en las escuelas	Algunos estados de EUA, por ejemplo Arkansas y California
---	---	---

**Cuadro 2.18** Áreas de la política con influencia en el sistema alimentario

SECTOR	NIVELES DE GOBIERNO				
	GOBIERNO LOCAL (MUNICIPIOS)	GOBIERNO ESTATAL	GOBIERNO FEDERAL	INTERNACIONAL	ORGANIZACIONAL
Producción primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de la tierra</li> <li>• Jardines comunitarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Producción primaria</li> <li>• Subsidios e impuestos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Producción primaria</li> <li>• Subsidios e impuestos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Producción primaria</li> <li>• Subsidios e impuestos</li> </ul>	
Procesamiento de alimentos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salubridad de los alimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estándares de composición de alimentos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estándares de composición de alimentos</li> </ul>
Distribución	Permisos para venta de frutas y verduras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte de los alimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricciones de importación, subsidios e impuestos</li> <li>• Cuarentenas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdos de comercio</li> </ul>	
Mercadotecnia		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mercadeo a niños</li> <li>• Prácticas promocionales en escuelas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mercadeo a niños</li> <li>• Contenido nutricional en material de promoción</li> <li>• Protección al consumidor</li> </ul>		
Venta	Apoyo a productores locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Productos vendidos en escuelas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etiquetado nutricional</li> <li>• Afirmaciones de salud en alimentos</li> <li>• Sistema de incentivos para receptores de subsidios para comprar alimentos saludables</li> <li>• Impuestos y subsidios a alimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etiquetado nutricional</li> <li>• Afirmaciones de salud en alimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición de los productos en las tiendas</li> </ul>
Restaurantes	Tamaños de porción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salubridad</li> <li>• Información nutricional</li> </ul>			

Fuente: Modificado de Sacks, Swinburn y Lawrence 2008.

Si bien las áreas de influencia para promoción de actividad física son predominantemente competencia de los gobiernos locales y estatales (áreas seguras y adecuadas para practicar deporte; banquetas adecuadas e iluminadas para favorecer el transporte a pie; ciclovías y sitios de resguardo para bicicletas que faciliten el uso de este vehículo, instalaciones adecuadas en las escuelas para la práctica deportiva; acceso para grupos vulnerables, como poblaciones con discapacidad, adultos mayores, personas de bajo nivel socioeconómico, etc.), las oportunidades de intervención en el componente alimentario se reparten entre todos los niveles.

Al examinar las áreas de intervención para desarrollo de políticas de salud es necesario identificar leyes (o regulación) existentes que: a) fomentan el desarrollo de obesidad en la población (leyes obesigénicas): por ejemplo, leyes que permiten una gran concentración de expendios de comida rápida, subsidios a alimentos de alta densidad energética con altos contenidos de grasa o azúcar, etc.; b) sirven como barrera a esfuerzos para prevenir la obesidad: p. ej. leyes o regulación que impide controlar la oferta de alimentos en entorno escolar o el acceso de alimentos saludables en entornos laborales; c) que sirven como facilitadores para la prevención de obesidad: p. ej. clases de educación física obligatoria, zonas libres de automóviles, etc.; y d) finalmente es importante identificar áreas con vacíos o debilidades regulatorias que de modificarse facilitarían los esfuerzos para prevención de la obesidad: p. ej. la regulación del los sitios de parada del transporte público además de generar menos tráfico, obligaría a la población a caminar más, zonas seguras para ciclistas y peatones (Sacks, Swinburn y Lawrence 2008).

Además del sector público, otros sectores identifican como altamente importante el problema de la obesidad y el sobrepeso. Un estudio sobre tendencias en mercadeo identificó una preocupación de la industria por distintos problemas de salud pública, entre los que se reconoció al sobrepeso y a la obesidad como la crisis actual mundial. En esta crisis, la disponibilidad a bajos precios de las comidas y productos de rápido consumo y de alta densidad energética, así como de bebidas azucaradas, se encontraron en el centro del problema. Ante este reto la industria reconoce la necesidad de desarrollar nuevos productos y comidas saludables a precios razonables y accesibles para todas las clases sociales, lo cual se ha tornado en una demanda común en el mundo, conjuntamente con la aceptación de modificar sustancialmente los productos alimenticios de alta densidad energética y las bebidas azucaradas (Deloitte enero 2008).

Sin embargo, la industria lleva a la práctica estos cambios sólo si la demanda garantiza un éxito comercial. En otras palabras, las innovaciones responden más a incentivos económicos que a la responsabilidad social de las propias empresas. Por ello es tan importante construir una demanda de productos saludables en la población, a través de incentivos tanto a la población como a los productores. Suele suceder que cambios en productos exigidos a transnacionales por la estructura regulatoria de algún país, no son implementados en otros, aun cuando sean claramente benéficos para la población, lo cual se explica por el imperativo económico que determina la toma de decisiones. Así, el papel del sector alimentario como un aliado en la lucha contra la epidemia de obesidad, dependerá de la rapidez y la oportunidad con que se transforme, y de la fuerza con que los gobiernos y otros actores sean capaces de fomentar una demanda de productos saludables y desalentar los que por sus características puedan resultar nocivos para la salud.

La industria alimentaria ha promovido códigos de autorregulación como una alternativa a la regulación gubernamental, consciente de la gran responsabilidad social y de las consecuencias de sus actividades publicitarias, especialmente las dirigidas a niños (Ballesteros *et al.* 2007). Sin embargo, los códigos no son obligatorios y la falta de su cumplimiento no tiene consecuencias para la industria, aunque sí para la salud de la población, por lo que, si bien constituyen un gran avance, su impacto es limitado.

En un comunicado reciente, el Grupo Internacional de Trabajo en Obesidad (International Obesity Task Force [IOTF]) solicitó al Primer Ministro de Inglaterra formar un gabinete especial que encabece y atienda la grave situación de sobrepeso y obesidad de este país, así como identificar las necesidades de regulación y control para combatir la epidemia. En un fragmento de su comunicado este grupo concluye que, dada la relación entre dieta y salud, "la promoción de una mejor alimentación no puede seguir siendo una derrota en el campo de batalla en donde cada intento encuentra resistencia de fuerzas que defienden el interés a corto plazo del mercado y sus ganancias" y enfatizan que la industria tiene que acordar y convenir con las modificaciones necesarias (James 2007). Este mismo grupo, junto con la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (International Association for the Study of Obesity [IASO]), ha elaborado un proyecto de Código de Ética en relación con la publicidad dirigida a niños y adolescentes con el apoyo de 55 países. Este código se presentó a la OMS con el objeto de impulsar la promulgación de un código mundial sobre la materia. Aunque esto constituye un avance sustancial, la OMS ha reconocido que un código de ética sin regulación ni vigilancia suele ser inobservado. Por este motivo, los trabajos en proceso incluyen propuestas con componentes

La industria alimentaria ha promovido códigos de autorregulación como una alternativa a la regulación gubernamental, consciente de la gran responsabilidad social y de las consecuencias de sus actividades publicitarias, especialmente las dirigidas a niños (Ballesteros *et al.* 2007). Sin embargo, los códigos no son obligatorios y la falta de su cumplimiento no tiene consecuencias para la industria aunque sí para la salud de la población, por lo que, si bien constituyen un gran avance, su impacto es limitado

regulatorios que se enfocarán en los productos altos en grasas, azúcar y sal. Productos que en inglés se agrupan bajo el acrónimo HFSS (siglas de: *high fat, sugar y salt*) (Rayner, Scarborough y Stockley 2004).

### Regulación relacionada con la prevención de obesidad, sus complicaciones y el sector alimentario en el mundo: el caso de las grasas trans

Existen diversas experiencias en el mundo donde se presenta un consenso claro de la necesidad de regulación sobre uno o más de los sectores del sistema alimentario.<sup>5</sup> Un ejemplo es el caso de las grasas trans (Valenzuela *et al.* 2007). El proceso industrial de hidrogenación de los aceites y grasas para la elaboración de margarinas transforma a una proporción considerable de los ácidos grasos cis (AGC) a sus isómeros trans (AGT). Las grasas obtenidas de esta manera son muy apreciadas para aplicaciones industriales, ya que presentan características convenientes para la comercialización de alimentos, como es un periodo más amplio de conservación. Sin embargo, desde la década de los noventa, surgió evidencia científica documentando un incremento de lipoproteínas de baja densidad (colesterol LDL que aumentan el riesgo de mortalidad cardiovascular) y una reducción de lipoproteínas de alta densidad (colesterol HDL que reducen el riesgo de mortalidad cardiovascular) en la población (Grigol, León-Camacho y Vicario 2005). Investigaciones médicas subsecuentes han demostrado de manera inequívoca la relación entre la ingestión de AGT y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y muerte súbita de origen cardíaco (Mozaffarian *et al.* 2006; OPS 2007).

Este tipo de evidencias han hecho que exista un consenso generalizado sobre lo poco deseables que son los AGT en la dieta. Basados en ello, diversos países desarrollados fomentaron la reducción de este tipo de grasas en los alimentos. La sustitución de los AGT por grasas de mejor calidad es factible desde el punto de vista industrial. Grandes empresas han iniciado o terminado el proceso de sustitución de estas grasas tanto en Europa como en América Latina y en Estados Unidos. Dinamarca fue el primer país en el mundo en establecer el límite de AGT en los alimentos. La experiencia de Argentina es notoria porque la transformación en el sector de industria alimentaria se dio como un efecto domino, donde primero una pequeña empresa cambió de grasas trans a una variedad de aceite vegetal de alto contenido oleico (una grasa saludable) y gracias a la divulgación científica y periodística las grandes empresas comenzaron a hacerlo también, al punto en que 40% de las 30,000 toneladas de grasas trans producidas anualmente fueron reemplazadas en poco tiempo. A partir del 2007 los países miembros del Mercosur (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) han establecido que el etiquetado de alimentos debe incluir información sobre el contenido de grasas trans (Tavella *et al.* 2006). También en el 2007 se aprobó en Puerto Rico una "Ley para prohibir las grasas trans en todos los alimentos preparados y vendidos". Esta ley establece que ningún alimento que contenga grasas trans podrá ser almacenado, distribuido, reservado para servir a clientes o utilizado en la preparación de cualquier producto o menú servido en establecimientos dedicados al expendio de comida, incluyendo escuelas, hogares para ancianos, etc. Esta ley incluye penalidades a los infractores. Recientemente en Brasil se emitió la Declaración de Río de Janeiro denominada "Las Américas Libres de Grasas Trans", a la cual México se adhirió (Del-Águila *et al.* 2008).

Dado que la obesidad es una preocupación global por su tasa de crecimiento y gran prevalencia, la prevención es sin duda un reto que tiene que ver con un cambio de paradigma de los sectores involucrados, los cuales deberán aceptar la responsabilidad compartida para promover una población educada e informada para poder tomar decisiones adecuadas respecto a su salud.

El caso de las grasas trans permite identificar diversos elementos importantes para lograr un cambio sustancial a nivel poblacional en relativamente poco tiempo: 1) evidencia científica de los daños a la salud de las grasas trans, 2) fuerte presión social por alimentos mas saludables y conocimiento cada vez más generalizado sobre los efectos a la salud de los AGT; 3) posibilidad de desarrollar sustitutos a los AGT con características adecuadas para los procesos industriales; y 4) organización y regulación por parte de diversos gobiernos, estimulando a los productores a incluso adelantarse a las exigencias de modificación de grasas propuestas por éstos.

<sup>5</sup> Por ejemplo, en España, como parte de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS, 2007), se insertó el "Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos Dirigida a Menores, Prevención de la Obesidad y Salud". Dicho Código estableció como objetivo disminuir la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso, así como sus consecuencias, tanto en el ámbito de salud pública como en sus recursos sociales.

Existe ya una respuesta global importante de esfuerzos regulatorios algunos, de los cuales están logrando avances significativos. Japón espera reducir 10% la prevalencia de adultos con obesidad abdominal. Los niños en Estados Unidos se encuentran cada vez más protegidos de alimentos poco saludables en el entorno escolar. En México la regulación constituye un gran reto. Es fundamental lograr el desarrollo de una Ley General de Prevención y Control de la Obesidad con el fin de proteger mejor a la población y reducir la gran carga de la enfermedad por la obesidad y sus complicaciones. Entre los aspectos que tiene que considerar esta ley se encuentran: etiquetado e información al consumidor, entorno escolar, entorno laboral y publicidad de alimentos poco saludables, entre otros. En Estados Unidos tan sólo en el 2005, un total de 17 estados implementaron legislación relacionada con la calidad nutricional de los alimentos y bebidas en el entorno escolar. Otras medidas como la determinación de índice de masa corporal, tamizaje de DM2, práctica de actividad física y educación nutricional también han sido aprobadas por algunos estados. Finalmente, dos estados han aprobado un impuesto sobre alimentos y bebidas de poco valor nutricional y con los recursos se financiarán programas para la prevención de la obesidad infantil (NCSL 2005).

En el ámbito mundial, los países están generando leyes para prevenir la obesidad, porque ésta se reconoce como un riesgo muy importante para la salud de la población y tiene un alarmante costo económico. Existe un fuerte debate sobre las causas que deben ser consideradas en los esfuerzos de prevención, pero es claro que no se puede considerar responsabilidad individual y por lo tanto requiere de una intervención importante del Estado, como se ha concluido globalmente. Si bien los esfuerzos internacionales son recientes y todavía no existe un país que haya logrado revertir la creciente epidemia, todos los reportes técnicos sobre el problema reconocen que la mejor posibilidad de hacer frente a esta epidemia es atacando varios frentes con programas y políticas multisectoriales.

Es sumamente importante para el país una ley general que promueva una alimentación al seno materno; una dieta adecuada desde la infancia; un entorno escolar y laboral activo, con acceso a alimentos saludables, educación sobre nutrición y salud desde la primaria; así como el fomento de espacios y áreas recreativas que promuevan la actividad física. La experiencia internacional deja claro que la ley es un vehículo para que los estados logren las transformaciones necesarias que protejan a sus habitantes y aseguren un mayor crecimiento y bienestar.

## 2.3 POSIBLES TENDENCIAS

### 2.3.1 RETOS EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y SUS COMPLICACIONES EN MÉXICO

El problema de la obesidad y sus complicaciones plantea retos importantes no sólo para el sector salud, sino para toda la sociedad mexicana. El reto principal es consolidar el liderazgo de la Secretaría de Salud para promover y coordinar los esfuerzos y la respuesta social organizada incluyendo a todos los sectores y actores identificados.

Básicamente, todos los niveles del modelo ecológico presentan importantes desafíos. Uno de los más importantes retos será el fomento de un medio ambiente propicio para la generación de políticas y programas de prevención. Asimismo, será fundamental mantener y mejorar la vigilancia epidemiológica y el monitoreo del estado nutricional y sus determinantes en la población, ya que esta información contribuirá a retroalimentar y ajustar las políticas y los programas en curso. Además de este tipo de investigación se requiere aportar toda la evidencia posible sobre intervenciones exitosas para la prevención de obesidad y ECNT asociadas a la nutrición en el contexto nacional, estudios de costo, e impacto de la obesidad y sus complicaciones.

Otro tipo de estudios necesarios son los de evaluación de programas de prevención locales, estatales y federales. Se requerirá aumentar la inversión en prevención de la salud, ya que actualmente sólo un pequeño porcentaje del gasto público en salud se destina a este propósito. Estos recursos deberán utilizarse, entre otras cosas, para la formación de recursos humanos y para enfocarse en grupos vulnerables.

Se podría lograr una sinergia importante con otros sectores, como las Secretarías de Educación Pública, Economía y Agricultura para lograr importantes rendimientos de la inversión en promoción de la salud si los mensajes son consistentes.

Uno de los ámbitos más incipientes en el contexto mexicano es la participación de la sociedad, a través de grupos y organizaciones como padres de familia y grupos de defensa de los consumidores que en otros países son un actor fundamental. Es necesario fomentar una sociedad más participativa e interesada y con mayor demanda por alimentos y espacios saludables.

## 3. Fundamento estratégico

### 3.1 PROPÓSITO

Contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al revertir la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles que enfrenta el país, derivadas del sobrepeso y la obesidad, mediante el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad, en forma individual, comunitaria y nacional, que permitan mejorar la oferta y el acceso a alimentos y bebidas favorables para la salud, así como la promoción de la práctica de actividad física constante a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

### 3.2 VISIÓN

Para el año 2012 se habrá desacelerado y detenido el crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad en niños y jóvenes, gracias a la puesta en marcha de acciones concertadas con todos los actores sociales relevantes. De esta manera se logrará que la sociedad tenga un viraje hacia una cultura de entornos y comportamientos para un mejor consumo de bebidas y alimentos, así como un incremento en la actividad física, desacelerando con ello el incremento del sobrepeso y la obesidad en niños y jóvenes.

### 3.3 ALCANCES AL AÑO 2012

La población en general:

- Distinguirá una alimentación saludable de una alimentación de alta densidad energética.
- Discriminará entre las bebidas saludables y bebidas azucaradas, y otras bebidas de alta densidad energética.
- Tendrá acceso a una etiqueta didáctica en los alimentos industrializados.
- Tendrá acceso a alimentos libres de ácidos grasos trans.
- Dispondrá de alternativas de productos de baja densidad energética.
- Tendrá a su alcance una mayor oferta de productos alimenticios saludables.

La Secretaría de Salud, junto con los demás sectores involucrados:

- Impulsará el acceso a leches bajas en grasas.
- Concertará con los medios de comunicación y la industria a fin de evitar esfuerzos para promover el consumo de bebidas azucaradas y alimentos de alta densidad energética, especialmente en la población infantil.
- Impulsará, a través de los diferentes órdenes de gobierno, la creación de espacios para la actividad física, inclu-





yendo transporte público eficiente y seguro, y recuperación de parques y jardines.

- Consolidará el desarrollo y difusión de mensajes educativos sobre alimentación y bebidas entre las siguientes dependencias: SEDESOL (Liconsa, Diconsa, Oportunidades) SAGARPA, SEP, SSA, PROFECO, SNDIF.
- Actualizará las disposiciones normativas y el Reglamento de la Ley Federal de Salud en Materia de Publicidad.
- Impulsará la transformación de alimentos industrializados.
- Incrementará el acceso y la disponibilidad de productos con bajos contenidos de sal, azúcar y grasas.
- Dará la posibilidad de que 50% de los jardines de niños y 100% de escuelas primarias, secundarias y preparatorias públicas ofrezcan agua simple potable a los estudiantes.
- Impulsará la actividad física en el 100% de los jardines de niños y las escuelas primarias.
- Creará el Sistema de Evaluación del Estado de Nutrición y el Sistema de Vigilancia en Salud.
- Desarrollará una sección dentro de la plataforma de INEGI que facilite el seguimiento y el avance del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.

### 3.4 PRINCIPIOS

Con el fin de crear una política sustentable y efectiva, es necesario partir de los siguientes principios:

#### Responsabilidad compartida

Fomentar la cultura de la prevención del sobrepeso y la obesidad en los ámbitos individual y colectivo, tanto en el sector privado como en el público, para realizar acciones conjuntas que promuevan un cambio hacia hábitos y comportamientos saludables. Se debe fomentar un diálogo permanente, mediante la conformación de mesas de trabajo con los actores centrales para atender al entorno.

#### Enfoque anticipatorio

Mostrar el beneficio de anticiparse a las enfermedades mediante intervenciones sobre los determinantes de la salud.

#### Imparcialidad

Unificar criterios en la planeación de intervenciones y acciones dejando de lado valores, intereses y necesidades institucionales para difundir mensajes objetivos.

#### Interculturalidad

Reconocer las diferentes formas de entender y explicar la realidad en una sociedad, proponiendo el reconocimiento de la diversidad y el respeto por las diferencias, favoreciendo y fomentando un proceso equitativo de respeto y comprensión entre las personas y grupos de otras culturas, y de los valores, creencias y tradiciones como condición para el desarrollo de una cultura en salud.

#### Equidad

Tomar en cuenta las diferencias entre personas y grupos para avanzar hacia una sociedad más justa, promoviendo el desarrollo de sus capacidades a través de la formación de habilidades que favorezcan su salud.

## Evidencia

Sustentar las intervenciones con sistemas de información, registros, encuestas y análisis nacionales e internacionales que permitan generar nuevas evidencias, apoyándose en la validación con grupos focales, monitoreando el desarrollo de éstas para reorientarlas o reforzarlas en su caso. Realizar análisis de impacto atribuible a cada sector o intervención.

## Abordaje socioeconómico

Acortar la brecha entre los comportamientos individual y social, complementados con la mejora de los entornos físico y ambiental.

## Multifactorialidad

Tomar en cuenta las diversas causas del problema que enfrenta México, así como todas las posibles soluciones, con la participación de toda la población (multinivel) y con la actuación de todos los sectores (multisectorial) que tienen que intervenir en este Acuerdo y en los distintos órdenes de gobierno.

## Gradualidad

Las intervenciones derivadas de este Acuerdo se implantarán gradualmente, privilegiando aquellas que son de alto impacto y de fácil ejecución.

## Solidaridad

Compartir y dar apoyo a cada una de las intervenciones implementadas por lo diversos sectores.

## 3.5 PROPÓSITOS

1. Implementar y fortalecer una política nacional multisectorial y programas de acción para modificar el ambiente social y comercial, de manera que se facilite y habilite el desarrollo de comportamientos saludables en la población que le permitan modificar sus hábitos alimentarios y de actividad física para lograr una mejor salud.
2. Desarrollar e implementar las políticas públicas necesarias para modificar el ambiente social y comercial de manera que se facilite y habilite el desarrollo de comportamientos saludables en la población, los cuales le permitan modificar sus hábitos alimentarios y de actividad física, para lograr una mejor salud.
3. Incrementar la sensación de urgencia en relación con la epidemia de obesidad mediante información, conocimiento y sensibilización intersectorial.
4. Desarrollar en la población competencias que le permitan modificar sus hábitos alimentarios y de actividad física, para lograr una mejor salud.
5. Evaluar las intervenciones dirigidas hacia los determinantes favorables para la salud de la población.
6. Realizar investigaciones sobre las principales influencias del régimen alimenticio y de la actividad física en la salud.
7. Establecer el estudio y la evaluación de los distintos elementos del Acuerdo que gradualmente se registren dentro de la plataforma del INEGI.

### 3.6 MARCO JURÍDICO

En México concurren diversos instrumentos jurídicos definidos, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en sus leyes reglamentarias e instrumentos derivados. Entre ellos se destacan:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos  
Artículo 4°. Derecho a la Salud, párrafos tercero y sexto

Ley para la Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes  
Artículo 2°

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal  
Artículo 39, fracción VI.

Ley de Planeación  
Artículo 1°, fracción I. Artículos 9°, 21 y 23

Ley General de Salud  
Título Séptimo. Promoción de la Salud  
Capítulo III, Artículos 114 y 115

Ley Federal de Protección al Consumidor

Ley Federal de Radio y Televisión  
Ley general de Educación  
Capítulo I, Artículo 7, fracción X  
Capítulo II, Artículo 23, párrafo 2°  
Capítulo III, Artículo 75, fracción IX  
Capítulo V, Artículo 55, fracción II, y Artículo 59, párrafo 2°

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud  
Artículo 28, fracción I

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad

Reglamento de la Ley Federal de Protección al Consumidor

Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión

Norma Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-2005. Servicios Básicos de Salud.  
Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria

Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SCFI-2000. Prácticas Comerciales Elementales de Información en las Promociones Coleccionables y/o por medio de Sorteos y Concursos

Norma Oficial Mexicana, NOM-093-SSA1-1994. Bienes y Servicios. Prácticas de Higiene y Sanidad en la Preparación de Alimentos que se ofrecen en Establecimientos Fijos

Norma Oficial Mexicana, NOM-086-SSA1-1994. Bienes y Servicios. Alimentos y Bebidas No Alcohólicas con Modificaciones en su Composición

Norma Oficial Mexicana, NOM-051-SCFI-1994. Especificaciones Generales de Etiquetado para Alimentos y Bebidas Preenvasados

Norma Oficial Mexicana, NOM-169-SSA1-1998. Para la Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

Programa Sectorial de Salud 2007-2012

Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud

Las disposiciones vigentes instrumentan adecuadamente el marco normativo que faculta a la Secretaría de Salud para emitir y convenir las acciones intersectoriales en materia de sobrepeso y obesidad.



## 4. Desarrollo de políticas y acciones para la prevención del sobrepeso y la obesidad

Con la finalidad de diseñar los principales objetivos del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, un grupo técnico de la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y diversas instituciones académicas y de salud, ha seguido un proceso que involucró la revisión de la magnitud y trascendencia del problema en México, la evidencia científica internacional, así como las intervenciones que se han llevado a cabo en otros países y los diversos programas nacionales, estatales y locales. Posteriormente se hicieron diversas consultas con los sectores involucrados y se convocó a una reunión de expertos nacionales e internacionales en nutrición y prevención de obesidad y enfermedades crónicas, en la cual se evaluaron la evidencia, los objetivos y las acciones identificadas y se hicieron sugerencias que enriquecieron las políticas de control planteadas. Sin embargo, se reconoce que este proceso es continuo por lo que, para la revisión e implementación de los objetivos, se ha establecido un cronograma de consultas con los principales actores, entre los que destaca el Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo, el Consejo Nacional Agropecuario y la Confederación de Cámaras Industriales, entre otras, así como los diversos sectores involucrados.

A partir del diagnóstico de la situación en México se ha podido identificar claramente la necesidad de contar con una política integral, multisectorial, multinivel y con una coordinación efectiva para lograr cambios en los patrones de alimentación y actividad física que permitan la prevención de enfermedades crónicas, la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y la disminución de mortalidad cardiovascular y por diabetes mellitus tipo 2.

La combinación de estrategias y acciones que este Acuerdo incluye, contempla alcanzar las siguientes metas al 2012:

- Revertir, en niños de 2 a 5 años, el crecimiento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad a menos de lo existente en 2006
- Detener, en la población de 5 a 19 años, el avance en la prevalencia de sobrepeso y obesidad
- Desacelerar el crecimiento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta

La primera recomendación identificada por el grupo de expertos, así como en otras consultas a grupos académicos y del sector salud (y que forma parte de la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud) es constituir un mecanismo de coordinación en la forma de un "Consejo Nacional para la Prevención de la Obesidad", nombrado directamente por el C. Presidente de la República y conformado por expertos en el campo y representantes de los diversos sectores involucrados. Diversos países han creado organismos similares que han mostrado ser muy útiles para coordinar el trabajo multisectorial, generar abogacía, evaluar y monitorear los compromisos de la industria (autorregulación, publicidad dirigida a menores de edad, etc.) y de diversos sectores del gobierno (como práctica de actividad física en las escuelas). Además, han sido de utilidad para promover la creación de observatorios para la evaluación de resultados.



Dada la magnitud y complejidad del problema, este grupo puede dar un impulso integrador a los esfuerzos y puede fungir como un vínculo para comunicar acciones a la sociedad, al construir alianzas, educar y generar apoyo de la sociedad.

Como resultado de los trabajos de análisis se ha elaborado una “Matriz de oportunidades de acción”, en la cual se identifican los 10 objetivos prioritarios y los sectores participantes. Las diversas consultas a que se ha sometido esta propuesta han tenido el mandato de estudiar cinco puntos clave:

- La validez y relevancia de los antecedentes discutidos en el documento y su pertinencia como argumento para sustentar las acciones sugeridas
- La importancia de los objetivos y líneas de acción contenidas en la sección “Matriz de oportunidades de acción”
- Posibles oportunidades de acción u objetivos omitidos
- La jerarquía de las líneas de acción a ser enfatizadas a corto y mediano plazo con base en las condiciones, infra-estructura y entorno político actual de México
- Las líneas de acción con mayor oportunidad de generar consenso entre los actores clave (específicamente gobierno, industria, comunidad médica, expertos de la salud y público en general) y aquellas con el mayor potencial de ser adoptadas prontamente

Después de un análisis cuidadoso y basado en evidencia nacional e internacional se consensuaron los 10 principales objetivos en los que se puede basar una política de Estado para prevenir efectivamente el desarrollo de obesidad y enfermedades crónicas. Los primeros requieren tanto de una participación gubernamental como de una decidida voluntad individual (aumentar la actividad física, el consumo de agua simple potable y de frutas y verduras, etc.). La segunda mitad de los objetivos requieren de una participación importante del Gobierno Federal y de la industria para lograr resultados significativos (como reducir la cantidad de azúcar adicionada a los alimentos, eliminar las grasas trans en los alimentos industrializados, disminuir el tamaño de las porciones o limitar la cantidad de sodio adicionada en alimentos). Estos objetivos se pueden observar en el cuadro 4.1.

**Cuadro 4.1** Objetivos prioritarios para el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad consensuadas por el grupo de expertos convocado por la Secretaría de Salud

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.
10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

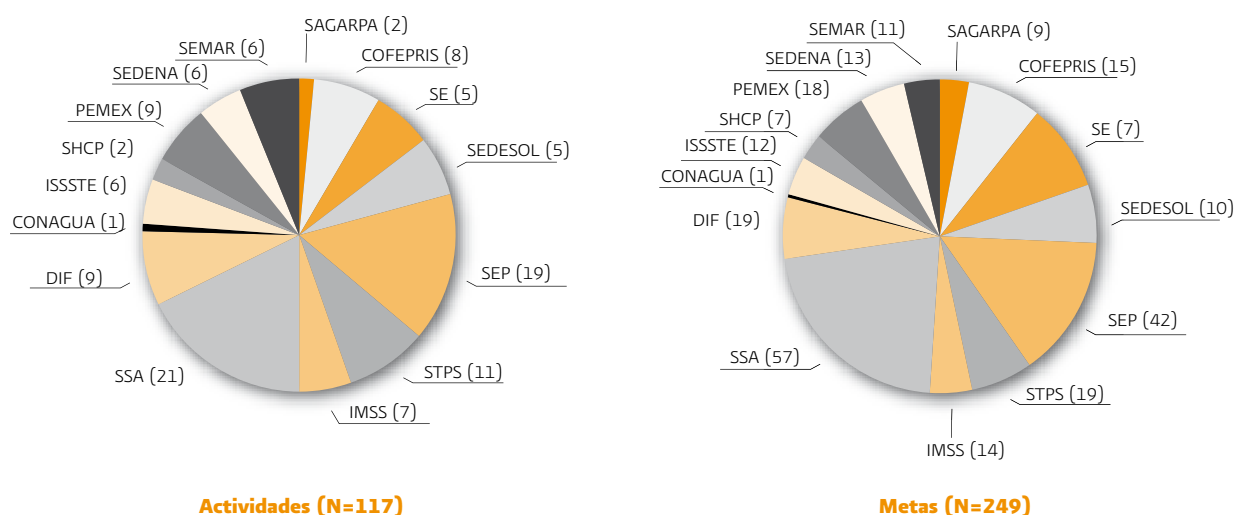
Para cada objetivo, el grupo técnico integrado por expertos de diferentes sectores de gobierno propuso acciones y configuró una matriz donde se identifica a los sectores que podrían contribuir. Entre los principales, además de la Secretaría de Salud, se encuentran: COFEPRIS, IMSS, ISSSTE, Secretaría de Economía, PROFECO, Secretaría de Educación Pública, CONADE, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, SAGARPA, SEDESOL, DIF, INMUJERES, organizaciones no gubernamentales, sindicatos, medios de comunicación, industria alimentaria y la academia, entre otros.

Posteriormente, estos objetivos fueron discutidos de manera intensiva por todos los sectores y subsectores del Gobierno Federal, en reuniones organizadas conjuntamente por la oficina de la Presidencia de la República y la Secretaría de Salud. Para cumplir con los 10 objetivos, se identificaron 117 actividades por realizar y 249 metas para el monitoreo de su implementación. La figura 4.1 resume su distribución por sector. Como es de esperarse, existen sectores con más acciones de competencia y metas que cumplir, como los de salud y educación, así como otros con menor número de actividades y metas.

En el anexo 1 se presentan las matrices de acciones por sector, en las cuales se señalan las responsabilidades específicas de cada sector, así como las metas identificadas, sobre las cuales será posible evaluar avances y resultados.

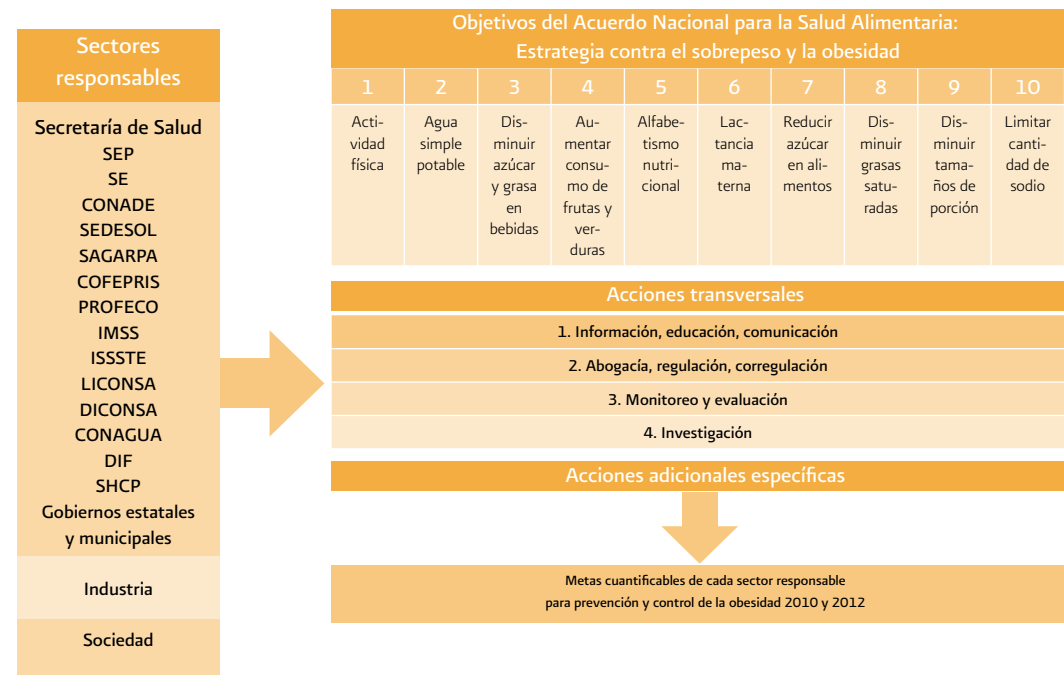
Este análisis por sector deja claro que uno de los aspectos más importantes de una política efectiva de prevención y control del sobrepeso y la obesidad y sus complicaciones es lograr acciones transversales, con participación de todos los sectores involucrados, ya que, como se ha expresado en el diagnóstico, se trata de una tarea que rebasa el ámbito del sector salud. Se requiere también de una participación activa de la industria y la sociedad. Sin este enfoque transversal las posibilidades de éxito serían limitadas. En la figura 4.2 se esquematiza el enfoque intersectorial y transversal necesario para lograr el impacto necesario.

**Figura 4.1.** Distribución de actividades y metas por secretarías o dependencias





**Figura 4.2.** Transversalidad del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad: participación de los actores para controlar la epidemia



El grupo de expertos propuso cuatro acciones horizontales que deben implementarse para los 10 objetivos consensuados que contemplan siempre como requerimiento fundamental la transversalidad para lograr cada objetivo. Las acciones son:

- 1. Información, educación y comunicación
- 2. Abogacía, regulación y corregulación
- 3. Monitoreo y evaluación
- 4. Investigación

1. Información, educación y comunicación

La primera acción responde a la necesidad y al compromiso del gobierno de fomentar el acceso a la información y el aumento de la capacidad de la población para tomar decisiones educadas y basadas en evidencia, que puedan mejorar la calidad de su alimentación y la actividad física. Es una condición indispensable, ya que aporta elementos para generar mejores conductas tanto individual como familiarmente. Un amplio grupo de sectores y subsectores participan en esta acción, incluyendo, además de la Secretaría de Salud, a la Secretaría de Educación Pública, a la Secretaría de Economía (por ejemplo, estableciendo las bases para la comunicación en etiquetado que deberán aportar los alimentos industrializados), a la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, a la Secretaría de Desarrollo Social, a la COFEPRIS, a la PROFECO, a la industria alimentaria y a los medios de comunicación, entre otros. Se ha identificado como una gran prioridad aumentar la información y la educación en nutrición y actividad física. Si bien éste ha sido siempre un objetivo central del sector salud y del Gobierno Federal, en la actualidad se ha concebido de forma integral junto con acciones en diversos ámbitos que se espera contribuyan al control efectivo del problema. En el ámbito internacional existe un fuerte movimiento encabezado por la Organización de las Naciones Unidas para limitar la publicidad dirigida a menores, especialmente la que tiene que ver con alimentos cuyo consumo excesivo puede aumentar el riesgo de obesidad y enfermedades crónicas. Por otro lado, se ha identificado la necesidad apremiante de información y de comunicación educativas que fomenten estilos de vida saludables. Por ello, esta línea de acción es horizontal y necesaria para los 10 objetivos propuestos.

## 2. Abogacía, regulación y corregulación

La participación de diversos sectores, con propuestas de acciones para una alimentación saludable y una mayor actividad física, incluyendo grupos de opinión, la industria y las secretarías de Economía, Salud y Hacienda, entre otras, es fundamental para alcanzar los objetivos propuestos. En este rubro se encuentran los códigos de autorregulación de la industria y las normas oficiales mexicanas de etiquetado, así como las evaluaciones de grupos de consumidores y la sociedad civil sobre publicidad y oferta de productos por parte de la industria; también se encuentran las acciones para generar conciencia en líderes de opinión sobre el problema de la obesidad y las enfermedades crónicas, así como la urgencia de implementar acciones para su prevención.

## 3. Monitoreo y evaluación

Toda iniciativa o política debe ser evaluada para identificar oportunidades de mejorar, asegurar el cumplimiento de acciones y corregir posibles fallas. Por ello, es prioritario que cada objetivo y sus acciones sean monitoreados para garantizar la implementación de acciones efectivas para su cumplimiento. En este sentido, se espera que el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) encabece los esfuerzos que permitan una evaluación positiva y con impacto creciente en las políticas públicas para la prevención del sobrepeso y la obesidad. Una evaluación estratégica reciente de este organismo sobre la política de nutrición y abasto de alimentos del Gobierno Federal es un antecedente importante en el ejercicio de evaluación del Acuerdo aquí descrito.

## 4. Investigación

La evidencia y el consenso internacional aportan evidencia que sustenta los 10 objetivos propuestos. Sin embargo, se requiere todavía de investigación adicional sobre la efectividad de diversas acciones e intervenciones en la modificación de conducta, la educación para la salud, el impacto de diversas alternativas de etiquetado y los efectos sobre la economía familiar de diversos tipos de impuestos y subsidios, entre otros aspectos prioritarios. Además, hay una agenda de investigación básica, clínica, epidemiológica y de sistemas de salud que permitirá alimentar la toma de decisiones sobre la materia en el futuro. Por ello, se recomienda que el Gobierno Federal apoye de forma importante la investigación aplicada y operativa relacionada con estos 10 objetivos y promueva que los gobiernos estatales, agencias financiadoras y organizaciones no gubernamentales hagan lo mismo.

### CONSIDERACIONES SOBRE LOS 10 OBJETIVOS IDENTIFICADOS

A continuación se presenta una breve descripción de cada objetivo identificado por el comité de expertos. Como el lector puede notar, en algunos casos se trata de objetivos ligados de manera predominante con la conducta de la población, y en otros, de acciones relacionadas con regulación o promoción de la salud. Sin embargo, en todos los casos se trata de objetivos con responsabilidades multisectoriales.

#### 1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social

El diagnóstico realizado por la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE) indica que en México la falta de cultura física se puede atribuir, en parte, a la poca participación de las escuelas en el fomento al deporte. Se le da poco valor curricular y nula importancia a las clases de educación física, lo que hace que los estudiantes no desarrollen ni afición por el deporte ni interés por aprender acerca de su relación con la salud. El mismo diagnóstico antes mencionado puso en evidencia lo siguiente:

- Poca calidad de las clases de educación física
- Pocas horas (a veces ninguna) dedicadas a la clase de educación física por semana
- Los jóvenes de entre 14 y 18 años dejan de practicar deporte, porque la materia deja de ser obligatoria en el bachillerato

- Incumplimiento de la recomendación de la UNESCO respecto de horas enfocadas al deporte
- Cobertura de maestros de educación física muy por debajo de las necesidades
- Instalaciones inadecuadas y sin equipo

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 documentó que únicamente 35% de los adolescentes de 10 a 19 años de edad pueden considerarse activos. Más de 50% de éstos ven 14 o más horas de televisión a la semana. En este grupo de edad, la inactividad física no sólo contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, también puede predisponer a enfermedades mentales, adicciones, acumulación de estrés y a un menor rendimiento escolar, incluso puede tener un efecto negativo en la interacción social. Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Pública documentó que el tiempo de actividad física moderada o vigorosa en escuelas de la Ciudad de México, incluida la actividad durante las clases de educación física y el recreo, es de sólo 60 minutos a la semana, lo que equivale a sólo una quinta parte del mínimo de actividad recomendado para niños en edad escolar, de 45 minutos diarios.

En las últimas décadas, la sociedad se ha vuelto menos activa, y esto, al reducir el número de calorías destinadas al movimiento, ha contribuido significativamente a la epidemia actual de obesidad y enfermedades crónicas. Por ello se identifica como primer objetivo de este Acuerdo la promoción de actividad física en todos los entornos, como un medio para prevenir la obesidad y tener una mejor salud. La Secretaría de Salud lleva a cabo diversos programas para apoyar este objetivo, entre estos destacan el programa “5 Pasos por su Salud” para una vida saludable así como acciones específicas de acción Alimentación, actividad física y salud, ambos con el propósito de incidir en la cultura de la población, para lograr la adopción a corto y largo plazo de estilos de vida saludables, que fomenten el autocuidado de la salud, incluida una adecuada alimentación, actividad física y el desarrollo de fuertes redes sociales. El programa “5 Pasos por su Salud” se coordinará con los programas y estrategias de salud de las instituciones del sector salud y de la CONADE, y fortalecerá las alianzas estratégicas en objetivos comunes, con el fin de mejorar su eficacia y disminuir la prevalencia de obesidad y facilitar, como ya se mencionó, la adopción de comportamientos saludables.

Sectores con gran responsabilidad para el logro de este objetivo son la Secretaría de Educación Pública y la CONADE, las cuales han planteado compromisos importantes para facilitar la práctica de actividad física diaria en el entorno escolar. Asimismo, otros sectores, como la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y los sindicatos, deberán activar un esfuerzo de abogacía para construir espacios más activos en el entorno laboral. Finalmente, los gobiernos estatales tienen una gran oportunidad de fomentar la actividad física, identificando fondos y apoyos para construir espacios comunes, seguros, bien iluminados y agradables para que las comunidades puedan caminar, hacer ejercicio y realizar actividades al aire libre. En este sentido, la participación de SEDESOL se ha sumado de manera importante, al integrar la actividad física a los programas Rescate de Espacios Públicos y Jóvenes en Oportunidades.

Como ya se mencionó anteriormente, otra sinergia importante se dará con la estrategia nacional en materia de cultura física y deporte lanzada por la CONADE que busca convertir al deporte en un eje del desarrollo social y humano de México y lograr que la activación física y el deporte se conviertan en un hábito en la vida de los mexicanos. Así, de manera conjunta, lograremos el objetivo común de que una gran parte de la población mexicana, independientemente de su edad y de su situación socioeconómica, practique de manera regular algún deporte o actividad física. También, desde los diferentes sectores, lograremos crear una nueva cultura física y de activación en todo el sistema educativo; de esta forma, la escuela será detonador de la cultura física y de la activación en el país.

## 2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable

Como ya se mencionó en el diagnóstico de la situación nacional, el acceso a agua simple potable se encuentra limitado. En algunos entornos, como el escolar, este problema es crucial y se complica ante la gran disponibilidad de bebidas azucaradas. La relación de este problema con la obesidad infantil ha sido documentada en numerosos estudios. En México se ha documentado que en este grupo de edad alrededor de 20% de la energía diaria total proviene de bebidas. Una estrategia básica para corregir esta situación debe ser asegurar la disponibilidad, accesibilidad y consumo de agua simple potable. Un grupo de expertos nacionales e internacionales elaboró recientemente un informe por encargo de la Secretaría de Salud denominado “Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana”, el cual identifica al agua como la elección más saludable para lograr una adecuada hidratación, y por lo tanto, es el líquido que el grupo de expertos recomienda como el de mayor consumo para lograr una vida saludable. Se espera

que un aumento en la disponibilidad, accesibilidad y consumo de agua simple potable permita que parte de la población logre controlar su peso.

En este objetivo la Secretaría de Educación Pública tendrá una participación muy importante, al dotar a las escuelas de bebederos de agua simple potable gratuita y fomentar una cultura que valore el consumo de agua como un hábito saludable. Igualmente, la CONAGUA impulsará políticas para dotar de agua simple potable a comunidades vulnerables que no cuentan con este servicio. La SEDESOL se sumará, a través de sus tiendas DICONSA, para aumentar la oferta de agua simple potable en las comunidades a las que surte de diferentes alimentos. Con este esfuerzo compartido se pretende aumentar el valor en términos de salud que la sociedad mexicana asigna al consumo de agua simple potable.

### **3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas**

Existe evidencia concluyente de que el consumo excesivo de azúcar se encuentra asociado con el desarrollo de obesidad y enfermedades crónicas (además de tener otras consecuencias como aumento de los problemas de salud bucal). También existe evidencia de que el porcentaje de las calorías totales que provienen de bebidas en México es sumamente alto en niños, adolescentes y adultos (entre 20 y 22% de las calorías totales). Existe amplia evidencia de que las bebidas tienen poca capacidad de saciedad e implican una pobre compensación dietética. Por otro lado, el consumo de leche entera representa un aporte importante de calorías, especialmente en niños, pero también en adolescentes y adultos, de acuerdo a datos recientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Además, pueden contribuir a niveles altos de grasa en la sangre de algunas personas; por ello, en países desarrollados se recomienda la leche descremada a partir de los dos años de edad. En México SEDESOL y LICONSA serán los sectores del Gobierno Federal con mayor injerencia para el logro de este objetivo, al fomentar que el consumo de leche distribuida gubernamentalmente sea sobre todo baja en grasa.

La ingestión de bebidas con aporte energético se asocia con un desbalance en el consumo de energía, lo que a lo largo del tiempo lleva al desarrollo de obesidad. Por eso es importante identificar mecanismos para reducirlo, incluyendo información, abogacía, regulación, corregulación, promoción de alternativas e incentivos a la producción de bebidas con menor contenido calórico. En este sentido, la Secretaría de Salud trabaja en colaboración con la Secretaría de Economía en reformular las normas oficiales mexicanas 051 y 086 para aportar información más clara que permita a los consumidores tomar mejores decisiones, incluido etiquetado que comunique el contenido de grasa, azúcar y calorías totales por ración en las bebidas. Asimismo, se prepara una norma oficial mexicana para fomentar el consumo de agua simple potable en la población y diversos incentivos para lograrlo. La Secretaría de Educación Pública se encuentra analizando iniciativas, como las presentadas en este informe, que en otros países han limitado las bebidas con azúcar adicionada en el entorno escolar. La Secretaría de Salud ha iniciado también trabajos con la industria de alimentos para acordar mecanismos que permitan una reducción de las calorías que se consumen en las bebidas en el ámbito nacional y para limitar su disponibilidad en grupos vulnerables como los niños en las escuelas.

### **4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo**

Por años se ha recomendado aumentar el consumo de frutas y verduras para obtener dietas más variadas, más ricas en micronutrientes y en fibra. Sin embargo, estos mensajes no han logrado detener la tendencia hacia el bajo consumo de estos alimentos. En México, en los últimos 10 años se ha registrado un decremento preocupante en el consumo de frutas y verduras.

Las dietas con proporciones altas de frutas y verduras tienen múltiples beneficios para la salud, producen mayor saciedad y por lo tanto contribuyen a reemplazar alimentos con un aporte mayor de calorías. Diversos sectores deben trabajar en coordinación para lograr una mayor demanda de estos alimentos; cadenas productivas que permitan una oferta adecuada y precios más accesibles; normas voluntarias (normas oficiales mexicanas) que apoyen y estimulen su consumo; campañas de educación y apoyo al desarrollo de tecnologías para aumentar su producción, distribución y disponibilidad en la población, con énfasis en los grupos de menores recursos.

El programa “5 Pasos por su Salud” de la Secretaría de Salud y el programa “5 por Día” de la SAGARPA buscarán promover mejores hábitos alimenticios que incluyan el consumo de al menos cinco porciones de verduras y frutas por día. Asimismo, la SAGARPA ha puesto en marcha diferentes actividades para incrementar el mercado agrícola, en un 30% en los siguientes 10 años.

#### **5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud**

Aumentar el conocimiento sobre la relación entre la nutrición y la salud es una condición indispensable para permitir que los individuos y las familias tomen mejores decisiones y que de forma corresponsable contribuyan a disminuir el riesgo de padecer obesidad y enfermedades crónicas. La principal herramienta para fomentar este conocimiento es la comunicación educativa en salud, un área multidisciplinaria que comprende el uso de diferentes técnicas, principios y teorías, especialmente de mercadotecnia social en salud y comunicación de riesgos. Uno de sus principales objetivos es fomentar la participación comunitaria y promover estilos de vida saludables.

La comunicación educativa en salud contribuye al diseño de intervenciones que busquen el cambio de actitudes, intereses, sentimientos y creencias de diversos grupos poblacionales, al pretender que la población a la cual se dirigen los mensajes logre: 1) asimilar información nueva que apoye la adopción de nuevos comportamientos; 2) adoptar el nuevo comportamiento; 3) modificar el comportamiento presente; 4) abandonar paulatinamente el comportamiento inadecuado; y 5) mantenerse en el nuevo comportamiento.

Asimismo, forma parte de un proceso integral, interactivo y de múltiples niveles para que la población reciba mensajes veraces y claros que faciliten la adopción de comportamientos favorables para la salud. Se deberá realizar por etapas, de manera que los mensajes se expongan el tiempo suficiente para que puedan ser decodificados, se comprendan, despierten interés, sean recordados y promuevan el empoderamiento, la confianza y la toma de decisiones con base en lo aprendido (Robinson 1998). Debido al alto índice de padecimientos vinculados con el sobrepeso y la obesidad, y a la evidencia mostrada en este documento, se han identificado tres comportamientos a modificar en cuanto a la percepción que las personas tienen sobre éstos y su salud, para ser tomados en cuenta en estas intervenciones:

1. El sedentarismo, que influye en la carga de morbilidad por su correlación con otros factores de riesgo, en particular la obesidad.
2. Los hábitos alimenticios inadecuados de las familias, que son transmitidos de padres a hijos y están influidos por varios factores, entre los que destacan la publicidad y la mercadotecnia, el lugar geográfico, el clima, la vegetación, las costumbres y las experiencias, la capacidad de adquisición, la información recibida, la forma de selección y preparación de los alimentos así como la forma de consumirlos, y la accesibilidad en términos de precio.
3. La percepción de riesgo, es decir, la conciencia, el establecer el vínculo causal entre los padecimientos crónicos aquí tratados y el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios. La evidencia muestra que las personas sanas o asintomáticas están mucho menos dispuestas a imponerse un cambio nutricional para prevenir una hipotética enfermedad futura y la preocupación por el peso y la salud en general es muy desigual y no tiene siempre la misma capacidad de actuar con fuerza sobre los comportamientos (Cáceres 2005). Es por esto que este Acuerdo da especial énfasis a los factores que generan un ambiente obesogénico. Factores tales como el mercado, la publicidad, el contenido de nutrientes en los alimentos, la disponibilidad de agua simple potable, y la disponibilidad de espacios seguros y apropiados para que la población pueda realizar actividad física, así como la problemática de la comida de la calle, la cual frecuentemente es densa en calorías, alta en grasa, alta en sodio y en ocasiones hasta insegura desde el punto de vista higiénico.

Esta Acuerdo reconoce explícitamente que el problema de la obesidad en México requiere de una participación gubernamental y social muy importante.

## **6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad**

La evidencia científica indica que haber sido alimentado al seno materno es un factor que disminuye la obesidad en la vida adulta y las mujeres que alimentan a sus hijos al seno materno tienen menor riesgo de desarrollar obesidad post-embarazo. La lactancia materna exclusiva en México es practicada por un porcentaje sumamente bajo de mujeres. Muchas madres inician alimentación complementaria a edades tempranas y reemplazan la leche materna por bebidas de menor calidad nutrimental, frecuentemente endulzadas, que contribuyen a la habituación a los sabores dulces y a la obesidad infantil. Además, la lactancia materna adecuada contribuye a la prevención de enfermedades crónicas en la vida adulta. La Secretaría de Salud buscará estandarizar los servicios de salud públicos, de forma que se encuentren en cumplimiento de las recomendaciones internacionales. Lo anterior incluye vigilancia de las prácticas de promoción y mercadeo de fórmulas lácteas a madres de recién nacidos.

El papel de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) para asegurar resultados en este objetivo es crucial. La STPS plantea promover la Norma Mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres, la cual incluye entre sus indicadores la infraestructura de apoyo para la lactancia, fortalecer las acciones de inspección en materia de condiciones generales de trabajo, haciendo especial énfasis en este rubro, así como promover, en el marco de modernización de la Ley Federal del Trabajo, la extensión del periodo de lactancia hasta el término máximo de seis meses (dos reposos de media hora para alimentar a sus hijos), o bien, cuando esto no sea posible, previo acuerdo con el patrón, se reducirá en una hora su jornada de trabajo durante el periodo señalado.

## **7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos**

Como se ha mencionado con anterioridad, en una población como la mexicana, en la cual el sobrepeso y la obesidad son dos de los problemas de salud pública más importantes, el consumo de azúcar debe reducirse como estrategia para lograr un menor consumo energético. Asimismo, el azúcar no aporta otros nutrientes que sean necesarios para la salud y se le ha asociado también con la incidencia de caries. Sin embargo, gran cantidad de productos industrializados –como refrescos, postres y golosinas– agregan azúcar para hacerlos más atractivos al paladar. Además, en los hogares se adiciona azúcar en exceso en la preparación de algunos alimentos. Su reducción como ingrediente de los alimentos preparados en el hogar puede lograrse con educación y promoción de la salud (por ejemplo, se revisará la posibilidad de poner leyendas en las bolsas de azúcar que adviertan sobre su posible contribución a la obesidad cuando se agrega en exceso y que no es un producto recomendable para personas con diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión. Para lograr reducir el azúcar adicionado en alimentos es necesario que la industria participe, desarrolle productos con menores contenidos de azúcar, y que el gobierno explore incentivos y regulación para producir un cambio en beneficio de la población. Como un ejemplo de incentivos, la Secretaría de Salud junto con la Secretaría de Economía se encuentran desarrollando una norma voluntaria para identificar y recomendar cereales altos en fibra, cereales de granos enteros que no hayan sido adicionados con azúcar ni sodio.

## **8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial**

Las grasas trans son aceites vegetales que mediante un proceso industrial se alteran para adquirir propiedades similares a las grasas saturadas, como una mayor consistencia (similar a la de la mantequilla o manteca). Esta consistencia resulta conveniente para diversos procesos en la elaboración de alimentos. Si bien la producción de grasas trans de origen industrial ha disminuido de manera significativa en los últimos años, se deben evaluar mecanismos para eliminar por completo su producción, dada la clara evidencia de sus efectos nocivos para la salud. En el caso de uso de grasas saturadas por industria artesanal y local se debe buscar su eliminación de forma gradual. Las grasas saturadas se encuentran presentes en diversos alimentos y bebidas de origen animal y su consumo debe ser lo más reducido posible. Debe desalentarse el uso de grasas de origen animal, así como manteca vegetal, margarinas y aceites con alto contenido de ácidos grasos saturados y trans para cocinar. Para esto es fundamental proporcionar información sobre las grasas y sus efectos en la salud, tanto a la población general, como a propietarios de expendios de alimentos y a la industria en general.

**9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas**

Una tendencia global en diversos países es la oferta de porciones de mayor tamaño por un pequeño aumento de precio y esta tendencia es paralela al aumento de la prevalencia de la obesidad. La evidencia científica ha demostrado que entre más grande es la porción mayor es la ingesta, por lo que este aumento en el tamaño de las porciones se considera parte del ambiente obesogénico, pues dichas estrategias resultan en incentivos que estimulan mayor consumo calórico. El aumento en el tamaño de las porciones aumenta hasta 180 kcal/día en niños y 270 kcal/día en adultos.

La Secretaría de Salud, junto con las instancias reguladoras y la industria, debe disminuir el tamaño de porción de alimentos e identificar otros incentivos comerciales que no se asocien con mayor consumo de calorías.

**10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio**

Una reducción en el consumo de sodio en la dieta sería posiblemente una de las formas más costo-efectivas de reducir la mortalidad cardiovascular en el país. El consumo de sodio (sal) total depende tanto de la sal agregada a los alimentos y en la mesa, como a la que contienen los alimentos industrializados. Una dieta alta en calorías generalmente es más alta en sodio y por ello las personas con sobrepeso y obesidad consumen más sodio al día que personas con un peso saludable. Además, el consumo de sodio complica el control de diversas consecuencias de la obesidad, como la hipertensión y la diabetes mellitus tipo 2.

En Canadá, la principal fuente de sodio en la dieta es el pan blanco, seguido de los cereales. En México existe un consumo importante de golosinas con sal y chile que comienza desde la infancia. La educación sobre los efectos de la sal en la salud es una necesidad apremiante en el país. Este objetivo será impulsado en los próximos meses como una de las estrategias principales de la COFEPRIS para reducir la mortalidad cardiovascular en México. Como con el azúcar, la Secretaría de Salud explorará la posibilidad de incluir en la sal comercializada leyendas que adviertan que añadir sal en exceso está contraindicado en la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión, y que puede ser nocivo para la salud. También se procurará estimular el consumo de sales bajas en sodio y estimular a la industria para que reduzca el contenido de sodio en sus productos.

**PAPEL DE LA INDUSTRIA EN EL ACUERDO NACIONAL PARA LA SALUD ALIMENTARIA: ESTRATEGIA CONTRA EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD**

La industria ha reconocido que combatir la obesidad se ha convertido en una prioridad nacional, en la que tanto los gobiernos como la sociedad deben actuar para lograr los impactos necesarios con el fin de revertir la gran carga que representa al país este problema de salud y sus consecuencias. La gravedad del problema hace necesaria la identificación, participación y corresponsabilidad de los diferentes sectores del gobierno, industria, familias e individuos.

En la actualidad se reconoce que hacer frente a la obesidad no es sólo una responsabilidad individual, sino también una responsabilidad de los gobiernos y de la industria alimentaria. Como muestra de ello, nueve de las más importantes compañías de alimentos, todas ellas con presencia en México, se comprometieron a apoyar la Estrategia Mundial sobre Dieta, Actividad Física y Salud OMS. Además, en diciembre de 2008 estas compañías, entre las cuales se incluye una mexicana (Bimbo), enviaron una misiva a la Dra. Margaret Chan, directora general de la OMS, y en ella presentaron un compromiso para limitar y normar la publicidad dirigida a niños menores de 12 años a partir de enero de 2009.

Por ello, para la consolidación de una política pública nacional de combate al sobrepeso y la obesidad es importante promover la transversalidad dentro de todos los sectores del gobierno y la participación de la industria y la sociedad.

De los objetivos identificados en este Acuerdo, la participación activa de la industria alimentaria es indispensable.

Una de las principales preocupaciones es la publicidad de la industria alimentaria dirigida a niños. Durante 2008 la Secretaría de Salud, la PROFECO y la industria avanzaron en un diálogo, que condujo al establecimiento de un primer código de autorregulación acotado a menores de 12 años, que entró en vigor en enero de 2009 y al que se le está dando seguimiento para medir su efectividad y poder mejorarlo progresivamente. Construyendo sobre esta experiencia

y esperando su evaluación en julio de 2009, ahora la Secretaría de Salud ha establecido un diálogo con la industria alimentaria en el que se ha propuesto el establecimiento de una mesa permanente de trabajo, para llegar a acuerdos progresivos tendientes a lograr resultados de beneficio para la salud. La industria ha señalado la importancia de actuar tanto sobre la oferta de productos como en los comportamientos de las personas, traducidos en sus demandas de productos y en su actividad física, así como concordando en la importancia de un entorno favorecedor. Igualmente, la industria ha identificado la cadena de producción al consumidor, así como las capacidades de comunicación como factor clave en el Acuerdo.

La industria entonces está proponiendo compromisos alternativos en los objetivos:

1. La industria alimentaria continuará colaborando con las autoridades y otros sectores empresariales, así como empleando los diferentes canales de comunicación con los que cuenta para promover entre los consumidores la práctica diaria de actividad física, siendo ésta uno de los pilares de un estilo de vida saludable.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Reducir la densidad energética de la dieta promedio de la población mexicana, mediante la reducción en el consumo de azúcares y grasas.
4. La industria colaborará con el cumplimiento de este objetivo, mediante la promoción entre la población del consumo diario de frutas y verduras, y continuando con la innovación y desarrollo de alimentos ricos en fibra, granos integrales, contenidos de fruta natural y otras propiedades funcionales, así como con la incorporación de nuevas tecnologías para la conservación y frescura de los alimentos.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisión de la población sobre la conformación de una dieta correcta, fomentando el alfabetismo en nutrición y salud y proporcionando al consumidor información más útil y práctica. La industria alimentaria contribuirá con este objetivo al desarrollar un etiquetado adicional con un formato amigable que permita seleccionar alimentos en el contexto de la dieta diaria.
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares añadidos de la dieta promedio de la población. Para coadyuvar al cumplimiento de esta meta, la industria alimentaria aumentará la disponibilidad de productos sin azúcares añadidos y los reducirá o sustituirá en la medida en que las condiciones tecnológicas, jurídicas y económicas así lo permitan.
8. Disminuir el consumo de grasas saturadas de la dieta promedio de la población. En contribución, la industria alimentaria aumentará la disponibilidad de productos sin grasa añadida y la reducirá o sustituirá en la medida en que las condiciones tecnológicas, jurídicas y económicas así lo permitan y continuará con el proceso de eliminación de grasas trans de origen industrial.
9. Coadyuvar a la población en el manejo del control de las porciones de las comidas, mediante la orientación en la preparación casera de los alimentos, la disponibilidad de porciones menores en restaurantes y expendios de alimentos y la diversificación de los tamaños de porción de los alimentos procesados.
10. Reducir el consumo de sodio de la dieta promedio de la población. La industria aumentará la disponibilidad de productos bajos en sodio, además de reducirlo o sustituirlo en la medida en que las condiciones tecnológicas, jurídicas y económicas así lo permitan.

Los trabajos de esta colaboración se encuentran en curso y, como con los otros sectores, se traducirán en acciones a corto, mediano y largo plazo.

Si bien en el ámbito internacional una de las principales preocupaciones es la publicidad de la industria alimentaria dirigida a niños, en estas mesas no se tratará ese aspecto por encontrarse ya en existencia un código de autorregulación de la industria de alimentos, cuyo cumplimiento está siendo monitorizado en la actualidad.





## 5. Conclusiones

El presente documento de trabajo constituye un análisis de la situación del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas en México. En él se revisa la evidencia sobre la magnitud del problema, sus causas básicas, subyacentes e inmediatas, identificando los componentes dentro de un marco conceptual ecológico y las implicaciones de esta epidemia. Posteriormente, se describen algunos de los esfuerzos internacionales documentados en prevención de enfermedades crónicas. Se plantean una serie de oportunidades para prevenir esta epidemia y los programas y herramientas disponibles en la actualidad para su control y se describen las iniciativas sometidas por el sector legislativo.

El análisis que de los determinantes contextuales del sobrepeso y la obesidad que se presenta en este reporte apoya la necesidad de una política enfocada en la modificación del entorno que produzca un cambio en el comportamiento del individuo a través de estrategias multisectoriales, intersectoriales y por orden de gobierno.

Se reconoce la necesidad de actuar inmediatamente; desarrollar nuevas políticas y actualizar las existentes, con los avances de la ciencia, de forma expedita en todos los sectores participantes, para todos los grupos de edad, para toda la población con énfasis en los grupos de alto riesgo y en una escala suficiente para tener impactos medibles. También se reconoce la necesidad de fortalecer a las agencias de salud pública y desarrollar recursos humanos capaces de apoyar en el estudio y solución de esta epidemia.

Por otro lado, es fundamental aumentar las fuentes de información y los sistemas para monitorear indicadores clave, así como evaluar todas las políticas y programas de intervención, promover el desarrollo de investigación en programas de salud pública para la prevención y trabajar con socios regionales y globales para aprovechar la experiencia y beneficios de sus políticas e iniciativas contra la epidemia.

Entre los aspectos fundamentales y más apremiantes se encuentra la necesidad de promover un plan de actividades para combatir la obesidad con tiempos y responsabilidades definidos, además de promover políticas y normas que permitan modificaciones en el entorno escolar, laboral y comunitario y desarrollar una sólida estrategia educativa.

Para la regulación, el grupo de expertos del taller de los Institutos de Medicina de EUA y el Instituto Nacional de Salud Pública de México identifica la necesidad de un sistema de salud pública que incluya desarrollo, aplicación y cumplimiento de las reglas, así como poder de litigación. La industria, por su parte, debe hacer un esfuerzo por identificar oportunidades que no pongan en riesgo la salud de los consumidores, generando productos más sanos, informando al público sobre una alimentación adecuada, formando alianzas para mejorar la calidad y aumentar la actividad física. Las medidas de autoregulación son un buen principio, pero el gobierno debe estar listo para regular en casos necesarios.

Uno de los retos más importantes pero también con mayor potencial de obtener beneficios es el trabajo de prevención en el entorno escolar. Aquí se ha identificado la necesidad de aprovechar el Programa Nacional de Educación Física como un vehículo para recomendaciones de actividad para una mayor salud. Otro reto es mejorar el conocimiento sobre la nutrición en los niños y adolescentes y hacer un esfuerzo importante por aumentar los recursos en las escuelas para tener espacios y horarios adecuados para actividad física y comida saludable, con acceso restringido a productos (caseros o industrializados) poco saludables. También se ha señalado la importancia de la colaboración con los medios de comunicación para que los niños reciban información uniforme de diversas fuentes.



Nunca antes se había concentrado de esta forma el esfuerzo del sector salud en la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas, tal y como lo refleja el Plan Nacional de Salud. Si bien es una tarea sumamente compleja, existe un amplio sector social dispuesto a poner manos a la obra. La Secretaría de Salud se plantea el abordaje de esta epidemia como uno de sus más importantes retos a futuro, asumiendo su papel y responsabilidad central. Este documento pretende ser un trabajo en continua actualización, integrando evidencia y nuevos conocimientos generados en los ámbitos nacional e internacional.

## 6. Bibliografía

- Adair LS, Kuzawa CW. (2001): Early growth retardation and syndrome X: conceptual and methodological issues surrounding the programming hypothesis. En: Martorell R, Haschke F, eds. Nutrition and Growth. Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program 47, pp. 333-346.
- Alexandratos N, ed. (1995): World Agriculture: Toward 2010 - An FAO Study (Agricultura mundial: hacia 2010 - Un estudio de la FAO). FAO y John Wiley & Sons, Inglaterra.
- Atalah E, Castillo C, Gomez C, Mateluna A, Urteaga C, Castro R, and Riumallo J. (1995): Malnutrition of the pregnant woman: an overestimated problem? Rev Med Chil 123, pp. 1531-1538.
- Bacallao J. (1995): Diet and health in the Americas: a review. En: Reunión Técnica sobre Obesidad en la Pobreza; Situación en América Latina. La Habana.
- Ballesteros AJ, Dal-Ré SMA, Pérez-Farinós G, Villar VC. (2007): La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS). Rev Esp Salud Publica 81(5), pp. 443-449.
- Barquera S, Hernández-Barrera L, Campos I, and Flores M. [en prensa] (2008a): Nutrición y salud pública: el principio de la prevención. Competencias en Salud Pública. Secretaría de Salud, México.
- Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández B, Flores M, Durazo AR. [en prensa]: Obesity and central adiposity in Mexican adults: results from the Mexican Health and Nutrition Survey 2006. Salud Publica Mex 2008.
- Barquera S, Hernández-Barrera L, Tolentino ML, Espinosa J, Ng SW, Rivera J, Popkin BM. (2008): Energy Intake from Beverages Is Increasing among Mexican Adolescents and Adults. Journal of Nutrition 138(12), pp. 2454-2461.
- Barquera S, Hotz C, Rivera-Dommarco J, Tolentino L, Espinoza J, Campos-Nonato I. (2006): The double burden of malnutrition. Case studies from six developing countries. FAO, Geneva: Food and Nutrition, pp. 164-198.
- Barker DJ, Clark PM. (1997): Fetal undernutrition and disease in later life. Rev Reprod 2, pp. 105-112.
- Barker DJ, Osmond C. (1986): Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. Lancet 1, pp. 1077-1081.
- Barker DJ, Gluckman PD, Godfrey KM, Harding JE, Owens JA, Robinson JS. (1993): Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. Lancet 341, pp. 938-941.
- Benefice E, Garnier D, Simondon KB, Malina RM. (2001): Relationship between stunting in infancy and growth and fat distribution during adolescence in Senegalese girls. Eur J Clin Nutr 55, pp. 50-58.
- Bingen J. (2004): A review of multi-stakeholder arrangements for representing farmers in agricultural development programmes and policy. FAO, Geneva.
- Banco de México. (2008): Banco de México. Disponible en: [www.banxico.org.mx](http://www.banxico.org.mx).
- Bonvecchio A, Safdie M, Monterrubio E, Gust T, Villalpando S, Rivera J. [en prensa] (2008): Overweight and Obesity Trends in Mexican Children 2 to 18 years for age from 1998 to 2006. Salud Publica Mex.
- Bonvecchio A. [en prensa]: Overweight and Obesity Trends in Mexican Children 2 to 18 years for age from 1998 to 2006.
- Cáceres J. (2005): La Incidencia de la Preocupación por la Imagen Corporal en Elecciones Alimentarias de los Jóvenes. En: Cuadernos de Antropología, edited by Zainak. España: Etnografía.
- Catherine BA, Liverman C, Parker LR. (2008): Community Perspectives on Obesity Prevention in Children. Workshop Summary. Institute of Medicine, Washington DC.
- Coe, G. (1998): Comunicación y Promoción de la Salud.
- Cheung YB, Low L, Osmond C, Barker D, Karlberg J. (2000): Fetal growth and early postnatal growth are related to blood pressure in adults. Hypertension 36, pp. 795-800.
- Del-Águila R, Hospedales J, Jacoby E, Kanda T, Meiner M. (2008): Las Américas libres de grasas trans. Organización Panamericana de la Salud, Río de Janeiro.
- Deloitte. (2008): Consumer Business Industry. Global Powers of Consumer Products industry.
- DGE-SSA. (2006): Dirección General de Epidemiología. Sistema Unico de Información Vigilancia Epidemiológica. Secretaría de Salud, México.

- DH. (2008): Healthy weight, healthy lives: a cross-government strategy for England. Department of Health, UK.
- Dibb, H. (1996): A spoonful of sugar. Television food advertising aimed at children: An International Comparative Survey. Consumers International.
- DNBH. (2003): Danish National Board of Health. National Action Plan against Obesity: Recommendations and Perspectives. Centre for Health Promotion and Prevention, Copenhagen.
- Drewnowski, A. (1999): Intense sweeteners and energy density of foods: implications for weight control. *Eur J Clin Nutr* 53, pp. 757-63.
- Drewnowski A. (1999): Sweetness, appetite, and energy intake: physiological aspects. *World Rev Nutr Diet* 85, pp. 64-76.
- Drewnowski A. (2003): Fat and sugar: an economic analysis. *J Nutr* 133, pp. 838S-840S.
- Drewnowski A, Darmon N, and A. Briend. (2004): Replacing fats and sweets with vegetables and fruits—a question of cost. *Am J Public Health* 94, pp. 1555-9.
- Drewnowski A, Maillot M, Darmon N. [en prensa] (2008) Testing nutrient profile models in relation to energy density and energy cost. *Eur J Clin Nutr*.
- Drewnowski A, Popkin BM. (1999): The nutrition transition: new trends in the global diet. *Nutr Rev* 55, pp. 31-43.
- Drewnowski A, Rolls BJ. (2005): How to modify the food environment. *J Nutr* 135, pp. 898-9.
- Drewnowski A, Shultz JM. (2001): Impact of aging on eating behaviors, food choices, nutrition, and health status. *J Nutr Health Aging* 5, pp. 75-9.
- Duncan T. (2001): Using Advertising and Promotion to Build Brands. Ed. Irwin /Mc Graw Hill.
- Durazo AR, Barquera S, Lazo EM, Franco M, Cooper RS. (2008): Cardiovascular disease surveillance in Mexicans and Mexican Americans: a tale of two countries. *Rev Panam Salud Publica* 23, pp. 119-124.
- Fernald LC, Neufeld LM. (2006): Overweight with concurrent stunting in very young children from rural Mexico. Prevalence and Associated Factors. *Eur J Clin Nutr* 58, pp. 532-540.
- Fjeld CC, Denu JM. (1999): Kinetic analysis of human serine/threonine protein phosphatase 2C $\alpha$ . *J Biol Chem* 274, pp. 20336-43.
- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. (2002): Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *Jama* 288, pp. 1723-7.
- Florencio TM, Ferreira HS, Franca AP, Cavalcante JC, Sawaya AL. (2001): Obesity and undernutrition in a very-low-income population in the city of Maceio, northeastern Brazil. *Br J Nutr* 86, pp. 277-84.
- FSA. (2001): Food Standards Agency. Nutrition Strategic Framework: Proposed Action Plan. FSA, London.
- González-Cossío T, Moreno-Macías H, Rivera-Dommarco J, Villalpando S, Shama T. (2003): Prácticas de lactancia materna en México: resultados de la segunda Encuesta Nacional de Nutrición 1999. *Salud Publica Mex* (sup 4), pp. S477-S489.
- González CD, González-Cossío T, Barquera S, Rivera-Dommarco J. (2007): Alimentos Industrializados en la Dieta de los Preescolares Mexicanos. *Salud Publica Mex* 49, pp. 345-356.
- González T, Rivera-Dommarco J, González D, Unar M, Monterrubio E. [en prensa] (2008): Child Malnutrition in Mexico in the last 2 decades: prevalences using the new WHO growth standards.
- Grigol VI, León-Camacho M, Vicario IM. (2005): Contenido de ácidos grasos trans en las margarinas: Evolución de las últimas décadas y tendencias actuales. *Arch Lat Nutr* pp. 55.
- GSHS. (2008): Global school-based student health survey. Geneva, World Health Organization. Disponible en: [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/assessment/gshs/en/](http://www.who.int/school_youth_health/assessment/gshs/en/) [consultado 2008 sep 8].
- Hernandez B, Gortmaker SL, Colditz GA, Peterson KE, Laird NM, Parra-Cabrera S. (1999): Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of video viewing among children in Mexico city. *Int J Obes Relat Metab Disord* 23, pp. 845-54.
- Hodge JG, Garcia AM, Shah S. (2008): Legal themes concerning obesity regulation in the United States: Theory and practice. *Aust New Zealand Health Policy* 5, p. 14.
- IMJ. (2005): Encuesta Nacional de Juventud 2005. México: Instituto Mexicano de la Juventud.
- IOM. (2005): Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity? Institute of Medicine.
- IOM. (2005) Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?
- James TP. (2007): Press Release - Immediate. Internacional Obesity Task Force 2007. Disponible en: <http://www.iotf.org/iotfrelease-211007.tHm>.

- Jennings-Aburto N, Nava F, Bonvecchio A, Safdie MS, Gonzalez-Casanova I, Gust T, Rivera-Dommarco J. (2007): "Physical Activity During the School Day in Public Primary Schools in Mexico City. Abstract 2nd International Congress on Physical Activity and Public Health.
- Kafatos AG, Codrington CA. (2000): Eurodiet Core Report, Nutrition & Diet for Healthy Lifestyles in Europe, Science & Policy Implications. Crete: University of Crete, School of Medicine and European Commission DG Sanco.
- Koplan, JP, Liverman CT, Kraak VA. (2004): Preventing childhood obesity: health in the balance. The National Academies Press, Atlanta.
- Kotler P, Roberto N, Lee N. (2002): Social marketing. Improving the quality of life. 2nd ed. Sage Publications, USA.
- Lara A. (2004): Reunión nacional de responsables del adulto y del anciano. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Secretaría de Salud, México.
- Lara A, Berber A, Aguilar-Salinas CA. [en prensa] (2008): Cost of obesity in Mexico with stress in type 2 diabetes mellitus and hypertension.
- Leon DA. (1998): Fetal growth and adult disease. European Journal of Clinical Nutrition 52, pp. S72-S82.
- Lopez-Ridaura R, Barquera S, Hernández B, Rivera J. (2007): Joint US-Mexico Workshop on Preventing Obesity in Children and Youth of Mexican Origin: Summary. En: IOM. (2007): Obesity Prevention in Mexican Children and Adolescents. Institutes of Medicine, National Academy of Sciences, Washington DC.
- Madore O. (2007): The impact of economic instruments that promote healthy eating, encourage physical activity and combat obesity. Literature Review. Library of the Parliament. Parliamentary Information and Research Service, Canadá.
- Madrigal HR, Miranda A Del Mazo, Ramirez D, Sandoval JN, Gutiérrez G. (2008): Cambios en el Patrón de Alimentos Según Resultados de Encuestas en el Medio Rural. 1957-2007. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Comunicación personal, México.
- Magnusson, RS. (2008): Obesity: should there be a law against it? Introduction to a symposium. Aust New Zealand Health Policy 5, p. 9.
- McGinnis J, Gootman J, Kroak V. (2006): Food Marketing to Children and Youth. Threat or Opportunity? Institute of Medicine of the National Academies. Food and Nutrition Board. The National Academy Press, Washington DC.
- Meléndez G. (2008): Ponencia "Factores Asociados al Sobrepeso y Obesidad en las Escuelas Primarias Públicas en México". Presentada en la: Reunión "Promoviendo la Vida Activa Saludable", realizada por el Internacional Bussines Leaders Forum (IBLF).
- MES. (2001): Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère de l'égalité à la Santé. Programme National Nutrition-Santé PNNS 2001-2005. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère de l'égalité à la Santé, Paris.
- Michael MJ. (2006): Appleton GM, Vivica IK. Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity? IOM.
- MIH. (2003): Ministry of Interior and Health. Healthy throughout Life: The Targets and Strategies for Public Health Policy of the Government of Denmark 2002-2010. Ministry of Interior and Health of Denmark, Copenhagen.
- Moodie R, Boyd S, Richardson J, Somaini B. (2006): Childhood obesity a sign of commercial success, but a market failure. Int J Pediatr Ob 1, pp. 133-138.
- Mozaffarian D, Katan MB, Ascherio A, Stampfer MJ, Willett WC. (2006): Trans fatty acids and cardiovascular disease. N Engl J Med 354, pp. 1601-1613.
- MvV. (2003): Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Langer Gezond Leven, ook een Kwestie van Gezond Gedrag [Longer and Healthy Life: Also a Matter of Healthy Conduct]. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- NCSL. (2005): Childhood obesity 2005. Update and overview of policy options. National Conference of State Legislatures, Washington DC.
- Neighbors, KA, Gillespie B, Schwartz K, Foxman B. (2003): Weaning practices among breastfeeding women who weaned prior to six months postpartum. J Hum Lact 19, pp. 374-80
- NNCF. (2003): National Nutrition Council Finland. Summary of the Action Programme for Implementing National Nutrition Recommendations. Helsinki: National Nutrition Council. Finland.
- NPA. (2006): Nutrition and Physical Action Network, NPA members, European Commission, Health and Consumer Protection Directorate General, Directorate G, Public Health, G3 Health Promotion, Health Monitoring and Injury Prevention. European Commission, Luxembourg.

- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. (2006): Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
- Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López P, Hernández M, Tapia R, Sepúlveda J. (2003): Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
- OMS. (2001): Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. 54ª Asamblea mundial de la salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OMS. (2002a): Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 55ª Asamblea mundial de la salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OMS. (2002b): Informe Sobre la Salud en el Mundo. Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OPS. (2006): Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, Incluyendo el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud, pp. 25-29. En: Sesión del Comité Regional: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. Aceites saludables y eliminación de los ácidos grasos trans de origen industrial en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.
- Perera OP, Nakash MB, Selechnik ES, Avila MS, Ortega FV. (2007): Impact of pregestational obesity on nutritional state of pregnant women of Mexico City. *Ginecol Obstet Mex* 74, pp. 77-88.
- Ravelli AC, van Der Meulen JH, Osmond C, Barker DJ, Bleker OP. (1999): Obesity at the age of 50 y in men and women exposed to famine prenatally. *Am J Clin Nutr* 70, pp. 811-6.
- Ravelli GP, Stein ZA, Susser MW. (1976): Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy. *N Engl J Med* 295, pp. 349-53.
- Rayner M, Scarborough P, Stockley L. (2004): Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and children's diets. Food Standards Agency.
- Rivera-Dommarco J. (2008): Patrones de alimentación en México. Comunicación Personal. Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Rivera-Dommarco J, Shamah T, Villalpando S, Cuevas L, Mundo V, Morales-Rual C. (2008): El estado nutricional de la población de México: cambios en la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988 a 2006. En: González-Cossio T, Rivera-Dommarco J, López-Acevedo G, Rubio SGM, Shamah T. (2007): Nutrición y Pobreza: Política pública basada en evidencia. Análisis crítico de la evolución de la mala nutrición durante las últimas décadas en México: Resultados de niños. *Salud Publica Mex* 49, pp. 267-269.
- Rivera-Dommarco J, Shamah T, Villalpando S, González T, B Hernández, Sepúlveda J. (2001): Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
- Rivera-Dommarco JA, Barquera S, Campos-Nonato I, Tovar J, Campirano F, Safdie M. (2002): Epidemiological and Nutritional Transition in México: Rapid increase of non-communicable chronic disease and obesity. *Public Health Nutrition* 5, pp. 113-122.
- Rivera JA, Shamah T, Villalpando S, Cuevas L, Mundo V, Morales Ruan C. (2008): El estado nutricional de la población en México: cambios en la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988 a 2006. Capítulo 1. En: Nutrición y Pobreza: Política pública basada en evidencia, pp. 1-22. Banco Mundial-SEDESOL, México.
- Robinson L. (1998): The seven doors social marketing approach. En *Waste Educate*, 98.
- Roca L. (2008): Las relaciones que se establecen con la televisión y cómo afectan el desarrollo de la infancia. Instituto Mora, México.
- Sacks G, Swinburn BA, Lawrence MA. (2008): A systematic policy approach to changing the food system and physical activity environments to prevent obesity. *Aust New Zealand Health Policy* 5, p. 13.
- Safdie M. (2007): Caracterización del Ambiente en Escuelas Primarias Públicas Urbanas de Diferentes Regiones de México, Instituto Nacional de Salud Pública. SAGARPA, México. Disponible en: <http://www.sagarpa.gob.mx/infhome/programas.htm>.

- Sánchez-Castillo CP, Velázquez-Monroy O, Berber A, Lara-Esqueda A, Tapia-Conyer R, James WP. (2003): Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 Working Group. Anthropometric cutoff points for predicting chronic diseases in the Mexican national health survey 2000. *Obes Res* 11, pp. 442-451.
- Sawaya A, Roberts S. (2003): Stunting and Future Risk of Obesity: Principal Physiological Mechanisms. *Cad Saùde Pública* 19.
- SNIPH. (2000): Swedish National Institute for Public Health. Swedish National Aims and Strategies for Nutrition, 1999-2004. Uppsala: Livsmedelsverket: Swedish National Food Administration.
- SSA. (1993): Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC). Epidemiología. Secretaría de Salud, México.
- SSA. (1998): NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. Secretaría de Salud, México.
- SSA. (2006a): Boletín de Información Estadística No. 23, Volumen IV. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud, México.
- SSA. (2006b): Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud. Secretaría de Salud, México.
- SSA. (2007): Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, México.
- Stevens G, Dias RH, Thomas KJ, Rivera JA, N. Carvalho, S. Barquera, K. Hill, Ezzati M. (2008): Characterizing the epidemiological transition in Mexico: national and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. *PLoS Med* 5, p. e125.
- Tavella M, Simi M, Peterson G, Aguilar D, Espeche M, Mesa M, Jáuregui P, Díaz H. (2006): Ácidos grasos trans en alimentos consumidos habitualmente por los jóvenes en Argentina. *Arch Pediatr Urug* 77, pp. 393-420.
- Treaty of Amsterdam amending the treaty on European Union, the treaties establishing the European communities and certain related acts 97c 340/01. (1997): Official Journal of the European Communities.
- Valenzuela A, Uauy R, Bosch V, Campos H, De Nicola M. (2007): Las Américas libres de grasas trans. WHO-PAHO, Washington DC, pp. 1-6.
- Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS. (2008): Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 371, pp. 340-57.
- WHO-EU. (2007): Regional Office for Europe. Progress Report on the First Action Plan for Food.
- WHO. European action plan for food and nutrition policy 2007-2012. Geneva: WHO Regional Committee.
- WHO. (1995): Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1998): Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines. Report of a Joint FAO/WHO Consultation (WHO Technical Report Series, No. 880). World Health Organization, Geneva.
- WHO. (2000a): Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. En: WHO. Technical Report Series No. 894. World Health Organization, Geneva.
- WHO. (2000b): Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. World Health Organization. (2000): WHO Technical Report Series, No. 894.
- WHO. (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. En WHO. Technical Report Series, No. 894. World Health Organization, Geneva.
- WHO. (2003a): Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. En: Technical report series, 916. World Health Organization, Geneva.
- WHO. (2003b): Overweight and obesity. Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, Geneva.
- WHO. (2004a): Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Resolution of the Fifty-seventh World Health Assembly. WHA57.17. World Health Organization, Geneva.
- WHO. (2004b): Resolución WHA55.23. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- WHO. (2005): Fruit and vegetables for health. Report of a joint FAO/WHO Workshop held 1-3 September 2004, in Kobe, Japan. World Health Organization, Geneva.
- WHO. (2008a): STEPS. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/chp/steps/en/>).
- WHO. (2008b): WHO Global InfoBase. Geneva, World Health Organization (<http://infobase.who.int>).





## Anexos





# Anexo 1

## Matrices por dependencia

Al analizar los determinantes del sobrepeso y la obesidad y sus complicaciones se hace evidente la necesidad de una política de Estado integral a través de la cual se desarrollen estrategias multisectoriales, intersectoriales y multinivel. Si bien existe una responsabilidad individual para procurarse una salud y nutrición adecuados, la responsabilidad colectiva es determinante, particularmente entre los grupos poblacionales que han experimentado cambios rápidos en oferta y acceso de alimentos, estilos de vida e ingreso. Se reconoce la necesidad de actuar inmediatamente con el desarrollo de nuevas políticas en salud y nutrición, o actualizando las ya existentes, para que todos los sectores de gobierno, la industria de alimentos, las instituciones académicas, los sindicatos y la sociedad civil desarrollen acciones específicas enfocadas a grupos de edad o de alto riesgo, con impactos cuantificables.

El objetivo final de este Acuerdo será que para el año 2012 todos los sectores participen activamente en el impulso de una cultura de entornos y comportamientos saludables, bajo el principio de la responsabilidad compartida. Para ello, será fundamental la identificación y el desarrollo de las acciones por cada uno de los sectores y subsectores involucrados.

Un grupo prioritario para este Acuerdo es el de los niños en edad escolar, en quienes se debe reforzar la práctica de actividad física, la "alfabetización nutricional" y a los que se debe garantizar un entorno saludable y donde el acceso a productos con alto contenido de sodio, azúcar y grasa se encuentre limitado. Un entorno que también favorezca la disponibilidad de agua potable gratuita. De forma complementaria a las responsabilidades del Estado, el Acuerdo debe incluir dentro de sus prioridades, que la industria aumente su oferta de alimentos con bajo contenido de sodio, azúcares refinados y grasas, pero con un mayor contenido de fibra y granos enteros, ingredientes asociados con un menor riesgo de padecer enfermedades como obesidad, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2. Todo ello con una publicidad responsable, que cumpla con los acuerdos nacionales e internacionales.

Nunca antes se había concentrado de esta forma el esfuerzo del Estado y la sociedad civil en la prevención y control del sobrepeso y la obesidad, así como las enfermedades crónicas asociadas. Si bien es una tarea compleja, existe un amplio sector dispuesto a poner manos a la obra. La Secretaría de Salud enfrenta esta epidemia como uno de sus más importantes retos actuales y futuros.

### **METAS ESTRATÉGICAS**

Como parte del análisis del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad se han establecido tres metas estratégicas para 2012:

1. Revertir, en niños de 2 a 5 años, el crecimiento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad a menos de lo existente en 2006.
2. Detener, en la población de 5 a 19 años, el avance en la prevalencia de sobrepeso y obesidad.
3. Desacelerar el crecimiento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta.

## OBJETIVOS DEL ACUERDO NACIONAL PARA LA SALUD ALIMENTARIA

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo la producción de grasas trans de origen industrial
9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas
10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio

## **MATRICES DE IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES PARA OBJETIVOS POR DEPENDENCIA DEL GOBIERNO FEDERAL**

### **DEPENDENCIA\***

1. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)
2. Comisión Nacional del Agua (CONAGUA)
3. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)
4. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
5. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
6. Petróleos Mexicanos (PEMEX)
7. Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA)
8. Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
9. Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)
10. Secretaría de Economía (SE)- Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO)
11. Secretaría de Educación Pública (SEP)- Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE)
12. Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)
13. Secretaría de Marina (SEMAR)
14. Secretaría de Salud (SS)
15. Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)

\* Se presentan en orden alfabético.

## 1. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS (COFEPRIS)

La COFEPRIS tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

- 2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable
- 3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
- 5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud
- 6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad
- 8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo la producción de grasas trans de origen industrial
- 9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas
- 10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio

### OBJETIVO 2

#### Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
COFEPRIS	Fortalecer la supervisión de la vigilancia focalizada que realizan las entidades federativas en la desinfección del agua para consumo humano	Supervisar que las entidades federativas tengan una vigilancia focalizada en localidades de bajo desempeño de desinfección de agua	80% de supervisión a los programas instrumentados por las entidades federativas para la vigilancia focalizada en localidades de bajo desempeño	(Número de localidades de bajo desempeño de desinfección de agua con un programa de vigilancia focalizada / Número total de localidades de bajo desempeño de la calidad del agua) x 100	20%	40%	60%	80%
		Informar a las entidades federativas el resultado de la supervisión de su vigilancia focalizada	80% de las localidades informadas de los resultados	(Número de localidades informadas / Número de localidades supervisadas) x 100	20%	40%	60%	80%
		Establecer campañas para el buen manejo intradomiliario del agua	2 campañas a nivel nacional	(Número de campañas realizadas / Número de campañas programadas) x 100		100%	100%	

## OBJETIVO 3

## Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
COFEPRIS	Establecer en la NOM correspondiente los niveles máximos de azúcar en bebidas no alcohólicas	Crear un grupo de trabajo para elaborar el proyecto regulatorio (NOM) que establezca los límites máximos de azúcar en bebidas no alcohólicas	NOM vigente	Instrumento legal publicado		60%	100%	

## OBJETIVO 5

## Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
COFEPRIS	Actualizar el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad	Revisar el Reglamento vigente	Reglamento vigente analizado	Grupo de trabajo activo	100%			
		Elaborar y consensuar propuesta	Un documento con la propuesta de actualización del Reglamento	Propuesta de actualización	60%	100%		
		Actualizar Reglamento	Reglamento de la LGS en Materia de Publicidad actualizado	Reglamento actualizado listo para su publicación		100%		



## OBJETIVO 6

Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
COFEPRIS	Vigilar el cumplimiento de la legislación sanitaria con respecto a la prohibición de promover el empleo de sucedaneos de la leche	Visitas de verificación sanitaria a hospitales públicos en coadyuvancia con las entidades federativas	50% de hospitales públicos verificados	(Número de hospitales verificados / Número total de hospitales públicos) x 100	20%	30%	40%	50%

## OBJETIVO 8

Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo la producción de grasas trans de origen industrial

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
COFEPRIS	Establecer en la NOM correspondiente los niveles máximos de grasas trans en la producción de alimentos	Crear un grupo interdisciplinario para elaborar el anteproyecto de actualización a la NOM 086 para establecer en las disposiciones sanitarias para la declaración de propiedades nutrimentales los límites máximos de adición de grasas trans	NOM publicada	Anteproyecto remitido a la COFEMER			100%	

## OBJETIVO 9

Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
COFEPRIS	Diseñar un proyecto piloto para implementar la estrategia que tiene como objetivo promover hábitos de alimentación saludable entre la población	Implementar el programa piloto en tres entidades federativas	Contar con evidencia técnica y científica que permita la ampliación del PROMESA*	Tres pilotos realizados		60%	100%	
		Determinar zonas geográficas de intervención del programa en entidades con mayor incidencia de enfermedades asociadas al sobrepeso y obesidad	Definir entidades a intervenir	Número de entidades identificadas		60%	100%	
		Aplicación de un estudio de percepción de riesgos asociados a la alimentación entre los comensales de cada estado piloteado	Determinar la relación entre la oferta de menús saludables y el cambio a una alimentación más equilibrada	Tres estudios de percepción de riesgos efectuados		60%	100%	
		Efectuar estudios de evaluación directa en la población focalizada, con base en metodologías científicas	Determinar el impacto del PROMESA en la población focalizada	Tres estudios de evaluación efectuados		50%	50%	

... continuación

COFEPRIS	Instrumentación del PROMESA* en comedores industriales y restaurantes con base a la identificación de las entidades con mayor índice de enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad	Implementación en los estados	Implementar el PROMESA en restaurantes y comedores industriales de manera voluntaria	(Número de restaurantes con el distintivo PRO-MESA / Número total de restaurantes en la zona de riesgo) x 100		20%	40%	60%
				(Número de comedores industriales con el distintivo PROMESA / Total de comedores industriales en la zona de riesgo) x 100		20%	40%	60%

\* Programa México Sano

## OBJETIVO 10

Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
COFEPRIS	Determinar en la NOM correspondiente los valores máximos del contenido de sodio en alimentos y bebidas procesados	Crear un grupo de trabajo para establecer, en el instrumento regulatorio más adecuado, los límites máximos de sodio en alimentos y bebidas procesados	Instrumento legal publicado	Anteproyecto regulatorio integrado			100%	

2. COMISIÓN NACIONAL DEL AGUA  
(CONAGUA)

La CONAGUA tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable

OBJETIVO 2

Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable								
PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
CONAGUA	Incentivar la provisión de agua simple potable en zonas vulnerables	Subsidios para el suministro de agua simple potable a localidades sin el servicio	Incrementar en un 50% las localidades a atender	Porcentaje de incremento de localidades atendidas		10%	25%	50%

3. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SNDIF)

El SNDIF tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

- 1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social
- 2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable
- 3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
- 4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
- 5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud
- 6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad

OBJETIVO 1

Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (SNDIF)	Promover la actividad física y recreativa en la población escolar en el marco de los programas alimentarios operados por los sistemas estatales DIF (SEDIF's)	Inclusión en los lineamientos programáticos para la operación de los programas alimentarios del componente de la promoción de la actividad física	Inclusión del componente en su totalidad	Lineamientos que incluyen el componente de actividad física	100%			
		Inclusión del componente de actividad física y recreativa en las estrategias nacionales de orientación alimentaria	Inclusión del componente en su totalidad	Componente de actividad física incluido en la estrategia de orientación alimentaria	100%			

## OBJETIVO 2

## Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (SNDIF)	Promover la inclusión de agua simple potable en desayunos escolares y despensas distribuidas de los sistemas estatales DIF	Incluir en los lineamientos programáticos para la operación de los programas alimentarios DIF la promoción del consumo de agua simple potable	100% de los lineamientos incluyen la promoción del consumo de agua simple potable	Lineamiento que incluye el componente de promoción del consumo de agua simple potable	100%			
		Promover la incorporación de agua simple potable en los desayunos y comidas escolares, así como en las despensas distribuidas por los SEDIF's	100% de los SEDIF's promueven la inclusión de agua simple potable	(Número de SEDIF's que promueven el consumo de agua simple potable como parte de los apoyos alimentarios distribuidos / Número total de SEDIF's) x 100		80%	100%	
Estancias infantiles SNDIF / SEDESOL	Promover el consumo de agua simple potable en las estancias infantiles	Fomentar la disponibilidad y el consumo de agua simple potable en las estancias infantiles	100% de las estancias promueven el consumo de agua simple potable	(Número de estancias infantiles que promueven el consumo de agua simple potable / Número de estancias infantiles) x 100		80%	90%	100%

## OBJETIVO 3

## Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (SNDIF)	Promover la reducción de azúcares, grasas saturadas y trans en productos distribuidos a través de los programas alimentarios operados por los SEDIF's	Promover el consumo de bebidas sin azúcar a través de los programas alimentarios coordinados por el SNDIF	80% de los desayunos escolares incluyen bebidas sin azúcar	(Número de sistemas estatales que incluyen bebidas sin azúcar / Número total de SEDIF's) x 100		60%	70%	80%
		Promover el consumo de bebidas bajas en grasa a través de los programas alimentarios coordinados por el SNDIF (se consideran excepciones para el contenido de grasa con base en la presencia de desnutrición)	80% de los desayunos incluyen bebidas bajas en grasa	(Número de sistemas estatales que incluyen bebidas con bajo contenido de grasa / Número total de SEDIF's) x 100		50%	70%	80%
		Implementar acciones de orientación alimentaria a través de los lineamientos programáticos para promover el consumo de productos que no sean fuente importante de azúcares, grasas saturadas y trans	100% de sistemas estatales implementan acciones de orientación alimentaria para la promoción de una dieta correcta y estilos de vida saludable	(Número de sistemas estatales que implementan acciones de orientación alimentaria para promover una alimentación correcta / Número total de SEDIF's) x 100		50%	90%	100%

## OBJETIVO 4

Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (SNDIF)	Promover la disponibilidad, acceso y consumo de verduras, frutas, cereales integrales y leguminosas a través de los programas alimentarios DIF	Promover la inclusión de verduras, frutas, leguminosas y cereales enteros en desayunos escolares fríos y /o calientes y en otros apoyos alimentarios distribuidos	100% de los desayunos y otros apoyos alimentarios incluyen verduras, frutas, leguminosas y cereales enteros	(Número de desayunos y otros apoyos alimentarios que incluyen verduras, frutas, leguminosas y cereales enteros / Número total de desayunos y otros apoyos alimentarios) x 100		100%		
		Promover el consumo de verduras y frutas, cereales integrales y leguminosas a través de acciones de orientación alimentaria	100% de los sistemas estatales promueven la inclusión de verduras, frutas, leguminosas y cereales enteros	(Número de sistemas estatales DIF que incluyen acciones para promover el consumo de verduras, frutas, leguminosas y cereales integrales / Número total de SEDIF's) x 100		100%		
Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (SNDIF)	Promover una alimentación correcta en el marco del desarrollo regional	Incluir en los lineamientos programáticos la estrategia de promoción de una alimentación correcta en el marco del desarrollo regional	100% de los lineamientos incluyen la estrategia	Lineamientos que incluyen la estrategia		100%		
		Implementación de la estrategia de promoción de una alimentación saludable en el marco del desarrollo regional	70% de los SEDIF's implementan la estrategia	(Número de SEDIF's que implementan la estrategia / Total de SEDIF's) x 100		20%	50%	70%



## OBJETIVO 5

Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SNDIF	Promover la "Estrategia Nacional de Orientación Alimentaria" (ENOA) en todos los programas que coordina y opera el SNDIF (estancias, casas hogar, centros de atención y SEDIF's)	Planteamiento de la ENOA	Documento programático de la ENOA	Documento elaborado	1			
		Implementación de la ENOA	80% de las guarderías y estancias, casas hogar, centros de atención a población vulnerable, así como los SEDIF's implementan la estrategia operativa de la ENOA	(Número de estancias, casas, centros de atención DIF que implementan la ENOA / Número total de estancias...) x 100		20%	50%	80%
		Capacitar al personal operativo de los centros de atención del DIF	100% de personal capacitado	(Total de personas capacitadas / Total de personal del DIF) x 100		20%	40%	100%
	Promover la utilización de menús recomendables como instrumentos de salud pública	Elaboración de propuesta de trabajo	100% de la propuesta elaborada	Propuesta final de trabajo	100%			
		Piloteo de la estrategia de menús saludables	100% de los centros seleccionados pilotean la estrategia	(Número de centros de atención DIF que han piloteado la estrategia / Centros de atención DIF programados para pilotear) x 100		50%	80%	100%
		Implementación de la estrategia de menús saludables	100% de centros de atención implementan la estrategia	Número de centros de atención que implementan la estrategia / Total de centros de atención DIF) x 100		50%	80%	100%

## OBJETIVO 6

Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
Estancias infantiles SNDIF / SEDESOL	Promover lactancia materna y patrones de ablactación recomendables en estancias infantiles a través de acciones de orientación alimentaria	Sesiones educativas y consejería sobre lactancia materna	70% de estancias infantiles con estrategias de implementación de la lactancia materna y un patrón de ablactación recomendable	(Número de estancias infantiles en el SNDIF-SEDESOL que promueven la lactancia materna y un patrón de ablactación / Número de estancias infantiles en el SNDIF-SEDESOL) x 100		30%	70%	

4. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

El IMSS tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

- 1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social
- 2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable
- 3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
- 4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
- 5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

OBJETIVO 1

Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
IMSS	Impulsar la actividad física en escuelas, empresas, familias, centros de seguridad social y centros vacacionales IMSS*	Implementar en las escuelas del ámbito de responsabilidad institucional el Programa Circuito de Actividad Física / Ejercicio	≥ 60% de escuelas de responsabilidad del IMSS incorporadas al programa	(Número de escuelas del ámbito de responsabilidad institucional incorporadas al Programa / Total de escuelas del ámbito de responsabilidad institucional) x 100	5%	20%	40%	60%
		Implementar en las oficinas IMSS el Programa de Activación Física (Súbete a PREVENIMSS, pausa para la salud y Gimnasia Laboral)	≥ 80% de oficinas del IMSS incorporadas al programa	(Número de oficinas IMSS incorporadas al Programa de activación física / Total de oficinas IMSS) x 100	10%	30%	60%	80%

Continúa...

... continuación

IMSS	Impulsar la actividad física en escuelas, empresas, familias, centros de seguridad social y centros vacacionales IMSS*	Implementar en las empresas con convenio IMSS el Programa Pausa para la salud y Gimnasia Laboral	Mantener un incremento promedio del 5% anual	(Número de empresas objetivo** en convenio incorporadas al Programa / Total de empresas objetivo) x 100	5%	10%	15%	20%
		Implementación del Programa "Anímate en Familia"	Mantener un incremento promedio del 5% anual	(Número de familias derechohabientes incorporadas al Programa "Anímate en Familia" / Total de familias derechohabientes) x 100	5%	10%	15%	20%
		Desarrollar y aplicar cuotas de recuperación diferenciadas (tanto individual, como familiar) incluyendo la tasa cero	Aplicación de la cuota diferenciada (por tipo y condición de usuario) a la totalidad de usuarios inscritos para incentivar la práctica de la actividad física	(Número de usuarios con cuota diferenciada / Número de usuarios inscritos) x 100	0%	50%	100%	
		Implementación del Programa Circuito de Actividad Física / Ejercicio en los centros vacacionales IMSS y de Seguridad Social	≥ 95% de los centros incorporados al programa	(Número de centros de seguridad social y vacacionales IMSS incorporados al Programa / Total de centros de seguridad social y vacacionales IMSS) x 100	25%	50%	75%	≥ 95%

\*En los centros vacacionales y centros de seguridad social se ofrecen servicios tanto a derechohabientes como a población en general.

\*\* Empresa objetivo se considera aquella que presenta alta siniestralidad en términos de incapacidades médicas o que tiene un alto número de trabajadores.

## OBJETIVO 2

## Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
IMSS	Fomentar el consumo de agua simple potable en las áreas de cafeterías y comedores de empresas, escuelas, oficinas IMSS, unidades médicas y unidades operativas de prestaciones sociales	Promover la existencia de bebederos o garrafones de agua simple potable para consumo a libre demanda	> 80% de las unidades objetivo cuentan con bebederos, garrafones de agua simple potable para su población	(Número de escuelas, empresas, oficinas y unidades médicas informadas sobre el beneficio del consumo de agua simple potable / Total de escuelas, empresas, oficinas y unidades médicas) x 100	20%	30%	60%	80%

## OBJETIVO 3

## Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
IMSS	Promover el consumo de agua simple potable de manera individual, grupal y colectiva	Difundir los beneficios de la alimentación correcta, con énfasis en los beneficios del consumo de agua simple potable	Disminuir la prevalencia de consumo de bebidas azucaradas y con grasa láctea en la población derechohabiente a menos de 61.7%*	(Número de derechohabientes encuestados que consumen bebidas azucaradas y con grasa láctea / Total de derechohabientes encuestados) x 100				<61.7%

\* Este indicador sólo se medirá en 2009 y 2012 a través de la Encuesta Nacional de Coberturas ENCOPREVENIMSS. Se especifica meta para 2012, dado que los efectos de esta acción en particular no son de corto plazo.

## OBJETIVO 4

Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
IMSS	Promover el programa sectorial "5 Pasos por tu Salud"	Difundir el programa "5 Pasos por tu Salud" en las empresas objetivo**	80% de empresas objetivo** conocen los "5 pasos por tu Salud"	(Número de empresas objetivo** que conocen el programa "5 Pasos por tu Salud" / Número total de empresas objetivo**) x 100	20%	40%	60%	80%
		Elaboración de talleres y cursos sobre el programa "5 Pasos por tu Salud" en Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (142 unidades)	90% de unidades operativas de prestaciones sociales institucionales imparten talleres y cursos	(Número de unidades que operan el programa/Número total de unidades) x 100	20%	50%	80%	90%
	Promover la correcta alimentación de manera individual, grupal y colectiva	Difundir los beneficios de la alimentación correcta	Aumentar la prevalencia del consumo de alimentos saludables en la población derechohabiente a más del 60%*	(Número de derechohabientes que consumen alimentos saludables encuestados / Total de derechohabientes encuestados) x 100				>60%

\*Este indicador sólo se medirá en 2009 y 2012 a través de la Encuesta Nacional de Coberturas ENCOPREVENIMSS. Se especifica meta para 2012, dado que los efectos de esta acción en particular no son de corto plazo.

\*\* Empresa objetivo se considera aquella que presenta alta siniestralidad en términos de incapacidades médicas o que tiene un alto número de trabajadores.

## OBJETIVO 5

Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
IMSS	Difundir estilos de vida saludables con énfasis en la alimentación correcta y actividad física de manera individual, grupal y colectiva	Promoción de la alimentación correcta y actividad física en cada contacto con el derechohabiente	≥ 95% de derechohabientes informados en la alimentación correcta y actividad física	(Número de derechohabientes informados en alimentación correcta y actividad física / Total de población derechohabiente) x 100	25%	50%	75%	≥ 95%
		Realizar talleres y cursos con énfasis en cultura alimentaria local	100% de las unidades operativas de prestaciones sociales (UOPSIs) del IMSS realizaron talleres y cursos	(Número de UOPSIs que realizan talleres y cursos / Número de UOPSIs totales en el país) x 100	50%	100%		
		Vigilar peso, talla (IMC) y circunferencia de cintura	80% de las unidades operativas de prestaciones sociales institucionales (UOPSIs) del IMSS	Número de usuarios en cursos que mejoraron su peso, IMC y circunferencia de cintura		25%	50%	80%

## 5. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

El ISSSTE tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

### OBJETIVO 1

Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
ISSSTE	Implementar la prescripción personalizada de actividad física en las subdelegaciones médicas del ISSSTE	Impulsar la implementación de 35 módulos delegacionales de activación física	Contar con 35 módulos delegacionales de actividad física	Módulos implementados	10	25		
		Impulsar la prescripción personalizada de la actividad física en los módulos PrevenISSSTE de las Clínicas de Medicina Familiar	100% de los módulos PrevenISSSTE, prestarán dentro de sus servicios, la prescripción personalizada de ejercicio	(Módulos PrevenISSSTE que prescriben ejercicio / Total de módulos PrevenISSSTE) x 100	10%	40%	50%	
	Impulsar la realización de la actividad física en sitios de trabajo	Diseñar y lanzar una campaña de sensibilización y promoción de los beneficios a la salud de los trabajadores	Ejecución de una campaña permanente anual de sensibilización y promoción para trabajadores	Una campaña anual permanente de sensibilización y promoción de la actividad física en los sitios de trabajo		1	1	1
		Promover la campaña "Es mejor por las escaleras"	Una campaña permanente anual de uso de escaleras	Campaña implementada		1	1	1



## OBJETIVO 3

## Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
ISSSTE	Desarrollar campañas de comunicación sobre los beneficios del consumo de agua simple potable	Difundir la campaña en población derechohabiente	Una campaña permanente anual sobre consumo de agua simple potable	(Número de campañas realizadas / Número de campañas programadas) x 100		1	1	1
		Realizar pláticas en sala de espera para población derechohabiente usuaria	Pláticas sobre beneficios del consumo de agua simple potable, de manera mensual en cada unidad médica	(Número de pláticas realizadas / Número de pláticas programadas) x 100	10%	70%	80%	90%

## OBJETIVO 4

## Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
ISSSTE	Promover el programa sectorial "5 Pasos por tu Salud"	Aplicar el programa "5 Pasos por tu Salud"	100% de las delegaciones operan el programa "5 Pasos por tu Salud"	(Número de delegaciones que aplican el programa "5 Pasos por tu Salud" / Número de delegaciones) x 100	5%	95%		
		Difundir el Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad considerando los "5 Pasos por tu Salud" en sitios de trabajo afiliados al ISSSTE	75% de sitios de trabajo afiliados al ISSSTE operan el programa	(Número de sitios de trabajo en los que se difunde el programa / Número total de sitios de trabajo del ISSSTE) x 100	5%	30%	30%	35%

## OBJETIVO 5

Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
ISSSTE	Diseñar una estrategia sobre orientación alimentaria, selección y preparación de alimentos	Difundir la estrategia	100% de las delegaciones del ISSSTE nacional difunden la estrategia	(Número de delegaciones que difunden la estrategia / Número de delegaciones) x 100	10%	90%		
		Realizar talleres y cursos con énfasis en los alimentos disponibles en la región	100% de las delegaciones del ISSSTE realizan talleres y cursos en las Clínicas de Medicina Familiar (CMF) y Clínicas de Hospitales (CH)	(Número de delegaciones donde se realizan talleres y cursos con énfasis en alimentos disponibles en la región / Número total de delegaciones en el país) x 100	25%	25%	30%	20%
		Evaluar el tipo y cantidad de alimentos que se proporciona al personal en los hospitales generales y regionales del ISSSTE	100% de los comedores hospitalarios evaluados	(Número de comedores hospitalarios evaluados / Total de comedores hospitalarios) x 100	10%	40%	25%	25%
ISSSTE	Capacitar a profesionales de la salud en consejería a la población sobre alimentación correcta	Capacitar a personal de cada delegación	100% de delegaciones del ISSSTE con personal capacitado	(Número de delegaciones con personal capacitado / Número total de delegaciones) x 100		50%	50%	

Nota: Para los objetivos 2 y 6 se instrumentarán las acciones que como rectora la Secretaría de Salud defina.

## 6. PETRÓLEOS MEXICANOS (PEMEX)

PEMEX tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad

### OBJETIVO 1

Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
PEMEX / Servicios de Salud	Implementar la prescripción personalizada de actividad física en las unidades de salud de PEMEX	Impulsar la implementación de 24 módulos (laboratorios de salud) de capacitación en activación física	Contar con 24 módulos (laboratorios de salud) de capacitación en actividad física	Módulos implementados	10	8	6	
		Impulsar la prescripción personalizada de la actividad físicas en las unidades de salud	58 unidades de salud prestarán dentro de sus servicios, la prescripción personalizada de activación física	(Unidades de salud que prescriben actividad física / Total de unidades de salud) x 100	10	30	18	
	Impulsar la realización de la actividad física en sitios de trabajo	Diseñar y lanzar una campaña de sensibilización y promoción de los beneficios a la salud de los trabajadores	Ejecución de una campaña permanente anual de sensibilización y promoción a trabajadores	Número de campaña anual permanente de sensibilización y promoción de la actividad física en los sitios de trabajo		1	1	1
		Promover la campaña "Es mejor por las escaleras"	Una campaña permanente anual para uso de escaleras	Campaña implementada		1	1	1

## OBJETIVO 2

## Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
PEMEX / Servicios de Salud	Desarrollar programa de comunicación educativa institucional para impulsar el consumo de agua simple potable	Desarrollar la estrategia de comunicación educativa	Estrategia implantada	Avance en la implantación	10%	25%	60%	90%
		Incorporar a PEMEX a la estrategia del sector salud público	Participación de PEMEX con las dependencias del sector salud público en la estrategia	Inclusión de PEMEX a las dependencias incorporadas	1	1	1	1

## OBJETIVO 3

## Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
PEMEX / Servicios de Salud	Desarrollar campañas de comunicación sobre los beneficios del consumo de agua potable	Difundir la campaña en población trabajadora y derechohabiente de PEMEX	Una campaña permanente anual sobre consumo de agua simple potable	Número de campañas realizadas		1	1	1
		Realizar sesiones educativas en salas de espera de unidades médicas para población derechohabiente usuaria	Una plática sobre beneficios del consumo de agua simple potable, al menos a 500 derechohabientes, de manera mensual en cada unidad médica	(Número de unidades médicas con sesiones educativas realizadas / Número de unidades médicas) x 100	10%	70%	80%	90%

## OBJETIVO 4

Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
PEMEX / Servicios de Salud	Promover el programa sectorial "5 Pasos por su Salud"	Promover el programa "5 Pasos por su Salud"	85% de las unidades médicas de PEMEX operan el programa "5 Pasos para su Salud"	(Número de sitios de trabajo que apliquen el programa "5 Pasos por su Salud" / Número de sitios de trabajo de PEMEX) x 100	20%	40%	65%	85%
		Elaboración de talleres y cursos sobre el programa "5 Pasos por su Salud" en centros de trabajo de PEMEX	75% de centros de trabajo de PEMEX operan el programa	(Número de centros de trabajo que operan el programa / Número total de centros de trabajo) x 100	5%	30%	60%	75%

## OBJETIVO 5

Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
PEMEX / Servicios de Salud	Diseñar una estrategia sobre orientación alimentaria, selección y preparación de alimentos	Difundir la estrategia	100% de las unidades médicas difunden la estrategia	(Número de unidades médicas que difunden la estrategia / Número de unidades médicas de PEMEX) x 100	20%	50%	80%	100%
		Realizar talleres y cursos con énfasis en los alimentos disponibles en la región	100% de las unidades médicas de PEMEX realizan talleres y cursos en las CMF y CH	(Número de unidades médicas donde se realizan talleres y cursos con énfasis en alimentos disponibles en la región / Número total de unidades médicas de PEMEX) x 100	25%	50%	80%	100%
	Capacitar a profesionales de la salud en "consejería a la población sobre alimentación correcta"	Capacitar al personal de salud de cada unidad de salud	100% de unidades de salud con personal capacitado	(Número de unidades médicas con trabajadores capacitados / Número de unidades médicas de PEMEX) x 100		50%	100%	

## OBJETIVO 6

Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
PEMEX / Servicios de Salud	Estrategia de comunicación educativa a favor de la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria adecuada	Estudio de percepción de riesgos	Un documento con los resultados del estudio de percepción de riesgos	Número de documentos con resultados del estudio de percepción de riesgos		1		
		Diseño de la estrategia y de los materiales de apoyo	Diseño de la estrategia y materiales de apoyo	Porcentaje de avance en el diseño de la estrategia y materiales de apoyo		50%	100%	
		Instrumentación de la estrategia nacional	100% de unidades médicas con la estrategia instrumentada	(Número de unidades médicas con la estrategia instrumentada / Número de unidades médicas de PEMEX) x 100		50%	100%	
	Proporcionar servicios de consejería en lactancia y ablactación en las unidades médicas de PEMEX	Definir lineamientos para otorgamiento de consejería	Documento de lineamientos sobre consejería en alimentación	Número de documentos de lineamientos sobre consejería en alimentación	100%			
		Capacitar al personal de salud que realizará la consejería	100% del personal de salud seleccionado capacitado	(Número de trabajadores de salud seleccionados capacitados / Número de trabajadores de salud seleccionados programados) x 100	50%	80%	100%	

Nota: Para los objetivos 2 y 6 se instrumentarán las acciones que como rectora la Secretaría de Salud defina.

## 7. SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA, DESARROLLO RURAL, PESCA Y ALIMENTACIÓN (SAGARPA)

La SAGARPA tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

- 4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
- 5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

### OBJETIVO 4

Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SAGARPA	Adquisición de activos. Apoyos directos al campo. Inducción y desarrollo del financiamiento al medio rural, apoyo a la participación de actores para el medio rural y uso sustentable de recursos naturales para la producción primaria	Fomentar la producción de granos alimenticios (maíz, frijol, trigo y arroz)	Producir 43 millones de toneladas de granos alimenticios	Millones de toneladas de granos alimenticios producidos	39.9	41.1	42.1	43.0
		Fomentar el consumo de granos alimenticios	Incremento acumulado de 9.5% el consumo per cápita de granos alimenticios	Porcentaje de incremento anual per cápita de consumo de granos alimenticios	2.7	4.5	6.3	9.5
		Fomentar la producción de hortalizas	Producir 13.8 millones de toneladas de hortalizas	Millones de toneladas de hortalizas producidas	11.5	12.4	13.1	13.8
		Fomentar el consumo de hortalizas	Incremento acumulado de 8.8% el consumo per cápita de hortalizas	Porcentaje de incremento anual per cápita de consumo de hortalizas	2.3	2.2	2.2	2.1
		Fomentar el consumo de frutas	Incremento acumulado de 2.7% el consumo per cápita de frutas	Porcentaje de incremento anual per cápita de consumo de frutas	0.8	1.5	2.1	2.7
		Fomentar la producción de frutas	Producir 19.6 millones de toneladas de frutas	Millones de toneladas de frutas	17.7	18.5	19.1	19.6

Continúa...

... continuación

		Creación de espacios que faciliten la horticultura urbana	Incrementar en un 25% los espacios	Porcentaje de incremento de espacios para la horticultura urbana sobre el año anterior		15%	30%	60%
		Orientar a la población urbana para la preparación y conservación de los alimentos producidos en la horticultura urbana	100% de las personas que tienen azoteas verdes han sido capacitadas en la preparación y conservación de los alimentos producidos en la horticultura urbana	(Personas capacitadas en la preparación y conservación de los alimentos producidos en la horticultura urbana programados / Personas programadas a capacitar) x 100		20%	40%	100%

## OBJETIVO 5

Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SAGARPA	Programa "5 al Día"	Fomentar el consumo de frutas y verduras a través de la campaña en medios de comunicación	Realizar una campaña permanente de consumo de frutas y verduras	Número de campañas de consumo de frutas y verduras	1	1	1	1



## 8. SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL (SEDENA)

La SEDENA tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

### OBJETIVO 1

Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEDENA	Implementar la prescripción personalizada de actividad física en los sitios de trabajo	Implementar el programa de activación física de la CONADE en sitios de trabajo	100% de las unidades administrativas aplican una rutina diaria de ejercicios	(Número de unidades que aplican una rutina / Número total de unidades) x 100	20%	40%	75%	100%
		Operar el programa de la SEDENA de actividad física dos veces por semana	90% de las unidades incorporadas al programa	(Número de unidades incorporadas al programa / Número total de unidades) x 100	70%	80%	85%	90%
	Impulsar la realización de la actividad física en el trabajo	Implementar una campaña de sensibilización y promoción de los beneficios a la salud de los trabajadores	Una campaña anual	Número de campañas al año		1	1	1
		Promover la campaña "Es mejor por las escaleras"	Una campaña anual	Número de campañas al año		1	1	1

## OBJETIVO 2

## Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEDENA	Desarrollar un programa de comunicación educativa institucional para impulsar el consumo de agua simple potable	Difundir campaña en población militar y derechohabiente	Una campaña permanente sobre consumo de agua simple potable	Número de campañas permanentes al año	1	1	1	1

## OBJETIVO 3

## Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEDENA	Desarrollar una campaña sobre los beneficios de la disminución del consumo de azúcar y grasas en las dietas, en los escalones del servicio de sanidad	Difundir pláticas a la población militar y derechohabiente	Difundir pláticas en los escalones del servicio de sanidad de segundo y tercer nivel de atención.	Número de campañas permanentes al año		1	2	2
		Difundir pláticas a la población militar y derechohabiente	Difundir pláticas en los escalones de servicio de sanidad de primer nivel de atención	Número de pláticas por semana por unidad		1	1	1
		Elaboración de periódicos murales	Elaborar periódico mural en los escalones de primer, segundo y tercer nivel de atención	Número de periódicos por año por unidad	1	1	1	1

## OBJETIVO 4

Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEDENA	Desarrollar una campaña sobre los beneficios de aumentar el consumo de verduras, frutas, leguminosas y cereales enteros en las dietas, en los escalones del servicio	Difundir pláticas a la población militar y a los derechohabientes	Difundir pláticas en los escalones del servicio de sanidad de segundo y tercer nivel de atención	Número de pláticas por semana por unidad		1	2	2
		Difundir pláticas a la población militar y a los derechohabientes	Difundir pláticas en los escalones de servicio de sanidad de primer nivel de atención	Número de pláticas por semana por unidad		1	1	1
		Elaboración de periódicos murales	Elaborar periódico mural en los escalones de primer, segundo y tercer nivel de atención	Número de periódicos por año	1	1	1	1

## OBJETIVO 5

Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEDENA	Desarrollar una campaña para tomar decisiones sobre una dieta saludable en los escalones del servicio de sanidad	Difundir pláticas a la población militar y a los derechohabientes	Difundir pláticas en los escalones del servicio de sanidad de segundo y tercer nivel de atención	Número de pláticas por semana por unidad		1	2	2
		Difundir pláticas a la población militar y a los derechohabientes	Difundir pláticas en los escalones de servicio de sanidad de primer nivel de atención	Número de pláticas por semana por unidad		1	1	1
		Elaboración de periódicos murales	Elaborar periódico mural en los escalones de primer, segundo y tercer nivel de atención	Número de periódicos por año	1	1	1	1

Nota: Para los objetivos 2 y 6 se instrumentarán las acciones que como rectora la Secretaría de Salud defina

9. SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL  
(SEDESOL)

LA SEDESOL tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

- 1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social
- 3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
- 4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
- 8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo la producción de grasas trans de origen industrial

OBJETIVO 1

Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
Programa de Rescate de Parques y Espacios Públicos	Rescatar los parques y espacios públicos para la realización de actividad física	Apoyar proyectos de infraestructura deportiva comunitaria	Promover la existencia de infraestructura deportiva (canchas, trotapistas, gimnasios, etc.) en al menos 75% de los espacios públicos que se rescaten	(Número de espacios rescatados con infraestructura deportiva / Número de espacios públicos rescatados) x 100	60%	70%	75%	75%

Continúa...

... continuación

		Promover el uso de los espacios públicos para la realización de actividad física	En 100% de los espacios públicos con infraestructura deportiva se realiza actividad física	(Número de espacios públicos donde se realiza actividad física / Total de espacios públicos con infraestructura deportiva) x 100	40%	60%	80%	100%
--	--	--	--	--	-----	-----	-----	------

## OBJETIVO 3

Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEDESOL / LICONSA / DICONSA	Impulsar la disponibilidad de leche semidescremada y su sustitución gradual por leche descremada	Promover el consumo de leche semidescremada y descremada	Incremento del 50% en la venta de leche semidescremada y descremada	(Ventas de leche semidescremada y descremada / Ventas de leche semi descremada y descremada en el año 2009) x 100		25%	35%	50%
		Asegurar la disponibilidad de leche semidescremada y descremada en tiendas DICONSA y LICONSA	50% de las tiendas DICONSA y expendios LICONSA tienen disponible leche semidescremada y descremada	(Número de tiendas y expendios con leche semidescremada y descremada / Número total de tiendas y expendios) x 100	15%	30%	40%	50%

## OBJETIVO 4

Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEDESOL / DICONSA	Incluir alimentos altos en fibras en las dotaciones a los beneficiarios de programas de desarrollo social	Asegurar la disponibilidad de alimentos altos en fibra y de frutas y verduras (pueden ser enlatadas) en las tiendas DICONSA de acuerdo a las preferencias regionales	50% de las tiendas DICONSA con disponibilidad de alimentos altos en fibra y frutas y verduras	(Número de tiendas con disponibilidad de alimentos altos en fibra y frutas y verduras / Número total de tiendas DICONSA) x 100	10%	20%	30%	50%

## OBJETIVO 8

Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo la producción de grasas trans de origen industrial

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEDESOL / DICONSA	Promover la disponibilidad de alimentos bajos en grasa saturada, incluyendo los productos de la canasta básica	Garantizar la existencia de alimentos bajos en grasa saturada en las tiendas DICONSA	Abastecer al 50% de las tiendas DICONSA con productos bajos en grasas saturadas	(Número de tiendas de DICONSA que ofertan productos bajos en grasas saturadas / Número total de las tiendas DICONSA) x 100	15%	30%	40%	50%
		Fomentar la compra de alimentos bajos en grasa saturada	100% de las tiendas DICONSA promueven el consumo de productos bajos en grasas saturadas	(Tiendas DICONSA que promueven el consumo de productos bajos en grasas saturadas / Total de tiendas) x 100	20%	40%	60%	100%
SEDESOL / LICONSA	Disponer de leche descremada (2%)	Garantizar la existencia de leche descremada	Aumentar a 80 el porcentaje de leche líquida baja en grasas	(Total de litros de leche baja en grasas / Total de litros producidos) x 100	14%	50%	80%	80%
			Aumentar a 50 el porcentaje de leche en polvo baja en grasas	(Total de kilogramos de leche en polvo baja en grasas / Total de litros de leche en polvo) x 100	5%	25%	50%	50%
		Fomentar la compra de leche descremada	100% de las lecherías promueven la compra de leche descremada	(Número de lecherías con promoción de compra de leche descremada / Total de lecherías) x 100	25%	50%	75%	100%

## 10. SECRETARÍA DE ECONOMÍA (SE)

La SE tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

- 4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
- 5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud
- 7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos

### OBJETIVO 4

Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SE	Impulsar la reconversión de centrales de abasto en centros logísticos para facilitar el abasto de los productos agroalimentarios	Mejorar los procesos de distribución de productos agroalimentarios vinculados al sector mayorista con los productores	Lograr que el nivel de servicio del desempeño logístico de las empresas instaladas en México llegue al 90%	(Entregas completas / Entregas totales de la muestra) + (Entregas a tiempo / Entregas totales de la muestra) / 2 x100	89.83%			
	Generar las condiciones para lograr servicios logísticos de clase mundial a precios competitivos e incorporar mejores prácticas en las empresas instaladas en México	Promover la certificación de los operadores logísticos	85% de las empresas instaladas en México reciban apoyo para obtener certificaciones organizacionales en procesos logísticos a través del Programa de Competitividad en Logística Centrales de Abasto (PROLOGYCA)	(Número de empresas que logran la certificación organizacional en procesos logísticos / Número de empresas apoyadas para la certificación organizacional en procesos logísticos) x 100	85%	85%	85%	85%
		Mejorar la coordinación entre los gobiernos federal y local y la iniciativa privada	60% de las entidades federativas que participan con el PROLOGYCA	(Número de entidades federativas que participan con el PROLOGYCA / Total de entidades federativas) x 100	50%	54%	58%	60%



## OBJETIVO 5

Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SE / COFEPRIS	Actualización de la NOM-051-SCFI	Elaborar el anteproyecto actualizado de la NOM 051 (inclusión de la tabla nutrimental, fecha de caducidad y leyendas cumpliendo con lo establecido)	NOM 051 actualizada y en vigor	NOM publicada y en vigor		100%		
SE / SS	Norma Mexicana (NMX) sobre "etiquetado educativo"	Elaborar el anteproyecto de NMX con la participación de la Secretaría de Economía para que el etiquetado incluya información que sea accesible para el consumidor	NMX sobre "etiquetado educativo" publicada y en vigor	NMX publicada y en vigor		100%		







## OBJETIVO 7

Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SE / SS / COFEPRIS	Difundir información sobre mercados de productos saludables a la industria	Identificar experiencias internacionales exitosas	Un documento donde se observen experiencias internacionales exitosas	Documentos donde se observen experiencias internacionales exitosas	1			
		Dar a conocer a la industria información sobre mercados de productos saludables	Una campaña de difusión dirigida a la industria donde se de a conocer información sobre mercados de productos saludables	Campaña de difusión dirigida a la industria donde se de a conocer información sobre mercados de productos saludables			1	1

## 11. SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (SEP) - COMISIÓN NACIONAL DE CULTURA FÍSICA Y DEPORTE (CONADE)

La SEP-CONADE tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

-  1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social
-  2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable
-  3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
-  5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud
-  7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos
-  8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo la producción de grasas trans de origen industrial

## OBJETIVO 1

Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
CONADE / Dirección General de Educación Física en los Estados	Impulsar la realización de actividad física en las escuelas	Actualizar la normatividad vigente	Norma actualizada vigente	Norma publicada en el DOF	1			
		Incrementar las horas a la semana de actividad física	60% de las escuelas preescolar, primarias y secundarias con un promedio de 30 minutos diarios de activación física	Porcentaje de escuelas preescolar, primarias y secundarias con 30 minutos diarios de activación física	15%	30%	45%	60%
			40% de las escuelas preescolar, primarias y secundarias con un promedio de 15 minutos diarios de activación física	Porcentaje de escuelas preescolar, primarias y secundarias con 15 minutos diarios de activación física	10%	20%	40%	
CONADE / Dirección General de Educación Física en los Estados	Impulsar la realización de actividad física en las escuelas	Instrumentar el programa "Activación Física Escolar" en primarias públicas y particulares	Instrumentar el programa en 100% de las escuelas primarias	Escuelas primarias que operan el programa	Entrega de guías al 100% de escuelas	Instrumentación del programa en escuelas primarias		100%
		Promover la mejora de las instalaciones físicas de las escuelas para realizar actividad física	50% de las escuelas contarán con instalaciones físicas adecuadas	(Número de escuelas con instalaciones adecuadas / Número total de escuelas) x 100		25%	40%	50%
	Promover la acumulación de al menos 30 minutos de activación física diaria en toda la población	Diseñar y lanzar una campaña de sensibilización y promoción de los beneficios a la salud	Campaña permanente de sensibilización y promoción de los beneficios a la salud	Campaña ejecutada		1	1	1

Continúa...

... continuación

CONADE / Dirección General de Educación Física en los Estados	Promover la acumulación de al menos 30 minutos de activación física diaria en toda la población	Promover el uso de los espacios públicos (espacio activo) para la realización de actividad física	Implementación del programa en 1,500 municipios, con al menos un espacio	Número de munici- pios con al menos un espacio público	500	750	1,000	1,500
		Promover la organización de redes sociales de jóvenes promotores de actividad física	90% de localida- des con más de 50 mil habitantes y que cuenten con por lo menos un espacio recu- perado tienen al menos una red de jóvenes promo- tores de actividad física	(Localidades de más de 50 mil habitantes con redes de jóvenes promotores / Total de localidades con más de 50 mil habi- tantes) x 100		20%	60%	90%
		Comités vecina- les de espacios activos	Implementación del programa en 1,500 municipios, con al menos un espacio	Número de munici- pios con el programa	500	750	1,000	1,500
		Ferias de "Acti- vación Física"	250 mil activa- ciones al mes	Número de acti- vaciones mensual- mente	500,000	1,000,000	2,000,000	2,500,000

Continúa...

... continuación

CONADE / Dirección General de Educación Física en los Estados	Promover la acumulación de al menos 30 minutos de activación física diaria en toda la población	Promover activación física en sitios de traba- jo públicos y privados (viernes activos)	200 mil activa- ciones al mes	Número de activa- ciones al mes	50,000	100,000	150,000	200,000
		Apoyar el desa- rrollo de centros deportivos popu- lares (escolares y municipales)	2,500 centros deportivos populares y muni- cipales	Número de centros deportivos populares y municipales	2,500			
CONADE / Dirección General de Educación Física en los Estados	Promover la prác- tica de juegos po- pulares y accesibles entre los escolares	Desarrollar ma- teriales y juegos interactivos para promover juegos populares	Contar con ma- teriales y juegos interactivos para todas las escuelas de educación básica	(Número de escuelas que cuentan con materiales y juegos / Número total de es- cuelas de educación básica) x 100		25%	50%	75%
		Realizar concur- sos y torneos que promuevan juegos populares	Efectuar al menos un concurso nacional anual en el que hayan par- ticipado el 70% de las escuelas	(Número de escue- las que participan en los torneos / Núme- ro total de escuelas) x 100	20%	45%	65%	70%
	Incentivar la igualdad de género en la práctica de la actividad física	Asegurar que las campañas tengan enfoque de géne- ro y promuevan la actividad física de hombres y mujeres	90% de las cam- pañas con enfo- que de género	(Número de campa- ñas con enfoque de género / Número total de campañas) x 100		25%	50%	90%

Continúa...

... continuación

CONADE / Dirección General de Educación Físi- ca en los Estados	Incentivar la igualdad de género en la práctica de la actividad física	Capacitar a los maestros de educación física sobre equidad de género	70% de los maestros de educación física capacitados en equidad de género	(Número de maestros capacitados / Núme- ro total de maestros) x 100	5%	25%	50%	70%
CONADE / Dirección General de Educación Indígena	Incorporar los valores y creencias culturales en acti- vidad física de las minorías étnicas	Elaborar mate- riales acordes a los valores y creencias de las minorías étnicas	Elaborar al me- nos un paquete de materiales por grupo étnico en un 70% de ellos	(Número de paquetes elaborados / Número de grupos étnicos) x 100		20%	40%	70%
		Evaluar la pertinencia de elaborar campa- ñas de promoción de la actividad física moderada y vigorosa a través de los medios locales	Elaborar al me- nos una campaña de radio al año en cada estación de radio indígena	(Número de campa- ñas de radio / Núme- ro de estaciones de radio indígena) x 100		30%	60%	90%
	Vincular a los estudiantes de población indígena de primaria y secundaria con las instalaciones de- portivas existentes en su localidad	Inscripción de niños a unidades deportivas locales	4 millones de niños de 10 a 15 años de 4o de primaria a 3o de secundaria inscritos	Niños de 10 a 15 años de 4o de prima- ria a 3o de secundaria inscritos		1 millón	1 millón	2 millio- nes

## OBJETIVO 2

## Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEP / Subsecretaría de Educación Básica	Impulsar a través del currículo escolar el consumo de agua simple potable	Incorporar contenidos educativos en el currículo sobre consumo de agua simple potable	Incorporar en 75% de los libros de educación básica contenido educativo sobre el consumo de agua simple potable en las asignaturas que correspondan	(Libros de texto con contenidos sobre consumo de agua potable / Total de libros de texto) x 100		25%	50%	75%
SEP / Instituto Nacional de Infraestructura Física Educativa	Bebederos en instalaciones escolares	Elaborar norma técnica	Norma técnica vigente	Norma técnica publicada		100%		
		Instalación de bebederos	7 mil escuelas de educación básica con bebederos	Número de escuelas de educación básica con bebederos instalados	3,000	5,000	5,000	7,000
		Fomentar la disponibilidad de agua simple potable en las escuelas de educación básica que no cuenten con bebederos	60% de escuelas que no cuenten con bebederos tendrán garrafones de agua simple potable	(Número de escuelas con garrafones de agua simple potable / Total de escuelas sin bebederos) x 100	20%	30%	50%	60%



## OBJETIVO 3

## Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEP / Subsecretaría de Educación Básica	Restringir la disponibilidad de bebidas azucaradas en planteles escolares	Establecer un certificado de escuelas libres de bebidas y alimentos azucarados	50% de las escuelas certificadas como libres de bebidas y alimentos azucarados	(Número de escuelas libres de bebidas azucaradas / Número total de escuelas) x 100		20%	40%	60%
	Elaborar materiales educativos de apoyo sobre los efectos a la salud del consumo excesivo de azúcar	Elaborar materiales educativos sobre los beneficios a la salud de la moderación en el consumo de azúcar	>90% de las escuelas cuentan con materiales educativos	(Número de escuelas con materiales educativos / Número total de escuelas) x 100		30%	60%	>90%
		Promover concursos de carteles o materiales educativos para disminuir el consumo de azúcares	Convocar a un concurso nacional anual con la participación del 70% de las escuelas	(Número de escuelas que participan en el concurso / Número de escuelas) x 100		10%	40%	70%

## OBJETIVO 5

Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEP / Dirección General de Materiales Educativos	Incorporar contenidos educativos de orientación alimentaria en materiales para maestros y alumnos	Definir contenidos por grado	75% de los grados tienen contenidos sobre orientación alimentaria	(Número de grados con contenidos / Número total de grados) x 100		25%	50%	75%
		Elaborar materiales de apoyo	100% de las escuelas cuentan con materiales de apoyo sobre orientación alimentaria	(Número de escuelas con materiales / Número total de escuelas) x 100		80%	90%	100%
		Capacitar a maestros	100% de maestros capacitados	(Número de maestros capacitados / Número de maestros seleccionados programados) x 100		80%	90%	100%
SEP / SEB	Capacitar a los comités de cooperativas sobre opciones saludables de alimentos escolares	Listado de opciones saludables para cooperativas	Listado de opciones saludables para cooperativas escolares actualizado	Listado	1			
		Capacitar a los comités	80% de comités capacitados	(Número de comités capacitados / Número total de comités) x 100		25%	50%	80%

Continúa...

... continuación

SEP / Subsecretaría de Educación Básica	Instrumentar una estrategia de comunicación educativa alimentaria para padres, docentes y alumnos	Elaborar estrategia con enfoque de mercadotecnia social	Un documento de estrategia con enfoque de mercadotecnia social elaborado	Estrategia diseñada con enfoque de mercadotecnia social	1			
		Diseñar materiales educativos audiovisuales e impresos	Materiales educativos impresos	(Número de escuelas con materiales impresos / Escuelas programadas) x 100		50%	60%	100%
		Instrumentar la estrategia	100% de entidades federativas con estrategia instrumentada	(Número de entidades federativas con estrategia instrumentada / Número de entidades federativas) x 100		50%	70%	100%

## OBJETIVO 7

Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEP / Dirección General de Materiales Educativos	Diseñar materiales educativos sobre los efectos adversos para la salud de la ingesta excesiva de azúcar para maestros y alumnos	Definir mensajes claves a incorporar	90% de maestros identifican los mensajes claves definidos	(Número de maestros que conocen los mensajes / Número total de maestros) x 100	90%	>90%		
		Capacitar a maestros sobre los nuevos materiales	70% de maestros programados capacitados	(Número de maestros capacitados / Número total de maestros) x 100		20%	45%	70%
		Distribuir los materiales en todas las escuelas	≥80% de escuelas cuentan con los materiales	(Número de escuelas con los materiales / Número total de escuelas) x 100		50%	80%	≥80%
		Distribución del mensajero escolar sobre ingesta excesiva de azúcar a todas las familias	70% de las familias de educación básica reciben el mensajero escolar	(Familias que reciben el mensajero / Total de familias de educación básica) x 100	5%	20%	50%	70%

## OBJETIVO 8

Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo la producción de grasas trans de origen industrial

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEP / Subsecretaría de Educación Básica	Actualizar la normatividad a fin de favorecer que en las escuelas los alimentos que se expendan sean bajos en grasas saturadas y grasas trans	Formación de grupo de trabajo	Grupo de trabajo instalado	Grupo de trabajo activo	100%			
		Propuesta de la actualización a la normatividad en concordancia con los lineamientos emitidos por la SS	Actualización de la normatividad	Nueva propuesta a la norma	100%			
		Difusión y aplicación de la normatividad actualizada en el sistema escolar	80% del sistema escolar aplican la actualización de la normatividad	(Número de escuelas que aplican la actualización de la normatividad / Número total de escuelas) x 100		40%	60%	80%
		Vigilancia de la aplicación de la nueva normatividad	50% de las escuelas que cumplen con la norma	(Número de escuelas que cumplen la normatividad / Número total de escuelas) x 100				50%

12. SECRETARÍA DE HACIENDA  
Y CRÉDITO PÚBLICO (SHCP)

La SHCP tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

- 3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
- 8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo la producción de grasas trans de origen industrial

OBJETIVO 3

Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas





OBJETIVO 8

Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo la producción de grasas trans de origen industrial

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SHCP	Analizar instrumentos hacendarios encaminados a promover el consumo de alimentos saludables	Generar una síntesis sobre las mejores prácticas internacionales en esta materia	Contar con la síntesis	Porcentaje de avance en la elaboración de la síntesis		50%	100%	

### 13. SECRETARÍA DE MARINA (SEMAR)

La SEMAR tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

-  1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social
-  3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
-  4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
-  5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

#### OBJETIVO 1

Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEMAR	Implementar la prescripción personalizada de actividad física en los establecimientos médicos navales	Impulsar la implementación de 35 módulos de activación física	Contar con 35 módulos delegacionales de actividad física	Módulos implementados	10	20	35	
		Impulsar la prescripción personalizada de la actividad física en los establecimientos médicos navales	80% de los establecimientos médicos navales prestarán dentro de sus servicios, la prescripción personalizada de ejercicio	(Establecimientos médicos navales que prescriben actividad física / Total de establecimientos médicos navales) x 100	10%	30%	50%	80%
	Impulsar la realización de la actividad física en sitios de trabajo	Diseñar y lanzar una campaña de sensibilización y promoción de los beneficios a la salud de los trabajadores	Ejecutar una campaña permanente anual de sensibilización y promoción en trabajadores	Una campaña anual permanente de sensibilización y promoción de la actividad física en los sitios de trabajo		1	1	1
		Promover la campaña "Es mejor por las escaleras"	Una campaña permanente anual de uso de escaleras	Campaña implementada		1	1	1

## OBJETIVO 3

## Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEMAR	Desarrollar campañas de comunicación sobre los beneficios del consumo de agua simple potable	Difundir la campaña en la población militar en el activo y derechohabiente	Una campaña permanente anual sobre consumo de agua simple potable	Número de campañas realizadas		1	1	1
		Realizar pláticas en sala de espera para población militar en el activo y derechohabiente	Una plática sobre beneficios del consumo de agua simple potable, al menos a 30 militares en activo o derechohabientes, de manera mensual en cada establecimiento médico naval	(Número de establecimientos médicos navales con pláticas realizadas al menos a 30 militares en activo o derechohabientes / Número de establecimientos médicos militares) x 100	10%	70%	80%	90%

## OBJETIVO 4

## Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEMAR	Promover el programa Sectorial "5 Pasos por tu Salud"	Promover el programa "5 Pasos por tu Salud"	85% de los establecimientos médicos navales de SEMAR operan el programa "5 Pasos por tu Salud"	(Número de establecimientos médicos navales que promueven el programa "5 Pasos por tu Salud" / Número de establecimientos médicos navales de SEMAR) x 100	5%	20%	40%	85%
		Elaboración de talleres y cursos sobre el programa "5 Pasos por tu Salud" en sitios de trabajo de SEMAR	75% de sitios de trabajo de SEMAR operan el programa	(Número de sitios de trabajo que operan el programa / Número total de sitios de trabajo) x 100	5%	30%	60%	75%

## OBJETIVO 5

Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SEMAR	Diseñar una estrategia sobre orientación alimentaria, selección y preparación de alimentos	Difundir la estrategia	100% de los establecimientos médicos navales difunden la estrategia	(Número establecimientos médicos navales que conocen la estrategia / Número de establecimientos médicos navales) x 100	10%	50%	80%	100%
		Realizar talleres y cursos con énfasis en los alimentos disponibles en la región	100% de los establecimientos médicos navales realizarán talleres y cursos	(Número de establecimientos médicos navales donde se realicen talleres y cursos con énfasis en alimentos disponibles en la región / Número total de establecimientos médicos navales en el país) x 100	25%	50%	80%	100%
	Capacitar a profesionales de la salud en consejería a la población sobre alimentación correcta	Capacitar al personal de salud de cada establecimiento médico naval	100% de establecimientos médicos navales con personal capacitado	(Número de establecimientos médicos navales con trabajadores capacitados / Número de establecimientos médicos navales) x 100			50%	100%



## 14. SECRETARÍA DE SALUD (SS)

La SS tiene injerencia en los siguientes objetivos de la política nacional:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo la producción de grasas trans de origen industrial
9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas
10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio

## OBJETIVO 1

Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SS / Dirección General de Promoción de la Salud	Promover la acumulación de al menos 30 minutos de activación física diaria en toda la población	Campañas educativas para promover la acumulación de al menos 30 minutos de activación física	Una campaña al año en medios masivos y complementarios	Número de campañas realizadas	1	1	1	1
		Promover caminatas a favor del envejecimiento activo	100% de las entidades federativas realizan al menos una caminata anual	(Número de entidades federativas que realizan caminatas / Número de entidades federativas) x 100	60%	75%	90%	100%
	Promover la acumulación de al menos 30 minutos de activación física diaria en trabajadores de la SS	Promover activación física en todas las instalaciones de la SS	100% de las instalaciones realizan 30 minutos diarios de activación física	(Número de instalaciones que realizan 30 minutos de activación física diaria / Número total de instalaciones) x 100	20%	40%	75%	100%
	Promover el desarrollo de actividad física en los talleres comunitarios dirigidos a los Jóvenes del Programa Oportunidades	Incorporar contenidos de educación física en los talleres comunitarios	70% de los talleres dirigidos a jóvenes incluyen contenidos de actividad física	(Número de talleres con contenidos incorporados / Número total de talleres) x 100	10%	25%	50%	70%
	Promover la formación y capacitación de personal profesional dedicado a la actividad física	Estimular la formación de médicos especialistas en medicina del deporte	50 nuevos especialistas en medicina del deporte	Número de especialistas nuevos				50
		Estimular la formación de promotores de la salud especializados en actividad física	500 promotores de la salud especializados en actividad física	Número de promotores de la salud especializados		100	200	200

## OBJETIVO 2

## Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SS / Dirección General de Promoción de la Salud	Desarrollar programa de comunicación educativa sectorial para impulsar el consumo de agua simple potable dentro del programa "5 Pasos por su Salud"	Desarrollar la estrategia de comunicación educativa	Estrategia implantada al 100%	Porcentaje de avance en la implantación	10%	25%	60%	100%
		Incorporar a las dependencias del sector público	Por lo menos el 80% de las dependencias del sector público estén incorporados a la estrategia	(Número de dependencias incorporadas / Número total de dependencias) x 100		15%	40%	80%
		Incorporar al sector privado inscrito en las cámaras industriales y de servicios en la estrategia	Por lo menos 60% de las cámaras industriales y de servicio incorporadas	(Número de cámaras incorporadas / Número total de cámaras) x 100		15	30	60

## OBJETIVO 3

## Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SS / Dirección General de Promoción de la Salud	Desarrollar campañas de comunicación sobre los beneficios del consumo de agua simple potable	Elaborar un estudio de percepción de riesgos	Estudio de percepción de riesgos por grupo de edad	Estudio de percepción de riesgos por grupo de edad		1		
		Diseñar materiales educativos	90% de las unidades de salud cuentan con materiales validados educativos sobre consumo de agua	(Número de unidades de salud con materiales / Número total de unidades de salud) x 100	50%	75%	80%	90%
		Organizar ferias y concursos de producción de videos y materiales educativos complementarios	Un concurso / Una feria nacional y 32 estatales de producción de videos y materiales complementarios	(Número de concursos y ferias efectuados / Número de concursos y ferias programadas) x 100	20%	100%	100%	100%
	Diseñar campañas sobre la ingestión restringida de grasa láctea y azúcar	Elaborar un estudio de percepción de riesgos	Estudio de percepción de riesgos por grupo de edad	Estudio de percepción de riesgos por grupo de edad		1		

## OBJETIVO 4

Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SS	Promover el programa sectorial "5 Pasos por su Salud"	Diseñar y lanzar una campaña sobre el programa "5 Pasos por su Salud"	Lanzar 4 campañas nacionales, una por año para promover los "5 Pasos por su Salud"	Número de campañas anuales realizadas	1	1	1	1
		Desarrollar materiales educativos con contenidos específicos	Desarrollar materiales educativos con contenidos específicos del programa "5 Pasos por su Salud"	(Materiales educativos desarrollados con contenidos específicos del programa "5 Pasos por su Salud" / Materiales educativos programados con contenidos específicos del programa "5 Pasos por su Salud") x 100	20%	40%	40%	100%

## OBJETIVO 5

Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SS / Dirección General de Promoción de la Salud	Diseñar una estrategia sobre orientación alimentaria, selección y preparación de alimentos	Integrar grupo de trabajo inter e intrasectorial	Un grupo de trabajo inter e intrasectorial operando	Número de grupos de trabajo inter e intrasectorial operando	1			
		Elaborar propuesta incluyendo talleres comunitarios	Documento de propuesta elaborado incluyendo talleres comunitarios	Porcentaje de avance en los documentos de propuesta elaborados, incluyendo talleres	100%			
		Presentación de la estrategia	Documento de la estrategia a seguir elaborado y presentado	Porcentaje de avance en los documentos de la estrategia elaborados y presentados	100%			
		Difundir la estrategia	100% de las unidades operativas nacionales conocen la estrategia	(Número de unidades operativas que conocen la estrategia / Número de unidades operativas) x 100		40%	100%	
		Realizar talleres y cursos con énfasis en cultura local	100% de localidades nacionales donde se realicen talleres y cursos con énfasis en cultura local	(Número de localidades donde se realicen talleres y cursos con énfasis en cultura local / Número de localidades totales en el país) x 100	25%	50%	75%	100%
	Capacitar a profesionales de la salud en consejería a la población sobre alimentación correcta	Elaborar lineamientos sobre consejería en alimentación	Documento de lineamientos sobre consejería en alimentación	Porcentaje de avance en los documentos de lineamientos sobre consejería en alimentación	35%	100%		
		Definir esquema de capacitación y materiales educativos de apoyo	Esquema de capacitación y materiales educativos de apoyo	Porcentaje de avance en los esquemas de capacitación y materiales educativos de apoyo	25%	100%		
		Diseño de la campaña para diferentes grupos blanco	100% de los grupos blanco con una campaña específica	(Número de grupos blanco con campaña / Número de grupos blanco totales) x 100	50%	100%		

Continúa...

... continuación

SS / Dirección General de Promoción de la Salud	Capacitar a profesionales de la salud en consejería a la población sobre alimentación correcta	Instrumentar la capacitación	85% del personal de salud seleccionado capacitado	(Número de trabajadores de salud seleccionados capacitados / Número de trabajadores de salud seleccionados programados) x 100	5%	25%	50%	85%
SS / SE	Emitir una norma mexicana (NMX) en etiquetado frontal para orientar el consumo de productos saludables	Conformar un grupo de trabajo	Grupo de trabajo operando	Porcentaje de avance en la conformación de grupos de trabajo operando	100%			
		Investigación operativa sobre alternativas de etiquetado para población mexicana	Documento con las recomendaciones de mejor etiquetado para la población mexicana	Porcentaje de avance en los documentos con las recomendaciones de mejor etiquetado para la población mexicana	100%			
		Elaborar norma	Una NMX elaborada	Porcentaje de avance en la NMX elaborada		100%		
		Estrategia de difusión de la Norma	Documento donde se observe la estrategia a seguir para difundir la NMX	Porcentaje de avance en los documentos donde se observe la estrategia a seguir para difundir la NMX	50%	100%		
SS / Dirección General de Promoción de la Salud	Campaña educativa para reducir el consumo de alimentos y bebidas de alta densidad energética	Estudio de percepción de riesgo	Un documento con los resultados del estudio de percepción de riesgos	Número de documentos con los resultados del estudio de percepción de riesgos	1			
		Diseño de la campaña para diferentes grupos blanco	100% de los grupos blanco con un diseño de campaña blanco	(Número de grupos blanco con diseño de campaña / Número de grupos blanco totales) x 100	50%	100%		
		Instrumentación de la campaña	100% de entidades federativas con campaña instrumentada	(Número de entidades federativas con campaña instrumentada / Número de entidades federativas) x 100		50%	100%	

## OBJETIVO 6

Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SS / Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Estrategia de comunicación educativa a favor de la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria adecuada	Estudio de percepción de riesgos	Documento con los resultados del estudio de percepción de riesgos	Número de documentos con los resultados del estudio de percepción de riesgos	1			
		Diseño de la estrategia y de los materiales de apoyo	Un diseño de la estrategia y materiales de apoyo	Porcentaje de avance en los diseños de la estrategia y materiales de apoyo	50%	100%		
		Instrumentación de la estrategia a nivel nacional	100% de entidades federativas con la estrategia instrumentada	(Número de entidades federativas con la estrategia instrumentada / Número de entidades federativas) x 100		50%	100%	
	Proporcionar servicios de consejería en lactancia y ablactación en las unidades de salud	Definir lineamientos para otorgamiento de consejería	Documento de lineamientos sobre consejería en alimentación	Número de documentos de lineamientos sobre consejería en alimentación	1			
		Capacitar al personal de salud que realizaría la consejería	90% del personal de salud seleccionado capacitado	(Número de trabajadores de salud seleccionados capacitados / Número de trabajadores de salud seleccionados programados) x 100	5%	50%	90%	
		Establecer alianzas con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)	80% de OSC programadas participando	(Número de OSC participando / Número de OSC programadas) x 100	50%	80%		

Continúa...



... continuación

SS / Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Diseñar estrategias para promover la adherencia a la lactancia y a la alimentación complementaria	Identificar experiencias nacionales e internacionales exitosas	Documento con las experiencias nacionales e internacionales exitosas identificadas	Porcentaje de avance en los documentos con las experiencias nacionales e internacionales exitosas identificadas	50%	100%		
		Elaborar estrategia	Documento donde se observe la estrategia planteada a seguir	Porcentaje de avance en los documentos donde se observe la estrategia planteada a seguir		100%		
		Instrumentar estrategia	100% de entidades federativas con la estrategia instrumentada	(Número de entidades federativas con la estrategia instrumentada / Número de entidades federativas) x 100		50%	100%	
SS	Promover y vigilar prácticas hospitalarias de promoción de lactancia	Reactivar y actualizar la estrategia de hospitales amigos del niño y de la madre	100% de hospitales programados con la estrategia de amigos del niño y de la madre operando	(Número de hospitales con la estrategia de amigos del niño y de la madre operando / Número de hospitales programados totales) x 100	50%	100%		
		Certificar hospitales	100% de hospitales programados certificados con la estrategia de amigo del niño y de la madre	(Número de hospitales programados certificados con la estrategia de amigo del niño y de la madre / Número de hospitales programados totales) x 100		50%	100%	

## OBJETIVO 7

Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SS / Dirección General de Promoción de la Salud	Desarrollar programas de comunicación educativa sectorial sobre la ingesta moderada de azúcar para toda la población	Elaborar estudio de percepción de riesgos	Documento con los resultados del estudio de percepción de riesgos	Número de documentos con los resultados del estudio de percepción de riesgos		1		
		Diseñar la campaña por grupo blanco	100% de los grupos blanco con un diseño de campaña	(Número de grupos blanco con diseño de campaña / Número de grupos blanco totales) x 100	50%	100%		
		Elaborar materiales de apoyo	100% de los grupos blanco con campaña y respectivos materiales de apoyo	(Número de los grupos blanco con campaña y respectivos materiales de apoyo / Número de grupos blanco totales) x 100	50%	100%		
		Lanzamiento de la campaña	100% de entidades federativas con la campaña operando	(Número de entidades federativas con la campaña operando / Número de entidades federativas) x 100		50%	100%	

## OBJETIVO 8

Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo la producción de grasas trans de origen industrial

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SS / Dirección General de Promoción de la Salud	Desarrollar programas de comunicación educativa sectorial dentro del programa "5 Pasos por su Salud"	Elaborar estudio de percepción de riesgos	Estudio de percepción de riesgo completado	Porcentaje de avance del estudio de percepción realizado	50%	100%		
		Diseño de las campañas	Campaña de comunicación educativa diseñada e implementada	Porcentaje de avance en el diseño y la realización de la campaña		50%	100%	
		Capacitación del personal responsable de operar las acciones	Capacitación del 80% personal completada	(Número de personas capacitadas / Número de personas planeadas para la capacitación) x 100		25%	50%	80%
		Lanzamiento de la campaña	Campaña difundida	Campaña realizada			1	1

## OBJETIVO 9

Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SS / Dirección General de Promoción de la Salud	Revisar y actualizar la Norma Oficial Mexicana de Orientación Alimentaria para estandarizar el tamaño de las porciones de alimentos industrializados y procesados	Creación de un grupo de trabajo dedicado a la revisión de la NOM	Grupo de trabajo instalado y trabajando	Grupo de trabajo operando	100%			
		Realización de la propuesta de la NOM	Realizar y presentar la NOM	Porcentaje de avance de la elaboración de la NOM	25%	75%	100%	
		Aplicación de la NOM y monitoreo	Evaluación de la aplicación de la NOM	Porcentaje de cumplimiento de la NOM				100%









## OBJETIVO 10

Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
SS / Dirección General de Promoción de la Salud	Desarrollar programa de comunicación educativa sectorial para moderar la adición y consumo de sodio	Estudio de percepción de riesgos	Estudio de percepción de riesgos completado	Porcentaje de avance del estudio de percepción efectuado	50%	100%		
		Diseño de las campañas	Una campaña permanente por grupo de edad	Número de campañas lanzadas	1	1	1	1
		Capacitación del personal responsable de operar las acciones	80% del personal capacitado	(Número de personas capacitadas / Número de personas programadas para capacitación) x 100		25%	50%	80%
		Lanzamiento de la campaña	Una campaña permanente lanzada por grupo de edad	Número de campañas realizadas	1	1	1	1

## 15. SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (STPS)

La STPS tiene injerencia en los siguientes objetivos:

-  1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social
-  2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable
-  3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
-  4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
-  5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud
-  6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad
-  7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos
-  10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio

## OBJETIVO 1

Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
STPS	Promover la actividad física en los centros de trabajo	Implantar el Programa de Actividad Física Laboral "Actívate" en el interior de la STPS	Capacitar a 450 trabajadores de la STPS* en el Programa de Actividad Física Laboral "Actívate" para replicar las actividades del Programa en las diferentes unidades administrativas de la STPS y llegar así a la totalidad de los trabajadores de la dependencia	Número de trabajadores de la STPS capacitados que replican el programa "Actívate"	50	150	300	450
		Fortalecer las acciones de inspección en materia de condiciones generales de trabajo, con especial énfasis en el cumplimiento de la obligación patronal de fomentar las actividades deportivas de los trabajadores	Verificar en el 100% de las inspecciones de condiciones generales de trabajo, el cumplimiento de la obligación patronal de fomentar las actividades deportivas de los trabajadores **	(Número de inspecciones realizadas que verifiquen el cumplimiento de la obligación patronal de fomentar las actividades deportivas de los trabajadores / Número de inspecciones programadas) x 100	100%	100%	100%	100%

\* 450 trabajadores representan el 10% del personal de la STPS.

\*\* Se estima que en 2010 se realizarán 10 mil inspecciones sobre condiciones generales de trabajo.

## OBJETIVO 2

## Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
STPS	Vigilar el cumplimiento de la normatividad relativa a la disponibilidad de agua potable gratuita dentro de los centros de trabajo	Fortalecer la vigilancia del Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo, donde se establece la obligación del patrón de proveer sistemas higiénicos de agua potable y lugares en donde consumir alimentos, entre otras disposiciones**	Verificar en el 100% de las inspecciones de seguridad e higiene, el cumplimiento de la obligación patronal de proveer a sus trabajadores sistemas higiénicos de agua potable y lugares en donde consumir alimentos*	(Número de inspecciones realizadas que verifiquen el cumplimiento de la obligación patronal de proveer sistemas higiénicos de agua potable, entre otras disposiciones relativas / Número de inspecciones programadas) x 100	100%	100%	100%	100%

\* Se estima que en 2010 se realizarán 16 mil inspecciones sobre seguridad e higiene.

\*\* Artículos 103, 104 y 105 del citado Reglamento.

## OBJETIVO 3

## Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
STPS	Propiciar el consumo de bebidas con bajo contenido de azúcar y grasas lácteas en el interior de la STPS	Incrementar el consumo de agua potable en las instalaciones de la STPS	Incrementar en 30% el consumo de agua potable en las instalaciones de la STPS	Porcentaje de incremento de consumo de agua potable	8%	16%	24%	30%
		Eliminar la disponibilidad de bebidas con alto contenido de azúcar y eliminar las bebidas con grasas lácteas en las instalaciones de la STPS	Eliminar al 100% la disponibilidad de bebidas con alto contenido de azúcar y grasas lácteas en las máquinas expendedoras de la STPS	Porcentaje de disminución de disponibilidad de bebidas con alto contenido de azúcar y grasas lácteas	100%	100%	100%	100%



## OBJETIVO 4

Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
STPS	Incluir en los menús de los comedores de los centros de trabajo de la STPS mayor cantidad de fruta, verduras, cereales enteros y alimentos altos en fibra	Incorporar una mayor cantidad de frutas, verduras, cereales enteros y alimentos altos en fibra, en el menú de los comedores de la STPS	Incrementar en 15% la participación de verduras, frutas, cereales enteros y alimentos altos en fibras en los menús de los comedores de la STPS*	Porcentaje de incremento de la participación de verduras, frutas, cereales enteros y alimentos altos en fibras en los menús de la STPS	15%	15%	15%	15%

\* La STPS cuenta con tres comedores que en promedio ofrecen 1,100 servicios de alimentación diarios.

## OBJETIVO 5

Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
STPS	Fomentar en los trabajadores la importancia de la alimentación correcta	Generar información sobre alimentación correcta y distribuirla entre las organizaciones sindicales y patronales para su difusión a los trabajadores y sus familias	Distribuir la información sobre la alimentación correcta al 100% de las organizaciones sindicales y patronales federales, registradas y actualizadas	Porcentaje de organizaciones sindicales y empresariales informadas	100%			
		Incorporar en el Observatorio Laboral cursos relativos a alimentación correcta para trabajadores	Establecer 5 cursos sobre alimentación correcta en el Observatorio Laboral	Número de cursos sobre alimentación correcta incorporados al Observatorio Laboral	5	5	5	5

... continuación

	Promover la Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad	<p>Modificar la NOM-030-STPS- 2008, a efecto de que se prevea dentro de los programas de seguridad e higiene en el trabajo, que se refiere en el art. 130 del RFSHMAT, que se incorporen:</p> <p>Las acciones y programas de promoción para la salud que recomienden o dicten las autoridades competentes</p> <p>Una vez que entre en vigor la norma, realizar la vigilancia por parte de la Inspección Federal del Trabajo</p>	<p>Modificar la NOM-030-STPS-2008, en relación con la incorporación de acciones y programas de promoción de la salud de los trabajadores que recomienden o dicten las autoridades competentes</p> <p>Vigilar el cumplimiento de las citadas acciones y programas por parte de la Inspección Federal del Trabajo</p>	(Documento elaborado / Documento programado) x 100	1*	**	***	***
		Promover las acciones de la Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad entre los trabajadores de la STPS, a través de pláticas e información electrónica	Lograr que el 100% de los trabajadores de la STPS estén informados sobre las acciones de la Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad	(Número de trabajadores informados / Total de trabajadores de la STPS) x 100	100%	100%	100%	100%
		Hacer una campaña anual de mercadotecnia para fomentar el consumo de al menos 5 porciones de frutas y verduras	Campaña anual implantada	Campaña implantada	1	1	1	1

\* 2009 - Difundir la Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad en el ámbito obrero patronal en el marco de la Comisión Consultiva de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

\*\* 2010 - Modificar la NOM-030-STPS-2008, en relación con la incorporación de acciones y programas de promoción de la salud que recomienden o dicten las autoridades competentes y una vez que entre en vigor la norma, realizar la vigilancia por parte de la Inspección Federal del Trabajo.

\*\*\* 2011 - 2012 -Vigilar por parte de la Inspección Federal del Trabajo la NOM-030-STPS-2008.

## OBJETIVO 6

Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
STPS	Divulgar prácticas de lactancia y alimentación complementaria adecuadas	Promover la Norma Mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres que incluye entre sus indicadores la infraestructura de apoyo para la lactancia	Lograr que el 100% de las instituciones de la Administración Pública Federal (APF) (229) y 10% de las empresas medianas y grandes registradas por la SE (1142), se certifiquen con la Norma Mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres*	Porcentaje de instituciones públicas y empresas certificadas por la Norma Mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres	2% de instituciones públicas de la APF y 1% de las empresas medianas y grandes registradas en la SE	26% de instituciones públicas de la APF y 2% de las empresas medianas y grandes registradas en la SE	52% de instituciones públicas de la APF y 5% de las empresas medianas y grandes registradas en la SE	100% de instituciones públicas de la APF y 10% de las empresas medianas y grandes registradas en la SE
	Vigilar la adecuada aplicación de licencias por maternidad y de hora de lactancia en madres trabajadoras	Fortalecer las acciones de inspección en materia de condiciones generales de trabajo haciendo especial énfasis en este rubro	Verificar en el 100% de las inspecciones de condiciones generales de trabajo, el cumplimiento de la obligación patronal** de otorgar licencias de maternidad y hora de lactancia a las madres trabajadoras***	(Número de inspecciones realizada / Número de inspecciones programadas) x 100	100%	100%	100%	100%
		Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET) atenderá las quejas y denuncias de jurisdicción federal en contra de patrones que violen los derechos de las madres trabajadoras	Atender 100% de las quejas recibidas por la PROFEDET, en contra de patrones que violen los derechos de las trabajadoras en estado de gestación y periodo de lactancia	(Número de quejas atendidas / Número de quejas promovidas) x 100	100%	100%	100%	100%

Continúa...

... continuación

Revisar la legislación para favorecer la práctica de la lactancia materna en trabajadoras	Promover en el marco de modernización de la Ley Federal del Trabajo, la extensión del periodo de lactancia hasta el término máximo de seis meses (dos reposos de media hora para alimentar a sus hijos), o bien, cuando esto no sea posible, previo acuerdo con el patrón, se reducirá en una hora su jornada de trabajo durante el periodo señalado	Elaboración y presentación de la propuesta de reforma respectiva ante el Congreso de la Unión****	Una propuesta elaborada y presentada (incluida en el documento de análisis que realizó la STPS sobre las iniciativas de reforma a la Ley Federal del Trabajo)	1			
---	--	---	---	---	--	--	--

\* La norma se publicó el 9 de abril de 2009 y se prevé iniciar la certificación de las instituciones en el tercer trimestre.

\*\* Ley Federal del Trabajo, artículo 170, fracción II y IV.

\*\*\* Se estima que en 2010 se realizarán 10 mil inspecciones sobre condiciones generales de trabajo.

\*\*\*\* Actualmente la Ley no establece el término máximo de seis meses o la posibilidad de que se reduzca la jornada de trabajo en una hora, cuando no sea posible otorgar los dos periodos de media hora de lactancia.

## OBJETIVO 7

Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
STPS	Reducir el contenido de azúcar adicionada en los productos y alimentos que se ofrecen en los centros de trabajo de la STPS	Eliminar la disponibilidad de productos con alto contenido de azúcar adicionada en las instalaciones de la STPS	Eliminar al 100% la disponibilidad de productos con alto contenido de azúcar adicionada, en las máquinas expendedoras de la STPS	Porcentaje de disminución de disponibilidad de productos con alto contenido de azúcar adicionada	100%			
		Reducir la proporción de azúcar adicionada en los alimentos que se ofrecen en los menús de los comedores de los centros de trabajo de la STPS	Reducir en 30% el contenido de azúcar adicionada en los alimentos que se ofrecen en los menús de los comedores de los centros de trabajo de la STPS*	Porcentaje de disminución del contenido de azúcar adicionada en los menús	30%			

\* La STPS cuenta con tres comedores que en promedio ofrecen 1,100 servicios de alimentación diarios.

## OBJETIVO 10

Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio

PROGRAMA RESPONSABLE	ACTIVIDADES	ACCIONES	META AL 2012	INDICADOR	2009	2010	2011	2012
STPS	Reducir el contenido de sodio adicionado en los productos y alimentos que se ofrecen en los centros de trabajo de la STPS	Eliminar la disponibilidad de productos con alto contenido de sodio adicionado en las instalaciones de la STPS	Eliminar al 100% la disponibilidad de productos con alto contenido de sodio adicionado, en las máquinas expendedoras de la STPS	Porcentaje de disminución de disponibilidad de productos con alto contenido de sodio adicionado	100%			
		Reducir la proporción de sodio adicionado en los alimentos que se ofrecen en los menús de los comedores de los centros de trabajo de la STPS	Reducir en 30% el contenido de sodio adicionado en los alimentos que se ofrecen en los menús de los comedores de los centros de trabajo de la STPS*	Porcentaje de disminución del contenido de sodio adicionado en los menús	30%			

\* La STPS cuenta con tres comedores que en promedio ofrecen 1,100 servicios de alimentación diarios.

## Anexo 2

### Abreviaturas y acrónimos

AGC	Ácidos grasos cis
ACT	Ácidos grasos trans
ADADEAS	Alimentos de alta densidad energética y altos en sodio
AVPAD	Años de vida perdidos ajustados por discapacidad
CCE	Consejo Coordinador Empresarial
CDC	Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, por sus siglas en inglés
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Colesterol LDL	Lipoproteínas de baja densidad
Colesterol HDL	Lipoproteínas de alta densidad
CONADE	Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONCAMIN	Confederación de Cámaras Industriales
CONCANACO-SERVYTUR	Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo
CONMEXICO	Consejo de la Comunicación, Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
DICONSA	Sistema de Distribución Conasupo, SA de CV
DM	Diabetes mellitus
EIC	Enfermedad isquémica del corazón
ENCT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ECV	Enfermedades cardiovasculares
ECRN	Enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENSA 2000	Encuesta Nacional de Salud 2000
ENSANUT 2006	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006
ENPPS	Estrategia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud
FNPF	Federación Nacional de Padres de Familia
HFSS	Productos altos en grasa, azúcar y sal, por sus siglas en inglés
HTA	Hipertensión arterial
IASO	Internacional Association for the Study of Obesity
IDR	Ingestión diaria recomendada
IMC	Índice de masa corporal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social

INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IOTF	Internacional Obesity Task Force
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LICONSA	Leche Industrializada Conasupo, SA de CV
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PROESA	Programa Sectorial de Salud
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
PRONASA	Programa Nacional de Salud
RMMPs	Red Mexicana de Municipios por la Salud
SAGARPA	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
SE	Secretaría de Economía
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEMAR	Secretaría de Marina
SEP	Secretaría de Educación Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SMSP	Sociedad Mexicana de Salud Pública
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SOFIT	Sistema de Observación de la Calidad del Tiempo de la Educación Física, por sus siglas en inglés (System for Observing Fitness Instruction Time)
SS	Secretaría de Salud
UE	Unión Europea



## Anexo 3

# Taller para la revisión del documento Preliminar Bases para una Política de Estado para la Prevención de la Obesidad: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad\*

### DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

La Secretaría de Salud (SS), a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) llevó a cabo una reunión de alto nivel con expertos nacionales e internacionales en las áreas de nutrición, obesidad y salud pública. El objetivo de dicha reunión fue discutir y afinar un documento confidencial de política pública que describe una propuesta donde se identifican las acciones generales que cada dependencia realizará para prevenir y controlar la epidemia de sobrepeso y obesidad en México. Los comentarios e impresiones recolectadas durante esta reunión fueron considerados como parte del proceso de revisión final del documento antes de su presentación final por parte del titular del Ejecutivo.

### RELATORÍA

#### I. INTRODUCCIÓN

Los días 11 y 12 de diciembre de 2008, la SS, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, y el INSP de México organizaron una reunión de expertos, a modo de taller, en las instalaciones del INSP en Cuernavaca. El objetivo principal de dicho evento fue reunir a un grupo de expertos en las áreas de salud pública, nutrición, sobrepeso y obesidad, entre otras, para llevar a cabo la revisión de una versión preliminar del documento “Bases para una Política de Estado para la Prevención de la Obesidad”.

El grupo de trabajo, conformado por representantes de diversos sectores, incluidas instituciones gubernamentales y de investigación, organismos internacionales de salud pública, el sector médico (público y privado), y académicos de varias instituciones de renombre mundial en temas de nutrición y salud pública se dio a la tarea de revisar las acciones generales para la prevención del sobrepeso y la obesidad delineadas en el documento de trabajo (ver la lista de participantes en la página 174).

El Dr. Mario Henry Rodríguez (INSP) dio la bienvenida al comité de expertos e hizo hincapié sobre la importancia del esfuerzo llevado a cabo para la realización del documento a ser revisado. Destacó que dicho esfuerzo fue liderado por personal de la SS con el apoyo de un equipo de trabajo del INSP. También, destacó la importante contribución de otros colaboradores, quienes representaron una gama de disciplinas, que contribuyeron con su tiempo y conocimientos. En su rol de director general del INSP, agradeció la oportunidad brindada al INSP de formar parte de dicho esfuerzo,

\* Con sede en el Instituto Nacional de Salud Pública de México, Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán, Cuernavaca, Morelos 62508. Del 11-12 de diciembre de 2008.

al describirla como una institución que durante los últimos 15 años ha dedicado sus esfuerzos a entender la prevalencia y magnitud del problema del sobrepeso y la obesidad en México. Para finalizar, elogió al comité de expertos por adherirse al esfuerzo de revisión del documento y por su participación en el Taller, destacando la importancia de su retroalimentación en el proceso de refinar la versión final del documento. El Dr. Juan Rivera (INSP) también dio la bienvenida a los participantes. Después hizo una breve descripción de los antecedentes del documento y explicó los objetivos del Taller.

El comité de expertos fue asignado a la tarea de discutir y emitir su opinión sobre cinco puntos clave:

- La validez y relevancia de los antecedentes discutidos en el documento y su pertinencia como argumento para sustentar las acciones sugeridas;
- La importancia y relevancia de los objetivos y líneas de acción contenidas en la sección “Matriz de oportunidades de acción”;
- Posibles oportunidades de acción y/u objetivos omitidos de la lista de oportunidades de acción;
- La jerarquía de las líneas de acción a ser enfatizadas a corto y mediano plazo en base a las condiciones, infraestructura y entorno político actual de México;
- Las líneas de acción con mayor oportunidad de generar consenso entre los actores clave (específicamente gobierno, industria, comunidad médica y expertos de la salud, y público en general) y aquellas con el mayor potencial de ser adoptadas pronto.

## II. PROGRAMA DEL TALLER

Finalizadas la bienvenida y la introducción, la Mtra. Laura Irizarry Figueroa (secretaria técnica) discutió los lineamientos generales del programa y los detalles logísticos de la dinámica a llevarse a cabo durante las sesiones de trabajo. Posteriormente los Drs. Juan Rivera Dommarco y Simón Barquera Cervera, respectivamente, impartieron dos presentaciones tituladas “Magnitud, distribución y tendencias del problema en México” y “Evidencia científica sobre acciones para la prevención de obesidad”. Después de sus presentaciones el Dr. Carlos Santos Burgoa (SS) presentó los objetivos estratégicos y líneas de acción de manera detallada al comité de expertos.

El resto del Taller consistió en la discusión del documento. Los participantes fueron asignados a grupos de trabajo con base en su experiencia, sector o dependencia representada, buscando mantener un balance entre los diferentes puntos de vista y las áreas de expertise representadas por los participantes en cada grupo. El cuadro 1 contiene una lista detallada de los grupos de trabajo. Aunque cada grupo abordó la tarea asignada de manera diferente, los resultados presentados por cada equipo al término de las sesiones de trabajo arrojaron los resultados esperados. Los grupos presentaron un cuidadoso análisis de las debilidades y fortalezas identificadas, discutieron sus observaciones sobre el enfoque, contenido y estrategia en cada línea de acción –en ocasiones haciendo modificaciones específicas al lenguaje o enfoque de éstas– y jerarquizaron las acciones con base en su perentoriedad y el nivel de complejidad asociado con su implementación.

## III. RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE EXPERTOS

Como trabajo previo a la reunión de expertos, se elaboró un borrador de “Matriz de Oportunidades de Acción” desarrollado por el grupo técnico (SS–INSP) con base en un cuidadoso análisis de los principales procesos que inducen a dietas altas en energía y que resultan en la ganancia de peso excesivo. En este documento se identificaron 10 objetivos con potencial de controlar y revertir la crisis de sobrepeso y obesidad en México. Para cada uno de los 10 objetivos

generales también se detallaron las acciones específicas y se identificaron los diferentes sectores a ser involucrados en su ejecución.<sup>1</sup>

Los expertos analizaron y modificaron estos objetivos de acuerdo con el programa de trabajo previamente descrito. Se discutió la prioridad para cada objetivo y se evaluó la factibilidad de establecer metas transversales que a su vez hilvanen múltiples objetivos.

Revisiones y recomendaciones a la “Matriz de Oportunidades Acción”, sugeridas por los grupos de trabajo y participantes individuales

***Objetivo 1: Promover y proteger la lactancia materna exclusiva, continuada al menos hasta el año y una alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses***

El primer objetivo general presentado abarcó 13 acciones específicas e involucró la participación de seis actores en su plan de ejecución.

Todos los equipos coincidieron en la necesidad de rediseñar la manera en que se presentan las acciones específicas, dado que se consideró que 13 acciones era una cifra excesiva y por consiguiente, poco factibles para su realización. Los equipos coincidieron en hacer énfasis sobre tres líneas de acción específicas: la creación de estrategias de promoción que tomen en cuenta las diferencias sociodemográficas de la población para la promoción, el mantenimiento y la continuación de la lactancia y una adecuada alimentación complementaria; la vigilancia del cumplimiento del código de comercialización de sucedáneos de leche materna y de las prácticas hospitalarias para la promoción de la lactancia; la creación y sustento de un ambiente que permita la lactancia materna a madres en el sector laboral.

Cabe destacar, que los equipos I y II coincidieron en que una debilidad para la priorización de este objetivo es que la evidencia científica que avala la lactancia materna como un factor protector para la obesidad infantil es controversial. La SS fue identificada como el actor responsable de liderar este objetivo y se recomendó que SEDESOL se añadiera a la lista de actores principales.

***Objetivo 2: Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable***

El segundo objetivo general presentado abarcó seis acciones específicas e involucró la participación de ocho actores principales.

Se hizo hincapié sobre dos líneas de acción: la necesidad de promover el consumo de agua potable y asegurar su disponibilidad a la población en general y particularmente dentro de los planteles escolares y; la ejecución de acciones simultáneas para la promoción del consumo de agua y la disminución del consumo de bebidas azucaradas. También se recomendó que se revisara el lenguaje utilizado, específicamente sustituyendo el término “agua simple” por “agua potable”.

Cabe destacar que el equipo III exhortó a que inicialmente se focalicen los esfuerzos para llevar a cabo esta acción en aquellos estados con mejor infraestructura para el abastecimiento de agua potable. Esto con el fin de catalizar la ejecución de las acciones y éxito de su implementación desde un inicio. Aunque se reconoció el papel de la SS como agencia reguladora de dicho esfuerzo, se destacó el importante rol a ser jugado por la SEP y la CONAGUA para asegurar el éxito de las acciones propuestas.

<sup>1</sup> Los sectores con potencial para contribuir con acciones concretas a cada objetivo específico identificados fueron: SSA, COFREPRIS, STPS, SEDESOL, SAGARPA, SE, PROFECO, SHCP, DIF, SEP, CONAGUA, INMUJERES, CONACYT, poder legislativo, sociedad en general, universidades, medios de comunicación, industria, municipios y sindicatos.

***Objetivo 3: Disminuir el consumo de azúcar y grasa en bebidas, y el consumo y cantidad de azúcar adicionada en alimentos***

El tercer objetivo general presentado abarcó 10 acciones específicas e involucró la participación de 13 actores.

El reducir el consumo de azúcar entre la población mexicana fue reconocido por los expertos como un gran reto. El equipo I señaló que el consumo de azúcar probablemente es uno de los principales factores que contribuye para la obesidad y por tanto hizo hincapié sobre la dificultad de la implementación de una política pública para reducir su consumo. Los equipos discreparon en cuanto a la estructura del objetivo según presentada. Mientras que el equipo I propuso que este objetivo se uniera al objetivo 2 (Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple), el equipo II propuso que este fuera fusionado con el objetivo 4 (Disminuir el consumo de grasas saturadas y eliminar el consumo y producción de grasas trans de origen industrial). El equipo III no recomendó la fusión con otro objetivo, sin embargo señaló que como parte del objetivo se debería enfatizar la disminución del consumo de la leche endulzada y entera.

Los equipos II y III concordaron en la necesidad de enfatizar la revisión de los lineamientos que conciernen la distribución de alimentos en programas públicos y planteles escolares. Una observación por parte del equipo III fue la necesidad de contar con mayor transparencia por parte de la industria sobre sus ventas y el contenido de sus productos. Igualmente, el equipo II sugirió la implementación de mecanismos que aseguren la reducción del contenido de energía en las bebidas industrializadas. Se enfatizó la necesidad de una vinculación organizada entre los múltiples actores involucrados para el éxito de esta acción.

***Objetivo 4: Disminuir el consumo de grasas saturadas y eliminar el consumo y producción de grasas trans de origen industrial***

El cuarto objetivo general presentado abarcó nueve líneas de acción específicas e involucró la participación de ocho actores.

En relación con las principales líneas de acción, los tres equipos concordaron que se debe implementar un sistema de monitoreo y vigilancia del tipo de grasas utilizadas en los productos de origen industrial. Dicho sistema cuidaría que se cumpliera el mandato a prohibir del uso de grasas trans, al igual que velaría que en su reemplazo no se utilice un mayor contenido de grasas saturadas u otros ingredientes nocivos a la salud. Por su parte, los equipos I y II propusieron que como parte de este objetivo se considere la promoción de la producción y distribución de leche y otros productos lácteos bajos en grasa. Los tres grupos concuerdan en el rol de la SSA y COFEPRIS, así como también la participación crucial de la industria.

***Objetivo 5: Aumentar el consumo de frutas y verduras***

El quinto objetivo general presentado abarcó ocho líneas de acción específicas e involucró la participación de tres actores.

Los tres equipos de trabajo concluyeron que la principal línea de acción para el cumplimiento de este objetivo deberá de estar enfocada en un aumento de la producción y disponibilidad de estos productos; así como también promover sus bajos costos para que éstas puedan ser consumidas por toda la población. Los grupos también coincidieron en que SAGARPA debería ser designada como la institución responsable de liderar el trabajo referente a este objetivo.

Por su parte, los equipos II y III recomendaron que los esfuerzos de comunicación y educación para aumentar el consumo de frutas y verduras se aten a una campaña de promoción donde se promueva el retorno a la dieta tradicional mexicana la cual, además de ser del gusto de la gran mayoría de la población, incorpora una gran cantidad de alimentos frescos y pocos alimentos altos en grasas.

***Objetivo 6: Aumentar el consumo de granos enteros y fibra en la dieta***

El sexto objetivo general presentado abarcó seis líneas de acción específicas e involucró la participación de cuatro actores.

Como primera línea de acción, los equipos I y II recomendaron la utilización de estrategias de comunicación masiva enfocada a fomentar el consumo de granos enteros y fibra. Nuevamente se recomendó que una posible estrategia de comunicación y difusión debería enfocarse en promocionar el retorno a la dieta tradicional mexicana. Otra estrategia recomendada para incentivar el consumo de granos enteros y fibras fue proveer y garantizar alimentos con dichas características a los beneficiarios de los múltiples programas de desarrollo social que distribuyen alimentos. Por otra parte, el equipo III propuso que este objetivo se uniera al objetivo 7 (Disminuir el consumo de sodio) ya que las líneas de acción a seguirse en ambos casos eran similares. En este caso, la SAGARPA fue identificada nuevamente por los equipos como el actor principal.

***Objetivo 7: Disminuir el consumo de sodio***

El séptimo objetivo presentado abarcó siete líneas de acción específicas e involucró la participación de cuatro actores.

Los equipos coincidieron que la principal línea de acción para lograr el cumplimiento de este objetivo lo será la implementación de normas que regulen la cantidad de sodio contenido en alimentos de origen industrial. Se recomienda que dicha acción, la cual tendría como objetivo limitar la cantidad de sodio permitida en alimentos industrializados, se realice de forma gradual, disminuyendo año con año la cantidad de sodio permitida en los alimentos. Al discutirse la factibilidad de alcanzar este objetivo el equipo III argumentó que dados los pocos avances que se han observado en México con respecto a este tema, el alcanzar dicho objetivo rápidamente es poco probable. Sin embargo, se hizo mención de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) actualmente está liderando un esfuerzo para movilizar acciones regionales sobre este tema y se espera que en el 2009 se emitan recomendaciones a los gobiernos, lo que a su vez puede reforzar los esfuerzos en esta área.

La SS y la COFEPRIS serán las agencias gubernamentales que encabezarán esta línea de acción.

***Objetivo 8: Disminuir el tamaño de las porciones en restaurantes y expendios de alimentos***

El octavo objetivo general presentado abarcó seis líneas de acción específicas e involucró la participación de cuatro actores.

Todos los equipos de trabajo concordaron que la primera línea de acción a abordarse para alcanzar dicho objetivo es el revisar y modificar la Norma Oficial Mexicana para la Estandarización del Tamaño de las Porciones de Alimentos Industrializados. Los expertos también señalaron la necesidad de tomar acción en la regulación del tamaño de porción ofrecida en restaurantes y por los principales distribuidores de alimentos. Se enfatizó que para asegurar el cumplimiento de este objetivo la SS y el Poder Legislativo tendrán que unir fuerzas, a fin de sancionar a aquellos establecimientos y productores de alimentos que no se apeguen a las regulaciones establecidas.

***Objetivo 9: Incrementar la alfabetización de nutrición y salud y aumentar la capacidad de toma de decisión sobre una dieta saludable en la población***

El noveno objetivo general presentado abarcó nueve líneas de acción específicas e involucró la participación de 10 actores.

Los equipos de trabajo convinieron que los esfuerzos para la alfabetización en nutrición y salud se deben llevar a cabo de manera transversal y abarcando todos los objetivos establecidos en la matriz. Para esta propuesta, el equipo II enfatizó que las estrategias a ser desarrolladas deberán considerar las necesidades económicas, sociales y culturales de la población. Según percibida por los expertos, la estrategia educativa deberá ir enfocada a la población en general y a través

del sistema de educación con énfasis en padres de familia, docentes y trabajadores. Igualmente, como parte de dicho esfuerzo se deberá capacitar adecuadamente a los profesionales de la salud, con el fin de garantizar que la información se transmita de manera adecuada. La SS, la SEP y la STPS, junto con las instituciones de educación superior y los medios de comunicación, fueron identificados como los actores claves a ser involucrados en el plan de acción.

***Objetivo 10: Promover la actividad física en todos los entornos (escolar, laboral, comunitario, recreativo) como un medio para prevenir obesidad y tener una mejor salud***

Para el décimo objetivo específico presentado no se especificaron líneas de acción ni los actores a ser involucrados.

Este último objetivo se presentó a los participantes con la intención de validar su relevancia dentro del plan general de acciones para el control y la prevención del sobrepeso y la obesidad. Contrario a los objetivos antes mencionados, este componente no está enfocado a la modificación de los hábitos alimentarios. Sin embargo, el equipo técnico lo consideró un objetivo complementario de vital importancia dentro de la estrategia de prevención.

Los tres equipos coincidieron con el sentir del comité técnico que la actividad física juega un papel crítico dentro de los esfuerzos para la disminución de la obesidad y sus complicaciones, y avalaron que el objetivo fuera incorporado a la matriz. Los participantes hicieron énfasis sobre dos líneas de acción específicas para la promoción de la actividad física. Como primera acción para cumplir con el objetivo antes mencionado, se recomendó promocionar la actividad física como una actividad cotidiana que puede ser integrada dentro de las actividades diarias de la población, no sólo como una actividad adicional y exclusivamente recreativa. En segundo lugar, se recomendó que se establezca como una acción la promoción y facilitación de oportunidades para la realización de la actividad física durante la jornada laboral y escolar.

Ante la interrogante del potencial de alcanzar el objetivo de manera exitosa, el equipo III subrayó que dadas las múltiples iniciativas siendo implementadas y desarrolladas actualmente, este objetivo tiene buenas posibilidades de ser cumplido.

La SS fue identificada como la agencia a liderar este esfuerzo, apoyada principalmente por la STPS y la SEP.

#### IV. RECOMENDACIONES ADICIONALES

Como parte de las discusiones que tomaron lugar durante la revisión de los objetivos y líneas de acción, los grupos de trabajo también discutieron y evaluaron factores que facilitarían o obstaculizarían la implementación y ejecución de las líneas de acción y, por consiguiente, de no ser considerados frustrarían los esfuerzos propuestos. Principalmente se destacó la importancia de llevar a cabo tres acciones suplementarias: la jerarquización de la implementación de las acciones propuestas por prioridad y en etapas, el establecimiento de metas transversales, y la necesidad de crear una instancia regulatoria para el cumplimiento de las diferentes líneas de acción.

##### a) Priorización de los objetivos

Durante las discusiones, muchos de los expertos convocados hicieron énfasis sobre la necesidad de catalogar cada objetivo propuesto y las acciones para su cumplimiento con base en su prioridad. De lo contrario, se argumentó, la implementación simultánea de todas las líneas de acción podría resultar en un esfuerzo demasiado ambicioso, y por consiguiente, con un mayor riesgo de fracasar.

Por su parte, el equipo II planteó que prioridades de trabajo fueran determinadas con base en la evidencia científica disponible, el potencial de impacto a corto plazo de las acciones a ser realizadas, las posibilidades de fortalecer acciones ya implementadas, y el potencial de la acción de generar participación comunitaria. El equipo también señaló

la importancia de definir claramente los esfuerzos a ser realizados y el rol específico de cada actor a ser involucrado. El equipo III coincidió con lo antes mencionado y añadió que se deberá de iniciar la implementación de líneas de acción con aquellas a través de las cuales se pueda asegurar algún tipo de impacto y éxito a corto plazo.

Los expertos también recomendaron que los objetivos políticos generales deberán ser traducidos a metas específicas, cuantificables y verificables, con potencial de ser cumplidas entre el 2008 y el 2012. Igualmente, se señaló que la propuesta de nuevas políticas de Estado para la prevención del sobrepeso y la obesidad debe ser transparente y sujeta al escrutinio público.

#### **b) Instancia regulatoria**

Como estrategia suplementaria, y con el objetivo de asegurar el cumplimiento con las regulaciones y mandatos abarcadas dentro de las líneas de acción propuestas, el equipo II propuso la creación de una instancia regulatoria, dependiente de la SS, asignada a la tarea de ver por la implementación, regulación y vigilancia de las acciones relacionadas con una alimentación saludable y actividad física. Se recomienda que la estructura de dicha instancia se organice de manera que se cuente con representantes estatales y su coordinación se lleve a cabo desde la Federación. Específicamente, la instancia vislumbrada vigilaría y regularía acciones correspondientes a las siguientes aspectos clave: distribución y disponibilidad de alimentos, etiquetado y el cumplimiento con las acciones para asegurar un ambiente escolar y laboral saludable y la práctica de estrategias de mercadeo y publicidad responsables.

Como recomendación complementaria a lo antes mencionado, el equipo III describió como “imprescindible” el fortalecimiento de COFEPRIS como ente regulatorio para lograr el cumplimiento de las metas establecidas. Igualmente, subrayó que es vital el desarrollo de un liderazgo coherente dentro del sector salud y la creación o fortalecimiento de alianzas intersectoriales tanto públicas como privadas.

#### **c) Metas transversales**

La identificación de metas transversales fue sobresaltada como un elemento clave en potenciar el éxito de las estrategias propuestas. El equipo I identificó cuatro categorías de metas transversales comunes para todos los objetivos, específicamente: información, educación y comunicación, normatividad, monitoreo y evaluación e investigación. Por su parte, el equipo III destacó que además de establecer metas transversales, se deben robustecer las bases para ejecutar las estrategias a través del fortalecimiento del ambiente regulatorio, económico e institucional. Finalmente, se indicó que se deberán de concertar las políticas de Estado y armonizar los diferentes esfuerzos de comunicación y difusión en desarrollo de manera coherente.

#### **d) Observaciones adicionales**

Como una acción adicional a ser considerada, el equipo III destacó que es necesario desarrollar acciones específicas con el fin de limitar la mercadotecnia de alimentos no recomendables dirigida a niños. Se enfatizó que el emprender acciones sobre este tema es una acción con el potencial de tener impacto a corto plazo, ya que durante el 2009 la OMS estará atendiendo y brindando apoyo para la atención de esta problemática. Como acción inicial en este ámbito, se recomendó dar seguimiento al documento “Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas Alcohólicas dirigidas al Público Infantil” mediante una evaluación pasados los seis meses de su implementación con el fin de analizar su cumplimiento e impacto. Se precisó que dicha evaluación deberá de ser llevada a cabo por un agente independiente contratado por la SS.

#### IV. CONCLUSIONES DEL TALLER

El Dr. Juan Rivera Dommarco moderó la sesión de conclusiones, la cual consistió en una presentación de los resultados y recomendaciones de cada grupo de trabajo. Los Drs. Benjamín Caballero, Enrique Jacoby y Karen Peterson, respectivamente, presentaron las recomendaciones y conclusiones de sus grupo de trabajo, discutidas en la sección anterior. Por su parte, el Dr. Carlos Aguilar Salinas expresó sus impresiones del trabajo llevado a cabo y validó la importante contribución del comité de expertos a la revisión del documento elaborado por el equipo técnico. Para concluir, el Dr. Simón Barquera Cervera se dirigió a los participantes y expuso los particulares el nuevo proceso de revisión a llevarse a cabo, concluida la reunión de expertos, con el fin de integrar los comentarios y recomendaciones capturadas como parte del trabajo en grupo y durante las sesiones colectivas. Haciendo hincapié sobre la necesidad de que los programas, estrategias y políticas en materia de obesidad estén coordinadas, y subrayando la importancia de que dichas políticas sean de la misma magnitud del reto que se enfrenta, el Dr. Barquera Cervera agradeció a los participantes su asistencia, dando por terminada la reunión.



## Responsables de la publicación

**Simón Barquera Cervera**

Director del Área de Epidemiología de la Nutrición y Presidente del Colegio de Profesores de Nutrición del Centro de Investigación en Nutrición y Salud Instituto Nacional de Salud Pública

**Mauricio Hernández Ávila**

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud

**Juan Rivera Dommarco**

Director General del Centro de Investigación en Nutrición y Salud  
Instituto Nacional de Salud Pública

**Lucero Rodríguez Cabrera**

Directora de Estrategias y Desarrollo de Entornos Saludables  
Dirección General de Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud

**Carlos Santos-Burgoa Zarnecki**

Ex-Director General de Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud

**Ismael Campos Nonato**

Departamento de Enfermedades Crónicas y Dieta  
Centro de Investigación en Nutrición y Salud  
Instituto Nacional de Salud Pública

**Lucía Hernández Barrera**

Departamento de Enfermedades Crónicas y Dieta  
Centro de Investigación en Nutrición y Salud  
Instituto Nacional de Salud Pública

**Elba Durán Vidaurri**

Coordinadora del Programa de Alimentación y Actividad Física  
Dirección General de Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud

Reconocemos el análisis económico efectuado por el grupo de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud: Dra. Jacqueline Arzoz Padres, ex titular de la unidad; y Dra. María Cristina Gutiérrez Delgado, Directora General Adjunta de Economía y Salud.

## ASESORES TÉCNICOS NACIONALES

### SECRETARÍA DE SALUD

#### Armando Barriguete Meléndez

Coordinador del Grupo de Trabajo  
en Enfermedades Crónicas

#### Agustín Lara Esqueda

Director General del Programa de Salud con el Adulto  
y el Anciano  
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

#### Raúl Sanchez Kobashi

Evidencia en Salud  
Dirección General de Promoción de la Salud

### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

#### Miguel Ángel González Block

Director general  
Centro de Investigación en Sistemas de Salud

#### Bernardo Hernández Prado

Director del Área de Salud Reproductiva  
Centro de Investigación en Salud Poblacional

#### Ruy López Ridauro

Jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas  
Centro de Investigación en Salud Poblacional

#### Isabel Romieu

Investigadora en Ciencias Médicas  
Centro de Investigación en Salud Poblacional

#### Salvador Villalpando Hernández,

Director de Vigilancia de la Nutrición  
Centro de Investigación en Nutrición y Salud

### INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN DR. SALVADOR ZUBIRÁN

#### Carlos Aguilar Salinas

Subjefe del Departamento de Endocrinología y Metabolismo de Lípidos

#### Héctor Bourges Rodríguez

Director de Nutrición

#### Antonio González Chávez

Médico Especialista en Medicina Interna  
Hospital General de México

#### Martha Kaufer Horwitz

Investigadora, Clínica de Obesidad y Trastornos Alimentarios

#### Josefina Morales de León

Jefe del Departamento de Ciencia y Tecnología de los Alimentos

**Ana Bertha Pérez Lizaur**

Directora de la Carrera de Nutrición  
Universidad Iberoamericana

**Adriana Quintero Rodríguez**

Presidenta  
Asociación Mexicana de Nutriología

**Víctor Ríos Cortázar**

Coordinador de Primer Nivel y Salud Comunitaria  
Universidad Autónoma Metropolitana

**Georgina Toussaint Martínez de Castro**

Jefe del Servicio de Nutrición  
Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Manuel Urbina Fuentes**

Investigador asociado  
Investigación en Salud y Demografía SC

**Consuelo Velázquez Alva**

Investigadora  
Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco

**ASESORES TÉCNICOS  
INTERNACIONALES****Benjamín Caballero**

Profesor en Salud Internacional y Nutrición Humana  
Escuela de Salud Pública Bloomberg  
Universidad de Johns Hopkins

**Enrique Jacoby**

Asesor Regional de la Unidad de Nutrición  
Organización Panamericana de la Salud

**Karen Peterson**

Directora del Programa de Nutrición Humana  
Universidad de Michigan

**Barry Popkin**

Profesor Distinguido de Nutrición Global y Director  
del Programa Interdisciplinario de Obesidad  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Carolina del Norte

**Walter Willet**

Investigador y Profesor de Epidemiología y Nutrición  
Fredrick John Stare, Departamento de Nutrición  
Escuela de Salud Pública y Medicina de Harvard

**GRUPO DE APOYO**

DIRECCIÓN GENERAL  
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

**Raquel Almazán Del Castillo**  
Mercadotecnia Social en Salud

**Adrenalina Cebrián Gómez**  
Mercadotecnia Social en Salud

**Karla Yareni Lima Chávez**  
Orientación Alimentaria

**Rebeca López Ruvalcaba**  
Consultora en Nutrición

**Gerardo Rivera Malagón**  
Responsable del Área de Diseño

**Lilia Rivero Rodríguez**  
Directora de Evidencia en Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
CENTRO DE INVESTIGACIÓN  
EN NUTRICIÓN Y SALUD

**Citlalli Carrión Pábago**  
Investigadora en Ciencias Médicas

**Luz María Sánchez**  
Investigadora

**Laura Irizarry Figueroa**  
Investigadora

**Rebecca Kanter**

Candidata al grado de Doctor  
Escuela de Salud Pública Bloomberg  
Universidad de Johns Hopkins

**Catalina Medina García**

Investigadora

**Laura Villa Yáñez**

Investigadora

## Anexo 4

### Agradecimientos

Se agradece al personal de las siguientes dependencias que participó en la integración de este documento:

- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)
- Comisión Nacional del Agua (CONAGUA)
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Petróleos Mexicanos (PEMEX)
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA)
- Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)
- Secretaría de Economía (SE)
- Secretaría de Educación Pública (SEP)– Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE)
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)
- Secretaría de Marina (SEMAR)
- Secretaría de Salud (SS)
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)

Asimismo, se agradece el valioso apoyo de la siguientes personas del Secretariado Técnico del Gabinete Social de la Presidencia de la República: Liliana Meza González, secretaria técnica del Gabinete Social; Luis Antonio Villanueva Villarreal, director adjunto de Política Social; y Diana Yadira Pérez Mejía, jefa de Departamento de Política Social A.



Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria  
**Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad**

Se terminó de imprimir en febrero de 2010.  
La edición consta de 500 ejemplares y estuvo al cuidado  
de la Subdirección de Comunicación Científica  
y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública

