



# Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

Estrategia contra el sobrepeso  
y la obesidad

**GOBIERNO  
FEDERAL**

**SALUD**



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



**Vivir Mejor**

# Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

Estrategia contra el sobrepeso  
y la obesidad



**SALUD**



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



**Vivir Mejor**

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

Primera edición, enero, 2010

D.R. © Secretaría de Salud  
Lleja 7, Col. Juárez  
06696, México, D.F.

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

ISBN en trámite

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

**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.

## **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. María de los Ángeles Fromow Rangel  
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Lic. Fernando Álvarez del Río  
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Lic. Bernardo Emilio Fernández del Castillo Sánchez  
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS

Lic. Carlos Olmos Tomasini  
DIRECTOR GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Dr. Gustavo A. Olaiz Fernández  
DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

## Contenido

Introducción	7
Costos económicos y sociales	11
Causas del sobrepeso y la obesidad	15
Desarrollo de políticas y acciones para la prevención del sobrepeso y la obesidad	19
Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad	21
Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria	25
Diez objetivos prioritarios	27
Acciones transversales	31
Papel de la industria	32
Papel de los municipios	33
Papel de la sociedad civil organizada	34
Papel de la academia y organizaciones profesionales	35
Papel de las organizaciones sindicales	36
Conclusiones	39
Bibliografía	43





# Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad

## INTRODUCCIÓN

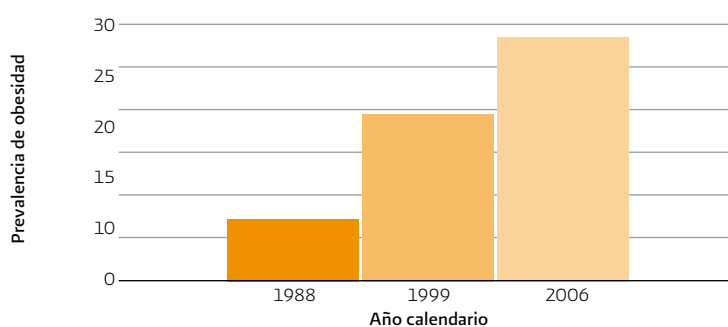
El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de Salud Pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Se estima que 90% de los casos de *diabetes mellitus* tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas son la hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis, y los cánceres de mama, esófago, colon, endometrio y riñón, entre otras.

En respuesta al crecimiento de esta epidemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas, a la cual México se adhirió en 2004.

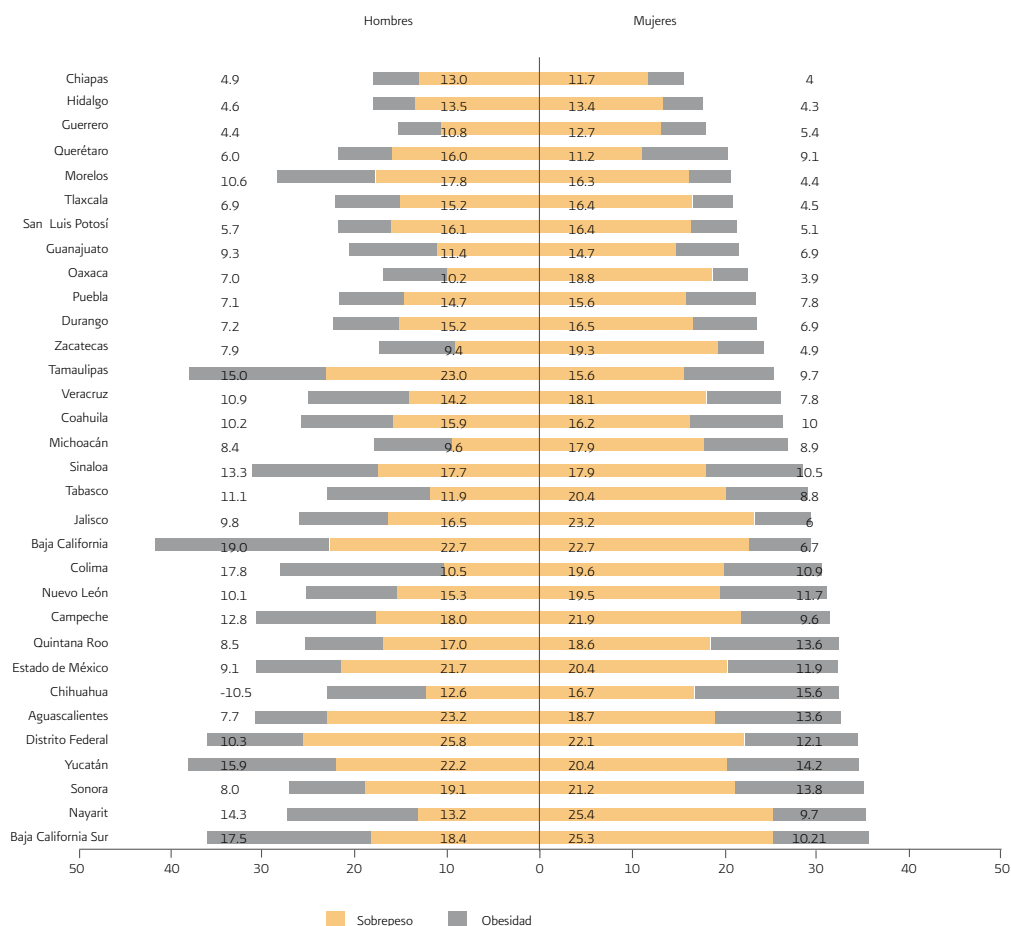
De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado, en particular en la población adulta: 39.5% de los hombres y mujeres tienen sobrepeso y 31.7% obesidad. Es decir, aproximadamente 70% de la población adulta tiene una masa corporal inadecuada.<sup>†</sup> Adicionalmente, esta epidemia registra una elevada tasa de crecimiento entre la población infantil (figura 1), lo que se ha traducido también en una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad entre la población escolar de preescolar y primaria de todo el país (entre 5 y 11 años) y entre adolescentes (figura 2 y cuadro 1).

**Figura 1. Aumento en la prevalencia de obesidad<sup>5</sup> en México**



<sup>5</sup> Obesidad: IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>

<sup>†</sup> Superior a 25 kg/m<sup>2</sup>

**Figura 2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares. México, ENSANUT 2006**

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

**Cuadro 1. 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

En México la epidemia del sobrepeso y la obesidad es un problema de gran magnitud en todos los grupos de edad y experimenta una gran velocidad. En el ámbito internacional existe evidencia suficiente para establecer la contribución de estas condiciones al desarrollo de enfermedades crónicas y su carga potencial a los sistemas de atención a la salud.

Hoy en día, México ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial de obesidad, después de Estados Unidos de América. Esta alta prevalencia de sobrepeso y obesidad representa un problema de salud pública prioritario que exige la puesta en marcha de una política nacional que reconozca el origen multifactorial del problema. La epidemia implica costos significativos para el sistema de salud pública, para la sustentabilidad del régimen de pensiones y para la estabilidad económica y social de la población, especialmente de los sectores más pobres.



## COSTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

El **costo directo** estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, hipertensión, algunos cánceres, atención de *diabetes mellitus* tipo 2) se incrementó en un 61% en el periodo 2000-2008 (valor presente), al pasar de 26,283 millones de pesos a por lo menos 42,246 millones de pesos<sup>•</sup>. Para el 2017 se estima que dicho gasto alcance los 77,919 millones (en pesos de 2008) (cuadro 2). El costo para 2008 representó el 33.2% del gasto público federal en servicios de salud a la persona, presupuestado en ese ejercicio fiscal.

El **costo indirecto** por la pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad ha aumentado de 9,146 millones de pesos en el 2000 (valor presente) a 25,099 millones de pesos en el 2008. Esto implica una tasa de crecimiento promedio anual de 13.51%.

Tan sólo en 2008 este costo indirecto afectó a 45,504 familias, las cuales probablemente enfrentarán una situación de gastos catastróficos<sup>♦</sup> y empobrecimiento por motivos de salud. Se estima que para el 2017 este costo indirecto alcanzará 72,951 millones (en pesos de 2008), con gastos catastróficos.<sup>♣</sup>

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 2000 al estimado de 67,345 millones de pesos en 2008. La proyección es que para el 2017 el costo total ascienda a 150,860 millones de pesos (figura 3).

La carga económica que estos costos representan para un sistema de salud pública y para el gasto de los hogares, es un riesgo tanto para la sustentabilidad de dicho sistema, como para los mismos hogares.

La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad es similar en los quintiles de mayor y menor ingreso y en las comunidades más pobres o más afluentes del país<sup>1,2</sup>. Sin embargo, los sectores más desfavorecidos de la población enfrentan una carga por las enfermedades crónicas asociadas con la obesidad, las cuales son un gasto repetitivo y de por vida, que les genera una mayor vulnerabilidad al no poder sobrepasar la pobreza o a recaer en ella.

El sobrepeso y la obesidad son causa de empobrecimiento porque disminuyen la productividad laboral y provoca gastos catastróficos en salud relacionados con enfermedades crónicas. Por ejemplo, actualmente 12% de la población que vive en pobreza tiene diabetes y 90% de esos casos se pueden atribuir a sobrepeso y obesidad.

Además, diversos estudios han demostrado que el sobrepeso y la obesidad pueden presentarse como secuelas de la desnutrición en las etapas tempranas de la vida, tal como suele ocurrir en situaciones de pobreza. Por ejemplo, los niños que crecen en desnutrición almacenan más grasas con respecto a las proteínas, lo que tiende a aumentar el sobrepeso y la obesidad.

• Algunas estimaciones colocan la segunda cifra en 54,920 millones de pesos, dependiendo del escenario.

♦ Definición de gastos catastróficos. Los gastos catastróficos por motivos de salud miden el gasto en salud de los hogares -incluyendo las aportaciones a la seguridad social, impuestos, y pago de bolsillo por bienes y servicios- en relación con su capacidad de pago. La capacidad de pago se define como el remanente del gasto total en todos los bienes y servicios del hogar una vez descontado el gasto dedicado a satisfacer las necesidades básicas de subsistencia (definidas sobre una línea de pobreza). Cuando el gasto en salud supera el 30% de la capacidad de pago, entonces se incurre en gastos catastróficos.

♣ Documento Técnico Unidad de Análisis Económico SSA, 2009.

## Cuadro 2. Impacto financiero del sobrepeso y la obesidad para el Gobierno Federal. México, 2008 (montos en pesos de 2008)

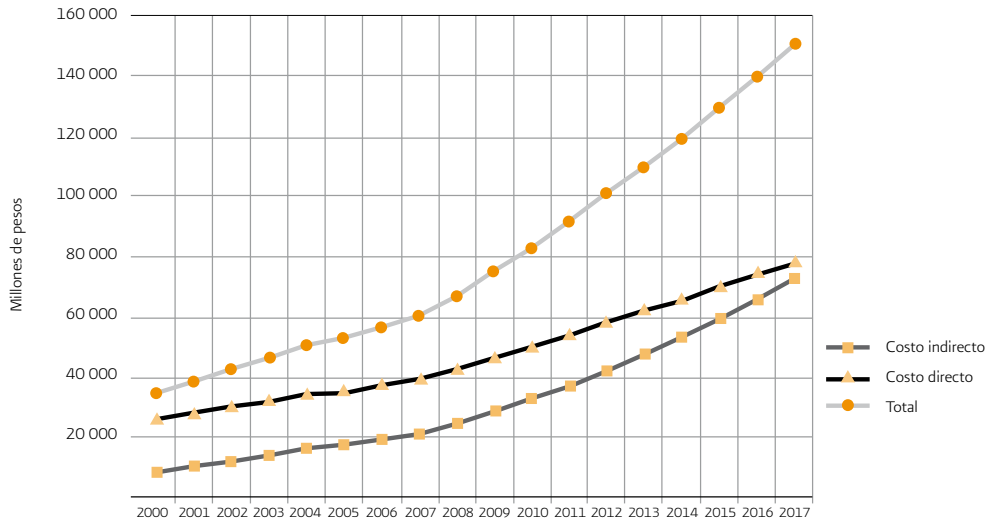
GASTO TOTAL EN ATENCIÓN MÉDICA	TOTAL 2008	% DEL GASTO DEL GOBIERNO FEDERAL EN SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA
a) Gasto futuro total en casos nuevos de intervenciones seleccionadas <sup>1</sup>	5 879 611 017	4.6
b) Gasto total en casos prevalentes de enfermedades seleccionadas <sup>2</sup>	42 246 383 834	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 al sobrepeso y la obesidad 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 3. 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)

A ello contribuye el hecho de que hay dificultades estructurales para el acceso y la disponibilidad a alimentos no procesados, a una alimentación variada, equilibrada y suficiente. •

• El acceso se refiere al precio de los productos y disponibilidad a la existencia del producto en el mercado próximo al consumidor.



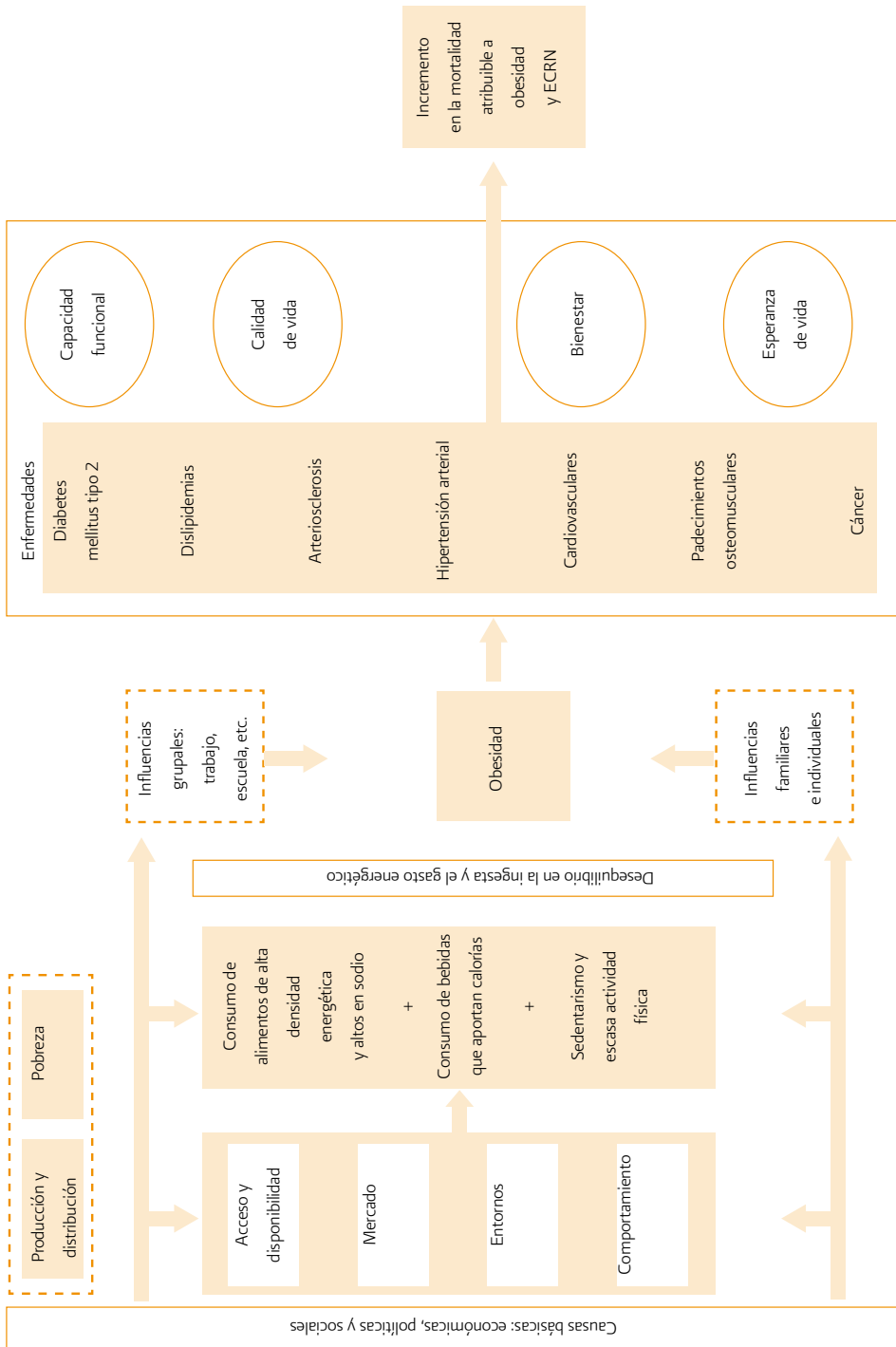




### CAUSAS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

El incremento registrado en la cifras de sobrepeso y obesidad es resultado de diversos factores, entre los que destacan los cambios en el acceso y consumo de alimentos, así como los cambios drásticos en los estilos de vida en un tiempo relativamente corto (figura 4).

**Figura 4. Red de causalidad de la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas**



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

En México, hemos pasado abruptamente por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna hasta los 6 meses de vida y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios, todo ello debido al crecimiento económico, urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), mayor esperanza de vida, incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, masificación de la producción de alimentos, invención de la refrigeración y conservación industrial de alimentos (enlatado, alto vacío, pasteurización, etc.), abaratamiento de los precios relativos de los alimentos procesados versus los frescos por economías de escala, transporte, conservación y almacenaje.

Además, como factor clave, ha disminuido la actividad física de la población. Todo ello contribuye al “ambiente obesigénico” que existe actualmente en muchos países del mundo, incluyendo a México. Ante ello, como sociedad tenemos que generar una reacción y adecuación a la nueva circunstancia.

La OMS recomienda que los niños sean alimentados exclusivamente al seno materno durante los primeros seis meses de vida. La evidencia científica demuestra que recibir alimentación del pecho materno disminuye el riesgo de sobrepeso y obesidad en la edad adulta y que las mujeres que dan esa alimentación tienen menor riesgo de desarrollar obesidad posterior al embarazo.

Sin embargo, en México la lactancia materna exclusiva es practicada por un porcentaje sumamente bajo de madres. Muchas mujeres inician la alimentación complementaria a edades tempranas y sin la orientación alimentaria correcta para iniciar la ablactación en el momento adecuado ni con los alimentos y bebidas no alcohólicas adecuadas, incluyendo aquellas que favorecen la habituación a los sabores dulces, con su potencial contribución a la obesidad infantil.

En un estudio entre niños mexicanos (González et al, 2007) de 1 a 4 años de edad, casi la mitad de la energía (48%), 39% de proteína, 56% de grasa y 44% de hidratos de carbono de su dieta provienen de alimentos procesados.

El “ambiente obesigénico” prevalece también en las escuelas de todo el país. Estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Pública<sup>3</sup> en planteles de educación primaria indican que:

- Los escolares tienen hasta 5 oportunidades de comer en 4 ½ horas de escuela. La ingesta durante el horario escolar llega a ser alrededor de la mitad del requerimiento de todo el día (840 a 1259 kcal).
- Hay una alta disponibilidad de alimentos densamente energéticos.
- La mayoría de los niños compra los alimentos en la escuela en lugar de llevar un refrigerio.
- Existe una dificultad para el acceso al agua potable.
- Hay poca disponibilidad de frutas y verduras.
- El recreo y la clase de educación física son las únicas oportunidades que tienen los niños para realizar actividad física.
- La clase de educación física es sólo una vez a la semana y dura 39 minutos, en promedio, y la calidad de la misma no es adecuada ya que los niños hacen sólo 9 minutos de actividad física, moderada o intensa. La materia tiene poco valor curricular y deja de ser obligatoria a nivel bachillerato, por lo que la mayoría de los jóvenes de entre 14 y 18 años dejan de practicar deporte durante la jornada escolar.
- Existen limitaciones de recursos humanos, espacios y materiales para la práctica de actividad física.

El consumo de azúcar ha aumentado significativamente entre la población en general. En 2003, el consumo en México fue de casi 48 kg per cápita, más del doble del promedio mundial (21kg per cápita)<sup>4</sup>. De manera paralela, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 reporta que el consumo de bebidas representa 22.3% de la ingesta calórica de los adultos mexicanos, mientras que el resto, 77.7%, proviene del consumo de alimentos sólidos<sup>5</sup>.

Entre las recomendaciones emitidas por la OMS para modificar los entornos que alienten la adopción de un estilo de vida saludable está la de facilitar información correcta y equilibrada, mediante educación, comunicación y concientización, incluyendo la información comercial y la publicidad.

En el caso de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, el gobierno y la industria se han pronunciado por una publicidad responsable que no explote la falta de experiencia y la credulidad de los niños<sup>6</sup>, desalentando los mensajes que promuevan hábitos alimentarios incorrectos o el sedentarismo y promoviendo, en cambio, mensajes positivos y propicios para una vida saludable. (Referencia adaptada de la Estrategia Mundial).

## **Sedentarismo**

Durante las últimas décadas, la urbanización y los cambios socioeconómicos ocurridos en México han contribuido a una marcada disminución en la actividad física, tanto en el entorno laboral como en el recreativo.

En México, sólo 35% de las personas entre 10 y 19 años de edad son activas. Más de la mitad de estos adolescentes pasan 14 horas semanales o más frente a la televisión, y una cuarta parte de ellos pasa hasta tres horas diarias en promedio<sup>5,7</sup>. Entre los adolescentes y adultos jóvenes (de 12 a 29 años de edad) tan sólo 40% practica algún tipo de actividad física, y el sedentarismo es mayor en mujeres que entre hombres (cuadro 3).

La escasez de entornos adecuados y seguros para la actividad física –como parques y jardines– explica parcialmente la situación descrita, especialmente para grupos vulnerables como mujeres, ancianos y niños. De hecho, hoy en día las clases de educación física y el recreo, durante la jornada escolar, son las únicas oportunidades que tienen muchos niños mexicanos para realizar actividades físicas.

Sin embargo, esas oportunidades tampoco suelen ser aprovechadas suficientemente. En las escuelas de la Ciudad de México, por ejemplo, se dedican únicamente 60 minutos semanales a la actividad física moderada o vigorosa, incluyendo las clases de educación física y el recreo. Ello equivale a sólo una quinta parte del mínimo de actividad recomendado para niños en edad escolar, que es de 45 minutos diarios. Más aún, la mayor parte del recreo es dedicada a comprar y consumir alimentos, y no suele haber organización para promover la actividad física.

El número de horas dedicadas al deporte es inferior a la recomendación de la UNESCO, las instalaciones son inadecuadas y falta el equipo necesario. Asimismo, las clases de educación física son deficientes y los maestros insuficientes.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Comisión Nacional de Cultura Física y de Deporte (CONADE).



## DESARROLLO DE POLÍTICAS Y ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Al integrar la dinámica causal del sobrepeso y la obesidad se identifica que la acción requiere de políticas que van más allá del sector salud. Para ello se ha acordado con las dependencias federales, luego de consulta con expertos nacionales e internacionales, así como con la industria y otros organismos, metas comunes al 2012:

- En niños de 2 a 5 años, revertir el crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a menos de lo existente en 2006.
- En la población de 5 a 19 años, detener el avance en la prevalencia del sobrepeso y obesidad.
- En la población adulta, desacelerar el crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y obesidad.

Para ello, se definirá un marco de referencia e indicadores que permitan a la Secretaría de Salud (SS), las dependencias involucradas y los sectores económicos y sociales interesados, a realizar un ejercicio de evaluación e impacto de sus políticas, programas y actividades encaminadas a prevenir el sobrepeso y la obesidad.

**Cuadro 3. Actividad física en la población de 12 a 29 años de edad. México, 2005**

GRUPOS DE EDAD Y SEXO			¿PRÁCTICAS 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



## FORO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

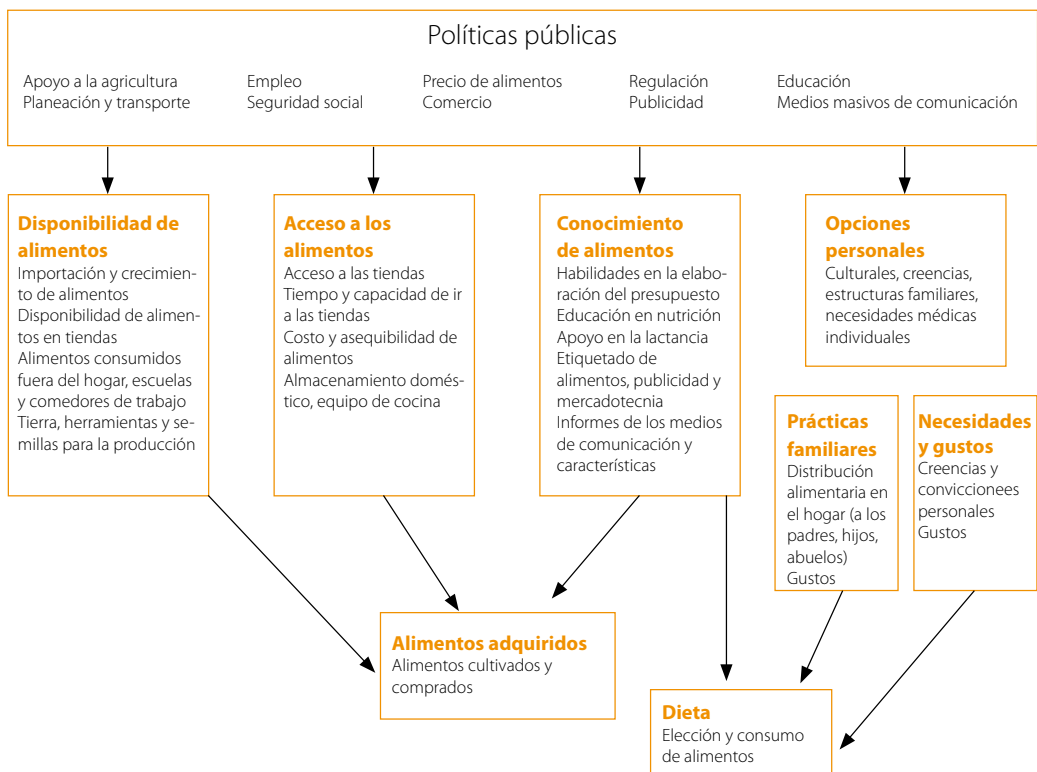
Para contender con el grave problema del sobrepeso y la obesidad es fundamental contar con una política de Estado de carácter intersectorial, que identifique las acciones necesarias para lograr cambios sustanciales y revertir la actual epidemia de obesidad y enfermedades crónicas asociadas. La experiencia global indica que la solución radica en formular diversas estrategias integrales para potenciar los factores de protección hacia la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, buscando lograr un aumento en la actividad física y en los hábitos alimentarios correctos.

Una primera recomendación surgida del proceso de evaluación y consulta, y coincidente con la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, es constituir un “Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad” conformado por el Ejecutivo Federal, otras instancias de los gobiernos estatal y municipal, la industria, la academia, las organizaciones de la sociedad civil, los sindicatos así como representantes de otros sectores involucrados.

Existen diversos instrumentos de políticas públicas que permiten modificar la dieta familiar, los hábitos alimentarios y de actividad física. Estas políticas afectan cuatro grandes áreas: 1) disponibilidad, 2) acceso, 3) conocimiento de los alimentos y las alternativas de actividad física, y 4) las opciones personales. En estas cuatro áreas puede incidir la acción del gobierno (figura 5).

Las cuestiones relacionadas con la actividad física comprenden la realización de esas actividades en el

**Figura 5. Relación entre las políticas públicas, el consumo de alimentos y la dieta**





trabajo, el hogar y la escuela, teniendo en cuenta el aumento de la urbanización y diversos aspectos de la planificación urbana, así como asuntos relacionados con los transportes, la seguridad y la posibilidad de realizar actividades físicas durante el tiempo libre.

Los programas de prevención del sobrepeso y la obesidad de diferentes países subrayan la importancia que tiene la libertad de elección del consumidor sobre sus alimentos. La mayoría de esos programas reconoce también la importancia del ambiente social, del papel de la industria alimentaria y de la comunicación para promover una vida saludable.

En países como Dinamarca, España, Francia y Suecia los programas de salud pública, además de un enfoque preventivo en la atención médica de primer contacto, promueven que la industria alimentaria mejore sus productos para reducir el contenido de grasa y sodio, disminuir la densidad energética y limitar al mínimo los ácidos grasos. También establecen la responsabilidad de la industria de proporcionar información adecuada y accesible a todos los niveles educativos sobre el contenido nutricional de sus productos.

En todos estos países se reconoce la importancia de las escuelas y del ambiente escolar para la política nutricional, y como eje prioritario para la prevención del sobrepeso y la obesidad, incluyen incentivos económicos, prestaciones laborales y fondos públicos, entre otros.

Respondiendo a la urgencia y al llamado a alcanzar los objetivos planteados, este Acuerdo establece una estrategia que se encuentra orientada a la **ejecución**, enmarcada en un proceso dinámico de aprendizaje y desarrollo, organización y reclutamiento de voluntades, de acuerdos y estudios, que tiene que tener flexibilidad suficiente para actuar, adaptarse y evolucionar. El planteamiento hasta ahora alcanzado es una plataforma que requiere un espacio dinámico, de seguimiento, de consulta, de negociación y definición de colaboración entre los actores más relevantes del sector público, las empresas, la sociedad, la academia, donde confluyan para rendir cuentas y desarrollar la política. Esto, bajo la premisa del Objetivo Común y la Responsabilidad Compartida.

Para ello, el Acuerdo define el Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad, como un espacio en el cual existirán nuevas modalidades de participación democrática en los asuntos nacionales atendidos por la administración pública federal no solo en el consenso sino en la ejecución y en la rendición de cuentas por todos los involucrados público – privados en un nuevo abordaje de corresponsabilidad social para la lucha contra el sobrepeso y la obesidad.

Este Foro estará integrado al inicio por 15 dependencias públicas: 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)-Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), 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) y Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), con las que se han definido las acciones específicas del ejecutivo federal; además incluirá a los organismos cúpula nacionales empresariales que tienen que ver con los alimentos



y bebidas no alcohólicas, la producción agrícola, industrialización, comercialización, venta y consumo de alimentos, a las instituciones académicas nacionales de mayor desarrollo en el tema de nutrición, actividad física, y los aspectos sociales y económicos del tema, a la representación municipal nacional en salud, y a organismos sociales representantes nacionales de las profesiones de la salud, sindicatos y a la sociedad civil organizada para el tema. Todos deberán tener una comprobada representatividad en el orden nacional que permita que las acciones planteadas generen efecto en cascada.

Los principios que regirán a este Acuerdo son:

- Objetivo común, responsabilidad compartida.
- Transparencia.
- Rendición de cuentas de los participantes (públicos, privados, académicos y sociales).
- Gradualidad.
- Subsidiariedad y corresponsabilidad.

El Foro se constituirá en red activa de comunicación, con núcleos de conocimiento y de ejecución en cada una de las materias y líneas de acción específicas. Asimismo, se definirá un programa de trabajo bianual, en el cual se asignarán responsabilidades, y se determinarán los pasos a seguir por los miembros participantes.



## ACUERDO NACIONAL PARA LA SALUD ALIMENTARIA

El análisis de la evidencia nacional e internacional arrojó 10 objetivos prioritarios para lograr un acuerdo efectivo en este campo:

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.

Los primeros seis objetivos dependen principalmente de la voluntad individual y de la existencia de condiciones y oferta adecuadas que permitan, por ejemplo, aumentar la actividad física y consumir agua potable, frutas y verduras.

Los otros cuatro objetivos requieren de una decidida participación del gobierno, de los sectores sociales y de la industria alimentaria y restaurantera para, por ejemplo, disminuir la cantidad de azúcares y de sodio añadidos a los alimentos, reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial, orientar al consumidor en la preparación casera de los alimentos y fomentar en él la prestación de atención en el tamaño de las porciones.

Las Secretarías del Gobierno Federal que pueden contribuir a estos objetivos son SS, SE, SEP, SHCP, SAGARPA, STPS y SEDESOL. También será útil la contribución de otras dependencias como COFEPRIS, IMSS, ISSSTE, PROFECO, DIF e INMUJERES. Asimismo deberán participar organizaciones no gubernamentales, sindicatos, medios de comunicación, el sector académico y, por supuesto, la industria alimentaria entre otras, (cuadro 4).

**Cuadro 4. Algunas acciones para prevenir y reducir el sobrepeso y la obesidad, por dependencia<sup>9</sup>****Sector Salud:**

- Impulsar los programas sectoriales
- Actualizar normas y regulaciones sobre alimentos y publicidad
- Apoyar la lactancia materna y el alfabetismo nutricional
- Promover la incorporación de agua simple potable en desayunos escolares y despensas
- Capacitar a los DIF estatales y municipales sobre opciones saludables de alimentos escolares
- Impulsar la actividad física en todos los ámbitos
- Capacitar a profesionales de la salud en consejería sobre una alimentación correcta

**SEP:**

- Impulsar la realización de actividad física al menos 30 minutos diarios en los escolares
- Incentivar la igualdad de género en la práctica del deporte
- Impulsar, a través del currículo escolar, el consumo de agua potable y el alfabetismo nutricional
- Garantizar la instalación de bebederos en escuelas públicas
- Promover y facilitar la disponibilidad de agua y bebidas no alcohólicas con bajo contenido calórico en colaboración con la industria alimentaria
- Generar lineamientos para proveedores de alimentos escolares encaminados a disminuir el consumo de azúcares
- Impulsar un Acuerdo Secretarial para el expendio de alimentos y bebidas en las tiendas o cooperativas escolares de los planteles de educación básica para una sana alimentación escolar

**STPS:**

- Promover la actividad física y la alimentación correcta en los centros de trabajo
- Vigilar el cumplimiento de la normatividad relativa a la disponibilidad de agua potable gratuita
- Abogar por la lactancia materna y revisar la legislación para favorecerla en las madres trabajadoras

**SEDESOL:**

- Rescatar los parques y espacios públicos para la realización de actividad física
- Promover en los jóvenes en el Programa Oportunidades la participación en actividad física
- Impulsar la disponibilidad de leche semidescremada
- Desarrollar actividades educativas sobre orientación alimentaria

**SE:**

- Crear andamiajes de apoyo a las cadenas de distribución y acceso a frutas, verduras, leguminosas y cereales enteros
- Actualizar la normatividad y apoyar a la SS para emitir una NMX sobre “etiquetado educativo”
- Difundir información sobre mercados de productos saludables a la industria.

**SAGARPA:**

- Promover usos alternativos de la caña de azúcar
- Mejorar la oferta de productos lácteos descremados
- Atender problemas estructurales de soporte para alimentos agrícolas, pecuarios y pesqueros
- Reforzar el programa 5 al Día para apoyar el consumo de frutas y verduras

**SHCP:**

- Analizar instrumentos hacendarios encaminados a promover el consumo de alimentos saludables

**CONAGUA:**

- Incentivar la provisión de agua simple potable en zonas vulnerables

## Diez objetivos prioritarios

### **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.**

En las últimas décadas la sociedad se ha vuelto menos activa, lo que contribuye a la epidemia de obesidad y enfermedades crónicas. Entre los adolescentes, la inactividad física puede propiciar también enfermedades mentales, adicciones, acumulación de estrés, menor rendimiento escolar y efectos negativos en la interacción social. Todo ello contribuye a una falta de cultura física en la sociedad mexicana, incluyendo niños y jóvenes, por lo que un objetivo prioritario del Acuerdo es promover la actividad física en todos los entornos.

La Secretaría de Salud (SS) realiza diversos programas, entre los que se incluyen “5 Pasos por su Salud” y “Alimentación, Actividad Física y Salud”. Ambos promueven estilos de vida saludables mediante el autocuidado de la salud, alimentación adecuada, actividad física y desarrollo de redes sociales.

La SEP y la CONADE han establecido compromisos para facilitar la actividad física diaria en el entorno escolar. Mientras tanto, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) y los sindicatos colaboran para construir espacios más activos en el entorno laboral.

Los gobiernos estatales pueden fomentar la actividad física apoyando el establecimiento de espacios comunes, seguros, bien iluminados y agradables en los que se pueda caminar, hacer ejercicio y realizar otras actividades al aire libre. La SEDESOL ya trabaja en este sentido al integrar la actividad física al programa de rescate de espacios públicos.

La CONADE, por su parte, desarrolló una Estrategia Nacional de Cultura Física y Deporte con el propósito de convertir el deporte en un eje del desarrollo social y humano de México, la cual se sumará a los programas de este Acuerdo.

El objetivo general es que el mayor número posible de mexicanos, independientemente de su edad y de su posición socioeconómica, practique de manera regular algún deporte o actividad física.

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

Los expertos nacionales e internacionales han determinado que el agua es el líquido más recomendable para que la población mexicana obtenga una hidratación adecuada.

Sin embargo, en todo el territorio nacional el acceso a agua simple potable es limitado. Por lo tanto, es necesario desarrollar una estrategia para asegurar la disponibilidad y consumo de agua simple potable como primera alternativa de hidratación, lo cual contribuirá a que la población mantenga un peso corporal adecuado en el contexto de una vida saludable.

La SEP tendrá una participación clave al dotar a las escuelas de bebederos de agua simple potable gratuita y promoverá la valoración del consumo de agua simple potable como un hábito saludable. La CONAGUA impulsará políticas para dotar de agua potable a comunidades vulnerables, mientras que SEDESOL aumentará la oferta de agua potable en las tiendas DICONSA. El objetivo de estos esfuerzos conjuntos es promover una cultura de consumo de agua simple potable como hábito saludable.

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

Es necesario establecer mecanismos para que los consumidores puedan tomar decisiones mejor informadas y para promover la producción de bebidas con menor contenido calórico. En el primer caso, mediante un etiquetado útil y de fácil entendimiento, así como orientación en la preparación casera de los alimentos; en el segundo, generando incentivos para incrementar la utilización de edulcorantes no calóricos y normas que fomenten condiciones competitivas de mercado.

La SS está trabajando con la industria de alimentos para acordar mecanismos que permitan un menor consumo de calorías en los alimentos y bebidas no alcohólicas en el ámbito nacional y para promover y facilitar su disponibilidad en grupos vulnerables, como los escolares.

## **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.**

El consumo de frutas y verduras para obtener dietas más variadas y más ricas en micronutrientes y fibra tiene múltiples beneficios para la salud, incluyendo un menor consumo de otros alimentos con mayor contenido calórico. Sin embargo, las campañas recurrentes, para promover esa dieta más saludable no han sido exitosas, y en los últimos 10 años ha ocurrido una preocupante disminución en el consumo de frutas y verduras en México.

Es necesario promover una coordinación multisectorial para promover una mayor demanda de estos alimentos e incentivar cadenas productivas que arrojen una oferta adecuada a precios accesibles. También es necesario establecer normas voluntarias (NMX) para apoyar y estimular el consumo de frutas y verduras, realizar campañas de educación y propiciar el desarrollo de tecnologías para aumentar la producción y distribución de estos alimentos entre la población, con énfasis en los grupos de menores recursos.

Mediante los diferentes programas se promoverán mejores hábitos alimenticios que incluyan el consumo de al menos cinco porciones de verduras y frutas por día. La SAGARPA también realiza diversas acciones para incrementar el mercado agrícola en 30% durante 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.**

Los individuos y las familias deben contar con un mejor conocimiento de la relación entre nutrición y salud para poder tomar mejores decisiones sobre su dieta y contribuir de manera responsable a disminuir el riesgo de obesidad y enfermedades crónicas.

La comunicación educativa en salud es la principal herramienta para fomentar este conocimiento. Es un instrumento interdisciplinario que incluye 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.

Se han identificado tres comportamientos relacionados con la percepción de la relación del sobrepeso y la obesidad con la salud que es necesario modificar. Estos son:

- El sedentarismo, que influye en la carga de morbilidad por su correlación con otros factores de riesgo, en particular la obesidad;
- Los hábitos alimentarios inadecuados de las familias, que son transmitidos de padres a hijos y están influidos por factores como la geografía, el clima, la vegetación, las costumbres, las experiencias, la capacidad de compra, la información disponible, la selección y preparación de los alimentos y la forma de consumirlos;
- La percepción de riesgo, es decir, establecer el vínculo causal entre estos padecimientos crónicos y el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios.

Las personas sanas o asintomáticas son menos propensas a hacer cambios en su dieta para prevenir una posible enfermedad futura. Asimismo, la preocupación por el peso y la salud es muy desigual entre diversos individuos y no tiene el mismo efecto sobre su comportamiento. Por ello, esta política pone especial énfasis en los factores relacionados con un ambiente obesigénico tales como el mercado y la publicidad, el contenido de nutrientes en los alimentos, la comida que se come en las calles, la disponibilidad de agua potable y el acceso a espacios seguros y apropiados para realizar actividades físicas.

### **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.**

Como se mencionó anteriormente, a pesar de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, ésta es practicada por un porcentaje sumamente bajo de madres y muchas inician la alimentación complementaria a edades tempranas.

Así, la SS buscará adecuar los servicios de salud pública a las recomendaciones internacionales, incluyendo la vigilancia de las prácticas de promoción y mercadeo de fórmulas lácteas a madres de recién nacidos.

El papel de la STPS también será crucial al promover la Norma mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres. Esta norma establece indicadores para infraestructura de apoyo durante el periodo de lactancia y para modernizar la Ley Federal del Trabajo, de manera que este periodo aumente hasta un máximo de seis meses, en los que habrá dos reposos diarios de media hora para que las madres alimenten a sus infantes. Si ello no es posible se acordará con los empleadores reducir una hora de la jornada de trabajo durante ese periodo.

**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.**

La reducción en el consumo de azúcares es clave para la política nacional de prevención del sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas. Se requiere de la participación de la industria para ampliar las alternativas con menor contenido de azúcares, y del gobierno para incentivar y apoyar esos cambios.

También es necesaria la orientación en la preparación casera de alimentos, así como brindar información útil acerca del consumo de edulcorantes no calóricos mediante campañas promocionales y educativas.

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

La sustitución de las grasas trans por otras de mejor calidad es factible desde el punto de vista industrial, como se ha demostrado en Estados Unidos de América y países de Europa y de América Latina.

En México, si bien la producción de grasas trans ha disminuido de manera significativa en los últimos años, es necesario buscar mecanismos para su reducción al mínimo. Asimismo, debe desalentarse el uso de grasas de origen animal, de manteca vegetal, de margarinas y aceites con alto contenido de ácidos grasos saturados y de grasas 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.

**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.**

Entre los cambios registrados en los hábitos alimentarios está la tendencia a aumentar y demandar un mayor tamaño de las porciones de alimentos procesados y preparados en casa y en restaurantes y expendios de alimentos. Ese aumento en las porciones está asociado con el incremento de la prevalencia de la obesidad. La evidencia científica demuestra que el tamaño de las porciones es directamente proporcional a la ingesta de alimentos, lo que contribuye al consumo inadvertido de calorías. Se estima que las porciones de mayor tamaño agregan hasta 180 kcal/día a la dieta de los niños y 270 kcal/día a la dieta de los adultos.



La SS debe diseñar programas de orientación alimentaria para que la población pueda advertir el tamaño de las porciones de alimentos preparados en el hogar, así como colaborar con la industria restaurantera para diversificar los tamaños de las porciones y junto con la industria alimentaria, poner al alcance del consumidor herramientas que le permitan estimar el tamaño y los contenidos nutrimentales por porción.

#### **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.**

El consumo excesivo de sodio dificulta el control de diversas consecuencias de la obesidad como la hipertensión y la diabetes mellitus tipo 2. El consumo total de sodio depende de la sal que contienen los alimentos procesados y de la que se agrega a los platillos en la mesa. Una dieta alta en calorías generalmente es alta en sodio, por lo que las personas con sobrepeso y obesidad también consumen más sodio al día que las personas con un peso saludable.

La reducción en el consumo de sodio, tal como lo recomienda la Organización Panamericana de la Salud, puede ser una de las formas más costo-efectivas de reducir la mortalidad cardiovascular.

Es urgente educar a la población sobre los efectos nocivos del consumo excesivo de sal en la salud, por lo que la SS explorará los diversos mecanismos comunicacionales, educativos, u otros a su alcance para advertir sus efectos con especial atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica.

También se buscarán maneras para propiciar el consumo de sales bajas en sodio y para estimular a la industria para que reduzca el contenido de sodio en sus productos.

#### **Acciones transversales**

Un aspecto clave de la política efectiva de prevención y control de la obesidad y sus complicaciones, es la realización de acciones transversales con la participación de todos los sectores involucrados, incluyendo la industria y la sociedad.

El grupo de expertos consultado complementó este enfoque transversal con cuatro acciones horizontales para los 10 objetivos prioritarios, las cuales se describen a continuación.

El acuerdo establece 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:* promover el acceso a la información y la toma de decisiones educadas y basadas en evidencia en la población para mejorar la calidad de su alimentación, incrementar la actividad física y, en general, promover estilos de vida saludables.

2. *Abogacía, co-regulación y regulación:* con la participación de autoridades, la sociedad civil y la industria, promover una alimentación correcta y mayor actividad física. Esta acción incluye estrategias de comunicación multisectoriales para promover estilos de vida saludables; políticas de desarrollo urbano y colaboración en el rescate y rehabilitación de espacios públicos seguros; políticas educativas y laborales que permitan ejercer un estilo de vida saludable en escuelas y centros laborales; códigos de autorregulación de la industria, normas mexicanas y normas oficiales mexicanas, evaluaciones de grupos de consumidores y organismos no gubernamentales (ONG's), y concientización de líderes de opinión sobre el problema de obesidad y enfermedades crónicas, y la urgencia de implementar acciones para su prevención.

3. *Monitoreo y evaluación:* el seguimiento y evaluación de cada objetivo y sus acciones es necesario para identificar oportunidades de mejoramiento, asegurar el cumplimiento de las acciones y corregir posibles fallas.

4. *Investigación:* existe una agenda de investigación básica, clínica, epidemiológica y de sistemas de salud para sustentar la toma de decisiones sobre prevención de obesidad y enfermedades crónicas. Se recomienda que el Gobierno Federal apoye de manera significativa la investigación relacionada con los 10 objetivos prioritarios y promueva que lo hagan también los gobiernos estatales, las agencias financiadoras y ONG's. Se requiere investigación en temas como la efectividad de acciones e intervenciones en la modificación de conducta y la educación para la salud, el impacto de diversas alternativas de etiquetado, y la dimensión económica del tema y sus diversas intervenciones.

### **Papel de la industria**

Acorde con el enfoque multifactorial e intersectorial para el abordaje del problema sugerido por la OMS, y en esos términos recogido en este Acuerdo Nacional, se establece que la prevención del sobrepeso y la obesidad requiere de acciones individuales y conjuntas por parte de todos los grupos involucrados.

La industria alimentaria juega un papel relevante y se reconoce que ha tomado acciones importantes en la materia, sin embargo, es necesario fortalecer varias de estas acciones. Por ello, esta estrategia pretende generar los mecanismos de coordinación necesarios que permitan:

- Continuar con el proceso de innovación y desarrollo de nuevos productos, así como explorar las posibilidades de reformulación de líneas de producto existentes, para ofrecer más y mejores opciones a los consumidores;
- Proveer a los consumidores de mayor y más clara información sobre la composición nutricional de alimentos y bebidas no alcohólicas;
- Adoptar medidas voluntarias en la mercadotecnia y publicidad de alimentos y bebidas, especialmente la dirigida a niños; y
- Promover la actividad física, el deporte y estilos de vida saludables, incluyendo el lugar de trabajo.

El esfuerzo debe ser continuo, permanente y, en la medida de lo posible, en concordancia con las oportunidades que brindan el cambio tecnológico y científico del sector, el marco normativo y la proliferación de las mejores prácticas corporativas vigentes. Todo ello en beneficio de los consumidores.

Estos compromisos y la participación de la industria alimentaria mexicana serán claves para el avance de la política nacional de prevención de la obesidad y enfermedades crónicas, especialmente en cinco de sus objetivos prioritarios: disminución del consumo de azúcares y grasa en bebidas no alcohólicas; disminución de la cantidad de azúcares adicionadas en los alimentos; disminución del consumo de grasas saturadas y eliminación de la producción de grasas trans; disminución del tamaño de las porciones; y limitación de la cantidad de sodio adicionada a los alimentos.

Un tema de enorme importancia para este Acuerdo es la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida al público infantil. En 2008, la SS y la PROFECO dialogaron con la industria para establecer un código de auto-regulación de la publicidad dirigida al público infantil. Este código entró en vigor en 2009 y está siendo evaluado en su primer semestre de aplicación para medir su efectividad y mejorarlo.

Con base en esta experiencia, la SS ha propuesto a la industria alimentaria el establecimiento de una mesa permanente de trabajo para desarrollar acciones específicas y promover cada uno de los objetivos mencionados anteriormente.

La estrategia descrita en este documento tiene el propósito de 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, a través de una política integral de Estado, 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 no alcohólicas 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.

Nunca antes se había concentrado de esta forma el esfuerzo del sector salud, otras dependencias gubernamentales y la iniciativa privada en la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas, tal y como lo refleja el Plan Nacional de Salud.

Bajo el principio de “Objetivo Común y Responsabilidad Compartida” que rige este acuerdo, las organizaciones industriales representadas en el Foro rendirán cuentas sobre las acciones que han comprometido, bajo los mecanismos establecidos en el mismo. El combate a esta epidemia es un reto tan urgente como complejo, pero existe un amplio sector social, con el liderazgo y responsabilidad central de la SS, dispuesto a poner manos a la obra.

### **Papel de los municipios**

El orden municipal, constituye la interfase local de la acción gubernamental. Tiene la ventaja de contener en una sola ubicación toda la intersectorialidad que en otros órdenes de gobierno resulta más difícil o imposible de integrar. El municipio tiene múltiples canales, formas organizativas y estrategias para interactuar con la población local; y bien capacitada puede alcanzar gran efectividad y sustentabilidad en sus intervenciones.

Múltiples aspectos de salud están contenidos en el mandato constitucional municipal; en materia de sobrepeso y obesidad ciertamente tiene un papel relevante en acciones que van desde la generación de entornos favorables y organización comunitaria, hasta la capacidad legal de actuar sobre los factores económicos locales que favorecen actualmente el crecimiento de la obesidad

Bajo el apoyo de la Secretaría de Salud, se ha organizado desde hace 17 años la Red Mexicana de Municipios por la Salud (RMMS), habiéndose instalado ya en 31 entidades federativas, teniendo actualmente 21 de ellas activas. Durante su XV Asamblea General en la Ciudad de Durango, Dgo, en 2008, reconociendo que “El municipio tiene un papel importante ya que puede instrumentar diversas acciones encaminadas a modificar los entornos que permitan la adquisición de hábitos alimenticios más saludables y el desarrollo de actividad física en su población”, los municipios miembros generaron compromisos iniciales reflejados en su resolución RMMS-XV-A-1, Inserción del municipio en una Política de Estado para prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles:

- Los miembros de la RMMS se comprometen a desarrollar e instrumentar planes municipales bianuales para la prevención del sobrepeso y la obesidad
- Recabar las experiencias exitosas entre todos los miembros de la red y darlo a conocer al resto de los estados
- En los municipios de la Red, modificar los desayunos escolares que se ofrecen a través del DIF municipal orientándolos hacia una mejor calidad de los mismos
- Apoyar la política de prevención de la obesidad por todos los miembros de la Red
- Invitar a otros municipios no incorporados a las redes en acciones para prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles
- Solicitar a las Secretarías Estatales de Salud el gestionar con otras instancias como Hábitat, Oportunidades y SEP para fortalecer las acciones que contribuyan a la resolución de este problema

Bajo el principio de “Objetivo Común y Responsabilidad Compartida” que rige este acuerdo, rendirán cuentas bajo los mecanismos establecidos en este acuerdo y su Foro, sobre las acciones que hagan la Red Mexicana y sus Redes Estatales. Estos compromisos son con los que se suman al Acuerdo Nacional. Con esto se determinarán acciones específicas iniciales que permitan ir avanzando dentro de sus atribuciones.

Los municipios tienen preocupaciones organizacionales y de recursos para la salud. Este acuerdo establece en la figura del Foro Nacional, el espacio donde puedan incidir al abordarse esas preocupaciones específicas de modo más integral con otros sectores permanentes e invitados.

### **Papel de la sociedad civil organizada**

La Estrategia Global de la Organización Mundial de la Salud sobre Alimentación, Actividad Física y Salud hace un llamado para que se sumen a la misma otras partes interesadas más allá de la industria y los gobiernos. La sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales tienen un papel importante al influir sobre el comportamiento individual y familiar, al generar una interlocución social, al monitorear y asegurar el seguimiento a las acciones por las instituciones gubernamentales y empresas y otros actores en la promoción de una alimentación correcta y la actividad física. En su papel de abogacía, estas

organizaciones pueden también impulsar que los gobiernos den el apoyo suficiente y efectivo para los comportamientos y entornos favorables, así como el que la industria provea los productos alimenticios y los servicios adecuados.

En este tenor es imprescindible que las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) compartan el objetivo común y la responsabilidad de esta Política de Prevención de la Obesidad, con los diferentes sectores de gobierno, en sus tres órdenes (federal, estatal y municipal), y los sectores académicos y profesionales, así como la industria. Es fundamental su autonomía y su amplia capacidad de interlocución social.

Así, las OSC actuarán en un inicio, sin menoscabo de ampliar sus acciones, en las siguientes cuatro líneas:

- Educación a personas y familias sobre la alimentación correcta y actividad física.
- Comunicación educativa a los más amplios sectores, en especial asegurando la accesibilidad cultural a grupos marginados por su condición cultural, de capacidad física o condición educativa y/o económica.
- Abogacía para asegurar la continuidad y expansión de las acciones planteadas en la estrategia, y el apoyo a que existan los recursos adecuados para la implementación de la estrategia.
- Monitoreo y seguimiento a las acciones de los participantes por parte del gobierno, la industria y servicios.

Este acuerdo establece en la figura del Foro Nacional, el espacio donde puedan incidir de modo más integral, en donde las organizaciones serán invitadas de la manera en que más las conglomeren y representen conforme se vayan abordando las necesidades de la política.

Bajo el principio de “Objetivo Común y Responsabilidad Compartida” que rige este acuerdo, las Organizaciones de la Sociedad Civil rendirán cuentas bajo los mecanismos establecidos en este acuerdo y su Foro, sobre las acciones que efectúen.

### **Papel de la academia y organizaciones profesionales**

En la Estrategia Global de la Organización Mundial de la Salud sobre Alimentación, Actividad Física y Salud se llama a que se sumen otras partes interesadas más allá de la industria y los gobiernos. La Academia y las Organizaciones Profesionales (ACOP) tienen un papel importante en proveer de la evidencia que sustenten las intervenciones que se vayan planteando, buscando que se ponga sobre la mesa, con la mayor rigurosidad, el conocimiento pertinente y su gestión adecuada para alcanzar las metas. Asimismo, son fundamentales en asegurar el seguimiento a las acciones por las instituciones gubernamentales y empresas y otros actores en la promoción de una alimentación correcta y la actividad física. En su papel de abogacía, también estas instituciones y organizaciones pueden impulsar a que los gobiernos den el apoyo suficiente y efectivo para los comportamientos y entornos favorables, así como para que la industria provea los productos alimenticios y los servicios adecuados, toda vez que también pueden influir en los códigos profesionales de aquellos involucrados en la tarea.

Así, las ACOP actuarán en un inicio, sin menoscabo de ampliar sus acciones, en las siguientes cinco líneas:

- Contribuir a sistematizar y actualizar la base de conocimiento universal, trasladándola para que los participantes en la política y la sociedad en general tengan acceso y comprensión de la misma.

- Generar esfuerzos para la ampliación de la capacidad técnica y profesional en las materias que requiere esta política, incluyendo en ellas aquellas referentes a resolver los problemas de origen en la cadena causal.
- Proveer la base de evidencia que para el avance de la política de prevención se requiera generar en el orden nacional, incluyendo investigación básica y original.
- Abogacía para asegurar la continuidad y expansión de las acciones planteadas en la estrategia, sustentadas en la mejor evidencia.
- Proveer herramientas metodológicas para el monitoreo y evaluación de las acciones por las partes participantes.

Bajo el principio de “Objetivo Común y Responsabilidad Compartida” que rige este acuerdo, la Academia y las Organizaciones Profesionales rendirán cuentas bajo los mecanismos establecidos en este acuerdo y su Foro, sobre las acciones que efectúen.

Este acuerdo establece en la figura del Foro Nacional, el espacio donde las ACOP puedan incidir de modo más integral, y en donde las organizaciones serán invitadas en la manera que más las conglomeren conforme se vayan abordando las necesidades de la política.

### **Papel de las organizaciones sindicales**

Las organizaciones sindicales tienen el acceso y el potencial de incidir en un amplio segmento de la población, en especial en la industria y servicios formales, y a través de ellos en el resto de la sociedad, para de esta forma, ir construyendo una nueva cultura en salud, así como las demandas pertinentes para el combate a la obesidad.

Bajo la tutela de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social se ha constituido una instancia de diálogo, concertación y acuerdos, el Consejo Consultivo Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (COCONASHT) que, durante los últimos años, ha progresado en el avance de las acciones preventivas y de control de las lesiones y enfermedades, y ha avanzado en intervenciones de promoción de la salud.

En el seno de la COCONASHT y sus diversas subcomisiones se ha estado dialogando de la pertinencia de acciones anticipatorias para diversos ámbitos, y en específico se ha considerado la temática del sobrepeso y la obesidad. En 2009, en una sesión ordinaria, se obtuvo el compromiso de las organizaciones presentes, en específico las sindicales, para actuar en las cuatro líneas específicamente señaladas a continuación:

- Promover la actividad física en los centros de trabajo.
- Fomentar en los trabajadores la importancia de la alimentación correcta.
- Promover la Estrategia para la Reducción de la Obesidad.
- Divulgar prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria adecuadas.

Bajo el principio de “Objetivo Común y Responsabilidad Compartida” que rige este acuerdo, rendirán cuentas bajo los mecanismos establecidos en este acuerdo y su Foro, sobre las acciones que hagan las Organizaciones Sindicales. Con estos compromisos se suman al Acuerdo Nacional. Con esto se determinarán acciones específicas iniciales que permitan ir avanzando dentro de sus atribuciones.

Las organizaciones sindicales tienen preocupaciones en la salud de los trabajadores directamente, pero también en los entornos donde los trabajadores y sus familias viven, juegan, se educan. Este acuerdo establece en la figura del Foro Nacional, el espacio donde puedan incidir al abordarse esas preocupaciones específicas de modo más integral, en donde las cúpulas sindicales habrán de estar invitadas.





## CONCLUSIONES

La estrategia descrita en este documento tiene el propósito de contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional, al revertir la epidemia de las ECNT derivadas del sobrepeso y la obesidad, mediante una política integral de Estado con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad, en forma individual, comunitaria y nacional, que permitan adoptar hábitos alimentarios correctos y que promuevan la práctica de actividad física constante a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

El combate a esta epidemia es un reto tan urgente como complejo, pero existe un amplio sector social, bajo el liderazgo y responsabilidad central de la SS, dispuesto a poner manos a la obra.

El planeta está enfrentando un nuevo reto resultante de los desequilibrios derivados de su modo de desarrollo, bienestar, estilos de vida y entornos. El sobrepeso y la obesidad son ahora generalizados y derivan de ellos enormes impactos psicológicos, sociales, y no se diga en enfermedad prematura y muerte. En México esto es especialmente preocupante por su impacto a edades tempranas, su rapidez así como su magnitud, abarcando a la inmensa mayoría de los mexicanos de todos estratos sociales y económicos. Los costos que enfrentamos en este momento son grandes, y la nueva inversión que la reforma en salud ha traído no será suficiente para subsanar los impactos financieros por enfermedades crónicas.

Si bien existe predisposición genética, la interacción con el ambiente y el comportamiento son fundamentales en su génesis. Para entenderlo hay que irse a las causas primarias:

- Mejorando la planeación urbana que ha limitado la práctica de actividad física.
- Desincentivando la proliferación del mercado informal de comida.
- Modernizando el sistema educativo para que los niños reciban instrucción en educación física y nutrición.
- Abordando los aspectos de producción y distribución de alimentos para que la población pueda integrar dietas variadas y equilibradas, así como su acceso y disponibilidad.
- Modificando a lo largo del tiempo, la conformación de la oferta y la demanda de alimentos y de servicios de actividad física, mediante la innovación y el desarrollo tecnológicos.
- Reconstruyendo entornos y modificando comportamientos que, hasta ahora, alientan el sedentarismo y hábitos alimentarios incorrectos.
- Fomentando la realización de una publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas responsables, particularmente la dirigida a niños.
- Modificando la oferta y la demanda de los servicios públicos de salud, alentando a la población a acudir a consulta preventiva y capacitando a los cuerpos médicos para que puedan brindar este tipo de consultas.

Todo ello combinado con los factores socioeconómicos y familiares conducen al sobrepeso y la obesidad, y en consecuencia a la pérdida de calidad de vida, bienestar, productividad y salud. Es por ello, que la solución si bien requiere del liderazgo de Salud, radica importantemente fuera del sector salud. Mundialmente hay ya una megatendencia en la reorientación de los entornos, las conductas, la producción y el consumo, al que México tiene que impulsar prioritaria y aceleradamente.

Los individuos y las familias deben contar con un mejor conocimiento de la relación entre nutrición, actividad física, peso corporal y salud para poder tomar mejores decisiones sobre su dieta y niveles de actividad física, y contribuir así de manera responsable a disminuir el riesgo de sobrepeso, obesidad y ECNT.

La comunicación educativa en salud es la principal herramienta para fomentar este conocimiento. Es un instrumento interdisciplinario que incluye 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.

Este acuerdo estipula una ambiciosa meta social común inmediata:

- 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.

Para ello, se han acordado diez objetivos prioritarios incluyendo la temática de actividad física, el agua simple potable, la disminución de azúcares y grasas en bebidas, el aumento del consumo en frutas y verduras, el alfabetismo nutricional, la lactancia materna, la reducción de azúcares y grasas en alimentos, la reducción en porciones y la limitación en la cantidad de sodio. Aborda cuatro acciones transversales referentes a generación de información, educación, comunicación, abogacía, regulación, corregulación, monitoreo, evaluación e investigación.

Se convoca al pleno del Ejecutivo, al sector privado, social y académico para abordar el reto.

Como sociedad, como nación, como Estado, los grandes desafíos los hemos enfrentado cuando todos acordamos un objetivo común y, dentro de nuestras capacidades, ponemos todo para ello. El reto para nosotros, como personas, familias, empresas, gobiernos es extraordinario. Ha sido un largo proceso de construcción, y una larga espera a la acción.

Es hora de actuar

## **Atacar el Sobrepeso y la Obesidad es Tarea de Todos**





## Bibliografía

1. 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.
2. 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.
3. González-Castell D, González-Cossio T, Barquera S, Rivera JA. (2007): Alimentos Industrializados en la dieta de los preescolares mexicanos. *Salud Pública de México* 49, pp.345-356.
4. Bingen J. (2004): A review of multi-stakeholder arrangements for representing farmers in agricultural development programmes and policy. FAO, Geneva.
5. 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.
6. Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil, CONAR. Óptima Impresión. México.
7. Hernández 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.
8. 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.
9. Promoción de la Salud (sede web). México: Dirección General de Promoción de la Salud: 2009(Nov.,2009). Matrices de Acciones por Dependencia para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad.

## Responsables de la publicación

### Grupo técnico

#### 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 Arzo Padres, ex titular de la unidad; y Dra. María Cristina Gutiérrez Delgado, Directora General Adjunta de Economía y Salud.

### Grupo de apoyo

#### Raquel Almazán Del Castillo

#### Adrenalina Cebrián Gómez

#### Karla Yareni Lima Chávez

#### Rebeca López Ruvalcaba

#### Gerardo Rivera Malagón

#### Lilia Rivero Rodríguez

#### Raúl Sánchez Kobashi

Dirección General de Promoción de la Salud

Secretaría de Salud

#### Catalina Medina García

#### Laura Villa Yáñez

Centro de Investigación en Nutrición y Salud  
Instituto Nacional de Salud Pública

### Participantes en el taller de “Expertos obre salud alimentaria” y asesores en las mesas de discusión con los sectores gubernamentales y de la industria alimentaria:

#### Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México

#### Simón Barquera Cervera

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

**Miguel Ángel González Block**

Director General  
Centro de Investigación en Sistemas de Salud

**Bernardo Hernández Prado**

Director de Salud Reproductiva  
Centro de Investigación en Salud Poblacional

**Ruy López Ridauro**

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

**Juan Rivera Dommarco**

Director General  
Centro de Investigación en Nutrición y Salud

**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

**SECRETARÍA DE SALUD, MÉXICO**

**Armando Barriguete Meléndez**

Coordinador del Grupo de Trabajo en Enfermedades Crónicas

**Elba Durán Vidaurri**

Coordinadora de Alimentación y Actividad Física  
Dirección General de Promoción de la Salud

**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**

Dirección General de Promoción de la Salud

**Lucero Rodríguez Cabrera**

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

**Carlos Santos-Burgoa Zarnecki**

Ex-Director General de Promoción de la Salud

**Expertos nacionales:**

**Carlos Aguilar Salinas**

Subjefe del Departamento de Endocrinología y Metabolismo de Lípidos  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán

**Héctor Bourges Rodríguez**

Director de Nutrición  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán

**Alejandro Chávez Casillas**

Director General  
DIANUI, AC

**Antonio González Chávez**

Médico Especialista en Medicina Interna  
Hospital General de México

**Martha Kaufer Horwitz**

Investigadora, Clínica de Obesidad y Trastornos Alimentarios  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán

**Josefina Morales de León**

Jefe del Departamento de Ciencia y Tecnología de los Alimentos  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán

**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 - Xochimilco

**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 expertos internacionales:****Benjamín Caballero**

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

**Enrique Jacoby**

Asesor Regional de la Unidad de Nutrición  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, DC

**Karen Peterson**

Directora del Programa de Nutrición Humana  
Universidad de Michigan  
Ann Arbor, MI

**Barry Popkin**

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

**Walter Willet**

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

**Relatores y observadores****Ismael Campos Nonato****Citlalli Carrión Rábago****Lucía Hernández Barrera****Laura Irizarry Figueroa****Catalina Medina García****Luz María Sánchez**

Centro de Investigación en Nutrición y Salud

Instituto Nacional de Salud Pública

**Rebecca Kanter**

**Candidata al grado de Doctor, Escuela de Salud Pública Bloomberg**

**Universidad de Johns Hopkins**



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

Se terminó de imprimir en enero de 2010.  
La edición estuvo a cargo de la Dirección General  
de Promoción de la Salud, con el apoyo  
de la Subdirección de Comunicación Científica  
y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública

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

