

---

# SEMINARIO EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA PREVENCIÓN DE OBESIDAD INFANTIL

Santiago, 21 y 22 enero de 2013



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud





## SEMINARIO

### EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA PREVENCIÓN DE OBESIDAD INFANTIL

SANTIAGO, 21 Y 22 DE ENERO DE 2013



Organización Panamericana de la Salud  
Representación en Chile  
Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura, Santiago de Chile.  
Casilla N° 177 / Vitacura, CP 7630412  
Santiago, Chile  
2013

## **BIBLIOTECA DE LA OFICINA DE OPS/OMS EN CHILE - CATALOGACIÓN**

Organización Panamericana de la Salud. *Seminario experiencias exitosas en la prevención de la Obesidad Infantil*. Santiago de Chile: OPS/OMS, 2013

- 1.- OBESIDAD INFANTIL
- 2.- PREVENCIÓN
- 3.- EXPERIENCIAS EXITOSAS
- 4.- POLÍTICAS PÚBLICAS Y LEGISLACIÓN
- 5.- PROGRAMAS
- 6.- INTERVENCIONES COMUNITARIAS

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD DARÁ CONSIDERACIÓN A LAS SOLICITUDES DE AUTORIZACIÓN PARA REPRODUCIR O TRADUCIR, ÍNTEGRAMENTE O EN PARTE, ALGUNA DE SUS PUBLICACIONES. LAS SOLICITUDES DEBERÁN DIRIGIRSE AL ÁREA DE GESTIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMUNICACIONES, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), WASHINGTON, D.C., ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (PUBRIGHTS@PAHO.ORG). EL CENTRO DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO, OFICINA DE LA REPRESENTACIÓN OPS/OMS EN CHILE, SANTIAGO, CHILE, PODRÁ PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS INTRODUCIDOS EN LA OBRA, PLANES DE REEDICIÓN, Y REIMPRESIONES Y TRADUCCIONES YA DISPONIBLES

© ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013

LAS PUBLICACIONES DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ESTÁN ACOGIDAS A LA PROTECCIÓN PREVISTA POR LAS DISPOSICIONES SOBRE REPRODUCCIÓN DE ORIGINALES DEL PROTOCOLO 2 DE LA CONVENCIÓN UNIVERSAL SOBRE DERECHO DE AUTOR.

LAS DENOMINACIONES EMPLEADAS EN ESTA PUBLICACIÓN Y LA FORMA EN QUE APARECEN PRESENTADOS LOS DATOS QUE CONTIENE NO IMPLICAN, POR PARTE DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, JUICIO ALGUNO SOBRE LA CONDICIÓN JURÍDICA DE PAÍSES, TERRITORIOS, CIUDADES O ZONAS, O DE SUS AUTORIDADES, NI RESPECTO DEL TRAZADO DE SUS FRONTERAS O LÍMITES.

LA MENCIÓN DE DETERMINADAS SOCIEDADES MERCANTILES O DE NOMBRES COMERCIALES DE CIERTOS PRODUCTOS NO IMPLICA QUE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD LOS APRUEBE O RECOMIENDE CON PREFERENCIA A OTROS ANÁLOGOS. SALVO ERROR U OMISIÓN, LAS DENOMINACIONES DE PRODUCTOS PATENTADOS LLEVAN EN LAS PUBLICACIONES DE LA OPS LETRA INICIAL MAYÚSCULA.

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD HA ADOPTADO TODAS LAS PRECAUCIONES RAZONABLES PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN QUE FIGURA EN LA PRESENTE PUBLICACIÓN, NO OBSTANTE LO CUAL, EL MATERIAL PUBLICADO SE DISTRIBUYE SIN GARANTÍA DE NINGÚN TIPO, NI EXPLÍCITA NI IMPLÍCITA. EL LECTOR ES RESPONSABLE DE LA INTERPRETACIÓN Y EL USO QUE HAGA DE ESE MATERIAL, Y EN NINGÚN CASO LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PODRÁ SER CONSIDERADA RESPONSABLE DE DAÑO ALGUNO CAUSADO POR SU UTILIZACIÓN.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	7
<b>CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA</b>	8
<i>EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD</i>	8
<i>CAUSAS DE OBESIDAD A TRAVÉS DEL CICLO VITAL</i>	8
<i>LA OBESIDAD Y SU RELEVANCIA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL</i>	10
<b>PRESENTACIÓN DE EXPERIENCIAS EXITOSAS</b>	13
<i>OBESIDAD Y POBREZA</i>	13
<i>FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA POBLACIÓN: ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA?</i>	14
<i>NECESIDAD DE ACCIÓN CONJUNTA CONTRA LA OBESIDAD INFANTIL. EXPERIENCIA DE LA UNIÓN EUROPEA</i>	15
<i>ELIGE VIVIR SANO EN CHILE</i>	16
<i>PROGRAMA 5 PASOS POR TU SALUD</i>	17
<i>LA NUEVA ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA SALUD INTEGRAL EN LA NIÑEZ: ACCIÓN PARA LAS AMÉRICAS</i>	18
<i>PROGRAMA “FIFA 11 POR LA SALUD” COLOMBIA</i>	19
<i>EXPERIENCIAS AUSTRALIANAS DE PREVENCIÓN BASADAS EN LA COMUNIDAD</i>	19
<i>TRANSPORTE Y RECREACIÓN EN BOGOTÁ: AVANCES Y DESAFÍOS</i>	20
<i>PEÑALOLÉN: ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE OBESIDAD INFANTIL-PROYECTO COLEGIO SALUDABLE</i>	21
<i>ESTACIÓN CENTRAL: LA ESTACIÓN MÁS SALUDABLE</i>	22
<i>PADRE HURTADO: INTERVENCIÓN EN OBESIDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN PROGRAMA VIDA SANA</i>	23
<i>IMPORTANCIA DE LA REGULACIÓN PARA FRENAR LA EPIDEMIA DE LA OBESIDAD</i>	24
<i>LEY DE ALIMENTOS 20606: SOBRE COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS Y SU PUBLICIDAD</i>	25
<i>¿CÓMO REGULAR UNA POLÍTICA PÚBLICA DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE?</i>	26
<b>RESÚMENES Y DISCUSIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO</b>	28
<i>EXPERIENCIAS PROGRAMÁTICAS</i>	28
<i>EXPERIENCIAS COMUNITARIAS</i>	32
<i>POLÍTICAS PÚBLICAS Y LEGISLACIÓN</i>	39
<b>LLAMAMIENTO DE SANTIAGO</b>	48
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	50
<b>ANEXOS</b>	55



---

# INTRODUCCIÓN

El mundo ha experimentado un aumento en la prevalencia de la obesidad, situación que es más común en personas que viven en condiciones de desventaja socioeconómica, menor nivel educativo, mujeres y niños.

Cuando se analizan las causas de la obesidad, destacan múltiples factores causales del individuo, familia, comunidad/entorno, nacionales e internacionales. Las personas que viven en situación de desventaja social y económica –y que presentan las mayores tasas de prevalencia de obesidad- declaran sentir inseguridad alimentaria, tener acceso a servicios de salud y educación de mala calidad, falta de acceso a bienes de integración social, trabajo temporal y mal remunerados, descuido forzado de los hijos y luchan por integrarse al consumo y desarrollo. También, tienen acceso a alimentos de menor calidad nutricional, en sus barrios hay menos acceso y espacios para recreación y se presenta una mayor densidad de cadenas de alimento que venden alimentos poco saludables.

Los Estados, en respuesta a esta situación y teniendo en cuenta el conocimiento reportado hasta la fecha, han implementado una serie de estrategias en diferentes niveles con el fin de controlar y manejar la obesidad. Pero estas estrategias han tenido un efecto moderado, no logrando solucionar el problema a nivel nacional, sino que algunas ocasiones de manera local y por poco periodo de tiempo.

Frente a esta situación, se ha comenzado a generar consenso técnico y político para que las naciones en su conjunto asuman que se debe enfrentar este problema de manera global, lo cual se ha visto reflejado en una serie de declaraciones y reuniones de alto nivel que se han llevado a cabo, en las cuales se reconoce la gravedad de la situación y se hace un llamado para abordar este problema en las agendas y planes de acción de los organismos internacionales de Naciones Unidas.

Entre estos llamados de alerta, se plantea que un aspecto fundamental a nivel internacional es que se logre incorporar a la obesidad así como otras ECNT, en los próximos objetivos de desarrollo, con el fin de generar un marco internacional que regule el comercio y publicidad de los alimentos, como la primera estrategia para dar inicio a la solución conjunta de este problema.

El desafío por lo tanto es implementar diversas estrategias que puedan dar respuesta a la necesidad de prevenir la obesidad. Para poder seleccionar estas experiencias exitosas, Elige Vivir Sano, el Ministerio de Salud de Chile, la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Panamericana de la Salud, han realizado un seminario en que se analizaron diversas intervenciones a nivel mundial que han mostrado resultados prometedores. Estos resultados, así como las discusiones de los aprendizajes se presentan en la siguiente publicación.

---

# CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

## **1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD**

La obesidad se ha vuelto uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, con una alta proporción de países que presentan más de un 30% de su población con exceso de peso (OMS, 2011). La tasa de incremento de obesidad presentó una diferenciación por nivel de ingreso de los países, en que aquellos con ingresos medios o bajos, presentaron una tasa más acelerada que los países de ingresos altos. La tasa de aumento anual en la prevalencia de obesidad en Estados Unidos y Europa es de aproximadamente 0,25, mientras que en países de Asia, África y Latinoamérica llega a ser entre 2 a 5 veces mayor (Popkin, 2004).

El promedio de Índice de Masa Corporal a nivel mundial ha incrementado en 0,4 kg/m<sup>2</sup> por década en hombres y en 0,5 kg/m<sup>2</sup> en mujeres, siendo que los valores más altos de IMC se observaron en algunos países de Oceanía, con valores que superan los 33,9 kg/m<sup>2</sup>. En Sud América el promedio de incremento por década fue de 0,8 kg/m<sup>2</sup> en hombres y 1,4 kg/m<sup>2</sup> en las mujeres. Se estimó que alrededor de 1.46 billones de personas presentan exceso de peso (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) a nivel mundial (Finucane, 2011).

## **2. CAUSAS DE OBESIDAD A TRAVÉS DEL CICLO VITAL**

La obesidad es multicausal y sus factores de riesgo interactúan durante todo el ciclo de vida (Procter, 2007). Los factores de riesgo de obesidad infantil que actúan en el embarazo son diabetes gestacional, obesidad y tabaquismo materno, e inciden sobre el peso al nacer (Procter, 2007). Niños con menor peso al nacer y mayor crecimiento en peso durante los primeros años de vida son los que tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad tempranamente (Procter, 2007).

Los niños nacen con una preferencia por los sabores dulces, y a los cuatro meses aparece el gusto por los alimentos salados, por lo que rechazan alimentos nuevos y responden a la densidad energética de éstos (Birch, 2007). Los niños con lactancia materna exclusiva aceptan alimentos nuevos ya que los sabores provenientes de la dieta materna le son traspassados a través de la leche materna (Mennella, 1999).

Las prácticas alimentarias de los padres están modeladas culturalmente. En escasez de alimentos, los niños eran estimulados a comer cuando había alimentos disponibles, incluso en ausencia de hambre (Birch, 2009), estilo de crianza que permanece hasta estos días.

Niños de 3 a 5 años presentan escasa capacidad para regular la ingesta (Leahy, 2008). Cuando se les ofrecen grandes porciones de alimento, incrementan su ingesta sobre el 25% (Fisher, 2007). La pérdida de tiempos de comida en familia afecta el control familiar sobre la alimentación, aportando menores oportunidades de observar buenos modelos de alimentación (Procter, 2007).



En Estados Unidos anualmente se gastan 30 billones de dólares en publicidad. Los niños están expuestos a más de 40000 spots publicitarios de alimentos, 70% de los cuales corresponden a dulces, cereales y comida rápida, ricos en azúcar y grasas. Por cada hora extra de televisión, un niño aumenta su consumo de alimentos publicitados en televisión en 167 k/cal diarias (Maziak, 2008). Al estar expuestos a mensajes erróneos sobre estilos de vida saludable (Procter, 2007), deciden qué, cuándo y cuánto comer (Birch, 2009), consumiendo papas fritas diariamente (Devany, 2004) y snacks que se adicionan a los tiempos de comida (Marmonier, 2000).

Los escolares que llevan colaciones y almuerzos adquiridos en el comercio consumen alimentos menos saludables. Situación similar ocurre cuando existe una oferta de alimentos amplia al interior de la escuela o en sus alrededores (Procter, 2007).

Personas que viven en condiciones de desventaja social y económica aumentan su IMC por inseguridad alimentaria, por residir en barrios que limitan la actividad física y la oferta de alimentos saludables (Maziak, 2008) y tienen una mayor venta de alimentos altamente energéticos (Reidpath, 2002). Al experimentar ansiedad, depresión y reducción de auto-control, consumen alimentos de alta densidad energética (Hruscka, 2012; Levine, 2011; Ramsey 2012) resultando en una mayor prevalencia de obesidad, sedentarismo y factores de riesgo cardiovascular (Ali, 2011).

La obesidad femenina es mayor en países con desigualdades de género y bajo nivel del Producto Interno Bruto (Wells, 2012). A nivel nacional, a mayor nivel socio-económico, menor prevalencia de obesidad, pero esta asociación es más débil en mujeres (Wells, 2012), siendo más vulnerables a la inseguridad alimentaria (Martin, 2012), desde la adolescencia, ya que niñas con inseguridad alimentaria grave presentan mayores índices de exceso de peso (Kac, 2012). Los periodos pre-gestacional, embarazo y post-parto son momentos de riesgo para obesidad (Kac, 2004)

Personas con menor nivel educativo gastan alrededor de USD \$0,30 por 1000 Kcal, los con mayor nivel educativo, gastan cinco veces más (Appelhans, 2012). Alimentos ricos en azúcares y grasas son más baratos, energéticamente más densos, proporcionan menos nutrientes y menor capacidad de saciedad. Verduras, frutas y pescado, son más caros y menos consumidos por los segmentos de bajos ingresos (Drewnowski, 2005).

A nivel mundial, el aumento del consumo de aceites, azúcares y carne, y la inactividad física serían responsables del aumento de la prevalencia de obesidad (Popkin, 2004). Si a nivel poblacional se eliminara el estilo de vida sedentario y el consumo de comida “chatarra”, la prevalencia de obesidad se reducirá en un 31% (Banwell, 2009).

El procesamiento de alimentos ha cambiado los patrones alimentarios a través de mayor consumo de azúcares y grasas utilizados en la producción de productos de panadería y bebidas (Bowman, 2002; Prentice, 2003). El aumento del tamaño de las porciones de los alimentos envasados (Young, 2002) y la incapacidad de los consumidores de reconocer que muchos alimentos envasados contienen porciones múltiples, agravan el problema (Pelletier, 2004).

### 3. LA OBESIDAD Y SU RELEVANCIA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

En los últimos años se ha reconocido la complejidad causal de la obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles (OMS, 2011), y frente al aumento de la prevalencia de estas enfermedades, los países han realizado una serie de reuniones y declaraciones con el fin de llegar a acuerdos sobre la necesidad de realizar acciones para disminuir el acelerado incremento de estas patologías a nivel mundial. Entre ellas se deben mencionar:

1. Resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles (OMS, 2008); así como el compromiso de los Estados Miembros en la implementación del Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles; el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (OMS, 2003); la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (OMS, 2004); las estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010);
2. Resoluciones aprobadas por la Organización Panamericana de la Salud sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: CSP26.R15, Respuesta de Salud Pública a las Enfermedades Crónicas (OPS, 2006); CD42/11, Enfermedades cardiovasculares, en especial la hipertensión arterial (OPS, 2000); CD47/17, Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluyendo el Régimen Alimentario, las Actividad Física y la Salud (OPS, 2006); CD47/18, Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Nutrición en la Salud y el Desarrollo, 2006-2015 (OPS, 2006); CD48/6, Estrategia y Plan de Acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cérvico-uterino (OPS, 2008);
3. Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 64/265, del 20 de mayo de 2010, en la que se convoca a una reunión de alto nivel de la Asamblea General para septiembre de 2011, con la participación de Jefes de Estado y de Gobierno, sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (UN, 2010);
4. Declaración de los Jefes de Estado y de Gobierno de la Comunidad del Caribe, titulada “Declaración de Puerto España: Unidos para detener la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles”, aprobada septiembre de 2007 (CARICOM, 2007); Declaración de St. Ann, de los Ministros de Agricultura de CARICOM, titulada “Implementing Agriculture and Food Policies to prevent Obesity and Non-Communicable Diseases (NCDs) in the Caribbean Community (CARICOM; 2007);
5. Estrategia MERCOSUR de Nutrición para la Salud de Seguridad Alimentaria y Nutricional (MERCOSUR, 2008);
6. Declaración de los Jefes de Gobierno del Commonwealth sobre medidas para luchar contra las enfermedades no transmisibles, aprobada en noviembre de 2009 (Commonwealth, 2009);
7. Reunión Ministerial México sobre las ECNT y obesidad llevada a cabo en febrero 2011 y la declaración firmada (Reunión Ministerial, México 2011).

8. Iniciativa de la Federación Rusa, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, de organizar la Conferencia Ministerial Internacional sobre Estilos de Vida Saludables y Control de las Enfermedades No Transmisibles, en Moscú en abril de 2011 (OMS, 2011);
9. Sugerencias y conclusiones de la I Conferencia Panamericana contra la Obesidad, Aruba, Junio 2011 (Aruba, 2011).
10. Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 65/238 sobre el alcance, modalidades, formato y organización de la reunión de alto nivel señalada (UN, 2011);
11. Sugerencias y conclusiones de la II Conferencia Panamericana contra la Obesidad, Aruba, Junio 2012 (Aruba, 2012).
12. Sugerencias y conclusiones de la 16° Reunión Inter Americana de Ministerios de Salud y Agricultura (RIMSA, 2012).
13. Estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles: A65/8 (OMS, 2012).
14. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2015 de la Organización Panamericana de la Salud, en la cual se pone énfasis en la nueva propuesta de Estrategia y Plan de Acción contra las ECNT, en los cuatro tipos de enfermedades (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) y los cuatro factores de riesgo (tabaquismo, régimen alimentario poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol) identificados por la OMS y las Naciones Unidas (Naciones Unidas) como los que causan la mayor carga. También se incluye la obesidad, porque es un considerable problema de salud pública que agrava la carga de enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas, que, entre las seis regiones de la OMS, es la que presenta un mayor problema de obesidad (OPS, 2012).

### **Acciones desarrolladas por los países**

1. En Chile la Ley 20606, sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad, fue aprobada durante el 2012, que brinda un marco jurídico para prevenir la obesidad a nivel población. En ella, se contemplan acciones que dice relación con el etiquetado y rotulado de los alimentos, poniendo énfasis en aquellos con alto contenido de azúcares, grasas saturadas, sodio y energía. Así también, estimula la incorporación de actividad física y deporte en los establecimientos educacionales, con el objetivo de estimular los hábitos de vida saludable en los estudiantes. Asimismo, se prohíbe la publicidad de alimentos a menores de 14 años, así como el uso de ganchos comerciales y se destaca que el etiquetado de los sucedáneos de leche materna debe destacar la superioridad de la leche materna (Chile, 2012).
2. En el año 2011 se implementó Elige Vivir Sano. Es una política pública intersectorial de la Presidencia de la República que encabeza la Primera Dama de la Nación y que busca desarrollar hábitos y estilos de vida saludable en las personas y familias, para la reducción de factores y conductas de riesgo que producen las enfermedades crónicas no trasmisibles. Tiene dos objetivos

concretos: promover una alimentación saludable y la actividad física. Asimismo fomenta dos factores protectores: disfrutar en familia y vivir al aire libre. Forma parte de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 y tiene como cometido coordinar a todos los ministerios y servicios públicos que diseñan o ejecutan políticas, planes, programas y normas que promueven hábitos saludables y fomentan la reducción factores y conductas de riesgo, como la obesidad infantil.

3. Aprobación de regulaciones estatutarias en Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, México, Perú y Uruguay para controlar el incremento de la prevalencia de obesidad. Ellas han estado enfocadas básicamente a promover alimentación saludable en las escuelas, prohibiendo la venta de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sodio. Así como mejorando la oferta de alimentos saludables.
4. En MERCOSUR se inicia una propuesta de cooperación entre Brasil, Uruguay, Paraguay y Argentina para prevenir la obesidad a través de la regulación de la comercialización de alimentos y bebestibles para niños.
5. El Parlamento Latinoamericano (PARLATINO), compuesto por Parlamentarios de Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, República Dominicana, Perú, Uruguay y Venezuela, ha promovido una propuesta de marco jurídico no vinculante que regule la publicidad y promoción de alimentos y bebida no alcohólica dirigida a los niños, niñas y adolescentes.
6. Declaración de la Ciudad de México, donde se promueve el uso de legislación, normas y políticas públicas para detener la obesidad y promover alimentación saludable entre los niños de Latinoamérica. Ciudad de México, 26 de noviembre del 2012 (México, 2012).

---

# PRESENTACIÓN DE EXPERIENCIAS EXITOSAS

## **1. OBESIDAD Y POBREZA**

Dr. Manuel Peña, Organización Panamericana de la Salud.

La obesidad es un problema grave tanto en países desarrollados como aquellos en desarrollo. Se ha duplicado desde 1980, en el año 2008 se estimó que la población >20 años que tiene sobrepeso alcanza los 1.500 millones y 500 millones son obesos. Este problema es crítico en la población pobre y en mujeres y entre los efectos que produce a nivel poblacional se encuentra que causa muertes prematuramente y genera discapacidades. La obesidad es a la vez, una enfermedad y un factor de riesgo para las ECNT y no existen tratamientos exitosos sostenibles.

Entre los factores que han influido fuertemente en el aumento de la obesidad se encuentran modificaciones en el patrón alimentario, traducidos en una declinación de la lactancia materna exclusiva, una pobre alimentación infantil y un aumento, sin precedentes, en el consumo de alimentos procesados. Estos cambios se asocian a su vez, a modificaciones de los sistemas agroalimentarios, al desarrollo de la industria alimentaria sin considerar las necesidades nutricionales y sus efectos sobre la salud, a los tratados de libre comercio que no han considerado las necesidades alimentarias de la población y a la publicidad sin regulación que imperan hoy.

Se han planteado diversos enfoques para prevenir la obesidad. Entre ellos, podemos distinguir un enfoque que centra la responsabilidad al propio individuo, concentrando los esfuerzos en educarlo para que tenga más herramientas al momento de seleccionar su “estilo de vida”. Otro de los enfoques considera la modificación de los ambientes a nivel local y nacional que faciliten la práctica conductas saludables y a su vez no promuevan las no saludables con un fuerte componente de responsabilidad del Estado y estableciendo políticas públicas que disminuyan las brechas en los determinantes sociales de la salud.

Cómo crítica al primer modelo se plantea que, promover cambios en el estilo de vida de los individuos es insuficiente al no considerar el contexto en el que viven, la educación nutricional debe ser considerada en articulación con otras acciones para aumentar su efectividad, como son la disponibilidad, acceso y cultura alimentaria, por solo mencionar algunas. Por otro lado, la autorregulación no ha mostrado ser efectiva en la disminución de la prevalencia de obesidad. Además, se debe considerar que el Estado tiene como función proteger a su población, por lo que se vuelve necesario que observe cuidadosamente los efectos sobre la salud de los “alimentos procesados”.

Frente a esta situación, se considera necesario adoptar las cinco Acciones Prioritarias enunciadas por Olivier De Schutter en abril del 2012, para abordar el componente nutrición de la epidemia de obesidad, en el marco de los Derechos Humanos. Estas acciones son: 1. Gravar impuestos a alimentos no saludables; 2. Establecer regulaciones legales a alimentos ricos en grasas saturadas, sal y azúcar; 3. Prohibir / restringir publicidad de “alimentos no saludables”, especialmente a niños; 4. Revisar los

subsidios a determinados productos agrícolas; 5. Estimular y apoyar la producción local de alimentos para que los consumidores tengan acceso a alimentos nutritivos, frescos y saludables.

Así también se reconoce que es necesario avanzar en la prevención primordial, que va dirigida a actuar sobre los determinantes sociales de la salud si se quiere tener éxito sostenible en la disminución de la prevalencia e incidencia de obesidad a nivel global.

## **2. FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA POBLACIÓN: ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA?**

Dr. Attilio Rigotti, Pontificia Universidad Católica de Chile

La prevención efectuada mediante el desarrollo de hábitos de vida saludable constituye una herramienta muy importante para el control de las enfermedades crónicas, y se basa fundamentalmente en el fomento de tres pilares básicos: alimentación saludable, actividad física regular y desincentivo del hábito tabáquico.

Las estrategias de prevención de enfermedades crónicas se pueden aplicar a nivel individual o poblacional. En la aproximación individual, se establecen intervenciones específicas que tiene una menor cobertura, con una baja sustentabilidad en el tiempo y alto costo. El enfrentamiento poblacional se basa en intervenciones más generales, que alcanzan una mayor cobertura, tienen alta sustentabilidad en el tiempo y una relación costo-beneficio más favorable. Entre los ámbitos de acción de las estrategias promocionales de hábitos saludables a nivel poblacional se encuentran: campañas masivas de información y educación; información e indicaciones a usuarios; subsidios, impuestos y otras medidas económicas; intervenciones centradas en colegios y trabajo; cambios en ambientes locales y mandatos y restricciones.

La evidencia científica para estrategias poblacionales que han mostrado ser favorables para la promoción de una dieta saludable corresponden a campañas específicas y sostenidas para el consumo de alimentos saludables o como intervención integral y multifactorial de factores de protectores de la salud, así como también el uso del etiquetado nutricional de alimentos para la regulación de la industria e información al consumidor.

En el contexto de las medidas económicas, se ha reportado beneficio subsidios a precios de alimentos saludables, impuestos a precios de alimentos no saludables y el subsidio a infraestructura agrícola para la producción, el transporte y la comercialización de alimentos saludables. En colegios, los programas integrales y multifactoriales, donde la enseñanza y práctica de cultivo de frutas y verduras dentro de la actividad escolar y los programas para el consumo y acceso a frutas y verduras dentro de horario escolar también han sido acciones positivas. En el espacio laboral, los programas de bienestar integral y multifactorial que informan y educan a los trabajadores y el acceso a alimentos saludables en máquinas vendedoras, cafeterías y casinos también han mostrado un grado de efectividad.

La promoción de hábitos saludables a nivel poblacional para la prevención de las enfermedades crónicas debe utilizar la evidencia científica como marco de referencia para los responsables políticos, la comunidad y otras partes interesadas en el diseño, la implementación y la evaluación de políticas públicas dirigidas a generar cambios en el estilo de vida que permitan mejorar la salud de la población.

### **3. NECESIDAD DE ACCIÓN CONJUNTA CONTRA LA OBESIDAD INFANTIL. EXPERIENCIA DE LA UNIÓN EUROPEA**

Dr. Luis A. Moreno, Universidad de Zaragoza.

Se han realizado diversas intervenciones a nivel mundial para prevenir obesidad infantil. El foco primordial de las intervenciones es dieta, actividad física y ambas acciones en conjunto. Los diversos estudios europeos han mostrado resultados discretos, en que la mayoría no logró disminuir el índice de masa corporal ni la prevalencia de obesidad de la población objetivo, a pesar que sí se observó una disminución en la masa grasa.

El cambio en el IMC de los grupos intervenidos es importante, pero también existen otros indicadores relevantes, tales como el perímetro de cintura, grasa corporal total, entre otros. A pesar que no se modifique el IMC en grupos intervenidos, se debe incorporar otros indicadores que permitan mostrar otros cambios favorables en los grupos que participan en programas.

Los estudios efectuados en escolares sugieren que las intervenciones que combinan dieta y actividad física ayudan a prevenir la obesidad infantil en el largo plazo, intervención que es especialmente relevante en adolescentes y niñas en escuelas primarias.

También se están realizando otras intervenciones multinivel, y con múltiples focos de estrategias de intervención en diversos países de la Unión Europea como es la iniciativa EPODE y el estudio IDEFICS, que incorporan una gran cantidad de personas beneficiarias en las intervenciones, no obstante aún no se puede evaluar el efecto que estas intervenciones tienen sobre la población.

Las intervenciones que modifican factores ambientales, psicológicos y sociales deberían ser más efectivas. Un estudio epidemiológico para comprender y prevenir obesidad y las alteraciones asociadas se realizó en varios países de Europa. Se seleccionó la temática de nutrición, actividad física y estrés. Los niveles de esta intervención fueron escuelas y la comunidad, se construyeron alianzas, y también hubo focalización en minorías de la población.

Por otra parte, Epoke es una metodología orientada a prevenir la obesidad infantil a nivel comunitario. Actualmente hay más de 500 comunidades participando en el proyecto, los grupos objetivos son niños de 0 a 12 años, sus familias y actores que pueden influenciar en establecimientos escolares, entornos de alimentación y actividad física, políticas económicas y normas socioculturales. Algunos ejemplos de acciones locales concretas de esta metodología, son la redistribución de patios de recreo en establecimientos educacionales, “buses escolares peatonales”, huertos escolares, entre otros.

Una de los aspectos más importantes en marketing social es la focalización de intervenciones a un grupo específico, incorporando diferencias de género, edad, entre otras características lo que permite estimular cambios de conductas beneficiosos para la salud. Existe una gran brecha entre lo que se ha estudiado en términos de mejorar el estilo de vida y no su efecto a nivel epidemiológico, lo cual constituye un desafío real. Los estilos de vida saludable pueden constituir un círculo virtuoso que impactaría en mejorar indicadores sanitarios. Sin embargo, es necesario incorporar el modelo ecológico en acciones o programas para combatir la obesidad y así considerar condicionantes de vida duros.

Una reflexión epidemiológica importante es la de la Finlandia, debido a que después de varios años de acciones orientadas a reducir factores de riesgo, ha permitido que las cifras de muerte de ese país sean similares a las que Chile presenta actualmente. Por lo que copiar simplemente modelos exitosos de otros países sin ningún análisis no es apropiado.

Las conclusiones y recomendaciones generales que se hacen a partir de las experiencias en Europa son: Las bebidas azucaradas aportan una cantidad significativa de energía. Se debería promocionar el consumo de agua como la principal fuente de líquidos para niños. Los niños deberían tomar al menos cuatro comidas, incluyendo el desayuno todos los días. Se debería promover las comidas con toda la familia. Se debería evitar la comida rápida, con porciones de alimentos grandes y elevada densidad energética. Se debería promover las opciones de alimentos saludables para las tomas entre comidas. Las porciones de alimentos deberían ser adecuadas para la edad y el tamaño del niño. El inicio de una alimentación saludable desde la niñez es fundamental para prevenir la obesidad. La extensión por ley del período postnatal de la madre y potenciarla desde el período del embarazo es muy positivo para fomentar y proteger la lactancia materna, en conjunto con los hospitales amigos del niño.

#### **4. ELIGE VIVIR SANO EN CHILE.**

Pauline Kantor, Programa Elige Vivir Sano.

“Elige Vivir Sano” es una política del Gobierno de Chile, implementada desde el año 2011, que tiene como objetivo contribuir a la instalación de prácticas de vida saludable en toda la población, con el fin de disminuir los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles. Cuenta con cuatro pilares: come sano, mueve tu cuerpo, vive al aire libre y disfruta a tu familia. Sus líneas de acción son la construcción de una política pública, la alianza público privada, el marketing social con foco en la concientización de la población y las actividades en terreno. La gestión contempla los ejes transversales de participación ciudadana y descentralización.

Por sus características, es un complemento de la Estrategia Nacional de Salud 2010-2020 que busca incidir en la reducción de la obesidad y en el aumento de factores protectores en la población chilena. Estrategia que promueve, entre otros objetivos, disminuir en 10% la prevalencia de la obesidad infantil, aumentar la prevalencia en 20% de factores protectores, aumentar en 30% la prevalencia de actividad física en jóvenes o incrementar en 20% las comunas con áreas verdes.

A la fecha, Elige Vivir Sano ha informado a la población general acerca de sus pilares fundamentales, ha educado en hábitos saludables como alimentación sana y actividad física, ha buscado mayor institucionalidad de sus propias acciones a través del proyecto de ley que crea el Sistema Elige Vivir Sano, y ha apoyado, articulado y coordinado diversos planes, políticas y programas interministeriales, entre ellos, Elige Vivir Sano en tu plaza en conjunto con SUBDERE, el Tour IND-EVS en todo Chile que ha beneficiado a más de 160 mil personas, el Fondo I.D.E.A. vivir sano de FOSIS para los sectores más vulnerables del país con énfasis en hábitos más saludables o el Programa de Alimentación Educativa del Ministerio de Educación que busca contribuir a la reducción y adecuación de porciones y la cantidad de nutrientes no saludables en la alimentación escolar.



Por su naturaleza social y transversal, Elige Vivir Sano apunta a lograr mayor equidad, menor desigualdad y estimula el desarrollo en los sectores más vulnerables, puesto que el rol del Estado es disponer herramientas, oportunidades y entornos que fomenten hábitos más saludables de la mano de una política preventiva multisectorial que aborde este tema con una mirada sistémica y con visión de futuro.

Entre los resultados más destacados del Elige Vivir Sano se puede mencionar que ha llegado directamente a más de 2 millones de personas de diversos sectores de la sociedad por medio de cinco campañas nacionales en medios de comunicación masivos en sus dos años de existencia; ha contribuido a la concientización del 83% de la población respecto de estos temas. Por otro lado, el 80% de los chilenos considera que Elige Vivir Sano es bueno o muy bueno y el 40% de las personas que declararon haber tenido alguna relación con Elige Vivir Sano dicen haber cambiado al menos un hábito (Encuesta EVS 2012). Además, se puede mencionar que entre el año 2009 y 2012 el sedentarismo en Chile se redujo en 3,7 puntos. Esto significa que 500 mil chilenos que antes no realizaban actividad física, hoy la practican tres o más veces por semanas, por un mínimo de 30 minutos cada vez.

#### **5. PROGRAMA 5 PASOS POR TU SALUD.**

Dr. Armando Barriguete, México.

El programa consiste en promover 5 acciones o consejos llamados Actívate, Toma agua, Come frutas y verduras, Mídete, Comparte con familia y amigos. Los entornos donde se promueven estos pasos son escuelas, trabajo, parque y estadio, familia y municipio.

Desde el período 2009 al 2011 han participado 32 estados, los que han financiado las actividades del programa según su realidad local, siendo 12,8 millones las personas beneficiadas. Los estados que han evaluado son 29 y reportan que una mayor proporción de beneficiarios han realizado actividades del programa en el parque, estadio y familia y en actividades que promueven la actividad física, beber agua y medirse. Algunas actividades que se han realizado son la organización de congresos, alianzas de 5 Pasos con instituciones gubernamentales y no gubernamentales, presencia en medios de comunicación masiva, involucramiento de universidades y presencia internacional en CDC y 8 países interesados en este programa.

Entre las conclusiones del programa se destaca que para promover actividad física se requiere de profesionales con especialización para poder implementar acciones y programas. Con relación al Programa 5 Pasos para tu Salud, “Actívate” fue el que presentó mayor acogida para el comienzo de su implementación en los estados donde se realizó. Muchos estados no deseaban aplicar evaluaciones a las actividades, sino que sólo implementar el programa.

**6. LA NUEVA ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA SALUD INTEGRAL EN LA NIÑEZ: ACCIÓN PARA LAS AMÉRICAS.**  
Dr. Christopher Drasbek. Organización Panamericana de la Salud.

En América Latina y el Caribe en el 2010 habían 3,7 millones niños < 5 años sobrepeso y obesos (prevalencia de 6,9%). La prevalencia de sobrepeso en los adolescentes es desde 14 a 36,9% y obesidad es desde 2,2 a 17,7%. Si las tendencias actuales siguen para el 2020 habrá una prevalencia de 7,2% de sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años y una 10% prevalencia de desnutrición crónica en los niños preescolares

Los objetivos de la estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez para el período 2012-2017, son aumentar la cobertura de intervenciones eficaces para promover el desarrollo óptimo de niños y niñas, crear entornos sociales y físicos que promuevan la buena salud y desarrollo y fortalecer la respuesta de los sistemas de salud y la colaboración entre gobiernos, instituciones y sectores. A su vez, la meta es lograr una buena calidad de vida libre de las enfermedades prevenibles de una manera consistente con la Convención de los Derechos de los Niños.

La estrategia está orientada a apoyar a los Estados Miembros en la elaboración de políticas de protección social, planes y leyes nacionales para niños, mujeres y sus familias y fortalecer un paquete integrado de salud y servicios sociales, tales como nutrición, salud mental y ambiental, prevención de las enfermedades más prevalentes, obesidad y violencia, entre otros. También se contempla desarrollar una cartera de intervenciones basadas en la evidencia costo efectivas, relacionadas con atención primaria de salud con un enfoque de género, equidad e intercultural. El enfoque técnico de las acciones estratégicas propuestas considera el perfil de cada nación.

Para ello, se desarrollarán diversas acciones estratégicas que comprenden: 1. Desarrollo de políticas multisectoriales armonizadas, planes nacionales y leyes para mejorar y proteger la salud de la infancia, sus derechos y su desarrollo; 2. Fortalecer los sistemas y redes de servicios de salud integrados, e intervenciones en comunidades mediante estrategias alternativas de prestación de servicios; 3. Construir las competencias en el personal de salud que incluye la formación en pre-y post grado y a nivel individual, familiar y comunitario con un enfoque de atención primaria, género, etnicidad y derechos y 4. Fortalecer los sistemas de información sanitaria y mejorar los conocimientos de la eficacia de las intervenciones.

Es necesario guiar la elaboración de políticas y programas integrados para el tema de obesidad infantil dentro de un enfoque multi-sectorial, identificar sinergias y acciones con otras agencias, iniciativas y estrategias para la prevención de la obesidad en niños dentro del curso de vida saludable, Implementar acciones del Grupo de Trabajo de la OPS sobre la Obesidad en Niños y Adolescentes– Renovando la promesa para reducir la inequidad en salud reproductiva, materna e infantil en la Ciudad de Panamá, Panamá - donde el tema de obesidad será discutido y, finalmente coordinar con otras estrategias y planes regionales de acciones para combatir la obesidad.

## **7. PROGRAMA “FIFA 11 POR LA SALUD” COLOMBIA.**

Dra. Erika Ruiz, FIFA-Colombia.

FIFA desarrolló una intervención a nivel de comunidades con el objetivo de mejorar el conocimiento, las actitudes y el comportamiento que los niños y niñas entre 10 y 12 años tienen acerca de las enfermedades y la salud.

Para ello, utiliza una metodología estándar de implementación en los países que considera capacitación de coordinador nacional y docentes, evaluación previa del conocimiento, sesiones en el campo, evaluación posterior de conocimiento y análisis de resultado.

En Colombia se realiza el estudio piloto “FIFA 11 por la salud” en 4 ciudades de Colombia. En los años 2011 al 2012 han participado 766 estudiantes pertenecientes a 11 colegios con un costo de \$55,000. Para la coordinación del estudio participaron expertos de los Ministerios de Salud, Educación, Cultura y Coldeportes, la Universidad de Los Andes como representante académico y la casa editorial El Tiempo como representantes de medios. La herramienta del programa es el fútbol por su rol unificador. Los contenidos se abordan en 11 sesiones de 2 tiempos de 45 minutos: Juega Fútbol y Juega Limpio. Jugadores famosos a nivel mundial han participado en difundir mensajes educativos.

Durante la fase de implementación se realizó la capacitación del Coordinador Nacional y a docentes y se realizó una evaluación de conocimientos previa al programa y posterior al programa. Los resultados arrojaron que hubo cambios positivos de conocimientos. Destacan principalmente la protección contra el VIH/SIDA, control del peso, lavado de manos, consumo de agua potable, dieta balanceada, vacunarse y tomar las medicinas prescritas. Las lecciones aprendidas a la fecha son la importancia de generar alianzas estratégicas antes del estudio piloto para obtener recursos y darle sustentabilidad, definir previamente el plan de acción, selección apropiada de colegios que cumpla con los requerimientos mínimos para poder participar. La elección de docentes e instructores debe corresponder a un perfil adecuado y debe existir una adaptación local del programa, respetando la esencia de la metodología y el diseño. El seguimiento y la comunicación permanente son parte del proceso de mejora continua.

## **8. EXPERIENCIAS AUSTRALIANAS DE PREVENCIÓN BASADAS EN LA COMUNIDAD.**

Dr. Steven Allender, Universidad de Deakin.

Se han realizado diversas intervenciones de base comunitaria para prevenir la obesidad en Australia. Estas estrategias de prevención han sido implementadas por el Centro Colaborador de OMS para la Prevención de la Obesidad Infantil, siendo el incremento en las capacidades de la comunidad el objetivo final de la estrategia de intervención. Las intervenciones han incluido un proceso de priorización que unen el nivel actual de la comunidad para cambiar y la implementación de intervenciones efectivas basadas en evidencia.

Muchos de estos estudios han demostrado a nivel mundial la efectividad de la prevención de la obesidad en niños menores de 5 años, de 5 a 12 años y de 13 a 18 años. El aumento de las capacidades comunitarias ha sido el elemento crucial del éxito.

En escuelas u otros establecimientos, se ha generado un cambio a través de procesos sistematizados y con la ayuda de líderes claves al visualizar un avance desde un sistema actual a otro con mejores prácticas. Con el fin de otorgar soluciones complejas a problemas complejos, como lo es la obesidad. Al respecto es fundamental que la comunidad se incorpore, desarrollando empoderamiento local y exista compromiso de las partes involucradas del sistema durante todo el proceso, así como también la generación de intervenciones específicas para su contexto.

En Victoria, se aplica un enfoque de sistema para la prevención de enfermedades crónicas, con foco en reducir obesidad y fomentar una alimentación saludable, actividad física regular en escuelas, lugares de trabajo y comunidades. Este modelo reúne diversos actores y comunidades. Para construir un “sistema de prevención” se reúnen los esfuerzos en bases sólidas correspondientes a la fuerza laboral, información, financiamiento, liderazgo y asociaciones. Este enfoque se focaliza en apoyar las localidades gubernamentales locales y agencias comunitarias de salud para asociarse a través de redes locales. La evaluación adopta un lugar clave en este modelo, ya que se establece infraestructura para dar seguimiento y evaluar el progreso de componentes claves de las asociaciones.

Como conclusión se puede plantear que la aproximación basada en la comunidad ha demostrado ser efectiva en la prevención de la obesidad en diversos lugares de Australia. Un esfuerzo más reciente incluye aplicar las lecciones aprendidas a escala, con la intención de impactar en una población más grande. De particular interés es la aproximación “Healthy Together Communities” de Victoria, la cual incluye la aplicación de sistemas a la prevención de la obesidad a nivel estatal.

### **9. TRANSPORTE Y RECREACIÓN EN BOGOTÁ: AVANCES Y DESAFÍOS.**

Dr. Fernando Gómez, Pontificia Universidad Javeriana.

Desde los últimos años se ha generado una creciente evidencia acerca del potencial impacto que tienen los ambientes urbanos en los patrones de actividad física y salud. Las acciones generadas en esta área trasciende el enfoque centrado en el individuo, permitiendo un alcance poblacional.

En Bogotá se han llevado a cabo varias iniciativas urbanas vinculadas con el transporte y la recreación activa, cuya principal motivación política y social fue incrementar la movilidad urbana y calidad de vida, y entre las que se destacan las siguientes: programa de Ciclovías recreativas, incremento de las áreas públicas de parques y promoción de la bicicleta como medio de transporte.

El programa de Ciclovía Recreativa consiste en el uso exclusivo para caminantes y ciclistas de 121 kilómetros de avenidas y calles, que son restringidas para el tránsito automotor los días domingos y festivos. El programa ha mostrado tener un importante impacto en la actividad física recreativa de los bogotanos. Desafortunadamente, el Distrito Capital firmó un convenio con Coca Cola en 2011 para

instalar puntos de hidratación, que derivó en un gran despliegue publicitario incentivando el consumo de bebidas azucaradas.

Durante el periodo de 1997 a 2003, la ciudad incrementó el área pública de parques de 2,5 a 4,3 metros por habitante. Si bien este esfuerzo ha sido significativo, existe una profunda inequidad ambiental en este indicador, con un valor significativamente menor en áreas de estrato socioeconómico bajo, caracterizados por su informalidad urbana y la baja disponibilidad de espacio público.

Adicionalmente, Bogotá cuenta con la red de ciclorutas más extensa en América Latina, lo cual le ha permitido incrementar el uso de bicicleta como medio de transporte. Sin embargo, surge el desafío de mejorar las condiciones de seguridad vial del ciclista, disminuir el robo de bicicletas, rediseñar tramos de ciclorutas que actualmente generan conflictos con los peatones y ampliar la participación de mujeres y de personas de diferentes posiciones socio-económicas y niveles de condición física.

Se concluye que la promoción del transporte activo y actividad física recreativa en el contexto urbano de Bogotá, exige cambios estructurales que permitan el mantenimiento y ampliación de estas iniciativas.

**10. PEÑALOLÉN: ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE OBESIDAD INFANTIL-PROYECTO COLEGIO SALUDABLE.**  
Srta. Ana María Gutiérrez, Ilustre Municipalidad de Peñalolén.

Los objetivos de este programa son contribuir a la disminución de la obesidad y sobrepeso mejorando las cifras de normalidad en niños de pre-kínder a 4to básico de la Comuna de Peñalolén y fomentar estilos de vida saludable a través de intervenciones dirigidas al desarrollo de actividad física regular y fomento de una alimentación equilibrada.

La estrategia de intervención corresponde a la incorporación de tres horas semanales de educación física, sesiones de alimentación saludable y restricción de la venta de comida chatarra fuera y dentro de los colegios por ordenanza Municipal.

Al año 2012; el 100% de los cursos cuentan con 3 horas semanales de educación física y el 76% de los colegios desarrolla recreos entretenidos. Los kioscos escolares cuentan con una oferta del 50% de alimentos saludables y se logró limitar la venta de comida chatarra fuera de los colegios municipales, luego de la aprobación de la ordenanza municipal. El año 2011, se observó una disminución de la obesidad en 3,4 puntos porcentuales (de 25,4% a 22%) con lo cual OPS, en su “Tercer Concurso Ibero-Americano de Buenas Prácticas de Promoción de Salud en el ámbito Escolar” reconoció al Proyecto con el Premio Internacional al Trabajo para la prevención de ECNTs.

La sustentabilidad de una intervención de esta índole se ha dado gracias al carácter institucional, intersectorial e interdisciplinario desarrollado, en donde participan seriamente los departamentos de Educación, Salud, Inspección Municipal y Deporte insertando esta estrategia en sus planes anuales de trabajo.

### **11. ESTACIÓN CENTRAL: LA ESTACIÓN MÁS SALUDABLE.**

Sr. José Lara y Gemma Álvarez, Ilustre Municipalidad de Estación Central.

El objetivo de este programa es generar espacios saludables en ambientes comunitarios y sociales, con actividades que fomenten el encuentro familiar y deportivo.

La metodología se basó en un trabajo participativo a través de reuniones periódicas con los principales actores en red intersectoriales, ámbitos comunitarios, red educativa y de trabajo. El enfoque consistió en la masificación de las actividades para lograr mayor cobertura y con miras a construir una política de promoción. Para ello fue necesario:

1. Focalizar en sectores y grupos (barrios)
2. Uso masivo de espacios públicos (Actividad Física al aire libre)
3. Integración de nuevos recursos (Infraestructura, privados)
4. Adicionar nuevos actores del sector privado: ingreso de colegios subvencionados vulnerables, empresas, Fundaciones, etc.
5. Continuación del trabajo participativo en red (comités intersectoriales) en ámbitos comunitarios (mesa Vida Chile), Red Educativa (Comisión Mixta) y Red de Trabajo con instituciones del mundo privado (fundaciones)
6. Reuniones periódicas con los principales actores
7. Masificación de las actividades para buscar mayores coberturas y enfoques (con miras a construir política de promoción con el aporte de todos).

Los principales logros consistieron en la habilitación de infraestructura y su uso masivo con gran diversidad de actividades. En la actualidad, Estación Central invierte \$1.696 (USD 3,6) por persona al año en talleres deportivos, en un año, el municipio gestionó \$46.000 (USD 97) en infraestructura por persona, lo que representa que el gasto en deportes es un 12% del gasto social municipal y anualmente se beneficia a 37 mil personas. En dos años se ha duplicado la oferta deportiva y presenta el menor índice de sobrepeso en infantes de la Región Metropolitana (27%).

Como conclusiones se puede plantear que el éxito de esta experiencia consiste en sumar una estrategia coordinada de planificación, generar espacios y apoyar la implementación de ellos con miras a realizar actividades masivas en esos espacios es la clave, así mismo, al integrar la estrategia coordinadamente con programas supra comunales, ayuda a obtener financiamientos, integrar a los espacios educativos en el accionar municipal en Deportes y sumar al mundo privado (como Fundaciones), potencia el accionar municipal. El desafío se encuentra en implementar reglamentaciones municipales en la promoción de salud en espacios públicos y privados, coordinar con Mercados de Barrio (Ferias Libres) para generar acciones conjuntas de fomento a la Alimentación Más Saludable, potenciar la participación de escolares, en la generación de políticas y acciones que promuevan la vida sana (Concurso de Afiches del daño del consumo de Tabaco, cortometraje con actores escolares, obras de teatro saludables, etc. y generar de agentes saludables (líderes) en ambientes laborales y educacionales.

**12. PADRE HURTADO. INTERVENCIÓN EN OBESIDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN PROGRAMA VIDA SANA.**  
Sr. Rodrigo Espinoza, Alejandra Robinson, Caroll Bergenfreid, Gisela Torres. Ilustre Municipalidad de Padre Hurtado.

Se implementó una estrategia de intervención en personas con condiciones de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, en la Atención Primaria de Salud. Esta intervención incorporó adultos y niños y en los niños, el objetivo de programa fue mejorar en niños y niñas entre 6 y 19 años la relación Z Score de IMC, perímetro de cintura (PC) y la condición física en términos de capacidad muscular y aeróbica. Los grupos en estudio fueron de 66 niños entre 6 y 11 años y 50 niños entre 2 y 12 años en el 2011 y 2012, respectivamente

La intervención consistió en Intervenciones individuales de 4 meses de duración. Éstas se dividían en 5 consultas individuales: 1 Por médico; 2 Por nutricionista: Ingreso y término más 3 controles tardíos individuales por Nutricionista al 6, 9 y 12 mes) dirigido a Educación nutricional; 2 Por Psicólogo, una para padre, madre o tutor y una para el niño (a), enfocado en herramientas sociales.

También se consideraban intervenciones grupales consistentes en 10 sesiones: 5 Sesiones por Nutricionista y 5 Sesiones por Psicólogo, además de 40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor/a de educación física terapeuta en actividad física y salud, kinesiólogo/a o derivación al gimnasio.

El Programa de actividad física incluye 40 sesiones de actividad física guiada por personal capacitado: profesor de educación física, kinesiólogo o terapeuta en actividad física y salud. Deben ser distribuidas como mínimo 2 veces por semana, idealmente 3 veces por semana en coordinación con las otras actividades del programa, con una duración no menor a 60 minutos, idealmente 90 minutos, completando por semana 3 horas de actividad física dirigida en grupos idealmente de 4 a 6 personas.

Al inicio de la intervención los niños se encontraban con IMC en percentil 95 y con perímetro de cintura en p90 según NHANES III, además de al menos un factor de riesgo cardiovascular. Posterior a la intervención se observó que el 38,85% de los pacientes intervenidos disminuyen su IMC, el 35,78% de los niños intervenidos baja sus valores de IMC, mientras que un 27% de los niños de ambos grupos redujeron perímetro de cintura. Al final de la intervención, un 18% de los niños obesos al inicio de la intervención, dejan esa condición al finalizar la intervención. También se observó una mejoría de diversos parámetros al finalizar la intervención, como es la reducción a menos de la mitad del número de pacientes con glicemia, presión arterial y colesterol elevados y mala condición física.

Como conclusiones se plantea que el programa es exitoso en mostrar reducciones significativas en los pacientes tratados, estos beneficios incluyen una reducción en las prevalencias de obesidad de la población tratada.

### **13. IMPORTANCIA DE LA REGULACIÓN PARA FRENAR LA EPIDEMIA DE LA OBESIDAD.**

Dr. Enrique Jacoby. Organización Panamericana de la Salud.

La alta prevalencia de la obesidad es un problema sistémico y por lo tanto se requiere de soluciones sistémicas frenarla. En las Américas, en promedio, 25% de los niños en edad escolar tienen sobrepeso y más del 50% de los adultos, en algunos países esas tasas son de 30% y 70% respectivamente, caso de EEUU y México.

Los alimentos procesados –con elevada cantidad de azúcar, grasas, sal y numerosos químicos, aditivos y saborizantes— producen muchas enfermedades crónicas y además son tóxicos. Se trata de productos formulados en laboratorios con ingredientes baratos y sin valor nutricional, pero que tienen máxima palatabilidad y además son publicitados agresivamente. También es importante enfatizar que muchos de los productos procesados y especialmente los que tienen azúcar se ha demostrado que generan adicción.

Finalmente, los productos procesados son ubicuos en la sociedad y tienen alta penetración en los mercados del sur global que es donde hoy crecen con gran éxito comercial ya que los mercados del norte están alcanzando su nivel de saturación. Pero además, esa penetración comercial termina desplazando la cultura culinaria de países, regiones y localidades.

La autorregulación de la industria alimentaria no ha generado mejoras en la calidad de sus productos y menos aún, en reducir la publicidad dirigida a niños, como lo prometieron a la OMS cuando se aprobó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en el 2004. La regulación de los productos procesados debe ocurrir en el nivel de la política pública y ser efectiva en introducir controles en accesibilidad, imagen (marketing) y precio. Esta estrategia ha sido exitosa en tabaco, es usada en control del consumo de alcohol y debe empezar a utilizarse para controlar la “comida chatarra.” La epidemia de la obesidad en niños es una crisis de salud pública que no podemos darnos el lujo de tratarla con medidas inefectivas. Es preciso enfrentarla con resuelto liderazgo por parte de padres y maestros como también de las autoridades, gobierno y la sociedad civil.

Hay disponible un amplio menú de políticas e intervenciones, que deben utilizarse de manera vinculante usando estándares y leyes que sean efectivos, obligatorios, transparentes y evaluables.

De manera resumida, hay cuatro aspectos claves para detener la epidemia de obesidad en la Región de Las Américas:

Primero: Liderazgo decisivo de las autoridades y Gobiernos.

Segundo: Seleccionar e implementar políticas e intervenciones que muestren resultados prometedores. Entre ellos se puede nombrar: 1. Creación de ambientes escolares donde se provea de manera permanente alimentación saludable y agua potable, prohibiendo la venta de alimentos y bebidas altas en azúcar, grasas y sal, y asegurando a nivel local y nacional que las tradiciones culinarias se enseñarán en las escuelas, 2. Proteger a los niños contra la publicidad y venta de alimentos y bebidas no saludables, es necesario que el etiquetado de los productos incluidos en el frente del paquete identifiquen



cuanta sal, azúcar y grasa contienen, alertando cuando el alimentos tenga un alto contenido en estos nutrientes, 3. Proveer incentivos que apoyen los alimentos saludables como frutas, vegetales, legumbres y granos enteros, 4. Impuestos a alimentos procesados y bebidas azucaradas, 5. Asegurar el derecho a beber agua potable, 6. Fortalecer o instalar la educación física diaria en las escuelas, 7. Implementar estrategias de educación y comunicación a nivel nacional basadas en guías alimentarias, en alianza con los medios de comunicación y los sectores de salud y educación.

Tercero: Las autoridades al interior de los países que decidan adoptar medidas concretas y duraderas para proteger a los niños de la obesidad, necesitan generar e implementar leyes y estándares que sean vinculantes, efectivas, transparentes y que puedan ser evaluadas.

Cuarto: La protección a los niños requiere apoyo político constante, así como alianzas de diversos departamentos a nivel nacional, regional y local. Una buena comprensión del problema, una capacidad técnica adecuada, sustentabilidad social y voluntad política son aspectos fundamentales para el logro de estos objetivos.

#### **14. LEY DE ALIMENTOS 20606: SOBRE COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS Y SU PUBLICIDAD.**

Sr. Jaime Cornejo, Ministerio de Salud.

La ley se publicó en el diario oficial el 6 de Julio del 2012, presenta 11 artículos y está orientada a la modificación del RSA, en relación a definir mensajes de advertencia, límites para nutrientes críticos, porciones de consumo habitual vinculantes y regulación de la publicidad. También busca el desarrollo de hábitos de alimentación saludable en escuelas y promoción de hábitos de vida saludable en los mensajes publicitarios de alimentos.

La definición de nutrientes críticos se basa en criterios técnicos que aún se están analizando y están abiertos a la opinión pública. Entre los diversos criterios técnicos que se utilizaron para la definición de límites de nutrientes críticos se encuentran:

1. Reducción del consumo excesivo de nutrientes críticos por la población
2. Vulnerabilidad de la población
3. Definición de la forma de expresión de los límites de los nutrientes críticos. Criterio técnico propuesto: por porción de consumo habitual vinculante
4. Establecimiento de límites de nutrientes críticos. Criterio técnico propuesto: Deben existir límites generales que abarquen a todos los alimentos y límites específicos que permitan discriminar intra categorías de alimentos
5. Descriptores nutricionales y mensajes de advertencia. Criterio técnico propuesto: Cuando un alimento tenga entre sus ingredientes nutrientes críticos en cantidades tales que deba llevar un mensaje de advertencia y al mismo tiempo tenga mérito para rotular descriptores positivos, como por ejemplo “alto en fibra” u otros de este mismo carácter, podrá llevar ambos, siempre que no se refieran al mismo nutriente. Cuando un alimento contenga más de un nutriente crítico en

cantidades tales que deba llevar un mensaje de advertencia, deberá rotularlos todos, sin excepción

6. Aplicación de la ley a los alimentos para regímenes especiales. Criterio técnico propuesto: A los alimentos para regímenes especiales no se aplicarán mensajes de advertencia ya que están destinados a poblaciones con requerimientos nutricionales distintos de los de la población general
7. Ácidos grasos trans. Criterio técnico propuesto: no incluir a las grasas trans en los mensajes de advertencia ya que en Chile los alimentos están libres de grasas trans
8. Principales tiempos de comida y su importancia relativa en el aporte de nutrientes. Se consideran tiempos de comida importantes, el desayuno, almuerzo, onces y cena.
9. Azúcares totales y azúcares agregados. Azúcares totales.

En la propuesta de reglamento, se consideran algunos artículos como: “Los alimentos envasados procesados que, como consecuencia de un proceso productivo se les haya modificado el contenido de nutrientes críticos, resultando con contenidos de energía, grasa saturada, azúcares o sodio en una cantidad igual o mayor a las señaladas en la tabla siguiente, por porción de consumo habitual, deberán obligatoriamente incluir un mensaje de advertencia con la frase: “Alto en...”

“Los alimentos que superen los límites en algún nutriente crítico no se podrán ofrecer a título gratuito a los menores de 14 años de edad. Además respecto de ellos no podrá realizarse publicidad que utilice técnicas que exploten la fantasía, inexperiencia, credulidad o ingenuidad de los niños y adolescentes, tales como la presencia en ella de niños y adolescentes, de todo tipo de personajes infantiles, animaciones, dibujos animados, celebridades, programas infantiles, lenguaje o expresiones propios de niños o adolescentes, juegos, concursos, promociones, ganchos comerciales, aplicaciones interactivas o situaciones que representen la vida cotidiana de niños o adolescentes tales como el recreo, ir al colegio o cualquier otro de esta naturaleza. Los alimentos en ningún caso podrán utilizar ganchos comerciales tales como juguetes, accesorios, adhesivos, incentivos u otros similares”.

Como conclusión se plantea que se han definido los criterios que serán incorporados en el reglamento de la ley 20606. Estos criterios técnicos se han basado en evidencia científica.

### **15. ¿CÓMO REGULAR UNA POLÍTICA PÚBLICA DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE?**

Sra. Daniela Godoy, Programa Elige Vivir Sano.

La obesidad infantil y otros factores de riesgo que provocan las enfermedades no transmisibles son uno de los mayores flagelos del siglo XXI en materia de salud pública. En nuestro país la obesidad infantil se ha incrementado sostenidamente a lo largo del tiempo y las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte prematura y discapacidad. Por esta razón, el Gobierno del Presidente Sebastián Piñera implementó la política Elige Vivir Sano, la cual es encabezada por la Primera Dama, Cecilia Morel. Es una política de carácter social, interministerial e intersectorial. Busca desarrollar hábitos y estilos de vida saludable en las personas y familias para la reducción de factores y conductas de riesgo que producen estas enfermedades. Es un complemento para el cumplimiento de las metas sanitarias de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

El Proyecto de Ley Elige Vivir Sano, Boletín Nº 8749-11, considera Compromisos Globales de Naciones Unidas, OMS y OPS que recomiendan a los países llevar a cabo políticas públicas y leyes multisectoriales que incorporen a todos los sectores de la sociedad. Otorga una institucionalidad permanente a cargo de un Sistema que contribuya a la promoción de una vida saludable y a la prevención de factores y conductas de riesgo como la obesidad infantil, e implementa una política de Estado en la materia.

Su objetivo es regular un sistema intersectorial público que, además de las funciones y tareas propias de este sector, potencia iniciativas del sector privado y de la sociedad civil. El Sistema Intersectorial Elige Vivir Sano está destinado al mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de los chilenos y se conforma como un modelo de gestión constituido por políticas, planes y programas elaborados y ejecutados por distintos organismos del Estado, destinados a generar hábitos y estilos de vida saludables para disminuir los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles.

El Ministerio de Desarrollo Social, a través de la Secretaría Ejecutiva Elige Vivir Sano tendrá a su cargo la administración, coordinación y supervisión del Sistema. Asimismo deberá proponer y definir cuáles políticas, planes y programas formará parte de este último, para ello deberá requerir de la aprobación del Comité Interministerial de Desarrollo Social.

Las políticas, planes y programas que sean parte del Sistema Elige Vivir Sano tendrán uno o más de los siguientes objetivos:

1. Fomento de la alimentación saludable
2. Promoción de prácticas deportivas
3. Difusión de las actividades al aire libre
4. Actividades de desarrollo familiar, recreación y manejo del tiempo libre
5. Acciones de autocuidado
6. Medidas de información, educación y comunicación.

Asimismo deberán cumplir con tres requisitos: 1) diseñar y llevar a cabo iniciativas con uno o más objetivos señalados, 2) considerar procedimientos de registro de información que permitan la medición y evaluación y 3) contar con financiamiento.

En caso de ser aprobado el Proyecto de Ley Elige Vivir Sano, Chile se convertirá en uno de los primeros países del mundo en implementar una política preventiva multisectorial que aborde este tema con una mirada sistémica y con visión de futuro.

---

# RESÚMENES Y DISCUSIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO

## 1. *EXPERIENCIAS PROGRAMÁTICAS.*

Las experiencias programáticas analizadas corresponden a políticas sociales transversales que han sido implementadas en países de la Región de Las Américas a nivel poblacional. Básicamente apuntan a un cambio de paradigma, siendo el cambio conductual en temas como alimentación saludable y actividad física su aspecto fundamental. Para lograr su objetivo, estas políticas sociales utilizan varias estrategias, entre las que se encuentra por ejemplo, el marketing social.

Estas políticas sociales habitualmente son diseñadas desde el nivel central para luego ser implementadas a nivel local como municipios y barrios, considerando la cultura y recursos del lugar. Con el fin de fortalecer las estrategias a nivel local y el empoderamiento de las personas, estas experiencias han identificado como aspectos fundamentales la descentralización y participación ciudadana.

Para garantizar la mantención y efectividad de estas estrategias a lo largo del tiempo, se señala que es necesario dictar leyes y reglamentos que den el marco jurídico para la gestión de estas iniciativas.

### ▪ *Barreras*

Se han identificado una serie de barreras que dificultan la correcta implementación de estas políticas sociales. Entre ellas se encuentran las deficiencias en recursos físicos, humanos y económicos. Al existir estas deficiencias, la viabilidad de las políticas se pone en riesgo, tanto desde la perspectiva de una mayor cobertura como de la duración en el tiempo, ambos aspectos fundamentales para dar sustentabilidad a la intervención.

También es fundamental generar “apego a la marca”, para ello es crucial que esta política tenga un nombre que sea adecuado al país o la región donde se va a implementar, evitando importar nombres extranjeros que no logren sentido de pertenencia entre los beneficiarios.

Otro aspecto relevante es que al diseñar estas políticas, se considera la situación global del país y especialmente describiendo la metodología a aplicar, pero sin tener especial consideración a las adecuaciones culturales de las localidades dónde estas estrategias serán implementadas. La dificultad ocurre cuando se aplican modelos rígidos de programas sin conocimiento previo del contexto local, así como el desconocimiento de experiencias anteriores que orienten el descarte de acciones inefectivas, o bien la inclusión de aquellas que han demostrado ser favorables, ante lo cual, lo óptimo es que exista un análisis previo de experiencias ya implementadas y por lo tanto una adecuación al contexto cultural y de la realidad de la zona dónde se va a desarrollar la estrategia.

Por la naturaleza multidimensional de estas políticas públicas, se vuelve imperioso para su éxito el realizar trabajo intersectorial. No obstante, se ha observado en el trabajo en terreno que éste no existe o es muy complejo de realizar. La coordinación transversal entre las distintas instancias de toma de decisión

y de ejecución es difícil de realizar, muchas veces debido a una resistencia cultural de los involucrados o a diferencias en la gestión de los programas, lo que hace más difícil este tipo de trabajo.

Para el desarrollo de estas políticas públicas, muchos Estados han desarrollado alianzas público-privado con el fin de asegurar viabilidad a estas estrategias. La dificultad en este aspecto ha sucedido cuando hay una escasa definición de criterios para la participación de las empresas. Especial atención ha sido puesta en la participación de empresas cuyos productos o servicios entran en conflicto con estos programas que promueven hábitos saludables, ya que por ejemplo venden productos que son dañinos para la salud.

Finalmente, otro de los aspectos que ha dificultado la continuidad de muchas políticas públicas que promueven cambios de estilos de vida, ha sido la realización de evaluaciones que buscan comprobar un efecto sobre la salud de la población al poco tiempo de implementación de las estrategias. Naturalmente, los cambios de hábito en la población son procesos que toman un mayor tiempo en ser observados, por lo que realizar este tipo de evaluaciones en un corto período de implementación estimula a pensar que la efectividad de este tipo de políticas es baja por lo que se corre el riesgo de desacreditar este tipo de intervenciones.

Lo que correspondería hacer, es diseñar un sistema de monitoreo y evaluación que permita verificar los avances y dificultades en la implementación de las estrategias. Esta retroalimentación permitirá mejorar la gestión de la estrategia y por esa vía aumentar su efectividad. Para ello es fundamental contar con indicadores que reflejen tanto la gestión como el impacto del programa y también es relevante incorporar evaluación cualitativa, ya que si en la evaluación cuantitativa se observa que la política no está logrando los objetivos planteados, la comprensión del fenómeno es fundamental para mejorar su gestión y efectividad.

La evaluación sobre el impacto en la salud de la población es una respuesta que podrá ser observada a largo plazo y para ello será necesario que la estrategia sea mantenida en el tiempo y mejorada con las retroalimentaciones que el sistema de monitoreo vaya entregando de manera periódica.

- **Facilitadores**

De la misma manera, se han identificado facilitadores que pueden contribuir a que estas políticas públicas de salud, sean implementadas de manera óptima, permitiendo así el logro de sus objetivos.

Entre estos facilitadores se encuentra la generación de leyes que permitan asegurar la sostenibilidad de estas políticas. Un aspecto clave es mantener el financiamiento a largo plazo de estas iniciativas, por lo que contar con reglamentos que determinen no sólo la estructura institucional, sino que además articule el financiamiento para este tipo de estrategias, es una ventaja.

Así también, el trabajo conjunto de los sectores públicos, privados y sociales, asegura el compromiso político de los diversos actores sociales. Para ello, es necesario contar con un mapa de los diversos participantes, con el fin de identificar sus intereses y así demarcar los límites en la asociación de trabajo en términos de las funciones y aportes de cada sector. Para ello es fundamental considerar que es

el Estado quien tiene el rol de regular este tipo de acciones y que si bien, las alianzas con el mundo privado han sido reconocidas como estratégicas, ello no implica que se les otorgue el beneficio de tomar decisiones sobre regulación. Para participar de este trabajo conjunto, es necesario que se definan criterios claros en relación al tipo de participación y funciones dentro de esta alianza, monto de la donación y destino de estos fondos. Estos últimos aspectos deben ser de dominio público. Al contar con consenso político, trabajo multisectorial y alianza público-privada, se asegura la mantención de este tipo de políticas públicas a lo largo del tiempo, con la participación de los diversos sectores y en un marco de trabajo en que el fin que se persigue es el bienestar de la población.

En esta asociación con actores claves, la participación de la comunidad es otro aspecto fundamental para lograr el éxito de las políticas públicas. Al incorporar a la comunidad en este proceso, no tan sólo se obtiene la retroalimentación necesaria para generar los ajustes al programa que permitirán mejorar su eficiencia, sino que además se produce una identificación de la comunidad con la estrategia, ya que al incorporar elementos de la cultura del lugar, la vuelven propia. Este proceso, ayuda también a la propia comunidad a fortalecer sus capacidades para identificar y solucionar sus problemas, movilizandolos recursos y aprendizajes, volviéndola más resiliente y empoderada. Es oportuno plantear que es de gran ayuda, contar con profesionales de diversas áreas (salud, desarrollo comunitario, psicología, etc.) que reúnan competencias técnicas, de liderazgo, negociación y comunicación que apoyen la participación y empoderamiento de las comunidades.

La participación en las estrategias de marketing social de figuras públicas, que son percibidos por la población como modelos a seguir es una de las fortalezas identificadas. Al incorporar la participación de estas figuras públicas promoviendo estilos saludables de alimentación y actividad física, la estrategia de marketing pretende incorporar en la población, un nuevo modelo aspiracional de salud, asociado a hábitos de vida más saludables, que sea aceptado por todos y por lo tanto, incorporado.

La gestión del programa es un aspecto crítico, y se ha señalado que idealmente debe ser integral, considerando que es necesario contar con una estructura nacional y regional que garantice una óptima planificación, implementación y evaluación de la estrategia. El estilo de gestión debe permitir al mismo tiempo un liderazgo conjunto y rotativo, que permita la adaptación de la estrategia a la realidad local, definiendo claramente la ruta crítica que necesita ser seguida para asegurar el éxito de la estrategia.

Un aspecto que ha permitido fortalecer las estrategias, ha sido hacer evaluación de la satisfacción de los usuarios del programa, ya que retroalimenta a los tomadores de decisión y ejecutores con aquellos aspectos que están más débiles en la ejecución del programa, según la percepción de sus beneficiarios. Incorporar elementos cualitativos y cuantitativos en la evaluación, así como considerar la opinión del público objetivo acerca de su percepción de la calidad y beneficios de las políticas, permiten el fortalecimiento de las estrategias ya que ayudan a mejorar la gestión del programa y por esta vía su efectividad.

- **Evaluación de experiencias programáticas**

- **Sistema de vigilancia**

Como ya ha sido mencionado previamente, un aspecto clave en la implementación de toda política pública es contar con un sistema de vigilancia que permita acompañar la implementación de las estrategias.

El objetivo de este sistema es el de brindar antecedentes de manera sistemática acerca de los avances en la gestión de estas políticas, lo que incluye vigilar tanto la organización como el desempeño de las mismas, para establecer si la entrega de bienes y servicios contemplada en la estrategia, ocurren de acuerdo a lo planificado.

Este proceso de monitoreo continuo, no sólo se debiera realizar sobre la organización y cumplimiento de las políticas, sino también sobre las poblaciones beneficiarias de las mismas, analizando e interpretando la información de manera oportuna para permitir a los responsables de la estrategia, tomar decisiones para mejorar su ejecución y por esta vía lograr la efectividad esperada. La información recolectada es aquella que se considera clave tanto en términos de la intervención que se está llevando a cabo, como de los efectos sobre los hábitos y la salud de la población beneficiaria del programa.

Con este sistema de monitoreo, será posible hacer una vigilancia de las intervenciones y su efecto sobre la salud de la población. Para poder hacer una evaluación de las intervenciones, será necesario realizar un análisis integral de la situación a seguir, lo que incluye una descripción de la situación de salud basal, al inicio de la intervención.

Se ha señalado que los sistemas de monitoreo de la Enfermedades crónicas no transmisibles (incluida la obesidad) debiera considerar los datos sobre mortalidad y morbilidad específica, sus factores de riesgo y de protección y la respuesta del sistema de salud a estas condiciones (patologías y sus factores de riesgo).

Si bien estos sistemas de monitoreo existen, la información se obtiene de manera sistemática y permiten hacer una evaluación indirecta de la efectividad de la intervención, no constituyen una evaluación *per-sé* de la intervención efectuada.

- **Evaluación de un programa**

Para iniciar la evaluación de la intervención, es necesario definir la población objetivo y contexto global o local donde se implementará el programa, identificando indicadores cualitativos y cuantitativos del problema de salud, así como de la intervención a realizar.

Para realizar una evaluación de programa o intervención, es necesario diseñar la evaluación teniendo en consideración, las especificaciones de la intervención, ya que este proceso debe dar cuenta de la intervención que se está ejecutando.

El proceso de evaluación tiene diversos pasos y se inicia con la identificación de los actores involucrados en la estrategia, lo que incluye a la población objetivo, los ejecutores y aquellos que se ven afectados por este programa.

Una vez que los actores han sido identificados, es necesario describir el programa, lo que incluye incorporar su justificación, sus actividades, los recursos involucrados (profesionales y sus características, recursos financieros, y otros), el marco lógico y finalmente el efecto que se desea lograr.

Para cada uno de estos aspectos, es necesario definir indicadores que den cuenta del ámbito a evaluar (proceso, impacto), ellos deben ser de fácil recolección y deberán ser almacenados en bases de datos para su uso posterior.

Es necesario recalcar que la evaluación del impacto de las experiencias programáticas debe ser efectuada a mediano y largo plazo, ya que el cambio de conducta alimentaria y/o actividad física en la población no se produce de inmediato.

- ***Características de experiencias programáticas exitosas***

A nivel territorial se debe plantear una línea basal acorde a las prestaciones definidas para el programa, determinando un porcentaje de cumplimiento de metas, para disponer de referencias geográficas regionales.

En el ámbito cultural, las actividades programadas deben ser pertinentes a la región y a la tradición local, enfatizando en productos e identidades locales.

## **2. EXPERIENCIAS COMUNITARIAS**

En el documento “Prevención de la obesidad en las Américas, un llamado de acción concertada” del año 2011, se señalan y promueven un grupo de estrategias que deben dirigirse a los barrios, las familias y la infancia para crear conciencia sobre la importancia de los estilos de vida saludables y aumentar la actividad física en las acciones de la vida cotidiana.

Bajo este mismo marco y debido al aumento en la prevalencia de obesidad a nivel mundial, se han diseñado una serie de intervenciones a nivel comunitario que buscan prevenir la obesidad infantil en diferentes escenarios, los que incluyen escuelas, centros de salud y comunidad. Básicamente, estas intervenciones promueven hábitos saludables en poblaciones determinadas como son escolares o adolescentes, empleando estrategias de acuerdo al grupo a intervenir y al escenario donde se realiza la intervención.

Una condición fundamental para asegurar la viabilidad y sustentabilidad en el tiempo de estas intervenciones es la participación y colaboración activa de los diversos actores locales. Estos procesos participativos van desde el diseño y planificación de la intervención, hasta su ejecución. Para aquellas intervenciones que no son realizadas en el sector salud (por ejemplo educación), se plantea que es crítica



la colaboración de los actores claves de esos sectores, de lo contrario habrá resistencias para implementarlas adecuadamente.

Uno de los aspectos claves es la identificación de los factores socio-culturales asociados a la obesidad, lo que se realiza a través de entrevistas a los beneficiarios de las intervenciones, previo al inicio de las estrategias. Dado a que la “cultura de la obesidad” varía en todos los lugares (por ejemplo, las tasas de prevalencia de obesidad y sus factores de riesgo son distintas en los distintos lugares), es necesario dar flexibilidad a la intervención, para que ella sea implementada de manera tal que pueda dar respuesta a las necesidades específicas de esa comunidad. A este proceso se le ha llamado “pertinencia cultural” de las intervenciones y permite alcanzar la mayor efectividad de la estrategias.

Otro aspecto relevante de considerar al momento de planificar una intervención comunitaria, es identificar el grado de preparación que tiene la comunidad para asumir la estrategia propuesta. Esto implica que es necesario identificar las capacidades, habilidades, fortalezas, conocimiento, experiencia técnica y liderazgo que posee la comunidad, ya que en el proceso de desarrollo de la intervención, será necesario fortalecer estas capacidades para que la comunidad misma tome un rol más activo en la promoción de su propia salud. La construcción de capacidades depende del contexto (físico, geográfico, socioeconómico y cultural) en el cual se encuentra, y los actores involucrados son los gobiernos locales, sistema local de salud, otras organizaciones y la comunidad.

El resultado de este proceso es el empoderamiento individual y comunitario y sienta las bases de la sustentabilidad de una estrategia en el tiempo. Para asegurar la capacidad de una comunidad para conducir y mantener los programas de promoción de la salud, es necesario fortalecer competencias como colaboración, desarrollo de habilidades específicas relacionadas con la intervención, compromiso, experiencia en implementar cambios sustentables y expansión de recursos financieros e infraestructura para promoción de la salud.

Las experiencias presentadas en el seminario corresponden a intervenciones realizadas en colegios, centros de salud y barrios, en que los escolares y adolescentes fueron, en general, los destinatarios de estas estrategias.

Se ha identificado una serie de barreras y facilitadores en la implementación de este tipo de intervenciones, que son discutidos en los siguientes párrafos:

- **Barreras**

La principal barrera que se ha identificado es la generación de intervenciones comunitarias sin sustentabilidad a largo plazo. Este desafío se presenta por múltiples razones, uno de los principales ocurre cuando al momento de diseñarlas se hace una asignación insuficiente de recursos financieros y humanos.

Las dificultades en la asignación de fondos para estas intervenciones son un común denominador a nivel mundial. La mayoría de las veces, estas estrategias obtienen financiamiento por dos vías: 1.) Por asignación de recursos estatales y 2.) Por aportes provenientes de fondos de investigación. Los recursos estatales generalmente provienen del municipio donde se va a ejecutar la iniciativa, y también por

asignación desde el nivel central (Ministerios), los que cubren la implementación durante transcurso de un año, para luego ser, la mayoría de las veces, reasignados a nuevas iniciativas. Los fondos para investigación, si bien cuentan con financiamiento a plazo medio (pueden variar de dos a cinco años), también son finitos, por lo que el asegurar el financiamiento de las intervenciones con recursos provenientes de diversas fuentes se convierte en un desafío.

Además de los problemas asociados al financiamiento, se debe enfrentar la escasez de profesionales especializados para ejecutar las actividades contempladas en la intervención. El desarrollo de habilidades y conocimientos en materias específicas implica no sólo compromiso por parte de los profesionales y las autoridades de salud y comunales, sino también contar con las instancias formales de capacitación permanente de acuerdo a las necesidades de salud de la comunidad.

La mayoría de las veces, las intervenciones que promueven hábitos de alimentación saludable y actividad física, son diseñadas para grupos determinados como escolares o adolescentes, lo que implica tener conocimientos sobre alimentación, nutrición y actividad física para esos grupos etarios, así como habilidades específicas de comunicación que estimulen la incorporación de estos hábitos en ese grupo.

También es necesario recalcar que estos profesionales, además de contar con conocimiento técnico pertinente a la estrategia a implementar, deben ser capaces de comprender el contexto cultural, social y económico en el cual se va desarrollar la intervención, lo que les permitirá hacer las adecuaciones que sean necesarias para poder obtener la mayor eficiencia de la intervención, respetando las necesidades, habilidades y conocimientos de la comunidad.

Otro de los aspectos a destacar es la ausencia, a nivel comunitario, de un concepto de salud que considere la prevención de enfermedad y promoción de estilos de vida saludables, como aspectos esenciales para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Esto es especialmente cierto en el ámbito de actividad física, por lo que la incorporación de un nuevo modelo aspiracional implica cambios culturales en la población.

También cabe señalar que la ausencia de liderazgo y escaso empoderamiento de la comunidad para resolver sus problemas también constituyen dificultades del trabajo en terreno. Como ya se ha mencionado previamente, este proceso de habilitar a la población y a las personas para que tomen el control y mejoren su propia salud, implica la construcción y fortalecimiento de capacidades que abarcan los conocimientos técnicos, comunicacionales, habilidades de gestión, fortalecimiento del capital humano y social, entre otros.

Adicionalmente, la dependencia de voluntades de municipios o líderes locales y cambios frecuentes en la administración y de políticos es un problema que debe ser tomado en consideración. En muchas comunidades, las intervenciones han debido bajar el número de actividades o volverlas menos intensas debido a que han sido vistas como una carga extra o incluso como una distracción de las actividades rutinarias del sector, por ejemplo en colegios, presentando una gran resistencia a su implementación.

Otro aspecto relevante a considerar es la ausencia de un sistema de evaluación que permita retroalimentar la estrategia durante su implementación y que al finalizar su ejecución, de cuenta de la efectividad de la misma. Esta evaluación, supone una serie de desafíos metodológicos, el sistema debe balancear el rigor científico con las reales capacidades locales de llevar a cabo. Al no haber evaluación de las intervenciones, es difícil poder mejorar su implementación y por lo tanto mejorar su eficiencia, y al no poder evaluar su impacto sobre la adquisición de hábitos saludables, se vuelve complejo defender su mantención en el tiempo, con lo cual se corre el riesgo de discontinuar esa intervención.

Esto trae también como problema la escasa generación de evidencia científica con resultados positivos para prevenir el problema de obesidad, ante lo cual se condena a los tomadores de decisiones a implementar estrategias con nula o escasa evidencia, con lo cual se cae en un constante recambio de estrategias sin efectos positivos sobre la prevención de la obesidad.

La imposibilidad de mantener una amplia y diversa oferta de estrategias basadas en evidencia, que sean estables en el tiempo y que promuevan el empoderamiento individual y comunitario para resolver los problemas de salud, en especial la obesidad, conlleva a un cansancio de las comunidades, con lo cual, ante un nuevo requerimiento de colaboración, la respuesta más probable es que no se interesen por participar.

- **Facilitadores**

Para poder implementar de manera óptima las estrategias a nivel comunitario, es necesario que se cumplan una serie de prácticas que faciliten su desarrollo y mejoren su efectividad. Entre las prácticas claves se pueden mencionar la comprensión de las habilidades, infraestructura y nivel de preparación y disposición al cambio que posee la comunidad, la construcción de confianzas y trabajo conjunto entre los diversos actores y la flexibilidad y pertinencia cultural en la implementación de las estrategias.

La viabilidad y sustentabilidad de los programas de intervención a nivel comunitario necesitan ser desarrollados con la participación y compromiso de todos los actores de nivel local. De esta manera, el trabajo intersectorial, a través de coordinaciones y apoyo del sector educación, municipio, sector privado, organizaciones comunitarias, entre otros, es un facilitador fundamental para lograr propósitos mancomunados. El trabajo interdisciplinario, permite el aporte de distintos enfoques al problema y contribuye con múltiples competencias y especializaciones que los profesionales del equipo de trabajo poseen.

Para lograr este compromiso de todos los sectores involucrados en la intervención se debe realizar una consulta extensa, convocando a todos los actores relevantes, con lo cual la planificación previa a cualquier diseño de intervención o puesta en marcha es un paso inicial fundamental para construir confianzas y compromiso de las diversas partes.

Este conocimiento inicial, permitirá comprender el estadio donde está situada la comunidad en relación a la adopción de cambios, así como las habilidades e infraestructura existentes, lo que permitirá planificar con base a la realidad las estrategias de intervención, facilitando así la asignación de recursos

que permitan cerrar brechas y adaptando la intervención al contexto socio-cultural y económico de la comunidad a intervenir.

Para honrar los compromisos adquiridos, se recomienda que se genere un acuerdo entre las partes, y que se constituya un plan de trabajo con responsabilidades y presupuesto claramente establecido, conocido y aceptado por todas las partes.

Para asegurar la sustentabilidad de las intervenciones a lo largo del tiempo, se requiere que el diseño de programas considere tiempo y recursos financieros estables, lo que facilitará el manejo y aplicación de los protocolos de intervención, así como la coordinación local de los esfuerzos, lo que garantiza que la intervención se llevará a cabo de acuerdo a lo planificado.

El carácter sustentable de las intervenciones es especialmente sensible en colegios, dado que se potencia la participación de los profesionales involucrados, motivándolos incluso a conseguir más financiamiento una vez que los recursos se han terminado. Al respecto, se señala que el sector privado puede aportar con recursos, pero sin implicar publicidad de productos o marca que sean opuestos a mensajes saludables de los programas.

Para promover el uso de buenas prácticas a nivel de la comunidad, es necesario generar evidencia de las experiencias que han resultado exitosas, privilegiando el uso de aquellas que se implementaron de acuerdo a un contexto local similar al de la comunidad donde se está planificando realizar una nueva intervención. Esta intervención considerada exitosa, también debe estimular a la comunidad a adquirir un rol protagónico y de liderazgo en la solución de sus problemas, a través de la construcción y fortalecimiento de habilidades, destrezas, conocimiento y mejora de infraestructura, entre otros.

Como parte del fortalecimiento y empoderamiento de los individuos y las comunidades, el compartir los conocimientos adquiridos durante el proceso de diseño, implementación y evaluación de las intervenciones es un aspecto fundamental. Para ello es deseable que se generen espacios para compartir estas reflexiones y aprendizajes en la construcción de experiencias comunitarias exitosas.

- ***Evaluación de experiencias comunitarias exitosas***

Se ha señalado que la evaluación de las intervenciones es un aspecto fundamental, ya que permite brindar información crucial que facilita la mejoría de su implementación y por lo tanto su efectividad.

El sistema de evaluación debe ser considerado como parte del diseño del programa considerando presupuesto y tiempo. El proceso de evaluación debe ser cualitativo y cuantitativo y tener un componente participativo comunitario.

Para realizar la evaluación, es necesario diseñar un sistema de evaluación para cada una de las intervenciones a implementar. El diseño de esta evaluación debe balancear el rigor científico con la factibilidad de ser realizado. En la mayoría de las intervenciones analizadas, se han diseñado estudios cuasi-experimentales para evaluar la efectividad de las mismas.

Esto implica que en los diseños se debe considerar un grupo control con el fin de identificar si en la comunidad intervenida existió una disminución, aumento o efecto nulo sobre la obesidad o indicador a utilizar como variable de respuesta. La obtención de estos grupos de comparación muchas veces representa un verdadero reto, debido a que este grupo debe cumplir con algunas características que lo hagan comparable con el grupo intervenido.

También es necesario considerar que la evaluación de toda intervención requiere la medición de peso y estatura, como mínimo, ya que es necesario determinar la efectividad de la estrategia de prevención de obesidad. En el caso que la estrategia apunte al cambio de ciertas conductas, entonces será necesario recolectar ese tipo de información (por ejemplo, cambios en el tiempo de ver TV, aumento en el consumo de frutas, etc).

La información contextual también es crucial para poder evaluar la aplicabilidad de la intervención a otras poblaciones, lugares y condiciones de implementación.

Finalmente, las mediciones repetidas a través del tiempo son necesarias para responder cuánto tiempo toma a la intervención comenzar a producir los cambios esperados a nivel de la población.

Los indicadores de resultados, procesos e impacto, entre otros deben adaptarse a las necesidades de la comunidad. Se requieren indicadores claros, fáciles de aplicar, con un adecuado sistema de análisis, fidedigno e idealmente de bajo costo.

La evaluación de las intervenciones debiera permitir construir un sistema que agrupe la evidencia científica, para que éstas constituyan la base las recomendaciones de buenas prácticas a nivel comunitario.

▪ ***Características que debieran tener las experiencias comunitarias exitosas considerando el contexto cultural y territorial***

Se han indicado una serie de recomendaciones para implementar estrategias de base comunitaria, las cuales están basadas en el conocimiento adquirido tras años de investigación y aplicación de diversas intervenciones.

El gobierno local puede tomar el liderazgo asumiendo básicamente cuatro roles:

1. Promoviendo acciones para prevenir obesidad y mostrando disposición a actuar
2. Ejerciendo un rol de liderazgo en una red de prevención de obesidad multisectorial, multinivel y con múltiples actores, abogando por un enfoque preventivo entre los distintos socios
3. Consiguiendo fondos para la implementación de las estrategias
4. Estimulando procesos políticos que apoyen la implementación de intervenciones para prevenir la obesidad.

A su vez, existen factores institucionales que pueden determinar el rol de liderazgo de las autoridades locales en la prevención de la obesidad. Entre ellos se pueden nombrar:

Factores internos:

- a. Relación entre los administradores políticos y los líderes de la sociedad civil
- b. Las capacidades internas de los departamentos involucrados en las estrategias
- c. Experiencia de los líderes de la sociedad civil y gerentes del proyecto
- d. Competencias de los profesionales involucrados en las estrategias de prevención

El apoyo gerencial y de la sociedad civil se refiere a las formas de colaboración entre los diversos actores dentro de la red de salud pública que promueven las actividades de prevención. Este tipo de apoyo está dado por un conjunto de actitudes y conductas de los diversos actores como son: apertura, voluntad de cooperar, involucramiento, construcción de consenso acerca de las prioridades en salud pública y veracidad, entre otros. La certeza en la cooperación, comunicación interna y externa, seguimiento de los acuerdos, división de tareas y competencias en la resolución de conflictos, son comportamientos que ayudan en la implementación exitosa de estrategias de prevención de obesidad.

En el contexto directo de los gobiernos locales, los factores más relevantes son:

1. Actitud y colaboración del grupo beneficiario
2. Retorno desde la autoridad supra-local
3. Mezcla de políticas, en que las políticas “duras” o estructurales constituyen la base para realizar las políticas “más suaves” o de comportamiento
4. Generación de movimiento social (como en el cambio climático, ecologistas, medicina alternativa, etc.)
5. Recursos para investigación, basadas en evidencia

Entre los factores externos que pueden afectar el liderazgo en la implementación de programas de prevención de obesidad infantil se encuentran:

1. La naturaleza y calidad de las leyes y regulaciones de las políticas públicas nacionales o regionales
2. La actitud o mentalidad de la propia población acerca de su propio peso corporal y el sobrepeso y obesidad
3. La atención de los medios de comunicación

Los políticos se deben considerar como actores centrales en el trabajo comunitario para lograr el compromiso de la comunidad. En terreno se ha observado que los políticos que tienen cargos a nivel local, son los más cercanos a la comunidad y por lo tanto pueden movilizar a las persona a comprometerse en la implementación de estas estrategias.

La incorporación de las intervenciones a los planes de trabajo de municipios, con lo cual se fortalece la sustentabilidad, al igual que con el trabajo intersectorial.

Un enfoque de sistema para desarrollar las experiencias comunitarias, con creación de acciones innovadoras de financiamiento colectivo para respaldar los programas y su evaluación y la aplicación de acciones bajo el principio de transparencia a nivel local, regional y nacional.

La participación comunitaria para la toma de decisiones y hacia donde se enfocarán los esfuerzos es necesaria. Algunos ejemplos son el Consejo de Salud, participación en la generación del plan de salud comunal, asociaciones indígenas, consejos de desarrollo local en hospitales, uniones comunales del adulto mayor.

### **3. POLÍTICAS PÚBLICAS Y LEGISLACIÓN: PRINCIPIOS PARA PROMOVER LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y FRENAR LA OBESIDAD**

La obesidad es un problema que afecta el bienestar de las personas y que, ciertamente, significa un enorme costo económico y psicológico para las familias y la sociedad.

A nivel mundial, se estima que 43 millones de niños en edad preescolar presentaron sobrepeso u obesidad en 2010. Esta cifra se incrementó en 60 por ciento desde 1990 y ha provocado importantes consecuencias en la salud pública

Un estudio del Foro Económico Mundial y la OMS estima que los gastos asociados a las enfermedades no transmisibles, generadas por estas malas prácticas, como las enfermedades coronarias, cerebrovasculares, hipertensión, diabetes y otras, pueden alcanzar hasta el 4% del PIB.

Según datos Commonwealth Fund. International Health Policy Survey 2007, el 30 por ciento de los adultos en Estados Unidos y Australia presentan dos o más condiciones crónicas como la diabetes.

El exceso de peso afecta la salud de muchas maneras, especialmente aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades como la diabetes, la enfermedad cardíaca, la osteoartritis, y algunos tipos de cáncer. Según documentos The Obesity Program (HSPH) de una estimación de Cawley y Meyerhoefer, durante el año 2005, en Estados Unidos gastaron \$ 190 billones de dólares en gastos relacionados con la obesidad de salud.

Estos cálculos consideran dos tipos de costos. Los costos directos e indirectos. Los primeros son aquellos que se derivan de los servicios ambulatorios y de hospitalización de salud (incluyendo cirugía), de laboratorio, pruebas radiológicas y la terapia de drogas. Los segundos se dividen en varias categorías como días perdidos de trabajo, mayores primas de seguro de vida, menores salarios e ingresos del hogar.

Los costos de atención de la salud de la obesidad son responsables de casi 21 por ciento del gasto total en atención de salud en los Estados Unidos.

Cuadro 1. Costos Obesidad

País	Los costos relacionados con la obesidad (% del gasto total en salud)	Publicación
Brasil	3.0-5.8	2007
China	3,4	2008
Canadá	2,9	2001
Francia	0.7-1.5	2000
Japón	3,2	2007
Suecia	2,3	2005
EE.UU.	20,6	2012

Tabla: Una instantánea de costos relacionados con la obesidad ( [1](#) , [2](#) )

**Fuentes:**

Cawley J, Meyerhoefer C. Los costos de atención médica de la obesidad: un enfoque de variables instrumentales. *J Health Econ* . 2012; 31:219-30.

Withrow D, Alter DA. La carga económica de la obesidad en todo el mundo: una revisión sistemática de los costos directos de la obesidad. *Obes Rev*. 2010.. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00712.x.

En este sentido si todos estamos trabajando para erradicar la pobreza y la desigualdad de nuestro país, no podemos cerrar los ojos ante este grave problema que nos empobrece y genera mayor inequidad, porque son precisamente las personas en situación de vulnerabilidad quienes presentan mayores factores de riesgo al no contar con oportunidades para llevar a cabo una vida más sana.

Es preocupante que estos hábitos hayan aumentado sostenidamente en la última década y que nuestros niños sean los más afectados. Como sociedad no podemos permanecer indiferentes y debemos dar el necesario sentido de urgencia. Debemos proteger a los menores estableciendo ciertas restricciones que impidan, por ejemplo, , vender cigarrillos cerca de sus escuelas o alimentos altos en grasas, azúcares o sal dentro de las mismas, y adoptar medidas que promuevan hábitos saludables.

De hecho, la “Estrategia para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles” del año 2012 invita a fortalecer la incorporación de políticas públicas basadas en datos probatorios para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y promover acciones multisectoriales con todos los sectores pertinentes del Gobierno y la sociedad, incluidos los programas económicos y de desarrollo.



Estas medidas pueden ser leyes o políticas públicas que fomenten hábitos y estilos de vida saludables, que faciliten la implementación de espacios o entornos saludables y que creen oportunidades que permitan que las personas puedan acceder a alimentos saludables y más actividad física.

Existen diversas iniciativas legales que buscan establecer condiciones basales a nivel poblacional, que permitan instalar hábitos de alimentación saludable y actividad física, independientemente del nivel de pobreza de una comunidad o familia.

Las iniciativas legales para la prevención y tratamiento de la obesidad han estado primordialmente enfocadas en (Cismaru, 2008):

1. Exigencia de divulgación para elaboradores de alimentos y restaurantes para informar el contenido nutricional
2. Responsabilidad extracontractual: Litigar contra prácticas engañosas, rotulación falsa y productos injustificadamente peligrosos
3. Vigilancia: Provee datos para el monitoreo de salud de la población, retroalimentación, acciones de alerta y recomendaciones clínicas
4. Reglamentación de la comercialización de alimentos para niños y adolescentes: Reglamentación de los medios de comunicación e internet, entre otros
5. Impuestos: Poner altos impuestos a alimentos densos en calorías, pobres en nutrientes, etc.
6. Políticas para las escuelas y lugares de trabajo: Remover las máquinas de expendio de comida y entregar menús más saludables, mayor actividad física y educación nutricional y física
7. Construcción de medio ambiente y zonificación: Promulgar leyes de zonificación para limitar la presencia de restaurantes de comida rápida, ampliar las oportunidades de recreación, y fomentar estilos de vida más saludables
8. Prohibición de alimentos: Exigir a las compañías eliminar ciertos ingredientes que sean peligrosos para la salud
9. Estipulaciones sobre el tratamiento para la obesidad: Especificación de los detalles sobre el tratamiento de la obesidad.

Estas iniciativas previamente descritas han estado presentes en las recomendaciones efectuadas en el Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity (Department of Health and Human Services, 2001) quienes focalizan en sensibilizar a los consumidores respecto de comidas adecuadas y tamaños de porción de alimentos y bebidas.

En Canadá también se han realizado recomendaciones que incorporar los temas reglamentarios y legislativos previamente señalados. Así es como The 2006 Canadian Clinical Practice Guidelines on the Management and Prevention of Obesity in Adults and Children establece recomendaciones basadas en evidencia para el manejo y prevención de la obesidad (Canadian Medical Association).

The European Union Platform on Diet, Physical Activity, and Health (European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General. EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, 2005) es

un acuerdo para enfrentar la obesidad y compartir información de buenas prácticas y que también considera diversos aspectos como educación, etiquetado, marketing y publicidad, composición de alimentos y reformulación de productos, entre otros.

Finalmente, The European Charter on Counteracting Obesity llama a formar sociedades en que los estilos de vida saludable sean la norma y las metas de salud estén en concordancia con la economía, sociedad y cultura, de tal manera de permitir a los individuos poder optar por este estilo de vida (World Health Organization Regional Office for Europe, 2006).

No obstante, es necesario resaltar que las políticas públicas que estimulan impuestos, prohibición de alimentos, responsabilidad extracontractual, y tratamiento de la obesidad han sido implementados de manera esporádica a nivel mundial (Cismaru, 2008).

En este seminario, se presentaron diversas iniciativas legales y de políticas públicas en países Latino Americanos y los participantes a la discusión grupal consideran que es relevante destacar algunos principios para promover una alimentación saludable y por esa vía, contribuir al descenso de la prevalencia de obesidad.

Se considera **primordial reconocer que el Estado tiene un rol fundamental en la promoción alimentación más saludable con medidas fiscales.**

El Informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, Olivier De Schutter “Misión a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura 2012”, formula las siguientes recomendaciones:

*“Los Estados, de conformidad con su obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a una alimentación adecuada para todos, deben:*

*a) Adoptar una estrategia nacional para la realización del derecho a una alimentación adecuada que integre el objetivo de garantizar el derecho a una alimentación adecuada para todos y establezca metas y plazos concretos para la acción;*

*b) Incorporar en la legislación interna el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las recomendaciones de la OMS en materia de comercialización de sucedáneos de la leche materna y de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños, y garantizar su aplicación efectiva;*

*c) Adoptar normas legales sobre la comercialización de los productos alimenticios, en cuanto forma más eficaz de reducir la comercialización de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcar y sal a los niños, según las recomendaciones de la OMS, y limitar la comercialización de estos alimentos dirigida a otros grupos;*

*d) Aplicar impuestos a los refrescos (bebidas gaseosas), y alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, a fin de subvencionar el acceso a las frutas y verduras y las campañas educativas sobre alimentación sana;*

*e) Reexaminar los sistemas existentes de subsidios agrícolas, a fin de tener en cuenta los efectos de las asignaciones actuales en la salud pública, y utilizar sistemas de adquisición pública en los programas de alimentación escolar y de otras instituciones públicas para apoyar el suministro de alimentos locales y nutritivos, prestando especial atención a los consumidores pobres;*

*f) Adoptar un plan para sustituir todos los ácidos grasos trans con grasas poliinsaturadas;*

*g) Redoblar el apoyo a los mercados de agricultores y a la agricultura urbana y periurbana, en los planes de ordenación, a través de incentivos fiscales y garantizando una infraestructura adecuada para unir a productores locales y consumidores urbanos;*

*h) Completar la reforma del Comité Permanente de Nutrición, con el fin de que se preste la debida atención a la nutrición en todo el sistema de las Naciones Unidas, bajo la orientación multilateral de los gobiernos, con una adecuada participación de organizaciones de la sociedad civil, incluidas organizaciones de agricultores...”*

Según consta en el Programa de Obesidad de Harvard School of Public Health para realizar avances reales, en la materia los cambios deben llegar a todos los sectores de la sociedad: desde los gobiernos y las escuelas, las empresas y las organizaciones sin fines de lucro, los barrios y las comunidades, los individuos y las familias. Se debe que cambiar las políticas y crear un entorno en el que la opción sea la más saludable.

La evidencia muestra que la política de prevención de la obesidad y de los esfuerzos de cambio ambiental debe centrarse en facilitar un puñado de comportamientos clave:

**1. La alimentación saludable y actividad física en comenzar en el hogar.** No hace falta decir que la familia es una de las influencias más importantes y duraderos en la elección de la salud. Así que cuando se trata de prevenir el exceso de peso y la obesidad, los padres y los tutores tienen un potencial fantástico para dirigir a los niños hacia una buena salud durante toda la vida. Los padres y las familias pueden fomentar una alimentación sana y hábitos de actividad en sus hijos desde las edades más tempranas. Para esto la evidencia recomienda:

- Amamantar a los bebés desde el nacimiento hasta los 6 meses, sin otros alimentos sólidos o líquidos, y continuar amamantando después de comenzar los alimentos sólidos, hasta los 12 meses o más
- Promover una alimentación sana manteniendo una variedad de alimentos nutritivos en casa, frutas y verduras, granos enteros, fuentes saludables de proteínas y lácteos bajos en grasa. Mantener fuera del hogar los alimentos altos calorías y bajos en nutrientes

- Animar a los niños a probar una variedad de nuevos alimentos saludables, como verduras y frutas.
- Cenar en familia en casa, y que los niños participen en la compra y preparación de comidas
- Tomar desayuno y animar a los niños a comer el desayuno diario
- Limitar las comidas en los restaurantes y restaurantes de comida rápida y comida para llevar
- Enseñar a los niños a prestar atención a los sentimientos de plenitud: Ofrecer porciones más pequeñas, que puedan elegir sus propias porciones y no obligarlos a comer todo.

**2. Primera Infancia.** Esta etapa del desarrollo es un período muy importante para la prevención de la obesidad. Los niños están desarrollando gustos y preferencias, aprendiendo a caminar, jugar e imitar conductas sanas y malsanas. Por ello se recomienda:

- Servir bebidas apropiadas para su edad y saludables como agua potable y oferta de lácteos descremados.
- Proporcionar una dieta variada y equilibrada con hincapié en los alimentos mínimamente procesados y en las frutas y verduras.
- Fomentar el crecimiento saludable de los niños y crear comportamientos saludables en los niños,
- Fomentar la participación de la familia en la alimentación saludable.
- Participar en conversaciones sobre la alimentación saludable.
- Educar a los padres sobre la importancia de la lactancia materna.
- Practicar la alimentación perceptiva .
- Animar a los niños a disfrutar de las comidas y regular su propia ingesta de comida .
- Fomentar la actividad física diaria de los niños y crear un modelo activo de juegos.
- Mantener una política escrita sobre la promoción de la actividad física y compartir estas políticas con los padres.
- Minimizar los tiempos de exposición a la televisión
- Apoyar los hábitos saludables de sueño.

**3. Escolares.**

- Contar con programas de comidas escolares
- Animar a los estudiantes a participar en el desayuno, el almuerzo y la comida
- Otorgar comidas que cumplen con las normas nacionales de nutrición
- Establecer los niveles calóricos mínimos y máximos para el desayuno y almuerzo escolar, para cada grupo de edad
- Invertir en las instalaciones de la cafetería para almacenar, preparar y presentar los alimentos saludables, como ensaladas
- Otorgar tiempo suficiente para comer
- Contar con un servicio de alimentos saludables y con personas con conocimientos en las técnicas de preparación de alimentos y la seguridad alimentaria
- Incorporar la educación nutricional en los programas de comidas escolares
- Aumentar el apoyo financiero a los programas de comidas escolares federales, estatales y locales

- Asegurarse que los alimentos competitivos cumplan con los estándares de nutrición saludable que son consistentes con las del programa de comida en la escuela
- Eliminar las bebidas endulzadas con azúcar en el entorno escolar o limitar el acceso a ellas.
- Promover que la comida servida en las fiestas de clase y las funciones escolares cumpla con las normas de competencia de alimentos.
- No usar la comida como recompensa o castigo.
- Contar con acceso a agua potable en las escuelas.
- Limitar la comercialización de alimentos poco saludables.
- Crear y apoyar los huertos escolares.
- Alentar a toda la comunidad escolar para que tengan una alimentación saludable modelo.
- Programas de educación física.
- Adaptar el Currículo de Educación Física y trabajar con las escuelas para aumentar la actividad física entre los niños y adolescentes.
- Proporcionar un total de 150 minutos de educación física por semana en la escuela primaria y 225 minutos por semana en la escuela intermedia y secundaria
- Asegurar que los niños pasen la mayor parte de su tiempo a la actividad física.
- Adaptar los currículos de Educación Física para niños con discapacidades o necesidades especiales.
- Contratar profesores de educación física y ofrecerles formación continua.
- Limitar el tamaño de las clases de educación física.
- Promover actividades divertidas en movimiento.
- Evaluar el aprendizaje del estudiante en educación física e incluir en los informes de calificaciones escolares.
- Difundir la actividad física durante el horario escolar y fuera de la escuela.
- Proporcionar a todos los estudiantes una oportunidad para realizar actividad física todos los días.
- Dar a los alumnos de la escuela primaria recreo diario y horario de recreo antes del almuerzo.
- Evitar la retención o la imposición actividad física por razones disciplinarias o académicas.
- Desarrollar planes activos de transporte (bicicleta, caminar a la escuela), en colaboración con los gobiernos locales y grupos comunitarios.
- Ofrecer a los niños oportunidades de actividad física antes y después de la escuela, incluyendo los deportes competitivos y actividades no competitivas.
- Colaborar con las comunidades para maximizar el uso de los espacios escolares y de la comunidad para realizar actividad física durante y fuera del horario escolar.
- Ofrecer oportunidades al personal para la actividad física.
- Educación para la Salud. Incluir la nutrición y la actividad física en programas de educación sanitaria. Alinear educación para la salud con las normas nacionales. Incorporar la alimentación saludable y la actividad física en temas de otras áreas temáticas y la formación de los profesores en educación de la salud. Evaluar el aprendizaje del alumno en las clases de educación para la salud.
- Bienestar Escolar. Implementar, financiar y supervisar una política de bienestar escolar integral que aborda la nutrición, la actividad física y la alimentación escolar, entre otros temas. Proporcionar programación de bienestar para el personal de la escuela

Las siguientes propuestas resumen las principales políticas que a consideración del grupo de discusión, debieran ser consideradas por los países al momento de planificar estrategias contra la obesidad.

1. **Sistema intersectorial** que agrupe las políticas, planes y programas de prevención de obesidad y promoción de estilos de vida saludables.
2. **Políticas enfocadas a mujeres embarazadas y niños;** Promover la lactancia materna durante el primer año de vida y el fomento de la alimentación saludable han demostrado ser eficaces y tienen sustento en evidencia científica.
3. **Políticas de promoción de la salud** para escolares, profesores y toda la comunidad escolar.
4. **Políticas para mejorar el acceso a alimentos saludables y actividad física** de las personas y familias más vulnerables desde un punto de vista socio-económico.
5. **Políticas para la creación de entornos y espacios saludables en las distintas comunidades** (comunidad escolar, lugares de trabajo, universidades, organizaciones sociales, barrios, entre otros)
6. **Promover la producción, acceso y consumo de alimentos naturales,** Política pública que estimule el desarrollo de la cadena alimentaria vinculada con la agricultura local, con el fin de fomentar el consumo de productos naturales agrícolas, agropecuarios y del mar.
  - a. Por ejemplo concatenar los programas de alimentación escolar con los productores locales. Se proponen subsidios para potenciar e incentivar la agricultura local.
  - b. El estado puede desarrollar y transformar el mercado local a través de su enorme capacidad de compra.<sup>i</sup>
  - c. Instalación de bebederos de agua potable en lugares públicos para aumentar el acceso a agua.
7. **Revitalizar, potenciar y/o recuperar la cultura culinaria chilena,** esto requiere una estrategia que promueva la oferta de alimentos naturales a través de programas de promoción y publicidad que transformen conductas de manera persuasiva y cercana desde la emocionalidad y no desde la racionalidad.<sup>ii</sup>
8. **Desalentar el consumo de alimentos procesados a través de medidas como:**
  - Impuestos a los alimentos “altos en”, esa recaudación debe ser aprovechada en programas de promoción de hábitos saludables.
  - Limitar la publicidad de los alimentos “altos en” especialmente en el público infantil.
  - Regular la concentración de nutrientes críticos (ej: sodio, grasas, azúcar, entre otros).
9. **Convenio marco internacional vinculante a los países de la región,** que obligue a todos los países a legislar en función de los temas que va a definir el panel de expertos. Debemos tener un marco común regional que apoye a la toma de decisiones. Este rol debe asumirlo idealmente la OPS.

### **Desafíos en la implementación de Políticas Públicas y Legislación**

Para poder avanzar en la implementación e integración de las diversas Políticas públicas de carácter multisectorial, es necesario que se avance en la creación de una coordinación a nivel nacional. El rol de este sistema es el de asegurar la coordinación intersectorial de las diversas estrategias, lo que requiere que el rol de coordinación de la política pública se encuentre radicado en un órgano de la administración del Estado como la Presidencia o un Ministerio, y así, articule las acciones y esfuerzos de los diversos sectores. Es clave que este sistema cuente con el consenso político para lograr la aprobación ciudadana.

Participación del sector privado y la sociedad civil: esta política pública debe defender el bien común y controlar posibles conflictos de interés con el sector privado. Sin embargo, el Estado debe incluir la participación del sector privado comprometido en la implementación de programas pues este sector también puede colaborar en la prevención y el control de la obesidad.

Por último es muy importante incluir a las familias en la promoción de la salud al interior de su hogar y la prevención de factores y conductas de riesgo de cada integrante de su grupo familiar.

<sup>1</sup> Muchos países han fomentado fortalecimiento de la alimentación escolar Ej de Brasil desarrolló un programa donde el 70% del presupuesto debe ir destinado a alimentos naturales y el 30% de esto debe venir de productores locales)

<sup>1</sup> EJ: Francia desarrollo un programa de alimentación escolar con comida típica francesa sin bebidas gaseosas.

## LLAMAMIENTO DE SANTIAGO

Durante los días 21 y 22 de enero del 2013 se realizó en la Ciudad de Santiago, República de Chile, el **Seminario Internacional: Experiencias Exitosas para la Prevención de la Obesidad Infantil**.

Participaron en el mismo un destacado grupo de autoridades y profesionales nacionales, así como otros distinguidos expertos de Australia, la Unión Europea, México, Colombia, FAO y OPS/OMS.

Este evento fue patrocinado por el Ministerio de Salud de la República de Chile; Elige Vivir Sano de la Presidencia de la República de Chile; la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).

Los patrocinadores, interpretando el sentir de las presentaciones y debates tenidos en este seminario, hacen un ferviente llamado a la comunidad latinoamericana y caribeña para que movilicen todas sus capacidades a favor de la disminución de la obesidad infantil.

La obesidad infantil es un grave problema a nivel mundial. Su prevalencia está aumentando a un ritmo alarmante. Por eso consideramos que es necesario que el Estado, en articulación con las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado, las organizaciones científicas, y otros actores relevantes, implemente políticas públicas graduales, multisectoriales e integrales; así como, estrategias y planes nacionales y sub nacionales, para enfrentar este problema.

Consideramos que la prevención es la opción más viable como parte de estos esfuerzos, sin perder de vista que la obesidad infantil se incluye en un conjunto de problemas que están íntimamente relacionados con las condiciones de vida y sus determinantes sociales, económicas y ambientales. Por eso, exhortamos a que las principales políticas y estrategias para la eliminación de la pobreza, inequidades, y en pro del desarrollo sustentable de todos nuestros países latinoamericanos y caribeños, incluyan la obesidad infantil como uno de los asuntos relevantes.

Como parte de las posibles acciones preventivas, queremos destacar, en este llamamiento, cinco áreas que consideramos de mayor relevancia:

- **Promoción del normal crecimiento y desarrollo infantil.** A través de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida y como alimentación complementaria hasta los dos años de edad; el uso de una alimentación variada, con porciones y densidad calórica de acuerdo a la edad del niño durante la ablactancia y la estimulación de estilos de crianza que no utilicen el alimento como método de recompensa-castigo.
- **Actividad física.** Resulta relevante la necesidad de brindar a la población general espacios urbanos para la recreación y uso del tiempo libre, que promuevan la actividad física. Para los pre-escolares, es necesario el desarrollo de actividades que estimulen la motricidad fina y gruesa, mientras que para los niños y jóvenes es imperativo generar programas que estimulen la actividad física dentro y fuera de la escuela. Asimismo, es necesario una planificación urbana que facilite el uso de medios alternativos de transporte que estimulen la actividad física utilitaria.



- **Producción y comercialización de alimentos saludables.** Incentivar y comprometer a los diferentes actores de la cadena de producción, distribución y comercialización de alimentos, para la producción sostenible de alimentos más sanos e inocuos, con énfasis en frutas y vegetales, y así asegurar su disponibilidad a nivel local con un precio accesible para todos los consumidores. Así como un rol más comprometido de la industria alimentaria para que disminuya el azúcar, grasas saturadas y sal en la producción y comercialización de alimentos e incorpore medidas de autorregulación en beneficio de la salud de las personas.
- **Normas legales para incentivar estilos de vida saludable y regular la información al consumidor y la publicidad de alimentos y bebidas.** Es importante regular y establecer normativas que den reconocimiento y sostenibilidad a las políticas públicas y estrategias multisectoriales e integrales destinadas a la generación de hábitos de vida saludable y la prevención de la obesidad infantil. Así mismo, establecer etiquetados y advertencias útiles, sencillas y obligatorias en los alimentos y bebidas, que alerten al consumidor de los productos que contienen un alto contenido de sal, azúcar y grasas saturadas, los mismos que deben ser excluidos de la venta en planteles escolares. Se recomienda regular la publicidad dirigida a niños, de bebidas y alimentos altos en sal, azúcar y grasas saturadas.
- **Empoderamiento de las comunidades y participación ciudadana.** Promover el ejercicio de derechos y deberes de la ciudadanía para participar y llevar a cabo iniciativas públicas y privadas, solicitar al Estado y gobiernos locales la implementación de estrategias de alimentación saludable, consumo de alimentos bajos en azúcar, grasas saturadas y sal y hábitos y estilos de vida saludable. El Estado y los gobiernos locales incentivarán la comunicación participativa con los ciudadanos a fin de generar propuestas consensuadas, asumiendo así un rol más protagónico en la lucha contra la obesidad infantil y la defensa de condiciones de vida más equitativas y saludables.

Se destaca la conveniencia de contar con un Convenio Marco Internacional sobre la Prevención de la Obesidad Infantil, que sea vinculante para los Estados y que les provea de un marco jurídico apropiado para implementar y evaluar políticas públicas en este campo. En este proceso, se pide a todos los gobiernos de América Latina y el Caribe que avancen, en toda la medida posible, en el desarrollo e institucionalización de sus propias políticas nacionales.

Consideramos que la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, aprobada por todos los estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene plena vigencia, y ayuda en las principales orientaciones a ser aplicadas en nuestros países.

Los participantes en este Seminario han tomado nota de excelentes experiencias que se vienen desarrollando en el mundo, destacándose los esfuerzos que se realizan actualmente en Chile, México, Colombia, así como en muchos países desarrollados de Europa, Estados Unidos y Canadá, e igualmente proclaman la necesidad de mantener un intercambio y cooperación efectiva para la reducción de la obesidad infantil que, como todos conocemos, está poniendo en riesgo la salud y la vida de generaciones actuales y futuras.

Santiago, 22 de Enero de 2013.

---

# BIBLIOGRAFÍA

Ali MK, Bullard KM, Beckles GL, Stevens MR, Barker L, Narayan KM, Imperatore G. Household income and cardiovascular disease risks in U.S. children and young adults: analyses from NHANES 1999-2008. *Diabetes Care* 2011; 9: 1998-2004.

Appelhans BM, Milliron BJ, Woolf K, Johnson TJ, Pagoto SL, Schneider KL, Whited MC, Ventrelle JC. Socioeconomic status, energy cost, and nutrient content of supermarket food purchases. *Am J Prev Med* 2012; 4: 398-402.

Banwell C, Lim L, Seubsman S, et al. Body mass index and health-related behaviours in a national cohort of 87134 Thai open university students. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 366-372.

Birch LI, Ventura AK. Preventing childhood obesity. *Int J Obesity* 2009; 33: S78-S81.

Bowman SA, Gortmaker SL, Ebbeling CB, et al. Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics* 2002; 113: 112-118.

Chile, 2012. Ley 20606, sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>

Cismaru, M. Counteracting obesity: developing a policy framework to guide action. *Int J Public Health* 2008; 53: 311-316.

CMAJ (Canadian Medical Association Journal). 2006 Canadian Clinical Practice Guidelines on the Management and Prevention of Obesity in Adults and Children, 2007. (INTERNET) Disponible en: [www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1](http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1)).

Commonwealth. Heads of Government Meeting. STATEMENT ON COMMONWEALTH ACTION TO COMBAT NON-COMMUNICABLE DISEASES. Disponible en: <http://www.thecommonwealth.org/files/216911/FileName/StatementonCommonwealthActiontoCombatNon-CommunicableDiseases.pdf>.

Conferencia Panamericana contra la Obesidad, 2011, 2012. Aruba. Disponible en [www.paco.aw](http://www.paco.aw)

Declaración ministerial para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. México, 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/English/D/Ministerial-Declaration-Mexico-NCDs.pdf>.

Declaración de Puerto España. UNIDOS PARA DETENER LA EPIDEMIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES. Disponible en: [http://www.caricom.org/jsp/communications/meetings\\_statements/declaration\\_port\\_of\\_spain\\_chronic\\_ncds.jsp?null&prnf=1](http://www.caricom.org/jsp/communications/meetings_statements/declaration_port_of_spain_chronic_ncds.jsp?null&prnf=1).

Declaration of St. Ann: IMPLEMENTING AGRICULTURE AND FOOD POLICIES TO PREVENT OBESITY AND NON-COMMUNICABLE DISEASES (NCDs) IN THE CARIBBEAN COMMUNITY. Disponible en: [http://www.caricom.org/jsp/communications/meetings\\_statements/declaration\\_st\\_ann.jsp](http://www.caricom.org/jsp/communications/meetings_statements/declaration_st_ann.jsp).

Declaración de la Ciudad de México. LEGISLACIÓN, NORMAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DETENER LA OBESIDAD Y PROMOVER ALIMENTACIÓN SALUDABLE ENTRE LOS NIÑOS DE LATINOAMÉRICA: AVANCES, OBSTÁCULOS Y POSIBILIDADES. Ciudad de México, 26 de noviembre del 2012. Disponible en: <http://www.wphna.org/downloadsdec2012/Mexico%20City%20Declaration%20Spanish.pdf>

Devany B, Zieger P, Pac S, et al. Nutrient intakes of infants and toddlers. *J Am Diet Assoc* 2004; 104: S14-S21.

Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *Am J Clin Nutr* 2005; 82(1 Suppl): 265S-273S.

European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General. EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, 2005. (Accessed April, 9, 2007, at [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/platform/platform\\_en.html](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.html)).

Finucane M, Stevens G, Cowan M, et al. National, regional and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *The Lancet* 2011; 9765: 557-67.

Fisher J, Arreola A, Birch LL, Rolls BJ. Hispanic and African America children and their mothers. *Am J Clin Nutr* 2007;(86):1709-1716.

Hruschka DJ. Do economic constraints on food choice make people fat? A critical review of two hypotheses for the poverty-obesity paradox. *Am J Hum Biol* 2012;3: 277-85.

Kac G, Benício MH, Velásquez-Meléndez G, Valente JG, Struchiner CJ. Gestational weight gain and prepregnancy weight influence postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. *J Nutr* 2004; 3: 661-6.

Kac G, Velásquez-Meléndez G, Schlüssel MM, Segall-Côrrea AM, Silva AA, Pérez-Escamilla R. Severe food insecurity is associated with obesity among Brazilian adolescent females. *Public Health Nutr* 2012; 17: 1-7.

Levine JA. Poverty and obesity in the U.S. *Diabetes* 2011; 11: 2667-8.

Leahy KE, Birch LL, Rolls BJ. Reducing energy density of an entrée decreases children's energy intake at lunch. *J Am Diet Assoc* 2008; 108: 41-48.

Marmonier C, Chapelot D, Louis-Sylvestre J. Effect of macronutrient content and energy density of snacks consumed in a satiety state of the onset next meal. *Appetite* 2000; 34: 161-168.

Martin MA, Lippert AM. Feeding her children, but risking her health: the intersection of gender, household food insecurity and obesity. *Soc Sci Med* 2012; 11: 1754-64.

Maziak W, Ward KD, Stockton AB. Childhood obesity: Are we missing the big picture?. *Obesity reviews* 2008; 9: 35-42.

Mennella JA, Beauchamp GK. Experience with a flavor in mother's milk modifies the infant's acceptance of flavored cereal. *Dev Psychobiol* 1999; 35: 197-203.

MERCOSUR. RMS. ESTRATEGIA MERCOSUR DE NUTRICIÓN PARA LA SALUD Y SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL. 2008. Disponible en:  
[http://www.mercosulsaudedebsite.com.br/index.php?option=com\\_docman&task=search\\_result&Itemid=128](http://www.mercosulsaudedebsite.com.br/index.php?option=com_docman&task=search_result&Itemid=128)

Naciones Unidas. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. Disponible en:  
<http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/>

Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre el Derecho a la alimentación, Oliver De Schutter. A/HRC/19/59. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/175/72/PDF/G1117572.pdf?OpenElement>

OMS. INFORME SOBRE LA SITUACIÓN MUNDIAL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2010. Ginebra: OMS; 2011.

OMS. 61° Asamblea Mundial de la Salud. 2008. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL. Disponible en:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_8-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf)

OMS. CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO. 2003. Disponible en:  
[http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_fctc\\_spanish.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf)

OMS. ESTRATEGIA MUNDIAL SOBRE RÉGIMEN ALIMENTARIO, ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en:  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf)

OMS. ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL. Disponible en:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf)

OMS. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. Disponible en:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_8-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_8-sp.pdf)

OMS.: INFORME FORO MUNDIAL. Disponible en:  
[http://www.who.int/nmh/events/global\\_forum\\_ncd/forum\\_report.pdf](http://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/forum_report.pdf)

OMS., 2011. Global Database on Body Mass Index. Disponible en: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp> [consultado, Marzo 21, 2011].

OMS. ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE UN MÉTODO INTEGRADO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, INCLUYENDO RÉGIMEN ALIMENTARIO, ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/spp/spp40-11c-s.pdf>.

OMS. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, ESPECIALMENTE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42\\_11-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_11-s.pdf)

OMS. ESTRATEGIA REGIONAL Y PLAN DE ACCIÓN PARA UN ENFOQUE INTEGRADO SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, INCLUYENDO EL RÉGIMEN ALIMENTARIO, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA SALUD. 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-17rv-s.pdf>

OMS. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN REGIONALES SOBRE LA NUTRICIÓN EN LA SALUD Y EL DESARROLLO, 2006-2015. 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-18-s.pdf>

OMS ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN REGIONALES SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO. 2008. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd48-06-s.pdf>

OMS. ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, 2012-2025. 2012. Disponible en [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7022&Itemid=39541&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022&Itemid=39541&lang=es)

Pelletier AL, Chang WW, Delzel JE, et al. Patient's understanding and use of snack food package nutrition labels. *J Am Board Fam Pract* 2004; 17: 319-323.

Popkin B, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: Worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes* 2004; 28: S2-S9.

Prentice AM, Jebb SA. Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. *Obes rev* 2003; 4: 187-194.

Procter K. The aetiology of childhood obesity. *Nutrition research reviews* 2007; 20: 29-45.

Ramsey R, Giskes K, Turrell G, Gallegos D. Food insecurity among adults residing in disadvantaged urban areas: potential health and dietary consequences. *Public Health Nutr* 2012; 2: 227-37.

Reidpath DD, Burns C, Garrard J, et al. An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity. *Health Place* 2002 8: 141-145.

The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity. U.S. Department of Health and Human Services, 2001. [Accessed October 24, 2007, at <http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/>].

Wells J, Marphatia A, Cole T, McCoy D. Associations of economic and gender inequality with global obesity prevalence: Understanding the female excess. *Soc Sci Med* 2012; 3: 482-90.

OMS. European Charter on Counteracting Obesity. World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. [Accessed March, 30, 2007, at [www.euro.who.int/Document/E89567.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E89567.pdf)]

Young LR, Nestle M. The contribution of expanding portion sizes to the US epidemic. *Am J Public Health* 2002; 92: 246-249.

## I. ANEXOS

### ANEXO 1

---

#### Objetivos del Seminario

1. Conocer y discutir las experiencias exitosas a distintos niveles (supranacionales, nacionales y locales) en la aplicación de políticas públicas para la reducción de la obesidad infantil.
2. Analizar la implementación, gestión y evaluación de las intervenciones exitosas, con especial énfasis en la coordinación intra /extra sectorial.
3. Discutir el sistema de monitoreo, vigilancia y evaluación de las políticas públicas contra la obesidad infantil en diversos países, con énfasis en los sistemas de recolección de datos e indicadores de implementación, gestión, resultados e impacto epidemiológico.
4. Evaluar la factibilidad de implementar estas experiencias exitosas de control de la obesidad en Chile y Región de las Américas, considerando la pertinencia cultural y territorial de la misma.

#### Agenda

##### 21 Enero 2013

- 8:00-8:30      **Inscripción**
- 8:30-9:00      **Inauguración.** Ministro de Salud. Dr Jaime Mañalich
- 9:00-10:30      **Presentaciones introductorias:**
1. Obesidad y pobreza. Dr. Manuel Peña, Consultor Senior en Nutrición, OPS
  2. Estilos de vida saludable, ¿Qué dice la evidencia? Dr. Attilio Rigotti, PUC.
  3. Necesidad de acción conjunta contra la obesidad infantil. Experiencia de la Unión Europea, Dr. Luis Moreno, Universidad de Zaragoza.
- 10:30-11:00      **Discusión (Moderador Roberto Del Águila)**
- 11:00-11:20      **Café**
- 11:20-12:20      **Presentaciones Experiencias Programáticas:**
1. Elige Vivir Sano, Chile. Sra. Pauline Kantor
  2. Programa 5 Pasos por tu Salud, México. Dr Armando Barriguete.
  3. La nueva estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez: Acción para las Américas, Dr. Christopher Drasbeck, OPS.
- 12:20-13:00      **Discusión (Moderadora María José Coloma)**
- 13:00-14:00      **Almuerzo**

- 14:00-15:30 **Presentaciones Experiencias Comunitarias:**
1. Programa “11 por la Salud” de FIFA. Dra Erika Díaz.
  2. Australian experiences in community-based prevention: an update from the World Health Organization Collaborating Centre for Obesity Prevention. Dr Steven Allender, Universidad de Deakin
  3. Transporte y recreación activa en Bogotá: Avances y desafíos. Dr. Luis Gómez, Pontificia Universidad Javeriana.
  4. Experiencias chilenas:
    - a. Peñalolén: Estrategia de Prevención de Obesidad Infantil- Proyecto Colegio Saludable, Srta. Ana María Gutiérrez.
    - b. Estación Central: La Estación más Saludable, Sr. José Lara.
    - c. Padre Hurtado: Programa Vida Sana: intervención en obesidad en niños, niñas y adolescentes. Sr. Rodrigo Espinoza

15:30-16:00 **Discusión (Moderador Carlos Becerra)**

16:00-16:20 **Café**

16:20-17:20 **Presentaciones Políticas Públicas y legislación:**

1. Políticas Públicas, acuerdos internacionales y experiencias en los países. Dr. Enrique Jacoby. OPS
2. Ley de Alimentos: Su etiquetado y publicidad. Sr Jaime Cornejo, MINSAL.
3. ¿Cómo regular una política pública de hábitos y estilos de vida saludables? Elige Vivir Sano. Sra. Daniela Godoy

17:20-17:50 **Discusión (Moderadora Marcia Erazo)**

**22 de Enero**

8:30- 13:00 **Trabajo grupal:**

1. Experiencias Programáticas
2. Experiencias Comunitarias
3. Políticas Públicas y Legislación

13:00 -14:30 **Almuerzo**

14:30-16:00 Presentación, discusión y refrendación resúmenes grupos de trabajo:

1. Experiencias Programáticas
2. Experiencias Comunitarias
3. Políticas Públicas y Legislación

16:00-17:00 Presentación, discusión y refrendación Documento “Llamamiento de Santiago sobre la necesidad de prevenir y controlar la Obesidad Infantil”.

17:00 **Cierre**



## ANEXO 2

---

### Lista de participantes

Alan Bojanic, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)

Amalia Palma, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Andrea González, Ilustre Municipalidad de Estación Central

Andrea Águila, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Andrés Barros, Fundación Chile

Armando Barriguete, Red EPODE Internacional, México

Attilio Rigotti, Pontificia Universidad Católica de Chile

Bárbara Lozecznik, Instituto Nacional del Deporte

Bárbara Donoso, Ministerio de Salud

Bárbara Leyton, Ministerio de Salud

Camilo Erazo, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Carlos Becerra, Ministerio de Salud

Carolina Araneda, Ministerio de Salud

Catalina Campos, Ministerio de Salud

Cecilia Castillo, Asociación de consumidores

Cecilia Moya, Ministerio de Salud

Christopher Drasbek, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Constanza Vergara, Asociación Chilena de Inocuidad Alimentaria (ACHIPIA)

Daniel Guerrero, Subdirección de Desarrollo Regional

Daniela Godoy, Presidencia de la República

Eduardo Atalah, Universidad de Chile

Enrique Jacoby, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Erika Ruiz, FIFA Colombia

Gemma Álvarez, Ilustre Municipalidad de Estación Central

Graciela Urrutia, Fundación Chile

Guadalupe Echeverría, Pontificia Universidad Católica de Chile

Heather Strain, Ministerio de Salud

Jaime Rozowski, Pontificia Universidad Católica de Chile

Jaime Cornejo, Ministerio de Salud

Javier Uribe, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

José Lara, Ilustre Municipalidad de Estación Central

José Antonio Pagés Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Juliana Kaín, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos Universidad de Chile (INTA)

Laura Iriarte, Agencia Chilena para la Inocuidad Alimentaria (ACHIPIA)

Lidia Urrutia, Instituto Nacional del Deporte

Lorena Rodríguez, Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN)

Lorna Luco, Ministerio de Salud

Luis Fernando Gómez, Pontificia Universidad Javeriana de Colombia

Luis Moreno, Universidad de Zaragoza, España

Manuel Espinoza, Red de Alimentación Escolar para América Latina

Manuel Peña, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Marcela Zúñiga, Ministerio de Salud

Marcia Erazo, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

María José Coloma, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)

María José Lobos, Televisión Nacional de Chile

Olivia Valdés, Fundación Chile

Paola Corral, Ministerio de Educación

Paolo Castro, Ministerio de Salud

Paula Fournies, Nestlé

Paulina Correa, Instituto Nacional del Deporte

Paulina Jiménez, Fundación alimenta

Pauline Kantor, Presidencia de la República

Paz Arancibia, Instituto Nacional del Deporte

Pedro Acuña, Ministerio de Salud

Rebeca Flores

Roberto Lagos, Presidencia de la República

Roberto Del Águila, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Rodrigo Espinoza, Ilustre Municipalidad de Padre Hurtado

Sylvia Santander, Ministerio de Salud

Steven Allender, Deakin University, Australia

Tito Pizarro, Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN)

Xenia Benavides, Ministerio de Salud

A/HRC/19/59



## Asamblea General

Distr. general  
26 de diciembre de 2011  
Español  
Original: inglés

### Consejo de Derechos Humanos

19º período de sesiones

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo**

### **Informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, Olivier De Schutter**

#### *Resumen*

En el presente informe, presentado al Consejo de Derechos Humanos con arreglo a su resolución 13/4, el Relator Especial sobre el derecho a la alimentación aborda la relación existente entre salud y malnutrición. Muestra por qué la desnutrición, la carencia de micronutrientes y la sobrealimentación son distintos aspectos de la malnutrición que deben encararse de forma conjunta con un enfoque de aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los sistemas alimentarios actuales no han conseguido acabar con el hambre y además promueven dietas que generan sobrepeso y obesidad, dos fenómenos que provocan aún más muertes en todo el mundo que un peso inferior al normal. Solo se conseguirá una transición hacia dietas sostenibles apoyando distintos sistemas de explotación agrícola que permitan garantizar a todas las personas el acceso a dietas adecuadas y al mismo tiempo respaldar los medios de subsistencia de los agricultores pobres, y que sean sostenibles desde un punto de vista ecológico. Las mujeres, como principales cuidadoras de los niños pequeños, deben poder tomar decisiones fundamentadas y autónomas en materia de alimentos y alimentación para que sus hijos puedan disfrutar del derecho a un nivel de nutrición que les asegure un crecimiento, una salud y un desarrollo adecuados. La adopción de un marco de derechos humanos puede servir para garantizar que las respuestas a corto plazo no excluyan la posibilidad de soluciones a largo plazo.

## Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción .....	1–3	60
II. Un triple desafío.....	4–12	61
A. El papel de los sistemas agroalimentarios: del aumento de la producción a la garantía de una dieta sostenible .....	4–5	61
B. Desnutrición y carencia de micronutrientes.....	6–8	61
C. Sobrepeso y obesidad .....	9–12	62
III. Lucha contra la carencia de micronutrientes.....	13–25	66
A. Iniciativas recientes centradas en la nutrición .....	13–14	66
El desafío de la sostenibilidad .....	15–21	67
C. El valor añadido de un marco de derechos humanos.....	22–25	70
IV. Combatir el sobrepeso y la obesidad.....	26–47	71
A. El papel de los sistemas agroalimentarios .....	26–36	71
B. Reestructuración de los sistemas agroalimentarios.....	37–47	74
V. Conclusiones y recomendaciones .....	48–53	79

## I. Introducción

1. El derecho a la alimentación no puede limitarse al derecho a no pasar hambre. Debe incluir también el derecho a una dieta adecuada que proporcione todos los elementos nutritivos que una persona necesita para llevar una vida sana y activa, y los medios para tener acceso a ellos. Los Estados tienen el deber de proteger el derecho a una dieta adecuada, en particular regulando el sistema alimentario, y de hacer efectivo el derecho a una alimentación adecuada reforzando proactivamente el acceso de su población a los recursos necesarios para poder tener dietas adecuadas<sup>1</sup>. Con este fin, en las Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional (Directrices sobre el derecho a la alimentación) se recomienda a los Estados velar por que los cambios en la disponibilidad de alimentos y en el acceso a ellos no afecten negativamente a la composición de la dieta y la ingesta dietética, así como apoyar la diversidad de la alimentación y hábitos sanos de consumo de alimentos, en particular la lactancia materna<sup>2</sup>. Las empresas del sector agroalimentario también tienen el deber de respetar el derecho a una alimentación adecuada, evitando vulnerar este derecho y tratando de impedir cualquier repercusión negativa de sus actividades en el disfrute de dicho derecho<sup>3</sup>. El propio sistema de las Naciones Unidas debe velar por que la nutrición se tenga en cuenta en todas las áreas de política pertinentes.

2. En el presente informe el Relator Especial aclara el contenido de esas obligaciones y examina las consecuencias del componente de adecuación del derecho a la alimentación para las políticas agrarias y para la modificación de los sistemas alimentarios. Es evidente que la nutrición no se limita al acceso que tienen los hogares a los alimentos, sino que está estrechamente ligada al estado de salud de cada uno de los miembros de la familia, las relaciones de poder en el hogar y la educación en materia de nutrición. Sin embargo, el presente informe se centrará en un conjunto de factores determinantes para los resultados nutricionales, que están relacionados con la producción, el procesamiento, la comercialización, la venta al por menor y el consumo de alimentos (con los sistemas agroalimentarios, en términos generales). Esta es solo una parte de la nutrición en su conjunto, pero una parte fundamental y una que actualmente está experimentando profundas transformaciones.

3. Para la elaboración del informe se celebraron varias consultas y reuniones de expertos. El Relator Especial desea expresar su agradecimiento a la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como a los participantes en la reunión de expertos que se celebró en Ginebra el 9 de mayo de 2011 y en el seminario organizado el 20 de mayo de 2011 por el Departamento sobre Género y Nutrición de la Universidad de Hohenheim. El Relator Especial también se reunió con la secretaria del Comité Permanente de Nutrición y con representantes de la Alianza Mundial para una Nutrición Mejorada (GAIN), incluido el presidente de su junta, y recibió actualizaciones periódicas sobre la iniciativa Movimiento para el Fomento de la Nutrición, entre otras cosas participando en la Reunión de Alto Nivel sobre Nutrición que se celebró en Nueva York el 20 de septiembre de 2011. Distintos interesados y científicos de todas las regiones, incluidos la Harvard Law and International Development Society y Oxford Pro Bono Publico, informaron al Representante Especial. Siguen a continuación las principales conclusiones del Relator sobre la forma en que puede conseguirse que los sistemas alimentarios garanticen el derecho a una dieta adecuada a todos los individuos.

---

<sup>1</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 12 (2009) sobre el derecho a una alimentación adecuada, párrs. 6, 9 y 15.

<sup>2</sup> Directriz 10.1.

<sup>3</sup> Principios Rectores sobre las empresas y los derechos humanos (A/HRC/17/31), principios 11 a 24.

## II. Un triple desafío

### A. El papel de los sistemas agroalimentarios: del aumento de la producción a la garantía de una dieta sostenible

4. Desde la década de 1960 la seguridad alimentaria se ha venido vinculando en gran medida a la producción, a menudo sin considerar su relación con la nutrición. El hambre y la malnutrición se asociaban a una falta de ingesta calórica. Dada la generalización del hambre en el mundo, este enfoque quizás resultaba comprensible. Sin embargo, este hecho hizo que se pusiera demasiado énfasis en aumentar la producción agrícola y en reducir los precios de los alimentos, sin prestar la debida atención a garantizar la disponibilidad y accesibilidad de un amplio abanico de alimentos diversos con los micronutrientes necesarios para asegurar el pleno desarrollo físico y mental de los niños y permitir a los adultos llevar vidas sanas y productivas. En otras palabras, al considerarse que el principal desafío era combatir la malnutrición proteico-calórica, se descuidó la exigencia de que la dieta resultara adecuada. Tampoco se tuvieron en cuenta, más allá de proporcionar alimentos disponibles a bajos precios, las demás funciones de la agricultura (asegurar ingresos dignos a los productores y mantener los ecosistemas).

5. Sin embargo, todo esto está cambiando. Hoy en día los expertos están de acuerdo en que los sistemas alimentarios deben garantizar el acceso de todos a "dietas sostenibles", entendidas como "dietas con bajo impacto ambiental que contribuyen a la seguridad alimentaria y nutricional y a la vida sana de las generaciones presentes y futuras. Las dietas sostenibles concurren a la protección y respeto de la biodiversidad y los ecosistemas, son culturalmente aceptables, económicamente justas, accesibles, asequibles, nutricionalmente adecuadas, inocuas y saludables, y permiten la optimización de los recursos naturales y humanos"<sup>4</sup>. Esta definición reconoce la necesidad de que los sistemas agroalimentarios dejen de centrarse exclusivamente en aumentar la producción y pasen a tener en cuenta la satisfacción de otros requisitos, como la adecuación de las dietas, la equidad social y la sostenibilidad ambiental. Todos estos elementos resultan esenciales para vencer de forma duradera el hambre y la malnutrición, como ya destacó el Relator Especial en informes anteriores.

### B. Desnutrición y carencia de micronutrientes

6. El mundo está pagando ahora un alto precio por haberse centrado casi exclusivamente en aumentar la producción durante el último medio siglo. La desnutrición sigue siendo considerable, en gran medida porque los sistemas agroalimentarios no han contribuido a aliviar la pobreza en las zonas rurales. Una de cada siete personas en el mundo sigue pasando hambre. En torno al 34% de los niños de países en desarrollo, 186 millones de niños en total, miden menos de lo que deberían medir para su edad, el síntoma más común de desnutrición crónica<sup>5</sup>. Aunque el índice de precios de los alimentos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), ajustado para tener en cuenta la inflación, refleja que el costo de los alimentos descendió desde principios de la década de 1960 hasta 2002 (aparte de un pico registrado en

<sup>4</sup> Definición aprobada por consenso por los participantes del Simposio científico internacional sobre biodiversidad y dietas sostenibles, celebrado del 3 al 5 de noviembre de 2010 en Roma. Véase el informe definitivo del simposio, pág. ix, disponible en [www.fao.org/ag/humannutrition/29186-021e012ff2db1b0eb6f6228e1d98c806a.pdf](http://www.fao.org/ag/humannutrition/29186-021e012ff2db1b0eb6f6228e1d98c806a.pdf).

<sup>5</sup> El 42% de los niños del África Subsahariana y el 48% de los niños del Asia Meridional sufren atrofiás. Véase [www.unicef.org/nutrition/index\\_statistics.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_statistics.html).

1973-1974), los más pobres siguen siendo aún demasiado pobres como para poder alimentarse dignamente porque la agricultura no se ha diseñado para apoyar los medios de vida de los grupos marginados y más vulnerables.

7. Asimismo, un gran número de personas (los niños y las mujeres se ven afectados de forma desproporcionada) experimentan carencias de micronutrientes. Al menos 100 millones de niños tienen carencia de vitamina A, lo que limita su crecimiento, debilita su sistema inmunológico y, en casos de carencia grave, ocasiona ceguera y aumenta la mortalidad. Entre 4.000 millones y 5.000 millones de personas sufren carencia de hierro, entre ellas la mitad de las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años de los países en desarrollo, y se calcula que 2.000 millones sufren anemia. La carencia de hierro afecta al crecimiento, al desarrollo cognitivo y a la función inmune, y hace que los niños no obtengan buenos resultados en la escuela y que los adultos sean menos productivos. La carencia de yodo y de zinc también incide negativamente en la salud y reduce las posibilidades de supervivencia infantil. En torno a un 30% de los hogares del mundo en desarrollo no consumen sal yodada, y los niños de madres con graves carencias de yodo tienen más probabilidades de sufrir problemas de aprendizaje o cretinismo. Por último, la falta de ciertas vitaminas y minerales también puede afectar al desarrollo físico y mental y al sistema inmunológico de las personas<sup>6</sup>.

8. Al igual que ocurre con la desnutrición, la carencia de micronutrientes (o "hambre oculta") también vulnera el derecho de los niños a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico y mental y al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, reconocidos en el párrafo 2 del artículo 6 y el párrafo 2 c) del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño. El entorno, y no la genética, es lo que explica las diferencias en el desarrollo de los niños entre las distintas regiones. Los patrones de crecimiento infantil de la OMS ponen de manifiesto que los niños y lactantes de distintas regiones geográficas del mundo muestran patrones de crecimiento muy similares cuando se satisfacen sus necesidades de salud y nutrición, por lo que, en principio, todos los niños tendrían el mismo potencial de crecimiento<sup>7</sup>. Por lo tanto, los Estados tienen el deber de fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y el mantenimiento de la lactancia, combinada con alimentos complementarios adecuados, hasta el segundo cumpleaños del niño; y de establecer sistemas alimentarios que puedan garantizar el acceso de todos los individuos no solo a una ingesta calórica suficiente sino también a dietas suficientemente variadas que aporten todo el abanico de micronutrientes necesarios.

### C. Sobrepeso y obesidad

9. Otro desafío en materia de nutrición es el de las personas cuya ingesta calórica supera la que necesitan. Hoy en día más de 1.000 millones de personas de todo el mundo tienen sobrepeso (índice de masa corporal (IMC) >25), y al menos 300 millones son obesas (IMC >30). El sobrepeso y la obesidad ocasionan 2,8 millones de muertes en todo el mundo, de forma que, en la actualidad, el 65% de la población mundial vive en países (todos los países de ingresos altos y la mayoría de los países de ingresos medianos) en los que el sobrepeso y la obesidad ocasionan más muertes que un peso inferior al normal<sup>8</sup>. En un país como los Estados Unidos de América, esto quiere decir que, en la actualidad, los niños podrían tener esperanzas de vida inferiores a las de sus padres<sup>9</sup>. Y sin embargo, la

<sup>6</sup> Véase [www.unicef.org/nutrition/index\\_bigpicture.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_bigpicture.html).

<sup>7</sup> Véase [www.who.int/entity/childgrowth/2\\_why.pdf](http://www.who.int/entity/childgrowth/2_why.pdf).

<sup>8</sup> OMS, *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010* (Ginebra, 2011), página 2 de la versión en inglés; OMS, *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks* (Ginebra, 2009), págs. 16 y 17.

<sup>9</sup> S. J. Olshansky y otros, "A potential decline in life expectancy in the United States in the 21<sup>st</sup> century", *New England Journal of Medicine*, vol. 352, N° 11 (2005), pág. 1143.



obesidad y las enfermedades no transmisibles vinculadas, en particular, a dietas poco sanas ya no están limitadas a los países ricos (véanse los gráficos 1 y 2). Se calcula que, para 2030, como consecuencia de estas enfermedades 5,1 millones de personas morirán al año en países pobres antes de alcanzar los 60 años, frente a los 3,8 millones que mueren actualmente<sup>10</sup>. La obesidad y el sobrepeso afectan como mínimo al 50% de la población de 19 de los 34 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)<sup>11</sup>, pero han pasado a considerarse problemas de salud pública en todas las regiones (véase el gráfico 2). Las muertes y dolencias derivadas de enfermedades no transmisibles superan actualmente a las de las enfermedades transmisibles en todas las regiones salvo en África, y está previsto que las muertes derivadas de enfermedades no transmisibles aumenten en un 15% en todo el mundo entre 2010 y 2020, y en más de un 20% en África, en el África Sudoriental y en el Mediterráneo Oriental<sup>12</sup>. Asimismo, estas enfermedades resultan mortales con mayor rapidez en los países pobres. Tanto en África como en el Sudeste Asiático el 41% de las muertes ocasionadas por elevados IMC se producen en personas de menos de 60 años, frente al 18% en los países de ingresos altos<sup>13</sup>. Para la sociedad el costo es inmenso, tanto el costo directo (atención sanitaria) como el costo indirecto (pérdida de productividad)<sup>14</sup>. Desde que aparece la obesidad hasta que aumenta el costo de la atención sanitaria pasa un plazo de tiempo considerable, pero se calcula, por ejemplo, que los costos derivados del sobrepeso y la obesidad en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte podrían aumentar en 2015 en hasta un 70% con respecto a 2007 y llegar a ser 2,4 veces superiores en 2025<sup>15</sup>. En países como la India y China está previsto que el impacto de la obesidad y la diabetes se dispare en los próximos años<sup>16</sup>. En promedio, un aumento del 10% en las enfermedades no transmisibles provocaría una pérdida del 0,5% en el producto interno bruto (PIB)<sup>17</sup>.

<sup>10</sup> R. Beaglehole y otros, "Priority actions for the non-communicable disease crisis", *Lancet*, vol. 377, N° 9775 (2011), págs. 1438 a 1447.

<sup>11</sup> OCDE, *Health at a Glance 2011* (París, 2011), pág. 54.

<sup>12</sup> OMS, *Informe sobre la situación mundial*, página 9 de la versión en inglés.

<sup>13</sup> OMS, *Global Health Risks*, pág. 17.

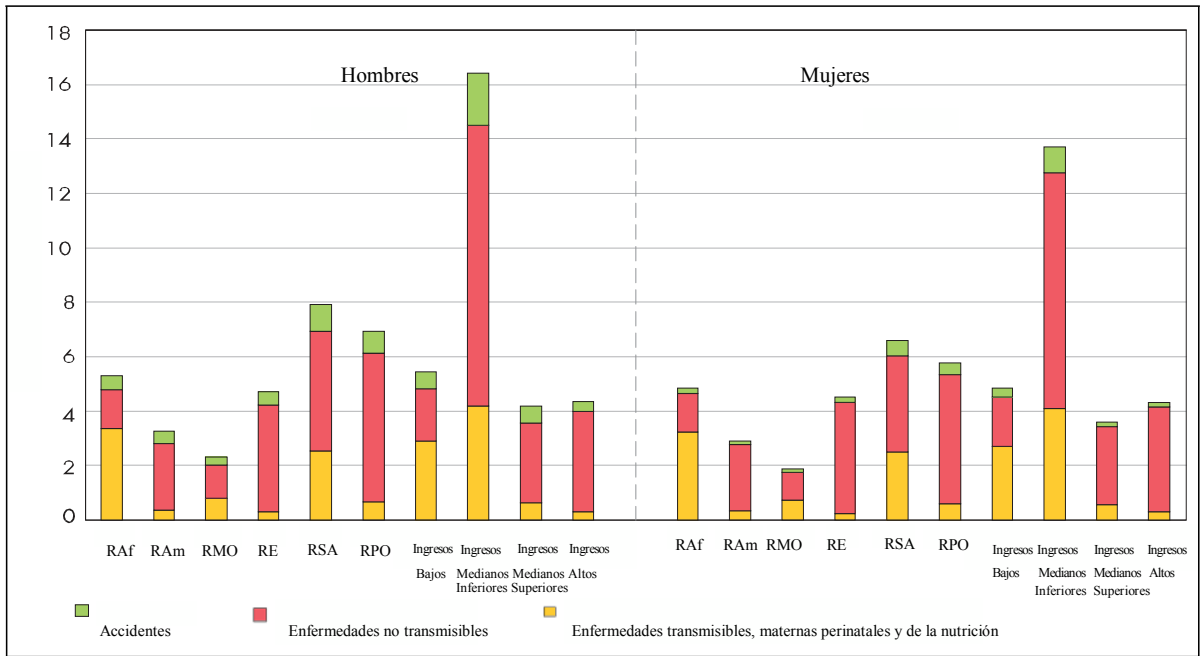
<sup>14</sup> En los Estados Unidos, los gastos médicos directos y los gastos indirectos atribuibles a la diabetes en 2002 se calcularon en 132.000 millones de dólares de los Estados Unidos, más del doble del total del costo sanitario para ese año (American Diabetes Association, "Economic costs of diabetes in the US in 2002", *Diabetes Care*, vol. 26, N° 3 (2003), pág. 917. En 2007 la cifra era de 174.000 millones de dólares de los Estados Unidos (American Diabetes Association, "Economic costs of diabetes in the US in 2007", *Diabetes Care*, vol. 31, N° 3 (2008), pág. 596. En la región de América Latina y el Caribe el costo sanitario por casos de diabetes se sitúa en 65.000 millones de dólares al año, o entre el 2% y el 4% del PIB (informe del Secretario General (A/66/83), párr. 28).

<sup>15</sup> Reino Unido, Oficina Gubernamental para la Ciencia, *Tackling Obesity: Future Choices* (2007), pág. 40.

<sup>16</sup> B. M. Popkin, "Will China's nutrition transition overwhelm its health care system and slow economic growth?" *Health Affairs*, vol. 27, N° 4 (2008), pág. 1072 (calculando que el costo económico indirecto del sobrepeso y la obesidad podría alcanzar el 8,73% del PIB en 2025).

<sup>17</sup> OMS, *Informe sobre la situación mundial*, página 3 de la versión en inglés.

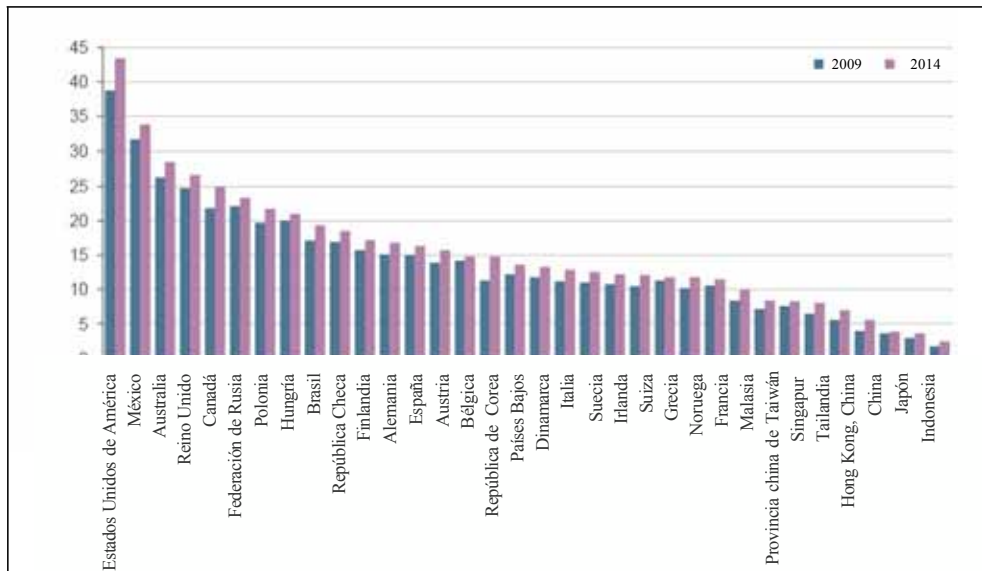
Gráfico 1  
**Total de muertes por grupo general de causa, por región de la OMS, grupo de ingresos del Banco Mundial y género, 2008**



Fuente: OMS, *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010* (Ginebra, 2011), página 10 de la versión en inglés.

Nota: RAF = Región de África, RAM = Región de las Américas, RMO = Región del Mediterráneo Oriental, RE = Región de Europa, RSA = Región de Asia Sudoriental, RPO = Región del Pacífico Occidental.

Gráfico 2  
**Población obesa (IMC 30 kg/m<sup>2</sup> o más) 2009/2014**



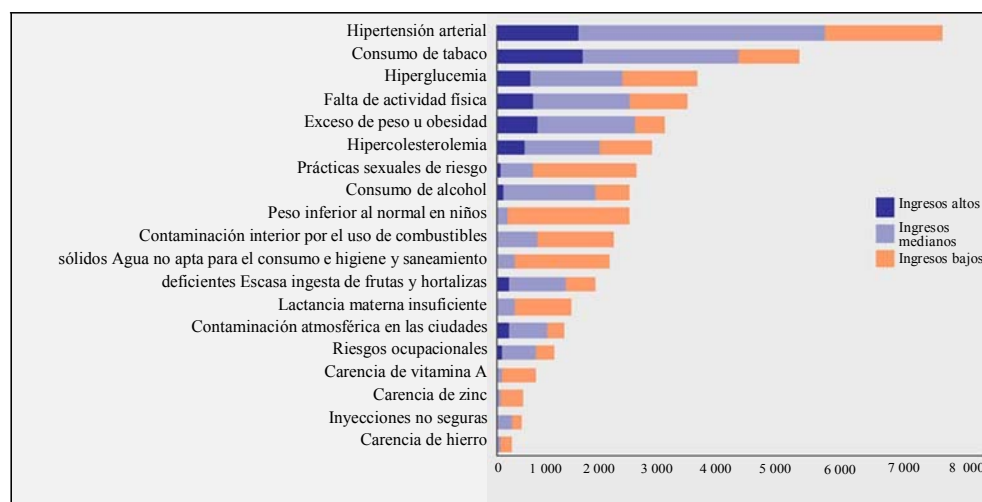
Fuente: Euromonitor International, *Cardiovascular Health: A Key Area of Functional Food and Drinks Development* (junio de 2010).

10. Los efectos en la salud de una mala dieta son bien conocidos<sup>18</sup>. Las dietas ricas en sal y alcohol, combinadas con la falta de ejercicio<sup>19</sup>, suelen hacer que aumente la tensión arterial, lo que a su vez hace aumentar el riesgo de accidentes cerebrovasculares, cardiopatías e insuficiencia renal. En torno al 51% de los accidentes cerebrovasculares de todo el mundo y el 45% de las cardiopatías isquémicas pueden atribuirse a una tensión arterial alta, un fenómeno que afecta particularmente a los países europeos y africanos de ingresos medianos. Las dietas ricas en grasas saturadas y la inactividad física pueden hacer aumentar los niveles de colesterol, otro factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y causa de 2,6 millones de muertes al año<sup>20</sup>. Los cambios en las dietas y la falta de ejercicio físico pueden provocar una resistencia a la insulina o hacer, de algún otro modo, que aumente la glucosa en sangre, responsable del 6% de las muertes en todo el mundo, al exponer a los individuos afectados a diabetes, cardiopatías o accidentes cerebrovasculares. Algunos preparados para lactantes con acabados de glicación avanzada muy superiores a los de la leche podrían predisponer a la diabetes<sup>21</sup>. Por último, las dietas poco saludables aumentan el riesgo de cáncer de pecho, colon, próstata y otros órganos, y un bajo consumo de frutas y verduras, por ejemplo, aumenta el riesgo de padecer no solo enfermedades cardiovasculares sino también cánceres gastrointestinales.

Gráfico 3

### Las 19 principales causas de muertes prematuras (en todo el mundo, por nivel de ingresos del país, 2004)

Mortalidad en miles (total: 58,8 millones)



Fuente: OMS, *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks* (Ginebra, 2009), pág. 10.

<sup>18</sup> OMS, *Global Health Risks*, págs. 16 a 18.

<sup>19</sup> En el presente informe el Relator Especial no analizará la falta de ejercicio físico derivada de la urbanización y los cambios en los medios de transporte, un factor de riesgo importante que, en conjunción con las dietas de alto contenido energético, contribuye a la aparición de enfermedades no transmisibles. Se calcula que este factor es el responsable entre el 21% y el 25%, aproximadamente, de los cánceres de pecho y colon, el 27% de los casos de diabetes y en torno al 30% de cardiopatías isquémicas.

<sup>20</sup> OMS, *Global Health Risks*, pág. 16, e *Informe sobre la situación mundial*, página 2 de la versión en inglés.

<sup>21</sup> V. Mericq y otros, "Maternally transmitted and food-derived glycotoxins", *Diabetes Care*, vol. 33, N° 10 (2010), págs. 2232 a 2237.

11. La lucha contra las enfermedades no transmisibles no cuenta con financiación suficiente, en parte porque no se incluyó en los Objetivos de Desarrollo del Milenio que se aprobaron en 2000. Menos del 3% de la asistencia para el desarrollo destinada a la salud se destina a combatir estas enfermedades, aunque sean las causantes de más de un tercio de todas las muertes prematuras<sup>22</sup>. Los segmentos más pobres de la población se ven afectados de forma desproporcionada<sup>23</sup>. Las familias pobres a veces no pueden permitirse el mayor gasto en salud que estas enfermedades suponen. Cada año, 100 millones de personas se ven arrastradas a la pobreza por no poder permitirse los servicios sanitarios que necesitan<sup>24</sup>. En la India, por ejemplo, el tratamiento de la diabetes le cuesta en promedio al individuo afectado entre el 15% y el 25% de los ingresos familiares<sup>25</sup>, y las enfermedades cardiovasculares generan gastos catastróficos para el 25% de las familias de la India y arrastran a la pobreza al 10% de las familias<sup>26</sup>. Asimismo, es posible que las personas enfermas no puedan trabajar y que sus familiares deban encargarse de su cuidado, lo que genera pérdidas de ingresos. Puede pasar que el promedio de las familias pobres sea menos consciente de los riesgos de una dieta poco saludable y que no tenga recursos para mejorar su dieta.

12. Deberán reconfigurarse los sistemas agroalimentarios para hacer frente a todos los aspectos de la malnutrición (desnutrición, carencia de micronutrientes y sobrealimentación) conjuntamente, y no por separado. La malnutrición, en todas sus formas, no puede combatirse aplicando un enfoque de ciencias de la alimentación exclusivamente, como facilitar "alimentos saludables" enriquecidos con micronutrientes o alimentos terapéuticos listos para el consumo destinados a combatir la carencia de micronutrientes o los efectos negativos para la salud de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, sodio y azúcar. Para garantizar una disponibilidad y accesibilidad adecuadas de frutas y verduras y una dieta suficientemente equilibrada y variada entre los distintos grupos de alimentos, será necesario reformar los sistemas agroalimentarios. Esto significa dar prioridad al acceso a dietas adecuadas sostenibles desde el punto de vista social y medioambiental sobre la mera provisión de calorías baratas. Las intervenciones encaminadas a combatir las distintas formas de malnutrición anteriormente descritas deben valorarse en función de si favorecen u obstaculizan este cambio en las prioridades.

### III. Lucha contra la carencia de micronutrientes

#### A. Iniciativas recientes centradas en la nutrición

13. Mediante una serie de medidas recientes se ha intentado combatir la carencia de micronutrientes, yendo más allá del enfoque tradicional de la baja ingesta calórica. El Programa Mundial de Alimentos y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) pusieron en marcha en 2006 la Iniciativa encaminada a poner fin al hambre y la

<sup>22</sup> R. Nugent y A. Feigl, "Where have all the donors gone? Scarce donor funding for non-communicable diseases", Centro para el Desarrollo Mundial, Documento de trabajo N° 228 (Washington, D.C., 2010), pág. 17.

<sup>23</sup> Ala Din Alwan y otros, "El desarrollo en peligro: la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas se ocupará de las enfermedades no transmisibles", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 89 (2011), páginas 546 y 546A de la versión en inglés.

<sup>24</sup> OMS, *Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal* (Ginebra, 2010), pág. 5.

<sup>25</sup> A. Ramachandran y otros, "Increasing expenditure on health care incurred by diabetic subjects in a developing country: a study from India", *Diabetes Care*, vol. 30, N° 2 (2007), págs. 252 a 256.

<sup>26</sup> A. Mahal y otros, *The Economic Implications of Non-Communicable Disease for India*, Health, Nutrition and Population Discussion Paper (Washington, D.C., Banco Mundial, 2010).

desnutrición entre los niños. En 2008, la FAO, la OMS y el UNICEF pusieron en marcha la iniciativa de Esfuerzos Renovados contra el Hambre Infantil (REACH) para intensificar las medidas destinadas a combatir la desnutrición infantil mediante una acción coordinada de los organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil, los donantes y el sector privado en el marco de planes liderados por los países. El Equipo de Tareas de Alto Nivel sobre la crisis mundial de la seguridad alimentaria del Secretario General, integrado por 22 miembros, ha actualizado el Marco Integral de Acción para abordar de forma expresa la seguridad alimentaria y nutricional y prestar especial atención a la relación existente entre agricultura, sistemas alimentarios y resultados nutricionales. Por último, la iniciativa de múltiples interesados Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN), puesta en marcha en 2009 y que ha ido adquiriendo fuerza desde la presentación del Marco para el Fomento de la Nutrición en abril de 2010, trata de promover inversiones y medidas concretas para mejorar la nutrición de las madres y los niños durante el período de 1.000 días comprendido entre el embarazo y la edad de 2 años del niño, durante el cual una mejor nutrición puede incidir de forma determinante en su futuro.

14. Además de alentar a los gobiernos a aprobar planes nacionales para que la nutrición reciba más atención en las distintas políticas sectoriales, el SUN también incluye el establecimiento de vínculos de asociación entre las empresas, la sociedad civil y los gobiernos para fomentar la atención a la nutrición mediante estrategias relacionadas con esta a lo largo de la cadena de valor a nivel nacional. Entre las intervenciones del sector privado figuran la producción de productos alimenticios fortificados, el fomento de un comportamiento saludable en términos nutricionales, la creación de entornos de trabajo que permitan a las mujeres garantizar una buena nutrición para ellas y sus hijos, el velar por que los grupos de bajos ingresos puedan acceder a productos con valor nutricional y la creación de capacidad local por medio de la transmisión de conocimientos y tecnología. Algunas de estas asociaciones reciben el apoyo de GAIN, la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición, en sus siglas en inglés, una asociación entre los sectores público y privado que se creó durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de 2002 relativo a los niños. Desde entonces, GAIN ha establecido contactos con 600 empresas mediante 36 amplios proyectos en más de 25 países para mejorar el acceso a micronutrientes ausentes en las dietas. Según sus promotores, cerca de 400 millones de personas se benefician de ella mediante productos alimenticios de mayor valor nutritivo.

## **B. El desafío de la sostenibilidad**

15. En el presente informe no se abordarán las evaluaciones de estas distintas iniciativas de promoción de la nutrición y los proyectos englobados en la iniciativa SUN. Debe valorarse positivamente el que la nutrición adquiera cada vez más relevancia a nivel internacional. También resulta positivo que SUN reconozca la necesidad de que las medidas de fomento de la nutrición estén lideradas por las autoridades nacionales a través de un enfoque intersectorial y de que aúnen el compromiso y apoyo de los gobiernos de los países en desarrollo, los donantes, la sociedad civil, los organismos de desarrollo y el sector privado. Sin embargo, al prestar asistencia estos actores no deben pasar por alto los derechos que el derecho internacional confiere a las mujeres, los niños, las minorías, los refugiados, los desplazados internos y demás grupos que puedan verse marginados o discriminados. Aunque el Relator Especial valora los avances realizados en el marco de SUN, pide que sus iniciativas se alineen expresamente con los derechos humanos, incluido el derecho a la alimentación. A este respecto habría que hacer una serie de observaciones.

16. En primer lugar, resulta preocupante que el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de 1981<sup>27</sup> y las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud sigan sin aplicarse suficientemente, a pesar del amplio reconocimiento de que la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida y el mantenimiento de la lactancia, combinada con alimentos complementarios seguros y adecuados, hasta el segundo cumpleaños del niño e incluso más allá es la mejor forma de alimentar al niño y reduce el riesgo de obesidad y de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida<sup>28</sup>. Los países comprometidos con el fomento de la nutrición deberían empezar por regular la comercialización de preparados para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna, conforme a lo establecido en la resolución 63.23 de la Asamblea Mundial de la Salud y aplicando todas las recomendaciones de la OMS sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna y alimentos y bebidas no alcohólicas a niños, conforme a lo dispuesto en la resolución 63.14 de la Asamblea Mundial de la Salud.

17. En segundo lugar, el hecho de centrar la atención en las mujeres embarazadas, las mujeres en período de lactancia y los lactantes, en algunas iniciativas recientes sobre nutrición, aunque es comprensible, no debe disminuir la importancia de satisfacer las necesidades nutricionales de otros grupos como el resto de los niños, las mujeres no embarazadas ni en período de lactancia, los adolescentes y los ancianos. El derecho a una alimentación adecuada, que incluye una nutrición adecuada, es un derecho universal garantizado a todos. Así, para hacerlo efectivo son necesarias estrategias nacionales de base amplia, que aborden todos los factores que generan malnutrición, en vez de optar por iniciativas centradas exclusivamente en necesidades concretas del desarrollo del niño desde su concepción hasta que cumple los 2 años.

18. En tercer lugar, aunque las intervenciones destinadas a mejorar la nutrición y centradas en las mujeres embarazadas y en período de lactancia y en los niños de hasta 2 años son fundamentales, no por ello deja de ser necesario combatir las causas estructurales de la desnutrición o las dietas inadecuadas. El Relator Especial ya señaló anteriormente que las principales causas estructurales son unos sistemas alimentarios inequitativos que no incluyen suficientemente a los pequeños agricultores más pobres ni contribuyen a reducir la pobreza en las zonas rurales<sup>29</sup>, así como la prioridad otorgada al monocultivo de determinados alimentos básicos en vez de optar por sistemas agrícolas diversos que contribuyan a garantizar dietas más adecuadas<sup>30</sup>. La vulneración de los derechos de las mujeres, la desigualdad entre los géneros y la falta de empoderamiento de las mujeres son otros de los principales motivos de los malos resultados nutricionales. Mejorar el acceso de las mujeres a los recursos productivos<sup>31</sup>, permitir que tomen decisiones sobre el presupuesto del hogar<sup>32</sup> y protegerlas de cualquier presión, por ejemplo

<sup>27</sup> Aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución 34.22.

<sup>28</sup> Véase la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (resolución 66/2 de la Asamblea General, anexo, párr. 43 i).

<sup>29</sup> A/HRC/13/33 y A/66/262 (cadenas alimentarias), A/65/281 (acceso a la tierra) y A/64/170 (políticas de semillas).

<sup>30</sup> A/HRC/16/49, párrs. 26 y 27.

<sup>31</sup> Véase FAO, *El estado mundial de la agricultura y la alimentación 2010-2011: Las mujeres en la agricultura. Cerrar la brecha de género en aras del desarrollo* (Roma, 2011). Reducir las diferencias entre los géneros en la agricultura haría aumentar la producción agrícola en entre un 2,5% y un 4%, reduciéndose así el hambre y la pobreza (pág. vi).

<sup>32</sup> M. Walsh, "Women in food aid interventions: impacts and issues", en *Time for Change: Food Aid and Development* (Programa Mundial de Alimentos, Roma, 2008). Las posibilidades de supervivencia de los niños aumentan en un 20% cuando la madre controla el presupuesto familiar.

de tipo económico, que las empuje a renunciar a la práctica óptima del amamantamiento contribuiría considerablemente a obtener resultados nutricionales positivos.

19. Deben mantenerse los esfuerzos en estos frentes. Las intervenciones en materia de nutrición deberían integrarse en estrategias más amplias que garanticen el disfrute del derecho a una alimentación adecuada. Por ejemplo, podría ser necesario suministrar alimentos enriquecidos (para mejorar su contenido nutricional) cuando la producción local no esté lo suficientemente diversificada y no pueda ofrecer todos los alimentos que se necesitan para una dieta adecuada. A largo plazo resultará más sostenible modificar y reforzar los sistemas alimentarios locales mediante sistemas de producción agrícola diversificados que garanticen la disponibilidad y accesibilidad de dietas adecuadas. Los sistemas alimentarios basados en condiciones y conocimientos locales, como los cultivos familiares o comunitarios, pueden ser una forma rentable de combatir la carencia de micronutrientes, como ponen de manifiesto algunos ejemplos en Bangladesh, Camboya, el Níger y Sudáfrica<sup>33</sup>. Estos sistemas alimentarios alternativos ofrecen la ventaja adicional de que aumentan los ingresos de las comunidades locales y su resistencia a posibles crisis de precios, otra posible forma de lograr resultados nutricionales positivos.

20. En cuarto lugar, podrían plantearse preocupaciones en torno a la relación existente entre soluciones que dependen de la importación de tecnologías y productos y los contextos locales en que se aplican dichas soluciones. La tecnología desempeña un papel fundamental en la mejora de la nutrición. Por ejemplo, la yodación de la sal es una forma rentable de reducir la carencia de yodo. La biofortificación (la mejora a nivel de los cultivos del contenido en micronutrientes de los alimentos básicos) puede beneficiar considerablemente a las poblaciones rurales, mejorando su acceso a alimentos ricos en nutrientes producidos localmente a precios más asequibles, como pone de manifiesto la decisión de cultivar la batata de pulpa anaranjada en Mozambique, que permitió reducir considerablemente la carencia de vitamina A<sup>34</sup>. Sin embargo, estas tecnologías podrían generar una dependencia a largo plazo en las comunidades en las que se aplican si se protegen con derechos de propiedad intelectual. También podrían reducirse las oportunidades y el acceso a los mercados de los agricultores locales si las tecnologías dan lugar a la creación de nuevos mercados que son acaparados por los agentes económicos que las introducen.

21. El debate sobre las contribuciones de GAIN es buen ejemplo de ello. Uno de los motivos de que las empresas se asocien con GAIN es para llegar a "la base de la pirámide", es decir, a posibles clientes demasiado pobres como para constituir un mercado solvente a corto plazo. Sin embargo, las iniciativas apoyadas por GAIN no deberían excluir soluciones sostenibles y equitativas en que los productores locales abastezcan a las personas. Algunos proyectos de GAIN sí fomentan la capacidad de los productores locales y pueden mantenerse a largo plazo sin ayuda externa. Sin embargo, las iniciativas de este tipo deben incluir estrategias de salida claras que permitan a las comunidades autoalimentarse. En este sentido, el apoyo de los donantes a GAIN debería depender del cumplimiento del requisito de subsidiariedad y de la adopción de una estrategia de salida clara. En concreto, y tal y

<sup>32</sup> Véanse M. Faber y A. J. S. Benadé, "Integrated home-gardening and community-based growth monitoring activities to alleviate vitamin A deficiency in a rural village in South Africa", *Food, Nutrition and Agriculture*, N° 32 (2003), págs. 24 a

<sup>33</sup> Véase también A/HRC/19/59/Add.3, párrs. 47 a 49 (sobre huertos familiares y agricultura urbana en la provincia de KwaZulu Natal). Para obtener ejemplos de países de Asia, véanse Helen Keller International, "Homestead Food Production for Improving Micronutrient Status of Women and Children, Poverty Reduction and Promotion of Gender Equality", 2006, y Banco Mundial, *From Agriculture to Nutrition: Pathways, Synergies and Outcomes* (Washington, 2007), págs. 39 a 42.

<sup>34</sup> J. Low y otros, "A food-based approach introducing orange-fleshed sweet potatoes increased vitamin A intake and serum retinol concentrations among young children in rural Mozambique", *Journal of Nutrition*, vol. 137 (2007), págs. 1320 a 1327.

como se señalaba en la propuesta de proyecto de código de conducta para la consecución de dietas sostenibles, "cuando los ecosistemas son capaces de sustentar dietas sostenibles, las intervenciones, las políticas y los programas de nutrición que fomentan el uso de suplementos, alimentos terapéuticos listos para el consumo, enriquecedores alimentarios y preparados para lactantes resultan inadecuados y pueden provocar malnutrición. (...) La comercialización de estos sucedáneos de alimentos y de productos conexos podría llegar a generar graves problemas de salud"<sup>35</sup>.

### C. El valor añadido de un marco de derechos humanos

22. Las anteriores iniciativas en materia de nutrición pueden reforzarse adoptando un enfoque basado en los derechos humanos (rendición de cuentas, participación y no discriminación) e integrándose en estrategias nacionales más amplias destinadas a garantizar el disfrute del derecho a la alimentación. Dicho enfoque aumentaría la eficacia y la capacidad de contribuir a soluciones sostenibles a largo plazo.

23. La *rendición de cuentas* exige que, una vez adquiridos los compromisos y fijadas las metas, se supervisen los avances en el suministro de los recursos. De no lograrse los resultados previstos, se redefinirán los medios empleados. Por consiguiente, resulta fundamental crear indicadores que midan las aportaciones, los resultados y los procesos, y que se adopten medidas correctivas cuando los recursos prometidos no se suministren o no se alcancen los resultados previstos<sup>36</sup>.

24. El requisito de la *participación*, conforme a lo establecido en la directriz 10.3 de las Directrices sobre el derecho a la alimentación, asegura que se tengan en cuenta los contextos nutricionales y agrícolas locales. También implica que las soluciones se basen en la demanda, que se definan los asociados locales y que las medidas lideradas por los países no se equiparen a medidas lideradas por los gobiernos. Además permite encontrar soluciones alternativas basadas en las condiciones y los conocimientos locales, como cultivos familiares o comunitarios. La participación exige que los beneficiarios tomen parte en el proceso de evaluación y que colaboren en el diseño de las soluciones que más podrían beneficiarles. Esto no solo significa empoderamiento de los beneficiarios, sino que además aumenta la eficacia de las intervenciones al crear un circuito de retroinformación que posibilita un aprendizaje constante y una mejora de las políticas.

25. El requisito de la *no discriminación* garantiza que las intervenciones estén centradas específicamente en los grupos más vulnerables y marginados y que tengan en cuenta la perspectiva de género. Por último, la aprobación por los gobiernos de *estrategias nacionales para la realización del derecho a la alimentación* por medios participativos debería garantizar la determinación de las necesidades de todos los grupos, incluidas las mujeres embarazadas y en período de lactancia y los lactantes, y la planificación de medidas para atender dichas necesidades. Estas estrategias también deberían vincular las medidas destinadas a mejorar la nutrición en la primera infancia con las etapas posteriores de la vida, a través de la adopción de una perspectiva que abarcara la totalidad del ciclo vital, conforme a las recomendaciones de la OMS<sup>37</sup>, para tener en cuenta, por ejemplo, que,

<sup>35</sup> Informe definitivo del Simposio científico internacional sobre biodiversidad y dietas sostenibles (véase nota 4 *supra*), pág. 16.

<sup>36</sup> Compárese con la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños del Secretario General puesta en marcha el 22 de septiembre de 2010 y que se centra expresamente en el derecho humano al más alto nivel posible de salud física y mental y considera fundamental la rendición de cuentas.

<sup>37</sup> Véase la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, resolución 57.17 de la Asamblea Mundial de la Salud, anexo, párr. 28. R. Uauy y J. Kain hablan de la importancia de este enfoque en "The epidemiological transition: need to incorporate obesity prevention into nutrition programmes", *Public Health Nutrition*, vol. 5, N° (2002), págs. 223 a 229.



a diferencia de la leche materna, los sucedáneos de esa leche pueden provocar obesidad. Asimismo deberían facilitar la coordinación interdepartamental, en el reconocimiento de que el derecho a una dieta adecuada exige la colaboración de todos los niveles del gobierno, y permitir establecer un marco estable y plurianual que creara las condiciones necesarias tanto para las inversiones privadas como para un esfuerzo continuado del Gobierno.

## IV. Combatir el sobrepeso y la obesidad

### A. El papel de los sistemas agroalimentarios

26. En la sección II, el Relator Especial describe el considerable crecimiento de las enfermedades no transmisibles y las muertes evitables en todas las regiones. Esto se explica por una amplia gama de factores, como son el tabaco y el consumo de alcohol, una menor actividad física a causa de la urbanización y, por ende, estilos de vida más sedentarios y dietas inadecuadas. Las muertes evitables suelen atribuirse al "estilo de vida elegido", es decir, hacer menos ejercicio, consumir más sal, azúcar y grasa. Pero se trata de un problema sistémico. Hemos creado entornos generadores de obesidad y hemos diseñado sistemas alimentarios que, con frecuencia, se oponen a estilos de vida más sanos en vez de propiciarlos<sup>38</sup>. La transformación de los sistemas agroalimentarios es un aspecto fundamental de esa pauta.

#### 1. Políticas agrícolas

27. La producción agrícola ha aumentado de forma espectacular en los últimos 40 años, resultado de una combinación de la selección genética de los cultivos, el uso intensivo de fertilizantes, la mecanización de la producción en las grandes plantaciones en nuevas áreas de cultivo y, en los países que podían permitírselo, los subsidios agrícolas y las intensas actividades de investigación y desarrollo. Sin embargo, hubo un desequilibrio en este proceso. Se fomentó el cultivo de algunos cereales básicos y de soja, y los subsidios otorgados fueron en parte responsables de una producción y un consumo excesivos<sup>39</sup>. En comparación, se hizo muy poco por mejorar la disponibilidad y asequibilidad de legumbres como las lentejas o los guisantes de angola, o de frutas y verduras, por ejemplo, reduciendo las pérdidas después de la cosecha y mejorando la comercialización con una mejor infraestructura de transporte entre agricultores y consumidores.

28. ¿Cuál fue el resultado? Entre 1961 y 2009, mientras la producción de frutas y verduras aumentó en 332%, la de semillas oleaginosas creció un 610% y la de carne, un 372%<sup>40</sup>. Este fenómeno se asocia a los cambios en la alimentación. Aproximadamente durante el mismo período (1963-2003), en los países en desarrollo aumentó la cantidad de calorías procedentes de la carne (119%), el azúcar (127%) y los aceites vegetales (199%), y en los países industrializados también se registró un mayor consumo de aceites vegetales (105%). Globalmente, las dietas se hicieron hipercalóricas y ricas en azúcar, sal y grasas saturadas, ya que muchos alimentos ricos en fibra fueron sustituidos por alimentos altamente procesados<sup>41</sup>.

<sup>38</sup> Véase D. Stuckler y K. Siegel, eds., *Sick Societies: Responding to the Global Challenge of Chronic Disease* (Nueva York, Oxford University Press, 2011).

<sup>39</sup> Véase L. S. Elinder, "Obesity, hunger and agriculture: the damaging role of subsidies", *British Medical Journal*, vol. 331, N° 7528 (2005), págs. 1333 a 1336.

<sup>40</sup> Consejo de Chicago sobre Asuntos Mundiales, *Bringing Agriculture to the Table: How Agriculture and Food Can Play a Role in Preventing Chronic Disease* (2011) (estudio de un grupo de expertos presidido por Rachel Nugent), pág. 29.

<sup>41</sup> J. Kearney, "Food consumption trends and drivers", *Philosophical Transactions of The Royal Society*, vol. 365, N° 1554 (2010), pág. 2795.

29. Las políticas agrícolas han provocado cambios en la alimentación de dos maneras. En primer lugar, el maíz y la soja se han convertido en insumos económicos en las industrias alimentaria y pecuaria. La mayor parte de la soja del mundo se transforma en alimento para animales y en aceite vegetal. Cada vez se utilizan mayores cantidades de cereales (principalmente maíz) para producir edulcorantes derivados del almidón (jarabe de maíz rico en fructosa), lo cual explica en gran medida el aumento mundial en el consumo de edulcorantes calóricos. En 2000, el consumo diario por persona era de 306 kcal, aproximadamente un tercio más que en 1962, y por entonces los edulcorantes calóricos también representaban una proporción mayor de ingesta total de calorías e hidratos de carbono<sup>42</sup>. A causa de la disminución considerable de los precios de los cultivos básicos, la industria agroalimentaria respondió "añadiendo valor" con un mayor procesamiento de los alimentos, con lo que las dietas pasaron a ser más ricas en grasas saturadas y ácidos grasos trans, sal y azúcares. Todo ello, combinado con la urbanización y las mayores tasas de empleo femenino, precipitó la rápida expansión de los alimentos procesados, tanto a nivel nacional como a través de las exportaciones que inundaron los mercados extranjeros.

30. En segundo lugar, el precio influyó en la alimentación, puesto que cambiaron los precios relativos de los alimentos en la cesta de consumo. En países de altos ingresos, una alimentación sana que incluya una amplia variedad de frutas y verduras es más cara que una alimentación rica en aceites, azúcares y grasas<sup>43</sup>. Si bien este no es *el* motivo del aumento del sobrepeso y la obesidad en los últimos años, es sin duda *uno* de los factores responsables de esta situación, y causa importantes disparidades socioeconómicas en la calidad de la alimentación. Los científicos han encontrado una estrecha relación entre niveles bajos de educación y de ingresos y mayores tasas de obesidad, diabetes de tipo 2 y enfermedades coronarias<sup>44</sup>.

31. Esto no debería permitirse. Toda sociedad en la que una alimentación sana es más cara que una poco sana es una sociedad que debe enmendar su sistema de precios, necesidad aún más imperiosa cuando los más pobres no logran tener una alimentación que no sea perjudicial para su salud.

## 2. Globalización de la cadena alimentaria

32. La globalización de las cadenas de distribución de alimentos afecta a la nutrición de dos maneras. En primer lugar, la pauta general ha sido que los países en desarrollo exportan alimentos de alta calidad, verduras y frutas tropicales en particular, a los países ricos, mientras que importan cereales refinados. Esto significa que mientras que un aumento del comercio puede haber reducido el precio de los macronutrientes en los países de bajos ingresos (aunque con una mayor vulnerabilidad ante los cambios bruscos en los precios), ha sucedido lo contrario en el caso de productos ricos en micronutrientes, lo que ha llevado a las familias pobres de los países en desarrollo a cambiar por una alimentación monótona, pobre en micronutrientes, basada principalmente en alimentos básicos feculentos, ya que una dieta más variada puede ser costosa o menos asequible que la formada por productos

<sup>42</sup> B. M. Popkin y S. J. Nielsen, "The sweetening of the world's diet", *Obesity Research*, vol. 11 (2003), págs. 1326 y 1328.

<sup>43</sup> P. Monsivais y otros, "Following federal guidelines to increase nutrient consumption may lead to higher food costs for consumers", *Health Affairs*, vol. 30, N° 8 (2011), págs. 1471 a 1477; C. Rehm y otros, "The quality and monetary value of diets consumed by adults in the United States", *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 94, N° 5 (2011), págs. 1333 a 1339.

<sup>44</sup> J. Banks y otros, "Disease and disadvantage in the United States and in England", *Journal of the American Medical Association*, vol. 295, N° 17 (2006), págs. 2037 a 2045; P. Monsivais y otros, "Are socio-economic disparities in diet quality explained by diet cost?", *Journal of Epidemiology and Community Health* (solo disponible en línea), 2010.

básicos<sup>45</sup>. Este efecto de los precios puede afectar a la nutrición como consecuencia de la evolución de los precios relativos de los alimentos.

33. En segundo lugar, la globalización de la cadena alimentaria provoca un cambio de una alimentación rica en hidratos de carbono complejos y en fibra a dietas con un alto porcentaje de grasas y azúcares. A causa de esta transición nutricional, los patrones de las enfermedades se alejan de las dolencias contagiosas y las deficiencias de nutrientes para reflejar una mayor incidencia de enfermedades coronarias, diabetes no insulino dependiente, algunos tipos de cáncer y obesidad<sup>46</sup>. Esta tendencia es particularmente notable en las economías emergentes<sup>47</sup>, y el Relator Especial ha analizado en detalle los mecanismos que intervienen en sus misiones al Brasil<sup>48</sup>, China<sup>49</sup>, Sudáfrica<sup>50</sup> y México<sup>51</sup>. La expansión del comercio alimentario y la agilización del proceso de integración vertical en las cadenas alimentarias, factores ambos que acrecientan la disponibilidad de alimentos procesados, aceleran la transición nutricional.

34. Si bien la globalización de las cadenas alimentaria hace que determinados consumidores tengan a su disposición una gran variedad de alimentos todo el año, ha repercutido negativamente en los sistemas alimentarios locales y ha aumentado la huella ecológica de los sistemas alimentarios. También ha llevado a muchos consumidores a consumir más cereales, carne y productos lácteos, aceite vegetal, sal y azúcar, y menos alimentos ricos en fibra. Por ejemplo, el rápido aumento del consumo de aceites vegetales (y, por ende, de grasas) puede explicarse en gran medida por la repentina disponibilidad en el mercado mundial de aceite vegetal, en especial de soja, a bajo precio<sup>52</sup>. Una mayor inversión extranjera directa en la industria de procesamiento y la existencia de más supermercados han hecho que un mayor número de consumidores tengan acceso a alimentos procesados, en particular los refrescos, aunque ese número no incluye a los más pobres. Por ejemplo, tras la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, empresas estadounidenses aumentaron masivamente sus inversiones en la industria mexicana de procesamiento de alimentos (de 210 millones de dólares en 1987 a 5.300 millones en 1999) y las ventas de alimentos procesados en México se dispararon a una tasa anual de 5% a 10% entre 1995 y 2003<sup>53</sup>. El aumento resultante en el consumo de refrescos y refrigerios entre los niños mexicanos es la causa de las muy elevadas tasas de obesidad infantil en el país.

<sup>45</sup> M. T. Ruel, "Operationalizing dietary diversity: a review of measurement issues and research priorities", *Journal of Nutrition*, vol. 133, N° 11 (2003), págs. 3911S a 3926S.

<sup>46</sup> C. Gopalan, *Nutrition in Developmental Transition in South-East Asia*, informe regional sobre salud de la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (SEARO) (Nueva Delhi, Organización Mundial de la Salud, 1992).

<sup>47</sup> B. M. Popkin y P. Gordon-Larsen, "The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants", *International Journal of Obesity*, vol. 28 (2004), págs. S2 a S9; A. M. Thow, "Trade liberalisation and the nutrition transition: mapping the pathways for public health nutritionists", *Public Health Nutrition*, vol. 12 (2009), pág. 2150.

<sup>48</sup> Véase A/HRC/13/33/Add.6, párrs. 5 a 7.

<sup>49</sup> Véase A/HRC/19/59/Add.1, párrs. 20 y 21.

<sup>50</sup> Véase A/HRC/19/59/Add.3, párrs. 55 y 56.

<sup>51</sup> Véase A/HRC/19/59/Add.2, párrs. 48 a 50.

<sup>52</sup> C. Hawkes, "Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases", *Globalization and Health*, vol. 2, N° 4 (2006).

<sup>53</sup> *Ibid.* Cabe señalar que el consumo de bebidas de Coca-Cola aumentó de 275 raciones de 8oz (0,24 litros) anuales por persona en 1992 a 487 en 2002, cifra incluso superior a la del consumo en los Estados Unidos, pág. 7. Véase también A. Jiménez-Cruz y otros, "Consumption of fruit, vegetables, soft drinks, and high-fat-containing snacks among Mexican children", *Archives of Medical Research*, vol. 33, N° 1 (2002), págs. 74 a 80; T. L. Leatherman y A. Goodman, "Coca-Colonization of diets in the Yucatan", *Social Science and Medicine*, vol. 61, N° 4 (2005), págs. 833 a 846.

35. Las repercusiones de una cadena alimentaria cada vez más globalizada y dietas más uniformes en todo el mundo afectan de manera distinta a los grupos de población. A medida que un país pasa a una categoría de mayores niveles de renta, la incidencia del sobrepeso y la obesidad cambia. El segmento más pobre de la población presenta un bajo riesgo de obesidad en los países pobres<sup>54</sup>, pero en las economías en desarrollo de ingresos medianos altos (en los que el producto nacional bruto *per capita* supera, aproximadamente, los 2.500 dólares de los Estados Unidos) y en los países de ingresos altos, los más pobres son los más perjudicados<sup>55</sup>. En los países de ingresos altos, si bien el sobrepeso o la obesidad afecta de manera desproporcionada a los pobres, las mujeres corren un riesgo especial porque sus ingresos son, en promedio, más bajos que los de los hombres y debido a que los hombres en el grupo de ingresos bajos suelen dedicarse a trabajos que exigen un gran esfuerzo físico y más energía. Generalmente, las mujeres obesas o con sobrepeso tienen hijos que tienden a sufrir de sobrepeso u obesidad, lo cual provoca discriminación y un descenso de la productividad. Por lo tanto, la situación socioeconómica desfavorecida se perpetúa de generación en generación a causa del sobrepeso o la obesidad<sup>56</sup>.

### 3. Comercialización de alimentos y bebidas

36. En la actualidad, las prácticas de comercialización de la industria agroalimentaria, especialmente en lo que concierne a las dirigidas a los niños, son objeto de especial preocupación. Son muy variadas, como publicidad televisiva, publicidad indirecta, asociaciones de promoción, promociones de ventas y publicidad directa en las escuelas, entre otros. La mayoría de la publicidad anuncia alimentos poco saludables, de gran contenido calórico, azúcares y grasas, y bajo en nutrientes. Según un estudio reciente sobre la publicidad televisiva en Australia, Asia, Europa Occidental y América del Norte y del Sur, en todos los países examinados los niños estaban expuestos a una enorme cantidad de publicidad sobre alimentos no saludables, con técnicas de persuasión específicas, lo cual llevó a los autores del estudio a pedir que se regulara la publicidad sobre alimentos durante períodos de gran audiencia infantil<sup>57</sup>. La capacidad de esas prácticas de comercialización para modificar el comportamiento de los consumidores es sorprendente en los países en desarrollo, en parte porque las marcas de las empresas mundiales del hemisferio norte tienen connotaciones positivas<sup>58</sup>.

## B. Reestructuración de los sistemas agroalimentarios

37. Los gobiernos han tomado conciencia de los efectos adversos de la propagación de las enfermedades no transmisibles, causada por insuficiencias en la lactancia materna y en la alimentación de los niños pequeños y una alimentación que no es sana, y reconocen que urge adoptar medidas. En 2002 y 2004, respectivamente, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño y la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Esta última recomienda, entre otras cosas, limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituyendo las grasas saturadas por grasas insaturadas, y eliminar los ácidos grasos trans;

<sup>54</sup> Para el caso del Brasil, véase R. B. Levy-Costa y otros, "Household food availability in Brazil: distribution and trends (1974-2003)", *Revista de Saúde Pública*, vol. 39, N° 4 (2005), págs. 530 a 540 (cabe señalar que la clase cuyos ingresos equivalen a cinco veces el salario mínimo *per capita* presenta un fuerte aumento en el consumo de grasas y una disminución en los hidratos de carbono).

<sup>55</sup> Popkin y Gordon-Larsen, *The nutrition transition*, pág. S6.

<sup>56</sup> F. Sassi, *Obesity and the Economics of Prevention: Fit Not Fat* (OCDE, 2010), págs. 83 y 84.

<sup>57</sup> B. Kelly y otros, "Television food advertising to children: a global perspective", *American Journal of Public Health*, vol. 100, N° 9 (2010), págs. 1730 a 1736.

<sup>58</sup> OMS, *Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children: Report of a WHO Forum and Technical Meeting*, Oslo, 2 a 5 de mayo de 2006, pág. 10.

umentando el consumo de frutas y verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos; limitar la ingesta de azúcares libres; limitar la ingesta de sal y consumir sal yodada<sup>59</sup>. Se alienta a los Estados a adoptar estrategias nacionales sobre régimen alimentario y actividad física; a facilitar información correcta y equilibrada a los consumidores; a alinear las políticas agrícolas y alimentarias con los requisitos de salud pública; y a utilizar las políticas y los programas escolares para promover una alimentación sana. Los fabricantes de alimentos infantiles deben acatar las disposiciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones posteriores pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud y elaborar sus productos conforme a las normas del Codex Alimentarius. Se espera que la industria agroalimentaria reduzca el contenido de grasa, azúcar y sal en los alimentos procesados y el tamaño de las porciones con el fin de que haya más opciones sanas y nutritivas, y que revise sus prácticas de comercialización. Recientemente, en 2011, los gobiernos se comprometieron a promover, proteger y apoyar la lactancia materna y promover la aplicación del Código Internacional y a "reducir los efectos de los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles", como una alimentación que no sea sana, "mediante la aplicación de acuerdos y estrategias internacionales pertinentes y de medidas educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales"<sup>60</sup>.

38. Esos avances siguen sin estar a la altura de lo que exige la situación. La atención se sigue focalizando, en gran medida, en la demanda, las preferencias de los consumidores, en vez de la oferta, la variedad de alimentos disponibles y los precios de los diferentes tipos de alimentos. Los compromisos siguen siendo voluntarios. Los Estados deben proteger el derecho a una alimentación adecuada mediante la adopción de medidas que reduzcan las repercusiones negativas que tienen los actuales sistemas alimentarios en la salud pública. Por otra parte, los Estados deben atender estrictamente su deber de satisfacer el derecho a una alimentación adecuada adoptando medidas inmediatas para hacer una transición progresiva a una alimentación más sostenible.

## 1. Proteger y promover una alimentación adecuada

### a) Utilizar el sistema fiscal para fomentar una alimentación sana

39. La Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS hace referencia a la necesidad de repensar las políticas agrícolas y fiscales para que tengan en cuenta los problemas de salud pública (párrs. 41 2) y 4)). El cobro de impuestos a los alimentos y la concesión de subsidios para fomentar una alimentación sana constituyen una intervención eficaz en función del costo y económica que abarca a toda la población y que puede tener un impacto significativo (A/66/83, párr. 42). Como lo demuestra la reciente introducción de estos impuestos en Dinamarca, Finlandia, Francia y Hungría<sup>61</sup>, gravar los alimentos y bebidas con alto contenido de grasas, azúcar y sal puede ser un instrumento eficaz. El precio representa un importante factor determinante en los niveles de consumo y

<sup>59</sup> Resolución 57.17 de la Asamblea Mundial de la Salud, anexo, párr. 22.

<sup>60</sup> Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General (nota 22 *supra*), párr. 43.

<sup>61</sup> En Dinamarca, la Ley N° 247, de 30 de marzo de 2011 (Ley sobre impuestos aplicables al contenido de grasa de los alimentos) implantó, a partir del 1° de octubre de 2011, un nuevo impuesto a las grasas saturadas en una variedad de alimentos, sobre la base de que se había demostrado que la sustitución de grasas saturadas por ácidos grasos poliinsaturados reducía el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (A. Astrup y otros, "The role of reducing intakes of saturated fat in the prevention of cardiovascular disease: where does the evidence stand in 2010?", *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 93, N° 4 (2011), págs. 684 a 688). En Hungría, desde el 1° de septiembre de 2011, se aplica un impuesto a los productos que contienen demasiada sal, azúcar o grasa —es decir, a la "comida basura"—, mientras que los impuestos sobre los refrescos han aumentado en un 10%; los ingresos se dedicarán a sufragar los gastos de atención de la salud.

la elasticidad de la demanda es especialmente alta en el caso de los refrigerios y las bebidas que se consumen fuera del hogar. Las investigaciones demuestran que aplicar un impuesto del 10% en los refrescos, que presentan importantes repercusiones negativas en la salud<sup>62</sup>, podría provocar una reducción del 8% al 10% en las compras de esas bebidas<sup>63</sup>. La preocupación típica que se plantea al hablar de tales impuestos es que perjudicarían al segmento más pobre de la población, que gasta una proporción mayor de sus ingresos en alimentos y a menudo se ve obligado a adoptar dietas poco sanas. La solución reside en utilizar los ingresos públicos derivados de ese impuesto para hacer que los alimentos sanos sean más asequibles, ya que lo que debe cambiar son los precios relativos. Los pobres se ven perjudicados por ser pobres, a la vez porque los alimentos y los refrescos con alto contenido de grasas, azúcar y sal son baratos y porque una alimentación sana es cara<sup>64</sup>.

b) *Revisar el sistema de subsidios existente*

40. Cuando los subsidios son un instrumento de la política agrícola, a menudo favorecen a los grandes productores de cereales y de soja, o a la industria ganadera. Al diseñar esos subsidios, nunca se tuvieron en cuenta las posibles consecuencias negativas externas sobre la salud pública y el medio ambiente<sup>65</sup>. Es preciso reexaminar los subsidios existentes con el fin de adaptar las políticas agrícolas al requisito de una alimentación adecuada.

c) *Regular las prácticas de comercialización*

41. Los Estados deben aplicar plenamente en su legislación el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud. Sin embargo, las prácticas de comercialización de la industria alimentaria tienen consecuencias ante las cuales es necesario adoptar medidas más audaces. Se ha demostrado la ineficacia de la autorregulación de la industria agroalimentaria. Como señalaron los expertos del Grupo de Trabajo del Grupo Internacional de Estudio de la Obesidad durante la elaboración de los principios de Sydney para reducir la promoción comercial de alimentos y bebidas entre los niños, las normas de la industria no pueden reducir sustancialmente el gran volumen y el alto impacto de la comercialización de alimentos y bebidas generadores de obesidad entre los niños<sup>66</sup>. Una cosa es prohibir la publicidad que se aprovecha de la credulidad de los niños y otra muy distinta es controlar la cantidad de publicidad y el atractivo de que rodea a los productos para influir en su alimentación<sup>67</sup>. Incluso las mejores prácticas en el área, como el compromiso de la Unión Europea contraído en diciembre de 2007 por diversas grandes empresas agroalimentarias, no van tan lejos como deberían, es decir, prohibir toda la

<sup>62</sup> L. R. Vartanian y otros, "Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis", *American Journal of Public Health*, vol. 97, N° 4 (2007), págs. 667 a

675; G. Woodward-Lopez y otros, "To what extent have sweetened beverages contributed to the obesity epidemic?", *Public Health Nutrition*, vol. 14, N° 3 (2011), págs. 599 a 609.

<sup>63</sup> T. Andreyeva y otros, "The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food", *American Journal of Public Health*, vol. 100, N° 2 (2010), pág. 220.

<sup>64</sup> En los Estados Unidos, un estudio piloto financiado en el marco de la Ley sobre alimentación, conservación y energía, de 2008 (conocida como Ley agrícola) demostró que con una reducción del 10% en el precio de frutas y verduras las compras aumentarían el 7,0% y el 5,8%, respectivamente.

<sup>65</sup> T. Lang y M. Heasman, *Food Wars: The Global Battle for Mouths, Minds and Markets* (Londres, Earthscan, 2004), págs. 171 a 175.

<sup>66</sup> "The 'Sydney Principles' for reducing the commercial promotion of foods and beverages to children", *Public Health Nutrition*, vol. 11, N° 9 (2008), pág. 883.

<sup>67</sup> C. Hawkes, "Self-regulation of food advertising: what it can, could and cannot do to discourage unhealthy eating habits among children", *Nutrition Bulletin*, vol. 30, N° 4 (2005), pág. 375.

publicidad que pueda alentar a los niños a consumir más alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal<sup>68</sup>.

42. La Asamblea General reconoció la existencia del problema. Recomendó que se insistiera en la aplicación del conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños<sup>69</sup>, y que los Estados tuviesen en cuenta que una regulación legal era la forma más eficaz para reducir la comercialización de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal dirigida a los niños (véase el párrafo 22 y la Recomendación N° 8 de la OMS). De hecho, es lo mínimo que puede hacerse en lo que concierne a la protección del derecho humano a una alimentación adecuada, si bien los esfuerzos no deben detenerse ahí. Los niños no son las únicas víctimas de las prácticas de comercialización que fomentan el consumo de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal y hacen alegaciones cuestionables sobre salud. El poder de la industria agroalimentaria para influir en la alimentación está bien documentado<sup>70</sup>, y los presupuestos públicos para la educación nutricional no están a la altura de los presupuestos de publicidad de las empresas de comida rápida y de refrescos<sup>71</sup>. El Relator Especial considera que no hay motivos para que la promoción de alimentos cuyo efecto negativo en la salud está demostrado pueda continuar sin obstáculos (estos productos reducen la esperanza de vida, en particular, de los segmentos más pobres de la población, que son además los que tienen menos conocimientos sobre nutrición) y proteger solo a los niños sería como reducir el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco a su artículo 16, dedicado a la venta de productos de tabaco a menores. Además, convendría contar con un marco internacional, en forma de código internacional de conducta que regulase la comercialización de alimentos y bebidas para apoyar los esfuerzos nacionales, a fin de tener en cuenta el carácter internacional de la promoción comercial de alimentos y bebidas con muchas calorías y pocos micronutrientes.

## 2. La transición hacia dietas sostenibles

43. Si bien se alienta a la industria agroalimentaria a producir y elaborar alimentos más saludables, se dice muy poco sobre la necesidad de diseñar sistemas alimentarios más sanos con los que lograr dietas sostenibles en el sentido holístico mencionado más arriba. No obstante, ha llegado el momento de reconocer la verdadera tensión que existe entre una estrategia que promueva el consumo de alimentos procesados, enriquecidos con nutrientes, hasta el punto de que la alimentación adquiere un carácter médico, y una estrategia que promueva el consumo de alimentos locales y regionales, así como un cambio hacia el consumo de alimentos menos procesados y, por ende, más nutritivos<sup>72</sup>. Por razones de logística y de cambios estacionales, así como de urbanización de los estilos de vida, a veces, estas dos estrategias deben combinarse, ya que no todos los alimentos pueden ser de

<sup>68</sup> Para la determinación de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, véase el sistema de descripción de nutrientes desarrollado en el Reino Unido por el Organismo de Normas Alimentarias que utiliza el Servicio británico de comunicaciones para regular la publicidad en los programas televisivos infantiles (disponible en [www.food.gov.uk/consultations/ukwideconsults/2008/nutrientprofiling](http://www.food.gov.uk/consultations/ukwideconsults/2008/nutrientprofiling)).

<sup>69</sup> Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General (nota 22 *supra*), párr. 43 f).

<sup>70</sup> Véase M. Nestle, *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*, 2ª ed. (University of California Press, 2007).

<sup>71</sup> M. Story y S. French, "Food Advertising and Marketing Directed at Children and Adolescents in the US", *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 1, N° 3 (2004), pág. 2. En 2001, el presupuesto del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos para educación nutricional fue de 333 millones de dólares; ese mismo año, el presupuesto de McDonald's para publicidad fue de 635 millones de dólares, el de Burger King, 298 millones y la publicidad de Coca Cola y Coca Cola Light alcanzó los 224 millones.

<sup>72</sup> Véase Lang y Heasman, *Food Wars*.

origen local o adquirirse en los mercados de agricultores. Sin embargo, deben establecerse prioridades en las políticas públicas. El mercado de los productos alimenticios no puede ampliarse infinitamente y hay que tomar decisiones sobre el tipo de sistema alimentario que ha de promoverse.

44. Como lo ha indicado la OMS, los sistemas alimentarios locales cuyo objetivo es mejorar el acceso de los consumidores urbanos a los alimentos frescos y nutritivos, especialmente frutas y verduras, son esenciales para lograr el cambio hacia una alimentación más sana (A/66/83, párr. 60). Esto empieza por mejorar la relación entre agricultores locales y consumidores urbanos, aunque la contribución de la agricultura urbana y periurbana también puede ser significativa. Los programas urbanos y rurales pueden beneficiarse remodelando los sistemas alimentarios locales que ofrecen dietas saludables y sostenibles a precios asequibles para los consumidores. Estas dietas pueden lograrse más fácilmente si las cadenas de abastecimiento son más cortas y, por lo tanto, no están controladas por grandes establecimientos o empresas de transformación de alimentos ni dependen de las políticas nacionales que responden a intereses económicos más amplios<sup>73</sup>. Además, con cadenas más cortas puede mejorar el acceso de los pequeños agricultores locales, tanto de países con rentas bajas y altas, a los mercados y sus ingresos<sup>74</sup>. Alientan la mejora de la biodiversidad agrícola porque los cultivos locales pueden ampliarse, en lugar de verse desplazados por productos homogeneizados dirigidos a los mercados mundiales. Además, reducen la dependencia de los sistemas alimentarios de las cantidades considerables de energía necesarias para envasar, procesar y transportar los alimentos.

45. Esta transformación puede conseguirse con una inversión adecuada en infraestructura (carreteras y servicios de transporte entre los productores locales de alimentos y los consumidores urbanos) y el apoyo a los mercados de agricultores, pero también utilizando alimentos saludables locales en instituciones públicas como las escuelas. En 2003 los gobiernos africanos apoyaron el Programa de alimentación escolar con productos locales del Programa general para el desarrollo de la agricultura en África y en la Cumbre Mundial de 2005 se dijo que "la ampliación de los programas locales de comidas escolares, de ser posible preparadas con alimentos producidos localmente", era una de las iniciativas de ejecución rápida para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>75</sup>. En el Brasil, donde el Programa Nacional de Alimentação Escolar es un componente importante de la estrategia Hambre Cero, los municipios encargados de ejecutarlo tienen cada vez más en cuenta la necesidad de luchar contra el sobrepeso y la obesidad en sus políticas de abastecimiento<sup>76</sup>. En los Estados Unidos, en 2010 se promulgó una ley para velar por que los niños estén sanos y no pasen hambre, según la cual el Departamento de Agricultura debe desarrollar directrices nutricionales sobre todos los alimentos distribuidos en las escuelas (art. 9A b) 2)). En 2008 la OMS presentó su marco normativo escolar para orientar eficazmente la elaboración de las normas nutricionales aplicables a los alimentos en las escuelas. Este objetivo puede también alcanzarse utilizando los huertos escolares.

---

<sup>73</sup> *Food, Agriculture and Cities: Challenges of food and nutrition security, agriculture and ecosystem management in an urbanizing world*, documento de posición de la iniciativa multidisciplinaria Alimentos para las ciudades de la FAO, 2011, págs. 29 y 41.

<sup>74</sup> Véase University of Washington Center for Public Health Nutrition, "How farmers markets can promote access to healthy food", Public Health Research Brief, agosto de 2010; M. Ostrom y otros, *Engines of The New Farm Economy: Assessing and Enhancing the Benefits of Farmers Markets for Small and Mid-sized Farms and Communities*, Iniciativa de investigación agroalimentaria del Instituto Nacional de Agricultura y Alimentación, Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

<sup>75</sup> Documento final de la Cumbre Mundial de 2005, párr. 34.

<sup>76</sup> K. Otsuki y A. Arce, *Brazil: A Desk Review of the National School Feeding Program* (Programa Mundial de Alimentos, 2007), pág. 4.



### 3. Función de un marco de derechos humanos

46. Las muertes prematuras causadas por enfermedades no transmisibles vinculadas a una mala alimentación pueden evitarse y los Estados tienen el deber de ofrecer protección para ello. Mediante la aplicación de la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño y la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, así como la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, los Estados no solo contraen compromisos políticos, sino que también cumplen con su deber asumido en virtud de las normas de derechos humanos de garantizar el derecho a una alimentación adecuada.

47. Por lo tanto, los Estados deben establecer objetivos vinculantes en la búsqueda de un planteamiento dual: a) proteger el derecho a una alimentación adecuada; y b) asegurar una transición hacia dietas más sostenibles. Los Estados deben garantizar la rendición de cuentas, conforme a la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud<sup>77</sup>, estableciendo mecanismos independientes de vigilancia y permitiendo que víctimas individuales u organizaciones puedan presentar reclamaciones cuando no se adopten las medidas necesarias conforme a la estrategia nacional para la realización del derecho a la alimentación; esto es lo que distingue las obligaciones jurídicas de los meros compromisos políticos. Entre los indicadores que deberían utilizarse para supervisar la aplicación de las estrategias nacionales de prevención de enfermedades no transmisibles<sup>78</sup>, la OMS debe considerar, por lo tanto, la existencia de un marco jurídico vinculante en el que las responsabilidades se asignen claramente y que comprenda sanciones aplicables cuando las medidas prometidas no se adopten, y debe incluir los requisitos de participación y no discriminación que conforman un planteamiento basado en los derechos humanos.

## V. Conclusiones y recomendaciones

48. **El Relator Especial concluye que los actuales sistemas alimentarios presentan graves problemas de funcionamiento. El mundo está pagando un precio exorbitante por el hecho de que no se tengan en cuenta los efectos en la salud al diseñar los sistemas alimentarios, y urge un cambio de rumbo. En los países de la OCDE en particular, donde el nivel de los subsidios agrícolas sigue siendo elevado, con el sistema actual los contribuyentes pagan tres veces por un sistema que tiene todos los ingredientes de una vida poco sana. Los contribuyentes pagan por subsidios mal concebidos que favorecen a la industria agroalimentaria para vender alimentos altamente procesados a expensas de que las frutas y las verduras tengan un precio inferior; sufragan los gastos de comercialización de esa misma industria para vender los alimentos poco saludables, que se deducen de los beneficios impositivos; y costean sistemas de atención de salud para los que las enfermedades no transmisibles representan hoy una carga insostenible. En los países en desarrollo, las principales cargas siguen siendo la desnutrición y la carencia de micronutrientes, pero estos países también son víctimas de esas malogradas políticas. Están viviendo un cambio rápido hacia el consumo de alimentos procesados, que suelen ser importados, y el abandono de las dietas tradicionales por parte de la población local. Este cambio ha limitado las posibilidades de que los agricultores locales logren vivir dignamente de la agricultura.**

<sup>77</sup> Véase el párrafo 31 ("Todas las partes interesadas deben responsabilizarse por la elaboración de políticas y la aplicación de programas que reduzcan eficazmente los riesgos prevenibles para la salud. La evaluación, el seguimiento y la vigilancia son componentes esenciales de esas actividades.").

<sup>78</sup> Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General (nota 22 *supra*), párrs. 61 y 62 (definición del papel de la OMS en el establecimiento de un marco mundial de vigilancia general).

49. Para combatir las distintas facetas de la malnutrición es preciso adoptar un enfoque de ciclo vital que vele por el derecho a una alimentación adecuada para todos y reformar las políticas agrícolas y alimentarias, incluidos los impuestos, con el fin de reestructurar los sistemas alimentarios para la promoción de una dieta sostenible. Para esa transición hacen falta una voluntad política firme, un esfuerzo sostenido durante varios años y la colaboración de distintos sectores, como el agrícola, el financiero, el educativo, el comercial y el de la salud. Conforme a estas conclusiones, el Relator Especial formula las siguientes recomendaciones.

50. Los Estados, de conformidad con su obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a una alimentación adecuada para todos, deben:

a) Adoptar una estrategia nacional para la realización del derecho a una alimentación adecuada que integre el objetivo de garantizar el derecho a una alimentación adecuada para todos y establezca metas y plazos concretos para la acción;

b) Incorporar en la legislación interna el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las recomendaciones de la OMS en materia de comercialización de sucedáneos de la leche materna y de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños, y garantizar su aplicación efectiva;

c) Adoptar normas legales sobre la comercialización de los productos alimenticios, en cuanto forma más eficaz de reducir la comercialización de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcar y sal a los niños, según las recomendaciones de la OMS, y limitar la comercialización de estos alimentos dirigida a otros grupos;

d) Aplicar impuestos a los refrescos (bebidas gaseosas), y alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, a fin de subvencionar el acceso a las frutas y verduras y las campañas educativas sobre alimentación sana;

e) Reexaminar los sistemas existentes de subsidios agrícolas, a fin de tener en cuenta los efectos de las asignaciones actuales en la salud pública, y utilizar sistemas de adquisición pública en los programas de alimentación escolar y de otras instituciones públicas para apoyar el suministro de alimentos locales y nutritivos, prestando especial atención a los consumidores pobres;

f) Adoptar un plan para sustituir todos los ácidos grasos trans con grasas poliinsaturadas;

g) Redoblar el apoyo a los mercados de agricultores y a la agricultura urbana y periurbana, en los planes de ordenación, a través de incentivos fiscales y garantizando una infraestructura adecuada para unir a productores locales y consumidores urbanos;

h) Completar la reforma del Comité Permanente de Nutrición, con el fin de que se preste la debida atención a la nutrición en todo el sistema de las Naciones Unidas, bajo la orientación multilateral de los gobiernos, con una adecuada participación de organizaciones de la sociedad civil, incluidas organizaciones de agricultores.

51. El sector privado, en consonancia con su responsabilidad de respetar el derecho a una alimentación adecuada, debe:

a) Cumplir cabalmente el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, absteniéndose de promover el consumo de sucedáneos de la leche materna, y cumplir las recomendaciones de la OMS sobre la

comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños, incluso en los lugares donde su aplicación a nivel local es escasa o inexistente;

b) Abstenerse de imponer intervenciones basadas en la nutrición cuando los ecosistemas locales tienen capacidad para ofrecer dietas sostenibles, y velar sistemáticamente por que dichas intervenciones prioricen las soluciones locales y se ajusten al objetivo de avanzar hacia dietas sostenibles;

c) Garantizar, en las cadenas de abastecimiento de alimentos enriquecidos y en las intervenciones basadas en la nutrición, que los trabajadores reciban salarios dignos y que los agricultores reciban un justo pago por sus productos con el fin de hacer efectivo el derecho a una alimentación adecuada de todas las personas afectadas por las intervenciones;

d) Pasar de la oferta de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal a alimentos más sanos y eliminar el uso de ácidos grasos trans en el procesamiento de alimentos.

52. La OMS, en el desempeño del mandato que le ha conferido la Asamblea General<sup>79</sup>, debe:

a) Tener en cuenta el papel de una dieta adecuada en la realización del derecho a una alimentación adecuada y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, e incluir los principios de derechos humanos de rendición de cuentas, participación y no discriminación en el diseño de un marco mundial de vigilancia general para combatir las enfermedades no transmisibles, así como en los marcos de indicadores sobre nutrición que se están elaborando;

b) Tener en cuenta las conclusiones del presente informe en la preparación de recomendaciones para un conjunto de objetivos mundiales voluntarios para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

53. El Equipo de Transición del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (Movimiento SUN) y los interesados que participan en él deben:

a) Mejorar el programa del Movimiento SUN basando todas las intervenciones en los principios de derechos humanos de rendición de cuentas, participación y no discriminación, y ajustarlas a las estrategias nacionales amplias para la realización del derecho a la alimentación adoptando un enfoque de ciclo vital a fin de aumentar su eficacia y su capacidad para contribuir a soluciones sostenibles a largo plazo;

b) Adoptar las medidas apropiadas para garantizar que esas intervenciones fortalezcan los sistemas alimentarios locales y favorezcan el cambio a dietas sostenibles.

---

<sup>79</sup> *Ibid.*, párrs. 60 a 63



## Asamblea General

Distr. limitada  
16 de septiembre de 2011  
Español  
Original: inglés

**Sexagésimo sexto período de sesiones**  
Tema 117 del programa  
**Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio**

**Proyecto de resolución presentado por el Presidente de la  
Asamblea General**

### **Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles**

*La Asamblea General*

*Aprueba* la siguiente Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que figura en el anexo de esta resolución.

#### **Anexo**

### **Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles**

Nosotros, los Jefes de Estado y de Gobierno y representantes de los Estados y gobiernos, reunidos en las Naciones Unidas los días 19 y 20 septiembre 2011 para examinar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en todo el mundo, centrándonos particularmente en los problemas de desarrollo y de otra índole que plantean y en sus repercusiones sociales y económicas, especialmente para los países en desarrollo,

1. Reconocemos que la carga y la amenaza mundial de las enfermedades no transmisibles constituyen unos de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, que socavan el desarrollo social y económico en todo el mundo y ponen en peligro la consecución de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente;
2. Reconocemos que las enfermedades no transmisibles son una amenaza para las economías de muchos Estados Miembros, y que pueden aumentar las desigualdades entre países y poblaciones;

3. Reconocemos que recae en los gobiernos el papel y la responsabilidad primordiales de responder al reto que plantean las enfermedades no transmisibles, y que la participación y el compromiso de todos los sectores de la sociedad son esenciales para generar respuestas eficaces que fomenten la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;
4. Reconocemos también el importante papel que desempeñan la comunidad internacional y la cooperación internacional cuando se trata de prestar asistencia a los Estados Miembros, en particular a los países en desarrollo, y complementar los esfuerzos nacionales para generar una respuesta eficaz a las enfermedades no transmisibles;
5. Reafirmamos el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;
6. Reconocemos la urgente necesidad de intensificar las medidas adoptadas en los planos mundial, regional y nacional para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles con el fin de contribuir a la plena realización del derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental;
7. Recordamos los mandatos pertinentes de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en particular las resoluciones 64/265 y 65/238;
8. Observamos con aprecio el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reafirmamos todas las resoluciones y decisiones pertinentes aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y subrayamos la importancia de que los Estados Miembros sigan haciendo frente a los factores de riesgo comunes para las enfermedades no transmisibles llevando a la práctica el Plan de Acción de 2008-2013 para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, así como la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, y la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol;
9. Recordamos la Declaración Ministerial aprobada en la serie de sesiones de alto nivel del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en 2009, en la que se pidieron medidas urgentes destinadas a aplicar la estrategia mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y su plan de acción correspondiente;
10. Tomamos nota con aprecio de todas las iniciativas regionales emprendidas para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, incluida la Declaración de los Jefes de Estado y de Gobierno de la Comunidad del Caribe, titulada “Uniting to stop the epidemic of chronic non-communicable diseases” (Unidos para detener la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles), aprobada en septiembre de 2007; la Declaración de Libreville sobre Salud y Medio Ambiente en África, aprobada en agosto de 2008; la declaración de los Jefes de Gobierno del Commonwealth sobre medidas para luchar contra las enfermedades no transmisibles, aprobada en noviembre de 2009; la declaración final de la quinta Cumbre de las Américas, aprobada en junio de 2009; la Declaración de Parma sobre Medio Ambiente y Salud, aprobada por los Estados Miembros de la Región Europea de la OMS en marzo de 2010; la Declaración de Dubai sobre la diabetes y las enfermedades no transmisibles crónicas en la región del Medio Oriente y África Septentrional, aprobada en diciembre de 2010; la Carta Europea contra la Obesidad,

aprobada en noviembre de 2006; la convocatoria de Aruba para la acción contra la obesidad, de junio de 2011; y el Comunicado de Honiara sobre los desafíos de las enfermedades no transmisibles en la región del Pacífico, aprobado en julio de 2011;

11. Tomamos nota con aprecio también de los resultados de las consultas regionales multisectoriales, incluida la adopción de declaraciones ministeriales, que celebró la OMS en colaboración con los Estados Miembros y con el apoyo y la participación activa de las comisiones regionales y otros organismos y entidades pertinentes de las Naciones Unidas, y que sirvieron para hacer aportaciones a los preparativos de la reunión de alto nivel de conformidad con la resolución 65/238;

12. Acogemos con beneplácito la celebración de la primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Lucha contra las Enfermedades No Transmisibles, que organizaron la Federación de Rusia y la OMS y se celebró los días 28 y 29 de abril de 2011 en Moscú, y la aprobación de la Declaración de Moscú, y recordamos la resolución 64/11 de la Asamblea Mundial de la Salud;

13. Reconocemos el papel rector de la OMS como principal organismo especializado en el sector de la salud, así como las funciones que le competen en cuanto a la política sanitaria de conformidad con su mandato, y reafirmamos la función de liderazgo y coordinación que desempeña en la promoción y vigilancia de la acción global contra las enfermedades no transmisibles en relación con el trabajo de otros organismos pertinentes de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo y otras organizaciones regionales e internacionales en la lucha contra las enfermedades no transmisibles de manera coordinada;

#### **Un reto de proporciones epidémicas y sus repercusiones socioeconómicas y para el desarrollo**

14. Observamos con profunda preocupación que, según estimó la OMS, de los 57 millones de muertes registradas en el mundo en 2008, 36 millones se debieron a enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, que esta cifra incluye cerca de 9 millones de personas fallecidas antes de los 60 años y que casi el 80% de estas muertes ocurrieron en países en desarrollo;

15. Observamos con profunda preocupación también que las enfermedades no transmisibles figuran entre las principales causas evitables de morbilidad y discapacidad relacionada;

16. Reconocemos que las enfermedades transmisibles, las afecciones maternas y perinatales y las deficiencias nutricionales son actualmente las causas más comunes de muerte en África, y observamos con preocupación la creciente carga doble de las enfermedades, en particular en África, causada por el rápido aumento de la incidencia de las enfermedades no transmisibles, que se prevé serán las causas más comunes de muerte en 2030;

17. Observamos que existen otras enfermedades y afecciones no transmisibles muy diversas, por lo cual los factores de riesgo y la necesidad de adoptar medidas preventivas, de detección, tratamiento y cuidado están relacionados con las cuatro enfermedades no transmisibles más importantes;

18. Reconocemos que los trastornos mentales y neurológicos, incluida la enfermedad de Alzheimer, son una causa importante de la morbilidad y contribuyen a

la carga mundial de las enfermedades no transmisibles, por lo que es necesario proporcionar un acceso equitativo a los programas e intervenciones eficaces de salud;

19. Reconocemos que las enfermedades renales, bucodentales y oculares constituyen una carga importante para el sector de la salud de muchos países, y que estas enfermedades comparten factores de riesgo y pueden beneficiarse de las respuestas comunes a las enfermedades no transmisibles;

20. Reconocemos que las enfermedades no transmisibles más destacadas están relacionadas con factores de riesgo comunes, a saber, el consumo de tabaco, el abuso del alcohol, una dieta malsana y la inactividad física;

21. Reconocemos que las condiciones en que viven las personas y su estilo de vida influyen en su salud y calidad de vida, y que la pobreza, la distribución desigual de la riqueza, la falta de educación, la rápida urbanización y el envejecimiento de la población, así como los determinantes económicos, sociales, de género, políticos, de comportamiento y ambientales, son factores que contribuyen a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades no transmisibles;

22. Observamos con gran preocupación el ciclo vicioso en el que las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo aumentan la pobreza, mientras que la pobreza contribuye a aumentar las tasas de las enfermedades no transmisibles, lo cual amenaza la salud pública y el desarrollo económico y social;

23. Observamos con preocupación que la incidencia de las enfermedades no transmisibles aumenta rápidamente y afecta a personas de todas las edades, sexo, raza e ingresos, que los pobres y los que viven en situación de vulnerabilidad, en particular en los países en desarrollo, soportan una carga desproporcionada, y que estas enfermedades pueden afectar a las mujeres y los hombres de manera diferente;

24. Observamos con preocupación el aumento de la obesidad en diferentes regiones, en particular entre los niños y jóvenes, y que la obesidad, una dieta malsana y la inactividad física están muy relacionadas con las cuatro principales enfermedades no transmisibles y se asocian a mayores costos sanitarios y a una menor productividad;

25. Expresamos profunda preocupación porque las mujeres soportan una parte desproporcionada de la carga de la prestación de cuidados y porque, en algunas poblaciones, las mujeres tienden a ser menos activas físicamente que los hombres, son más propensas a la obesidad y empiezan a fumar a un ritmo alarmante;

26. Observamos con preocupación que la salud materno-infantil está estrechamente relacionada con las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, específicamente porque la malnutrición prenatal y el bajo peso al nacer predisponen a la obesidad, la presión arterial alta, las enfermedades cardíacas y la diabetes en el futuro, y que algunas afecciones del embarazo, como la obesidad materna y la diabetes gestacional, se asocian a riesgos similares para la madre y los hijos;

27. Observamos con preocupación también los posibles vínculos entre las enfermedades no transmisibles y algunas enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, y pedimos que, según proceda, las respuestas al VIH/SIDA se integren con las enfermedades no transmisibles y, en este sentido, que se preste atención a las personas que viven con el VIH/SIDA, especialmente en los países con una gran prevalencia de VIH/SIDA y de acuerdo con las prioridades nacionales;

28. Reconocemos que la exposición al humo de las cocinas y estufas ineficientes utilizadas para interiores contribuye a las enfermedades pulmonares y respiratorias y puede agravarlas, afectando desproporcionadamente a las mujeres y los niños de las poblaciones pobres cuyos hogares pueden depender de esos combustibles;

29. Reconocemos también que existen desigualdades significativas en la carga de las enfermedades no transmisibles y en el acceso a la prevención y al control de estas enfermedades, tanto entre los países como dentro de los países y las comunidades;

30. Reconocemos la importancia fundamental de fortalecer los sistemas de salud, en particular la infraestructura de los servicios de salud, los recursos humanos para los servicios de salud y los sistemas sanitarios y de protección social, especialmente en los países en desarrollo, con el fin de responder de manera eficaz y equitativa a las necesidades de atención de la salud de las personas que han contraído enfermedades no transmisibles;

31. Observamos con gran preocupación que las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo contribuyen a una mayor carga para las personas, familias y comunidades, incluso al empobrecimiento debido a tratamientos largos y a los costos de la atención, y también a una pérdida de productividad que pone en peligro los ingresos de los hogares y lleva a la pérdida de productividad de las personas, de sus familias y de las economías de los Estados Miembros, convirtiendo a las enfermedades no transmisibles en un factor que contribuye a la pobreza y al hambre, y que puede tener consecuencias directas para el logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

32. Expresamos nuestra profunda preocupación por los efectos negativos que tienen la crisis financiera y económica, los precios inestables de la energía y los alimentos, y los problemas actuales relacionados con la seguridad alimentaria, así como por los crecientes desafíos que plantea el cambio climático y la pérdida de biodiversidad, y sus efectos en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y destacamos a este respecto la necesidad de adoptar con diligencia medidas firmes, coordinadas y multisectoriales para combatir esos efectos, a partir de las medidas que ya se están aplicando;

### **Responder al desafío: un esfuerzo de todo el gobierno y toda la sociedad**

33. Reconocemos que el aumento de la prevalencia, morbilidad y mortalidad de las enfermedades no transmisibles en todo el mundo puede prevenirse y controlarse en gran medida con una acción colectiva y multisectorial de todos los Estados Miembros y otras partes interesadas a nivel local, nacional, regional y mundial, y con la asignación de un mayor grado de prioridad a las enfermedades no transmisibles en la cooperación para el desarrollo, intensificando tal cooperación a este respecto;

34. Reconocemos que la prevención debe ser la piedra angular de la respuesta mundial a las enfermedades no transmisibles;

35. Reconocemos también la importancia fundamental de reducir el grado de exposición de las personas y poblaciones a los factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles, a saber, el consumo de tabaco,



una dieta malsana, la inactividad física y el abuso del alcohol, y sus determinantes, y al mismo tiempo de fortalecer la capacidad de las personas y las poblaciones para optar por alternativas más sanas y adoptar modos de vida que promuevan la buena salud;

36. Reconocemos que la prevención y el control eficaces de las enfermedades no transmisibles requieren enfoques rectores multisectoriales a nivel de gobierno, por ejemplo, incluir la salud, según proceda, en todas las políticas y enfoques de todo el gobierno en sectores como los de salud, educación, energía, agricultura, deportes, transporte, comunicaciones, urbanismo, medio ambiente, trabajo, empleo, industria y comercio, finanzas y desarrollo social y económico;

37. Reconocemos la contribución y el importante papel desempeñado por todas las partes interesadas, incluidas las personas, familias y comunidades, las organizaciones intergubernamentales e instituciones religiosas, la sociedad civil, las universidades, los medios de comunicación, las asociaciones de voluntarios y, según el caso, el sector privado y la industria, en el apoyo a los esfuerzos nacionales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y reconocemos la necesidad de seguir apoyando el fortalecimiento de la coordinación entre estos agentes con el fin de mejorar la eficacia de estos esfuerzos;

38. Reconocemos el conflicto fundamental de intereses entre la industria del tabaco y la salud pública;

39. Reconocemos que la incidencia y los efectos de las enfermedades no transmisibles pueden prevenirse o reducirse en gran medida con un enfoque que incorpore actividades multisectoriales basadas en datos, asequibles, rentables y destinadas a toda la población;

40. Reconocemos que los recursos destinados a la lucha contra los desafíos planteados por las enfermedades no transmisibles a nivel nacional, regional e internacional no se corresponden con la magnitud del problema;

41. Reconocemos la importancia de fortalecer la capacidad local, provincial, nacional y regional para afrontar y combatir eficazmente las enfermedades no transmisibles, en particular en los países en desarrollo, y que ello puede requerir un aumento sostenido de los recursos humanos, financieros y técnicos;

42. Reconocemos la necesidad de proponer un enfoque multisectorial para la salud en todos los niveles de gobierno, a fin de responder a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y los factores determinantes básicos de la salud de forma integral y decisiva;

Las enfermedades no transmisibles pueden prevenirse y sus efectos pueden reducirse considerablemente, salvando así millones de vidas y evitando sufrimientos indecibles. Por lo tanto, nos comprometemos a:

#### **Reducir los factores de riesgo y crear entornos que promuevan la salud**

43. Promover la ejecución de intervenciones multisectoriales eficaces en función de los costos en beneficio de toda la población para reducir los efectos de los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles, a saber, el consumo de tabaco, la dieta malsana, la inactividad física y el consumo perjudicial de alcohol, mediante la aplicación de acuerdos y estrategias internacionales pertinentes y de medidas educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales, sin

perjuicio del derecho de las naciones soberanas a determinar y establecer sus políticas fiscales y de otra índole, según proceda, implicando a todos los sectores competentes, a la sociedad civil y a las comunidades que corresponda y adoptando las siguientes medidas:

- a) Alentar la elaboración de políticas públicas multisectoriales que creen entornos equitativos de promoción de la salud que empoderen a las personas, a las familias y a las comunidades para que adopten decisiones saludables y lleven vidas saludables;
- b) Formular, reforzar y aplicar, según proceda, políticas y planes de acción públicos multisectoriales que promuevan la educación para la salud y los conocimientos sobre la salud, entre otras cosas mediante la educación basada en datos empíricos y estrategias y programas de información dentro y fuera de las escuelas y campañas de concienciación pública, como factores importantes para promover la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, reconociendo que en muchos países apenas se ha comenzado a poner un fuerte acento en la transmisión de conocimientos sobre la salud;
- c) Acelerar la aplicación por los Estados Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, reconociendo la serie completa de medidas, incluidas las encaminadas a reducir el consumo y la disponibilidad, y alentar a los países que aún no lo hayan hecho a considerar la posibilidad de adherirse al Convenio, en reconocimiento de que reducir sustancialmente el consumo de tabaco es una importante contribución a la reducción de la incidencia de las enfermedades no transmisibles y puede aportar considerables beneficios para la salud a las personas y a los países y de que las medidas de fijación de precios e impuestos son un medio eficaz e importante de reducir el consumo de tabaco;
- d) Promover la aplicación de la Estrategia Mundial de la OMS sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, entre otras cosas, según proceda, introduciendo políticas y medidas encaminadas a promover dietas sanas y a aumentar la actividad física de toda la población, incluso en todos los aspectos de la vida cotidiana, por ejemplo dando prioridad a clases de educación física periódicas e intensas en las escuelas, la planificación y reestructuración urbanas para el transporte activo, el ofrecimiento de incentivos para que se ejecuten programas sobre estilos de vida saludables en el lugar de trabajo y la mayor disponibilidad de entornos seguros en los parques y espacios de recreación públicos para alentar la actividad física;
- e) Promover la aplicación de la Estrategia Mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol, reconociendo a la vez la necesidad de formular planes de acción nacionales apropiados, en consulta con los interesados, para elaborar políticas y programas específicos, lo que entraña tener en cuenta toda la serie de opciones señaladas en la Estrategia mundial, así como concienciar al público sobre los problemas que causa el uso nocivo del alcohol, particularmente entre los jóvenes, y exhortar a la OMS a que intensifique los esfuerzos por ayudar a los Estados Miembros a ese respecto;
- f) Promover la aplicación del conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, incluidos los alimentos de alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal, reconociendo que los estudios han demostrado que la

publicidad de alimentos dirigida a los niños tiene un gran alcance, que una parte importante de la promoción se centra en alimentos de alto contenido de grasas, azúcar o sal y que la publicidad televisiva influye en las preferencias alimentarias de los niños, lo que piden que se les compre y sus pautas de consumo, y teniendo en cuenta a la vez la legislación y las políticas nacionales vigentes, según proceda;

g) Promover la formulación e iniciar la aplicación, según proceda, de intervenciones eficaces en función de los costos para reducir el contenido de sal, azúcar y grasas saturadas de los alimentos y eliminar las grasas trans de producción industrial que contienen, entre otras cosas desalentando la producción y promoción de alimentos que fomentan una dieta malsana, teniendo en cuenta la legislación y las políticas vigentes;

h) Alentar la adopción de políticas favorables a la producción y fabricación de alimentos que promuevan una dieta sana y a la facilitación del acceso a ellos y ofrecer mayores oportunidades de utilizar productos agrícolas y alimentos locales saludables, contribuyendo así a los esfuerzos por afrontar los problemas y aprovechar las oportunidades que plantea la globalización y alcanzar la seguridad alimentaria;

i) Promover, proteger y apoyar la lactancia materna, en particular la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, pues reduce la susceptibilidad a las infecciones y el riesgo de subnutrición, promueve el crecimiento y el desarrollo del lactante y del niño pequeño y ayuda a reducir el riesgo de contraer más adelante afecciones como la obesidad y las enfermedades no transmisibles y, a ese respecto, reforzar la aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones pertinentes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud;

j) Promover un mayor acceso a la vacunación eficaz en función de los costos para prevenir las infecciones relacionadas con los cánceres, como parte de los programas nacionales de inmunización;

k) Promover un mayor acceso a programas eficaces en función de los costos para la detección de cánceres según lo determinen las situaciones nacionales;

l) Ampliar, cuando proceda, la escala de un conjunto de intervenciones probadamente eficaces, como los enfoques de promoción de la salud y de prevención primaria, y galvanizar medidas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles mediante una respuesta mutisectorial significativa, encarando los factores de riesgo y los determinantes de la salud;

44. Para reforzar su contribución a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, exhortar al sector privado, cuando proceda, a:

a) Adoptar medidas para aplicar la serie de recomendaciones de la OMS encaminadas a reducir los efectos de la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas malsanos dirigida a los niños, teniendo en cuenta la legislación y las políticas nacionales existentes;

b) Considerar la posibilidad de producir y promover un mayor número de productos alimentarios que formen parte de una dieta sana, lo que entraña reformular los productos para ofrecer opciones más saludables que sean asequibles y accesibles y se ajusten a las normas pertinentes en cuanto a la información

nutricional y al etiquetado, incluida la información sobre el contenido de azúcares, sal y grasas y, cuando proceda, grasas trans;

c) Promover y crear un entorno que propicie conductas saludables entre los trabajadores, lo que incluye establecer lugares de trabajo libres de tabaco y entornos laborales seguros y saludables mediante la adopción de medidas de salud y de seguridad ocupacionales, y, cuando proceda, prácticas institucionales idóneas, programas de bienestar para el lugar de trabajo y planes de seguro médico;

d) Procurar reducir la utilización de sal en la industria alimentaria para disminuir el consumo de sodio;

e) Contribuir a los esfuerzos por mejorar el acceso y la asequibilidad de los medicamentos y la tecnología de prevención y control de las enfermedades no transmisibles;

### **Reforzar las políticas y los sistemas de salud nacionales**

45. Promover, establecer o apoyar y reforzar para 2013, según proceda, las políticas y planes nacionales multisectoriales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, teniendo en cuenta, cuando corresponda, el Plan de Acción 2008-2013 de la OMS para la estrategia mundial de prevención y control de las enfermedades no transmisibles y los objetivos que en él figuran y tomar medidas para aplicar esas políticas y planes;

a) Reforzar las políticas y programas relativos a las enfermedades no transmisibles e integrarlas, según proceda, en los procesos de planificación de la salud y la agenda de desarrollo nacional de cada Estado Miembro;

b) Iniciar, según proceda, el fortalecimiento amplio de sistemas de salud que apoyen la atención primaria de la salud, y proporcionen respuestas eficaces, sostenibles y coordinadas y servicios esenciales basados en datos empíricos, eficaces en función de los costos, equitativos e integrados para encarar los factores de riesgo de contraer enfermedades no transmisibles y para prevenir esas enfermedades y tratar y atender a quienes las contraen, reconociendo la importancia de promover el empoderamiento y la rehabilitación de los pacientes de enfermedades no transmisibles y los cuidados paliativos para esos pacientes, así como un enfoque de atención durante toda la vida, habida cuenta de que esas enfermedades suelen ser crónicas;

c) En atención a las prioridades nacionales y teniendo en cuenta las circunstancias internas, aumentar las asignaciones presupuestarias destinadas a encarar los factores de riesgo de contraer enfermedades no transmisibles y a realizar actividades de vigilancia, prevención, detección precoz y tratamiento de esas enfermedades, así como dispensar la atención y el apoyo conexos, incluidos los cuidados paliativos, y dar prioridad a esas asignaciones;

d) Estudiar la facilitación de recursos suficientes de forma previsible y sostenida mediante cauces internos, bilaterales, regionales y multilaterales, incluidos mecanismos financieros innovadores tradicionales y voluntarios;

e) Adoptar y promover enfoques basados en el género para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles fundados en datos desglosados por sexo y por edad a fin de encarar las diferencias críticas entre hombres y mujeres en cuanto al riesgo de morbilidad y mortalidad que conllevan esas enfermedades;

- f) Promover la participación de múltiples sectores e interesados para invertir, detener y reducir las tendencias crecientes a la obesidad de las poblaciones de niños, jóvenes y adultos, respectivamente;
- g) Reconocer las disparidades en materia de salud que existen entre los pueblos indígenas y las poblaciones no indígenas en cuanto a la incidencia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgos comunes, reconocer que esas disparidades suelen estar vinculadas a factores históricos, económicos y sociales, alentar la participación de los pueblos y las comunidades indígenas en la formulación, aplicación y evaluación de políticas, planes y programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, cuando corresponda, promoviendo a la vez el desarrollo y el fortalecimiento de las capacidades a diversos niveles y reconociendo el patrimonio cultural y los conocimientos tradicionales de los pueblos indígenas y respetando, preservando y promoviendo, según proceda, su medicina tradicional, lo que entraña la conservación de sus plantas, animales y minerales medicinales vitales;
- h) Reconocer en mayor medida el potencial y la contribución de los conocimientos tradicionales y locales y, a ese respecto, respetar y preservar, de conformidad con las capacidades, las prioridades, la legislación y las circunstancias nacionales, los conocimientos y la utilización segura y eficaz de la medicina tradicional, sus tratamientos y prácticas, basándose, según proceda, en las circunstancias imperantes en cada país;
- i) Realizar todos los esfuerzos necesarios para fortalecer respuestas amplias, sostenibles, eficaces en función de los costos, e impulsadas por cada país en todos los sectores para la prevención de las enfermedades no transmisibles, con la plena y activa participación de las personas que viven con esas enfermedades, la sociedad civil y el sector privado, cuando corresponda;
- j) Promover la producción, la capacitación y la retención de los trabajadores de la salud a fin de facilitar el despliegue apropiado de una fuerza de trabajo calificada en el ámbito de la salud dentro de los países y las regiones, de conformidad con el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;
- k) Reforzar, según proceda, los sistemas de información para la planificación y gestión de la salud, lo que incluye reunir, desglosar, analizar, interpretar y difundir datos y elaborar registros y encuestas nacionales de población, cuando corresponda, para facilitar intervenciones apropiadas y oportunas en favor de toda la población;
- l) Atendiendo a las prioridades nacionales, dar mayor prioridad a la vigilancia, la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades no transmisibles y a las actividades de prevención y control, así como al mejoramiento del acceso a medicamentos y tecnologías seguras, asequibles, eficaces y de calidad para diagnosticar y tratar esas enfermedades; brindar acceso sostenible a medicinas y tecnologías, entre otras cosas, elaborando y utilizando directrices basadas en datos empíricos para el tratamiento de las enfermedades no transmisibles y adquiriendo y distribuyendo de manera eficiente los medicamentos en los países; y reforzar las opciones de financiación viables y promover la utilización de medicamentos asequibles, incluidos los genéricos, así como un acceso mejorado a los servicios de prevención, curación, paliación y rehabilitación, particularmente a nivel comunitario;

- m) Atendiendo a las prioridades que establezca cada país, asegurar la ampliación de la escala de las intervenciones basadas en datos empíricos, eficaces y económicos que demuestren potencial para tratar a las personas que han contraído enfermedades no transmisibles, proteger a quienes corren gran riesgo de contraerlas y reducir el riesgo de todas las poblaciones;
- n) Reconocer la importancia de la cobertura universal de los sistemas de salud nacionales, especialmente mediante mecanismos de atención primaria de la salud y de protección social, para brindar acceso a servicios de salud para todos, en particular los sectores más pobres de la población;
- o) Promover la inclusión de actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles en los programas de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil, especialmente al nivel de atención primaria de la salud, así como en otros programas, según proceda, y también integrar las intervenciones correspondientes en los programas de prevención de las enfermedades no transmisibles;
- p) Promover el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención amplios y eficaces en función de los costos para la gestión integrada de las enfermedades no transmisibles, mediante, entre otras cosas, un mayor acceso a medicamentos, diagnósticos y demás tecnologías que sean asequibles, seguros, eficaces y de calidad, incluso utilizando ampliamente las flexibilidades previstas en los Acuerdos sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio;
- q) Mejorar los servicios de diagnóstico, entre otras cosas, ampliando el acceso a los laboratorios y servicios de diagnóstico por imagen y aumentando su capacidad con una mano de obra calificada suficiente para prestar esos servicios y colaborar con el sector privado para aumentar la asequibilidad del equipo y las tecnologías de diagnóstico, facilitar el acceso a ellos y mejorar su mantenimiento;
- r) Alentar el establecimiento de alianzas y redes que reúnan a los agentes nacionales, regionales y mundiales, incluidos los institutos académicos y de investigación, para la elaboración de nuevos medicamentos, vacunas, diagnósticos y tecnologías, aprendiendo de las experiencias adquiridas en el ámbito del VIH/SIDA, entre otros, atendiendo a las prioridades y estrategias nacionales;
- s) Reforzar la infraestructura de atención de la salud, incluidos los aspectos relacionados con la adquisición, el almacenamiento y la distribución de medicamentos, en particular las redes de transporte y almacenamiento, para facilitar una prestación eficaz de los servicios;

#### **Cooperación internacional, incluidas las alianzas de colaboración**

46. Fortalecer la cooperación internacional en apoyo de los planes nacionales, regionales y mundiales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, entre otras cosas, mediante el intercambio de información sobre prácticas óptimas en las esferas de la promoción de la salud, la legislación, la reglamentación y el fortalecimiento de los sistemas de salud, la formación de personal de salud, el desarrollo de infraestructuras apropiadas de atención de la salud, los diagnósticos, la promoción del desarrollo, la difusión de transferencias apropiadas, asequibles y sostenibles de tecnología con arreglo a términos mutuamente convenidos, y la producción de medicamentos y vacunas asequibles,

seguras, eficaces y de alta calidad, reconociendo, además, el papel rector de la OMS a este respecto, en su calidad de principal organismo especializado en materia de salud;

47. Reconocer la contribución de la ayuda encauzada hacia el sector de la salud, sin por ello dejar de reconocer que aún queda mucho por hacer. Hacemos un llamamiento para que se cumplan todos los compromisos de ayuda oficial para el desarrollo, entre ellos el compromiso de muchos países desarrollados de alcanzar, en 2015, la meta de destinar el 0,7% de su producto nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo, así como los compromisos contenidos en el Programa de Acción de Estambul para los Países menos Adelantados para el Decenio 2011-2020, e instamos enérgicamente a los países desarrollados que aún no lo hayan hecho a que desplieguen nuevos esfuerzos tangibles para cumplir sus compromisos;

48. Hacer hincapié a la importancia de la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular y en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, a los fines de promover, en los planos nacional, regional e internacional, un entorno propicio que facilite modalidades y opciones de vida sanas, teniendo presente que la cooperación Sur-Sur no es un sustituto, sino un complemento, de la cooperación Norte-Sur;

49. Promover todos los medios posibles para localizar y movilizar recursos financieros suficientes, previsibles y sostenidos, así como los recursos humanos y técnicos necesarios, y considerar la posibilidad de apoyar enfoques económicos e innovadores, de índole voluntaria para financiar a largo plazo las actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

50. Reconocer la contribución de la cooperación y la asistencia internacionales a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y, a este respecto, alentar a que se sigan incluyendo esas enfermedades en los programas e iniciativas de cooperación para el desarrollo;

51. Hacer un llamamiento a la OMS, en su calidad de principal organismo especializado de las Naciones Unidas en materia de salud, y a todos los demás organismos, fondos y programas pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, a las instituciones financieras internacionales, a los bancos de desarrollo y a otras organizaciones internacionales importantes para que trabajen aunada y coordinadamente en apoyo de las actividades de los países para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y mitigar sus efectos;

52. Instar a las organizaciones internacionales pertinentes a que continúen proporcionando asistencia técnica y de fomento de la capacidad a los países de desarrollo, en particular a los países menos adelantados, en las esferas de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y en la promoción de un acceso universal a los medicamentos, entre otras cosas aprovechando plenamente la flexibilidad y las disposiciones del Acuerdo sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio;

53. Mejorar la calidad de la ayuda fortaleciendo el sentido de protagonismo nacional, y la coherencia, armonización y calidad predecible de la ayuda, la rendición mutua de cuentas, la transparencia y una orientación hacia el logro de resultados;

54. Obtener la participación de agentes no relacionados con la salud y otros interesados importantes, si procede, entre ellos el sector privado y la sociedad civil, en alianzas de colaboración que promuevan la salud y reduzcan los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, entre otras cosas fomentando la capacidad de las comunidades para promover regímenes y modos de vida sanos;

55. Promover las alianzas de colaboración entre los gobiernos y la sociedad civil, utilizando como base la contribución de las organizaciones no gubernamentales activas en el campo de la salud y las organizaciones de pacientes a fin de apoyar, si procede, los servicios para prevenir, combatir y tratar las enfermedades no transmisibles y prestar cuidados, incluso de orden paliativo;

56. Promover el fomento de la capacidad de las organizaciones no gubernamentales que se ocupan de las enfermedades no transmisibles en los niveles nacional y regional a fin de que alcancen su total potencialidad como asociados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;

### **Investigación y desarrollo**

57. Promover activamente las inversiones nacionales e internacionales y fortalecer la capacidad nacional para desarrollar de manera sostenible y económica actividades de investigación y desarrollo de alta calidad sobre todos los aspectos relacionados con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, teniendo en cuenta la importancia de seguir incentivando la innovación;

58. Promover activamente la utilización de la tecnología de la información y las comunicaciones para mejorar la ejecución de los programas, obtener mejores resultados en materia de salud, promover la salud, mejorar los sistemas de obtención de información y de vigilancia, y difundir, según proceda, información sobre intervenciones sostenibles, de alta calidad, asequibles y económicas, así como sobre prácticas óptimas y sobre la experiencia adquirida en la esfera de las enfermedades no transmisibles;

59. Apoyar y facilitar las investigaciones sobre las enfermedades no transmisibles, así como la traducción de los resultados de estas investigaciones, a fin de aumentar la base de conocimientos de las actividades ya iniciadas en los ámbitos nacional, regional y mundial;

### **Supervisión y evaluación**

60. Fortalecer, según sea necesario, los sistemas de supervisión y seguimiento en los países, en particular mediante encuestas integradas en los sistemas nacionales de información sobre la salud ya existentes, e incluir periódicamente en ellos datos sobre la exposición a factores de riesgo, los resultados obtenidos, los determinantes sociales y económicos de la salud y la respuesta que brindan los sistemas de salud, reconociendo que esos sistemas son de importancia crítica para hacer frente debidamente a las enfermedades no transmisibles;

61. Hacer un llamamiento para que la OMS, por conducto de sus estructuras existentes, con la plena participación de los Estados Miembros e informada de la situación de estos, y en colaboración con los organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas y otras organizaciones regionales e internacionales pertinentes, según proceda, lleve a la etapa siguiente las actividades ya iniciadas a fin de crear, antes de fines de 2012, un marco mundial de vigilancia general.







**Organización Panamericana de la Salud**  
**Representación en Chile**  
**Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura, Santiago de Chile**  
**Casilla N°177 / Vitacura, CP 7630412**  
**Santiago, Chile**  
**2013**