



POLÍTICA ANDINA PARA ENFRENTAR LA PANDEMIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD





POLÍTICA ANDINA PARA ENFRENTAR LA PANDEMIA DE **SOBREPESO Y OBESIDAD**

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

Política Andina para enfrentar la Pandemia de Sobrepeso y Obesidad. ORGANISMO ANDINO DE SALUD-CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2021. ORAS-CONHU; 2022. 90 p.; ilus.tab
POLÍTICA/ SOBREPESO/ OBESIDAD/ REGIÓN ANDINA/ Políticas públicas/ Implementación/ Enfoques / Financiamiento/ Monitoreo

Lima, Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2022-12069

ISBN: 978-612-49039-2-2



Comité Editorial:

Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva.

Dra. Marisela Mallqui Osorio, Secretaria Adjunta.

Dr. Luis Beingolea More, Coordinador de ENT y Líneas Estratégicas.

Dra. Magda Hinojosa Campos, Consultora responsable de la Política.

Coordinadora de Publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz. Responsable del Área de Comunicaciones.

© **ORGANISMO ANDINO DE SALUD –CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2022**

Av. Paseo de la República N° 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú

Teléfonos: (00-51-1) 422 6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org/>

contacto@conhu.org.pe

Primera Edición Digital. Noviembre, 2022

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud –Convenio Hipólito Unanue.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente, sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE 2022

Dr. Jeyson Auza Pinto

Ministro de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Dra. María Begoña Yarza

Ministra de Salud de Chile

Dr. Fernando Ruiz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Ximena Garzón-Villalba

Ministra de Salud Pública del Ecuador

Dr. Jorge Antonio López Peña

Ministro de Salud del Perú

Abg. Magaly Gutiérrez Viña

Ministra del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. María del Carmen Calle Dávila

Secretaria Ejecutiva

Dra. Marisela Mallqui Osorio

Secretaria Adjunta

COMITÉ ANDINO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Grupo de trabajo de Sobrepeso y Obesidad para la Política

Bolivia

Dra. Sdenka Mireya Maury Fernández

Programa Nacional del Vigilancia del Ministerio de Salud y Deportes

Lic. Marisol Mamani Nina, Unidad de Alimentación y Nutrición

Dirección General de Promoción y Prevención de Salud del Ministerio de Salud y Deportes.

Chile

Soc. Patricia Zamora Valdés y Nut. María José Arce Castillo, del Departamento de Nutrición y Alimentos del Ministerio de Salud.

Colombia

Pamela Vallejo Figueroa, Yenny Velosa Melgarejo, María Fernanda Cañón Rodríguez, Galeano Marcela, Sandra Patricia Varón Rodríguez, y Adriana Gómez Gómez del Ministerio de Salud Pública.

Ecuador

Pamela Báez Echeverría,

Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

Lorena Carpio Orellana,

Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

Dra. Ruth Campoverde

Dirección de Estrategias de Prevención y Control.

Perú

Jorge Arturo Hanco Saavedra MD MPH MSc

Componente de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Raquel Elizabeth Hurtado La Rosa MD. PhD

Equipo Técnico de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Lic. Julie Mariaca Oblitas

Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Lic. Mirko Lázaro Serrano, Mg. Claudia Luján del Castillo, Mg. Patricia Velarde Delgado, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, del Instituto Nacional de Salud

Venezuela

Dr. Raúl E. Carbonell Bucci

Dirección General de Programas de Salud

Dra. Tania Bernal

Dirección de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Lic. Cecilia Domínguez

Nutricionista Dietista

ÍNDICE

Abreviaturas – Siglas – Acrónimos	09
1. Prólogo	10
2. Introducción	12
3. Antecedentes	16
4. Justificación – Análisis de la situación e importancia de invertir en la prevención y control del sobrepeso y obesidad en los Países Andinos	19
5. Definiciones - Marco Conceptual – Causas	27
6. Enfoques de la política	36
7. Propósito	42
8. Alcance	42
9. Objetivo	42
10. Principios básicos para abordar la obesidad	43
11. Líneas estratégicas	45
11.1 LE N°1: Promover la alimentación adecuada y saludable para el logro del cambio de hábitos en la población.	
11.2 LE N°2: Organizar la atención nutricional en los servicios de salud, garantizando el acceso y calidad de la oferta.	
11.3. LE N° 3: Controlar y regular los alimentos, productos procesados y ultraprocesados.	
11.4 LE N° 4: Fomentar la actividad física en la población,	

en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo, con el apoyo activo del sector público, privado y la comunidad organizada.

11.5 LE N° 5: Garantizar el acceso físico, económico y cultural de una alimentación inocua y saludable.

11.6 LE N° 6: Implementar un sistema de información, vigilancia, monitoreo y evaluación de la seguridad alimentaria y nutricional a nivel nacional, regional y local, con enfoque intersectorial y orientado a la toma de decisiones.

11.7 LE N° 7: Fortalecer la institucionalidad en todo los niveles, a fin de garantizar una gestión eficiente, así como la visión integral e intersectorial de la salud nutricional.

11.8 LE N° 8: Fomentar la investigación, innovación tecnológica y conocimiento en alimentación y nutrición.

11.9 LE N° 9: Impulsar la participación ciudadana y el control social.

12. Implementación y financiamiento	73
13. Monitoreo y evaluación	76
14. Glosario	77
15. Referencias bibliográficas	81

ABREVIATURAS – SIGLAS – ACRÓNIMOS

- **ENT:** Enfermedades No Transmisibles
- **FAO:** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
- **FIDA:** Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
- **IMC:** Índice de masa corporal
- **OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
- **ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible
- **OIT:** Organización Internacional del Trabajo
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **PAAS:** Promoción de la Alimentación Adecuada y Saludable
- **PMA:** Programa Mundial de Alimentos
- **PNUD:** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- **UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- **WHA:** Asamblea Mundial de la Salud



Lima, 22 de abril de 2022

Resolución REMSAA Extraordinaria XXXIV/3

POLÍTICA ANDINA PARA ENFRENTAR LA PANDEMIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD

Las Ministras y Ministros de Salud de los países miembros:

Considerando:

1. Que, la obesidad es una enfermedad crónica grave¹ que se ha incrementado de manera sostenida en los últimos años, convirtiéndose en un grave problema de salud pública a nivel mundial y está asociada a otras enfermedades crónicas, como las enfermedades cardíacas, diabetes y ciertos tipo de cancer² que adicionalmente ocasionan altos costos económicos de salud individual y familiar.
2. Que, en las Américas la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en adultos es la más alta de todas las regiones en el mundo con un 62.5%, correspondiendo a obesidad el 28 %³. En los países andinos el exceso de peso se encuentra en el rango de 6 a 13 % en niños menores de 5 años, en los adolescentes entre el 18 al 35.6 % y en adultos oscila entre el 56 y el 74 %.⁴
3. Que, en el estudio realizado por el ORAS - CONHU que permitió evaluar el sobrepeso y obesidad en los países andinos en el año 2021, se evidencia el estado actual de la enfermedad y sus tendencias al alza en las poblaciones en general y recomienda la adopción de medidas urgentes que permitan alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda del 2030.
4. Que, los cambios en el sistema alimentario, marcados por el reducido consumo de alimentos naturales y frescos característicos de los patrones de alimentación tradicional y su transformación en las últimas décadas hacia dietas no saludables, con un elevado consumo de productos procesados y ultraprocesados con valores altos de azúcar, grasa y sal/sodio, así como la inactividad física en todo el ciclo de vida, serían las principales causas del rápido aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial y en la región andina.
5. Que, actualmente a este escenario mundial y andino, se ha agregado la pandemia por COVID-19 que ha evidenciado que los más afectados son los adultos, los adultos mayores y las personas que tienen enfermedades previas como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, generando un mayor riesgo de complicaciones e ingresos a las unidades de cuidados intensivos y muerte.

¹<https://www.cdc.gov/obesity/about-obesity/index.html>

² International Association for the Study of Obesity (IASO). About Obesity. [citado 2011 dic 04]; Disponible de: <http://www.iaso.org/policy/aboutobesity/>

³ <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>

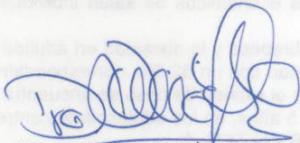
⁴ Situación del sobrepeso y obesidad y el impacto de la enfermedad por COVID-19 en los países andinos 2021

6. Que, es necesario establecer medidas e intervenciones que fortalezcan la integración regional a través de políticas públicas con enfoque de derechos humanos, intercultural, intersectorial, descentralizado y de género que aborden, los determinantes sociales de la salud para la reducción de las brechas e inequidades con participación de la sociedad civil, el estado y las entidades del sector público y privado

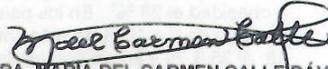
Resuelven:

1. Aprobar la "Política Andina para enfrentar la Pandemia de Sobrepeso y Obesidad" considerando el contexto, prioridades, marcos institucionales y jurídicos vigentes en los países miembros del ORAS-CONHU.
2. Encargar al Comité Andino para la Prevención y Control de Enfermedades No t+Transmisibles (CAENT) la preparación, implementación y seguimiento del Plan de Acción 2023-2027.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXIV REMSAA Extraordinaria, realizada de manera virtual el día 22 de abril de 2022.



DRA. XIMENA GARZÓN-VILLALBA
PRESIDENTA DE LA XXXIX REMSAA
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA
DE ECUADOR



DRA. MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

La obesidad es reconocida actualmente como una enfermedad crónica, y no solo un factor de riesgo, ya que cumple con el proceso del modelo epidemiológico de una enfermedad, con la diferencia que los agentes agresores se relacionan con el estilo de vida, la alimentación, factores conductuales, socioculturales y genéticos.

Esta enfermedad considerada de origen multicausal, está definida como un desbalance entre el gasto y la ingesta energética que aumenta el riesgo de tener enfermedades cardíacas, diabetes y ciertos tipos de cáncer, por lo que actualmente se ha convertido en 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, cuyo incremento afecta significativamente a los que tienen ingresos medios o bajos de Asia, África y Latinoamérica.

El ORAS-CONHU llevó a cabo durante los años 2020-2021, un estudio sobre la situación del sobrepeso y obesidad en tiempos de COVID-19, que evidenció que los países andinos cuentan con diferentes sistemas de recojo de información del estado nutricional de su población, sin embargo, lo que claramente se puede deducir del análisis de las cifras existentes, es que todos los países muestran incremento de sus niveles de sobrepeso y obesidad en los últimos 6 años, con mayor afectación de la población adulta en cifras absolutas y porcentuales. Y ante la presencia de la pandemia por la COVID-19, se ha demostrado que los pacientes que presentan obesidad entre otras comorbilidades asociadas, muestran un significativo incremento en el riesgo de requerir ventilador mecánico, ingreso a Unidades de Cuidados Intensivos y mayor probabilidad de morir, es por ello que las intervenciones en la lucha contra la pandemia, no solo deben dirigirse al uso de respiradores, distanciamiento físico, el mejoramiento de la calidad del aire y las medidas de higiene, sino también lograr que la gente desarrolle hábitos saludables.

En niños y adolescentes el panorama es también crítico, porque antes de la pandemia ya padecían de altos indicadores de sobrepeso y obesidad: y durante la pandemia diversos estudios en varias partes del mundo están demostrando el incremento de peso debido a las prolongadas cuarentenas por la disminución de la actividad física, el incremento de alimentación no saludable por el aumento del costo de las proteínas y la pérdida de trabajo en muchos hogares, el stress y la ansiedad. Los Técnicos y las Autoridades de los Ministerios de Salud Andinos y la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU estamos convencidos que para frenar la epidemia de sobrepeso y obesidad es necesario un compromiso político sostenido, la activa participación de la comunidad, de los gobiernos, los asociados internacionales, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado para la creación de entornos saludables y de condiciones de asequibilidad y accesibilidad de opciones dietéticas más saludables para la población y en especial para los niños y los adolescentes.

Este documento tiene por finalidad brindar lineamientos que han sido analizados por el equipo técnico de los Ministerios de Salud y del ORAS-CONHU a fin de fortalecer la estrategia para la prevención y control de esta enfermedad en los países andinos y será tomado en cuenta para la preparación del Plan Andino de prevención y control de las Enfermedades No Transmisibles 2023-2030, como parte de la estrategia para promover los factores protectores, disminuir el riesgo determinados por los factores de riesgo y fortalecer las medidas de promoción, organización institucional y seguimiento del impacto de las medidas establecidas para enfrentar las Enfermedades No Transmisibles y el sobrepeso y obesidad.



INTRODUCCIÓN

En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, «se plantea una visión transformadora que reconoce que nuestro mundo está cambiando, que lleva consigo nuevos desafíos que deben superarse si hemos de vivir en un mundo sin hambre, inseguridad alimentaria ni malnutrición, en ninguna de sus formas». (3)

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por las Naciones Unidas en 2015, fueron prioridades básicas la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, siendo el factor de riesgo de mayor importancia y preocupación la obesidad, pues puede anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a mejorar la esperanza de vida en nuestras poblaciones.

Los Estados miembros de las Naciones Unidas reconocieron la importancia que tiene ir más allá del hambre, cuando establecieron metas universales y ambiciosas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La meta del hambre cero se propone no solo «poner fin al hambre», sino también asegurar el acceso de todas las personas a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año (Meta 2.1 de los ODS) y «erradicar todas las formas de malnutrición» (Meta 2.2 de los ODS).

La obesidad no es un fenómeno nuevo. Lo sorprendente es el reciente aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en prácticamente todos los países del mundo. Las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son que aproximadamente 1,200 millones de personas en el mundo tienen sobrepeso, de las cuales al menos 300 millones son obesas. En algunos países, incluidos los EE. UU. Y el Reino Unido, las tasas de obesidad se han más que duplicado en los últimos 25 años y el sobrepeso se ha convertido en la norma para los adultos. (4)

Por otro lado, la prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe se ha triplicado desde los niveles que había en 1975, al punto que hoy uno de cada cuatro adultos vive con obesidad, en una región donde el hambre ha vuelto a crecer y afecta a 42.5 millones de personas, señala el nuevo informe de Naciones Unidas, el Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional 2019. (7)

La obesidad en adultos sigue aumentando, del 11.8 por ciento en 2012 al 13.1 por ciento en 2016 y no está en camino de alcanzar el objetivo mundial de detener el aumento de la obesidad en adultos para 2025. Si la prevalencia continúa aumentando en un 2.6 por ciento por año, la obesidad en adultos aumentará en un 40 por ciento para 2025, en comparación con el nivel de 2012. Todas las subregiones muestran tendencias crecientes en la prevalencia de la obesidad en adultos entre 2012 y 2016. (37)

Con la finalidad de que los Países Andinos puedan avanzar hacia el logro de las metas de la Agenda 2030, es necesario que aborden la problemática, para la prevención de la obesidad, diseñando e implementando políticas integrales con un enfoque multisectorial desde la atención primaria de la salud, la promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable.

Además, se requiere mejorar el entorno alimentario y la actividad física en las Instituciones Educativas; es urgente establecer políticas fiscales y reglamentación más estricta de la publicidad de los alimentos; las medidas intersectoriales público/privado, incremento de espacios urbanos para la actividad física y disponibilidad y acceso a alimentos nutritivos, entre otros aspectos a desarrollar.

Es en este sentido, que el Organismo Regional Andino de Salud –Convenio Hipólito Unanue, viene desarrollando una serie de acciones destinadas a aportar en el desarrollo de estrategias concretas en los países andinos, que permitan en un mediano y largo plazo, ir quebrando la tendencia ascendente de los niveles de malnutrición por exceso que se observan en los últimos 15 años.

Para ello, luego de lograr identificar y actualizar la información respecto a los índices de prevalencia del sobrepeso y obesidad en los países andinos, se hace necesario ir planteando la Política Andina para el Control del Sobrepeso y Obesidad, para lo cual se deben diseñar un conjunto de programas bien definidos en los diferentes niveles de gobierno de los países, que involucre a todos los actores que influyen en su desarrollo y por ende, en sus intervenciones y que deberán ser identificados bajo la realidad de cada gobierno.

Por esta razón, en primer lugar, se debe reconocer el exceso de peso como una problemática de salud pública que requiere cumplir con la premisa de la existencia de voluntad política,

que entiende la tarea gubernamental como un mecanismo para lograr servir a la población. Es innegable, que casi todos los países han desarrollado acciones en el marco de la Alimentación y Nutrición Saludable, existiendo diferencias en los avances de su implementación por factores socio-políticos, socio-económicos, culturales, geográficos, entre otros. Se requiere de la concertación entre el bienestar colectivo, las fuerzas del mercado y los valores culturales de las poblaciones.

Los encargados de formular las políticas deben también asegurarse de que las políticas que facilitan el comercio ayuden igualmente a lograr los objetivos de nutrición. La integración de las preocupaciones relativas a la seguridad alimentaria y la nutrición en los esfuerzos de reducción de la pobreza, intensificando al mismo tiempo las sinergias entre la reducción de la pobreza y la erradicación del hambre y la malnutrición, también debe ser parte de la transformación.

Además, la reducción de las desigualdades de género y de las desigualdades que surgen de la discriminación y la exclusión social de grupos de la población, debe ser el instrumento o el resultado de la mejora en la seguridad alimentaria y la nutrición. (3)

Un análisis más amplio, llevado a cabo agrupando todos los datos recopilados por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en 145 países en 2014, 2015, 2016 y 2017, muestra que la zona de residencia, la situación de pobreza



y el nivel de instrucción determinan, de manera significativa, la diferencia en los niveles de inseguridad alimentaria entre hombres y mujeres. A nivel mundial, la brecha de género en la inseguridad alimentaria parece ser mayor en los estratos de población con menor nivel de instrucción y más pobres, así como en los asentamientos urbanos (grandes ciudades y suburbios).

Tras controlar por zona de residencia (zona rural o pueblo pequeño en contraposición a una gran ciudad o sus suburbios), situación de pobreza y nivel de instrucción de los encuestados, las probabilidades de padecer inseguridad alimentaria, siguen siendo aproximadamente un 10% más altas en las mujeres que en los hombres. Esta conclusión revela que existen otras formas de discriminación, quizá más sutiles, que hacen que el acceso a los alimentos resulte más difícil para las mujeres, aun cuando tengan los mismos niveles de ingresos e instrucción que los hombres y vivan en zonas similares. (3)

La población mundial ha aumentado constantemente y, en la actualidad, la mayoría vive en zonas urbanas. La tecnología ha evolucionado a un ritmo vertiginoso, en tanto que la economía ha pasado a estar cada vez más interconectada y globalizada.

No obstante, muchos países no han experimentado un crecimiento económico sostenido como parte de esta nueva economía. La economía mundial en su conjunto no está creciendo tanto como se esperaba. Los conflictos y la inestabilidad han crecido y se han hecho más inextricables, desencadenando un mayor desplazamiento de población.





ANTECEDENTES

El sobrepeso y la obesidad han aumentado en casi todos los países y contribuyen a provocar cuatro millones de muertes a escala mundial. Las cifras relativas a los costos económicos de la malnutrición son abrumadoras: se prevé que la obesidad costará dos mil millones de USD al año, en gran medida como consecuencia del valor asignado a la pérdida de productividad económica, sumado a los costos directos de la atención sanitaria en todo el mundo. (3)

La pandemia de COVID-19 hará que sea más difícil volver a la normalidad. La desnutrición y la inseguridad alimentaria no son los únicos desafíos, sino también el sobrepeso y la obesidad y otras formas de desnutrición. A este respecto, la calidad de los alimentos y la dieta es un vínculo fundamental entre la seguridad alimentaria y los resultados nutricionales, en todas sus formas, en particular el sobrepeso y la obesidad. Sin duda, el vínculo debe fortalecerse para lograr el ODS 2. Los impactos en la salud asociados con las dietas de mala calidad son significativos. Las dietas poco saludables son una de las principales causas de enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente enfermedades cardiovasculares, cánceres y diabetes, que provocan la muerte. Tanto el sobrepeso como la obesidad son factores de riesgo importantes para las ENT, y el aumento de los costos de la atención médica relacionados con el aumento de las tasas de obesidad es una tendencia en todo el mundo. De 56.9 millones de muertes a nivel mundial en 2016, 40.5 millones de muertes, o el 71 por ciento, fueron atribuibles a las ENT. (37)

Las estimaciones del Indicador 2.1.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que sigue los progresos relativos a la meta de asegurar el acceso de todas las personas a la alimentación, revelan que un total de unos 2,000 millones de personas en el mundo experimenta algún nivel de inseguridad alimentaria, en particular moderada.

Es posible que las personas que padecen inseguridad alimentaria moderada no sufran

hambre necesariamente, pero carecen de un acceso regular a alimentos nutritivos y suficientes, por lo cual presentan mayor riesgo de diversas formas de malnutrición y mala salud. (3)

El cambio climático y la creciente variabilidad del clima y sus fenómenos extremos están afectando a la productividad agrícola, a la producción de alimentos y a los recursos naturales, con repercusiones en los sistemas alimentarios y los medios de vida rurales, entre los que cabe citar una disminución del número de agricultores. Todo ello ha conducido a cambios importantes en la forma de producir, distribuir y consumir los alimentos en todo el mundo, y a nuevos desafíos para la seguridad alimentaria, la nutrición y la salud. (3)

Para hacer frente ante estas preocupantes tendencias, los países deberán emprender iniciativas más audaces, que no solo apunten a mejorar la magnitud de ellas, sino sobre todo a fortalecer la articulación multisectorial e intergubernamental, que involucre a muchos sectores del aparato estatal, como el de la agricultura, salud, economía, producción, recursos hídricos, saneamiento, educación y otros sectores pertinentes, previa evaluación.

En septiembre del 2018, los jefes de estado y comités en la Asamblea General de las Naciones Unidas, se comprometieron en buscar liderazgo estratégico y supervisar el proceso de colocar a sus países en un camino sostenido para lograr el objetivo 3.4 de los ODS (para el 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT a través de la prevención



y el tratamiento), para lo cual algunos de nuestros países ya vienen adoptando acciones para hacer frente al incremento de la prevalencia del sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes; ejemplos de ello existen en el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador y México, donde se observan las mayores tasas de la región.

Por otra parte, sigue vigente el «Plan Andino para la prevención y control de las Enfermedades No Transmisibles 2018-2022», que involucra acciones articuladas en los países andinos, dentro de ellos el impulsar la implementación del «Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia».

Entre las medidas implementadas, vienen siendo impulsadas las regulaciones sobre la promoción y mercadeo de bebidas y comidas poco saludables dirigidas a niños y niñas, debiéndose medir sus resultados e impacto en unos años.

Por ello, las políticas en salud pública y nutrición, tienen dentro de sus más importantes retos, lograr resultados mediante la ejecución de una serie de acciones con pocos recursos, previo análisis local de sus necesidades y prioridades.

Las diversas formas de la malnutrición están interrelacionadas durante todo el ciclo vital y entre generaciones, la desnutrición fetal y en las primeras etapas de la vida contribuye al retraso del crecimiento físico y a un mayor riesgo de sobrepeso y enfermedades crónicas, como la diabetes en las etapas posteriores de la vida.

El Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, basado en el Marco de acción de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, pone de relieve que la lucha contra la malnutrición en todas sus formas no corresponde al dominio de ningún sector por sí solo. Los sectores de salud, educación, agricultura, protección social, planificación y política económica, así como los legisladores y otros líderes políticos, desempeñan papeles igualmente importantes. (3)



JUSTIFICACIÓN

Análisis de la situación e importancia de invertir en la prevención y control del sobrepeso y obesidad en los Países Andinos

El sobrepeso y la obesidad plantean problemas de salud a lo largo del ciclo de vida. En los adultos, las personas obesas tienen mayores tasas de mortalidad, debido a un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes. Los niños con sobrepeso están expuestos a un riesgo mayor de desarrollar diabetes de tipo 2, hipertensión, asma, otros problemas respiratorios, trastornos del sueño y enfermedades hepáticas.

También pueden sufrir las consecuencias psicológicas de la baja autoestima, la depresión y el aislamiento social. El sobrepeso y la obesidad durante la infancia, a menudo persisten hasta la edad adulta, lo que da lugar a problemas de salud a lo largo de toda la vida. Los costos económicos nacionales, derivados del aumento de los costos de la atención sanitaria y la pérdida de productividad económica, son enormes.

En las primeras etapas de vida puede quedar determinado un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad, a través de las influencias ejercidas de una generación a otra y durante los primeros años de vida; estas influencias han contribuido a agravar una crisis de la obesidad que va en aumento.

Los efectos adversos del crecimiento fetal inadecuado, sobre el riesgo de ENT pueden verse agravados por un retraso del crecimiento en los primeros años tras el nacimiento y un rápido aumento de peso en etapas posteriores de la vida. Las niñas que experimentaron un crecimiento fetal inadecuado, especialmente las que no lo compensaron durante la infancia, son más propensas a sufrir retraso del crecimiento en la edad adulta y, por lo tanto, a dar a luz niños con bajo peso al nacer, con lo que transmiten una nutrición deficiente junto con un mayor riesgo de ENT a la siguiente generación. (3)

Otro mecanismo que aumenta el riesgo de ENT y obesidad a lo largo del ciclo de vida, es el hecho de que el sobrepeso o el aumento de peso excesivo durante el embarazo incrementa el riesgo de diabetes gestacional y alto peso al nacer, lo que, a su vez, está asociado a un mayor riesgo de sufrir sobrepeso y obesidad en etapas posteriores de la vida.

Independientemente del peso al nacer, un aumento de peso excesivo en la primera infancia puede predecir el sobrepeso y la obesidad en la adolescencia y la edad adulta.

Por ende, a fin de dar un abordaje eficiente al problema del sobrepeso y obesidad, debemos enfatizar que es necesario dar un enfoque por curso de vida a nuestras intervenciones, que promueva el acceso a alimentos nutritivos, una alimentación y nutrición óptimas de los lactantes y un crecimiento saludable durante toda la vida, desde el desarrollo del feto hasta la edad adulta.

Varias iniciativas mundiales ofrecen hojas de ruta para detener y revertir la epidemia de obesidad. La creación de un entorno que favorezca y promueva las dietas saludables es fundamental para todas ellas, en referencia a una selección equilibrada, variada y adecuada de los alimentos que se consumen a lo largo del tiempo, a fin de velar por que se satisfagan las necesidades de nutrientes esenciales y se limite el consumo de grasas dañinas, sal y azúcares. (8)

Actualmente, las dietas poco saludables son el principal factor de riesgo de muerte en todo el mundo. Para contrarrestar esta situación, en el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, se presentan opciones de políticas para la promoción de la actividad física y las dietas saludables (10).

Otra iniciativa, la Comisión de la OMS para acabar con la obesidad infantil, propone estrategias que se centran en las dietas saludables, la actividad física, la atención médica antes y durante el embarazo, la sanidad escolar y el control del peso (9).

Por último, el Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, respaldado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2012, ha desafiado al mundo a evitar que aumente el sobrepeso en niños en edad preescolar, durante el próximo decenio (11).

En estas iniciativas se destaca la necesidad de adoptar un enfoque multisectorial y multidimensional para abordar la carga del sobrepeso y la obesidad a escala mundial. En vista de ello, en 2016 las Naciones Unidas hicieron suyo el Marco de acción de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición y proclamaron el Decenio de Acción sobre la Nutrición (12).



Luchar contra todas las formas de malnutrición no es competencia exclusiva de ningún sector, sino que tanto el sector de la salud, como los de la educación, la agricultura, la protección social, la planificación y las políticas económicas tienen una función que desempeñar, así como los legisladores y otros dirigentes políticos. Se necesita una serie de medidas orientadas a los planos individual, familiar, comunitario, nacional e incluso mundial. Los sistemas de atención sanitaria deben proporcionar apoyo, educación y asesoramiento adecuados a las personas y familias, con miras a promover la lactancia materna (empezando con políticas favorables en los hospitales), así como prevenir y tratar, tanto el sobrepeso como la obesidad.

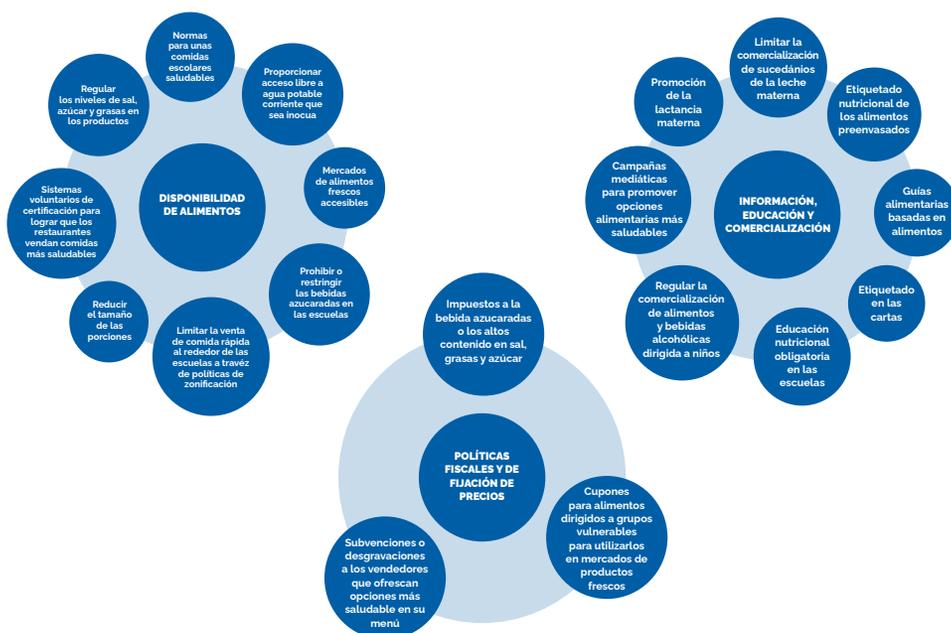
Las escuelas pueden tener un papel influyente al crear entornos que determinen opciones alimentarias más saludables, y permitan su introducción mediante la exposición a alimentos nutritivos, al tiempo que se imparte educación sobre nutrición y se limita la exposición a alimentos o bebidas con altos contenidos de grasas, azúcares o sal, y a comunicaciones comerciales de tales alimentos en las escuelas o cerca de ellas.

En un sentido más amplio, es esencial transformar los sistemas alimentarios a fin de ofrecer dietas inocuas, asequibles y sostenibles. Los programas de protección social también pueden apoyar el acceso a alimentos nutritivos, en especial para las poblaciones desfavorecidas. Las comunidades más pobres suelen enfrentarse a obstáculos físicos y económicos para obtener alimentos nutritivos, lo que las expone a un mayor riesgo de sufrir inseguridad alimentaria y malnutrición. Cada vez se reconoce más la necesidad de adoptar medidas para abordar los factores en los planos comunitario y nacional (13).

Para mejorar el acceso a dietas saludables asequibles, los gobiernos pueden elegir entre una serie de opciones de políticas, que comprenden desde políticas vinculantes, como normas y reglamentos, hasta aquellas no vinculantes, como el suministro de información y educación. Este Plan Andino de Salud Mental consolida las líneas estratégicas derivadas

GRÁFICO N° 1

EJEMPLOS DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS ENCAMINADOS A PREVENIR O REDUCIR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD



FUENTE: Elaborado por la OMS y la FAO para esta publicación sobre la base de: Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer. 2019. NOURISHING database. En: World Cancer Research Fund International database [en línea]. Londres. [Consultado el 25 de abril de 2019]. <https://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-database>; OMS. 2019. Global database on the Implementation of Nutrition Action (GINA). <https://www.who.int/nutrition/gina/en>.

Ante esta problemática, es importante que los países andinos logren mejorar la inversión en la seguridad alimentaria y nutricional de sus poblaciones, para lo cual es prioritario reconocer que la alimentación:

- Es un derecho fundamental de la humanidad, para lo cual debemos asegurar que, en forma oportuna y permanente, las personas logren el acceso físico, económico y social a un alimento adecuado, en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, así como a su adecuado consumo y aprovechamiento biológico, que le garantice el disfrute de una vida saludable y productiva.
- Tiene consecuencias importantes, en el crecimiento y desarrollo de las personas y de la salud de las personas en todo el curso de la vida. Existen muchos estudios que demuestran

los serios daños que producen en el individuo, el no contar con una alimentación y nutrición adecuadas, como daños en la capacidad intelectual, en el rendimiento escolar y el desarrollo social y económico, en la sobrevivencia a futuro.

- Es fundamental para lograr el crecimiento económico y el desarrollo sostenible del país.
- Es fundamental para el cumplimiento de las metas de los ODS al 2030. El alto costo y la imposibilidad de acceder a dietas saludables se asocian con una mayor inseguridad alimentaria y diferentes formas de desnutrición, incluido el retraso del crecimiento infantil y la obesidad en adultos. El sobrepeso y la obesidad son el resultado de una miríada de factores socioeconómicos junto con la desnutrición infantil. Sin embargo, hay pruebas sólidas de que los precios más altos de las opciones de alimentos saludables, en comparación con alimentos más baratos y menos nutritivos, están contribuyendo a la tendencia creciente de sobrepeso y obesidad. Los cambios en los precios relativos entre los alimentos densos en energía y de valor nutricional mínimo y los alimentos nutritivos, también marcan la diferencia. Los efectos más fuertes se observan entre las personas que luchan por sus bajos ingresos, que son las más sensibles y las más afectadas por el costo de los alimentos.
- Estos resultados no solo se aplican a los países de ingresos altos, sino también a los países de ingresos medios bajos y bajos, donde el sobrepeso y la obesidad son un problema generalizado y creciente

En la XXXVII Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), realizada en la Ciudad de Quito – Ecuador el 6 de noviembre del 2018, se aprobó mediante Resolución REMSAA XXXVII/526 una serie de acciones a desarrollar a favor de la Alimentación Saludable en la Infancia y la Adolescencia para disminuir el riesgo de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), siendo importante puntualizar como medida priorizada, el impulsar en la Subregión Andina la implementación del Programa de Trabajo para el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición y del Plan de Acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, a través de la promoción de la lactancia materna, el consumo de alimentos saludables, el mejoramiento del entorno relacionado a la nutrición, la implementación de medidas regulatorias como el etiquetado frontal de advertencia, y el desarrollo de intervenciones para el consumo de alimentos saludables en todos los entornos de vida (familia, escuela y comunidad).

Actualmente se tiene en vigencia el «Plan Andino para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2018-2022», que tiene por objetivo desarrollar acciones a través de políticas y alianzas multisectoriales, la reducción de factores de riesgo, la protección de factores protectores, el fortalecimiento de sistemas de salud, la vigilancia, la investigación, el intercambio de iniciativas y lecciones aprendidas entre los países de la

subregión andina: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

Para cumplir con los compromisos y propuestas planteados, es necesario que los países andinos implementen una Política Nacional para el Control y Prevención del Sobrepeso y Obesidad, la cual se alinee con una Política Regional que permita la cooperación internacional hacia objetivos comunes.

Entre diciembre del 2020 y marzo del 2021, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, realizó una revisión de la Situación Actual de la problemática del Sobrepeso y Obesidad en los Países Andinos.

Luego de la revisión y análisis de las prevalencias a lo largo de los últimos años del sobrepeso y obesidad en el curso de vida de las personas, se puede concluir que los Países Andinos, al igual que muchos en el mundo, se encuentran con una alta probabilidad de continuar incrementando sus cifras de malnutrición por exceso.

Esta progresivo y sostenido incremento en la carga de malnutrición en la población, principalmente de niños, niñas y mujeres, afecta la posibilidad de los países de lograr al menos ocho de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, lo cual debe ser prioridad en las políticas de los gobiernos de los Países Andinos.

TABLA N° 1

Prevalencia del Sobrepeso y Obesidad en niños de Países Andinos

GRUPOS DE EDAD	PAÍSES	SOBREPESO	OBESIDAD	EXCESO DE PESO
NIÑOS	BOLIVIA	ENSA 2016: 5 a 13 años= 22.1	ENSA 2016: 5 a 13 años= 11.2%	ENSA 2016: <5 años= 10.1% 5 a 13 años= 33.3%
	CHILE	S/D	2016 WOF: 5 a 9 años= 18.6%	2018 OCDE <5 años= 9.3% y total población infantil = aprox. 45%
	COLOMBIA	ENSIN 2015 = <5 AÑOS= 5.2%	2015 ENSIN: <5 años= 1.1%; 5-12 años= 7.6%	ENSIN: <5 años= 6.3% 5 a 12 años= 24.4%
	ECUADOR	ENSANUT 2018 <5 AÑOS= 8.4% 5-11 años=20.6%	ENSANUT 2018: <5 años= 4.77% 5 a 11 años= 14.8%	ENSANUT 2018: <5 años=13.18% 5 a 11 años= 35.4%
	PERÚ	2019 MINSa INS: <5 años= 6.7%	2019 MINSa INS: <5 años= 1.9%	2019 MINSa INS: <5 años= 8.6%
	VENEZUELA	S/D	S/D	2019 MINSa INS: <5 años= 6.7%

Fuente: Documento Técnico «Situación del sobrepeso y obesidad y el impacto de la enfermedad por COVID-19 en los Países Andinos» –2021

ENSA: Encuesta de Demografía y Salud de Bolivia

WOF: World Obesity Federation

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

ENSIN: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia

ECV: Encuesta de condiciones de vida del Ecuador

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador

INS: Instituto Nacional de Salud del MINSA Perú.

Con respecto a la prevalencia del exceso de peso en la población infantil menor de 5 años, según los datos mostrados más recientemente en los países andinos, los de mayor prevalencia son Ecuador (13.18% el 2018), Bolivia (10.1% el 2016), seguido de Chile (9.3% el 2018) en tercer lugar; continuando con Perú (8.6% el 2019) y, finalmente, Colombia con 6.3% el 2015. Sin embargo, todos han incrementado sus cifras en los últimos años.

Con respecto a los índices de sobrepeso y obesidad en población adolescente, al observar la data sistematizada proveniente de la información oficial brindada por los países andinos, así como la existente en la web, se puede observar que ocupando el primer lugar se encuentran Chile y Bolivia con una prevalencia de 13.5% y 13.3% respectivamente (aclarar que ambas corresponden a data del 2016, sin embargo, la de Bolivia abarca a las edades de 5 a 18 años). El país andino con menor prevalencia de obesidad en población adolescente es Colombia, que solo llega a 4%, cifras muy por debajo de lo observado en los demás países.

Asimismo, es importante resaltar que la información proveniente del Perú, data del 2014 y la de Colombia del 2015, por lo que sería importante que, al igual que los demás países, puedan levantar información más actualizada de la prevalencia del sobrepeso y obesidad en la población adolescente.

TABLA N° 2

Prevalencia del Sobrepeso y Obesidad en adolescentes de Países Andinos

GRUPOS DE EDAD	PAÍSES	SOBREPESO	OBESIDAD	EXCESO DE PESO
ADOLESCENTES	BOLIVIA	2016: 5 a 18 años= 21.9%	2016: 5a 18 años= 13.3%	2016: 5 a 18 años= 35.6%
	CHILE	S/D	2016 WOF*** 10 a 19 años= 13.5%	S/D
	COLOMBIA	2015 ENSIN: 13 a 17 años= 14%	2015 ENSIN: 13 a 17 años= 4%	2015 ENSIN: 13 a 17 años=17.9%
	ECUADOR	ENSANUT 2018 12 a 19 años= 22.53%	2018 ENSANUT 12 a 19 años = 7%	2018 ENSANUT 12 A 19 años 29.57%
	PERÚ	2014: 10 a 19 años= 18.5%	2014: 10 a 19 años= 7.5%	2014: 10 a 19 años= 24%
	VENEZUELA	S/D	S/D	S/D

Fuente: Documento Técnico «Situación del sobrepeso y obesidad y el impacto de la enfermedad por COVID-19 en los Países Andinos» –2021

Con respecto a las cifras de prevalencia de la obesidad en población adulta, independientemente de que los años de la data hallados, así como que los rangos de edad entre los países varían, podemos observar por una importante diferencia, ubicarse en primer lugar como el país con la mayor prevalencia a Chile (2018: 57.3% en población de 18 a 80 años), seguido de Ecuador con 23.38% (año 2018 entre los 19 y 59 años) y Perú con una prevalencia de 22.3% (año 2019 en población mayor de 15 años). Es importante señalar que Colombia y Bolivia, requieren actualizar sus revisiones y estudios, para un mejor conocimiento de la realidad a la fecha.

TABLA N° 3

Prevalencia del Sobrepeso y Obesidad en población adulta y en población general en los Países Andinos

GRUPOS DE EDAD	PAÍSES	SOBREPESO	OBESIDAD	EXCESO DE PESO
ADULTOS	BOLIVIA	S/D	ENSA 2016= 20.2%	S/D
	CHILE	S/D	Estudio 2018 (18 a 80 años)= 57.3%	ENS 2016-2017 =74% (>15 años)
	COLOMBIA	2015 ENSIN 18 A 64 años = 37.8	2015 ENSIN 18 a 64 años = 18.7%	2015 ENSIN 18 a 64 años= 56.5%
	ECUADOR	2018 ENSANUT 19 a 59 años= 41.3%	2018 ENSANUT: 19 a 59 años= 23.38%	2018 ENSANUT: 19 a 59 años= 64.68%
	PERÚ	2019 ENDES ≥15 años= 37.8%	2019 ENDES: ≥15 años=22.3%	2019 ENDES: ≥15 años=60.1%
	VENEZUELA	S/D	S/D	S/D

Fuente: Documento Técnico «Situación del Sobrepeso y Obesidad y el Impacto de la enfermedad por COVID-19 en los Países Andinos» – 2021



DEFINICIONES MARCO CONCEPTUAL – CAUSAS

Los problemas de malnutrición por exceso son el resultado directo de un balance positivo y crónico de energía, es decir de una ingestión de energía superior al gasto energético. Sin embargo, las causas del balance positivo de energía son multifactoriales, operan a lo largo del curso de la vida y en distintos niveles del sistema económico, social, cultural y legal.

Las causas inmediatas de la obesidad se refieren a una elevada ingestión y un bajo gasto de energía, mediados por la dieta y la actividad física en el trabajo, la recreación y el transporte. El balance energético está también modulado por factores fisiológicos, genéticos y epigenéticos. A su vez estas causas inmediatas son influenciadas por causas subyacentes como la alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos con elevada densidad energética y bebidas azucaradas, el mercadeo masivo de alimentos procesados, los bajos precios relativos por caloría tanto de alimentos procesados con alta densidad energética como de bebidas con aporte calórico.

Un factor subyacente reconocido es la pérdida de la cultura alimentaria tradicional, causada por diversas razones, incluyendo el tiempo limitado para la compra, selección y preparación de alimentos, la disponibilidad y accesibilidad a alimentos con alto contenido energético y bajo costo, así como la publicidad de alimentos y bebidas procesados que ha acompañado al fenómeno de la globalización, que si bien es cierto ha impactado principalmente en zonas urbanas y grandes ciudades, igualmente ya se pueden observar sus efectos incluso en zonas rurales, aunque en menor proporción

Las complejas relaciones causales que dan origen a la obesidad, requieren igualmente de una respuesta compleja coordinada por el Estado, con un abordaje transectorial y

multidisciplinario, basado en la mejor evidencia científica y que se traduzca en beneficios para la población. La respuesta debe, por un lado, mitigar los efectos de la urbanización, de la globalización, de los mercados desregulados, de la falta de accesibilidad a alimentos de calidad y, por otro, empoderar a los ciudadanos con información clara sobre la calidad nutrimental de los alimentos y bebidas, los riesgos a la salud derivados de su consumo y sobre los efectos positivos en la salud de la actividad física regular. Igualmente debe acotar la libertad comercial que deja a la población desprotegida frente a las agresivas campañas de mercadeo de alimentos y bebidas industrializadas.

Diversos estudios abordan las causas socioeconómicas de la epidemia de obesidad y coinciden que, en términos económicos, el comportamiento de los consumidores —principalmente a partir de la década de los ochenta del siglo XX—, resulta de la interacción entre las características individuales de las personas y los determinantes socioeconómicos de la salud.

Asimismo, la incorporación de las mujeres al ámbito laboral fuera de casa, y el tiempo que los menores interactúan con los medios de comunicación masiva, particularmente viendo televisión —en donde están expuestos a las campañas publicitarias de alimentos industrializados de poco valor nutricional—, en conjunto generan un ambiente obesogénico. En dicho ambiente las personas vivimos y socializamos sin contar, en la mayoría de los casos, con los medios para adoptar comportamientos saludables que nos ayuden a mantener un peso adecuado. La conformación del ambiente obesogénico es un claro indicativo de que la obesidad no es sólo una decisión individual de salud.

Desde la perspectiva económica, dos son los resultados más evidentes del ambiente obesogénico en la población: la oferta de productos y el uso del tiempo. En términos del segundo resultado, destaca el insuficiente tiempo enfocado al gasto energético. (4)

Por otra parte, es difícil inferir una relación directa entre la obesidad y cualquier desarrollo tecnológico único, debido a que sus usos generalmente están muy vinculados con las normas sociales y el estilo de vida de las personas, de modo que poder separarlo de todas las demás influencias del entorno, hace difícil medir la influencia particular que cada tecnología tenga en el problema.

Aun así, se reconoce que los avances tecnológicos han dado lugar en las últimas décadas a cambios perjudiciales en el comportamiento y al desarrollo de prácticas de vida saludables de las personas, al disminuir y desincentivar el esfuerzo físico.

Otros factores subyacentes son los ambientes de la escuela, el trabajo, la comunidad, las ciudades y los hogares que promueven el sedentarismo y la inadecuada calidad y acceso a servicios de salud preventiva, y a servicios de sanidad como la dotación de agua potable.



A su vez, estas causas subyacentes derivan de causas básicas como la urbanización e industrialización, la globalización, los cambios en la dinámica familiar, cambios tecnológicos en la producción y procesamiento de alimentos, la alta influencia de los medios de comunicación masiva en el consumo de alimentos, los cambios tecnológicos en el trabajo, transporte y recreación, que disminuyen la demanda de gasto de energía, políticas agrícolas, fiscales (impuestos sobre los alimentos y subsidios) y de comercio exterior que favorecen la disponibilidad de alimentos y bebidas poco saludables, políticas educativas y laborales que no incluyen como tema central la promoción de la alimentación saludable, incluida en ésta el consumo regular de agua y la actividad física y un marco legal que limita el papel rector del gobierno en materia de políticas nutricionales y de salud.

Otro de los factores a considerar es el rezago en el desarrollo agrícola del país y en la infraestructura en transporte, que dificulta la creación de mercados regionales de alimentos frescos.

En el ámbito andino, existen diferentes escenarios donde se puede visibilizar algunos con un adecuado desarrollo agrícola y otros con desarrollo incipiente o deficiente, que contribuye al mayor o menor desarrollo del ambiente obesogénico. Por ende, para mejorar la eficiencia del sistema, se requiere de políticas agrícolas e incentivos para la inversión en la nutrición, que actúen en la cadena de suministros con un enfoque hacia los alimentos nutritivos y las dietas saludables, que reduzcan la pérdida de alimentos, brindando oportunidades a la población más vulnerable, a los productores de pequeña escala.

Por ello, son importantes las intervenciones orientadas a mejorar los sistemas de producción, almacenamiento y distribución de los alimentos. La iniciativa de agricultura familiar es un ejemplo de este tipo de intervenciones, dado que una proporción considerable de los alimentos naturales en la Región se producen en unidades agrícolas de tamaño mediano y pequeño. (38)

Finalmente, los grupos en condición de pobreza son más vulnerables a los factores determinantes de la obesidad, especialmente por su limitado acceso a alimentos saludables y a información confiable y clara sobre nutrición y su mayor susceptibilidad a los efectos adversos de la obesidad (enfermedades crónicas no transmisibles), lo que obliga a considerar a estos grupos como prioritarios en el diseño de políticas.

La inseguridad alimentaria en las personas, ante el limitado acceso a alimentos en calidad o cantidad óptima y suficiente, sumada a un nivel moderado que aunque no conduzca a la subalimentación, puede aumentar el riesgo de padecer ciertas formas de malnutrición como el sobrepeso y la obesidad.

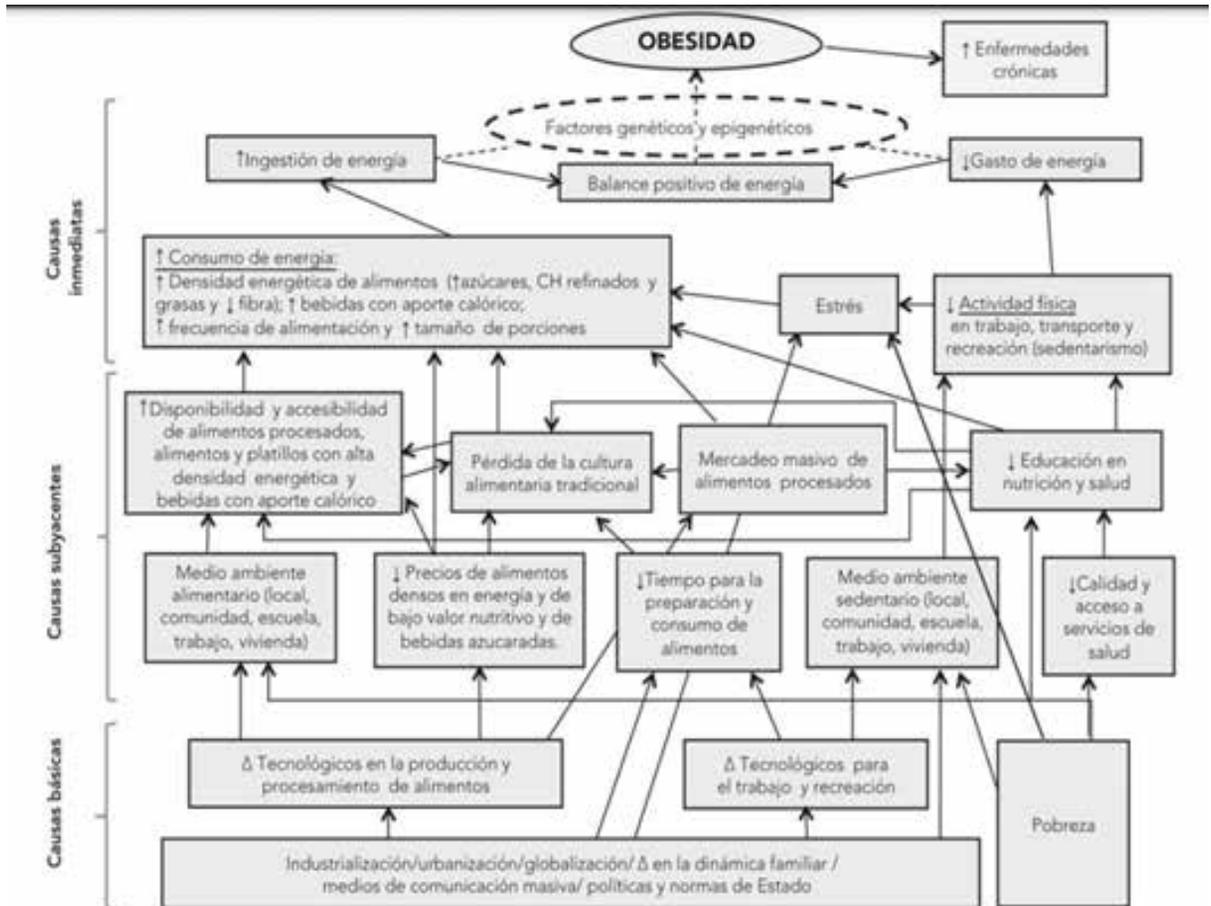
Un análisis de datos a nivel individual y de los hogares de determinados países de todas las regiones, revela que la inseguridad alimentaria desempeña un papel importante como factor determinante de diferentes formas de malnutrición en todos los países estudiados a nivel mundial.

En los países de ingresos medianos altos y altos, vivir en un hogar afectado por inseguridad alimentaria es un indicador de obesidad en niños en edad escolar, adolescentes y adultos. (3)

Los factores que ayudan a explicar el vínculo entre la inseguridad alimentaria y el sobrepeso y la obesidad, incluyen el costo más alto de los alimentos nutritivos, lo que conlleva a ser sustituidos por alimentos más baratos de alto contenido de grasas y azúcares; la presión de vivir con la incertidumbre al acceso de los alimentos y las adaptaciones fisiológicas a las restricciones alimentarias. (3)

Es en ese sentido, la falta de acceso continuado a los alimentos, altera la calidad de la dieta, altera los hábitos alimentarios normales con las consecuencias negativas para la nutrición, salud y bienestar del individuo. Es claro, que los países andinos tienen actualmente una persistencia de los problemas nutricionales, ahora con una doble carga por la malnutrición tanto por déficit como por exceso de alimentos de baja calidad nutricional (azúcares y grasas).

Marco Conceptual de la Obesidad y Clasificación de sus causas en Inmediatas, Subyacentes y Básicas



Fuente: Rivera J, González-Cossío, T. Pobreza, Nutrición y Salud, 2011.

La falta de apoyo a políticas agrícolas sostenibles ha generado mayor pobreza e inseguridad alimentaria en el área rural y provoca mayor migración del campo a la ciudad, con las consecuencias de sobresaturación que viven las ciudades principales del país y el incremento de asentamientos urbanos precarios.

La urbanización y la globalización han llevado a mujeres y hombres a empleos inseguros y salarios bajos. La creciente participación de las mujeres en el mercado laboral trae consecuencias para la salud y la nutrición de la familia y para ellas mismas.

En la reunión del Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA), de 2010, se concluyó que el hambre y la malnutrición en la región no están vinculados principalmente a la escasez de alimentos, sino a un problema de acceso económico a los mismos, lo cual está directamente vinculado a la pobreza (SELA, 2010) y a la capacidad para generar empleos y salarios dignos para toda la población.

Los inadecuados hábitos, prácticas y creencias alimentarios son otra causa importante de malnutrición. La influencia de los medios de comunicación es crítica, sobre todo porque no promueven que los pocos recursos de que las familias disponen se aprovechen adecuadamente en una alimentación sana, aun para que puedan ser utilizados de una mejor manera en su situación de pobreza para evitar la doble carga de la malnutrición y la obesidad que ahora es también un problema social y epidemiológico que está provocando grandes cargas al sistema de salud en el país. (39)

Por otro lado, la pandemia por la COVID-19 ha agravado según algunos estudios, la Pandemia de obesidad. Un estudio elaborado por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) señala que, prácticamente la mitad de los habitantes de España, sometidos durante varias semanas al confinamiento domiciliario, han experimentado un incremento de su peso medio durante este periodo de tiempo.

Por otra parte, este estudio revela que el sedentarismo y la alimentación son los principales culpables de este aumento de peso. Un 18% de la población reconoce que su forma de comer ha sido picotear continuamente (tasa que asciende hasta el 44% en jóvenes de 18-24 y hasta el 70% en personas sin ingresos); el 56% de la población admite que comió más de tres veces al día durante el confinamiento.

Se reconoce mayoritariamente un especial incremento en el consumo de bebidas alcohólicas (un 45% en la población general y un 55% de los obesos) y de productos de bollería (un 46,7% en la población general y un 55,8% en los obesos). Más de un 40% de los encuestados declara haber tenido más sensación de hambre durante el confinamiento,



siendo la ansiedad, seguida del aburrimiento, el principal motivo de este incremento de apetito.

Otro aspecto muy importante que ha contribuido al incremento de peso ha sido el descenso de la actividad física. El 56% asegura que hizo menos ejercicio durante el confinamiento frente al 18% que dijo que más. Más de la mitad de la población de la muestra indica que pasó más de cinco horas sentado a lo largo del día y el 30% consumió más de cinco horas de televisión al día. (45)

La alimentación y la actividad física son dos comportamientos críticos con el potencial de influir en el equilibrio energético en el cuerpo. La conducta alimentaria está determinada por el impulso y las oportunidades de comer. Como resultado, la ingesta de energía puede variar de cero a varios miles de calorías al día. La actividad física es el componente conductual del gasto energético. Es una función de la predisposición metabólica individual, modulada por el entorno predominante.

Aunque históricamente se ha considerado el comportamiento como un producto del libre albedrío, se reconoce cada vez más que está limitado por circunstancias individuales. No obstante, la investigación sobre la variabilidad individual en materia de dieta y actividad puede revelar importantes determinantes de la obesidad.

La actividad física regular es un factor de protección bien conocido para la prevención y el tratamiento de las principales enfermedades no transmisibles (ENT) como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer de mama y de colon. (40)

También contribuye a la prevención de otros factores de riesgo importantes de las ENT, como la hipertensión, el sobrepeso y la obesidad, y está asociada a una mejor salud mental (41), (42), un retraso en el inicio de la demencia (43) y mayor calidad de vida y bienestar (44).

La actividad física es un factor importante, sin embargo, aquella actividad producto del ejercicio intenso representa una cantidad pequeña del total de gasto energético y es probable que desempeñe solo un papel menor en la prevención de la obesidad. Por ello, hay evidencias que centran más bien la importancia del gasto energético en las actividades rutinarias, como factor que contribuye al gasto energético total de los individuos.

Es una realidad, que las personas tienen que dar prioridad a sus trabajos y necesidades familiares, por lo que viene siendo importante las implicancias en las políticas de transporte y otros factores que ayuden a disminuir el sedentarismo durante la actividad cotidiana.

Un aspecto decisivo es la realidad social y cultural de cada país. Así, el comportamiento organizacional e influencia de los medios de comunicación (medios de comunicación masivos y redes sociales) son fundamentales en el desarrollo de una cultura obesogénica, por lo que centrar nuestra atención solo en el comportamiento individual de las personas como origen de su malnutrición es limitado, siendo importante ver el comportamiento organizacional, como por ejemplo el expendio de alimentos en los lugares de trabajo, la disponibilidad y acceso que se brinda a los empleados con máquinas expendedoras u otros mecanismos que incentivan el consumo de alimentos no adecuados, así como los incentivos para usar automóviles en los empleados.

Finalmente, es importante recalcar el impacto de la vida temprana y los patrones de crecimiento, en el futuro desarrollo de desórdenes en la alimentación.

La alimentación en los primeros 1,000 días se refiere a la alimentación en dos etapas de la vida, la primera corresponde a los 270 días desde la concepción hasta el nacimiento, y la segunda a los dos primeros años de vida (730 días).

Este período es la ventana crítica en el desarrollo del niño, ya que implica cambios trascendentales para la salud y brinda una oportunidad única para que los niños obtengan beneficios nutricionales e inmunológicos que necesitarán el resto de su vida. En esta etapa se forman la mayor parte de los órganos, tejidos y también el potencial físico e intelectual de cada niño. Se desarrollará la inteligencia, se formarán los hábitos alimentarios perdurables y se definirá la salud nutricional del niño ya que una buena alimentación en estos «mil días críticos» será un seguro de salud para su vida futura. Los daños que se generen durante estos primeros mil días, tendrán consecuencias irreversibles en el individuo, por lo que la prevención es fundamental.

La nutrición en los primeros 1,000 días de vida es la clave esencial para una futura vida sana, ya que este subgrupo de la población es propenso a los desequilibrios e insuficiencias dietéticas. Es de vital importancia una correcta nutrición para apoyar el crecimiento y desarrollo adecuado. Además, es importante controlar todos los trastornos nutricionales que ocurren en la gestación y en los primeros dos años ya que subsecuentemente aumentan la morbimortalidad, que repercute permanentemente sobre la salud. En los últimos años, existe un considerable interés sobre los efectos que tiene el excesivo aumento ponderal durante la infancia, debido a que el desarrollo de tejido graso en este período es un factor determinante en la composición corporal del adulto. (46)

La lactancia materna y los patrones de crecimiento temprano son el único período en el que hay pruebas claras que respaldan el concepto de un período crítico de desarrollo asociado con consecuencias a largo plazo.

Otras etapas de la vida, sin embargo, pueden ofrecer buenas oportunidades para modificar el comportamiento. Por ejemplo, hay algunas evidencias de que los comportamientos, como el gusto por las frutas y las verduras, se pueden establecer en la primera infancia, y es importante señalar que el predictor más significativo de la obesidad infantil es la obesidad de los padres (la obesidad en uno de los padres aumenta el riesgo de obesidad infantil en un 10%). Mientras tanto, en los adultos mayores, se ha demostrado que las intervenciones efectivas asociadas con una pérdida de peso moderada reducen los costos de atención médica derivados de enfermedades crónicas asociadas como la diabetes. (4)

El patrón de crecimiento durante la vida temprana es un factor determinante del riesgo futuro de obesidad. La tasa de crecimiento de un bebé en el útero y más allá está determinada en parte por los patrones paternos, especialmente con respecto a la dieta de la madre y cómo alimenta a su bebé.

Por lo tanto, las condiciones en la vida temprana pueden seguir teniendo un impacto en riesgos para la salud en la vida adulta, lo que ilustra un aspecto del componente intergeneracional de la obesidad. (4)



ENFOQUES DE LA POLÍTICA

- DE DERECHOS HUMANOS: El Enfoque Basado en Derechos Humanos comprende un conjunto de normas jurídicas nacionales e internacionales, principios éticos ejercidos individual e institucionalmente, así como políticas públicas aplicadas por el Estado, que involucran a actores públicos y privados, empoderando a los/las titulares de los derechos en la capacidad de ejercerlos y exigirlos.

Se concreta en actitudes que llevan a la práctica el ideal de la igual dignidad de todas las personas, promoviendo cambios en las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables. El enfoque basado en derechos humanos incluye los principios rectores sobre empresas y derechos humanos: proteger, respetar y remediar.

- DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DE REDUCCIÓN DE BRECHAS DE DESIGUALDAD: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud son «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud».

Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas por los gobiernos de un país. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias evitables observadas respecto de la situación de salud de las personas en un mismo país.

Los determinantes estructurales, conformados por el contexto socioeconómico y político, determinan la posición socioeconómica de las personas, las familias y los grupos humanos en una sociedad. Estos determinantes estructurales son los que originan las desigualdades sociales. La influencia de los determinantes estructurales sobre los intermedios (servicios

de salud, circunstancias materiales, factores biológicos y del comportamiento, factores psicosociales y la cohesión y capital social) determinan el impacto sobre la equidad en salud y el bienestar.

Bajo este enfoque, el estado o situación de salud de las personas, las familias y los grupos sociales se relaciona no solamente con el acceso al sistema de salud sino principalmente a su situación en cuanto a los determinantes sociales de la salud. Es decir, la salud o enfermedad de las personas depende de circunstancias y condiciones externas al sistema de salud, por lo que el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades y sus secuelas, depende principalmente de factores externos al sistema de salud, denominados determinantes sociales de la salud.

Por esta razón, es que disminuir o evitar muertes prematuras y enfermedades en general, requiere un abordaje integral y multisectorial. (5) Además debe ser multidimensional y enfocado en la atención sanitaria.

- DE INTERCULTURALIDAD: La cultura corresponde a los «valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones internalizadas, así como formas o expresiones concretas que se adoptan y que, en gran medida, son compartidas entre un grupo de personas» (OPS, 2008). Estudios de salud de la población indígena dan cuenta de brechas de morbilidad en relación a la población no indígena, aportando evidencia de la vulnerabilidad en que se encuentran respecto de la población general.

Al igual que en el resto de Latinoamérica, los pueblos indígenas presentan una persistencia de enfermedades pre-transicionales propias del subdesarrollo y la pobreza, que coexisten con un aumento de enfermedades crónicas y no transmisibles propias de los estilos de vida modernos y de la exposición a sistemas alimentarios industrializados.

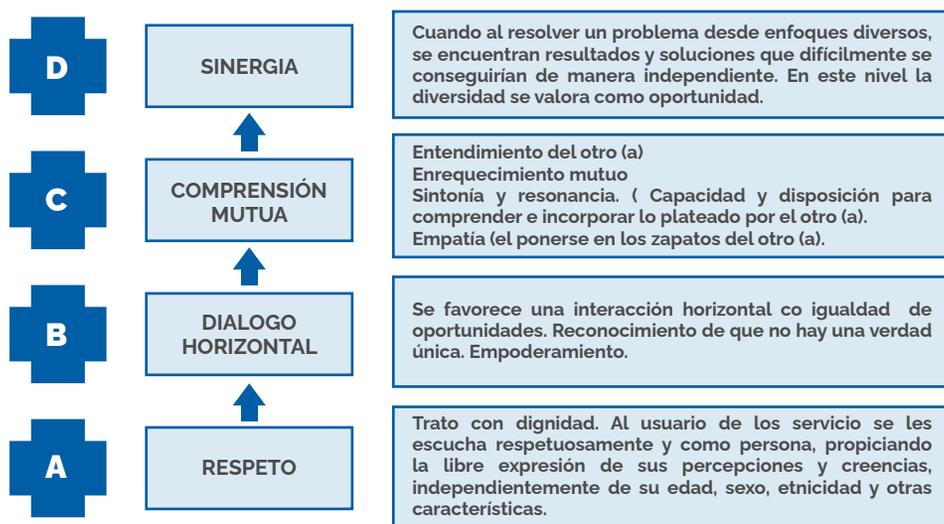
Este enfoque impulsa la convivencia entre las personas de diferentes culturas y religiones, a través de una mirada centrada en la persona como protagonista y titular de derechos, así para construir las estrategias de intervención, debe tenerse como punto de partida la constatación de una realidad social, religiosa y culturalmente diversa, por lo que se debe apostar por su reconocimiento y valoración en la construcción de las políticas públicas, favoreciendo las relaciones interculturales, la igualdad entendida como la igualdad de derechos y la no discriminación, destacando la heterogeneidad frente a la homogeneización. Se propone que el conjunto de los servicios de salud en todos sus niveles de atención, incluyéndose las actividades promocionales y prestacionales tome en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene, ante la realidad de su diversidad que impone la necesidad de que los

servicios de salud se brinden con pleno respeto del derecho a la identidad étnica y cultural de la población.

El enfoque de interculturalidad alude al reconocimiento y respeto a las particularidades de la población indígena del país, considerando la cultura como un factor clave a la hora de establecer políticas de salud. (14)

En materia de alimentación y nutrición, es importante el estudio y protección de los sistemas alimentarios particulares, la dotación de agua, la elaboración de Guías Alimentarias para la población, que permitan mejorar con pertinencia cultural los programas relacionados con la alimentación de la población indígena, evitar la pérdida de autonomía alimentaria, programas para gestantes, menores de 5 años y alimentación escolar, rescate de los alimentos tradicionales y el respeto por su cosmovisión, entre otros (ONU/FAO, 2015).

Es preciso incorporar este enfoque de interculturalidad en salud, que no alude a culturas o construcciones socioculturales jerárquicas ancladas en el modelo occidental urbano y globalizado, sino por el contrario propone la sinergia y el aprendizaje de otras cosmovisiones que, en términos de estilos de vida y alimentación pueden y deben ser priorizadas en los países andinos:



Elaboración propia: Tomada de El enfoque intercultural. Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud Intercultural de salud. Secretaría de Salud, México, 2008

El esquema anterior, muestra la interculturalidad como un proceso que se realiza a partir y desde diferentes niveles y en el cual se pueden ubicar diferentes niveles de competencias. El primero (A) inicia con relaciones de respeto, trato con dignidad y escucha, reconociendo al «otro/a» como diferente a mí, con un modelo distinto de percibir la realidad, facilitando un primer nivel de comunicación intercultural. Se pretende que las relaciones interculturales se enriquezcan hacia el siguiente nivel: (B) dialogo horizontal, que fomente la confianza y el empoderamiento, donde el que se cree ubicado en un nivel inferior logre una relación de igualdad con el que se cree de un nivel superior para interactuar en igualdad de oportunidades.

El tercer nivel (C) es el de comprensión mutua, donde se desarrolla la empatía y finalmente el nivel más avanzado es el de la sinergia (D), donde más se valora la diversidad.

- DE INTERSECTORIALIDAD Y MULTIDIMENSIONALIDAD: La política propone reemplazar los abordajes limitados unisectoriales y unidimensionales por un enfoque de formulación de programas integrales y multisectoriales, así como intersectoriales y multidimensionales, sin interferir con las responsabilidades institucionales y sectoriales establecidas.

El énfasis debe darse en la designación de prioridades que contribuyan a la articulación de acciones y canalizar recursos adicionales para la implementación de la política de seguridad alimentaria y nutricional con énfasis en la modificación de los determinantes estructurales, más que solo en los factores coyunturales.

- TERRITORIAL Y DESCENTRALIZADO: se concibe el territorio como un espacio físico y geográfico donde persisten relaciones entre los diferentes actores y sectores clave de la sociedad civil, sus organizaciones, las instituciones, el medioambiente, las formas de producción, distribución y consumo, tradiciones e identidad cultural y género.

Constituye una planificación del territorio tomando en cuenta su potencialidad económica y la atención a temas sociales, culturales y ambientales. Para ello integra espacios, actores, la producción de bienes y servicios, así como las políticas públicas de intervención. Implica una visión sistémica, holística e integral de un territorio determinado en el corto, mediano y largo plazo.

- DE GÉNERO: Es una forma de mirar la realidad identificando los roles y las tareas que realizan las mujeres y los hombres en una sociedad, así como las asimetrías, relaciones de poder e inequidades que se producen entre ellas y ellos. Permite conocer y explicar las causas que las producen y con ello, formular medidas (políticas, mecanismos, acciones afirmativas, normas, etc.) que contribuyan a superar las brechas sociales producidas por la desigualdad de género.



El enfoque de género es una herramienta analítica y metodológica que posee una dimensión política, en tanto busca la construcción de relaciones de género equitativas y justas y reconoce la existencia de otras discriminaciones y desigualdades derivadas del origen étnico, social, orientación sexual, identidad de género, edad, entre otros.

Desde una perspectiva de cambio, el enfoque de género incide en la formulación de políticas públicas y en la gestión de las mismas, ya que incorpora las necesidades específicas de mujeres y hombres en todo el ciclo de las políticas, favoreciendo una gestión pública eficiente y eficaz orientada a la igualdad social y de género.

- DE CURSO DE VIDA: Es el enfoque que aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

Desde el punto de vista epidemiológico, el curso de la vida es el estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad, de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta.

Este enfoque provee una visión integral de la

salud y sus determinantes, que exhorta al desarrollo de servicios de salud y de otro tipo, centrados en las necesidades de las personas en el curso de su vida. La perspectiva del enfoque de curso de vida sirve como base para predecir escenarios futuros en la salud.

Las trayectorias, la temporalidad, las transiciones, los períodos críticos, la interconexión de vidas y los efectos acumulativos, conformando la plataforma conceptual para que, como parte de la evidencia científica disponible, se contribuya a modelar los escenarios de la salud y de vida, de la población residente en el país, principalmente de prevención, teniendo en cuenta las causas evitables. (5)

- PARTICIPATIVO: participación es el proceso a través del cual las partes interesadas ejercen influencia y comparten el control sobre el establecimiento de prioridades y políticas, la asignación de recursos y el acceso a bienes y servicios públicos.

La participación eficaz se basa en el respeto de una serie de principios clave, como los señalados por Egger y Majeres en 1998: Inclusión de todas las personas, o de representantes de todos los grupos, que vayan a resultar afectadas por las consecuencias de una decisión o proceso, como un proyecto de desarrollo. Colaboración igualitaria: Se debe reconocer que todas las personas tienen aptitudes, capacidades e iniciativa, y que tienen el mismo derecho a participar en el proceso, independientemente de su posición.

En la actualidad, la participación ciudadana se ha transformado en una estrategia imprescindible para la legitimación de políticas públicas. Sin embargo, la retórica en torno a la participación no necesariamente supone la implementación de instancias realmente democráticas de involucramiento de la ciudadanía.

Con el objeto de obtener mayores niveles de legitimidad en las acciones que implementan y generar nuevos y más espacios de interacción entre Estado y sociedad, los gobiernos recurren a estos instrumentos entendiéndolos como requisitos ineludibles de las democracias actuales. En este sentido se favorecería, tal como afirma Ziccardi (2004), una doble democratización: la de la sociedad en su relación con el Estado y la del mismo Estado hacia su interior.



7

PROPÓSITO

Contribuir a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas en los países andinos, mediante la formulación de regulaciones, estrategias, planes y acciones en materia alimentaria, nutricional, actividad física y otros abordajes integrales para disminuir los índices de sobrepeso y obesidad a mediano y largo plazo.

8

ALCANCE

El contenido propuesto en la política presente, permitirá que los países de la subregión andina, impulsen y fortalezcan políticas públicas para la prevención y el control del sobrepeso y obesidad.

9

OBJETIVO

Formular y establecer lineamientos que orienten y fortalezcan los planes, proyectos y acciones basados en evidencias, destinados a reducir, controlar y a prevenir la prevalencia del sobrepeso y obesidad en los países de la subregión andina, hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030.



PRINCIPIOS BÁSICOS PARA ABORDAR LA OBESIDAD

Los principios están dirigidos a la estructuración de acuerdos sociales entre el Estado, la sociedad y la familia, que motiven la ejecución de las acciones de los diferentes actores públicos y privados, para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de la población. Estos principios también sirven de marco para la ejecución de las acciones por cada actor que aborde el problema en las diferentes instancias a fin de implementar efectivamente los contenidos de la política pública:

- **INTEGRALIDAD:** Un enfoque de todo el sistema, redefiniendo la salud de la nación como un problema social y económico. Es una visión global de los múltiples aspectos y dimensiones relacionados con el sobrepeso y la obesidad, sus causas y consecuencias individuales y sociales.
- **INCLUSIÓN:** la política orienta sus esfuerzos para incluir a toda la población durante todo su curso de vida y a la población afectada, con énfasis en los grupos tradicionalmente menos favorecidos de los beneficios sociales, así como a los grupos en riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional (principalmente pobres y grupos indígenas o con alguna discapacidad), promoviendo el desarrollo de las capacidades, potencialidades y competencias humanas y la recuperación de la dignidad de cada persona.
- **EQUIDAD:** significa evitar las diferencias injustas, remediables y evitables entre los grupos de personas de una sociedad, debido a circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas.

Para ello, los países deben liderar esfuerzos colaborativos estratégicos promoviendo la eliminación de las diferencias innecesarias o evitables y que inciden en el acceso a la

salud. distribución de servicios de calidad entre todos los grupos poblacionales.

La atención, por tanto, va más en función de la necesidad que de otros criterios no vinculados con la salud en forma inherente, como el grupo étnico, la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico o la cobertura del seguro médico. La cobertura universal y el acceso igualitario a la atención son los elementos fundamentales de un sistema de salud equitativo.

- PARTICIPACIÓN SOCIAL Y DIÁLOGO PERMANENTE DE ACTORES:

La política es el resultado de un proceso amplio de consulta, partiendo de las personas a las que la política pretende llegar. Es hacer que decida quien vive el problema y con participación activa de los diferentes actores y actoras involucrados.

Este enfoque se aplica tanto en la fase de construcción como en el seguimiento mediante consultas continuas, diálogos y búsqueda de consensos para crear o ampliar programas que sean prioritarios para lograr la salud alimentaria y nutricional. La participación se entiende como la construcción de ciudadanía.

- CALIDAD: que consiste en que las políticas busquen la implementación de servicios de salud seguros, eficaces, oportunos y centrados en la atención individual y colectiva de su población.

- SOSTENIBILIDAD: se basa en que las políticas para poder ser aplicables, tienen que considerar factores como el impacto social, político y económico que produzcan en las personas. Equivale a que deben buscar como resultados, además de lo planteado en la política, el cuidado por el equilibrio económico y del medio ambiente, con el desarrollo social.

- MULTISECTORIALIDAD: es la asociación que resulta cuando el gobierno, las organizaciones públicas y privadas, los grupos comunitarios y los miembros de la comunidad, además de las organizaciones sin fines de lucro, se reúnen para resolver problemas que afectan a la comunidad completa.

Dicho de otra forma, es la relación de varias actividades productivas de un país, de manera que puedan compartirse recursos y esfuerzos hacia el logro de un objetivo común de interés público, permitiendo hacer frente a la magnitud del desafío de una forma coordinada y sumando esfuerzos, lo que permitirá mejorar los resultados e impacto que se pudieran lograr de una forma aislada.

Se debe enfatizar, que los problemas sanitarios de un país, no serán resueltos exclusivamente por el sector sanitario, sino en coordinación con las distintas instituciones o sectores que inciden en el bienestar integral de la salud.



LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Dada la urgente necesidad de abordar la obesidad en los países andinos, es probable que las intervenciones para controlar y prevenir la obesidad tengan que llevarse a cabo cuando la evidencia no sea completa ni perfecta. En cambio, la base de evidencia debe desarrollarse junto con la entrega de intervenciones novedosas, informadas por la evidencia disponible y fortalecida por el asesoramiento de expertos.

Este enfoque establece un círculo virtuoso de desarrollo, implementación y evaluación de políticas. Es importante destacar que construye experiencia práctica y permite que las intervenciones se perfeccionen con el tiempo. Sin embargo, también requiere voluntad para aceptar el riesgo de que algunas intervenciones fracasen o deban perfeccionarse y mejorarse a medida que se comprendan mejor sus efectos.

Es muy complejo el abordar un problema de tal magnitud como el sobrepeso y obesidad y, por experiencias en otros países, se puede reconocer que mejorar las condiciones nutricionales y de seguridad alimentaria en la población implican plazos de varios años, además que no existe una solución definitiva y única, pero que, si existe una firme decisión y apoyo político y normativo de apoyo, pueden darse cambios y logros significativos a menor plazo.

La presente política, tiene ante todo un carácter supra sectorial, promoviendo la generación de importantes mecanismos institucionales y espacios de concertación para su ejecución, orientando a los diferentes sectores e instituciones involucrados en la toma de decisiones que sumen y concuerden con las prioridades asumidas por cada estado de los países andinos.

En ese sentido, se formulan nueve lineamientos estratégicos como ejes de intervención,

los mismos que cuentan con fundamento en estudios, intervenciones y evidencias en otros países del mundo, y que a su vez deben ser aplicados a través de acciones detalladas en planes o programas ya concretos en cada país:

Línea Estratégica N° 1:

Promover la Alimentación Adecuada y Saludable para el logro del cambio de hábitos en la población

Línea Estratégica N° 2:

Organizar la Atención Nutricional en los Servicios de Salud, garantizando el acceso y calidad de la oferta.

Línea Estratégica N° 3:

Controlar y regular los alimentos y productos procesados y ultraprocesados.

Línea Estratégica N° 4:

Fomentar la actividad física en la población, en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo, con el apoyo activo del sector público, privado y la comunidad organizada.

Línea Estratégica N° 5:

Garantizar el acceso físico, económico y cultural de una alimentación inocua y saludable.

Línea Estratégica N° 6:

Implementar un Sistema de Información, vigilancia, monitoreo y evaluación de la seguridad alimentaria y nutricional a nivel nacional, regional y local, con enfoque intersectorial y orientado a la toma de decisiones.

Línea Estratégica N° 7:

Fortalecer la institucionalidad en todos los niveles, a fin de garantizar una gestión eficiente, así como la visión integral e intersectorial de la salud nutricional.

Línea Estratégica N° 8:

Fomentar la investigación, innovación tecnológica y conocimiento en alimentación y nutrición.

Línea Estratégica N° 9:

impulsar la participación ciudadana y el control social.

11.1 LINEA ESTRATÉGICA N°1:

Promover la alimentación adecuada y saludable para el logro del cambio de hábitos en la población.

FUNDAMENTOS:

Se entiende por alimentación adecuada y saludable la práctica alimentaria apropiada a los aspectos biológicos y socioculturales de los individuos, así como al uso sostenible del medio ambiente. Es decir, debe estar de acuerdo con las necesidades en cada etapa del curso de vida y con las necesidades alimentarias especiales; referenciada por la cultura alimentaria y por las dimensiones de género, raza y etnia; accesible del punto de vista físico y financiero; armónica en cantidad y calidad; basada en prácticas productivas adecuadas y sostenibles; con cantidades, mínimas de contaminantes físicos, químicos, biológicos. (16)

La Promoción de la Alimentación Adecuada y Saludable (PAAS) es una de las vertientes de la Promoción de la Salud, cuyo principal objetivo es mejorar la calidad de vida de la población, mediante acciones intersectoriales, destinadas al colectivo, a los individuos y los ambientes físico, social, político, económico y cultural, en respuesta a las necesidades de salud de la población, contribuyendo con la disminución de los índices del sobrepeso y obesidad, y por consecuencia de las enfermedades crónicas asociadas a esta enfermedad.

Lograr un cambio de comportamiento en el individuo no es sencillo. El abordaje de los problemas nutricionales como la obesidad implican una variedad de objetivos a corto, mediano y largo plazo, que incluyen uno de los mayores desafíos, los cambios en las dietas y en el comportamiento de compra de alimentos, entre otros comportamientos fundamentales para luchar contra esta enfermedad.

Parte del abordaje, incluyen estrategias de regulación de los alimentos envasados y altos en nutrientes críticos, como el etiquetado y la mayor información nutricional, publicidad y mejora del perfil nutricional de estos alimentos, incentivándose la creación de ambientes promotores de una alimentación adecuada y saludable a nivel de las instituciones, sobre todo estimulando la oferta de alimentos saludables en las escuelas y en los centros de trabajo.

Las investigaciones muestran que las personas y su entorno, influyen de modo importante en la determinación del comportamiento de las personas y en la potencial posibilidad de los cambios que pudieran lograrse, evidenciándose que existen dificultades en la toma de decisiones saludables en algunos entornos.

Los estudios nos demuestran que, las personas con malos hábitos en la alimentación tienen que pasar por enormes esfuerzos psicológicos para poder combatir la tentación de un estilo de vida poco saludable, más aún ante problemas de estrés de la vida moderna, esto aunado a la abundancia de opciones de alimentos no adecuados en el entorno.

Para los primeros años de vida, niños y adolescentes, la publicidad alimentaria, que está ampliamente influenciada por alimentos y bebidas no saludables, influye en todas estas preferencias. Inclusive, se conoce que ejerce un efecto inmediato inductor de la ingesta, independiente de la sensación de hambre, con una mayor ingesta energética procedente de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas, que las normas parentales no son capaces de contrarrestar y que contribuyen al desarrollo de la obesidad en la infancia. (17)

Esta influencia es mantenida en el tiempo y de mayor magnitud cuando la exposición es simultánea a varios medios publicitarios, como la televisión y los juegos por internet, que se potencia con la promoción de eventos deportivos o festivos dirigidos principalmente a jóvenes por empresas que expenden refrescos, bebidas energéticas, bebidas azucaradas, bebidas alcohólicas, comida rápida, comida no saludable, entre otras.

ACCIONES:

- Abogar a favor de la alimentación y nutrición saludable con enfoque de curso de vida, enfatizando la importancia de la nutrición de la niñez y las necesidades de invertir en mejorar la calidad de ella, con la finalidad de que sea incluida en los objetivos y metas de los planes nacionales de los sectores involucrados a largo plazo, con el financiamiento respectivo.
- Conformar o fortalecer instancias de articulación intersectorial en todo nivel, que permitan establecer coordinadamente las acciones en favor de la nutrición adecuada del individuo con énfasis en las poblaciones vulnerables y priorizando la niñez, que permita el abordaje consensuado y coordinado mediante planes de trabajo conjuntos, con objetivos y metas comunes, pero a su vez diferenciados y específicos según las funciones de los sectores integrantes como educación, economía, agricultura, agua y saneamiento, justicia, producción, entre otros según la realidad y evaluación por país.
- Promover, desde el Estado, mensajes adecuados en materia de alimentación a la población, que permitan reconocer de forma clara y visible la información para la toma de decisiones alimentarias, modelando la conducta y dando el acceso al conocimiento necesario para proteger la salud.

Para esto, es necesario desarrollar estrategias de marketing social, campañas comunicacionales de alimentos y dieta saludable que permita entregar mensajes correctos a la población.

- Promover de manera territorial, las preparaciones y alimentos propios de la zona, revalorizando el patrimonio alimentario, para lo cual debemos enseñar a reconocer los alimentos saludables y tradicionales, incentivando su preparación cotidiana.
- Promover, desde los sectores, entornos que fomenten hábitos saludables, para lo cual se debe avanzar en la regulación y control del marketing en los países andinos, sobre todo aquellos dirigidos a los niños y jóvenes; asimismo aquella publicidad que promueva los sucedáneos de leche materna y productos que infrinjan el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y demás regulaciones que la promueven.
- Fortalecer estrategias educativas con participación comunitaria y para la revalorización de la cultura alimentaria y la promoción y rescate de alimentos locales de alto valor nutritivo y de bajo costo.
- Formular, promover y/o fortalecer un marco normativo para la promoción, la protección y el apoyo a la lactancia materna y la alimentación infantil en todo nivel. Para ello, se debe implementar la Iniciativa de Establecimientos Amigos de la Madre y el Niño, fortaleciendo los grupos de apoyo a la lactancia materna, implementando los bancos de leche humana, los lactarios a nivel de las instituciones públicas y privadas, destinar ambientes específicos en espacios públicos y privados para facilitar la lactancia y todas las medidas orientadas a mantener, inducir o recuperar la lactancia materna.
- Promover el cumplimiento de la legislación laboral, así como sus avances, para el goce de los derechos de la mujer en periodos de embarazo y lactancia.
- Apoyar y fortalecer estrategias de cuidado comunitario y social accesibles y de calidad, para personas dependientes como población infantil, adultos mayores entre otros, que permitan a las mujeres, disponer de tiempo para poder dedicarse a mejorar sus activos (educación, capacitación, empleo, ingresos).

11.2 LÍNEA ESTRATÉGICA N°2:

Organizar la atención nutricional en los servicios de salud, garantizando el acceso y calidad de la oferta.

FUNDAMENTOS:

Ante el grave problema de Salud Pública que atraviesan los países andinos, respecto a los desórdenes de malnutrición, con altos índices de sobrepeso y obesidad, se hace evidente la necesidad de una mejor organización de los servicios de salud para atender a las demandas generadas por los problemas relacionados a la mala alimentación, tanto en relación a su diagnóstico y tratamiento como a su prevención y la promoción de la salud.

Se debe tener claro, que la atención nutricional, tiene como sujetos los individuos, familia y la comunidad, en el sentido que las personas presentan características específicas y entre los elementos de su diversidad está la etapa de la vida en la que se encuentran, lo que viene además influenciado por la familia y el entorno de la comunidad en la que viven.

A pesar de que la atención nutricional es importante, resulta necesario identificar algunas etapas prioritarias por su vulnerabilidad y por definir en gran medida los problemas en la alimentación del individuo a futuro y, por ende, su calidad de vida. Hay que fortalecer en nuestros países, el desarrollo de una atención nutricional humanizada desde una aproximación biopsicosocial, con pertinencia cultural y que cuide el ejercicio de los Derechos Humanos.

ACCIONES:

- Brindar la atención nutricional en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. La atención nutricional, debe ser parte del cuidado integral por curso de vida que debe efectuarse durante la Atención Primaria, ya que permitirá la identificación de las necesidades de salud de la población adscrita a su jurisdicción de responsabilidad, contribuyendo en la atención nutricional y al diagnóstico oportuno del sobrepeso y obesidad.
- Fortalecer los servicios de salud en todos los niveles de atención con profesionales que brinden atención nutricional, con equipos multidisciplinarios, con énfasis en el manejo de alimentación y nutrición especializado, permitiendo el desarrollo de acciones integrales en el área. Para ello, es crucial reducir las brechas de recursos humanos en la red asistencial que permitan cumplir las funciones descritas de forma interdisciplinaria.
- Fortalecer las capacidades del personal de salud, para garantizar la atención de salud idónea, oportuna y de calidad en los diferentes niveles, que permitan cumplir las funciones de salud pública para el abordaje del sobrepeso y obesidad.

- Establecer y/o implementar la normatividad, protocolos y documentos técnicos, para el abordaje del sobrepeso y obesidad en todos los niveles de atención.
- Disminuir las brechas de infraestructura y equipamiento, destinado al diagnóstico y manejo del sobrepeso y obesidad, en todos los niveles de atención.
- Fortalecer el acceso en la atención primaria a intervenciones estructuradas para el manejo de sobrepeso y obesidad en todos los niveles de atención, a través de la consulta nutricional, consejería, atención psicológica, entre otras.
- Fortalecer la cobertura universal para la atención primaria de la salud de la mujer gestante y puérpera, brindando atención pre-natal y atención nutricional oportuna y adecuada.

11.3. LÍNEA ESTRATÉGICA N° 3:

Controlar y regular los alimentos, productos procesados y ultraprocesados

FUNDAMENTOS:

Las políticas que tienen como fin otorgar insumos relacionados con el capital y el riesgo, pueden ser una importante forma de incentivar el incremento de la producción de ciertos cultivos, cuyo objetivo principal es proteger a los campesinos contra bajas importantes de los precios y a los consumidores, los protege contra el incremento de los precios.

Se debe apuntar a incrementar el poder de negociación de los campesinos, creando programas de apoyo a grupos organizados de ellos, priorizando las áreas con mayor aislamiento comercial, sobre todo para proteger el cultivo de aquellos alimentos de alto valor nutritivo y menor costo, permitiendo poner al alcance del consumidor alimentos saludables.

Por otra parte, se debe de establecer mecanismos legales que garanticen la inocuidad y calidad nutricional de los alimentos, mediante el control y prevención de los riesgos para la salud, para lo cual, se debe fortalecer el poder brindar alimentos con calidad sanitaria y nutricional a la población. Por ende, es responsabilidad del estado asegurar que el producto final, luego de pasar por la cadena de procesos desde la producción, procesamiento, industrialización, comercialización, abastecimiento, hasta la distribución, sea óptima y sin riesgos, siendo todo este proceso de responsabilidad compartida por diferentes sectores del estado y la sociedad.

Hoy por hoy, es necesario exigir mayor regulación de los alimentos, buscando la protección

de la salud humana, considerando los cambios en la cadena de producción hasta el consumo de los alimentos, muchos de ellos influenciados por la globalización en los patrones socioculturales. Es así, que el estado debe ampliar su capacidad de producir instrumentos legales de control, necesarios para la protección de la salud de la población.

Las medidas fiscales son una más de las muchas herramientas a utilizarse para modificar el consumo de alimentos y bebidas procesados y ultraprocesados considerados no saludables; los argumentos a favor del uso de las políticas fiscales se centran en la posibilidad de reducir el consumo de estos alimentos no saludables, lo que reduciría el riesgo de contraer padecimientos asociados al sobrepeso y obesidad, presiones financieras al sistema y situaciones causantes de gastos en salud empobrecedores.

Sin embargo, su efecto será limitado si es que no se acompañan de otras medidas que modifiquen los precios relativos de productos, mejoren la regulación gubernamental de la publicidad de alimentos para niños, el etiquetado de alimentos y en el acceso y disponibilidad de bienes saludables, teniendo en cuenta dos hechos: 1) los precios influyen en las decisiones de consumo de las familias, y 2) las políticas públicas pueden modificar los precios mediante impuestos, subsidios o la fijación directa de precios.

Este tipo de políticas no sólo se dirigen a modificar la demanda de alimentos a través del cambio de los precios; sino también a generar cambios en la oferta de los mismos, de modo tal que se incentive la reducción del uso de azúcar, grasa o sodio en su producción.

Es importante incidir que, ninguna medida puede por sí sola revertir las tendencias en incremento de los índices de sobrepeso y obesidad en los países andinos, sino que debe implementarse medidas multisectoriales, con enfoque multidimensional, que combine distintos tipos de políticas e intervenciones.

El etiquetado de alimentos es un tema fundamental para prevenir y controlar la obesidad, ya que mediante este mecanismo se busca dar a conocer a la población en general el contenido nutricional de los alimentos y bebidas procesadas y ultraprocesadas que está consumiendo. Cabe señalar que su aplicación, debe ser generalizada y no voluntaria en la industria alimentaria, por lo que los países andinos deberán de realizar revisiones y análisis de sus datos y sistemas de información, a fin de darle el sustento técnico para su implementación.

Si bien la regulación y el establecimiento de normas para publicidad, contenido de sodio, sal y azúcar y etiquetado entre otras acciones promovidas son vistas como una amenaza para las ganancias por este sector, ello no es necesariamente cierto; con innovación, creatividad, uniformidad de reglas y gradualidad la industria alimentaria podría sortear los retos y al mismo tiempo acelerar el desarrollo de productos con cantidades menores

de los ingredientes mencionados, cuyo exceso es nocivo para la salud, tal es el caso de países como Dinamarca, España, Francia y Suecia en donde los programas de salud pública además de un enfoque preventivo en la atención médica de primer contacto, promueven que la industria alimentaria mejore sus productos para reducir el contenido de grasa y sodio, disminuir la densidad energética y limitar al mínimo los ácidos grasos. (4)

Es necesario destacar, que en la XXXVII Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) realizada en la Ciudad de Quito – Ecuador el 6 de noviembre del 2018, se aprobó mediante Resolución REMSAA XXXVII/526 una serie de acciones a desarrollar a favor de la Alimentación Saludable en la Infancia y la Adolescencia para disminuir el riesgo de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), siendo importante puntualizar como medida priorizada, el impulsar en la Subregión Andina la implementación del Programa de Trabajo para el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición y del Plan de Acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, siendo uno de los aspectos a impulsar, la implementación de medidas regulatorias como el etiquetado frontal de advertencia, y el desarrollo de intervenciones para el consumo de alimentos saludables en todos los entornos de vida (familia, escuela y comunidad).

Chile, Ecuador y Perú, vienen avanzando en lo que respecta a la reglamentación sobre el etiquetado de alimentos.

En el caso del Perú, logró luego de cuatro años de la publicación de la Ley N°30021, Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes (publicada el 17 de mayo de 2013), la aprobación de su Reglamento mediante Decreto Supremo N° 017-2017-SA el 17 de junio 2017. Poco después, se aprobó el Manual de Advertencias Publicitarias en el marco de lo establecido en la Ley N° 30021, mediante Decreto Supremo N° 012-2018-SA el 14 de junio de 2018, con la finalidad de establecer las especificaciones técnicas para consignar las advertencias publicitarias en los alimentos procesados que superen los parámetros técnicos establecidos y en los medios de comunicación.

En Ecuador, a partir del 2012 se iniciaron las discusiones para la elaboración de una normativa para el etiquetado nutricional de los alimentos, con la inclusión de un semáforo nutricional que informe a la población sobre los niveles de azúcar, grasa y sal en los alimentos procesados. La norma de etiquetado se publicó en noviembre de 2013, pero dada una serie de cambios y reformas al documento, entró en vigencia en agosto de 2014. (47)

El etiquetado ha fortalecido las líneas de acción de otras políticas públicas, orientadas a regular el expendio de alimentos, en los bares escolares, ya que desde su suscripción ninguna institución educativa del país puede vender productos con altos contenidos de

azúcar, sal y grasas (oficializado mediante Acuerdo Ministerial N° 0005-14, Registro Oficial 232 del 24 de abril de 2014).

Chile, igualmente, ha avanzado de forma muy importante, al promulgar la Ley 20.606 sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad, conocida como «Ley de Alimentos» y entró en vigencia el 26 de junio de 2016, recogiendo las principales recomendaciones internacionales: promoviendo entornos alimentarios saludables, instalando etiquetado frontal claro y sencillo, restringiendo la publicidad de alimentos no saludables dirigida a niños y protegiendo el ambiente alimentario escolar. (48)

Venezuela, en el año 2020, aprobó la Resolución para regular el etiquetado y consumo de alimentos manufacturados con alto contenido de sodio (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.804 de fecha 21/01/2020). En la cual se exige la colocación de etiquetado frontal de advertencia (un octágono de color negro) en aquellos alimentos manufacturados con alto contenido de sodio; así como se establece la eliminación del uso de saleros y la colocación de un aviso sobre los beneficios de disminuir la ingesta de sal y sodio, en los restaurantes.

Asimismo, el CODEX ALIMENTARIUS es igualmente, un foro internacional de regulación de alimentos, del cual los países andinos forman parte. Esta instancia, da un conjunto de normas, directrices y códigos de prácticas, constituyendo el elemento central del Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias que fuera establecida por la FAO y la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la finalidad de proteger la salud de los consumidores y promover prácticas leales en el comercio alimentario.

Más de 12 países han regulado la oferta alimentaria de los centros educativos, centros sanitarios y centros de trabajo públicos. En Francia, se prohibieron las máquinas expendedoras en escuelas secundarias en 2005, lo que se asoció a una reducción del consumo de aperitivos y azúcares por las mañanas. (20)

En Australia, existen guías que regulan el tipo de productos a la venta en centros sanitarios, su promoción, el tamaño de las raciones y/o su localización y visibilidad. En Portugal, desde 2017 está prohibida la venta de alimentos y bebidas no saludables en los centros sanitarios y en los edificios del Ministerio de Sanidad. En Nueva York desde 2007 y en Boston desde 2011, existen regulaciones que atañen a la oferta alimentaria de los edificios municipales, que han repercutido en una menor disponibilidad de alimentos y bebidas insalubres. (21) (22) La OMS, en su informe Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases, recomienda aplicar medidas fiscales (impuestos) para aumentar el precio de venta al público de bebidas azucaradas. (23)

En enero de 2014, México introdujo un impuesto a este tipo de bebidas de un 10% (aproximadamente 0,05 €/l), que se tradujo en una disminución de su compra en un 12% a finales de ese mismo año. El impacto de la medida fue mayor en las clases sociales más desfavorecidas, que son las más afectadas y vulnerables ante la pandemia de obesidad. (24)

En Cataluña, el impuesto de 0,08 €/l para bebidas con una cantidad de azúcar entre el 5% y el 8% y de 0,12 €/l para bebidas con una cantidad superior al 8% introducido en mayo de 2017 redujo a corto plazo un 22% las compras de estas bebidas. La Generalitat de Cataluña recaudó por este impuesto 22.7 millones de euros entre mayo y diciembre de 2017, un 30% menos de lo previsto, lo que resulta deseable para un impuesto cuyo objetivo es disuasorio. La implementación de este tipo de medidas suele conllevar resistencia por parte de la industria, cuyos argumentos tienen limitado fundamento y que pueden ser rebatidos con datos y experiencias previas. (25) (26)

Los poderes públicos pueden y deben llevar a cabo medidas estructurales decididas para fomentar una disminución de la demanda de bebidas azucaradas con el objetivo de mejorar la salud de toda la población. Para ello, deberían seguir las recomendaciones de la OMS y aplicar un impuesto que se traduzca en un aumento de al menos el 20% en el precio a los consumidores de todas las bebidas azucaradas, entendidas como cualquier bebida con azúcar u otro edulcorante calórico añadido, como son los refrescos, las bebidas deportivas, las bebidas energéticas y los zumos industriales.

El gravamen de las bebidas debería ir en consonancia con la cantidad de azúcar que contengan, para incentivar a la industria a reformular sus productos, sin olvidar que, una vez implementada la medida, los impuestos deberían incrementarse periódicamente para evitar que su efecto no se erosione por la inflación. (27) Los ingresos generados por impuestos podrían destinarse, parcialmente a financiar acciones de promoción de la alimentación saludable.

Además, para extender el apoyo de la población, el dinero recaudado se debería destinar a financiar programas de salud e informar de ello a la ciudadanía. De manera ideal, este impuesto debería formar parte de una política integral de precios para facilitar el acceso a una alimentación saludable a las clases más desfavorecidas, con subvenciones o disminución de impuestos para reducir el precio de alimentos como frutos secos, cereales integrales, frutas o verduras. (28)

Finalmente, se plantea la reformulación del contenido de ciertos nutrientes de los alimentos y bebidas, sin aumentar la energía y otros nutrientes, manteniendo la seguridad alimentaria, su sabor y textura, reformulando su calidad sin afectar la aceptación de sus consumidores. Cabe señalar que, debe diferenciarse de la adición de vitaminas, minerales u otros nutrientes

fortificantes. La reformulación, permite que el ciudadano elija productos más saludables, modificando el ambiente obesogénico, por lo que su potencial es superior al de estrategias que pretenden modificar la conducta de los ciudadanos solo con medidas informativas o educativas. (29)

Hay evidencia de que la reformulación producto de políticas que obligue a la industria a realizarla, logran modificar la oferta de alimentos, mejorar la ingesta dietética y reducir el riesgo cardiovascular en la población, y además es costo-efectiva (30). También puede reducir desigualdades de salud, porque es probable que los grupos menos favorecidos se beneficien más de ella (31). No obstante, solo por sí misma, parece insuficiente para controlar la epidemia de obesidad y otras enfermedades no transmisibles.

Las principales características de una estrategia efectiva de reformulación son las siguientes: a) ser obligatoria; b) incluir pequeños, pero progresivos, cambios en la composición de los alimentos para lograr la aceptación de los consumidores; c) afectar a todos los productos de una misma categoría y mejorar la composición de varios nutrientes; d) acompañarse de una estrategia de etiquetado frontal e información a los consumidores; e) fuerte compromiso del gobierno, la industria y los consumidores para implantarla y monitorizarla; y f) evaluación rigurosa. (15)

ACCIONES:

- Implementar o fortalecer un sistema de etiquetado frontal interpretativo de los alimentos, que permita al consumidor diferenciar de forma fácil y rápida los alimentos saludables de los que no lo son, bajo un concepto de conocer el contenido de los alimentos que compra y consume, lo que a su vez también estimula a la industria alimentaria de los países, a plantear y ejecutar la reformulación de sus productos en aras de lograr la mejor aceptabilidad del mismo, promoviendo una mayor competencia entre las empresas.
- Garantizar, en todo nivel, tanto público como privado, que el 100% de la oferta alimentaria en las máquinas expendedoras de centros laborales, deportivos, comercios, sea mínimamente en un 50% de productos saludables, y en el caso de centros educativos de todo nivel, farmacias, hospitales y otros centros sanitarios, la restricción debe ser del 100%, por lo que las autoridades deberán establecer un listado de productos saludables permitidos, principalmente frescos o mínimamente procesados, determinando los contenidos máximos permitidos en grasas saturadas, azúcares y sal, de aquellos alimentos procesados.

La gran mayoría de productos a la venta actualmente en las máquinas expendedoras de alimentos y bebidas, son poco saludables, predominando la venta de bebidas azucaradas,

dulces, snacks salados y ultraprocesados. Existen diferentes intervenciones experimentales en máquinas expendedoras que han demostrado ser aceptadas y eficaces para promover la compra de productos saludables. (18)

- Garantizar la disponibilidad de agua segura para el consumo humano a cero costo en todos los establecimientos de salud, centros educativos, universidades entre otros, mediante la instalación de fuentes de agua de fácil acceso a la población usuaria. Para ello, se pueden establecer subsidios para fomentar el consumo de agua potable. Asimismo, asegurar se ofrezca agua potable gratuita, en todos los lugares de expendio de alimentos y en espacios público como alternativa a otras bebidas.
- Establecer normas técnicas y marcos regulatorios que promuevan la venta de alimentos saludables, naturales y locales en tiendas escolares y cafeterías de instituciones públicas y privadas.
- Establecer marco regulatorio para dar incentivos económicos como los impuestos destinados a disminuir la demanda de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar o sal y las subvenciones encaminada a hacer que los alimentos nutritivos sean más asequibles.

Dentro de ellas, establecer la aplicación de impuestos a las bebidas azucaradas, ha demostrado efectos importantes, sobre todo en los grupos de ingresos bajos, porque son más sensibles al precio. (15)

- Otorgar incentivos y marco regulatorio para fomentar la producción de frutas y hortalizas.
- Regular todos los medios publicitarios al alcance de los menores y en horario infantil (televisión, cine, internet, cartelería, videojuegos, telefonía móvil, patrocinios, etc.), mediante normas que prohíban las técnicas de marketing promocional como descuentos, ganchos comerciales u otros patrocinios o incentivos, que permitan la publicidad o promoción directa o indirecta de alimentos y bebidas no saludables. Solo los países con normas de rango legal, han experimentado impactos positivos en la exposición de los menores a la publicidad de productos no saludables y su comercialización. (19)

Por tanto, para proteger a los menores del impacto perjudicial de la publicidad alimentaria, es necesario una norma de obligado cumplimiento, que, aplicando el perfil nutricional adecuado, regule todos los medios publicitarios.

- Mejorar el contenido de ciertos nutrientes de los alimentos y bebidas, sin aumentar la energía y otros nutrientes, manteniendo la seguridad alimentaria, su sabor y textura,

reformulando su calidad sin afectar la aceptación de sus consumidores. Cabe señalar que, debe diferenciarse de la adición de vitaminas, minerales u otros nutrientes fortificantes.

- Reformular ciertos alimentos y bebidas de frecuente consumo en la población, modificando ciertos nutrientes cuyo exceso sea nocivo para la salud, como sal, grasas saturadas, grasas TRANS y azúcares, sin aumentar la energía u otros nutrientes, permitiendo continúe su aceptación por los consumidores. Para ello, se pueden plantear alimentos que, según la realidad de cada país, puedan ingresar a esta estrategia reguladora, como el contenido de sal en el pan, contenido de azúcares en ketchup, grasas en mayonesas, azúcares en pasteles, galletas y helados, el chocolate y azúcares en cereales, entre otros.
- Dictar paulatinamente, regulaciones con marco legal, que permitan progresivamente asegurar que la oferta de alimentos en restaurantes y comercios establecidos corresponda a alimentos inocuos y de calidad.
- Implementar regulaciones a las cadenas de comida rápida y restaurantes de comida rápida para establecer información obligatoria al consumidor del valor calórico de las preparaciones y bebidas ofertadas, así como limitar la capacidad de los recipientes para bebidas azucaradas o endulzadas con edulcorantes. Incrementar la oferta de ensaladas y fruta fresca, ya que estos establecimientos marcan un referente de patrones de alimentación para niños y adolescentes.
- Prohibir todo tipo de incentivos dirigidos a niños para fomentar el consumo de alimentos en cadenas de comida rápida, tales como juguetes, globos y otro tipo de elementos dirigidos a incrementar su consumo.
- Implementar mecanismos de Reconocimiento de Responsabilidad Nutricional a restaurantes y cafeterías que oferten información al consumidor y opciones de alimentos y preparaciones saludables a los clientes.
- Disponer que el conjunto de los planes y programas estatales que entregan recursos para la adquisición de alimentos en restaurantes, sean destinados hacia la oferta de una alimentación adecuada y saludable.

11.4 LÍNEA ESTRATÉGICA N° 4:

Fomentar la actividad física en la población, en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo, con el apoyo activo del sector público, privado y la comunidad organizada.

☒ FUNDAMENTOS:

Hoy en día, las sociedades de todo el mundo, incluyendo la de los países andinos, viven el grave y creciente problema de la reducción del gasto energético por disminución en la actividad física cotidiana, con un aumento del sedentarismo en el hogar, en el trabajo y como actividad recreacional. A esto se suma, la creciente urbanización que conlleva a la falta de espacios para realizar ejercicio, la contaminación ambiental, la inseguridad percibida en las calles, la mecanización y el transporte, que día a día promueven un menor gasto energético. El resultado es una vida sedentaria: transporte motorizado, aparatos que ahorran trabajo en el hogar, disminución de las tareas manuales físicamente exigentes, junto a la proliferación del tiempo de ocio en pasatiempos que no demandan esfuerzo físico y llevan al sedentarismo extremo.

De acuerdo con el Colegio Americano de Medicina Deportiva (por sus siglas en inglés, ACSM) la actividad física es recomendada como un componente para mantener el peso, prevenir el sobrepeso o perderlo, y para no adquirir peso después de haberlo perdido; pero esta evidencia es variable dependiendo del tipo de estudio y población estudiada. (36)

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por una contracción de los músculos esqueléticos, que sustancialmente aumentan el gasto energético, por ejemplo, el ejercicio.

El grado de beneficio de la actividad física sobre la salud depende del tipo, la intensidad, duración y frecuencia de la misma en cada individuo. Estos beneficios incluyen una reducción en los niveles sanguíneos de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y de muy baja densidad (VLDL), así como un incremento en las lipoproteínas de alta densidad (HDL).

También se ha visto que la actividad física tiene un impacto positivo sobre el metabolismo de la glucosa habiendo mayor sensibilidad a la insulina, además de contribuir a un alza en la autoestima y la salud mental de las personas.

Asimismo, hay evidencia de numerosos estudios que sugieren que existe una relación causa-efecto entre los niveles de actividad física y una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares.

Según datos epidemiológicos de la OMS, la inactividad física está colocada como el cuarto factor de riesgo al que se le atribuyen más muertes en el mundo (3.2 millones de muertes al año).

La actividad física ha sido sugerida recientemente como una alternativa para el tratamiento de la obesidad, con el propósito de mantener un peso adecuado. El CDC en su guía de promoción para el mantenimiento de un peso adecuado recomienda ciertos ejercicios

específicos. La guía de ejercicios del CDC consiste en: realizar actividad física aeróbica que vaya de intensidad moderada a vigorosa

por al menos 150 minutos por semana, o realizar actividad vigorosa por al menos 75 minutos por semana, o llevar a cabo una combinación semanalmente. (34)

Asimismo, sugiere que estas actividades sean incorporadas en tres dominios de actividad física: actividades del tiempo libre o «por placer», actividades de transporte y actividades ocupacionales. Las primeras incluyen ir de compras, ver televisión, correr, remodelar la casa, etc. Las actividades de transporte incluyen caminar, andar en bicicleta, manejar, etc. Por último, las actividades ocupacionales tienen que ver con el tipo de empleo u ocupación de las personas y difieren de las actividades habituales (levantarse, asearse, etc.) ya que los hábitos cotidianos no son nuestra ocupación. La actividad física es efectiva en la pérdida de peso cuando es combinada con un desbalance en el consumo de energía. (4)

La escuela debería representar el primer medio de oportunidad para el cumplimiento de las recomendaciones internacionales de actividad física para los niños, y además, según la Asociación Nacional de Deportes y Educación Física de los Estados Unidos, se debe ofrecer en las escuelas primarias y secundarias un mínimo de 150 minutos de clases de educación física por semana.

Asimismo, se establece que una buena clase de educación física debe lograr que todos los niños que participen estén moderados a vigorosamente activos durante al menos 50% de la duración de la clase.

Sin duda, las escuelas representan un espacio de oportunidad de cambio de comportamiento muy importante para el país, tanto en las aulas, al incluir la promoción de actividad física en el programa educativo, como en los espacios abiertos de los planteles y durante las clases de educación física.

El problema es complejo ya que refleja las múltiples carencias de los países en el ámbito educativo, en cuanto a la calidad de las instalaciones, la falta de espacios para el número de estudiantes, la falta de profesores para el cumplimiento de los reglamentos oficiales de frecuencia y duración de las clases de educación física, y la baja calidad de las mismas, lo cual debe ser estudiado en cada país andino, para enfocar el problema.

Por ello, es complicado proponer una solución única ante esta problemática. Más bien, se debe formular un plan holístico para convertir nuevamente a las escuelas en un espacio de promoción de la actividad física. Esto implica la designación de presupuesto para el

mejoramiento y construcción de nuevos planteles, la supervisión constante del respeto al reglamento de frecuencia y duración de clases y una mejor capacitación para los profesores de educación física para la impartición de clases de mayor calidad.

Las soluciones para abordar el entorno obesogénico, como los cambios en la infraestructura de transporte y el diseño urbano, pueden ser más difíciles y costosas que focalizar la intervención en el medio ambiente. grupo, familia o individual. Sin embargo, es más probable que afecten a múltiples vías dentro del sistema de obesidad de manera sostenible,

A corto plazo, la creación de demanda para tal cambio puede depender de alinear los beneficios con los que surgen de objetivos sociales y económicos más amplios, tales como reducir el consumo de energía, la contaminación, los costos sanitarios directos e indirectos, la congestión del tráfico y las tasas de delincuencia. A largo plazo, el fortalecimiento de la acción contra la obesidad puede no solo reducir los costos de salud y discapacidad, sino también producir una sociedad en general más saludable y ambientalmente más sostenible. (6)

ACCIONES:

- Fortalecer, fomentar y proveer de mecanismos que permitan el incremento de instalaciones para el deporte y el ejercicio formal, en todas las regiones y gobiernos locales de forma paulatina, priorizando los territorios con los mayores índices de sobrepeso y obesidad en población infantil y adolescente.
- Promover leyes sobre desarrollo urbano que favorezcan la actividad física. Para ello, debe incorporarse el concepto del impacto en la salud como criterio a ser considerado, en la planificación e innovación del diseño arquitectónico y urbano de las construcciones en los diferentes ámbitos, con apoyo de los gobiernos y autoridades regionales/departamentales o locales.

En ese sentido, deben fomentarse y establecerse incentivos para llevar a cabo nuevas urbanizaciones con usos de suelo mixtos, mayores proporciones de áreas verdes en nuevos espacios de desarrollo requeridas por la ley e implementar buenos sistemas de transporte público en lugar de la construcción de calles que favorezcan el uso de vehículos particulares, estableciendo y reforzando el uso de paradas (no poder parar al camión/microbús en cualquier parte, ya que esto no favorece la práctica de actividad física, además de causar caos vial, contaminación, etcétera). Incorporar el concepto de mejora en la creación de parques y espacios de esparcimiento social, ciclovías.

- Fomentar el uso de plazas públicas, centros comerciales y demás lugares de ocio y esparcimiento para la actividad física moderada, como lo es la caminata a paso veloz.

- Emplear campañas masivas y mercadeo social para informar a la población sobre los conceptos básicos de la actividad física y sus efectos positivos y negativos sobre la salud.
- Modificar el currículum académico para la formación de los profesionales de la salud (medicina, enfermería, nutrición, especialidades médicas, etc.) con el objetivo de lograr un compromiso por parte del gremio para formar parte de los planes y su ejecución, para lo cual se debe promover incluir la medición de los niveles de actividad física de los pacientes como parte del historial clínico y proveer consejería sobre actividad física en todos los niveles de atención.
- Involucrar a las escuelas de manera integral, a través de un cambio curricular en el ámbito académico y de educación física para garantizar que la formación del personal docente incluya conocimientos de actividad física en las aulas, y de un programa de actividad física que tenga como prioridad lograr el cumplimiento de las recomendaciones internacionales de actividad física en todos los niños, y no sólo en aquellos con cualidades específicas para algún deporte competitivo.

Asimismo, se debe asignar un mayor número de horas de clase de educación física por semana, además de apoyar programas como la activación física o recreos activos (recreos dirigidos y supervisados por los profesores de educación física con actividades organizadas opcionales para que los niños participen).

Se debe invertir en el mejoramiento y la creación de espacios propicios y seguros en todos los planteles educativos para la práctica de actividad física diaria de todos los niños. Finalmente, se debe involucrar a los padres de familia en el fomento (con materiales educativos dirigidos a ellos) de la actividad física de sus hijos.

11.5 LÍNEA ESTRATÉGICA N° 5:

Garantizar el acceso físico, económico y cultural de una alimentación inocua y saludable

FUNDAMENTOS:

Los alimentos nutritivos que contribuyen a una dieta saludable deben ser fáciles de conseguir y asequibles.

Los alimentos nutritivos se han vuelto relativamente más caros que los alimentos con alto contenido de grasas, azúcar o sal en los países de ingresos altos, así como en economías emergentes como los países de la Región Andina.

La asequibilidad de los alimentos hipercalóricos y muy elaborados (así como el acceso espacial y temporal a los alimentos nutritivos) se ha considerado uno de los principales factores que determina si la inseguridad alimentaria se asocia a la obesidad en los países de ingresos bajos y medianos; estos alimentos tienden a estar ampliamente disponibles en los países de ingresos medianos altos y altos y suelen ser más baratos que los alimentos frescos y nutritivos. (3)

A fin de aumentar el acceso económico a dietas saludables, los gobiernos locales y nacionales disponen de opciones eficaces, como los programas de asistencia alimentaria que ofrecen a las familias y personas de ingresos bajos, fondos complementarios para comprar frutas y hortalizas o la promoción del desarrollo del comercio minorista de alimentos saludables a través de incentivos fiscales. Algunos estudios han mostrado que las subvenciones a frutas y hortalizas pueden aumentar entre un 10% y un 30% la ingesta de estos productos. (32)

El efecto positivo que tiene la educación formal sobre la obesidad, probablemente se deba a tres factores. Primeramente, a un mayor acceso a información relacionada con la salud y a una habilidad mayor para utilizarla; a una percepción más clara de los riesgos asociados a las elecciones relacionadas con el estilo de vida y, finalmente, a una mejoría en el autocontrol y a una consistencia y estabilidad en las preferencias a lo largo del tiempo; sin embargo, además del nivel de escolaridad individual, es importante la relación de su escolaridad con la de sus padres y cuanto mayor sea la del individuo respecto a sus padres, menor será su probabilidad de ser obeso. (33)

Se debe recalcar que el alimento básico en sus diversas presentaciones culinarias forma parte trascendental de la dieta de las personas, no solamente por el papel que juega en la cultura alimentaria, sino también por su precio y facilidad de acceso.

Es clara la dificultad para que las comunidades o personas modifiquen el consumo del alimento básico, por estar profundamente fincado en sus costumbres y ser fácilmente accesible.

La alimentación humana contiene productos que para un grupo social representan la piedra angular del consumo, mientras para otros son inaceptables. Pocos productos conforman un patrón alimentario dominante; hay diferencias en el consumo de grupos sociales y en las formas regionales de preparar alimentos.

La variabilidad, opciones de elección y calidad según las posibilidades de acceso, marcan umbrales en el tipo de ingesta y los perfiles alimentarios de un país, aunque tal elección depende, en economías abiertas, de una oferta cada vez más homogénea.

El ingreso no define por sí solo el patrón alimentario, pero influye en su estratificación y determina, en ciclos de crisis, los niveles de consumo. Así, el comportamiento de la demanda permite comprender hasta dónde un individuo o grupo familiar alcanzan su tope de gasto y las circunstancias económicas que definen el perfil de consumo; de aquí se derivan las preferencias, cambios alimentarios subsecuentes y las condiciones nutricionales de la estructura alimentaria (Torres y Gasca, 2001). (2)

Han de transformarse los entornos alimentarios a fin de hacer que los alimentos nutritivos sean más accesibles y asequibles. En el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición se alienta a que los países apliquen las medidas pertinentes que se recomiendan en el Marco de acción de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. (3)

Para ello, es importante que los equipos de Atención Primaria incluyan en su proceso de territorialización la identificación de locales de producción, comercialización y distribución de alimentos, costumbres y tradiciones alimentarias locales, entre otras características del territorio que puedan relacionarse a sus hábitos alimentarios y su estado nutricional.

ACCIONES:

- Aumentar el número de puntos de venta de alimentos que ofrezcan productos frescos y nutritivos en los barrios y las comunidades (como los mercados al aire libre), desalentar la venta de comida rápida cerca de las escuelas a través de la zonificación y mejorar la disponibilidad de alimentos nutritivos en restaurantes mediante el uso de incentivos no fiscales como los sistemas voluntarios de certificación. (3)
- Implementar o fortalecer las herramientas de análisis de riesgo, como medida sanitaria que tiene por objetivo el monitorear y garantizar a la población la oferta de alimentos seguros y adecuados nutricionalmente, evitando la probabilidad de un efecto adverso a la salud en consecuencia de un peligro físico, químico o biológico, respetado el derecho de las personas a elegir y decidir con conocimiento sobre los riesgos a los cuales será expuesto.

En este sentido, implementar y utilizar las Buenas Prácticas Agrícolas, Buenas Prácticas de Fabricación, Buenas Prácticas Nutricionales y el Sistema de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control – APPCC, en la cadena de producción de alimentos, potencializa y garantiza las acciones de protección a la salud del consumidor.

- Incrementar el acceso económico a dietas saludables, mediante programas de asistencia alimentaria y de seguridad social orientados a personas y familias de ingresos bajos, a

través del gobierno regional o instancias locales como municipios, asegurando alimentos seguros y saludables en diferentes etapas de la vida, con prioridad en la etapa infantil, brindando fondos o facilidades para la adquisición de frutas y hortalizas, cereales de granos enteros y fibra, carnes magras, legumbres, lácteos de bajo contenido graso, entre otros.

- Implementar o fortalecer el acceso y el uso de la tierra, con la participación activa de mujeres y jóvenes emprendedores de los pueblos originarios, al cultivo y uso de la tierra en alimentos de alto contenido nutritivo.

Mejorar las condiciones que promuevan la agricultura familiar, incentivando la producción de alimentos y productos agropecuarios de alta calidad para su propio consumo y expendio.

- Generar y promover nuevos productos financieros por parte de la banca de desarrollo, bajo condiciones preferenciales para la producción de alimentos y cadenas agroalimentarias, garantizando el acceso en condiciones preferenciales a mujeres, jóvenes y pueblos originarios.
- Implementar estrategias para el manejo sostenible de recursos naturales para la producción de alimentos, con énfasis en agua, suelo, bosques y biodiversidad.
- Fomentar el desarrollo de programas para la creación y la utilización de sistemas de riego para la producción de alimentos.
- Desarrollar un programa de compras locales gubernamentales para dinamizar la producción local de alimentos provenientes de procesos productivos articulados preferentemente a la agricultura familiar.
- Fomentar el desarrollo de cadenas agroalimentarias, generando valor agregado a la producción y creando alianzas público-privadas.
- Diseñar e implementar un sistema nacional de abastecimiento de alimentos que permita disminuir la vulnerabilidad del país y la población ante situaciones de desastre o emergencia, así como ante mecanismos especulativos del mercado de alimentos, a fin de tener una mayor capacidad de respuesta y recuperación de la disponibilidad y el acceso a los alimentos saludables y seguros.
- Promover el desarrollo de agro-mercados a nivel municipal y crear ordenanzas municipales para su promoción y regulación, así como la creación de infraestructura y mecanismos

que faciliten el transporte y la comercialización de los productos alimenticios.

- Promover acciones para mejorar los empleos e ingresos no agrícolas de la población rural, como una vía sostenible para crear una dinámica de acceso a los alimentos a nivel local y regional, disminuyendo brechas de género y priorizando a las mujeres jefas de hogar.
- Garantizar la calidad nutricional y la sostenibilidad de los programas de salud y alimentación de la población escolar, así como de otras poblaciones en situación de vulnerabilidad, como, por ejemplo, estableciendo las cantidades y contenidos adecuados de la lonchera escolar, con el óptimo balance de nutrientes y energía, priorizando a la niñez y adolescencia de los niveles preescolar, primario y secundaria.
- Fortalecer los sistemas de infraestructura y comunicaciones, con caminos, carreteras y puntos de almacenamiento, promoviendo mercados locales para la venta de alimentos saludables e inocuos, para mejorar el abastecimiento de pueblos marginados.
- Implementar y/o generar normativas que mejoren el acceso a alimentación saludable y de calidad por los trabajadores, en los diferentes ámbitos laborales, lo que conllevaría a disminuir el fácil acceso a comida altamente procesada y con exceso contenido calórico, para lo cual se debe disponer de tiempos adecuados para la alimentación y de espacios físicos acondicionados que permitan el consumo de alimentos frescos y nutritivos (refrigeración, calentamiento, etc.)

11.6 LÍNEA ESTRATÉGICA N° 6:

Implementar un sistema de información, vigilancia, monitoreo y evaluación de la seguridad alimentaria y nutricional a nivel nacional, regional y local, con enfoque intersectorial y orientado a la toma de decisiones

FUNDAMENTOS:

La obesidad se desarrolla lentamente, tanto dentro de los individuos como poblaciones, se necesitará tiempo para establecer nuevos hábitos y construir nuevas estructuras para apoyar dietas saludables y actividad física mejorada. Esto también implica la necesidad de Estrategias a largo plazo que abarcan varias generaciones y más allá de la planificación tradicional.

La introducción de objetivos intermedios y medidas de apoyo nos ayudará evaluar el progreso, con la expectativa de que el impacto aumentará con el tiempo. (4)

Para lograrlo, el proceso de organización y gestión de las líneas de intervención en favor del control del sobrepeso y obesidad, parten del diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional en cada país andino, así como se debe hacer lo propio en la población adscrita a los servicios y equipos de Atención Primaria, dadas las brechas y gran diferencial al interior de cada país y por regiones.

La Vigilancia Alimentaria y Nutricional, proporcionará a los responsables de los programas o políticas, retroalimentación para ajustar su diseño y operación y hacerlos más efectivos. El ejercicio del monitoreo permitirá la continua evaluación y reorganización de la atención nutricional, identificando o reformulando prioridades de acuerdo al perfil alimentario y nutricional de la población.

Hasta muy recientemente no existían programas y políticas integrales y complementarias para la prevención de la obesidad, con magnitud y cobertura nacional. Los primeros esfuerzos, aunque meritorios por reconocer el problema, constituyeron iniciativas aisladas y mínimamente evaluadas.

ACCIONES:

- Fortalecer el presupuesto para la vigilancia y monitoreo de la magnitud y distribución de la obesidad mediante encuestas nacionales de salud y nutrición.
- Establecer programas de monitoreo y rendición de cuentas para asegurar que el presupuesto otorgado por parte del estado a las diferentes instancias involucradas en la ejecución de las acciones a favor del control y prevención del sobrepeso y obesidad en el país, se usen para el cumplimiento de los programas establecidos.
- Fortalecer la calidad de los sistemas de información (variables adecuadas, toma de dato, oportunidad, recolección, flujo, almacenamiento y consolidación, procesamiento, análisis y toma de decisiones).
- Definir y estandarizar indicadores de la situación y evolución del sobrepeso y obesidad y sus determinantes en los países andinos, en los ámbitos nacional, departamental o regional, municipal y local, asegurando la generación de información desagregada por sexo, edad, etnias, escolaridad, entre otros que permitan visualizar la determinación social del fenómeno.
- Definir mecanismos de integración, articulación y análisis intersectorial de la información en existencia y producida por todos los equipos multidisciplinarios e intersectoriales y/o intergubernamentales, para la toma de decisiones.

- Desarrollar competencias para el personal de salud y de otros sectores para el análisis de indicadores nutricionales que inciden en el seguimiento, monitoreo y evaluación de los avances, resultados e impacto al corto, mediano y largo plazo de las acciones ejecutadas.
- Establecer espacios de análisis de la información con la comunidad.

11.7 LÍNEA ESTRATÉGICA N° 7:

Fortalecer la institucionalidad en todos los niveles, a fin de garantizar una gestión eficiente, así como la visión integral e intersectorial de la salud nutricional

FUNDAMENTOS:

Para hacer frente a todas las formas de malnutrición serán necesarias medidas multisectoriales audaces, en las que intervengan los sectores de la salud, la alimentación, la educación, la protección social, la planificación y las políticas económicas. Han de transformarse los entornos alimentarios a fin de hacer que los alimentos nutritivos sean más accesibles y asequibles. En el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición se alienta a que los países apliquen las medidas pertinentes que se recomiendan en el Marco de acción de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. (3)

Las acciones de la política se focalizarán en grupos de población en mayor vulnerabilidad para, luego, avanzar gradualmente hacia otros, partiendo de acciones que ya se han iniciado sectorialmente, mejorándolas, articulándolas y complementándolas.

Además, se establecerán alianzas estratégicas intersectoriales a fin de hacerlas más efectivas. Es fundamental una adecuada coordinación interinstitucional para que las políticas gubernamentales en materia económica y social sean coherentes con esta política. Se mejorará el progreso estimulando la acción multisectorial y multinivel dentro y más allá de la profesión de la salud pública. Numerosas organizaciones del sector público, la industria, grupos de pacientes y consumidores y muchas otras fuera del gobierno ya están comprometidas en los esfuerzos para combatir la obesidad. Las acciones para aprovechar esto y mejorar la coordinación permitirían obtener el máximo beneficio de este significativo nivel de energía y recursos.

El trabajo de mapeo de sistemas muestra que la mayoría de las palancas de cambio se encuentran fuera del ámbito de la salud tradicional y fuera del control del gobierno. Trabajar en asociación con múltiples partes interesadas para promover la salud de la nación es fundamental para el éxito. (4)

ACCIONES:

- Fortalecer o implementar la articulación de las acciones en el marco de la política nacional de control y prevención del sobrepeso y obesidad, entre los diferentes sectores y en todos los niveles de gobierno: nacional, regional o departamental, municipal o local, para mejorar la eficiencia y lograr la efectividad de las acciones. Para ello, las instancias el más alto nivel de gobierno, deben involucrarse brindando el mayor apoyo a las líneas de intervención.
- Establecer mecanismos que aseguren la coordinación y ejecución de la Política para el control del sobrepeso y obesidad, con otras políticas nacionales o sectoriales relacionadas al tema de alimentación y nutrición, así como con la cooperación internacional y el sector privado.
- Fortalecer o implementar mecanismos de articulación de los gestores de nivel nacional o regional, con las instituciones de formación, para el desarrollo de proyectos de formación en servicio, investigaciones regionales y locales, que permitan el desarrollo de prácticas de cuidado relacionadas al sobrepeso y obesidad. Esto, con fines de fortalecer las capacidades del personal de salud para poder hacer frente a esta enfermedad, incluyendo la investigación, la innovación y la transferencia de tecnologías apropiadas.
- Fortalecer o Implementar equipos de asesoramiento estratégico y técnico de expertos, de forma continua en los niveles nacionales y regionales de todos los sectores involucrados, para acompañar en todas las fases desde la formulación, implementación de la política, hasta su monitoreo y evaluación.
- Elaborar protocolos, manuales y normas técnicas que orienten la organización de los cuidados relacionados a la alimentación y nutrición adecuada, consensuadas con todos los entes y sectores involucrados en la ejecución.

11.8 LÍNEA ESTRATÉGICA N° 8:

Fomentar la investigación, innovación tecnológica y conocimiento en alimentación y nutrición.

FUNDAMENTOS:

Se requiere promover una mayor investigación en cada uno de los países andinos, para reconocer con evidencias y según su realidad, los determinantes económicos y sociales más importantes que determinan la salud de su población por curso de vida, lo que permitirá

ayudar a los responsables políticos a comprender la complejidad asociada con la causalidad y el manejo de la obesidad.

La evidencia de la investigación sobre marketing social sugiere que es poco probable que el tipo de campañas de información pública que instan a las personas a evitar ciertos alimentos y a hacer ejercicio con más frecuencia serán suficientes para abordar adecuadamente el problema de la obesidad. (6)

Es fundamental mantener y fomentar la inversión en investigación de las estrategias que se vienen ejecutando y evaluando en el país, así como de nuevas intervenciones o programas que pudieran implementarse a propuesta de las áreas ejecutoras, a fin de que los gestores puedan contar con una base sólida de evidencias que respalde la planificación y las decisiones en la lucha contra el sobrepeso y la obesidad. Por lo tanto, se debe mantener actualizada una agenda de prioridades de investigación en alimentación y nutrición, de interés nacional, regional y local.

ACCIONES:

- Promover la investigación y la protección de la biodiversidad genética del país. Esto, conlleva a que, con la pérdida de biodiversidad, perdemos en nuestra vida diaria: perdemos alimentos y agua de calidad, todo tipo de productos provenientes de la naturaleza, medicinas, la capacidad de reducir la contaminación. Al perder biodiversidad nuestra economía y nuestra salud pierden también. Si queremos proteger la biodiversidad, podemos hacerlo. Como consumidores tenemos más poder del que pensamos.
- Al elegir unos productos sobre otros les decimos a las empresas cómo deben actuar si quieren seguir sus negocios. Si elegimos productos y servicios pensados en clave de sostenibilidad, contribuimos a reducir el impacto en la naturaleza y la biodiversidad, y las empresas apostarán por seguir este camino.
- Desarrollar investigaciones para el desarrollo de alimentos con alto valor nutritivo, bajo contenido de azúcares, grasas y sodio, que puedan ser aceptados por los consumidores.
- Impulsar la investigación científico-tecnológica para mejorar las condiciones de productividad, acceso, consumo y utilización biológica de los alimentos.
- Ampliar el apoyo técnico, científico y financiero a las líneas de investigación asociadas a las demandas de los servicios de salud, que desarrollan metodologías y instrumentos aplicados a la gestión, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones relacionadas a

Los programas de Alimentación y Nutrición, con énfasis en los factores contribuyentes al sobrepeso y obesidad en el país.

- Incluir en la planificación de la Estructura programática de las diferentes instancias y actores involucrados en la Alimentación y Nutrición, líneas de investigación social, para estudiar la influencia de la cultura, las emociones y los diversos factores relacionadas con el fenómeno alimentario, en un trabajo articulado con la sociedad científica y universidades.
- Fortalecer las capacidades nacionales para la investigación operativa en salud y la comunicación adecuada de resultados.

11.9 LÍNEA ESTRATÉGICA N° 9:

Impulsar la participación ciudadana y el control social.

FUNDAMENTOS:

Por la naturaleza de las acciones a desarrollar en el marco de la Política contra el sobrepeso y obesidad, la participación ciudadana es fundamental y debe ocurrir desde el diagnóstico de la realidad y la definición de objetivos, hasta la implementación de las acciones, reflejándose en las discusiones de las instancias de participación y control social. Por lo tanto, la problemática del sobrepeso y la obesidad y las acciones de control, deben ser incorporadas en los movimientos sociales, en las capacitaciones para la gestión participativa y en todas las instancias.

Esto permitirá la creación de espacios de reflexión y diálogo colectivos, encaminados a la incorporación activa de la ciudadanía en el diseño y elaboración de los planes e intervenciones.

La formulación de planes de salud, debe surgir de los espacios donde se aproximan la construcción de la gestión descentralizada, el desarrollo de la atención integral a la salud y el fortalecimiento de la participación popular, con poder deliberativo y/o carácter consultivo.

ACCIONES:

- Promover y dar apoyo a los grupos de voluntariados y asociaciones que lideran movimientos en pro de la alimentación y nutrición segura y saludable, a nivel nacional, regional y local. De igual forma, a las organizaciones que realizan abogacía e incidencia en materia de alimentación saludable, grupos de apoyo a la lactancia materna, organizaciones de consumidores, asociaciones de mercados populares y de pequeños productores, redes

de organizaciones, entre otros, tienen vital importancia para realizar control social en todos los ámbitos de la sociedad, aportar al cambio cultural en el territorio y conseguir los objetivos de salud propuestos.

- Impulsar el desarrollo de planes locales y regionales con iniciativa y participación popular, con poder deliberativo y/o carácter consultivo, lo cual permitirá el mayor involucramiento de la sociedad organizada en la toma de decisiones y en el control de su propia salud.
- Promover y/o fortalecer mecanismos de consulta con las organizaciones civiles, para el diseño, modificación, implementación y evaluación de las normas, planes, programas, proyectos u otras iniciativas en materia de alimentación y nutrición para el control y prevención del sobrepeso y obesidad en todos los niveles, así como la búsqueda continua de su participación en instancias como mesas de trabajo, comisiones, consultas públicas, entre otros, relacionadas con las decisiones en alimentación y nutrición.



IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO

Los esfuerzos deben dirigirse hacia la implementación de programas de intervención que aborden al problema, considerando sus distintos niveles de complejidad. No es posible combatir el problema si los enfoques son simples y requerimos estudios y programas multidisciplinarios, que aborden la mayor parte de los factores determinantes de este problema. En síntesis, se requieren intervenciones multisectoriales, multinivel, aplicadas en los distintos entornos.

Ante la seriedad del problema del sobrepeso y la obesidad, que se ha venido desarrollando durante un largo periodo, las soluciones tardarán en tener impacto, por lo que las políticas actuales no cubren el alcance y profundidad de las múltiples intervenciones que se necesitan para lograr un avance significativo.

Para que las nuevas políticas sean efectivas, deben abarcar el mandato político de numerosos gobiernos, departamentos y otros sectores importantes como la industria alimentaria. Si las políticas se desarrollan de forma aislada, existe un riesgo muy alto que la acción positiva en un área podría verse socavada por buenas intenciones, pero fuerzas opuestas en otro.

Cabe destacar, que, independientemente de las políticas y de la forma en que ellas se expresan en la cotidianidad, el problema persiste porque su determinación no obedece sólo a la puesta en marcha de decisiones con buen sustento técnico, sino a procesos políticos complejos en los cuales los intereses económicos de grupos poderosos, las grandes transformaciones sociales, las características culturales y otros factores importantes, más allá de las propias políticas sectoriales de los Ministerios de Salud, juegan un papel determinante.

Por ende, ante todo hay que reconocer como de alta prioridad, la necesidad de aunar esfuerzos



de los diferentes actores relacionados con esta compleja enfermedad, como es la obesidad, lo que permitirá sinergias importantes, evitando la duplicación de actividades y el ahorro de recursos, lo que quizás podría hacer más compleja su implementación de no lograrse la unión de todas las voluntades, incluyendo la participación activa de la comunidad como beneficiaria de las políticas y programas a implementarse, lo que permitirá involucrarse en diferentes áreas y fases de su implementación y desarrollo, desde la planificación, monitoreo, evaluación, así como en la búsqueda de soluciones ante problemas que se detecten.

Para poder implementar la Política de Salud Pública para enfrentar la pandemia de Sobrepeso y Obesidad en la población de los países andinos, es necesario que los países formulen un Plan Nacional que integre intersectorialmente las acciones de las líneas estratégicas definidas, la cual sea aprobada y oficializada por el más alto nivel gubernamental que se defina en consenso.

El Plan Nacional para el Control y Prevención de la Pandemia del Sobrepeso y Obesidad, deberá contar con un calendario para su implementación escalonada y paulatina, así como los requerimientos financieros por cada instancia o sector, necesarios para su ejecución. A partir del Plan Nacional en cada país, se derivarán los planes y programas regionales/ departamentales, provinciales y locales, lo que permitirá que los procesos articulen y se vinculen con la Política Nacional.

Cada país, deberá establecer la gradualidad y fases de la implementación de la Política, la cual se traducirá en los planes que se desarrollarán en las diferentes instancias y

sectores, partiendo de una focalización, identificación y reconocimiento situacional por territorios, grupos de riesgo y prioridades.

Con respecto al financiamiento, es requisito indispensable para la puesta en marcha y el logro de los resultados e impacto planteados por cada país, asegurar movilizar fuentes de financiamiento que permita la ejecución de las líneas estratégicas planteadas a todo nivel, sostenibles en el tiempo, programadas año a año en el Presupuesto Anual del estado y que puedan mínimamente definir una temporalidad de ocho años (2022 al 2029), en aras de alcanzar las metas comprometidas en el marco de los ODS de la agenda al 2030.

Para ello, los gobiernos de los países andinos deberán preparar el marco legal que declare como prioridad nacional, la inversión en la lucha contra el Sobrepeso y Obesidad, lo cual permitirá la movilización de recursos internos y externos a utilizarse bajo los parámetros de eficiencia y transparencia.

Esto, conlleva a establecer en los presupuestos nacionales anuales, las partidas necesarias para la implementación del Plan Nacional Intersectorial, planes sectoriales y territoriales, planes locales o municipales, todos en concordancia con las líneas estratégicas establecidas en la Política Nacional.



MONITOREO Y EVALUACIÓN

Una de las fases, muchas veces menos realizada, pero de gran importancia en el desarrollo y ejecución de políticas públicas, es la necesidad de un proceso continuo de monitoreo y evaluación de su implementación, con la finalidad de la búsqueda de su perfeccionamiento y desarrollo en todas las esferas involucradas, verificando finalmente su repercusión en la calidad de vida de la población, para la toma de decisiones hacia la caracterización y comprensión del problema, que permitan la proposición de criterios y normas que impacten directamente en su desempeño.

El ejercicio de la evaluación de la Política Nacional, permitirá una adecuada rendición de cuentas, así como la identificación de problemas y retos en su diseño, operativización y retroalimentación a los responsables y decisores en las diferentes instancias y sectores.

Este proceso exigirá la definición de prioridades, objetivos, estrategias y metas, debiéndose considerar indicadores que permitan verificar los avances en los planes y estrategias ejecutadas o en proceso de ejecución.

El proceso de monitoreo y evaluación de la Política Nacional y, por ende, de los planes regionales/departamentales y locales o municipales, deberán ser programados y calendarizados.

Asimismo, este proceso también evaluará el avance y cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos por cada país.
esfuerzos



GLOSARIO

- **Alimentación adecuada y saludable:** práctica alimentaria apropiada a los aspectos biológicos y socioculturales de los individuos, así como al uso sostenible del medio ambiente. Debe estar de acuerdo con las necesidades de cada fase del ciclo de vida y con las necesidades alimentarias especiales; ser referenciada por la cultura alimentaria y por las dimensiones de género, raza y etnia; ser accesible desde el punto de vista físico y financiero; armónica en cantidad y calidad; basada en prácticas productivas adecuadas y sostenibles; libre de contaminantes físicos, químicos, biológicos y de organismos genéticamente modificados.
- **Alimentos para fines especiales:** alimentos especialmente formulados o procesados, en los cuales se introducen modificaciones en el contenido de nutrientes adecuados para su utilización en dietas diferenciadas y/o opcionales, atendiendo necesidades de personas en condiciones metabólicas y fisiológicas específicas.
- **Atención primaria de salud:** conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que abarcan la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de daños y el mantenimiento de la salud, con el objetivo de desarrollar una atención integral que impacte en la situación de salud y la autonomía de las personas y en los determinantes y condicionantes de salud de las colectividades.

Se desarrolla mediante el ejercicio de prácticas de cuidado y gestión, democráticas y participativas, de trabajando en equipo, dirigidas a poblaciones de territorios definidos, teniendo en cuenta la dinámica existente en el territorio en el que viven esas poblaciones. Utiliza tecnologías de cuidado complejas y variadas que deben auxiliar en el manejo de

las demandas y las necesidades de salud de mayor frecuencia y relevancia en su territorio, observando criterios de riesgo, vulnerabilidad, resiliencia y el imperativo ético de que toda demanda, necesidad de salud y sufrimiento deben ser acogidos.

- **Atención integral de salud:** conjunto de acciones de promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños y mantenimiento de la salud, orientadas por las necesidades de la población, y que incluyen la actitud del profesional en el encuentro con los usuarios, la organización de los servicios de salud y la construcción de políticas públicas capaces de incidir sobre los determinantes sociales de salud.
- **Atención nutricional:** comprende los cuidados relacionados a la alimentación y nutrición destinados a la promoción y protección de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, que deben estar asociados a las demás acciones de atención de salud en el SUS, para individuos, familias y comunidades, contribuyendo con la conformación de una red integrada, resolutive y humanizada de cuidados.
- **Cuidados relacionados con la alimentación y nutrición:** comprenden el diagnóstico y la vigilancia alimentaria y nutricional, la promoción de la alimentación adecuada y saludable, la educación alimentaria y nutricional, la orientación alimentaria, la prescripción dietética, el suministro de alimentos para fines especiales, alimentación a nivel hospitalario y apoyo nutricional enteral y parenteral.
- **Diagnóstico nutricional:** identificación y determinación del estado nutricional, basado en datos clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtenidos a partir de la evaluación nutricional de individuos o colectividades.
- **Derecho humano a la alimentación adecuada:** derecho humano inherente a todas las personas de acceso regular, permanente e irrestricto, ya sea directamente o mediante la adquisición financiera, a alimentos seguros y saludables, en cantidad y calidad adecuadas y suficientes, en correspondencia con las tradiciones culturales de su pueblo y que garanticen una vida libre del miedo, digna y plena en las dimensiones física y mental, individual y colectiva.
- **Doble carga nutricional:** Existen diversas definiciones sobre la doble carga nutricional (DCN) que, según Shrimpton & Rokx (1), puede evidenciarse en tres niveles: individual, hogar y poblacional. Dentro del primero, la coexistencia de exceso de peso y deficiencia de hierro es la situación más común, así como el exceso de peso junto con baja talla; el segundo se refiere a la coexistencia de retraso en talla en los niños y sobrepeso u obesidad

de la madre, finalmente, el tercero es la presencia de desnutrición y exceso de peso en una misma población.

- **Entorno obesogénico:** Se ha definido como la suma de las influencias que el entorno, las oportunidades o las condiciones de vida tienen en la promoción de la obesidad en los individuos y las poblaciones. El término abarca toda la gama de condiciones sociales, culturales y de infraestructura que influyen en la capacidad de un individuo para adoptar un estilo de vida saludable.
- **Intersectorialidad:** articulación entre diferentes sectores para enfrentar problemas complejos con el fin de superar la fragmentación de las políticas en las diversas áreas donde son ejecutadas.
- **Prescripción dietética:** actividad privativa del nutricionista que se refiere a la planificación dietética basada en directrices establecidas a partir de un diagnóstico nutricional, forma parte de la asistencia prestada a los usuarios por los servicios de salud en ámbito hospitalario, ambulatorio o domiciliar
- **Red de atención de salud:** definida como ajustes organizativos de acciones y servicios de salud, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas a través sistemas de apoyo técnico, logístico y de gestión, buscan garantizar la integralidad del cuidado. Su objetivo es promover la integración sistémica, de acciones y servicios de salud mediante la atención continua, integral, de calidad, responsable y humanizada, así como incrementar el desempeño del Sistema, en términos de acceso, equidad, eficacia clínica y sanitaria; y eficiencia económica. Se caracteriza por la formación de relaciones horizontales entre los puntos de atención con el centro de comunicación en la Atención Primaria, por centrarse en las necesidades de salud de una población, el cuidado multiprofesional, el intercambio de objetivos y compromisos con los resultados sanitarios y económicos; dando énfasis en la función resolutoria de los cuidados primarios de los problemas más comunes de salud y a partir del cual se realiza y coordina el cuidado en todos los puntos de atención.
- **Trastornos alimentarios:** desvíos del comportamiento alimentario que pueden conducir a la pérdida extrema de peso (caquexia) o la obesidad, entre otros problemas físicos e incapacidades. Incluyen:

Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, ortorexia, vigorexia, trastorno obsesivo compulsivo por alimentos, entre otros.

- **Vigilancia alimentaria y nutricional:** consiste en la descripción continua y en la predicción

de tendencias de las condiciones de alimentación y nutrición de la población y sus factores determinantes.

Debe ser considerada a partir de un enfoque ampliado que incorpore la vigilancia en los servicios de salud y la integración de informaciones derivadas de sistemas de información en salud, de encuestas poblacionales, de muestreos nutricionales y de la producción científica.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)** Anales Venezolanos de Nutrición. Volumen 27. N° 1. Año 2014. Políticas Alimentarias y nutricionales en los sistemas nacionales de salud. Jorge Díaz Polanco, Yngrid Candela.
<https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2014/1/art-19/>
- (2)** Scielo. Salud Pública de México. Vol. 43 N° 5 Cuernavaca set octubre 2001. Políticas y programas de alimentación y Nutrición en México. Barquera S, Rivera-Dommarco J, Gasca-García A. Salud Publica Mex 2001;43:464-477
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500011
- (3)** El Estado de la Seguridad Alimentaria y la nutrición en el Mundo. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO. Roma 2019
<http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>
- (4)** OBESIDAD EN MÉXICO. Recomendaciones para una Política de Estado. Juan Ángel Rivera Dommarco. Mauricio Hernández Ávila. Carlos A. Aguilar Salinas. Felipe Vadillo Ortega. Ciro Murayama Rendón.
<https://alimentacionysalud.unam.mx/wp-content/uploads/2021/01/Libro-obesidad-anm.pdf>
- (5)** POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030 «PERÚ, PAÍS SALUDABLE». Ministerio de Salud del Perú.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1257169/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030%20.pdf>
- (6)** Tackling Obesities: Future Choices – Project Report. 2nd Edition. FORESIGHT. Government

office for Science. The UK Government's Foresight Programme
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/287937/07-1184x-tackling-obesities-future-choices-report.pdf

(7) OPS. Naciones Unidas pide acciones urgentes para frenar el alza del hambre y la obesidad en América Latina y el Caribe. 2019

https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4423:naciones-unidas-pide-acciones-urgentes-para-frenar-el-alza-del-hambre-y-la-obesidad-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=1062 .

(8) OMS. 2018. Healthy Diet. Fact Sheet No. 394 [en línea]. Ginebra (Suiza). https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthy_diet_fact_sheet_394.pdf?ua=1

(9) OMS. 2016. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Ginebra (Suiza).

(10) OMS. 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases: 2013-2020. Ginebra (Suiza).

(11) OMS. 2014. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo referente al sobrepeso en la infancia [en línea]. Ginebra (Suiza). https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overweight/es/

(12) Naciones Unidas. 2016. Resolución aprobada por la Asamblea General el 1 de abril de 2016 - 70/259. Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025) [en línea]. Asamblea General de las Naciones Unidas, Septuagésimo período de sesiones, tema 15 del programa. Nueva York. A/RES/70/259.

https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/259&Lang=S

(13) B.A. Swinburn, V.I. Kraak, S. Allender, V.J. Atkins, P.I. Baker, J.R. Bogard, H. Brinsden, A. Calvillo et al. 2019. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 393(10173): 791-846

(14) Política Nacional de Alimentación y Nutrición. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile - Subsecretaría de Salud Pública División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Departamento de Nutrición y Alimentos http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wpcontent/uploads/2018/01/BVS_POL%C3%8DTICA-DE-ALIMENTACI%C3%93N-Y-NUTRICI%C3%93N.pdf

(15) Políticas alimentarias para prevenir la obesidad y las principales enfermedades no transmisibles en España: querer es poder. GACETA SANITARIA. Sociedad Española de Salud

Pública y Administración Sanitaria. Vol. 33. Núm. 6. Noviembre – Diciembre 2019.
<https://www.gacetasanitaria.org/es-politicas-alimentarias-prevenir-obesidad-principales-articulo-S0213911119301530>

(16) POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. Ministerio de Salud del Brasil. Brasília – DF. 2012. Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Atención Primaria.

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao_espanhol.pdf

(17) S.J. Russell, H. Croker, R.M. Viner. The effect of screen advertising on children's dietary intake: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.*, 20 (2019), pp. 554-568

<http://dx.doi.org/10.1111/obr.12812> | Medline

(18) C. Bos, I.A. van der Lans, E. van Kleef, et al. Promoting healthy choices from vending machines: effectiveness and consumer evaluations of four types of interventions. *Food Policy.*, 79 (2018), pp. 247-255

https://www.researchgate.net/publication/326398014_Promoting_healthy_choices_from_vending_machines_Effectiveness_and_consumer_evaluations_of_four_types_of_interventions

(19) Y. Kovic, J.K. Noel, J.A. Ungemack, et al. The impact of junk food marketing regulations on food sales: an ecological study. *Obes Rev.*, 19 (2018), pp. 761-769

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29521031/>

(20) S. Capacci, M. Mazzocchi, B. Shankar. Breaking habits: the effect of the French vending machine ban on school snacking and sugar intakes. *J Policy Anal Manage.*, 37 (2018), pp. 88-111

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29320810/>

(21) A.L. Cradock. Evaluating the impact of the Healthy Beverage Executive Order for City Agencies in Boston Massachusetts, 2011-2013. *Prev Chronic Dis.*, 12 (2015), pp. E147

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26355828/>

(22) A. Lederer, C.J. Curtis, L.D. Silver, et al. Toward a healthier city: nutrition standards for New York City Government. *Am J Prev Med.*, 46 (2014), pp. 423-428

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24650846/>

(23) World Health Organization. Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases. World Health Organization, (2016). Technical Meeting Report. 5–6 May 2015.

Geneva, Switzerland

https://www.who.int/docs/default-source/obesity/fiscal-policies-for-diet-and-the-prevention-of-noncommunicable-diseases-0.pdf?sfvrsn=84ee20c_2

(24) M.A. Colchero, B.M. Popkin, J.A. Rivera, et al. Beverage purchase from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *BMJ.*, 352 (2016), pp. h6704

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h6704> | Medline

<https://www.bmj.com/content/352/bmj.h6704>

(25) M. Bes-Rastrollo, E.M. Navarrete-Muñoz, F. Rodríguez-Artalejo, et al. Grupo de Trabajo de Nutrición Policy brief: Previniendo la obesidad en España mediante un impuesto a las bebidas azucaradas. *Sociedad Española de Epidemiología.* (2017)

http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/PB_GTN_vfinal.pdf

(26) M. Du, A. Tgendhaft, A. Erzse, et al. Sugar-sweetened beverage taxes: industry response and tactics. *Yale J Biol Med.*, 91 (2018), pp. 185-190

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29955223/>

(27) L.M. Powell, M.L. Maciejewski. Taxes and sugar-sweetened beverages. *JAMA.*, 319 (2018), pp. 229-230

<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.19522> | Medline

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29340686/>

(28) M.W. Long, S.L. Gortmaker, Z.J. Ward, et al. Cost effectiveness of a sugar-sweetened beverage excise tax in the US. *Am J Prev Med.*, 49 (2015), pp. 112-123.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26094232/>

(29) M. Spiteri, L.G. Soler. Food reformulation and nutritional quality of food consumption: an analysis based on households panel data in France. *Eur J Clin Nutr.*, 72 (2018), pp. 228-235

<http://dx.doi.org/10.1038/s41430-017-0044-3> | Medline

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29269888/>

(30) National Heart Foundation of Australia. Effectiveness of food reformulation as a strategy to improve population health. *National Heart Foundation of Australia.* (2012).

https://www.heartfoundation.org.au/getmedia/2bcb1637-1a86-48fc-bb6c-b243c4746272/RapidReview_FoodReformulation.pdf

(31) P. Combris, R. Goglia, M. Henini, et al. Improvement of the nutritional quality of foods as a public health tool. *Public Health.*, 125 (2011), pp. 717-724

<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2011.07.004> | Medline

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21890152/>

(32) A.M. Thow y S. Downs. 2014. Fiscal policy options with potential for improving diets for the prevention of noncommunicable diseases (NCDs). Documento de antecedentes para la reunión técnica sobre políticas fiscales para la mejora de las dietas. Ginebra (Suiza), OMS; A.M. Thow, S. Downs y S. Jan. 2014 systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets: Understanding the recent evidence. *Nutrition Reviews*, 72(9): 551-565. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840623/>

(33) J. Cecchini M, Borgonovi F. Education and obesity in four OECD countries. OECD Health Working Papers. Núm. 46. París; 2009. https://www.researchgate.net/publication/46456910_Education_and_Obesity_in_Four_OECD_Countries

(34) Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (internet). Physical Activity for a Healthy Weight; 2011 (Cited 2011 February 15). Available from: http://www.cdc.gov/healthyweight/physical_activity/.

(35) Angola, Burundi, Camerún, Chad, Congo, Eritrea, Etiopía, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Rwanda, Senegal, Sudán del Sur y Uganda (véase FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2017. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2017. Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad alimentaria. Roma, FAO. <http://www.fao.org/3/l7695s/l7695s.pdf>

(36) Donnelly J, Blair S, Jakicic J, Manore MM, Rankin JW, Smith BK; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand: appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009; 41 (2): 459-471. https://www.researchgate.net/publication/285843877_American_College_of_Sports_Medicine_Position_Stand_Appropriate_physical_activity_intervention_strategies_for_weight_loss_and_prevention_of_weight_regain_for_adults

(37) FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2020. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2020. Transformación de los sistemas alimentarios para que promuevan dietas asequibles y saludables. Roma, FAO. <http://www.fao.org/3/ca9692es/ca9692es.pdf>

(38) Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la niñez y la adolescencia. OPS-OMS. 3 de octubre 2014. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Obesity-Plan-Of-Action-Child-Spa-2015.pdf>

(39) Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Garantizando el derecho a una

alimentación saludable con inclusión y equidad. Gobierno de El Salvador. Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. 2011-2015.

<http://www.conasan.gob.sv/wp-content/uploads/2018/12/CONASAN-POLITICA-NACIONAL-DE-SEGURIDAD-ALIMENTARIA-Y-NUTRICIONAL-2011-2015.pdf>

(40) OMS. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44422/9789243500218_spa.pdf?sequence=1).

(41) OMS y Naciones Unidas. Plan mundial para el Decenio de Acción para la seguridad mundial 2011-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/plan_spanish.pdf)

(42) La herramienta de la OMS —Health Economic Assessment Tool (HEAT) evalúa el valor económico de los beneficios de salud de caminar y andar en bicicleta. Véase: www.heatwalkingcycling.org.

(43) Consenso de Shanghai sobre Ciudades Saludables 2016. 9.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Shanghai, 2016 (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/healthy-citypledge/es/>).

(44) Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible (Hábitat III). Nueva Agenda Urbana. Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la resolución 71/256; 2016. (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/256&Lang=S).

(45) Pulido S. El 80% de los pacientes con enfermedad grave por COVID-19 tenían obesidad. Revista Gaceta Medica. 2020. <https://gacetamedica.com/investigacion/el-80-de-los-pacientes-con-enfermedad-grave-por-covid-19-tenian-obesidad/> Publicado 23 julio del 2020. Consultado el 20 de diciembre del 2020.

(46) Gonzáles N., López Robles G., Prado L., Importancia de la Nutrición; Primeros 1,000 días de vida, Acta Pediátrica Hondureña, Vol. 7, N° 1/abril 2016 a septiembre 2016, <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol7/pdf/APHVol7-1-2016-13.pdf>

(47) Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Programa Mundial de Alimentos, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Informe de País: Impacto Social y Económico de la Malnutrición. Resultados del Estudio Realizado en Ecuador. 2017.
https://cdn.wfp.org/wfp.org/publications/el_costo_de_la_doble_carga_

de_la_malnutricion_-_ecuador.pdf?_ga=2.58187054.543662763.1610501398-108140047.1610501398. Publicado el 2017. Accesado el 22 de diciembre del 2020.

(48) Alaniz Salinas N., Castillo Montes M., Evaluación del etiquetado frontal de advertencia de la Ley de Alimentos en adultos responsables de escolares de las comunas de La Serena y Coquimbo. Rev. chil. nutr. vol.47 no.5 Conjunto Santiago. 2020. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182020000500738

(49) Murcia-Moreno N., Cortés Osorio V., Doble carga nutricional y aproximación a sus determinantes sociales en Caldas, Colombia. Revista Facultad de Medicina 2016 Vol. 64 No. 2: 239-47. Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Departamento de Nutrición Humana - Bogotá, D.C. - Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n2/v64n2a09.pdf>



ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 - Perú
Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700
contacto@conhu.org.pe
<http://www.orasconhu.org>

 Organismo Andino de Salud
 @orasconhu