



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



132.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junio de 2003

Punto 4.13 del orden del día provisional

CE132/21 (Esp.)

13 mayo 2003

ORIGINAL: INGLÉS

RÉGIMEN ALIMENTARIO, NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

Las tasas de sobrepeso y obesidad han alcanzado proporciones epidémicas en todo el mundo. En la Región de las Américas, la epidemia trasciende las fronteras socioeconómicas y aqueja por igual a ricos y pobres, así como a personas de todas las edades.

El rápido aumento de las tasas de obesidad en años recientes ha ocurrido en un tiempo demasiado breve como para poder achacarlo a algún cambio genético significativo en las poblaciones. Por el contrario, es más probable que los cambios en los modos de vida y el ambiente ocurridos durante el último medio siglo expliquen la epidemia. Por ejemplo, las nuevas tecnologías y la producción agropecuaria más eficiente han permitido lo que durante muchos siglos fue una meta inasequible: disponer durante todo el año de alimentos a precios asequibles para sectores muy amplios de la población. Además, las ocupaciones más sedentarias, el transporte motorizado, el mayor tiempo que se pasa frente al televisor y la abundancia de dispositivos que ahorran trabajo favorecen cada vez más la inactividad física.

Los métodos de tratamiento para controlar la obesidad sólo han obtenido resultados moderados y es poco probable que puedan atajar la epidemia; por consiguiente, las estrategias preventivas y de promoción de la salud tienen grandes probabilidades de dar buenos resultados a nivel de la población. La función de la salud pública en las Américas debe consistir en hacer que las opciones saludables resulten las más fáciles de tomar, y el objetivo para el próximo decenio es producir cambios fundamentales de conducta en la población.

La actividad física no necesita ser agotadora para producir beneficios para la salud. Promover al menos treinta minutos diarios de actividad física moderada es una meta realista. Esto necesita ir acompañado de una ampliación del acceso a los espacios recreativos y la seguridad en las calles, de la promoción sostenida del acto de caminar y montar en bicicleta en la ciudad y de la institucionalización de la actividad física en el lugar de trabajo y las escuelas. Por otro lado, la mejora de los hábitos alimentarios requiere promoción eficaz de los alimentos saludables, teniendo en cuenta medidas como precios más racionales, subsidios y la reglamentación de la publicidad de los alimentos que no son nutritivos.

Cada vez hay mayor conciencia de que las intervenciones preventivas son eficaces, y de que los costos del tratamiento están más allá de los recursos financieros de las personas y de los sistemas de salud pública de casi todos los países de ingresos medios y bajos. Las intervenciones para la prevención y el control de la obesidad deben complementarse con las iniciativas actuales para poner fin a la desnutrición y a carencias nutricionales específicas, en el marco de un nuevo paradigma que promueve el crecimiento y desarrollo óptimos y una vida larga y sana. Asimismo, se necesitan planes y programas integrados sobre la obesidad y las enfermedades no transmisibles, dado que tienen causas comunes.

Se solicita al Comité Ejecutivo que reconozca que la obesidad y las enfermedades conexas, así como la inactividad física y la mala alimentación, representan una amenaza importante para la salud pública y una prioridad para la acción en la Región; asimismo, se le pide que sugiera posibles formas en que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) puede promover y apoyar una estrategia integrada para la prevención y el control de la obesidad.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
La prevalencia de la obesidad y la transición sanitaria en las Américas	3
Factores determinantes de la obesidad.....	4
Resumen histórico.....	4
Factores alimentarios y tipos de actividad física	6
Factores de la etapa temprana del crecimiento	9
Influencias ambientales y sociales.....	10
Consecuencias de la obesidad para la salud.....	11
Costos económicos de la obesidad.....	12
Costos y beneficios económicos del tratamiento y la prevención de la obesidad	13
Prevención y control de la obesidad en las poblaciones: hacer que las opciones saludables sean más fáciles.....	13
Promoción de la actividad física cotidiana	13
Promoción de la alimentación sana	15
La respuesta de la Organización Panamericana de la Salud	17
Medidas propuestas.....	18
Elementos de un enfoque múltiple.....	18
Medidas prioritarias	18
Intervención del Comité Ejecutivo	20

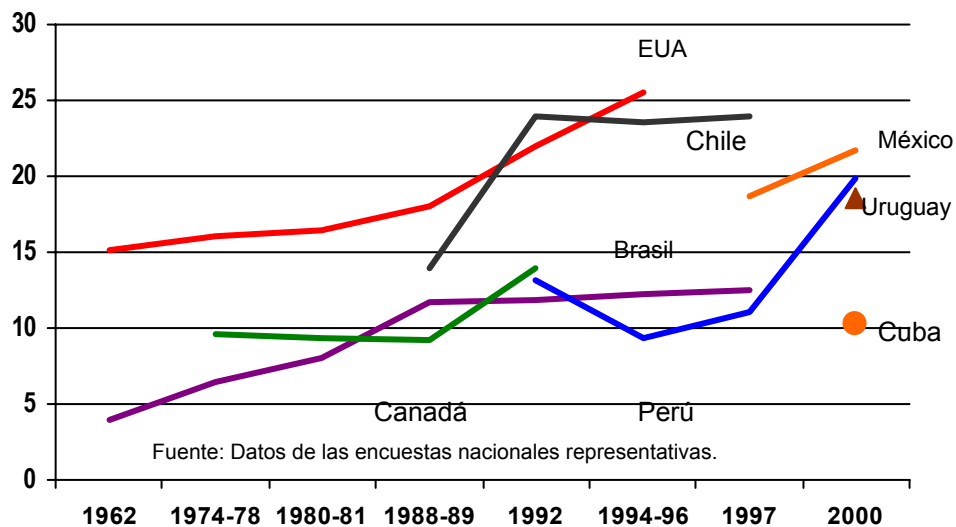
La obesidad en las Américas: el reto de promover una alimentación sana y modos de vida activos

La prevalencia de la obesidad y la transición sanitaria en las Américas

1. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad está aumentando en todo el mundo de modo alarmante. Se ven afectados los países tanto desarrollados como en desarrollo, y el problema va en rápido aumento entre niños y adultos. En la Región de las Américas, la epidemia trasciende las fronteras socioeconómicas y aqueja por igual a ricos y pobres, así como a personas de todas las edades.

2. En los países que disponen de datos nacionales representativos de diversas fechas, la prevalencia de la obesidad, definida como un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m^2 , muestra una tendencia ascendente (figura 1). Según los cálculos de la tercera encuesta nacional de salud y nutrición (NHANES III) (1988-1994), el 20% de los hombres y el 25% de las mujeres de los Estados Unidos de América son obesos. Canadá sigue a los Estados Unidos, con un 13,4% de adultos obesos. En Brasil, la obesidad afectaba a 6% de hombres y 13% de mujeres en 1989. En Perú, la prevalencia de adultos con sobrepeso aumentó en 50% entre 1992 y 1996. La obesidad entre las mujeres fue mucho mayor, con 18% en el nivel socioeconómico alto, 24% en el medio y 26,5% en el bajo. Entre los hombres, la prevalencia de la obesidad fue de 17%, 15% y 13,8%, respectivamente. Los datos de Argentina, Colombia, México, Paraguay y Uruguay también muestran que más de 15% de los habitantes de estos países son obesos.

Figura 1. Tendencias de la obesidad (IMC > 30) femenina en las Américas



3. Aún más preocupante es que esta tendencia también va en aumento entre los niños de la Región. Con respecto a hace veinte años, hay actualmente el doble de niños con sobrepeso en los Estados Unidos. Es alarmante que en Chile, México y Perú, uno de cada cuatro niños de edades comprendidas entre 4 y 10 años tenga sobrepeso.

4. Aunque la sensibilidad genética pueda explicar cerca de 30% de la obesidad observada, es más probable que los cambios en los modos de vida y el ambiente ocurridos durante el último medio siglo expliquen la reciente epidemia de obesidad. En realidad, los factores ambientales pueden, a largo plazo, anular los mecanismos biológicos que mantienen el peso corporal. El aumento del sobrepeso y la obesidad se ha documentado ampliamente en las sociedades industrializadas, e indica una transición de una asociación positiva a una negativa entre ingresos y obesidad en el último cuarto de siglo. Un fenómeno similar se está produciendo en los países en desarrollo y en algunos países de ingresos medios de América Latina, donde se observan mayores tasas de obesidad entre los pobres, especialmente en zonas urbanas.

Factores determinantes de la obesidad

Resumen histórico

5. La obesidad es consecuencia de un desajuste energético, es decir, cuando el aporte es superior al gasto durante un lapso prolongado. Muchos factores complejos y diversos pueden dar lugar a un saldo energético positivo, pero se considera que la interacción entre algunos de estos factores, y no la influencia de un único factor, es responsable de la obesidad.

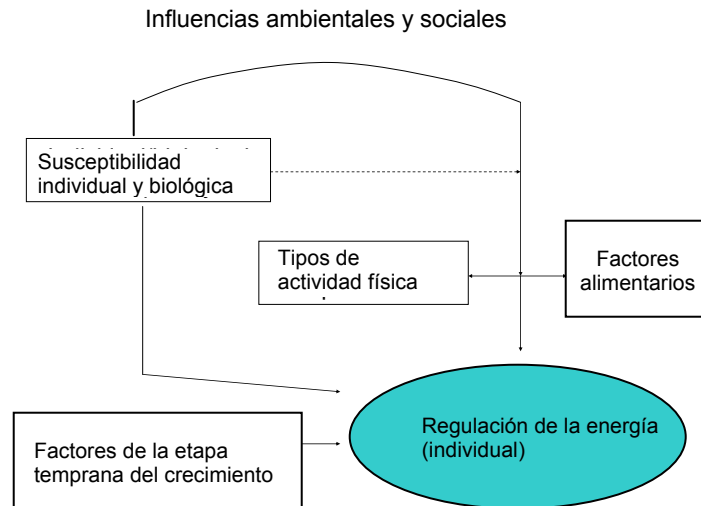
6. Son varios los factores externos que intervienen en la regulación energética. Hay fuertes presiones sociales y ambientales que influyen en el aporte y el gasto energéticos y pueden alterar los procesos fisiológicos del individuo. De hecho, esas presiones actúan sobre factores genéticos y biológicos preexistentes, probablemente desarrollados a lo largo de millones de años, que transformaron el cuerpo humano en una eficazísima “maquinaria”¹ de ahorro energético (almacenamiento de grasas). Con toda probabilidad, este mecanismo permitió la supervivencia durante un largo período de la historia de la humanidad, cuando los períodos recurrentes de escasez alimentaria eran la norma. Hay un creciente cúmulo de indicios de que el cuadro epidémico actual de obesidad es más el resultado de rápidos cambios tecnológicos y culturales durante los 50 últimos años que una manifestación de factores evolutivos biológicos, especialmente en vista del hecho de que el genoma humano ha permanecido inalterado durante miles de años.

¹ El verdadero carácter hereditario del IMC en tamaños de muestra grandes puede cifrarse entre 25% y 40%. Estudios recientes ponen de manifiesto que en la cantidad de grasa abdominal influye un componente genético responsable de 50% a 60% de las diferencias individuales.

7. Un fenómeno mundial de aumento secular de peso y talla comenzó a detectarse hace aproximadamente un siglo, pero hace poco que la obesidad apareció destacadamente a escala mundial. Recientes estudios económicos destacan el hecho de que los cambios tecnológicos han hecho que suba bruscamente el costo de la actividad física y baje el del consumo calórico. Lo último se debe en gran parte a las mejoras tecnológicas y a la producción agropecuaria más eficaz, mientras que la actividad física resulta más costosa a medida que las actividades domésticas y laborales se van sedentarizando. El resultado de estos cambios es que las personas han de invertir más tiempo y dinero en lograr los mismos niveles de actividad física que sus antepasados.

8. En las siguientes secciones se examinan brevemente las pruebas existentes sobre los factores individuales (alimentación, actividad física y etapa temprana del crecimiento) y los determinantes ambientales relacionados con la obesidad (figura 2). Asimismo se ofrecen consideraciones importantes de prevención y control que crean las condiciones para las acciones presentadas al final del documento.

Figura 2. Factores que influyen en la aparición de la obesidad



Factores alimentarios y tipos de actividad física

9. Los factores asociados con el riesgo de sobrepeso y obesidad se han categorizado a partir de pruebas científicas convincentes, según criterios de la OMS². Los dos factores más importantes asociados con *mayor* riesgo de sobrepeso son el consumo de alimentos altamente energéticos (ricos en grasa o azúcares) y el modo de vida sedentario durante mucho tiempo. Por otro lado, hay pruebas convincentes de que el riesgo *se reduce* mediante una actividad física regular³ y un elevado consumo de fibra alimentaria, como se explica más adelante. Asimismo aportan probables pruebas del menor riesgo las intervenciones que propugnan entornos escolares favorables, con mejores alimentos en los comedores escolares y programas de educación física, así como las estrategias que promueven el crecimiento lineal. Esto último nos recuerda que las actuales iniciativas para combatir el retraso del crecimiento infantil no son sólo beneficiosas a corto plazo (por ejemplo, para mejorar el crecimiento y los resultados escolares, etc.), sino que, a la larga, también contribuyen a prevenir ciertas enfermedades crónicas.

Factores alimentarios

10. Los factores alimentarios pueden dividirse en dos categorías: del huésped (características y comportamientos individuales) y del vector (alimentos y bebidas). Los puntos fundamentales aquí destacados se estudiaron detalladamente en la consulta conjunta OMS/FAO de expertos en alimentación, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas⁴. Al abordar la cuestión del régimen alimentario y la prevención de la obesidad, el presente documento recalca la necesidad de colocar el problema en el marco más amplio de *la promoción de la salud y la prevención de enfermedades*, lo que

² Los términos aquí utilizados para describir la calidad de las pruebas científicas provienen de criterios adoptados por el actual comité de expertos de la OMS (Serie de informes técnicos 916, 2003), que, a su vez, se inspiran en una publicación anterior del Fondo Mundial para la Investigación sobre el Cáncer (1997). He aquí una breve descripción de estos términos. Por “pruebas científicas convincentes” se entiende la estrecha asociación que se desprende de un número sustancial de estudios epidemiológicos (aleatorizados controlados [EAC], fundamentalmente), resultados coherentes, tamaños de la muestra suficientemente grandes y verosimilitud biológica. Por “pruebas científicas probables” se entiende que existen asociaciones bastante coherentes y biológicamente verosímiles, pero en las cuales no hay total congruencia entre la exposición y la obesidad. Por “posibles pruebas científicas” se entiende que los resultados proceden principalmente de estudios de casos y testigos o de estudios transversales, junto con algunos EAC, pero que se necesita más información para confirmar las presuntas asociaciones. Las “pruebas científicas insuficientes” proceden de unos pocos estudios, por lo que se precisa una investigación más sólida.

³ Una hora o más de actividad física moderada o intensa, cinco días a la semana. No se confunda con la recomendación de media hora de ejercicio moderado (caminar, bailar, montar en bicicleta, etc.) al menos cinco días por semana para mantener la buena salud.

⁴ OMS, Régimen alimenticio, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas (Serie de informes técnicos 916, 2003), Ginebra 2003.

hace posible enfocar más coherentemente las recomendaciones en materia de nutrición desde una perspectiva tanto científica como de comunicación.

11. Actualmente, un gran motivo de preocupación es la tendencia ascendente del consumo total de energía, en paralelo a la de la obesidad en todo el mundo (véase la nota 4). El fenómeno se ha asociado con un aumento similar del consumo de alimentos ricos en grasas, aceites y azúcares libres⁵, y del hábito de comer entre comidas⁶, tanto en Estados Unidos como en zonas menos desarrolladas de la Región, donde en los últimos 20 años ha aumentado el consumo de aceites y de carbohidratos refinados⁷. El mayor consumo de aceites y alimentos poco nutritivos y ricos en azúcares libres ha ido precedido por un gran suministro de estos productos a precios relativamente más bajos que los de mayor valor nutritivo⁷.

12. Actualmente hay indicios verosímiles de que las bebidas gaseosas fomentan el consumo energético reduciendo el control del apetito⁸, lo cual justifica que se recomiende limitar su consumo, pues puede así contribuirse a prevenir el aumento de peso⁹. Por otra parte, diversos estudios arrojan pruebas concluyentes de que los regímenes alimenticios ricos en fibra (polisacáridos no amiláceos) favorecen el adelgazamiento, además de presentar muchas otras ventajas para la salud¹⁰.

13. Además, el mayor consumo de bebidas gaseosas se considera un problema porque sustituyen a bebidas muy nutritivas, la leche en particular¹¹. Esto se ha descrito en Estados Unidos para mujeres, niños y adolescentes, y se considera un factor importante de la observada menor ingesta de calcio de la población. También preocupa el aumento

⁵ Informe del comité consultivo sobre el régimen alimenticio de los estadounidenses (2000, pp. 37-38), que, al comentar el elevado consumo de azúcar de esta población, afirma: "...esta tendencia preocupa porque coincide con otros cambios indeseables para la situación nutricional del país, como las crecientes tasas de obesidad...".

⁶ Cutler DM et al. *Why have Americans become more obese?* National Bureau of Economic Research, enero de 2003.

⁷ Uauy R y Monteiro C. *The challenge of improving food and nutrition in the Americas*, documento de trabajo, Consulta Regional OMS/OPS sobre régimen alimenticio, actividad física y salud, San José de Costa Rica, abril de 2003.

⁸ Véase la nota 4. El efecto de reducción del control del apetito está documentado, entre otros, en estudios de Rolls, 1997; Ludwing, 2002; Ebbeling y Ludwing, 2001.

⁹ Véase la nota 4. El grupo de expertos consideró que había *pruebas científicas probables* tras haber estudiado las pruebas aportadas por autores clave como Mattes RD, 1996; Tordoff y Alleva, 1990; Harnack L, Stang J y Story M, 1999; Ludwing DS, Peterson KE y Gortmaker, 2001; Raben A et al., 2002.

¹⁰ Véase la nota 4. Sección sobre recomendaciones para prevenir el sobrepeso y la obesidad, "La fuerza de las pruebas científicas". Concretamente, los estudios de Pereira y Ludwing observan que, en 12 de los 19 estudios, el consumo de fibra alimenticia conllevó resultados diferentes, entre ellos el adelgazamiento.

¹¹ Harnack L et al. *Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences*. J Am Diet Ass 99:463-441, 1999.

del consumo de bebidas gaseosas en otras poblaciones de la Región para las que se dispone de datos del equilibrio alimentario (véase la nota 4).

14. El ya mencionado aumento del consumo total de energía va acompañado de una disminución en el consumo de alimentos ricos en varios nutrientes y fibra, como hortalizas, granos no refinados y frutas (véase la nota 7). Como estos alimentos contribuyen a la salud general, es fundamental promover su mayor suministro, demanda pública y consumo.

15. En la reciente consulta regional OMS/OPS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (San José de Costa Rica, abril de 2003) (véase la nota 9) estudiamos también un aspecto tecnológico y económico relacionado con las tendencias ascendentes del consumo energético. Los datos del consumo alimentario, en particular de aceites vegetales y bebidas gaseosas azucaradas, indican que a medida que aumenta la eficiencia de la tecnología y la producción, bajan los precios y aumenta la demanda. Hay datos de Estados Unidos que indican que al menos 40% del aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos 25 años puede explicarse por la reducción del precio al consumo de los alimentos, en particular de los refrigerios a base de grasas dulces y saladas^{12, 13, 14}.

16. Esto puede ilustrarse con datos del departamento de investigación económica del Ministerio de Agricultura y Ganadería de los Estados Unidos (USDA). Mientras el suministro al mercado alimentario estadounidense de cereales y hortalizas coincide estrechamente con las raciones recomendadas por la pirámide alimentaria, este no es el caso de las grasas y el azúcar. El mercado alimentario estadounidense ofrece 65 g de grasas agregadas a los alimentos, por persona y por día, mientras la pirámide alimentaria recomienda 41 g. De igual manera, la oferta de azúcares agregados es de 31 cucharaditas por persona y por día, frente a las 12 cucharaditas recomendadas por la pirámide alimentaria¹⁵.

17. El consumo elevado de alimentos hipercalóricos y de bajo valor nutritivo también se impulsa mediante la publicidad televisiva, que afecta desmesuradamente a los niños. En realidad, como apunta W. Dietz, de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC): “Los niños comen lo que ven anunciado en la tele. Quien ha visto los programas infantiles sabe que suele tratarse de comida rápida, cereales edulcorados

¹² Alderman H *The effect of food price and income changes on the acquisition of food by low-income households*. Washington D.C., Instituto Internacional para la Investigación en Política Alimentaria (IFPRI), 1986.

¹³ Haddad L. *Redirecting the Diet Transition: What Can Food Policy Do?* IFPRI, documento del Banco Mundial, Washington, D.C., enero de 2003.

¹⁴ Ralston, K. 2000. *How government policies and regulations can affect dietary choices*. En *Government Regulation and Food Choices*, USDA/ERS.

¹⁵ Putnam J, Allshouse y Kantor L *US per capita food supply trends: More calories, refined carbohydrates and fats*, Food Review, Vol 25, No.3:2-15 invierno de 2000.

para el desayuno y refrigerios. La televisión es un riesgo para la salud desde el punto de vista del comportamiento”¹⁶. También la OMS¹⁷ reconoce los riesgos para la salud inducidos por la publicidad televisiva y los considera “riesgo probable”, lo que apunta a la posibilidad de intervención.

Inactividad física

18. La actividad física, definida como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que da lugar a un aumento sustancial del gasto energético frente al reposo”, varía del desempeño del trabajo propio de la ocupación y las faenas domésticas a la actividad física recreativa, como el deporte y el ejercicio. La actividad física reducida o el aumento del comportamiento sedentario desempeñan una función importante en el aumento de peso y la aparición de la obesidad. Por ejemplo, la cantidad de tiempo que los niños pequeños pasan ante el televisor ha resultado tener valor predictivo del IMC en años posteriores, como también un bajo nivel de actividad física en períodos de ocio de los adultos ha sido predictivo de aumento de peso sustancial (≥ 5 kg) al cabo de 5 años. Varios estudios realizados en América Latina también llegan a la conclusión de que la inactividad está muy asociada con la obesidad.

19. He aquí un resumen de datos relativos a la inactividad física en la Región de las Américas¹⁸:

- Personas de todas las edades llevan modos de vida inactivos.
- Más de dos terceras partes de los adultos no tienen actividad física regular.
- La actividad física disminuye con la edad.
- Las mujeres tienden a ser más inactivas que los hombres.
- Las personas de nivel socioeconómico más bajo son más inactivas.

Factores de la etapa temprana del crecimiento

20. El retraso del crecimiento intrauterino y el tamaño grande al nacer (≥ 4 kg) se han asociado a la aparición en etapas posteriores de la vida de enfermedades no transmisibles

¹⁶ Chronic Disease Notes & Reports, CDC, Vol 13, No 1:1-4, invierno de 2000.

¹⁷ Véase la nota 4. Sección: Recomendaciones para prevenir el sobrepeso y la obesidad.

¹⁸ Pratt, Jacoby y Neiman. *The challenge of improving food and nutrition in the Americas*, documento de trabajo, Consulta Regional OMS/OPS sobre régimen alimenticio, actividad física y salud, San José de Costa Rica, abril de 2003.

(ENT) como accidente cerebrovascular, diabetes e hipertensión arterial y, posiblemente, obesidad. El rápido crecimiento compensatorio consecutivo al déficit de crecimiento en la primera infancia también se ha invocado como factor causal. Son considerables las pruebas epidemiológicas de este último, pero son mayores para el riesgo de ENT que de obesidad. Las iniciativas actuales para prevenir y controlar el retraso del crecimiento en las Américas (principalmente con la meta de promover el desarrollo óptimo, mejor capacidad de trabajo y mejores resultados obstétricos) van en la línea de los continuos esfuerzos de salud pública en esta área.

21. Análogamente, a las conocidas ventajas de la lactancia materna exclusiva y prolongada, pueden añadirse ahora los efectos probables de la prevención de las enfermedades crónicas y la obesidad. Esto brinda otra oportunidad de construir una plataforma nutricional común en las sociedades en transición de la Región, actualmente enfrentadas con una carga de morbilidad doble.

22. La conexión entre los factores de la etapa temprana del crecimiento y la aparición de la obesidad sigue siendo un ámbito de investigación en curso. Lo que no es polémico es que la obesidad en la adolescencia está muy asociada con la obesidad en etapas posteriores de la vida. Como las tasas de obesidad están aumentando rápidamente a medida que la población envejece, son muy prometedores las tentativas por controlar el problema en la primera infancia y en edad escolar.

Influencias ambientales y sociales

Desarrollo económico y transición nutricional rápida

23. En la mayoría de los países en desarrollo del mundo, el crecimiento económico, la industrialización y el comercio generalizado han conllevado mejoras del nivel de vida y de los servicios de que dispone la población. Sin embargo, también han producido consecuencias negativas, como los modelos nutricionales y de actividad física nocivos.

24. Los actuales sistemas alimentarios basados en un enfoque agropecuario industrial permiten disponer de casi todos los tipos de comida durante todo el año, independientemente de la estación. Además, está creciendo rápidamente el suministro de alimentos procesados y de alto contenido graso y energético. Esta situación ha contribuido a la mejor disponibilidad de alimentos, pero no necesariamente ha abordado el problema de la desnutrición ni ha mejorado la calidad nutricional general de los alimentos.

25. La disminución del consumo energético que ha conllevado la modernización se plasma en un modo de vida más sedentario en las zonas urbanas. El transporte motorizado, la urbanización de baja densidad (en extensión), los equipos mecanizados y los dispositivos que ahorran trabajo han liberado a las personas de tareas arduas, como

también han desalentado actividades sencillas como caminar, ir en bicicleta o subir escaleras. Por otra parte, el tiempo de ocio se dedica actualmente, cada vez más, a ver la televisión y otras opciones que no conllevan actividad física.

Clase social y educación

26. Mediante hábitos alimentarios saludables y modos de vida más activos, los sectores muy educados de las sociedades de ingresos medios, en casi todo el mundo, han evitado algunas de las consecuencias negativas del crecimiento económico. Tales cambios de conducta explican en parte la reducción de peso observada especialmente entre las mujeres de ingresos altos, como en el caso de Brasil, donde las tasas de obesidad han disminuido de 13% a 8% durante los 30 últimos años.

27. Aunque muchas ganancias de salud pueden lograrse mediante una educación mejor y el acceso más amplio a la información sobre las ventajas de optar por alimentos saludables y de practicar la actividad física, es poco probable que estos dos factores puedan, por sí solos, detener la epidemia de obesidad. Las campañas de control del consumo de tabaco en los Estados Unidos son un buen ejemplo de cómo una combinación de políticas, impuestos y restricciones, como la prohibición de fumar en zonas públicas, junto con intensas campañas de comunicación, puede generar el cambio de comportamiento.

Cultura y creencias personales

28. En ciertas culturas existen actitudes específicas hacia la salud, la forma física, la actividad y la imagen corporal que pueden también conducir a comportamientos que favorezcan la obesidad. Por ejemplo, en algunas poblaciones indígenas de América Latina y el Caribe se considera que el sobrepeso es aconsejable y refleja el estado de salud y bienestar.

Consecuencias de la obesidad para la salud

29. Las consecuencias de la obesidad para la salud son múltiples y variopintas, y van de un mayor riesgo de muerte prematura a diversas afecciones no mortales, pero debilitantes, que repercuten negativamente en la calidad general de vida.

30. Actualmente se sabe bien que cuanto más se prolonga la obesidad mayores son los riesgos de mortalidad y morbilidad. Por ejemplo, en el grupo de edad de 25 a 35 años, la obesidad pronunciada conlleva un riesgo 12 veces superior de mortalidad frente a las personas delgadas. También es importante observar el aumento de la mortalidad conforme es mayor el peso corporal relativo tanto en hombres como en mujeres menores de 50 años.

31. Los obesos presentan mucho mayor riesgo de padecer diabetes, enfermedades de la vesícula biliar, dislipidemias, resistencia a la insulina y apnea del sueño (riesgo relativo [RR] > 3). Su riesgo de padecer enfermedades crónicas y artrosis es moderadamente mayor (RR 2-3), y es levemente mayor el de padecer ciertos cánceres, anomalías de las hormonas reproductoras y lumbago (RR 1-2).

32. Aunque son muchos los problemas de salud que plantea la obesidad infantil, la consecuencia más importante a largo plazo de la obesidad de niños y adolescentes es su persistencia en la edad adulta, con todos los riesgos que implica. Es más probable que persista la obesidad cuando aparece al final de la niñez o en la adolescencia.

33. La obesidad está muy estigmatizada en muchas sociedades industrializadas, tanto por las percepciones negativas en cuanto a la apariencia física como por el estereotipo existente de que los obesos son perezosos, de carácter débil y no tienen hábitos higiénicos. La discriminación resultante suele disuadir a estas personas de buscar la ayuda médica que tanto necesitan, incluido el tratamiento contra la depresión y los trastornos de los hábitos alimentarios.

Costos económicos de la obesidad

34. Pocos son los estudios que calculan el costo de la obesidad para la sociedad. Los pocos que existen provienen de países desarrollados, y son de gran utilidad para los prestadores de asistencia sanitaria y los responsables de la política.

35. Los estudios notificados por la OMS en 2000 (en Australia, Francia, Países Bajos y Estados Unidos) indican que entre 2% y 7% de los costos nacionales de asistencia sanitaria pueden imputarse al tratamiento y control del sobrepeso y la obesidad; el costo más elevado (US\$ 46.000 millones) fue el de Estados Unidos. Los cálculos recientes (2001) de la Encuesta de Panel de Gastos Médicos en este país indican que los costos de atención hospitalaria y ambulatoria aumentan en \$395 por año y por persona obesa, mientras los del tabaco aumentan en \$230 y los del envejecimiento en \$225. En términos relativos, la obesidad aumenta los costos de atención de salud en 36% y los de medicación en 77%, frente a los de una persona de peso normal.

36. Los cálculos aproximados del costo del tratamiento de la obesidad en Perú indican que, en la hipótesis de que se utilizaran medicamentos como principal intervención, ello costaría aproximadamente 50% del actual presupuesto sanitario nacional. En Estados Unidos, los cálculos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) indican que tratar médicamente la obesidad en este país costaría \$55.000 millones

anuales, lo que equivaldría a más de la mitad del actual gasto anual en tratar las afecciones crónicas graves¹⁹.

Costos y beneficios económicos del tratamiento y la prevención de la obesidad

37. Hay pocos estudios que aborden los temas del costo del tratamiento específico de la obesidad o de las intervenciones preventivas. La mayoría de ellos se citan en el documento técnico de la OMS, pero contienen fallas técnicas que impiden extraer conclusiones definitivas. Sin embargo, los estudios relacionados con el control de la diabetes y la prevención de la obesidad indican que las intervenciones de salud pública (es decir, las campañas en los medios de comunicación y programas de asesoramiento a grupos) pueden conllevar ahorros netos tras considerar los costos del programa operativo. Además, las estrategias preventivas pueden ser más rentables, considerando los costos extraordinarios de proporcionar servicios de tratamiento discrecional como los actualmente utilizados en las sociedades desarrolladas, donde tecnologías y medicamentos nuevos ejercen continuamente una presión considerable sobre los costos sanitarios.

Prevención y control de la obesidad en las poblaciones: hacer que las opciones saludables sean más fáciles

38. Actualmente, se tiende a favorecer las estrategias preventivas por razones tanto técnicas como financieras. Casi uno de cada dos adultos en las Américas tiene sobrepeso (IMC > 25 kg/m²). Cada vez hay mayor conciencia de que las intervenciones preventivas son eficaces, y de que los costos del tratamiento están más allá de los recursos financieros de las personas y de los sistemas de salud pública de casi todos los países de ingresos medios y bajos.

39. Las intervenciones a gran escala para prevenir y controlar la obesidad a escala nacional indican que la prevención de la obesidad a nivel de la población quizá sea difícil de lograr a corto plazo y que la promoción de una alimentación saludable y de la actividad física no debe centrarse exclusivamente en controlar la obesidad, sino en cambiar también los modelos inadecuados alimentarios y de actividad física.

Promoción de la actividad física cotidiana

El nuevo paradigma de promoción de la actividad física: la actividad física moderada

40. Los modos de vida sedentarios no son simplemente una cuestión de elección personal. Tradicionalmente, los estudios sobre los factores determinantes de la

¹⁹ Chronic Disease Notes & Reports, CDC, Vol 13, No 1:2, invierno de 2000.

inactividad física han recalcado las variables individuales (sexo, factores culturales, edad, barreras percibidas, etc.). Sin embargo, es cada vez más evidente que estas variables sólo explican una pequeña porción de la varianza de la inactividad física. Los factores ambientales, como la accesibilidad de los espacios recreativos, las oportunidades de practicar una actividad física, los factores estéticos, las condiciones climáticas y los problemas de seguridad dan explicaciones más claras de los tipos de inactividad física.

41. Las ciudades de hoy están diseñadas para el transporte motorizado, y la tecnología sigue introduciendo nuevos y mejores equipos y dispositivos mecanizados que ahorran trabajo tanto en el hogar como en el ejercicio profesional. Los planificadores urbanos, los ambientalistas y las autoridades de tránsito y de deportes están ya, en muchos casos, convergiendo en su trabajo para crear “un mejor lugar para vivir”, brindando una oportunidad clave para forjar coaliciones públicas amplias e integrales y promover la actividad física cotidiana en sus comunidades.

42. El objetivo que aquí se expone, de treinta minutos de actividad física moderada casi todos los días de la semana, se basa en pruebas sólidas de varios estudios clínicos y epidemiológicos y constituye un buen punto de partida para la gran mayoría de los adultos inactivos. Sin embargo, es importante recalcar que si se pretende controlar y estabilizar el peso, se necesita una mayor cantidad de ejercicio. Puede ser necesaria una actividad física diaria de moderada a intensa de 60 a 90 minutos diarios^{20, 21}. Las ventajas, para la salud física y mental, de la actividad física moderada y regular (caminar e ir en bicicleta) son similares a las de una actividad física estructurada (práctica del aeróbic u otro deporte). Además, es fácil integrar en la vida diaria intervenciones sobre el modo de vida como las mencionadas.

43. Las intervenciones sobre el modo de vida a nivel de la población son positivas para la salud. Por ejemplo, en varios países desarrollados se ha observado la asociación entre las tasas de obesidad y el transporte no motorizado. En los Países Bajos y Suecia, que tienen las mayores tasas de desplazamiento a pie y en bicicleta, la obesidad es un problema menor que en sociedades más apegadas al automóvil, como Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos.

²⁰ Erlichman et al. *Physical Activity and its impact on health outcomes. Paper 2: prevention of unhealthy weight gain and obesity by physical activity: an analysis of the evidence*. *Obesity Reviews* 3:1-15, 2002.

²¹ Pratt, Jacoby & Neiman. *The challenge of improving food and nutrition in the Americas*, documento de trabajo, Consulta Regional OMS/OPS sobre régimen alimenticio, actividad física y salud, San José de Costa Rica, abril de 2003.

La importancia de las ciudades para la promoción de la actividad física

44. Las comunidades y los gobiernos locales de los países de América Latina y el Caribe (ALC) ya intentan crear ambientes más sanos e invertir recursos locales para promover el ejercicio y la actividad física en sus comunidades. Es importante aumentar la concientización al respecto, reforzar los logros y seguir trabajando para dirigir los esfuerzos, eficaz y eficientemente, a promover la vida activa y la mejor salud.

45. Los gobiernos municipales y locales desempeñan una función clave para fomentar el programa de salud pública relativo a la promoción de la actividad física, por las siguientes razones:

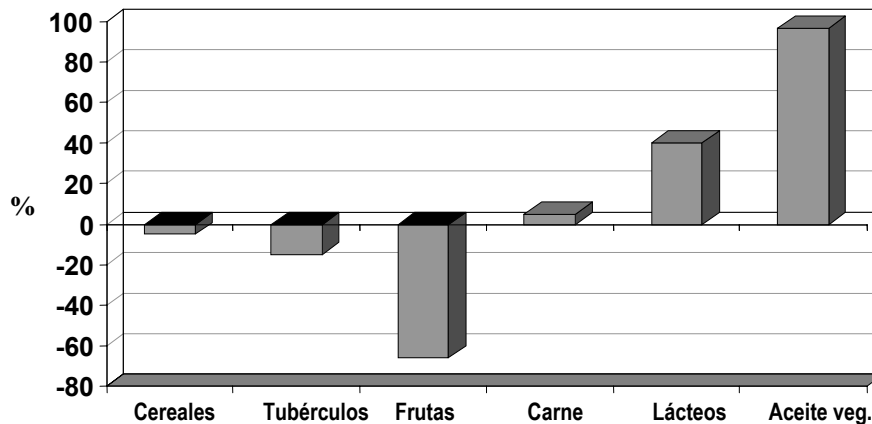
- ya están involucrados en mejorar los espacios públicos de recreo y deportes;
- pueden tomar decisiones sobre el entorno físico, el transporte y la seguridad pública, e influir en el proceso legislativo;
- los ayuntamientos pueden reunir a diferentes socios para formar coaliciones; y
- en la mayoría de las ciudades, la población ya está exigiendo la acción pública en materia de transporte, ocio, control de la delincuencia, etc.

Promoción de la alimentación sana

46. Las pautas de consumo de alimentos han experimentado notables cambios en los países de ALC durante los dos últimos decenios. En la figura 3 se dan ejemplos de cambios perjudiciales que tienen lugar al abandonar las hortalizas y otros alimentos tradicionales o naturales, y aumentar el consumo de cereales refinados, aceites y carnes. Los precios más bajos de estos últimos, junto con dinámicas estrategias de comercialización, son los mecanismos clave que configuran las pautas del consumo de alimentos²².

²² Existen muchos estudios que tratan de precios y comercialización de los alimentos (con inclusión de la publicidad) en relación con el cambio de hábitos alimentarios; por ejemplo: The American Academy of Pediatrics, 1990; Dietz y Strasburger, 1991; Center for Science in the Public Interest, 1992; Glanz et al., 1998; Huang KS, 1998; Nestle M, 2002; Lakdawalla y Philipson, 2002.

Figura 3. Cambios (%) en el consumo de varios productos alimenticios en siete ciudades de Brasil, 1962-1988



Fuente: Adaptado de Monteiro C, 2000

47. El predominio creciente del desarrollo industrial en el sector agropecuario se centra en un reducido número de productores muy lucrativos, lo cual reduce la producción de diversas hortalizas y algunos cereales. En realidad, la menor disponibilidad de fruta es un grave problema que ha llamado recientemente la atención de la OMS²³. En Europa, por ejemplo, unos 14 países tienen una disponibilidad de fruta diaria per cápita inferior a los 600 g/día recomendados (400 g/día de comestibles).

48. La alimentación saludable debe seguir siendo el principio orientador de las recomendaciones sobre prevención del aumento de peso y control de la obesidad. Sobre la base de las recomendaciones alimentarias CINDI (OMS, 2000) y las normas alimentarias basadas en la alimentación latinoamericana (OPS, 2000), las recomendaciones principales pueden resumirse así²⁴: 1) mejorar el consumo de frutas, hortalizas, cereales integrales y frutos secos; 2) preferir el pescado y las aves de corral a la carne de res; 3) aumentar el consumo de productos lácteos, especialmente los de poco contenido en grasas saturadas; 4) consumir, con moderación, aceites vegetales más

²³ Esta información se basa en el trabajo de Aileen Robertson (1999), posteriormente incluido en el informe de la OMS, Régimen alimenticio, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas (Serie de informes técnicos 916, 2003), Ginebra 2003.

²⁴ Estas recomendaciones figuran en el software PLANUT creado por la OPS para favorecer mejores recomendaciones alimentarias en la Región.

saludables (monoinsaturados y poliinsaturados); y 5) reducir la ingesta de sal y de bebidas con alto contenido de azúcares libres.

49. Está claro que para mejorar las pautas de consumo alimentario, especialmente entre las personas de bajos ingresos, hay mucho por hacer en cuanto a la producción y la comercialización de los alimentos. Son precisas, además de educación y comunicación, políticas públicas favorables a la salud para fomentar la producción y los mercados locales de alimentos saludables. Hay que seguir estudiando las cuestiones de reglamentación y tributación, para modificar las preferencias y los comportamientos alimentarios.

La respuesta de la Organización Panamericana de la Salud

50. El Día Mundial de la Salud de 2002 se dedicó al tema de la salud física, con el lema “Muévete, América”. Con vistas a ese día, la OPS movilizó a los países del continente para aumentar la concientización, educar y alentar a las comunidades y a las personas a promover la actividad física. La OPS, conjuntamente con los CDC, patrocinó también un concurso de ciudades activas, que tuvo mucho éxito, para premiar a diversas ciudades de toda la Región por sus esfuerzos en promover la salud mejorando los espacios públicos de recreo seguro y fomentando la actividad física.

51. En mayo de 2000, la 53.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA53.17 en respaldo de la estrategia mundial de la Directora General de la OMS sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles. La estrategia insistía en la prevención integrada apuntando a tres factores principales de riesgo: el tabaco, la alimentación poco saludable y la inactividad física. Dos años después, la Asamblea de la Salud aprobó la resolución WHA55.23, por la cual insta a elaborar una estrategia mundial sobre alimentación, actividad física y salud. En respuesta a estas resoluciones y en línea con el esfuerzo por mejorar la salud pública, la OPS ha comenzado a organizar una consulta regional amplia y abarcadora para obtener pruebas más sólidas al objeto de elaborar políticas, mayor promoción de la causa para el cambio de políticas y la participación de los interesados directos, y un marco estratégico para la acción. Está previsto que la consulta regional se celebre en 2003.

52. Tanto el Día Mundial de la Salud de 2002 como la estrategia mundial sobre alimentación, actividad física y salud constituyen un impulso significativo al programa de prevención y control de la obesidad.

Medidas propuestas

Elementos de un enfoque múltiple

53. Para abordar el vasto problema de la obesidad, los profesionales de salud pública deben considerar sus múltiples facetas:

- Hay que incrementar los recursos de salud pública para programas promocionales y preventivos;
- Los sistemas de salud deben elaborar programas bien diseñados y eficaces, así como protocolos clínicos para la prevención y el control de la obesidad;
- Énfasis en crear condiciones ambientales para el cambio de comportamiento, como mayor acceso a frutas, verduras, cereales integrales y alimentos con alto valor nutritivo y mejores entornos físicos para el ocio y la actividad física;
- Integración de los ámbitos de salud pública de prevención de las ENT y la obesidad;
- Nuevas alianzas y asociaciones con sectores clave distintos del de salud pública; y
- Más y mejores datos para demostrar que la obesidad es un problema estatal.

Medidas prioritarias

54. Las prioridades de la promoción de la actividad física deben tener en consideración lo siguiente:

- *La recomendación clave* es la promoción de treinta minutos diarios de actividad física moderada al menos cinco días por semana.
- *La actividad física (recreativa y utilitaria) como modo de vida.* Es fundamental crear un entorno físico y reglamentario que propicie el caminar y montar en bicicleta en las ciudades.
- *Educación física y deportes en los centros de enseñanza.* En la Región hay que tomar partido por la educación física, que promueve el crecimiento físico, el desarrollo del niño y el aprovechamiento escolar;
- *Elaboración de enfoques programáticos sólidos.* Aunque está bien documentada la eficacia de algunas intervenciones, las más de estas son adecuadas para la

- realidad de los países desarrollados. Hay que adaptar esos programas a las condiciones de los países de América Latina y el Caribe²⁵; y
- *La necesidad de ampliar las asociaciones.* Los sectores clave son la educación, los deportes, el transporte, el gobierno local y el sector privado.
55. Las prioridades de la promoción de la alimentación saludable deben tener en consideración lo siguiente:

En cuanto a la oferta:

- Estimular las asociaciones con la industria para promover mayor producción y mejores precios de frutas, verduras y cereales integrales;
- Conseguir la colaboración de la industria alimentaria para aumentar el suministro de alimentos procesados de alto contenido nutritivo, como los productos lácteos sin grasa y los cereales integrales;
- Estudios sobre el cometido de la mundialización y la industria agropecuaria en la disponibilidad y el consumo de alimentos; y
- Examinar las pruebas existentes y promover los estudios necesarios para estimular la actuación fundamentada con respecto a la función de la comercialización y la publicidad en las preferencias alimentarias de la población, especialmente de los niños.

En cuanto a la demanda:

- Que se oiga más la voz de los consumidores gracias a la información sistemática brindada por las organizaciones sanitarias y de consumidores;
- Crear incentivos para integrar mejor a los planes nacionales la producción local de alimentos;
- La promoción y defensa de las tradiciones alimentarias regionales y nacionales sanas;
- Estimular más investigación sobre política alimentaria y nutrición; y
- Participación activa en la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius de los sectores relacionados con la salud y la nutrición.

Intervención del Comité Ejecutivo

²⁵ Nótese que el aspecto clave de la investigación que falta, desde el punto de vista de la aplicación, son los estudios de efectividad (intervenciones que se ponen a prueba en condiciones reales), no los de eficacia (con los que pretende observarse los efectos para la salud de intervenciones o tratamientos en condiciones ideales).

56. Se solicita al Comité Ejecutivo que debata los temas presentados en este documento y que considere lo importante que es que los Estados Miembros establezcan la escala nacional de prioridades para abordar el problema de la obesidad en el siguiente contexto:

- El sobrepeso y la obesidad, junto con la inactividad física y los regímenes alimentarios de calidad deficiente, son una grave amenaza de salud pública en la Región;
- Los gobiernos deben obrar para que las opciones saludables sean también las más fáciles para todos, fomentando los regímenes alimentarios saludables y la vida activa como enfoques preventivos clave;
- Es necesario un enfoque nutricional integrado y la estrecha coordinación con las iniciativas existentes de prevención y control de las ENT;
- Conviene potenciar la investigación aplicada y operativa para idear intervenciones eficaces que estimulen la alimentación más sana y los modos de vida más activos, y
- Es vital crear alianzas y asociaciones estratégicas multisectoriales para promover la salud y el bienestar de la población, de modo que esta cuestión adquiera mayor importancia y figure en un lugar destacado de los programas políticos.

57. Se pide asimismo al Comité que oriente la participación de los Estados Miembros en el proceso de la estrategia mundial de la OMS sobre alimentación, actividad física y salud.