



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión 9 de octubre de 2019

Presentación del trabajo de ingreso a la ANMM a cargo del Dr. Jaime Nieto Zermeno y comentado su trabajo por el Dr. José Alberto García Aranda.

Dra. Jaime Nieto Zermeno, “Efectos metabólicos de la manga gástrica en adolescente obesos mórbidos”

Hablar de los problemas que se asocian a los obesos es algo claro y fácil de resaltar, ya que se refiere a una pandemia muy difícil de controlar en todos los niveles y en todas las edades, misma que tiene terribles riesgos, particularmente en los niños, debido a que genera problemas severamente graves, como son: alteraciones de la talla, emocionales, perfiles catastróficos, esteatosis hepática, problemas ortopédicos, asma, etc., y lo que más preocupa es que sigue en incremento, en virtud de que en *EEUU* uno de cada cinco adolescentes es obeso y en México uno de cada tres, lo cual habla del problema que persiste, según la encuesta de “*ENSANUT*” se demuestra que continua el aumento particularmente en adolescentes y que aún con todos los esfuerzos que se han hecho y todas las alarmas, no se han logrado conseguir grandes cosas.

Un adolescente con obesidad mórbida tiene los mismos riesgos cardiovasculares que un individuo que tiene 70 o 75 años, lo cual es preocupante, ya que la expectativa de vida ya no en estudios actuariales sino en seguimientos de cohortes es de 25 años menos que la población general, algo que es desastroso, es que en cualquier parte del mundo, desde *Suecia, Canadá, EEUU* y países bajos, los resultados del manejo de obesidad mórbida con métodos no quirúrgicos, en los mejores casos tiene el 2%, por lo tanto es un fracaso.

Por lo tanto el objetivo en el estudio es el de evaluar la seguridad y eficacia de la gastrectomía vertical laparoscópica en adolescentes con obesidad mórbida y su efecto sobre la pérdida ponderal, perfil metabólico, comorbilidades y cambios en la composición corporal, a los 12 y 24 meses de postoperatorio.

Los antecedentes bibliográficos con que se cuentan en un grupo de pacientes que se formó hace 5 años en *EEUU*, en donde participan ocho centros, en los cuales



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

en promedio operan de 5 a 7 adolescentes por año, mismos que son centros dedicados a la obesidad,

Existe un estudio cuasi experimental con un protocolo registrado en el hospital, en donde los pacientes fueron captados de agosto 2011 a febrero 2015, todos recibieron un año de tratamiento multidisciplinario, en donde participaron: Gastroenterología, Cirugía Pediátrica, Nutrición, Endocrinología, Psicología, Psiquiatría, Medicina Física, Cardiología, Alergia e Inmunología, Anestesia Pediátrica, Nefrología, Terapia Inhalatoria y Patología, después de 6 meses los que tenían algo de apego y que no se obtenía una buena respuesta, se consideraba un grupo de cirugía bariátrica, mismos que fueron sometidos a manga gástrica por laparoscopia, se incluyeron a todos los adolescentes que cumplen con requisitos de masa corporal mayor de 35 con comorbilidad, todos tienen que tener TANNER IV, no maduración sexual y los criterios que se excluyeron son: toxicomanías, embarazo, rechazo a la cirugía, falta de redes de apoyo y poco apego.

Se hizo una valoración protocolizada previa a la cirugía, a los 12 meses, una antropometría, en donde se midieron todos los elementos, particularmente los signos vitales de la tensión arterial y se hicieron las medidas de todos los productos que permiten identificar las alteraciones metabólicas, como son: el síndrome metabólico y especialmente la diabetes tipo 2, se hicieron estudios estadísticos apoyados por los grupos concedores.

Los resultados fueron: de una cohorte de 54 pacientes obesos mórbidos, solamente se operaron 13 adolescentes, de los cuales 10 ya habían cumplido con 2 años de seguimiento, sin embargo, 2 se perdieron por completo.

La edad de los pacientes estudiados entre 13 y 15 años, con un peso de 117 kg en promedio, que presentaron masa corporal de 44 al año a 33, de lo cual se percibe que a los 2 años se quedaron estancados, lo que resulta decepcionante, sin embargo, también hubieron muchas mejorías, por ejemplo del HDL que de 38 que tenían subió a 50, mientras que el de baja densidad de 102 a 88, no obstante lo que fue impactante es la insulina, ya que los niveles de ésta, en donde presentaban 32 después de la pérdida de peso bajo a 8 y esto es algo que impulsa a seguir.

De estos 10 pacientes estudiados que tienen obesidad mórbida, siguieron obesos, con la diferencia de que en relación a la masa corporal que tenían de 45



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

terminaron en 38, lo que indica que no están en lo mejor, pero están menos graves.

Otras de las situaciones que inducen a seguir, es que las comorbilidades que asociaron a cada uno de estos niños, como son: 8 de dislipidemia, 6 con síndrome metabólico, 5 con esteatosis hepática, 4 con hipertensión arterial y 3 con diabetes tipo 2, en todos se remitieron los elementos.

Las complicaciones que se tuvieron fueron que se tuvo una sola fístula gástrica que se logró controlar de manera conservadora y con apoyo de los bariatras, dos niños con atelectasia, uno con neumonía y uno de los pacientes hizo colecistitis un año después, mismo a que se le hizo una colostomía .

De manera concreta, como ya se ha comentado, existe incremento de la obesidad pediátrica, las comorbilidades son muy frecuentes y limitan las expectativas de vida, los métodos de tratamiento no quirúrgico en obesidad mórbida son un fracaso, la experiencia con cirugía bariátrica en adultos autoriza que se aplique en niños y adolescentes, la *NOM* permite realizarla en menores de 18 años, únicamente en protocolos de investigación aprobados, sin embargo, se llega a la conclusión de que es posible realizarla en pacientes pediátricos, ya que hay una clara reducción del peso y del *IMC*, aunque con estancamiento en el 2º año, tanto el incremento del % de agua y reducción de % de grasa es una de las grandes ventajas y lo más importante es la reducción de las comorbilidades.

Conclusiones:

La cirugía bariátrica es un procedimiento quirúrgico aceptado internacionalmente y es el único método con el que se obtiene una pérdida de peso adecuada y a largo plazo en obesidad mórbida, ya que se tuvo una pérdida de peso importante, la remisión de las comorbilidades y resaltar que finalmente son grupos muy pequeños y se necesitan grupos mayores para darle una mayor validez.

Dr. José Alberto García Aranda, “Comentarios”

La obesidad en niños y adolescentes ha sido un asunto de salud pública que está presente en todos los países del mundo, en donde México no es la excepción, mientras, la atención a este problema mismo que ha ido en aumento, se buscan soluciones que impliquen, cambios en el estilo de vida, como en: consumo de



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

calorías y atención psicológica, sin embargo, los datos que se desprenden de las mismas cohortes estudiadas, no han tomado importancia en aquellos niños que padecen obesidad mórbida.

Este tipo de obesidad puede ser devastante para la vida del afectado, ya que cuando se comparan a niños con obesidad moderada con niños con obesidad mórbida, es claro encontrar por diferentes autores en la literatura, que tienen un riesgo mayor de padecer obesidad mórbida en la edad adulta, así como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, hígado graso no alcohólico y lo más importante muerte prematura.

Se ha hecho una revisión de la prevalencia de la obesidad mórbida en adolescentes, en el 2015 se publicó en el "*British Medical Journal*" que hay un incremento de 35% de esta obesidad mórbida en adolescentes y que se centran en comunidades de bajo nivel socioeconómico, de minorías étnicas y de ellos los hispanos ocupan el porcentaje más alto en la prevalencia de este problema con el 10.5 % de ellos.

Si bien es cierto que los criterios de inclusión de los pacientes en el trabajo realizado, están acordes con las definiciones internacionales, se sugiere a los autores que cuando en el texto se refieran a obesidad mórbida no lo confundan con obesidad severa, ya que la traducción de la palabra "severe" no significa lo mismo en español.

Se sugiere que los médicos generales que atienden niños, identifiquen los factores de riesgo para un niño, como son: la obesidad materna, la diabetes gestacional, el consumo de bebidas azucaradas, el que tengan una obesidad que se encuentra en el percentil 85 mayor cuando están en el jardín de niños, ya que a estos niños con esos antecedentes, se deberá poner atención para evitar que lleguen a este tipo de obesidad.

Los problemas psicológicos en este grupo de niños, además de baja estima, funcionamiento social deficiente, con soledad o rechazo de sus compañeros, es algo muy delicado y que poca atención se pone en el tratamiento de ese grupo de niños, es que la calificación de su calidad de vida, es igual a la calificación de un niño con cáncer.

En relación al método quirúrgico, de los tres tipos de cirugía bariátrica que existen, la FDA ha recomendado que para menores de 18 años de edad, la cirugía más



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente
Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente
Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General
Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero
Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta
Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

recomendada es la manga gástrica, los resultados presentados, son acordes con lo reportados en la literatura, ya que la mejoría de los efectos metabólicos, del hígado graso y sobre todo en sus pacientes de cura definitiva de la diabetes, al menos durante los dos primeros años de observación post-quirúrgica.

En las gráficas y en el escrito se observa, que el efecto de la cirugía, presenta una disminución de peso importante en el primer año, sin embargo, para el 2º se estanca o inclusive tiende a aumentar, por lo que se debe recurrir entonces a los años de vida ajustados, por calidad de vida, para determinar el costo-beneficio de la cirugía y poder contrastar con el tratamiento médico exclusivo.

“Warren” estudió el costo benéfico de la cirugía bariátrica en adultos, mismos que también padecían diabetes, considerando sólo el gasto durante los primeros 10 años después del tratamiento quirúrgico y que comparado con el grupo control que no había recibido cirugías, se ahorraron 5.44 mmd.

En *Inglaterra* se reporta que estas QALYs ganan 0.8 años de vida y una calidad de más de 4 años, estos datos en adultos hacen ver someramente que es costo-efectiva la cirugía bariátrica, sin embargo, esto no se ha hecho en adolescentes, por lo que se recomienda a los autores, tratar de investigar el beneficio que pueden tener los niños a largo plazo con cirugía bariátrica.

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión

“La epidemia de obesidad en México: actualización de las recomendaciones para su prevención y control”

Ciudad de México a 9 de octubre del 2019

Bajo la coordinación del Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco y como ponentes: Dr. Simón Barquera Cervera, Dra. Anabelle Bonvecchio Arenas, Dra. Mishel Unar Munguía, Dr. Carlos A. Aguilar Salinas.

Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco, “La prevalencia de sobrepeso y obesidad”.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Este trabajo es la continuación del primer trabajo de postura, que se publicó en el 2012 y lo que se intenta es actualizar las recomendaciones que se hicieron en el año en mención, como más adelante se verá a través de una metodología que toma en cuenta los avances y también la implementación de algunas políticas derivadas de la recomendación del primer libro.

Como se sabe el problema de sobrepeso y obesidad en México es muy grande, ya que el dato que se presenta para: el sexo femenino, en escolares, adolescentes y adultos, se percibe que lamentablemente en todos los grupos de edad hay un aumento en la obesidad y como ya es conocido la obesidad tiene efectos en diversas enfermedades, ya que es un factor de riesgo que aumenta prevalencias de: diabetes, hipertensión, dislipidemias y además se relaciona con quinze tipos de cáncer, por lo que estas enfermedades llevan a: discapacidad, mortalidad temprana, reducción de calidad de vida, generan altos costos tanto para los sistemas de salud como a las familias, de modo que es un problema muy serio que a todos preocupa en México y que ha sido ya declarada junto con la diabetes como una epidemia.

Son varios los factores de riesgo, mismos que se dividen en causas inmediatas y causas subyacentes y entre las causas inmediatas desde luego el balance positivo de energía, causa obesidad, la cual a su vez causa enfermedades crónicas y siempre hay factores genéticos y epigenéticos que interaccionan con el ambiente para causar el problema de obesidad y entre los factores subyacentes, como se sabe hay factores de la dieta que se relacionan con la obesidad, por ejemplo: la densidad energética de la dieta, el consumo de bebidas con calorías, un aumento en la frecuencia de la alimentación y en los tamaños de porción y esto a su vez tiene que ver con un entorno en donde hay una alta disponibilidad de alimentos que causan obesidad y una baja disponibilidad de agua potable y de alimentos saludables, por lo que se ha perdido la cultura alimentaria.

También la demanda de alimentos obedece a factores como: precios por calorías, mismos que tienen mucho que ver con cambios que se han dado a lo largo del tiempo y también al tiempo que se le dedica a cocinar y a consumir alimentos se ha visto limitado, esto debido a las actividades de la modernidad, ya que se cuenta con una pobre infraestructura de mercados de alimentos y de agua potable.

Por otro lado la actividad física se ha visto reducida tanto en el trabajo como en el transporte, así como en la recreación, sedentarismo, falta de estrategias efectivas



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

de orientación alimentaria, así como una baja calidad a servicios de salud preventivo y curativo.

En general se dice que hay dos grandes áreas de trabajo, una es trabajar sobre el sistema y ambiente alimentarios, tratando que la alimentación y la hidratación no saludables, mismas que actualmente son las opciones por defecto, cambien y que se genere un ambiente que logre que todos estos comportamientos positivos sean los comportamientos fáciles de adoptar, también se tiene un ambiente construido que dificulta la actividad física moderada y vigorosa cotidiana y fomenta el sedentarismo, de igual manera, falta de una estrategia integral de comunicación educativa y orientación alimentaria y nutricional.

Algunos de los factores de riesgo muestran que el 30% de todas las calorías provienen de alimentos ultra procesados, incluyendo bebidas azucaradas, bautizados por la población como comida chatarra y esto claramente son calorías discrecionales de los que no debería de haber más del 10% en la dieta.

México es uno de los países con el mayor consumo de bebidas azucaradas, ya que se sobrepasa el límite marcado por la OMS en una proporción elevada, ya que más de 2/3 de la población consume más del 10% de la energía a través de azúcares adicionadas y el 70% de todas éstas corresponden a las bebidas azucaradas y este es el motivo especial para las políticas públicas.

Con esto la postura de la ANMM aporta evidencias sobre las causas de obesidad, las estrategias para abordarla, las recomendaciones surgen de las conclusiones y análisis de cada capítulo y de algunas recomendaciones del libro anterior, mismas que se basan en la mejor evidencia disponible sobre: **1)** determinantes de la obesidad **2)** La eficacia o efectividad de diversas intervenciones nacionales e internacionales, **3)** La evaluación de diseño o resultado de las políticas implementadas en 2012-2018, **4)** Las acciones promisorias y las recomendaciones internacionales, el libro se dirige a las autoridades de dependencias del gobierno, con la finalidad de que se diseñen y apliquen políticas multisectoriales para la prevención de la obesidad.

Se revisaron las políticas actuales, en las que en cada una de ellas se fue viendo si había habido evaluación de resultados y de diseño, por ejemplo: en el caso de los impuestos a las bebidas azucaradas, se encontró que es la única área en donde ha habido numerosas evaluaciones y que han demostrado efectos positivos en el consumo de bebidas azucaradas, en el etiquetado frontal ha habido



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

evaluaciones que muestran que el diseño de este etiquetado no es el apropiado, puesto que no lleva a la selección adecuada de los alimentos en el momento de la compra.

Todas estas recomendaciones se hacen en cuatro grandes temas en el marco legal para la implementación de la política, que es el de actualizar y fortalecer dicho marco para la implementación de las políticas y programas, después el sistema alimentario, mismo que debe evolucionar para producir alimentos saludables y que va desde la producción hasta el consumo.

Se cuentan con entornos alimentarios y actividad física, en donde se incluyó reforzar las intervenciones para la prevención de la obesidad en etapas tempranas de la vida, para garantizar alimentos saludables, espacios recreativos seguros, fortalecer la regulación de la promoción y publicidad de alimentos y bebidas, modificar el actual etiquetado frontal de alimentos y bebidas con base en las recomendaciones de expertos en nutrición y salud, mantener y fortalecer las medidas fiscales, impuestos o subsidios para aumentar el costo de los alimentos no saludables y reducir el de los alimentos saludables, facilitar y promover estilos de vida activos, mejorar espacios públicos y el transporte para fomentar la actividad física.

La parte de atención primaria, misma que se refiere a aumentar la detección y mejorar la calidad de la atención del paciente con obesidad y sus comorbilidades y finalmente a cambios de comportamiento individual, a través del desarrollo de un plan de comunicación educativa para cambio de comportamiento, relacionados con sobrepeso y obesidad.

Se habló de dos tipos de acciones: **1)** La modificación del entorno para que las opciones saludables sean las más disponibles y asequibles, **2)** Comunicación educativa (información y motivación) para generar la voluntad de adopción de las opciones saludables.

Lo que se recomienda es que la prevención y control de obesidad, requiere de un paquete integral de acciones, dada su naturaleza multifactorial, la prevención de obesidad requiere intervenciones múltiples, en diversos sectores y órdenes de gobierno, tienen que dirigirse a modificar el sistema y ambiente alimentario y el entorno construido, mediante regulaciones, normas, lineamientos y leyes, se deben convertir ambientes obesogénicos en promotores de alimentación saludable y la actividad física regular, ninguna acción aislada, por si sola es suficiente para resolver el problema; es la suma de varios efectos lo que dará resultado, la



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

evaluación de las acciones aisladas, en el corto plazo debe enfocarse a la adopción de conductas alimentarias o de actividad física, una vez implementados diversos paquetes de acciones, pueden evaluarse sus efectos en composición corporal, biomarcadores cardiometabólicos y salud, la imposibilidad de que una acción aislada resuelva el problema, ha sido utilizado por los detractores de estas políticas para socavar los esfuerzos del gobierno.

Dr. Simón Barquera Cervera, “Políticas regulatorias”

Existe un marco que ayuda a identificar, donde están trabajando algunas de las principales políticas, por un lado se tiene al “*Sistema Agroalimentario*”, mismo que es el encargado de producir los alimentos y hay un ambiente alimentario, que está compuesto por el ambiente alimentario personal o individual y el ambiente alimentario externo, en el ambiente alimentario personal están los gustos, preferencias, la asequibilidad, accesibilidad y grado de esfuerzo en la preparación de los alimentos, en el ambiente alimentario externo están los precios, la mercadotecnia y la regulación, la disponibilidad de alimentos y características de los establecimientos y productos, por lo que estos son algunos de los principales variables del ambiente que determinan la adquisición y consumo de alimentos, por lo que esto tiene efectos en la salud y nutrición, por ello gran parte de las políticas en las que se puede pensar para modificar y hacer más saludable el consumo de alimentos tienen que ver con este ambiente alimentario.

En este marco se encuentran contenidas algunas de las propuestas, que son: **1)** Incluir y reforzar las intervenciones en etapas tempranas de la vida, **2)** Garantizar entornos alimentarios saludables, espacios recreativos y educación alimentaria en las escuelas, **3)** Fortalecer la regulación de publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a infantes, **4)** Modificar el etiquetado frontal de alimentos y bebidas de acuerdo con las recomendaciones del grupo de expertos, **5)** Fortalecer las medidas fiscales (impuestos/subsidios) para aumentar costo de alimentos y bebidas no saludables y reducir el costo de alimentos saludables.

En intervenciones en etapas tempranas de la vida, el IMSS, el ISSSTE, el *Sistema de protección social en educación*, la SEP, la *Comisión Federal para la Protección en contra de los Riesgos Sanitarios*, etc., es decir hay una serie de sectores que tienen mucho que ver en la gobernanza y esta regulación de los sistemas, ayudaría mucho a tener mejores resultados, por ejemplo:



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

En las etapas tempranas de la vida hay cosas que tienen que suceder que aseguran que se tenga una mejor salud, mismas que están relacionadas o aumentan los riesgos de obesidad, en virtud de que en las recomendaciones del libro, se encuentra que en los primeros mil días de vida, se debe hacer énfasis en nutrición y salud materna, lactancia, alimentación y actividad física, el de fortalecer la *Estrategia Nacional de Lactancia Materna*, el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* en una NOM que además sea muy vigilada, así como guías alimentarias en guarderías, aumentar actividad física desde la gestación y primeros dos años posparto en mujeres y niños, extender programas de salud materna, valorar aumentar semanas de maternidad pagadas, para que madres trabajadoras puedan amamantar y asegurar disponibilidad de lactarios y guarderías en espacios laborales, por lo que esto es muy importante, debido a que México es uno de los países con una de las peores tasas de lactancia materna de la región.

Las principales recomendaciones son: que haya presupuesto para mantenimiento de instalaciones, buenas campañas de comunicación, participación de las autoridades y los consejos escolares, capacitación, eliminar los alimentos ultra procesados definitivamente de las escuelas, aplicar criterios nutricionales para la venta alrededor de las escuelas, incluir mecanismos de rendición de cuentas y sanciones por incumplimiento.

Otras recomendaciones son: el programa nacional de alimentación escolar en el nivel básico, el desarrollo de un sistema de compras de verduras y frutas locales para abastecer las escuelas, servicios de alimentación en escuelas de tiempo completo, cursos atractivos a escolares sobre consumo saludable y cocina, fortalecer contenidos educativos sobre hábitos alimentarios saludables y estilos de vida, monitorear y promover el peso adecuado de escolares, disponibilidad de agua potable gratuita, incrementar la actividad física, dentro y fuera de las escuelas.

Otra área en donde también se tienen propuestas importantes, es la regulación de la promoción y publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a población infantil, este es uno de los grandes factores, ya que se sabe de reportes internacionales como el de la OPS, en donde hay una publicidad implacable y pervasiva de alimentos de poco o ningún valor nutrimental y altos en azúcar, grasa y sal. La publicidad constante de estos productos en medios de comunicación influye las preferencias de niños y sus patrones de consumo.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Se ha evaluado en la publicidad más de 14 mil anuncios en el 2014, del cual el 25% fueron de alimentos y prácticamente todos ellos de alimentos poco saludables y con un enfoque en los niños.

En las recomendaciones en el marco regulatorio vigente, se tienen problemas, ya que abarcan solo cine y televisión, protege exclusivamente a niños menores de 12 años, los criterios nutricionales son permisivos y se basan en el *European Pledge*, solo se abarcan de lunes a viernes de 14:30 a 19:30 hrs., sábados y domingos de 7:00 a 19:30 hrs., quedando desprotegido de 19:30 a 22:00 hrs., regula programación en donde exista el 35% de audiencia de menores de 12 años, dejando programas donde la población infantil tiene alta presencia.

Por lo que esto tiene que cambiar, ya que hay países que lo han hecho de una mejor manera, en un periodo más amplio y además protegiendo una serie de aspectos también en la publicidad, como las de productos, por ejemplo en *Chile* ya quitaron los personajes, tienen sellos de advertencia, no tienen ligas deportivas, sin embargo, en México hay una gran cantidad de factores que están en los empaques, mismos que hacen que los niños se inclinen por elegir alimentos pocos saludables.

Las recomendaciones serían: ampliar la definición de niñez, regular todos los medios de comunicación, revisar y establecer criterios nutrimentales basados en recomendaciones de la *OMS* y *OPS*, prohibir todas las estrategias de promoción dirigidas a menores, ampliar horarios de regulación todos los días, regulación con base en horario NO porcentaje de audiencia.

Con respecto al etiquetado frontal y que ha sido motivo de mucho interés últimamente en medios, lo que indica que toda la sociedad está de acuerdo en algo y es en que se necesita un etiquetado frontal de advertencia, ya que el que se tiene hoy en día no se entiende, sin embargo, hay una oposición de la industria, en virtud de que sienten que sus productos se verán desfavorecidos, sin embargo, en este momento se tiene que actuar “todos por México” y por la salud de los niños.

Por lo que se colaboró con la *Secretaría de Salud* en tres comités, *Comité de Expertos Académicos Nacionales*, Internacional y uno de implementación de países que ya han implementado etiquetado de advertencia, todos estos grupos y comités han asesorado la creación de un etiquetado de advertencia en México, y las sociedades que se perciben son sólo algunas de las sociedades que lo avalan, por lo que las recomendaciones de este comité, han sido hacer un etiquetado de



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

advertencia con criterios de la OPS o de OMS, libre de conflictos de interés con la industria, que armonice las demás políticas como: que alimentos se pueden enunciar o que alimentos puede estar en escuelas, que sean de fácil comprensión, que se enfoque sólo en: azúcar, grasa y sal, mismos que son los ingredientes críticos que generan las enfermedades crónicas y que no sea el GDA que se tiene actualmente.

La propuesta de etiquetado para México, se ha elegido la palabra “exceso” en lugar de la palabra “alto”, con distintos sellos que podrían tener los alimentos, en el que destaca uno que dice “contiene edulcorantes, evitar en niños”, también uno que dice “contiene cafeína, evitar en niños”, así como tamaños de sellos con números para productos muy pequeños.

Lo que se ha percibido en más de 18mil productos, es que 26% de los productos no tendrían sellos, es decir que la gente va a tener opciones y el 15% tendrían un sello y podrían reformular para no tener sellos, por lo que se espera, que pronto haya un mejor perfil de productos, después hay un 31.6% con dos sellos y 26% de los productos con más de tres sellos y que serían en productos que no tienen un buen perfil, sin embargo, la gente puede decidir si los consume, o no.

La última recomendación es la de facilitar y promover estilos de vida activos y mejorar los espacios públicos y el transporte para fomentar la actividad física, la cual tiene una serie de recomendaciones que son: **1)** Una estrategia nacional de actividad física alineada con objetivos y acciones de otros planes de promoción de la salud, **2)** Alinear los esfuerzos con el *Plan de Acción Global de Actividad Física (OMS)*, **3)** Priorizar el fomento de estilos de vida activos sobre la práctica de ejercicio o deporte, **4)** Implementar estrategias macro-ambientales, como son: mejorar la seguridad pública, la infraestructura peatonal y del ciclista, los sistemas de transporte público, el marco legal de los reglamentos de tránsito, la disponibilidad y calidad de espacios públicos y espacios escolares, **5)** Formar recursos humano calificados para la promoción de estilos de vida activos en escuelas y servicios de salud.

Conclusiones:

1) La prevención y control, no pueden depender de un solo sector, requiere de esfuerzos individuales y sociales y un conjunto de políticas, **2)** El estado debe implementar una política pública con intervenciones que promuevan el consumo de dietas saludables y sostenibles y la adopción de estilo de vida activos, **3)** Existe



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

un ambiente alimentario obesogénico que debe modificarse con esfuerzos multisectoriales para facilitar la práctica de estilo de vida saludables.

Dra. Anabelle Bonvecchio Arenas “Entorno escolar y el cambio de comportamientos”

El riesgo de sobrepeso, obesidad y otras enfermedades crónicas está determinado por la exposición a diversos factores a lo largo del curso de la vida, por lo que su prevención debe considerar este enfoque.

Las escuelas son un ambiente propicio para la promoción de comportamientos saludables. Las intervenciones en el entorno escolar son efectivas en la reducción de la obesidad infantil (Springer 2013).

Los programas de escuelas saludables proporcionan un entorno que apoya y promueve los estilos de vida saludables y capacita a los estudiantes y maestros para tomar acción para una comunidad en condiciones de vida más sanas (Frisvold et al. 2015).

La combinación de intervenciones de Nutrición, actividad física y la participación de los padres o familiares, tienen mayor efecto en la reducción de peso (Katz et al 2008).

En el libro de la ANMM “La Obesidad en México”, una de las recomendaciones es la de implementar intervenciones para garantizar entornos alimentarios saludables, espacios recreativos seguros y educación alimentaria en las escuelas.

Esto es motivado a la grave situación de sobrepeso y obesidad que presentan los niños en edad escolar y adicionalmente se ha visto también en la encuesta de ENSANUT, que los niños están siendo bastante inactivos, ya que un 82% de las mujeres en edad escolar, pasan más de 2 hrs al día frente a pantalla vs los hombres que es el 75% y posteriormente de los escolares inactivos se tiene un 78% vs las niñas en edad escolar con un 87%.

Se han realizado una serie de proyectos en el *Instituto de Salud Pública* y en escuelas y lo que se ha diagnosticado es que el ambiente en las escuelas es un ambiente obesogénico, en virtud de que hay una omnipresencia de bebidas azucaradas y de alimentos no saludables dentro y fuera de ellas, hay un limitado acceso de agua simple potable y una alta disponibilidad de bebidas azucaradas,



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

hay niveles de actividad física insuficiente, un gasto de energía bajo, muchos tiempos de comida, donde se consumían alimentos densos en energía, poca disponibilidad de consumo de vegetales, frutas y agua, por lo que esto hace que el ambiente en el que están inmersos los niños sean el problema de que estén en un ambiente obesogénico.

Las estrategias de cambios de comportamiento en el entorno escolar, tienen un efecto importante en estos estilos de vida saludable, el *Sistema Educativo Nacional*, está formado por más de 250mil escuelas, 2 millones de docentes, 36 millones de estudiantes y sus respectivas familias, por lo tanto es un ambiente en donde se puede incidir.

En las recomendaciones de este tipo de estrategias es: que se contemple en los ámbitos individual, familiar y comunitario, que se aborden los factores inmediatos, intermedios y estructurales de la obesidad, que sean estrategias que están basadas en la investigación formativa y teorías de cambios de comportamientos, que se orienten a superar las barreras que dificultan la adopción, que cuente con canales de comunicación innovadores, que tengan actividades atractivas para todos los actores escolares y en particular para los niños, que se basen en guías alimentarias y de actividad física para la población mexicana y que estén alineadas con otras estrategias y políticas.

Algunos de los resultados de estos proyectos fueron: que hubo un aumento de disponibilidad de alimentos saludables, así como en el consumo de agua, se vio un impacto en la actividad física moderada-vigorosa, después de 6 meses de intervención reducción de probabilidad de cambio de sobrepeso a obesidad y de la categoría normal a sobrepeso, no se encontró efecto en la autoeficacia para realizar actividad física, hubo un mayor consumo de frutas y verduras en escuelas donde los maestros participaron, así como un aumento de conocimientos en nutrición.

En función de esta experiencia se plantearon las siguientes recomendaciones: **1) Garantizar el derecho a alimentos saludables**, agua potable e información no engañosa de los niños y adolescentes frente al ambiente obesogénico, **2) Fortalecer los lineamientos**: hay que reforzar la implementación, capacitar los responsables de la implementación y vigilancia, generar mecanismos de supervisión, rendición de cuentas y sanciones, es necesario fomentar la participación activa y comprometida de las autoridades educativas y de salud junto con los Consejos Escolares, eliminar la venta de alimentos y bebidas ultra



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

procesadas los días viernes, actualizar criterios nutricionales según la nueva ley de etiquetado (de ser aprobada), aplicar criterios nutricionales para la venta de productos alrededor de las escuelas, realizar campañas de comunicación dentro de la escuela: diseminar el objetivo de la regulación en la venta de alimentos, bebidas y los criterios nutricionales.

Es necesario dotar a las escuelas de suficiente presupuesto para que cuenten con el mantenimiento de sus instalaciones, contemplar las lecciones aprendidas, para el nuevo programa de salud escolar y con ello garantizar su implementación y evaluación, desarrollar estrategias de comunicación para cambios de comportamiento que incluye el uso de tecnologías innovadoras.

Lo que se plantea en el nuevo programa de *Salud Escolar* y que se llama *Escuelas Saludables y Activas*, mismo que cuenta con tres componentes, como son: promoción de la alimentación correcta, hidratación adecuada e incremento de actividad física moderada-vigorosa.

Conclusiones:

1) La epidemia de obesidad infantil es muy compleja, es necesaria la transformación del sistema alimentario y entorno escolar para la adopción de dietas saludables y fomento a la actividad física, 2) Es difícil revertir el problema sin políticas y programas escolares sólidos, incluyendo estrategias para promover dichos comportamientos. ¡Las escuelas son parte del problema, deben ser parte de la solución!, 3) Ninguna intervención única es suficiente, no es factible lograr un cambio significativo con la sola modificación de factores ambientales, individuales e interpersonales asociados con la alimentación escolar, 4) Se requieren múltiples intervenciones en diversos sectores y órdenes de gobierno, para también modificar los otros factores como los económicos y sociales que afectan las elecciones saludables.

Dra. Mishel Unar Munguía, “Políticas fiscales y del sistema alimentario en México”

El sistema alimentario, comprende todos los procesos que están involucrados en la alimentación de los individuos, desde el cultivo, la cosecha, el embalaje de los alimentos, su procesamiento, transformación, transporte, comercialización, consumo y disposición de estos desechos.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

El sistema alimentario moderno, mismo que se caracteriza por la provisión de alimentos y bebidas altos en azúcares, con grasas y altamente procesados ha sido asociado con problemas de: inseguridad alimentaria, desnutrición, deficiencias de micronutrientes, obesidad y de cambio climático en el mundo, por lo que una de las recomendaciones es transformar el sistema alimentario y promover un sistema alimentario que favorezca el consumo de dietas saludables y que minimice los impactos ambientales, dentro de las recomendaciones se encuentra incrementar los impuestos a las bebidas azucaradas y a los alimentos no básicos de alta densidad calórica.

Los impuestos a bebidas azucaradas y alimentos densos en energía en términos económicos se conocen como Impuestos Pigouvianos y este lo que hace es corregir externalidades o “fallas de mercado” que se origina cuando hay información incompleta sobre los efectos en salud, que pueden causar las bebidas azucaradas o los alimentos densos en energía o las externalidades negativas que se generan por los altos costos de atención médica y pérdida de productividad por muerte prematura asociada con la obesidad y sus comorbilidades.

Estos impuestos también pueden corregir preferencias temporales inconsistentes, como puede ser que hay individuos que prefieren la satisfacción inmediata al consumir una bebida o un alimento denso en energía frente a los daños futuros que va a tener en la salud, pero que son a más largo plazo y también se recomiendan cuando hay problemas de adicciones en la población, de hábitos, de comportamiento compulsivos o no compensación dietética de alimentos, como puede ser el ejemplo de estos impuestos en los que haya tabaco, alcohol, bebidas azucaradas y alimentos altos en densidad energética no esenciales.

Los potenciales impactos de los Impuestos Pigouvianos son los siguientes: se puede poner un impuesto a un alimento o a una bebida, lo cual modifica el precio de esos bienes y se esperaría que al aumentar el precio de esos alimentos y bebidas se reduzca su consumo y con esto se tenga un impacto en ENSANUT en mediano o largo plazo, sin embargo, puede haber algunos efectos colaterales de los impuestos, como podría ser una reducción en el empleo de las personas que trabajan en la producción de este tipo de alimentos y bebidas, también un impacto a través de la recaudación de impuestos, que podría estar afectando a los más pobres.

Los impuestos a bebidas azucaradas en México se implementaron desde enero del 2014 y fue un impuesto específico de \$1 por litro de bebida azucarada, incluye



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

bebidas no alcohólicas con azúcares añadidos y en su momento se excluyeron jugos 100% naturales y bebidas endulzadas con edulcorantes, el impuesto es pagado por el productor y se ajusta de acuerdo a la inflación acumulada, cuando ésta alcanza el 10%, actualmente es de \$1.17 pesos por litro.

La reducción en compras y en ventas de bebidas a los cuales se les puso un impuesto, según grafica se demuestra que en 2014 se redujo en promedio 6.2%, en 2015 el 8.7%, esto utilizando datos de la *ENIGH*, a nivel nacional se percibe que las compras se redujeron en 6.3% y utilizando una encuesta tipo *panel nielsen* que solamente incluye hogares urbanos se visualiza que en 2014 las compras se redujeron en un 6.1% y fue mayor en 2015 alcanzando en promedio el 9% en reducción en compras, en zona rural la reducción fue del 4%.

Dentro de los análisis de subgrupos de población, el impuesto a bebidas azucaradas, se redujo más la compra de éstas en familias con mayores niveles de pobreza 9% en 2014 y 14% en 2015, en altos consumidores que son definidos como aquellos que consumen más de 150 ml al día de refrescos o bebidas azucaradas, se redujo en 7.5% la compra de bebidas en 2014 y 16% en 2015, dentro de los hogares con niños o adolescentes la reducción en las compras fue del 10%.

Algunos estudios que han simulado o modelado el impacto de estas reducciones en la compra y el consumo, lo han traducido en impactos en salud, encontraron que una reducción del 10% en el consumo de bebidas azucaradas considerando que aproximadamente el 39% de las calorías reducidas se compensan con otras bebidas, pueden evitar hasta 180 mil casos de diabetes y otras enfermedades crónicas asociadas y se podrían ahorrar cerca de 18,500 mmd en los siguientes 10 años después de la aplicación del impuesto y también otro estudio encontró que una reducción de 6% en el consumo de bebidas azucaradas podría reducir la obesidad en 2.5% y evitar 86 mil casos de diabetes en los siguientes 10 años.

Respecto a los efectos colaterales o efectos adversos que se podría haber esperado del impuesto, como sería en el caso del empleo, se percibe que no se encontraron cambios en el empleo en la industria de bebidas azucaradas a partir de la implementación del impuesto en 2014 y tampoco se encontraron cambios en el empleo en las tiendas que venden alimentos con alta densidad calórica y bebidas a partir de la implementación del impuesto.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

El impuesto a alimentos no básicos o no esenciales con alta densidad calórica, se aplicó también a partir del 2014 y este es un impuesto al valor del 8% al precio a estos alimentos y la definición para que los alimentos tuvieran el impuesto es que fueran no esenciales y que tuvieran más de 275 kcal/100gr, los alimentos que se incluyen con este impuesto, son: botanas, confitería, chocolates, flanes, pudines, dulces de frutas, helados y alimentos preparados a base de cereales, este impuesto es pagado a lo largo de la cadena de distribución y se ajusta automáticamente a la inflación.

Los estudios que han evaluado este tipo de impuestos a alimentos no esenciales, han encontrado que después de la aplicación del impuesto, el precio de esos alimentos si aumentó, lo que se dice es que el impuesto pasó por completo en la mayoría de los grupos de alimentos analizados y se redujo la compra de estos alimentos entre un 5.1% y un 7.4% en el periodo de 2014-2015 y hubo una mayor reducción en las compras en los hogares más pobres, así como en los hogares con altos consumidores de este tipo de alimentos, en los hogares urbanos y en los hogares con niños o adolescentes, tampoco se encontró que se redujera el empleo en la industria de alimentos no esenciales, ni en las tiendas que venden estos alimentos, la recomendación es etiquetar estos impuestos para que este dinero pueda ser redistribuido para fines de mejorar la salud de la población.

Los efectos distributivos de la política fiscal, también han sido evaluados, los pobres al reducen más su consumo, porque la elasticidad precio de la demanda de bebidas y alimentos sin impuesto es mayor en ellos, si la reducción en consumo tiene efectos positivos en salud, los pobres podrían reducir su gasto de bolsillo en salud que representa el 16% de su ingreso, un beneficio adicional es que la recaudación puede utilizarse para cumplir el objetivo de cobertura universal efectiva en salud.

Conclusiones:

1) La política fiscal en México ha sido efectiva, **2)** Aumentar los impuestos para lograr mayores beneficios, **3)** Ajustarlos al crecimiento económico para hacerlos menos asequibles, **4)** Ajustar a la inflación anualmente, **5)** Etiquetar los impuestos, **6)** Combinar con otras estrategias: paquete integral, así como el etiquetado frontal, regulación de la publicidad dirigida a niños, regulación de la oferta alimentaria en las escuelas y cambios en el sistema alimentario.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Dr. Carlos A. Aguilar Salinas, “Atención primaria de salud y promoción de actividad física”

Entre las muchas acciones que han demostrado una relación costo-efectividad aceptable en la prevención y tratamiento de la obesidad, la atención médica representa una mayor cuantía que ofrece la mejor relación costo-beneficio, debido a que es la opción que en menor tiempo puede reducir la transición a causas que contribuyen a la mortalidad general, como diabetes o cardiopatía isquémica. En un análisis, la OCDE identifica a la atención primaria de la salud como la acción que tiene la mejor relación costo-beneficio en la lucha contra la obesidad.

Paradójicamente existen múltiples intervenciones que han demostrado ser eficaces para el control del peso, sin embargo, es una observación universal que los sistemas primarios de salud son poco eficientes en el tratamiento de la obesidad, en virtud de que solo un 5% de los asistentes a un sistema primario de la salud, logran perder el peso requerido y mantenerlo a largo plazo, por tal motivo es un área de oportunidad la sistematización de todas las intervenciones para otorgar la atención con calidad y de manera reproducible.

Un liderazgo en este campo ocurre en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, en el cual se estratifica la población en cuatro capas, generando procedimientos estandarizados para cada uno de los niveles de atención, con indicadores que permiten catalogar a los pacientes en los entornos en donde existe la mayor probabilidad de que se prevengan los desenlaces relacionados a la obesidad.

En México el entorno en el trabajo por hacer, es mucho, por lo que existe una línea de acción que se propone para que en toda unidad de primer contacto se creen centros que cumplan con los estándares internacionales del tratamiento de la obesidad, el primer paso es elegir e identificar dentro de los profesionales de la salud de las clínicas de primer contacto, una persona interesada y con capacidad de liderazgo, para crear un equipo multidisciplinario.

Se deben de identificar por lo menos dos actores que puedan ser parte del mismo equipo de salud, que atiendan los tres retos principales para lograr la pérdida de peso, modificar la alimentación, aumentar la actividad física y atender las emociones, cada uno de ellos debe de recibir la capacitación adecuada, una vez que se logra la identificación de los indicadores que se van a implementar en cada consulta, el Centro de Salud debe generar sus propios manuales de



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

implementación, así como vincularse con la población que se atiende, para que a mediano plazo se cree un vínculo escuela, unidad de atención de salud, familia, y que mueva la población a buscar la atención.

El objetivo es la prevención de la obesidad y el prevenir la progresión hacia diabetes y enfermedades crónicas a aquellas personas que ya viven con esta condición, este proceso tiene que ser transparente y reproducible.

Se cuenta con un listado de verificación sugerido para la evaluación del paciente con obesidad, en el que se encuentran los datos que se deben de obtener en cada consulta de una persona con obesidad o sobrepeso, mismos que deben de ser incorporados al expediente, estos se vuelven además una guía de los factores que se deben de evaluar, así como los factores que permiten identificar el impacto que tiene cada una de las intervenciones y lo mismo aplica para las complicaciones metabólicas.

Existen consensos que indican cuales son los parámetros bioquímicos mínimos que se deben de evaluar en cada caso, así como las complicaciones mecánicas que se deben de buscar de manera intencionada y las enfermedades que están asociadas de manera independiente con la obesidad, cada una de ellas debe de ser registrada en el expediente clínico y sirven de indicadores para evaluar las intervenciones implementadas en la unidades de primer contacto.

Con esta información se pueden integrar los esquemas de tratamiento, para ello existen varias clasificaciones, sin embargo, la más útil es la clasificación de *Edmonton*, ya que divide a la población en cinco categorías de acuerdo a la intensidad y el tipo de intervención que debe ser implementado, de esta manera se puede sistematizar y con mínimos recursos aumentar la efectividad de las acciones médicas.

Los *Institutos Nacionales de Salud en EEUU*, clasifican las intervenciones para el tratamiento de la obesidad en tres niveles, como son: **1)** Baja densidad, misma que se refiere al envío de materiales por correo, sesiones con profesionales de la salud con duración de 1 a 30 minutos, no tienen impacto en desenlaces clínicos, **2)** Intensidad intermedia: refiriéndose a sesiones telefónicas (3 a 24) o individuales con profesionales de la salud (1 a 8) con duración de 31 a 360 minutos y **3)** Intensidad alta: que son sesiones con profesionales de la salud (4 a 20) individuales o en grupo con duración total mayor de 30 minutos.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Al sistematizar la atención, es posible generar círculos virtuosos que refuercen las intervenciones, como: hacer sesiones grupales, la incorporación de la telemedicina, el reforzamiento por correo, el involucro de las familias, sesiones individuales, en cada sesión debe de haber indicadores pre-especificados que deben ser evaluados e incorporados en el expediente, para aquellos casos en los cuales no se logran los objetivos, el uso de sustitutos de alimentos o tratamiento farmacológico debe ser considerado, aún en sistemas desarrollados como el Ingles el 38% de los casos requieren toda la inclusión de las intervenciones.

El sistema que se utiliza, por la complejidad es difícil que a mediano plazo se pueda lograr una pérdida de peso sostenida, sin embargo en poco tiempo es posible la detección y corrección de: la hiperglucemia, dislipidemia, hipertensión arterial, mismos que son los factores por los cuales la obesidad determina la mortalidad prematura y una menor calidad de vida.

Se identificaron algunos problemas que deben ser atacados y se proponen algunas soluciones, por ejemplo: la obesidad es una enfermedad invisible, en la cual es común que el médico de primer contacto no identifique de manera sistemática su presencia, por ello es indispensable incluir al índice de masa corporal como un signo vital más en el expediente clínico.

Las evaluaciones no se hacen de manera sistematizada, porque se carece de tiempo o de la estructura en el expediente electrónico, por lo que se debe de cambiar el expediente electrónico para no solamente la recolección de información, sino para guiar al médico en el proceso y además incluir los indicadores intermedios que permitan evaluar la eficacia del *Sistema de Salud*.

Las barreras no son buscadas de manera sistematizada y el tiempo de consulta no es el suficiente con cada uno de los integrantes del equipo de salud, para eso es necesario entrenar a miembros de la comunidad que generen los tiempos necesarios para dar la información requerida, para cambiar al menos la percepción y conductas de los participantes.

Así mismo hay una ausencia de la individualización de las intervenciones, ya que no es lo mismo tratar el sobrepeso en la persona de la tercera edad, que en un adolescente, en virtud de que para cada uno de ellos debe haber algoritmos específicos que reconozcan las peculiaridades de la población.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

En ocasiones se utilizan recursos terapéuticos inadecuados, así como algunos medicamentos que están en el mercado y ya no deberían de estar, de tal modo que las agencias regulatorias deberían de usar estándares internacionales para evitar exponer a la población a este tipo de fármacos.

La gobernanza debe de incluir una vigilancia epidemiológica, basada en la inclusión de los indicadores señalados, de igual manera el marco regulatorio debe de ser cambiado, dado que las políticas de reembolso de las aseguradoras no favorecen el tratamiento, debe de considerarse la obesidad como una enfermedad y por ello debe ser motivo de reembolso y de cobertura amplia, de igual manera la cobertura de la cirugía bariátrica debe estar dentro de todos los esquemas de las aseguradoras y las autoridades regulatorias deben de trabajar en conjunto, ya que sería ideal trabajar con un *Centro Nacional de Enfermedades Crónicas*, el cual dicte las políticas basadas en información técnica dependiendo de las tendencias de la administración en curso.

Las unidades de primer contacto deben ser agencias motivadoras para incrementar la actividad física en todo el espectro de la actividad física, desde reducir el sedentarismo hasta estimular la actividad física intensa, por ello diversos documentos han identificado la alianza actividad física-unidades de primer contacto, como una acción crítica en la lucha contra la obesidad.

En el documento *LANCET* publicado a finales del año pasado, se identifica a esta alianza de unidades de primer contacto con la estimulación de la actividad física, como una acción prioritaria de bajo costo que puede tener un impacto mayor en la prevención de la obesidad.

Conclusiones:

1) El tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades es un componente crítico para contener el crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, 2) No hay información de la efectividad del tratamiento de la obesidad a nivel poblacional, 3) La sistematización de las evaluaciones y de las intervenciones, es indispensable para lograr la eficacia y la adherencia, 4) Se requieren ajustes mayores en el financiamiento y en la organización de los servicios de salud para que el sistema de salud controle el crecimiento de las enfermedades crónicas mediante tratamiento eficaz de la obesidad.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

La **Dra. Teresita Corona Vázquez**, agradece la presencia del Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco, Dr. Simón Barquera Cervera, Dra. Anabelle Bonvecchio Arenas, Dra. Mishel Unar Munguía, Dr. Carlos A. Aguilar Salinas e invita a la próxima sesión del miércoles 16 de Octubre, correspondiente al **simposio**, con el tema “**Actualidades y proyección de la neumología**”

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante
Secretaria Adjunta

Para visualizar la sesión completa con su discusión favor de acceder al sitio www.anmm.org.mx