

El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria como una estrategia contra el sobrepeso y la obesidad

José Ángel Córdova-Villalobos

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, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Este incremento en las 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 las modificaciones drásticas en los estilos de vida en un tiempo relativamente corto.¹⁻³

Aunado a lo anterior, hemos pasado por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna hasta los seis meses de vida y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios. Todo ello debido al crecimiento económico, urbanización, 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, etcétera), abaratamiento de los precios relativos de los alimentos procesados *versus* los frescos por la economía de escala, transporte, conservación y almacenaje; además, un factor clave ha sido la disminución de la actividad física de la población.^{3,4} Lo anterior contribuye al “ambiente obesógeno” en numerosos países, incluyendo México. Ante ello, como sociedad tenemos que reaccionar y adecuarnos a la nueva circunstancia.

Se estima que 90 % de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.^{1,5} Otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas son las dislipidemias, hipertensión arterial, enfermedades coronaria

y vascular cerebral, osteoartritis, así como los cánceres de mama, esófago, colon, endometrio y riñón, entre otras.

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 tiene sobrepeso y 31.7 % obesidad.^{1,5} Es decir, aproximadamente 70 % de la población adulta tiene una masa corporal inadecuada. Adicionalmente, esta epidemia registra elevada tasa de crecimiento entre la población infantil, lo que se ha traducido también en alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en esa población y en los adolescentes.^{3,5,6}

En México, la epidemia del sobrepeso y la obesidad es un problema que crece a gran velocidad en todos los grupos de edad. 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.

Aunado a lo anterior, el costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, hipertensión, algunos cánceres, diabetes mellitus tipo 2) se incrementó 61 % en el periodo 2000-2008, al pasar de 26 283 millones de pesos a 42 246 millones de pesos.^{1,5} En 2008, este costo representó 33.2 % del gasto público federal en servicios de salud a la persona, presupuestado en ese ejercicio fiscal. Se calcula que para 2017 dicho gasto alcanzará 77 919 millones.

El costo indirecto por la pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad, aumentó de 9146 millones de pesos en 2000 a 25 099 millones de pesos en 2008. Esto implica una tasa de crecimiento promedio anual de 13.51 %. Tan solo en 2008 este costo indirecto afectó a 45 504 familias, las cuales probablemente enfrentaron una situación de gastos catastróficos y empobrecimiento por motivos de salud. Se estima que para 2017 este costo indirecto alcanzará 72 951 millones de pesos.

El costo total del sobrepeso y la obesidad (suma del costo indirecto y directo) aumentó de 35 429 millones de pesos en 2000 a 67 345 millones de pesos en 2008; la proyección es que para 2017, ascienda a 150 860 millones de pesos. La carga económica de estos costos representa un riesgo para la sustentabilidad de un sistema de salud pública y de los hogares.

Secretario de Salud del Gobierno Federal, México

Solicitud de sobretiros:

José Ángel Córdova-Villalobos.

Secretaría de Salud,

Lieja 7, primer piso, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, 06600 México D. F.

Tel.: (55) 5553 7030; 5553 0758

E-mail: jcordova@salud.gob.mx

Recibido para publicación: 01-03-2010

Aceptado para publicación: 08-04-2010

Bajo el principio de “objetivo común y responsabilidad compartida”, que rige al Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, las organizaciones públicas y privadas y la sociedad en su conjunto rendirán cuentas sobre las acciones que han comprometido bajo los mecanismos establecidos en el mismo.⁷⁻⁹ El combate a esta epidemia es un reto tan urgente como complejo, pero existe un amplio compromiso, con el liderazgo del presidente de la República, Lic. Felipe Calderón Hinojosa, que permitirá una exitosa implementación de este Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria a través del cumplimiento de 10 objetivos prioritarios.

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo, con ayuda de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y consumo de agua potable.
3. Disminuir el consumo de grasas y azúcar en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, para lo cual será necesario aumentar la disponibilidad y acceso a estos productos y promover su ingestión.
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 la alimentación complementaria adecuada a partir de los seis 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 del tamaño de las porciones recomendables de los alimentos, poner a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluir tamaños de porciones reducidas en restaurantes y expendios de alimentos.
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 condiciones y oferta adecuadas que permitan, por ejemplo, aumentar la actividad física y consumir agua potable, frutas y verduras. Los otros cuatro

requieren 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 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 que vigile el tamaño de las porciones.

El Acuerdo establece cuatro acciones horizontales que consideran siempre como requerimiento fundamental la transversalidad para lograr cada uno de los 10 objetivos consensuados:

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, corrección y regulación:* con la participación de autoridades, la sociedad civil y la industria, promover una alimentación correcta y la mayor actividad física.
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.

En la actualidad es necesario mantener una visión de trabajo en equipo, donde los servicios de salud públicos y privados, las diferentes sociedades médicas y la industria farmacéutica y alimentaria, colaboren y tomen la responsabilidad de uno como responsabilidad de todos, y donde el compromiso común permita formular mejores políticas para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

Se han realizado cuatro foros regionales con el objetivo de asociar a todos los actores públicos, privados y de la sociedad civil, en la búsqueda de soluciones locales de éxito para la instrumentación del Acuerdo, y de compartir información y acciones.

El nuevo paradigma radica en comprender que el beneficio de prevenir una enfermedad o sus complicaciones, es mayor que el que se obtiene por atenderlo de manera oportuna y adecuada.

El nivel federal, los servicios estatales y municipales de salud, y simultáneamente la sociedad en su conjunto formarán parte de un equipo cuyo lema explícito es “La Salud, Tarea de Todos”.

Referencias

1. Rivera JA, Shamah T, Villalpando S, Cuevas L, Mundo V, Morales-Ruan C. El estado nutricional de la población en México: cambios en la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988 a 2006. En: *Nutrición y pobreza: política pública basada en evidencia*. México: Banco Mundial-Sedesol; 2008. p. 1-22.
2. González-Castell D, González-Cossío T, Barquera S, Rivera JA. Alimentos industrializados en la dieta de los preescolares mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007;49:345-356.
3. Hernández B, Gortmaker SL, Colditz GA, Peterson KE, Laird NM, Parra-Cabrera S. 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* 1999; 23:845-854.
4. Jennings-Aburto N, Nava F, Bonvecchio A, Safdie MS, González-Casanova I, Gust T, Rivera-Dommarco J. Physical activity during the school-day in public primary schools in Mexico City. Abstract, 2nd International Congress on Physical Activity and Public Health, 2007.
5. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, et al. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
6. Fernald LC, Neufeld LM. Overweight with concurrent stunting in very young children from rural Mexico. Prevalence and Associated Factors. *Eur J Clin Nutr* 2006;58:532-540.
7. Consejo de Autorregulación y Ética Publicitaria. Código de autorregulación de publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida al público infantil. México: Óptima Impresión. Disponible en <http://dgps.salud.gob.mx/interior/CP.pdf>
8. Dirección General de Promoción de la Salud. Promoción de la salud. Matrices de acciones por dependencia para la prevención del sobrepeso y la obesidad. México: Secretaría de Salud; 2009. Disponible en http://www.portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf
9. Dirección General de Promoción de la Salud. Acuerdo Nacional Para la Salud Alimentaria. México: Secretaría de Salud; 2010. Disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/acuerdo_nacional.html