

INFORME DE LA COMISIÓN PARA

ACABAR CON LA OBESIDAD INFANTIL



INFORME DE LA COMISIÓN PARA

ACABAR CON LA OBESIDAD INFANTIL

Catalogación por la Biblioteca de la OMS.

Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil.

1. Obesidad Pediátrica – prevención y control. 2. Niño. 3. Conducta Alimentaria. 4. Hábitos Alimenticios. 5. Ejercicio. 6. Dieta. 7. Promoción de la Salud. 8. Programas Nacionales de Salud. 1. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 351006 4

(Clasificación NLM: WS 130)

© **Organización Mundial de la Salud, 2016**

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int).

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland

Diseño y maquetación: blossoming.it

ÍNDICE

- v** **Glosario y definiciones**
- vi** **Resumen de orientación**
- 2** **Introducción**
- 8** **Principios rectores**
- 12** **Objetivos estratégicos**
- 16** **Recomendaciones**
- 33** **Actuaciones y responsabilidades para la aplicación de las recomendaciones**
- 38** **Seguimiento y rendición de cuentas**
- 40** **Conclusiones**
- 42** **Bibliografía**
- 46** **ANEXO 1:** Comisión para acabar con la obesidad infantil
- 48** **ANEXO 2:** Miembros de la Comisión



GLOSARIO Y DEFINICIONES

ALIMENTOS MALSANOS

Alimentos altos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal (es decir, alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional).

ALIMENTOS SANOS

Alimentos que contribuyen a una dieta sana si se consumen en cantidades adecuadas.¹

ENTORNO OBESOGÉNICO

Entorno que fomenta la ingesta calórica elevada y el sedentarismo. Se tienen en cuenta los alimentos disponibles, asequibles, accesibles y promocionados; las oportunidades para practicar una actividad física; y las normas sociales en relación con la alimentación y la actividad física.

IMC

Índice de masa corporal = peso (kg)/estatura (m)²

IMC para la edad

IMC con ajuste según la edad, normalizado para la población infantil.

LACTANTES

Los menores de 12 meses.

NIÑOS

Los menores de 18 años.²

NIÑOS PEQUEÑOS

Los menores de 5 años.

OBESIDAD

Desde el nacimiento hasta los 5 años: peso para la estatura con más de 3 desviaciones típicas (DT) por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.³

Desde los 5 hasta los 19 años: IMC para la edad con más de 2 DT por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.⁴

SOBREPESO

Desde el nacimiento hasta los 5 años: peso para la estatura con más de 2 desviaciones típicas (DT) por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.³

Desde los 5 hasta los 19 años: IMC para la edad con más de 1 DT por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.⁴

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>.

² Convención sobre los Derechos del Niño, Treaty Series, 1577:3(1989): en el artículo 1 de la PARTE I se define niño como «todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad». La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescentes como la población que tiene entre 10 y 19 años de edad. Por tanto, la mayoría de los adolescentes se incluyen en la definición de «niño» basada en la edad adoptada en la Convención sobre los Derechos del Niño, a saber, persona menor de 18 años.

³ http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/.

⁴ http://www.who.int/nutrition/publications/growthref_who_bulletin/en/. Las nuevas curvas se ajustan estrechamente a los patrones de crecimiento infantil de la OMS a los 5 años, y a los valores de corte para el sobrepeso y la obesidad recomendados en adultos a los 19 años. A fin de ofrecer una referencia apropiada para el grupo etario de 5-19 años se rellenan los huecos en las curvas de crecimiento.

RESUMEN DE ORIENTACIÓN

La obesidad infantil está tomando proporciones alarmantes en muchos países y supone un problema grave que se debe abordar con urgencia. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas en 2015, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se consideran prioridades básicas. Entre los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, la obesidad suscita especial preocupación, pues puede anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida.

La prevalencia de la obesidad entre los lactantes, los niños y los adolescentes va en aumento en todo el mundo. Si bien en algunos entornos las tasas se han estabilizado, en cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. La obesidad puede afectar a la salud inmediata de los niños, al nivel educativo que puede alcanzar y a la calidad de vida. Los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y corren el riesgo de sufrir enfermedades crónicas.

Los progresos en la lucha contra la obesidad infantil han sido lentos e irregulares. En 2014 se

estableció la Comisión para acabar con la obesidad infantil a fin de que examinara los mandatos y estrategias existentes y los ampliara para resolver carencias. Tras mantener consultas con más de 100 Estados Miembros de la OMS y examinar casi 180 comentarios en línea (véase el anexo 1), la Comisión ha elaborado un conjunto de recomendaciones para combatir con eficacia la obesidad en la infancia y la adolescencia en diferentes contextos mundiales.

Muchos niños crecen actualmente en un entorno obesogénico que favorece el aumento de peso y la obesidad. El desequilibrio energético se debe a los cambios en el tipo de alimentos y en su disponibilidad, asequibilidad y comercialización, así como al descenso en la actividad física, pues se ha incrementado el tiempo dedicado a actividades de recreo sedentarias y que suponen estar ante una pantalla. Las respuestas conductuales y biológicas de un niño ante un entorno obesogénico pueden estar determinadas por procesos anteriores incluso a su nacimiento, lo que empuja a un número cada vez mayor de niños hacia la obesidad si siguen una dieta malsana y realizan poca actividad física.

Ninguna intervención por sí misma puede frenar la creciente epidemia de obesidad. Para combatir la

obesidad en la infancia y la adolescencia es necesario examinar el contexto ambiental y los tres periodos cruciales del curso de vida: la pregestación y el embarazo; la lactancia y la primera infancia; y los años posteriores de la infancia y la adolescencia. Además, es importante tratar a los niños que ya son obesos, por su propio bienestar y por el de sus descendientes.

La prevención y el tratamiento de la obesidad exige un enfoque en el que participen todas las instancias gubernamentales y en el que las políticas de todos los sectores tengan en cuenta sistemáticamente la salud, eviten los efectos sanitarios nocivos y, por tanto, mejoren la salud de la población y la equidad en el ámbito sanitario.

La Comisión ha elaborado un conjunto exhaustivo e integrado de recomendaciones para combatir la obesidad infantil y hace un llamamiento a los gobiernos para que tomen la iniciativa y a todas las partes interesadas para que reconozcan su responsabilidad moral de actuar en nombre de los niños para reducir el riesgo de obesidad. Las recomendaciones se presentan en las secciones que figuran a continuación.

PROMOVER EL CONSUMO DE ALIMENTOS SALUDABLES

CONTROL DE PESO

PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA



LA SALUD, LA NUTRICIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

ATENCIÓN PREGESTACIONAL Y PRENATAL

DIETA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PRIMERA INFANCIA

RECOMENDACIONES



APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN LA INGESTA DE ALIMENTOS SANOS Y REDUZCAN LA INGESTA DE ALIMENTOS MALSANOS Y BEBIDAS AZUCARADAS ENTRE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

- 1.1** Garantizar la elaboración de información y directrices sobre nutrición adecuadas y adaptadas a contextos específicos, tanto para adultos como para niños, y su difusión por medios sencillos, comprensibles y accesibles para todos los grupos de la sociedad.
- 1.2** Establecer un impuesto eficaz sobre las bebidas azucaradas.
- 1.3** Aplicar el Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, con objeto de reducir la exposición de los niños y los adolescentes a la promoción e influencia de los alimentos malsanos.
- 1.4** Elaborar perfiles de nutrientes para identificar los alimentos y bebidas malsanos.
- 1.5** Impulsar la cooperación entre los Estados Miembros para reducir los efectos de la promoción transfronteriza de bebidas y alimentos malsanos.
- 1.6** Poner en marcha un sistema mundial normalizado de etiquetado de nutrientes.
- 1.7** Poner en marcha un etiquetado del frente del envase fácil de interpretar, apoyado en la educación del público para que tanto los adultos como los niños tengan conocimientos básicos en materia de nutrición.
- 1.8** Exigir que en entornos como escuelas, centros de cuidados infantiles e instalaciones y eventos deportivos frecuentados por niños se creen ambientes de alimentación sana.
- 1.9** Incrementar el acceso a alimentos sanos en grupos de población desfavorecidos.



APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y REDUZCAN LOS COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

2.1 Facilitar orientaciones dirigidas a niños y adolescentes, y a progenitores, cuidadores, profesores y profesionales de la salud, sobre la talla corporal saludable, los buenos hábitos de actividad física y sueño y el uso adecuado de programas lúdicos que suponen estar ante una pantalla.

2.2 Velar por que en las escuelas y los espacios públicos haya instalaciones donde todos los niños (incluidos los niños con discapacidades) puedan participar en actividades físicas en las horas de recreo, con la provisión de espacios para uno u otro sexo cuando sea apropiado.



INTEGRAR Y FORTALECER LAS ORIENTACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CON LAS PAUTAS ACTUALES PARA LA ATENCIÓN PREGESTACIONAL Y PRENATAL A FIN DE REDUCIR EL RIESGO DE OBESIDAD INFANTIL.

3.1 Diagnosticar y tratar la hiperglucemia y la hipertensión durante la gestación.

3.2 Supervisar y controlar el aumento de peso durante la gestación para que sea adecuado.

3.3 Hacer hincapié en la importancia de una nutrición adecuada en las orientaciones y los consejos dirigidos a las futuras madres y padres antes del embarazo y durante el mismo.

3.4 Elaborar orientaciones y materiales de apoyo claros para promocionar una buena nutrición, dietas sanas y actividad física, y evitar el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otros productos tóxicos, así como la exposición a tales productos.



OFRECER ORIENTACIONES Y APOYO AL ESTABLECIMIENTO DE UNA DIETA SANA Y DE PAUTAS DE SUEÑO Y DE ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA PRIMERA INFANCIA A FIN DE QUE LOS NIÑOS CREZCAN DE FORMA ADECUADA Y ADQUIERAN HÁBITOS SALUDABLES.

- 4.1** Aplicar medidas normativas como el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.
- 4.2** Velar por que todos los servicios de maternidad practiquen plenamente los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural.
- 4.3** Promover las ventajas de la lactancia natural para la madre y el niño mediante actividades educativas de amplia cobertura dirigidas a los progenitores y a la comunidad en general.
- 4.4** Prestar apoyo a las madres para que puedan amamantar, en forma de medidas normativas como la concesión de licencia por maternidad y de instalaciones y tiempo para la lactancia en el lugar de trabajo.
- 4.5** Elaborar reglas sobre la promoción de bebidas y alimentos complementarios, en consonancia con las recomendaciones de la OMS, para limitar el consumo por parte de lactantes y niños pequeños de alimentos y bebidas con elevado contenido de grasa, azúcar y sal.
- 4.6** Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para evitar determinados tipos de alimentos (por ejemplo, las leches y jugos de frutas azucarados o los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional) a fin de prevenir un aumento de peso excesivo.
- 4.7** Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para alentar el consumo de una amplia variedad de alimentos sanos.
- 4.8** Proporcionar orientaciones a los cuidadores sobre la nutrición y la dieta adecuadas y el tamaño apropiado de las porciones para este grupo etario.
- 4.9** Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se sirvan solamente alimentos, bebidas y refrigerios sanos.
- 4.10** Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se incorporen al plan de estudios actividades de educación o de conocimientos sobre la alimentación.
- 4.11** Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se incorpore la actividad física al plan de estudios y a las tareas diarias.
- 4.12** Ofrecer orientaciones sobre el tiempo que conviene que el grupo etario de 2 a 5 años dedique al sueño, a actividades sedentarias o que suponen estar ante una pantalla, y a la actividad física o al juego activo.
- 4.13** Lograr el apoyo de toda la comunidad para que los cuidadores y los centros de cuidados infantiles fomenten un tipo de vida sano en los niños pequeños.



APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN ENTORNOS ESCOLARES SALUDABLES, CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN MATERIA DE SALUD Y NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR.

- 5.1** Establecer normas para las comidas que se ofrecen en las escuelas, o para los alimentos y las bebidas que se venden en ellas, que cumplan las directrices sobre una nutrición sana.
- 5.2** Eliminar en entornos escolares el suministro o la venta de alimentos malsanos, como las bebidas azucaradas y los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.
- 5.3** Garantizar el acceso a agua potable en las escuelas y los centros deportivos.
- 5.4** Exigir que se incluyan actividades educativas sobre nutrición y salud en el plan de estudios básico de las escuelas.
- 5.5** Mejorar los conocimientos básicos y competencias de los progenitores y los cuidadores en materia de nutrición.
- 5.6** Ofrecer clases sobre preparación de alimentos a los niños, sus progenitores y cuidadores.
- 5.7** Incluir en el plan de estudios de las escuelas una educación física de calidad y ofrecer personal e instalaciones adecuadas y pertinentes a tal efecto.



OFRECER A NIÑOS Y JÓVENES CON OBESIDAD SERVICIOS PARA EL CONTROL DEL PESO CORPORAL QUE REÚNAN DIVERSOS COMPONENTES Y SE CENTREN EN LA FAMILIA Y EN LA MODIFICACIÓN DEL TIPO DE VIDA.

- 6.1** Preparar y poner en marcha servicios adecuados para el control del peso dirigidos a niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad que reúnan diversos componentes (en concreto nutrición, actividad física y apoyo psicosocial), se centren en la familia y corran a cargo de equipos integrados por varios profesionales con formación y recursos adecuados, como parte de la cobertura sanitaria universal.

ACTUACIONES Y RESPONSABILIDADES PARA LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

ACTUACIONES Y RESPONSABILIDADES DE:

OMS

- A** Institucionalizar un enfoque transversal y que contemple el curso de vida para acabar con la obesidad infantil en las diferentes esferas técnicas pertinentes de la sede de la OMS, y las oficinas regionales y de país.
 - B** Elaborar, en consulta con los Estados Miembros, un marco para aplicar las recomendaciones de la Comisión.
 - C** Fortalecer la capacidad para ofrecer apoyo técnico a las actuaciones destinadas a acabar con la obesidad infantil en el plano mundial, regional y nacional.
 - D** Apoyar a los organismos internacionales, los gobiernos nacionales y las partes interesadas pertinentes para que, a partir de los compromisos existentes, velen por la aplicación en el plano mundial, regional y nacional de las actuaciones pertinentes para acabar con la obesidad infantil.
 - E** Promover las investigaciones de colaboración que tengan por objeto acabar con la obesidad infantil y se centren en un enfoque que contemple el curso de vida.
 - F** Informar sobre los progresos alcanzados en el objetivo de acabar con la obesidad infantil.
-

Organizaciones internacionales

- A** Cooperar en la creación de capacidad y en la ayuda a los Estados Miembros para combatir la obesidad infantil.
-

Estados Miembros

- A** Asumir el objetivo como propio, ofrecer liderazgo y comprometerse políticamente a combatir la obesidad infantil a largo plazo.
- B** Coordinar las contribuciones de todos los sectores gubernamentales e instituciones que definen las políticas, incluidos, entre otros, los siguientes: educación; alimentación y agricultura; comercio e industria; desarrollo; finanzas y recaudación; deportes y recreación; comunicación; planificación ambiental y urbanística; transportes y asuntos sociales; y comercio.
- C** Garantizar que se recogen datos sobre el IMC de los niños por edades -en particular para las edades en las que actualmente no se lleva a cabo un seguimiento- y establecer metas nacionales sobre la obesidad infantil.
- D** Elaborar directrices, recomendaciones o medidas normativas que alienten debidamente a los sectores pertinentes -en particular el sector privado, si procede- para que pongan en marcha las actuaciones destinadas a reducir la obesidad infantil que se indican en el presente informe.

Organizaciones no gubernamentales

- A** Resaltar la importancia de prevenir la obesidad infantil mediante actividades de promoción y la difusión de información.
- B** Persuadir a los consumidores para que exijan a los gobiernos que tomen medidas en pro de un tipo de vida saludable, y que la industria de los alimentos y bebidas no alcohólicas ponga al alcance del público productos sanos y se abstenga de dirigir a los niños propaganda para la venta de alimentos y bebidas azucaradas perjudiciales para la salud.
- C** Contribuir a la elaboración y aplicación de un mecanismo de seguimiento y rendición de cuentas.

Sector privado

- A** Apoyar la producción de alimentos y bebidas no alcohólicas que contribuyen a una dieta sana, y facilitar el acceso a ellos.
- B** Facilitar el acceso y participación en actividades físicas.

Fundaciones filantrópicas

- A** Reconocer que la obesidad infantil pone en peligro la salud de los niños y el nivel educativo que pueden alcanzar, y abordar este importante problema.
- B** Movilizar fondos en apoyo de la investigación, la creación de capacidad y la prestación de servicios.

Instituciones académicas

- A** Resaltar la importancia de prevenir la obesidad infantil mediante la difusión de información y su incorporación en los planes de estudio pertinentes.
- B** Subsanciar las deficiencias en los conocimientos con datos científicos que apoyen la aplicación de políticas.
- C** Apoyar el seguimiento y la rendición de cuentas.

El principal obstáculo para progresar en la reducción de la obesidad infantil es la falta de compromiso político y que los gobiernos y otros agentes no asuman el problema como propio, no ofrezcan liderazgo ni pongan en marcha las actuaciones necesarias.

Los gobiernos deben invertir en sólidos sistemas de seguimiento y

rendición de cuentas para vigilar la prevalencia de la obesidad infantil. Esos sistemas son cruciales, puesto que proporcionan datos para la formulación de políticas y ofrecen pruebas de los efectos y la eficacia de las intervenciones.

La Comisión quisiera subrayar la importancia y necesidad de combatir un problema tan complejo como el

de la obesidad infantil. La OMS, las organizaciones internacionales y sus Estados Miembros, así como los agentes no estatales, tienen una función crucial que desempeñar para aprovechar el impulso y garantizar que todos los sectores mantengan su compromiso de colaboración para llegar a una conclusión positiva.



OBJETIVOS DE LA COMISIÓN

Los objetivos generales de la Comisión para acabar con la obesidad infantil son los siguientes: proporcionar recomendaciones normativas a los gobiernos para evitar que los lactantes, los niños y los adolescentes sufran obesidad, y detectar y tratar la obesidad preexistente en los niños y los adolescentes.

Sus fines son reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad debidas a las enfermedades no transmisibles, atenuar los efectos psicosociales negativos de la obesidad tanto en la infancia como en la edad adulta y limitar el riesgo de que la siguiente generación sufra obesidad.

INTRODUCCIÓN

La epidemia de obesidad podría anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido al aumento de longevidad en el mundo. Se estima que, en 2014, 41 millones de niños menores de 5 años presentaban sobrepeso u obesidad (1) (definidos como la proporción de niños que presentan valores tipificados de peso para la estatura con más de 2 DT y más de 3 DT, respectivamente, con respecto a la mediana establecida en los patrones de crecimiento de la OMS (2)). En la figura 1 se muestra la prevalencia mundial de niños menores de 5 años con sobrepeso. En África, el número de niños con sobrepeso u obesos casi se ha duplicado desde 1990, al haber pasado de 5,4 millones a 10,3 millones. En 2014, de los menores de 5 años con sobrepeso, el 48% vivía en Asia y el 25% en África (1). Si bien en algunos entornos la prevalencia de la obesidad en lactantes, niños y adolescentes se ha estabilizado, en cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos (3). En la figura 2 se muestra la prevalencia mundial de sobrepeso por región

de la OMS y por grupo de ingresos del Banco Mundial. Los datos sobre prevalencia entre niños más mayores y adolescentes están actualmente en fase de verificación y la OMS los publicará en 2016. Hasta la fecha, los progresos en la lucha contra la obesidad infantil han sido lentos e irregulares (4).

Un número cada vez mayor de niños van camino de ser obesos, incluso antes de nacer. Niños que todavía no han llegado al umbral del índice de masa corporal (IMC) para la edad que se corresponde con la actual definición de obesidad o sobrepeso infantil puede que corran un mayor riesgo de ser obesos. Mediante las recomendaciones recogidas en el presente informe se trata también de dar respuesta a las necesidades de esos niños. La desnutrición en la primera infancia hace que los niños corran un riesgo especialmente alto de ser obesos cuando las pautas de alimentación y de actividad física cambian.

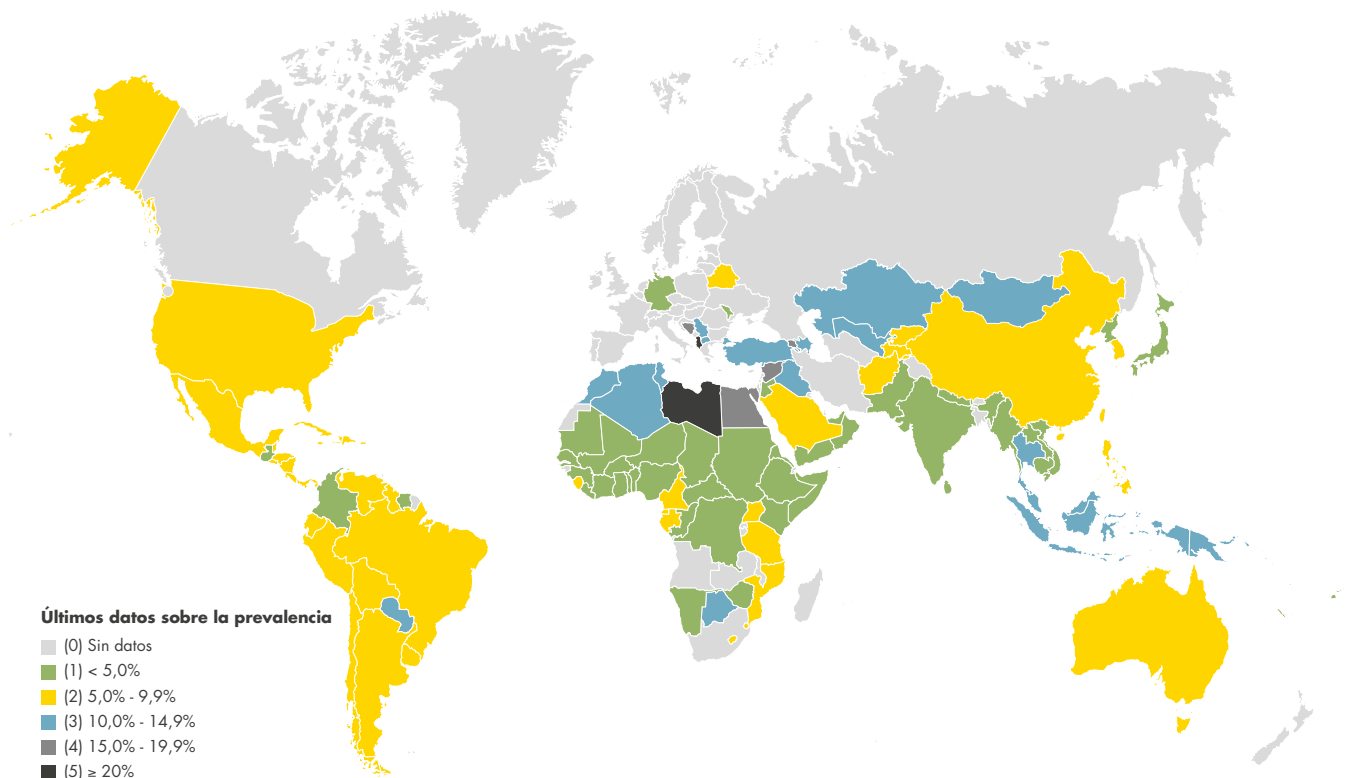
Actualmente, muchos países se enfrentan a la carga de la malnutrición en todas sus formas, con tasas crecientes de obesidad infantil y tasas elevadas de desnutrición y

retraso del crecimiento. Muchas veces se subestima la obesidad infantil como problema de salud pública en aquellos entornos en los que, por razones culturales, se considera a menudo que un niño con sobrepeso es un niño sano.

En los países de ingresos altos, los riesgos de obesidad infantil más altos se encuentran en los grupos socioeconómicos más bajos. Si bien actualmente ocurre lo contrario en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, la situación está cambiando. Dentro de un mismo país, ciertos subgrupos de la población, como los niños migrantes o indígenas, corren un riesgo especialmente alto de ser obesos (5), debido a la rápida transculturación y el acceso deficiente a información de salud pública. A medida que los países pasan por rápidas transiciones de índole socioeconómica o nutricional, se encuentran ante una doble carga en la que coexisten una nutrición inadecuada y un aumento de peso excesivo (6).

La obesidad se deriva de una conjunción de factores: la exposición del niño a un entorno malsano (llamado con frecuencia

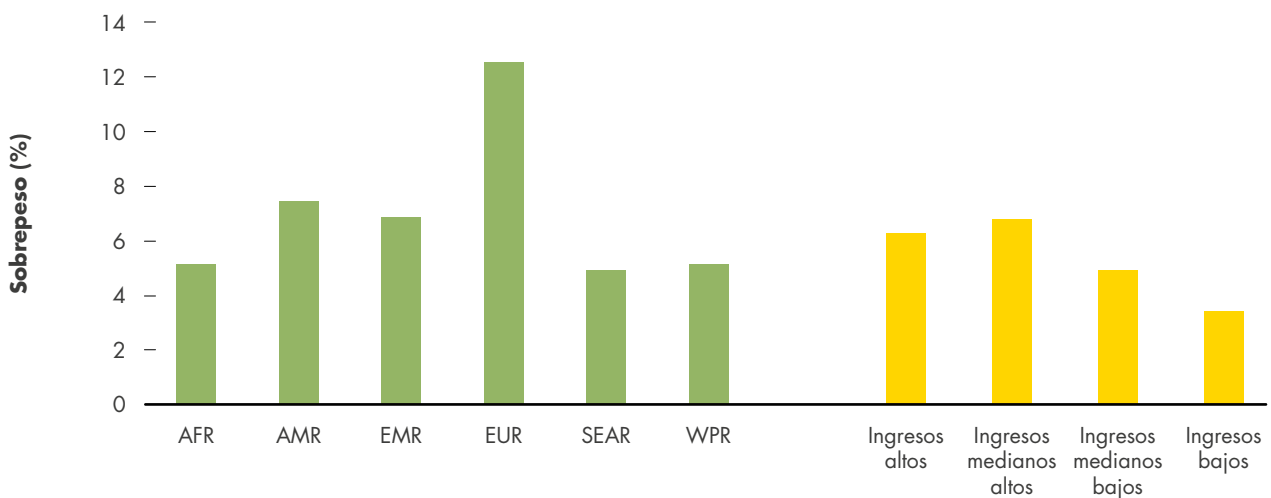
**FIGURA 1:
PREVALENCIA DEL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS NORMALIZADA POR EDADES,
ESTIMACIONES COMPARABLES, 2014**



Las denominaciones empleadas en este mapa y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas de puntos representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. Todos los derechos reservados. Copyright – OMS 2015.

Fuente: Herramienta de seguimiento (<http://www.who.int/nutrition/trackingtool>)

**FIGURA 2:
PREVALENCIA DEL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS, POR REGIÓN DE LA OMS Y POR
GRUPO DE INGRESOS DEL BANCO MUNDIAL, ESTIMACIONES COMPARABLES, 2014**



AFR=Región de África, AMR=Región de las Américas, SEAR=Región de Asia Sudoriental, EUR=Región de Europa, EMR=Región del Mediterráneo Oriental, WPR=Región del Pacífico Occidental

Fuente: UNICEF, OMS, Banco Mundial. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, Nueva York; OMS, Ginebra; Banco Mundial, Washington, D.C.; 2015).

entorno obesogénico (7)) y las respuestas conductuales y biológicas inadecuadas a ese entorno. Esas respuestas varían de una persona a otra y reciben una fuerte influencia de factores vinculados con el desarrollo o el curso de vida.

Muchos niños crecen actualmente en entornos que favorecen el aumento de peso y la obesidad. Como resultado de la mundialización y la urbanización, la exposición a entornos obesogénicos va en aumento tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos y medianos y en todos los grupos socioeconómicos. Los cambios en el tipo de alimentos y su disponibilidad, y el descenso en la actividad física para los desplazamientos o los juegos, han desembocado en un desequilibrio energético. Los niños están expuestos a alimentos ultraprocesados de alto contenido calórico y bajo valor nutricional que son baratos y fáciles de conseguir. Se han reducido las oportunidades de participar en actividades físicas en la escuela y en otros lugares, y ha aumentado el tiempo dedicado a actividades de recreo sedentarias y que suponen estar ante una pantalla.

Los valores y normas culturales influyen en la percepción de lo que constituye un peso corporal saludable o deseable, especialmente en los lactantes, los niños pequeños y las mujeres. En algunos entornos, el sobrepeso y la obesidad están pasando a ser normas sociales y, por ende, contribuyen a perpetuar el entorno obesogénico.

El riesgo de obesidad puede pasarse de una generación a la siguiente, como consecuencia de factores conductuales y/o biológicos. Las influencias conductuales perduran entre generaciones, puesto que los hijos heredan el nivel socioeconómico, los comportamientos y normas culturales y los hábitos familiares alimentarios y de práctica de actividad física.

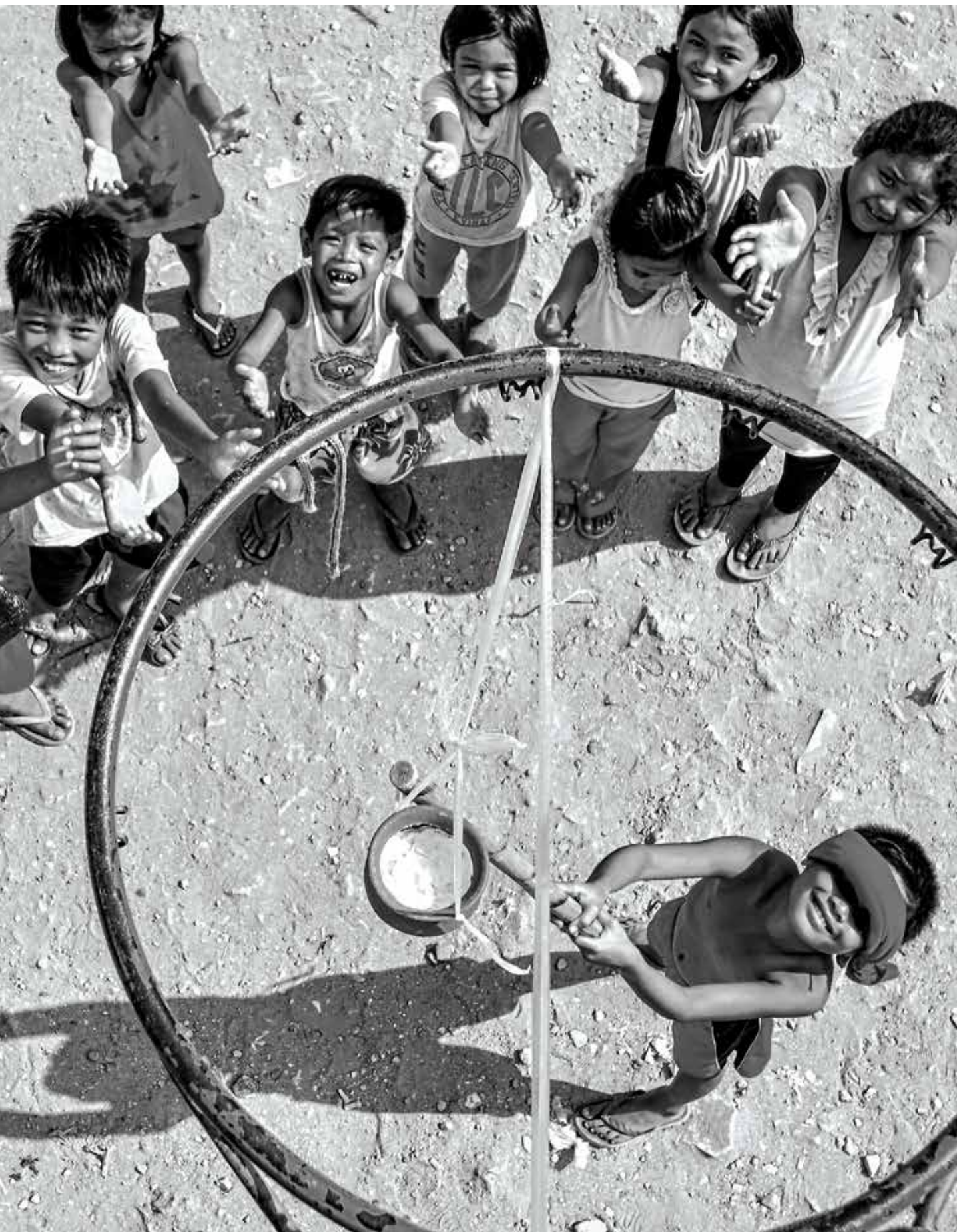
Los factores biológicos pueden llevar a un incremento del riesgo de obesidad en los niños por dos vías que inciden en el desarrollo:

i) La vía de la «discordancia». Se deriva de la malnutrición —en ocasiones sutil— durante el desarrollo fetal y en la primera infancia, debida, por ejemplo, a deficiencias en la nutrición materna o a la insuficiencia

10,3 MILLONES

En África, el número de niños con sobrepeso u obesos casi se ha duplicado desde 1990, al haber pasado de 5,4 millones a 10,3 millones.





placentaria. El medio ambiente influye por procesos subyacentes en la función de los genes (efectos epigenéticos) que no se manifiestan necesariamente en medidas como el peso al nacer (8). Los niños que han sufrido desnutrición y que nacieron con bajo peso o son pequeños para su edad (retraso del crecimiento), corren riesgos muy superiores de sufrir sobrepeso y obesidad si en etapas posteriores de la vida siguen dietas de alto contenido calórico y un tipo de vida sedentario. Los intentos de tratar la desnutrición y el retraso del crecimiento durante la infancia de esos niños pueden haber provocado consecuencias no deseadas como un mayor riesgo de obesidad.

ii) La vía del desarrollo. Se caracteriza por que la madre inicia la gestación con obesidad o diabetes preexistente, o sufre diabetes

gestacional. Ello predispone al niño a la acumulación de depósitos de grasa debido a la enfermedad metabólica y la obesidad. Esa vía puede conllevar también procesos epigenéticos. Según investigaciones recientes, la obesidad del padre también puede contribuir a un mayor riesgo de obesidad en el niño (9), probablemente por mecanismos epigenéticos. Una alimentación inadecuada del lactante en sus primeros meses también afecta a la biología del desarrollo del niño. Con intervenciones adecuadas antes y durante la gestación y en el primer año de vida pueden prevenirse algunos de estos efectos, pero es posible que no puedan revertirse una vez transcurrido un periodo crucial de desarrollo. Puesto que muchas mujeres no consultan a un profesional de la salud hasta el final del primer trimestre, es esencial fomentar el

conocimiento de la importancia de comportamientos saludables en adolescentes y hombres y mujeres jóvenes antes de la concepción y en las primeras etapas del embarazo.

El sobrepeso y la obesidad no tienen valores de corte absolutos y muchos niños van camino de ser obesos aunque se encuentren dentro de las tasas normales de su IMC para la edad. Además, las consecuencias para la salud del sobrepeso y la obesidad son continuas y pueden afectar a la calidad de vida del niño antes de alcanzar los valores de corte del IMC para la edad. En la distribución del IMC se registra la tendencia a una mayor acumulación de grasa corporal y menos masa muscular magra que en generaciones anteriores (10). La distribución de los depósitos de grasa en el cuerpo también repercute en los resultados

En cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.



sanitarios (11). Algunos grupos de población tienen más depósitos de grasa y menos masa muscular magra que otros con el mismo IMC. Si bien el IMC es la forma más sencilla de identificar a niños con sobrepeso y obesos, no necesariamente identifica a los niños con depósitos de grasa abdominales, que incrementan el riesgo de complicaciones de salud. Si bien existen nuevos métodos, como la absorciometría dual por rayos X, la resonancia magnética nuclear o la impedancia corporal para medir la grasa y la masa muscular magra, actualmente se encuentran fuera del ámbito de las encuestas poblacionales.

Ahora bien, el niño no puede controlar ninguno de estos factores causales. Por tanto, la obesidad infantil no debería considerarse consecuencia de decisiones voluntarias sobre el tipo de vida, especialmente en el caso de los niños más pequeños. Puesto que la obesidad infantil se ve influida por factores biológicos y contextuales, corresponde a los gobiernos abordar esas cuestiones ofreciendo orientaciones y formación de salud pública y estableciendo marcos normativos para combatir los riesgos ambientales y de desarrollo, a fin de respaldar los esfuerzos de las familias por cambiar comportamientos. Los progenitores, las familias, los cuidadores y los educadores desempeñan también una función crucial en el fomento de comportamientos sanos.

La obesidad tiene consecuencias físicas y psicológicas para la salud durante la infancia, la adolescencia y en la edad adulta. De por sí, es causa directa de trastornos de salud en la infancia, en particular complicaciones gastrointestinales, osteomusculares y ortopédicas, la apnea del sueño, y la manifestación temprana de enfermedades cardiovasculares y diabetes de tipo 2, así como las afecciones concomitantes de estas dos últimas enfermedades no transmisibles (12). La obesidad en la infancia puede contribuir a dificultades conductuales y emocionales, como la

depresión, y también conducir a la estigmatización y a una socialización deficiente, y reducir el nivel educativo que puede alcanzar el niño (13, 14).

Fundamentalmente, la obesidad infantil es un factor predictivo importante de la obesidad en la edad adulta, que tiene consecuencias económicas y sanitarias perfectamente conocidas, tanto para la persona como para la sociedad en general (15, 16). Si bien algunos estudios longitudinales apuntan a que la mejora del IMC en la edad adulta puede reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad (17), la obesidad infantil dejará una huella permanente en la salud del adulto (18).

Cada vez hay más datos científicos sobre el costo de la obesidad infantil a lo largo de la vida, pero son escasos si se comparan con los datos sobre la carga económica de la obesidad en los adultos. Hasta la fecha, los estudios se han concentrado principalmente en los gastos sanitarios, sin pronunciarse sobre otros costos, como la aparición temprana de enfermedades propias de los adultos y la tendencia de la obesidad infantil a perdurar hasta la edad adulta, con los consiguientes costos económicos (19). La aparición temprana de las enfermedades no transmisibles menoscaba el nivel educativo que puede alcanzar una persona y sus resultados en el mercado laboral; impone, además, una pesada carga sobre los sistemas de salud, la familia, los empleadores y la sociedad en general (20).

La prevención de la obesidad infantil redundará en importantes beneficios económicos e intergeneracionales que en la actualidad no pueden estimarse ni cuantificarse con exactitud. Entre los beneficios colaterales figuran también una mejor salud materna y reproductiva y una menor exposición a factores obesogénicos en todos los miembros de la población, con lo que se refuerzan todavía más los argumentos a favor de la adopción de medidas urgentes.

La obesidad infantil es un factor predictivo importante de la obesidad en la edad adulta, que tiene consecuencias económicas y sanitarias perfectamente conocidas, tanto para la persona como para la sociedad en general.

PRINCIPIOS RECTORES

LA COMISIÓN AFIRMA LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS:

El derecho del niño a la salud:

Los gobiernos y la sociedad tienen la responsabilidad moral de actuar a favor del niño para reducir el riesgo de obesidad. Combatir la obesidad infantil concuerda con la aceptación general de los derechos del niño a una vida sana, así como con las obligaciones adquiridas por los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño.¹

Compromiso y liderazgo del gobierno:

Las tasas de obesidad infantil están adquiriendo proporciones alarmantes en muchos países y suponen un problema grave que se debe abordar con urgencia. Estas tasas crecientes no pueden desatenderse y los gobiernos deben aceptar su responsabilidad primordial para abordar el problema en nombre de los niños, dado que tienen la obligación moral de protegerlos. No hacer nada tendrá importantes consecuencias médicas, sociales y económicas.

Un enfoque en el que participen todas las instancias

gubernamentales: La prevención y el tratamiento de la obesidad exige un enfoque en el que participen todas las instancias gubernamentales y en el que las políticas de todos los sectores tengan en cuenta sistemáticamente la salud, eviten los efectos sanitarios perjudiciales y, de ese modo, mejoren la salud de la población y la equidad en el ámbito sanitario. El sector de la educación desempeña una función crucial al ofrecer actividades educativas sobre nutrición y salud, lo que permite incrementar las oportunidades de participar en actividades físicas y promover entornos escolares saludables. Las políticas agrícolas y comerciales, así como la mundialización del sistema alimentario, afectan a la asequibilidad, disponibilidad y calidad de los alimentos a escala nacional y local. En 2006, los Estados Miembros adoptaron una resolución para examinar las interacciones entre el comercio internacional y la salud mediante el diálogo entre las distintas partes interesadas.² La planificación y el

¹ Comité de los Derechos del Niño: Observación general n.º 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24), párr. 47; CRC/C/GC/15.

² Resolución WHA59.26 sobre comercio internacional y salud.



diseño urbanísticos, así como la planificación de los transportes, influyen directamente en las oportunidades para participar en actividades físicas y en el acceso a alimentos sanos. Las estructuras gubernamentales intersectoriales pueden facilitar la coordinación y subrayar el interés común, la colaboración y el intercambio de información a través de mecanismos de coordinación.

Un enfoque en el que participe toda la sociedad: La complejidad del problema de la obesidad exige un enfoque integral en el que participen todos los agentes, en particular los gobiernos, los progenitores, los cuidadores, la sociedad civil, las instituciones académicas y el sector privado. Para poner en práctica las políticas dirigidas a combatir la obesidad infantil se requiere un esfuerzo concertado y un compromiso

por parte de todos los sectores de la sociedad a escala nacional, regional y mundial. Sin una asunción conjunta del problema y una responsabilidad compartida, las intervenciones bienintencionadas y costoeficaces tienen alcance y repercusión limitados.

Equidad: Los gobiernos deberían garantizar una cobertura equitativa de las intervenciones, en especial las dirigidas a los grupos de población excluidos, marginados o vulnerables por alguna otra razón, que corren un elevado riesgo tanto de malnutrición en todas sus formas como de obesidad. Tales grupos suelen tener poco acceso a alimentos sanos, a lugares seguros donde practicar una actividad física y a servicios de salud y apoyo de carácter preventivo. La obesidad y los trastornos conexos erosionan las posibles mejoras que pueda haber en capital social y sanitario, e incrementan la desigualdad.

Alineación con la agenda para el desarrollo mundial: Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) exigen que se ponga fin a la malnutrición en todas sus formas (meta 2.2 de los ODS) y una reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (meta 3.4 de los ODS). La obesidad infantil socava el bienestar físico, social y psicológico de los niños y es un conocido factor de riesgo para la obesidad y las enfermedades no transmisibles en la edad adulta. Si se combate este problema, se avanzará en el logro de los objetivos.

Rendición de cuentas: Para combatir la obesidad infantil es imperativo asumir compromisos políticos y financieros. Es necesario contar con un marco y mecanismo robustos para supervisar la formulación y aplicación de las políticas; de ese modo se facilitará la rendición de cuentas de los gobiernos,



la sociedad civil y el sector privado con respecto a los compromisos adquiridos.

Integración en un enfoque que contemple el curso de vida: Integrar las intervenciones para combatir la obesidad infantil con iniciativas de la OMS y otras iniciativas, partiendo de un enfoque que contemple el curso de vida, ofrecerá beneficios adicionales para la salud a largo plazo. Entre esas iniciativas cabe citar la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente,¹ la iniciativa «Todas las mujeres, todos los niños»,² la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles,³ y la Declaración de Roma de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición.⁴ Hay

varias estrategias de la OMS y de otros organismos de las Naciones Unidas y distintos planes para su puesta en marcha encaminados a mejorar al máximo la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño y la salud de los adolescentes que tienen gran pertinencia para los elementos esenciales de un enfoque integral para prevenir la obesidad. En los documentos de orientación aplicable a todo el curso de vida pueden encontrarse los principios y recomendaciones pertinentes.⁵ Las iniciativas para combatir la obesidad infantil deberían basarse en las estrategias mencionadas, a fin de ayudar a los niños a hacer efectivo su derecho fundamental a la salud, y a la vez reducir la carga para el sistema de salud.

Cobertura sanitaria universal⁶ y tratamiento de la obesidad:

En la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se hace un

llamamiento al logro de la cobertura sanitaria universal mediante servicios de salud integrados que permitan que las personas reciban servicios asistenciales sin solución de continuidad que engloben la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de la enfermedad, a lo largo de todo el ciclo vital.⁷ En ese sentido, la prevención del sobrepeso y la obesidad y el tratamiento de niños ya obesos, y de los que tienen sobrepeso y van camino de ser obesos, debería considerarse un elemento de la cobertura sanitaria universal.



Sin una asunción conjunta del problema y una responsabilidad compartida, las intervenciones bienintencionadas y costoeficaces tienen alcance y repercusión limitados.

¹ <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>.

² <http://www.everywomaneverychild.org>.

³ http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf.

⁴ <http://www.fao.org/3/a-ml542e.pdf>.

⁵ Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud: WHA53.17 sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles; WHA57.17 relativa a la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud; WHA61.14 sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial; WHA63.14 sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños; WHA65.6 relativa al plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño; y WHA66.10 sobre el seguimiento de la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles; WHA68.19 sobre los resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity, OMS, 2013; La duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Informe de una consulta de expertos, OMS, 2001; Complementary feeding. Report of the global consultation: summary of guiding principles, OMS, 2002; Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, OMS, 2012; Enfoques poblacionales de la prevención de la obesidad infantil, OMS, 2010; Plan de acción OPS/AMRO para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, 53.^o Consejo Directivo, 66.^o Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, octubre de 2014; resolución EUR/RC63/R4, Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020; WPR/RC63.R2, Scaling up Nutrition in the Western Pacific Region.

⁶ http://www.who.int/universal_health_coverage/es/.

⁷ Resolución A/67/L.36 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre salud mundial y política exterior.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Ninguna intervención por sí misma puede frenar la creciente epidemia de obesidad. Para conseguir resultados positivos contra la obesidad infantil es necesario prestar atención al entorno obesogénico y a las etapas cruciales del curso de vida.

TRANSFORMAR EL ENTORNO Y LAS PAUTAS SOCIALES OBESOGÉNICAS



El principal objetivo de la atención al componente ambiental es fomentar mejores hábitos de alimentación y actividad física en los niños. Son varios los factores que influyen en el entorno obesogénico, en particular: factores políticos y comerciales (acuerdos comerciales, políticas fiscales y agrícolas y sistemas

alimentarios), el entorno construido (disponibilidad de alimentos sanos, infraestructura y oportunidades para la actividad física en el barrio), las normas sociales (normas sobre el peso corporal y la imagen, normas culturales sobre la alimentación infantil y el nivel social asociado con una masa corporal más alta

en algunos grupos de población, restricciones sociales a la actividad física) y el entorno familiar (conocimientos y comportamiento de los progenitores con respecto a la nutrición, la economía familiar y los hábitos de alimentación de la familia).

REDUCIR EL RIESGO DE OBESIDAD PRESTANDO ATENCIÓN A LAS ETAPAS FUNDAMENTALES DEL CURSO DE VIDA



Determinados factores vinculados con el desarrollo modifican, desde antes de nacer y durante el primer año de vida, tanto la constitución biológica como el comportamiento de la persona, de tal manera que esta crece con un riesgo mayor o menor de ser obesa. La Comisión estima que es fundamental abordar el contexto ambiental y los tres periodos cruciales del curso de vida: la pregestación y el embarazo, la lactancia y la primera infancia y los años posteriores de la infancia y la adolescencia.

Los gobiernos son los principales responsables de velar por que en las políticas y las actuaciones que se emprendan se preste atención al entorno obesogénico y se proporcionen orientaciones y apoyo para un desarrollo óptimo en cada

etapa del curso de vida. Al prestar especial atención a esos importantes periodos del curso de vida, las intervenciones pueden incidir en factores de riesgo específicos separadamente o en conjunto. Este enfoque puede integrarse en otros

componentes del programa de acción en pro de la salud materna, neonatal e infantil y en los esfuerzos más generales por combatir las enfermedades no transmisibles en toda la población.



TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS OBESOS PARA MEJORAR SU SALUD PRESENTE Y FUTURA



Cuando los niños ya tienen sobrepeso u obesidad, entran en juego algunos objetivos adicionales, entre ellos reducir el sobrepeso, mejorar los trastornos que acompañan a la obesidad y reducir los factores de riesgo que llevan a un exceso de peso. El sector sanitario varía considerablemente de un país a otro, por lo que se

enfrentará a diferentes dificultades a la hora de dar respuesta a la necesidad de servicios de tratamiento para las personas obesas. Ahora bien, el tratamiento de los niños con sobrepeso y obesidad debería formar parte de los servicios que se ofrecen en el marco de la cobertura sanitaria universal.

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

La Comisión reconoce que la diversidad de las posibles recomendaciones normativas para hacer frente al problema de la obesidad infantil es muy amplia y contiene una serie de elementos novedosos, entre ellos la adopción de un enfoque basado en el curso de vida y en el sector de la educación. Para conseguir un progreso sostenido será esencial adoptar un enfoque multisectorial.

Los países deberían medir el IMC para la edad con objeto de establecer la prevalencia y las tendencias de la

obesidad infantil en el ámbito nacional, regional y local. Deberían también reunir datos sobre nutrición, hábitos de alimentación y actividad física de los niños y los adolescentes en diferentes entornos y grupos socioeconómicos. Aunque se dispone ya de algunos datos (21), sigue habiendo una deficiencia importante, que debe subsanarse, en los datos relativos a los niños de más de 5 años de edad. Esos datos permitirán orientar la formulación de prioridades normativas adecuadas y ofrecerán un punto de referencia para medir los resultados de las políticas y programas.





RECOMENDACIONES

La Comisión elaboró las recomendaciones y los fundamentos que las acompañan, recogidos a continuación, tras examinar los datos científicos, los informes de los grupos especiales de trabajo para la Directora General de la OMS, así como los comentarios de las consultas regionales y las consultas mantenidas en línea. También se examinaron la eficacia, la costoeficacia, la asequibilidad y la aplicabilidad de las diferentes políticas e intervenciones.





APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN LA INGESTA DE ALIMENTOS SANOS Y REDUZCAN LA INGESTA DE ALIMENTOS MALSANOS Y BEBIDAS AZUCARADAS ENTRE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

La información nutricional puede ser confusa, por lo que muchas personas no la entienden bien. Dado que son las personas y las familias quienes deciden su dieta, es necesario capacitar a la población para que escoja productos más sanos en su alimentación y la de los lactantes y niños pequeños. Esto no es posible a menos que los conocimientos básicos de nutrición estén al alcance de todos y se ofrezcan de manera útil, fácil de entender y accesible a toda la sociedad.

Las recientes tendencias en la producción, elaboración, comercialización, promoción y venta minorista de alimentos han contribuido al aumento de las enfermedades no transmisibles ligadas a la dieta. Las posibles repercusiones de una reforma

del comercio pueden afectar a la dieta y la transición nutricional. Es necesario tener en cuenta la influencia de los acuerdos económicos y políticas nacionales e internacionales en la salud y la equidad (22). Los alimentos procesados, de alto contenido calórico y bajo valor nutricional y las bebidas azucaradas, con porciones de tamaño cada vez mayor y a precios asequibles, han sustituido a los alimentos frescos sometidos a una mínima elaboración y al agua en muchos entornos escolares y en las comidas en familia. El fácil acceso a alimentos de alto contenido calórico y bebidas azucaradas y el aliciente tácito, por medio de promociones comerciales, a la compra de porciones más grandes han contribuido al aumento de la ingesta calórica en muchas poblaciones.

RECOMENDACIONES

1.1

Garantizar la elaboración de información y directrices sobre nutrición adecuadas y adaptadas a contextos específicos, tanto para adultos como para niños, y su difusión por medios sencillos, comprensibles y accesibles para todos los grupos de la sociedad.

FUNDAMENTO

No basta con confiar en el etiquetado de nutrientes, en códigos sencillos como las etiquetas del sistema semáforo o en clasificaciones sanitarias con estrellas. Todos los gobiernos deben tomar la iniciativa y elaborar y difundir directrices dietéticas basadas en los alimentos adaptadas a contextos específicos, tanto para adultos como para niños. La información necesaria debería transmitirse por medio de canales educativos y de comunicación y la difusión de mensajes de salud pública de maneras que llegue a todos los segmentos de la población, a fin de que toda la sociedad esté capacitada para elegir alimentos más sanos.

Desde que los niños empiezan la escuela, la adquisición de conocimientos básicos de salud y nutrición debería formar parte del plan de estudios y estar reforzada por un entorno escolar orientado hacia la promoción de la salud (véanse las recomendaciones para la primera infancia, los niños en edad escolar y los adolescentes).

1.2**Establecer un impuesto eficaz sobre las bebidas azucaradas.**

La adopción de medidas fiscales para prevenir la obesidad ha despertado mucha atención (23) y se está aplicando en varios países.¹ En términos generales, los argumentos a favor de la adopción de medidas impositivas para influir en los hábitos de compra son sólidos y tienen el respaldo de las pruebas científicas disponibles (24, 25). A medida que los países que gravan con impuestos los alimentos malsanos y/o las bebidas azucaradas supervisen sus progresos, se dispondrá de más datos probatorios.² La Comisión está convencida de que hay suficientes argumentos que justifican la introducción de un impuesto eficaz sobre las bebidas azucaradas.

Está perfectamente demostrado que el consumo de bebidas azucaradas está vinculado con un mayor riesgo de obesidad (26, 27). Las pautas de consumo pueden variar en función del entorno (28), por lo que es necesario contar con información más pormenorizada sobre las pautas de ingesta entre los niños en diferentes entornos. En muchas sociedades, los consumidores de bajos ingresos y sus hijos son los que mayor riesgo corren de sufrir obesidad, y son los más afectados por el factor precio. Las políticas fiscales pueden alentar a este grupo de consumidores a elegir productos más sanos (si se ponen a su disposición alternativas más sanas), y enviar indirectamente a toda la población una señal educativa y de salud pública.

Las pruebas científicas disponibles apuntan a que lo más viable es gravar productos como las bebidas azucaradas, puesto que los datos indican que el impuesto repercute en el consumo.

Puede que algunos países consideren la posibilidad de gravar otros alimentos malsanos, como los que tienen un alto contenido de grasas y azúcar. Para gravar los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional sería necesario elaborar perfiles de nutrientes (29); las predicciones sugieren que esto podría reducir el consumo.

1.3**Aplicar el Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, con objeto de reducir la exposición de los niños y los adolescentes a la promoción e influencia de los alimentos malsanos.**

Existen pruebas inequívocas de que la promoción de alimentos malsanos y bebidas azucaradas está relacionada con la obesidad infantil (30, 31). Pese al número creciente de iniciativas voluntarias emprendidas por la industria, la exposición a la promoción de alimentos malsanos sigue siendo un importante problema que exige cambios para proteger a todos los niños por igual. Cualquier intento por afrontar el problema de la obesidad infantil debe, por consiguiente, comprender medidas para reducir la exposición de los niños a la promoción de esos alimentos y a su influencia.

Los entornos en los que se reúnen los niños y los adolescentes (escuelas e instalaciones o eventos deportivos) y los programas que ven o en los que participan a través de una pantalla, no deberían promocionar alimentos malsanos ni bebidas azucaradas. La Comisión observa con preocupación que los Estados Miembros no prestan mucha atención a la resolución WHA63.14 aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010³ y les pide que aborden la cuestión. Con frecuencia creciente la promoción de alimentos y bebidas con un elevado contenido de grasas y azúcar se dirige a los progenitores y los cuidadores, con el objetivo de llegar a los niños (32).

¹ <http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework/use-economic-tools>.

² Véanse los datos preliminares sobre el impuesto de México a las bebidas azucaradas presentados para su publicación (<http://www.insp.mx/epppo/blog/3666-reduccion-consumo-bebidas.html>).

³ WHA63.14 sobre la Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.

RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

1.4

Elaborar perfiles de nutrientes para identificar los alimentos y bebidas malsanos.

Hay una amplia variedad en los tipos de negocio, actitudes y comportamiento de las industrias minoristas y de promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas. Incluso las iniciativas voluntarias deben acatar las directrices del gobierno y someterse a exámenes independientes. Los gobiernos deben definir parámetros claros y mecanismos de cumplimiento y supervisión y, de ser necesario, examinar los enfoques normativos y estatutarios. La reglamentación ofrecería la misma protección a todos los niños independientemente del grupo socioeconómico al que pertenecen y garantizar que tanto los productores y minoristas, ya sean grandes o pequeños, o de ámbito local, regional o multinacional, asuman igual responsabilidad.

1.5

Impulsar la cooperación entre los Estados Miembros para reducir los efectos de la promoción transfronteriza de bebidas y alimentos malsanos.

Es necesario especificar claramente los productos sanos que pueden promocionarse sin restricción alguna, así como examinar las estrategias de promoción directas e indirectas, en particular los precios, los descuentos (por ejemplo los ligados al tamaño de las porciones) y la ubicación. En esos enfoques debe determinarse qué alimentos son o no sanos a partir de perfiles de nutrientes definidos de forma independiente. También debe tenerse en cuenta la seguridad alimentaria, dondequiera que sea pertinente, a escala nacional, subnacional o subpoblacional.

En la publicación de la OMS titulada *A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children* (33) se ofrecen orientaciones prácticas a los Estados Miembros sobre la formulación y aplicación de marcos normativos y de seguimiento y evaluación.

La Comisión es consciente de que en determinados entornos los adolescentes consumen alcohol, un producto especialmente obesogénico. Si bien ello rebasa el ámbito de su labor, la Comisión observa que es muy difícil promocionar productos alcohólicos dirigidos a consumidores adultos jóvenes, en concreto, sin exponer a la misma promoción a numerosos adolescentes que todavía no tienen la edad mínima legal para beber alcohol. Suscita especial inquietud la exposición de niños y jóvenes a técnicas de promoción cautivadoras. Se necesita un enfoque de precaución para proteger a los jóvenes de la promoción de ese tipo de productos.

1.6

Poner en marcha un sistema mundial normalizado de etiquetado de nutrientes.

Un sistema normalizado de etiquetado de alimentos, como el recomendado por la Comisión del Codex Alimentarius,¹ puede reforzar las actividades educativas para difundir conocimientos básicos sobre nutrición y salud, si es obligatorio para todos los alimentos y bebidas envasados.

¹ Resolución WHA56.23, Evaluación conjunta FAO/OMS de los trabajos de la Comisión del Codex Alimentarius.

RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

1.7

Poner en marcha un etiquetado del frente del envase fácil de interpretar apoyado en la educación del público para que tanto los adultos como los niños tengan conocimientos básicos en materia de nutrición.

Desde el primer año de vida pueden fomentarse hábitos sanos de alimentación, que tienen dimensiones biológicas y conductuales. Ello exige que el cuidador del niño entienda la relación entre la alimentación y la salud, y las conductas que fomentan y refuerzan el establecimiento de esos hábitos sanos. Disponer de sistemas de etiquetado de alimentos sencillos y fáciles de entender puede apoyar las actividades educativas sobre la nutrición y ayudar a los cuidadores y los niños a elegir productos más sanos.

1.8

Exigir que en entornos como escuelas, centros de cuidados infantiles e instalaciones y eventos deportivos frecuentados por niños se creen ambientes de alimentación sana.

La difusión de conocimientos básicos sobre nutrición y alimentación se verá menoscabada si en los entornos en que los niños se reúnen hay mensajes contradictorios. Las escuelas, los centros de cuidados infantiles y los centros deportivos deben apoyar las iniciativas para mejorar la nutrición de los niños procurando que sea fácil elegir los productos sanos y no proporcionar ni vender bebidas ni alimentos malsanos.

1.9

Incrementar el acceso a alimentos sanos en grupos de población desfavorecidos.

Además, no se pueden aplicar los conocimientos básicos sobre nutrición y alimentos sanos si estos no son fáciles de conseguir ni asequibles. Para influir en el entorno alimentario hay que adoptar un enfoque orientado hacia la colaboración entre los encargados de la producción, procesamiento, accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad de los alimentos. Donde el acceso a alimentos sanos es limitado, los alimentos ultraprocesados suelen ser los únicos disponibles y al alcance. Han surgido varias iniciativas en los sectores público y privado destinadas a promover hábitos alimentarios más saludables, y los limitados datos disponibles apuntan a que es posible fomentar que los consumidores elijan productos más sanos (34). Dichas iniciativas, si están respaldadas por datos científicos, deben alentarse.



APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y REDUZCAN LOS COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Según datos científicos recientes, la actividad física empieza a descender desde que el niño entra a la escuela (35). En el ámbito mundial, en 2010 el 81% de los adolescentes entre 11 y 17 años no realizaba suficiente ejercicio físico. Las adolescentes mantenían menos actividad física que los varones: un 84% de las muchachas frente al 78%¹ de los muchachos no alcanzaban los 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a elevada recomendados por la OMS (36). En la mayoría de los países, realizar poco ejercicio está pasando a ser la norma social, y es un factor importante en la epidemia de obesidad. La actividad física puede reducir el riesgo de diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer (37), y mejorar la capacidad de los niños de aprender, así como su salud mental y bienestar. Los datos más recientes indican que la obesidad, a su vez, reduce el nivel de actividad física y genera un círculo vicioso en el que se produce un aumento de la grasa corporal y un descenso de la actividad física.

La planificación y el diseño urbanísticos pueden agravar el problema y a la vez formar parte de la solución. Más espacios de recreo y carriles para desplazarse a pie y en bicicleta de forma segura ayudan a realizar la actividad física necesaria cada día.

Los hábitos de práctica de ejercicio físico a lo largo de la vida pueden verse determinados en gran parte por las experiencias que se tienen de niño. La creación de comunidades seguras, que favorecen la actividad física y en las que se permite e impulsa el transporte activo (el desplazamiento a pie, en bicicleta, etc.) y la participación en actividades físicas y en un tipo de vida activo, redundará en beneficio de toda la sociedad. Es necesario prestar una atención especial a mejorar el acceso y participación en actividades físicas de los niños con sobrepeso y obesidad, los desfavorecidos, los niños con discapacidades, y las niñas.

81%

de los adolescentes no alcanzan los 60 minutos diarios de actividad física recomendada.

¹ <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2482ADO?lang=en>.

2.1

Facilitar orientaciones dirigidas a niños y adolescentes, y a progenitores, cuidadores, profesores y profesionales de la salud, sobre la talla corporal saludable, los buenos hábitos de actividad física y sueño y el uso adecuado de programas lúdicos que suponen estar ante una pantalla.

Es necesario que todos los integrantes de la sociedad, y también los progenitores, reconozcan la importancia de un crecimiento adecuado y las consecuencias de la acumulación de grasa corporal excesiva para la salud y el bienestar del niño a corto y largo plazo. La Comisión es consciente de que en algunas culturas ello puede entrar en conflicto con prácticas y percepciones tradicionales.

La actividad física aporta beneficios para la salud sumamente importantes en los niños y adolescentes: aumenta la capacidad cardiorrespiratoria y muscular, reduce la grasa corporal y mejora la salud ósea.

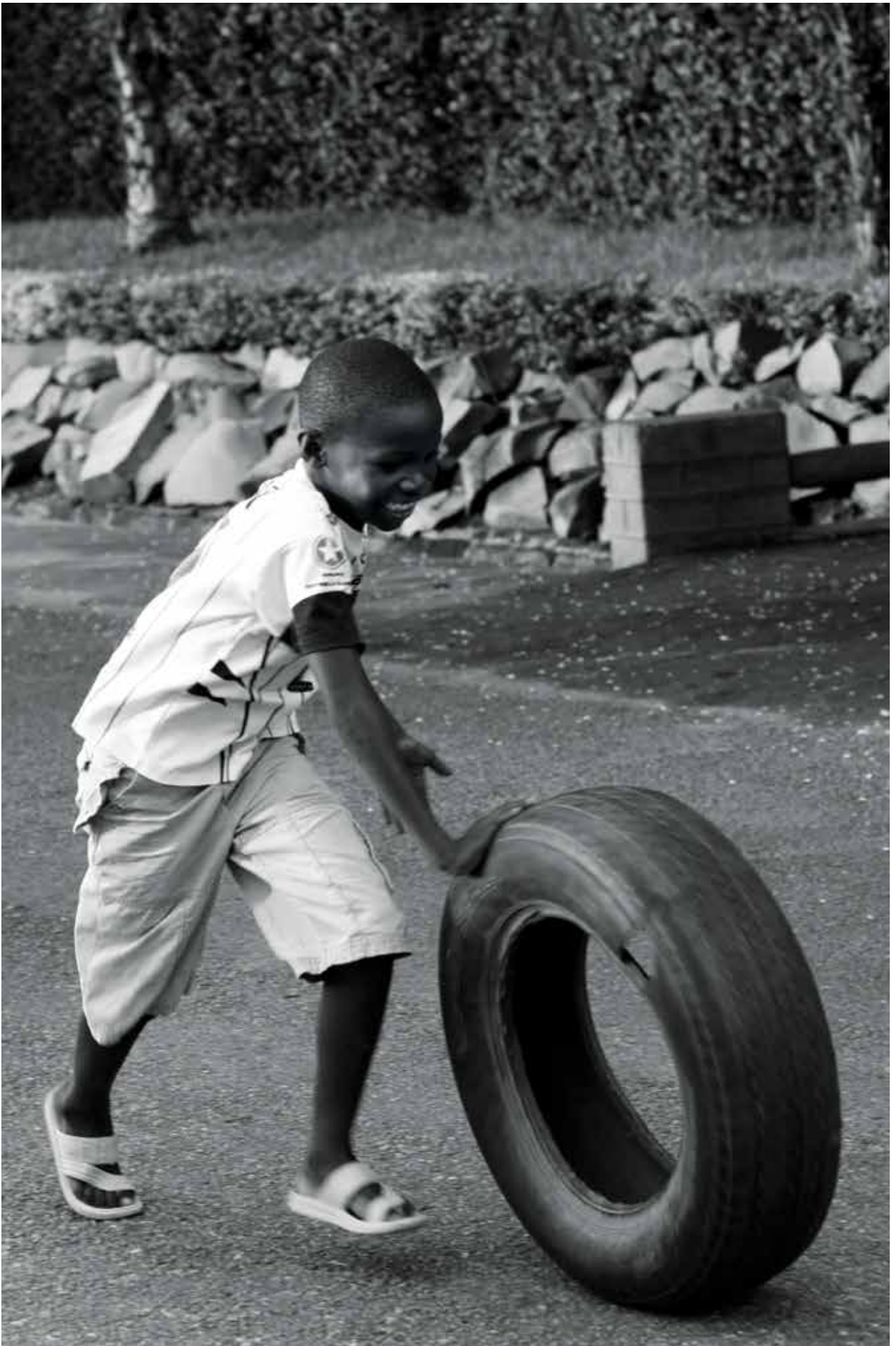
2.2

Velar por que en las escuelas y los espacios públicos haya instalaciones donde todos los niños (incluidos los niños con discapacidades) puedan participar en actividades físicas en las horas de recreo, con la provisión de espacios para uno u otro sexo cuando sea apropiado.

Cualesquiera actividades de educación para llevar una vida sana que se ofrezcan a los niños o sus cuidadores deberían incorporar orientaciones adaptadas a contextos específicos sobre, por ejemplo, cómo seguir las recomendaciones sobre actividad física y el número adecuado de horas que los niños deben dormir o ver la televisión (38–40).

El aumento de las oportunidades de participar en actividades físicas estructuradas y no estructuradas que sean seguras, apropiadas e idóneas para personas de uno u otro sexo, tanto dentro como fuera de la escuela, incluido el transporte activo (desplazamiento a pie y en bicicleta), tendrá efectos beneficiosos y colaterales que repercutirán en la salud, el comportamiento y el nivel educativo de todos los niños y adolescentes.

La actividad física puede reducir el riesgo de diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer, y mejorar la capacidad de los niños de aprender, así como su salud mental y bienestar.





INTEGRAR Y FORTALECER LAS ORIENTACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CON LAS PAUTAS ACTUALES PARA LA ATENCIÓN PREGESTACIONAL Y PRENATAL A FIN DE REDUCIR EL RIESGO DE OBESIDAD INFANTIL.

La atención que las mujeres reciben antes, durante y después del embarazo tiene repercusiones profundas para el desarrollo y la salud posteriores de sus hijos. Una atención puntual y de buena calidad durante esos periodos ofrece excelentes oportunidades para prevenir la transmisión intergeneracional de riesgos y tiene una gran influencia en la salud del niño a lo largo del curso de vida.¹ Los datos científicos muestran que la desnutrición materna (ya sea de tipo general o por carencia de nutrientes específicos), el sobrepeso o la obesidad materna, el aumento de peso excesivo durante el embarazo, la hiperglucemia materna (incluida la diabetes gestacional), el hábito de fumar o la exposición a productos tóxicos son factores que pueden aumentar la probabilidad de padecer obesidad durante el primer año de vida y a lo largo de la niñez (41–46). Asimismo, cada vez son más los datos sobre la posible influencia de la salud paterna en el momento de la concepción en el riesgo de obesidad de los hijos (9). Por lo tanto las orientaciones para llevar un tipo de vida sano deben

incluir asesoramiento a los futuros padres.

Las orientaciones actuales para la atención pregestacional y prenatal se centran en la prevención de la desnutrición fetal. Dados los cambios en los factores obesogénicos a los que se está expuesto, se necesitan directrices que traten la malnutrición en todas sus formas (sin olvidar el exceso de calorías) y el riesgo posterior de obesidad en la descendencia. Las intervenciones para abordar los factores de riesgo de obesidad infantil también previenen otros resultados gestacionales adversos (47) y por tanto contribuyen a mejorar la salud de la madre y del recién nacido. El sobrepeso y obesidad maternos aumentan el riesgo de complicaciones (en particular muertes fetales) durante el embarazo, el parto y el nacimiento, y la desnutrición materna aumenta el riesgo de insuficiencia ponderal del recién nacido. Esos factores pueden incrementar el riesgo de mortalidad infantil o de que el niño padezca obesidad en la infancia y enfermedades no transmisibles en la edad adulta.

La atención que las mujeres reciben antes, durante y después del embarazo tiene repercusiones profundas para el desarrollo y la salud posteriores de sus hijos.

¹ Comité de los Derechos del Niño: Observación general n.º 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24), párr. 53; CRC/C/GC/15.

RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

3.1

Diagnosticar y tratar la hiperglucemia y la hipertensión durante la gestación.

Es necesario someter a las embarazadas a reconocimientos para detectar la presencia subyacente de diabetes mellitus e hipertensión y tratar estos problemas en la forma debida; diagnosticar en una etapa temprana y tratar debidamente la diabetes gestacional, así como la hipertensión, la depresión y los trastornos mentales inducidos por el embarazo; y prestar atención al aumento de peso durante la gestación (48), a la calidad de la alimentación y a la práctica de actividad física adecuada.

3.2

Supervisar y controlar el aumento de peso durante la gestación para que sea adecuado.

3.3

Hacer hincapié en la importancia de una nutrición adecuada antes y durante la gestación en las orientaciones y los consejos dirigidos a las futuras madres y padres.

Las intervenciones en las que se ofrece orientación acerca de todas las formas de malnutrición deben abarcar la desnutrición y las dietas desequilibradas, así como el exceso de nutrición y carencias nutricionales específicas (49). Con frecuencia, los jóvenes desconocen lo que constituye una dieta sana. Ello subraya la necesidad de que los gobiernos tomen la iniciativa para garantizar que la población adquiera conocimientos básicos sobre nutrición y alimentación.

Hay datos científicos que corroboran los beneficios de los programas de ejercicios adecuados para embarazadas en cuanto al IMC materno, el aumento de peso gestacional y los resultados obstétricos que se vinculan con el riesgo posterior de obesidad infantil (50).

3.4

Elaborar orientaciones y materiales de apoyo claros para promover una buena nutrición, dietas sanas y actividad física, y evitar el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otros productos tóxicos, así como la exposición a tales productos.

Se dispone de datos limitados, pero crecientes, de que la salud paterna anterior a la concepción tiene cierta influencia en la salud de los descendientes (9). Por tanto, hay razones irrefutables para prestar atención también a la salud y el comportamiento del padre.





OFRECER ORIENTACIONES Y APOYO AL ESTABLECIMIENTO DE UNA DIETA SANA Y DE PAUTAS DE SUEÑO Y DE ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA PRIMERA INFANCIA A FIN DE QUE LOS NIÑOS CREZCAN DE FORMA ADECUADA Y ADQUIERAN HÁBITOS SALUDABLES.

Los primeros años de vida son cruciales para establecer hábitos de buena nutrición y actividad física que reduzcan el riesgo de obesidad. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios adecuados, es un factor importante en la reducción del riesgo de obesidad (51). Una alimentación complementaria adecuada junto con la prolongación de la lactancia materna puede reducir el riesgo de desnutrición y de acumulación de grasa corporal excesiva en los

lactantes, factores de riesgo para la obesidad infantil. Alentar la ingesta de diferentes alimentos sanos, en lugar de alimentos malsanos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional y bebidas azucaradas, durante este periodo decisivo contribuye a un crecimiento y desarrollo óptimos. Los profesionales de la salud pueden aprovechar las revisiones periódicas de crecimiento para hacer el seguimiento del IMC para la edad de los niños y dar a los cuidadores asesoramiento adecuado para ayudar a prevenir que los niños padezcan sobrepeso y obesidad.



RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

4.1

Aplicar medidas normativas como el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna¹ y las posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.²

4.2

Velar por que todos los servicios de maternidad practiquen plenamente los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural.³

4.3

Promover las ventajas de la lactancia natural para la madre y el niño mediante actividades educativas de amplia cobertura dirigidas a los progenitores y a la comunidad en general.

4.4

Prestar apoyo a las madres para que puedan amamantar, en forma de medidas normativas como la concesión de licencia por maternidad y de instalaciones y tiempo para la lactancia en el lugar de trabajo.⁴

La lactancia materna es fundamental para un desarrollo, crecimiento y nutrición óptimos del lactante y puede también ser beneficiosa para el control del peso en las mujeres después del parto.

Dados los cambios en el tipo de vida que llevan las mujeres y en las funciones que desempeñan, la posibilidad de que una madre amamante fuera del hogar y siga amamantando al regresar al trabajo es fundamental para la aplicación de las recomendaciones.

Se necesitan políticas que definan los derechos de la mujer y las responsabilidades de los empleadores; de hecho ya se han promulgado algunas. Sin embargo, para proteger a todas las madres y los lactantes, independientemente de su nivel social o económico, tales políticas deberían ser universales.



¹ WHA34.22, Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

² Resoluciones WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2, WHA55.25, WHA58.32, WHA59.21, WHA61.20 y WHA63.23, sobre Nutrición del lactante y del niño pequeño; WHA65.6, Plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño.

³ Iniciativa «hospital amigo del niño», OMS y UNICEF, 1991, actualizada en 2009 (http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/).

⁴ Organización Internacional del Trabajo, Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183).

RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

4.5

Elaborar reglas sobre la promoción de bebidas y alimentos complementarios, en consonancia con las recomendaciones de la OMS, para limitar el consumo por parte de lactantes y niños pequeños de alimentos y bebidas con elevado contenido de grasa, azúcar y sal.

4.6

Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para evitar determinados tipos de alimentos (por ejemplo, las leches y jugos de frutas azucarados o los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional) a fin de prevenir un aumento de peso excesivo.

4.7

Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para alentar el consumo de una amplia variedad de alimentos sanos.

Las orientaciones mundiales vigentes para la alimentación del lactante y del niño pequeño se centran sobre todo en la desnutrición. Ahora bien, es importante también tener en cuenta los riesgos que entrañan las dietas malsanas durante el primer año de vida y la niñez.

Es evidente que se necesitan directrices que abarquen tanto la desnutrición como el riesgo de obesidad en algunos países donde hay problemas de malnutrición en todas sus formas (32).

Las directrices actuales sobre la alimentación complementaria (52) brindan orientación acerca del momento más adecuado para introducir esos alimentos, la alimentación perceptiva a las necesidades del niño, y la cantidad y el tipo de alimentos que se necesitan.

Las actitudes de la familia ante la comida y sus percepciones sobre el peso corporal ideal son determinantes importantes de los comportamientos en torno a la alimentación complementaria y deben tenerse en cuenta.

Según datos científicos recientes, las experiencias sensoriales sobre los alimentos empiezan en el útero y continúan durante la lactancia materna, puesto que los sabores de los alimentos que comen las madres se transmiten a sus lactantes. Este hecho y una alimentación complementaria adecuada pueden desempeñar una función importante en el establecimiento de las preferencias alimentarias y el control del apetito. Alentar a los niños a que tomen diferentes alimentos sanos mediante una exposición repetida y positiva a nuevos alimentos (53), y a que observen a los cuidadores y los miembros de la familia disfrutar de alimentos sanos, y limitar la exposición de los niños a alimentos malsanos (que pueden llevar a una preferencia por bebidas y alimentos muy dulces), son estrategias que contribuyen a establecer buenos hábitos alimentarios en los niños y sus familias (54).

La lactancia materna es fundamental para un desarrollo, crecimiento y nutrición óptimos del lactante.

RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

4.8

Proporcionar orientaciones a los cuidadores sobre la nutrición y la dieta adecuadas y el tamaño apropiado de las porciones para este grupo etario.

4.9

Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se sirvan solamente alimentos, bebidas y refrigerios sanos.

4.10

Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se incorporen al plan de estudios actividades de educación o de conocimientos sobre la alimentación.

4.11

Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se incorpore la actividad física al plan de estudios y a las tareas diarias.

4.12

Ofrecer orientaciones sobre el tiempo que conviene que el grupo etario de 2 a 5 años dedique al sueño, a actividades sedentarias o que suponen estar ante una pantalla, y a la actividad física o al juego activo.

4.13

Lograr el apoyo de toda la comunidad para que los cuidadores y los centros de cuidados infantiles fomenten un tipo de vida sano en los niños pequeños.

Existen datos científicos que demuestran que los hábitos de sueño deficientes, la escasa actividad física y un excesivo número de horas dedicadas a actividades lúdicas que suponen estar ante una pantalla están asociados con un mayor riesgo de obesidad en la infancia (38–40). Las pruebas científicas que avalan las intervenciones en las primeras etapas de la vida para prevenir la obesidad en los países de ingresos altos todavía están en sus inicios, pero son muy prometedoras. Las pruebas existentes apuntan a la conveniencia de realizar intervenciones en las guarderías y otros centros de cuidados infantiles para niños de 2 a 5 años de edad –en los ámbitos de la alimentación, actividad física, exposición a los medios informativos y hábitos de sueño en la primera infancia– que fomenten comportamientos saludables y el mantenimiento de un peso adecuado durante esta etapa de la vida (55).

Varias estrategias aplicadas en este grupo de edad también han ayudado a los progenitores y cuidadores a velar por que los niños no pasen ante el televisor o la computadora más tiempo del adecuado, alentar los juegos activos, inculcar hábitos de alimentación y sueño saludables, y estimular un tipo de vida sano a partir de los ejemplos de los cuidadores o la familia.

Los datos científicos demuestran que las intervenciones orientadas a mejorar la nutrición, los hábitos de sueño y la actividad física de los niños son mucho más efectivas si son amplias y en ellas participan los cuidadores y la comunidad en general (55). Los cambios y las transiciones sociales exigen intervenciones más deliberadas y coordinadas, que incluyan actividades de apoyo para progenitores y otros cuidadores a fin de que estos puedan contribuir a lograr los cambios conductuales recomendados.





APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN ENTORNOS ESCOLARES SALUDABLES, CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN MATERIA DE SALUD Y NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR.

Los niños y adolescentes en edad escolar, tanto en una educación formal como fuera de la escuela, se enfrentan a retos especiales. Son sumamente susceptibles a la promoción de alimentos malsanos y bebidas azucaradas, a la presión de sus compañeros y a las percepciones de una imagen corporal ideal. Los adolescentes, en particular, pueden tener más libertad para elegir alimentos y bebidas fuera del hogar. Además, a esa edad con frecuencia disminuye la práctica de actividades físicas.

Si bien lamentablemente un número considerable de niños en edad escolar no sigue una educación formal, los años de escolarización obligatoria ofrecen un buen punto de partida para integrar a este grupo etario e inculcarles hábitos saludables de alimentación y participación en actividades físicas para prevenir la obesidad durante toda la vida. Puesto que en la mayoría de los países los gobiernos controlan el sector de la educación, si se establece una colaboración eficaz entre los sectores de la educación y de la salud puede lograrse que los entornos escolares sean saludables, y que en ellos se fomenten los conocimientos básicos sobre nutrición y la actividad física. Para garantizar la equidad, es necesario prestar una mayor atención a la elaboración de programas destinados a los niños y adolescentes que no reciben una educación formal.

Se dispone cada vez de más datos científicos que demuestran que las intervenciones dirigidas a niños y adolescentes en entornos escolares y en la comunidad en general constituyen una estrategia de prevención de la obesidad (23). Las evaluaciones cualitativas indican que su eficacia en lo que respecta a los comportamientos y resultados vinculados con la prevención de la obesidad depende de: a) la calidad de su aplicación; b) el rigor formativo

del programa y su integración en los planes de estudio generales (por ejemplo, lectura o ciencia); y c) la colocación de las iniciativas escolares dentro del contexto de iniciativas educativas y comunitarias de más amplio alcance.

Para conseguir los resultados deseados, es necesario que los programas de mejora de la nutrición y la actividad física de los niños y los adolescentes impulsen la colaboración con diferentes partes interesadas. La prevención de la obesidad y la promoción de la salud han sido tradicionalmente competencia de los ministerios de salud. Para conseguir resultados satisfactorios será crucial la integración de actividades en una iniciativa escolar de promoción de la salud, con la colaboración activa del sector de la educación. Así, las intervenciones que se incorporen en la jornada o el plan de estudios escolar se considerarán parte de su competencia. El factor más citado como obstáculo para la aplicación es la competencia con la misión fundamental de las escuelas (55). Con una colaboración pertinente con los profesores, esa educación puede integrarse de forma adecuada en los temas generales, y no requiere la asignación de horas adicionales. La colaboración y el intercambio de información, los enfoques basados en datos científicos y debidamente adaptados al contexto, y el intercambio de recursos entre los ministerios de educación y de salud ayudarán a impulsar este programa.

Asimismo, es necesario que los niños más mayores y los adolescentes participen en la formulación y aplicación de intervenciones para reducir la obesidad infantil (56). Solo así, con su contribución activa al proceso, las intervenciones tomarán forma y podrán satisfacer las necesidades específicas de los niños y los adolescentes, y aportarles los beneficios esperados.

RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

5.1

Establecer normas para las comidas que se ofrecen en las escuelas, o para los alimentos y las bebidas que se venden en ellas, que cumplan las directrices sobre una nutrición sana.

Los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional y las bebidas azucaradas son importantes impulsores de la epidemia de obesidad entre los escolares y adolescentes del mundo entero, puesto que no solo conducen hacia el sobrepeso y la obesidad, sino que impiden la pérdida de peso. Es una paradoja educar a los niños e inculcarles comportamientos sanos, y a la vez permitir la venta o comercialización de bebidas y alimentos inadecuados en el entorno escolar. Para establecer hábitos más saludables y lograr entornos menos obesogénicos es imprescindible reducir el acceso a alimentos malsanos y bebidas azucaradas, así como su suministro, en lugares de reunión de los niños.

5.2

Eliminar en entornos escolares el suministro o la venta de alimentos malsanos, como las bebidas azucaradas y los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.

Esta estrategia debe ir de la mano de la promoción del consumo de alimentos de menor densidad calórica y la mejora del acceso a ellos y al agua, procurando que esta sustituya a las bebidas azucaradas.

Quizá sea posible establecer zonas en torno a las escuelas en las que esté restringida la venta de bebidas y alimentos malsanos, si bien la Comisión reconoce que esto puede no ser factible en algunos entornos.

5.3

Garantizar el acceso a agua potable en las escuelas y los centros deportivos.

5.4

Exigir que se incluyan actividades educativas sobre nutrición y salud en el plan de estudios básico en las escuelas.

Comprender la función de la nutrición en la buena salud es fundamental para obtener resultados satisfactorios con las intervenciones destinadas a mejorar la dieta. Dado que los adolescentes son la próxima generación de progenitores, nunca se insistirá bastante en la importancia de la adquisición de conocimientos básicos de salud y nutrición durante la adolescencia. En efecto, los años escolares y el plan de estudios general ofrecen importantes oportunidades de progreso. La educación sobre el curso de vida en las escuelas debe consensuarse con los profesores, en función de criterios educativos, e integrarse en las disciplinas básicas del plan de estudios.

5.5

Mejorar los conocimientos básicos y competencias de los progenitores y los cuidadores en materia de nutrición.

Una buena educación básica en materia de nutrición va más allá de los meros conocimientos para incidir en un cambio real de comportamiento. Si bien hay pruebas de la eficacia de las intervenciones en la mejora de los conocimientos y la comprensión en materia de nutrición, su influencia en los hábitos alimentarios ya no está tan clara. Conjugar las intervenciones para fomentar los conocimientos básicos de nutrición con orientaciones nutricionales claras dirigidas a los niños y sus cuidadores y adaptadas a contextos específicos, e impartir conocimientos adicionales sobre preparación de alimentos en el contexto de un entorno obesogénico mejorado permitiría a los niños y los adolescentes y a sus progenitores o cuidadores elegir productos más sanos.

5.6

Ofrecer clases sobre preparación de alimentos a los niños, sus progenitores y cuidadores.

5.7

Incluir en el plan de estudios de las escuelas una educación física de calidad¹ y ofrecer personal e instalaciones adecuadas y pertinentes a tal efecto.

La participación periódica en actividades de educación física de calidad y otras formas de actividad física puede mejorar la concentración de los niños y potenciar su control y procesos cognitivos (57). Puede ayudar a combatir la estigmatización y los estereotipos, reducir los síntomas de depresión y mejorar los resultados psicosociales. Es importante que la educación física de la escuela incluya a todos los niños, de todas las capacidades, más que centrarse en el potencial deportista de élite.

¹ Educación física de calidad (EFC), UNESCO. Guía para los responsables políticos, París 2015.



OFRECER A NIÑOS Y JÓVENES CON OBESIDAD SERVICIOS PARA EL CONTROL DEL PESO CORPORAL QUE REÚNAN DIVERSOS COMPONENTES Y SE CENTREN EN LA FAMILIA Y EN LA MODIFICACIÓN DEL TIPO DE VIDA.

Cuando los niños ya tienen sobrepeso u obesidad, entran en juego algunos objetivos adicionales, entre ellos reducir el sobrepeso, mejorar los trastornos que acompañan a la obesidad y reducir los factores de riesgo que llevan a un exceso de peso. El sector sanitario varía considerablemente de un país a otro, por lo que se enfrentará a diferentes dificultades a la hora de dar respuesta a la necesidad de servicios de tratamiento para las personas obesas. Ahora bien, el tratamiento de los niños con sobrepeso y obesidad debería formar parte de los servicios que se ofrecen en el marco de la cobertura sanitaria universal.

Los servicios de atención primaria son importantes para la detección temprana y el tratamiento de la obesidad y sus complicaciones, tales como la diabetes. Revisar periódicamente el crecimiento en el centro de atención primaria de salud o en la escuela permite detectar a

los niños que corren el riesgo de ser obesos. Las dietas de escaso contenido calórico son eficaces en el corto plazo para el tratamiento de la obesidad, pero la reducción de la inactividad y el aumento de la actividad física mejorarán la eficacia de las intervenciones. Se ha escrito poco acerca de los modelos de prestación de servicios asistenciales para el tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes, pero es evidente que estos esfuerzos solo son eficaces cuando participa en ellos toda la familia o todo el entorno asistencial.

Puede darse el caso de que los profesionales sanitarios y otros profesionales discriminen a los niños con sobrepeso u obesos. Todas las formas de discriminación son inaceptables y deben eliminarse (58). Es necesario prestar una atención especial a las necesidades de los niños en el ámbito de la salud mental, en particular por lo que respecta a la estigmatización y la intimidación.

RECOMENDACIÓN

6.1

Preparar y poner en marcha servicios adecuados para el control del peso dirigidos a niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad que reúnan diversos componentes (en concreto nutrición, actividad física y apoyo psicosocial), se centren en la familia y corran a cargo de equipos integrados por varios profesionales con formación y recursos adecuados, como parte de la cobertura sanitaria universal.

FUNDAMENTO

Según el análisis de los datos científicos en torno a la obesidad infantil, las intervenciones conductuales dirigidas a modificar el tipo de vida que se centran en la familia pueden producir resultados positivos en lo referente al peso, al IMC y a otras medidas de la grasa corporal, tanto entre los niños como entre los adolescentes (59). Este enfoque se encuentra en la base de todas las intervenciones terapéuticas. Sin embargo, son muy pocos los estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos.

En el caso de los niños con obesidad mórbida, si falla la modificación del tipo de vida, quizá sea necesario recurrir a opciones farmacológicas y/o quirúrgicas (60).

Los profesionales de la salud y los que prestan servicios a niños y adolescentes necesitan recibir una formación adecuada sobre la nutrición y la dieta, la actividad física y los factores de riesgo que dan lugar a la obesidad.

ACTUACIONES Y RESPONSABILIDADES PARA LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

La Comisión reconoce que para una aplicación satisfactoria de las recomendaciones es necesario que diferentes organismos se comprometan a participar, dedicar atención al problema y dar su apoyo. Entre las actuaciones y responsabilidades necesarias se incluirían las siguientes:

OMS

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

A

Institucionalizar un enfoque transversal y que contemple el curso de vida para acabar con la obesidad infantil en las diferentes esferas técnicas pertinentes de la Sede, y las oficinas regionales y de país.

Es esencial mantener el ímpetu para abordar esta cuestión compleja y crucial. La OMS puede convocar y dirigir un diálogo de alto nivel en el seno del sistema de las Naciones Unidas y con los Estados Miembros, para ampliar los compromisos adquiridos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, la Declaración de Roma de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición y otros, con objeto de tratar las actuaciones señaladas en el presente informe para acabar con la obesidad infantil.

B

Elaborar, en consulta con los Estados Miembros, un marco para aplicar las recomendaciones de la Comisión.

Sirviéndose de su función normativa, tanto en el ámbito mundial como a través de su red de oficinas regionales y de país, la OMS puede prestar asistencia técnica elaborando o ampliando directrices, herramientas y normas para apoyar las recomendaciones de la Comisión y otros mandatos pertinentes de la OMS en el ámbito de país.

C

Fortalecer la capacidad para ofrecer apoyo técnico a las actuaciones destinadas a acabar con la obesidad infantil en el plano mundial, regional y nacional.

La OMS puede difundir orientaciones de aplicación, seguimiento y rendición de cuentas, y supervisar los progresos logrados para acabar con la obesidad infantil e informar al respecto.

D

Apoyar a los organismos internacionales, los gobiernos nacionales y las partes interesadas pertinentes para que, a partir de los compromisos existentes, velen por la aplicación en el plano mundial, regional y nacional de las actuaciones pertinentes para acabar con la obesidad infantil.

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

E

Promover las investigaciones de colaboración que tengan por objeto acabar con la obesidad infantil y se centren en un enfoque que contemple el curso de vida.

F

Informar sobre los progresos alcanzados en el objetivo de acabar con la obesidad infantil.

Organizaciones internacionales

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

A

Cooperar en la creación de capacidad y en la ayuda a los Estados Miembros para combatir la obesidad infantil.

La cooperación entre las organizaciones internacionales, y en particular otros organismos de las Naciones Unidas, puede promover el establecimiento de redes y asociados mundiales y regionales para la promoción, la movilización de recursos, la creación de capacidad y las investigaciones de colaboración. El Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles puede prestar apoyo a los Estados Miembros para combatir la obesidad infantil.

Estados Miembros

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

A

Asumir el objetivo como propio, ofrecer liderazgo y comprometerse políticamente a combatir la obesidad infantil a largo plazo.

Los gobiernos son en última instancia los responsables de velar por que sus ciudadanos tengan un comienzo saludable en la vida. Por tanto, si el Estado adopta una función activa para combatir la obesidad infantil ello no debería interpretarse como una injerencia con la libre elección, sino como una asunción del objetivo de desarrollo de su capital humano. Es evidente que para tomar medidas contra la obesidad infantil, se necesita la participación activa de distintas dependencias gubernamentales. Existe una tendencia comprensible a ver la obesidad como un problema del sector de la salud. Sin embargo, la prevención de la obesidad infantil exige la contribución coordinada de todos los sectores e instituciones gubernamentales que se encargan de formular políticas. Los gobiernos deben establecer enfoques adecuados en el que participen todas las instancias gubernamentales para combatir la obesidad infantil. Es más, los gobiernos regionales y locales deben entender sus obligaciones y destinar recursos y esfuerzos a lograr una respuesta coordinada e integral al problema.

B

Coordinar las contribuciones de todos los sectores gubernamentales e instituciones que definen las políticas, incluidos, entre otros, los siguientes: educación; alimentación y agricultura; comercio e industria; desarrollo; finanzas y recaudación; deportes y recreación; comunicación; planificación ambiental y urbanística; transportes y asuntos sociales; y comercio.

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

C

Garantizar que se recogen datos sobre el IMC de los niños por edades -en particular para las edades en las que actualmente no se lleva a cabo un seguimiento- y establecer metas nacionales sobre la obesidad infantil.

D

Elaborar directrices, recomendaciones o medidas normativas que alienten debidamente a los sectores pertinentes -en particular el sector privado, si procede- para que pongan en marcha las actuaciones destinadas a reducir la obesidad infantil que se indican en el presente informe.

Con esos datos, los gobiernos pueden fijar objetivos y resultados intermedios contra la obesidad que estén en consonancia con las metas mundiales establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud en materia de nutrición y enfermedades no transmisibles. Deberían incluir en sus marcos nacionales de seguimiento indicadores internacionales consensuados para los resultados relativos a la obesidad (a fin de hacer un seguimiento de los progresos en el logro de las metas nacionales), la aplicación de los programas sobre la dieta y la actividad física (incluida la cobertura de las intervenciones) y el entorno normativo para combatir la obesidad (en particular los acuerdos, capacidades e inversiones institucionales en la prevención y control de la obesidad). El seguimiento deberá llevarse a cabo, en la medida de lo posible, mediante mecanismos de seguimiento existentes.

AGENTES NO ESTATALES

Son muchas las maneras en que los agentes no estatales pueden desempeñar una función destacada y de apoyo en la lucha contra la obesidad infantil. Como se

desprende del presente informe, los hábitos de alimentación y actividad física, el entorno escolar y social, las actitudes de origen cultural frente a la imagen corporal, el

comportamiento de la población adulta y la conducta del sector privado ejercen una enorme influencia en el riesgo de obesidad infantil.

Organizaciones no gubernamentales

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

A

Resaltar la importancia de prevenir la obesidad infantil mediante actividades de promoción y la difusión de información.

Si bien el gobierno asume la responsabilidad de establecer el marco normativo, en algunos países la elaboración de campañas de información y educación en materia de nutrición, los programas para su puesta en marcha, y el seguimiento y petición de cuentas a los agentes por los compromisos adquiridos pueden ser tareas compartidas entre el gobierno y la sociedad civil.

Los movimientos sociales pueden implicar a los miembros de la comunidad y proporcionar una plataforma para la promoción y la actuación.

B

Persuadir a los consumidores para que exijan a los gobiernos que tomen medidas en pro de un tipo de vida saludable, y que la industria de los alimentos y bebidas no alcohólicas ponga al alcance del público productos sanos y se abstenga de dirigir a los niños propaganda para la venta de alimentos y bebidas azucaradas perjudiciales para la salud.

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

C

Contribuir a la elaboración y aplicación de un mecanismo de seguimiento y rendición de cuentas.

Sector privado

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

A

Apoyar la producción de alimentos y bebidas no alcohólicas que contribuyen a una dieta sana, y facilitar el acceso a ellos.

El sector privado no es homogéneo pues incluye al sector agropecuario, la industria de los alimentos y de bebidas no alcohólicas, los vendedores minoristas, las empresas de distribución de comida, los fabricantes de productos deportivos, la industria publicitaria y la del ocio y los medios informativos. Por consiguiente, es importante tener en cuenta aquellas entidades cuyas actividades guardan relación directa o indirecta con la obesidad infantil, ya sea de forma positiva o negativa. Es necesario que los países colaboren de manera constructiva con el sector privado para alentar la aplicación de las políticas y las intervenciones.

B

Facilitar el acceso y participación en actividades físicas.

La Comisión es consciente de la existencia de diferentes iniciativas del sector privado que podrían ejercer una influencia positiva en la obesidad infantil. Son iniciativas que, si están respaldadas por datos científicos, deben alentarse. Habida cuenta de que muchas empresas trabajan a escala mundial, la colaboración internacional es absolutamente necesaria. Sin embargo, también se debe prestar atención a las entidades y empresas locales y regionales. Las relaciones de colaboración con la industria ya han arrojado resultados alentadores en las áreas de la alimentación y la actividad física. Algunas medidas aplicadas por la industria de fabricación de alimentos para reducir el contenido de grasas, azúcar y sal y el tamaño de las porciones de los alimentos procesados, y para aumentar la producción de alimentos innovadores, sanos y nutritivos, podrían acelerar el logro de resultados beneficiosos para la salud en el mundo entero.

La Comisión está convencida de que mediante una colaboración constructiva, transparente y responsable con el sector privado pueden conseguirse logros importantes.

Fundaciones filantrópicas

ACTUACIÓN

A

Reconocer que la obesidad infantil pone en peligro la salud de los niños y el nivel educativo que pueden alcanzar, y por tanto abordar este importante problema.

B

Movilizar fondos en apoyo de la investigación, la creación de capacidad y la prestación de servicios.

FUNDAMENTO

Las fundaciones filantrópicas tienen una posición inigualable para contribuir de manera significativa a la salud pública mundial y pueden también participar en las actividades de seguimiento y rendición de cuentas.

Instituciones académicas

ACTUACIÓN

A

Resaltar la importancia de prevenir la obesidad infantil mediante la difusión de información y su incorporación en los planes de estudio pertinentes.

B

Subsanar las deficiencias en los conocimientos con datos científicos que apoyen la aplicación de políticas.

C

Apoyar el seguimiento y la rendición de cuentas.

FUNDAMENTO

Las instituciones académicas pueden contribuir a combatir la obesidad infantil mediante estudios sobre los factores de riesgo y los determinantes biológicos, conductuales y ambientales, y la eficacia de las intervenciones en cada uno de estos.



SEGUIMIENTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS

El principal obstáculo para progresar con respecto al problema de la obesidad infantil es la falta de compromiso político y que los gobiernos y otros agentes no asuman el problema como propio, no ofrezcan liderazgo y no pongan en marcha las actuaciones necesarias. Un enfoque en el que participe toda la sociedad constituye una oportunidad excelente para combatir la obesidad infantil. Los gobiernos y otros agentes, en particular la sociedad civil, pueden pedirse cuentas mutuamente, y a las entidades del sector privado, para velar por la adopción de políticas y por el cumplimiento de las normas. Los compromisos sólidos deben ir acompañados de robustos sistemas de aplicación y de mecanismos bien definidos de rendición de cuentas.

Los gobiernos son los principales responsables de establecer el marco normativo y reglamentario para la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil en el ámbito de país. Por tanto, la rendición de cuentas debe comenzar con la

adopción de políticas pertinentes que ofrezcan una orientación clara sobre las medidas necesarias y el calendario para ello.

Los gobiernos deben dar prioridad a las inversiones para construir sistemas sólidos con indicadores específicos que midan la obesidad infantil y los determinantes conexos (como la forma física y la nutrición) de manera normalizada. Esto es crucial para demostrar la escala del problema, ofrecer datos para fijar metas nacionales y orientar la formulación de políticas. Unos sistemas de seguimiento bien establecidos pueden proporcionar pruebas de los efectos y la eficacia de las intervenciones para reducir la prevalencia de la obesidad infantil.

La Comisión es consciente de que los gobiernos no desean incrementar la carga que conlleva la presentación de informes. Actualmente existen diversos mecanismos de seguimiento que los países podrían utilizar para obtener datos e integrarlos en un marco nacional general de vigilancia

de la obesidad infantil. Entre ellos se incluyen el Marco mundial de vigilancia de las enfermedades no transmisibles¹ y el Marco de vigilancia mundial de la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño.²

El liderazgo estratégico nacional incluye el establecimiento de estructuras de gobernanza en diferentes sectores necesarios para gestionar la formulación y aplicación de legislación, políticas y programas. El liderazgo nacional es necesario también para gestionar la colaboración con los agentes no estatales, como las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y las instituciones académicas para aplicar de manera satisfactoria los programas, actividades e inversiones.

Un enfoque en el que se implique todo el gobierno exige el establecimiento de una cadena de responsabilidad y de rendición de cuentas y que se pida a las instituciones pertinentes encargadas

¹ WHA66.10, Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.

² WHA68(14), Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: elaboración del conjunto básico de indicadores.

de poner en marcha y aplicar las intervenciones que rindan cuentas por la ejecución de dichas tareas.

La sociedad civil puede desempeñar una función crucial para ejercer presión social, moral y política sobre los gobiernos a fin de que cumplan sus compromisos (61). Acabar con la obesidad infantil debería formar parte del programa de la sociedad civil en cuanto a la promoción y rendición de cuentas.

La Comisión reconoce la importante función que puede desempeñar el sector privado en la lucha contra la obesidad infantil, pero que con frecuencia son necesarias estrategias adicionales de rendición de cuentas, así como mecanismos jurídicos y basados en los mercados y en los medios de comunicación (62). Deberían tenerse en cuenta las iniciativas del sector privado (en particular los minoristas, los fabricantes de alimentos, los servicios alimentarios,

los aseguradores) para combatir la obesidad que se basan en datos científicos independientes. Es necesario identificar los conflictos de interés y evaluarlos y gestionarlos de manera transparente y adecuada. Por lo tanto los códigos deontológicos y la evaluaciones de cumplimiento verificadas independientemente con supervisión gubernamental son importantes.

Los gobiernos pueden utilizar su potestad normativa para mejorar el entorno alimentario, hacer cumplir las normas reglamentarias y aplicar normas reconocidas internacionalmente, como el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna,¹ y el Conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.² Las fichas de puntuación pueden ser herramientas útiles para garantizar la rendición de cuentas. Aunque los ejemplos citados no abarcan todos los posibles

mecanismos de rendición de cuentas, si se utiliza una combinación de herramientas y estrategias de rendición de cuentas pueden obtenerse resultados óptimos.

La Comisión ha observado la destacada influencia que las políticas comerciales pueden tener en el entorno obesogénico. Esto es especialmente cierto en el caso de los pequeños Estados insulares, que dependen enormemente de los alimentos importados y en los que la naturaleza del suministro de alimentos y la fijación de precios están en gran medida determinadas por las dinámicas comerciales. La Comisión es consciente de la complejidad del comercio internacional, especialmente de los productos alimentarios y agrícolas, pero insta a los Estados Miembros y a los que participan en los acuerdos comerciales internacionales a buscar vías para solucionar las trabas comerciales que influyen en la obesidad infantil.



El principal obstáculo para progresar con respecto al problema de la obesidad infantil es la falta de compromiso político y que los gobiernos y otros agentes no asuman el problema como propio, no ofrezcan liderazgo y no pongan en marcha las actuaciones necesarias.

¹ WHA34.22, Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

² WHA63.14, Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.

CONCLUSIONES

La obesidad infantil socava el bienestar físico, social y psicológico de los niños y es un conocido factor de riesgo para la obesidad y las enfermedades no transmisibles en la edad adulta. Es imperativo actuar ahora para mejorar la salud de esta generación y la siguiente.

La Comisión reconoce que la diversidad de posibles recomendaciones normativas para hacer frente al problema de la obesidad infantil es muy amplia y contiene una serie de elementos novedosos. Ahora bien, solamente adoptando un enfoque multisectorial a través de un conjunto amplio e integrado de intervenciones que combatan el entorno obesogénico, la dimensión del curso de vida y el sector educativo, podrán lograrse progresos sostenidos. Ello exige compromiso y liderazgo del gobierno, inversiones a largo plazo y la participación del conjunto de la sociedad para proteger los derechos de los niños a la buena salud y el bienestar. La Comisión está convencida de que pueden lograrse progresos si todos los agentes mantienen su compromiso de trabajar juntos en pro de un objetivo común: acabar con la obesidad infantil.



BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF, OMS, Banco Mundial. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank joint child malnutrition estimates. UNICEF, Nueva York; OMS, Ginebra; Banco Mundial, Washington, D.C.: 2015.
2. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr.* 2006;Suppl 450:76–85.
3. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2014;384:766–81.
4. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TTK, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet.* 2015;385:2400–9.
5. Taveras EM, Gillman MW, Kleinman K, Rich-Edwards JW, Rifas-Shiman SL. Racial/ethnic differences in early-life risk factors for childhood obesity. *Pediatrics.* 2010;125:686–95.
6. Organización para la Alimentación y la Agricultura. The double burden of malnutrition. Case studies from six developing countries. *Estudios FAO: Alimentación y Nutrición.* 2006;84:1–334.
7. Lake A, Townshend T. Obesogenic environments: exploring the built and food environments. *J R Soc Promot Health.* 2006;126:262–7.
8. Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiological reviews.* 2014;94:1027–76.
9. McPherson NO, Fullston T, Aitken RJ, Lane M. Paternal obesity, interventions, and mechanistic pathways to impaired health in offspring. *Ann Nutr Metab.* 2014;64:231–8.
10. Tanamas SK, Lean ME, Combet E, Vlassopoulos A, Zimmet PZ, Peeters A. Changing guards: time to move beyond body mass index for population monitoring of excess adiposity. *QJM.* 2015;Nov 1.
11. Eastwood SV, Tillin T, Dehbi HM, Wright A, Forouhi NG, Godsland I, et al. Ethnic differences in associations between fat deposition and incident diabetes and underlying mechanisms: the SABRE study. *Obesity.* 2015;23:699–706.
12. Lobstein T, Jackson-Leach R. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *International Journal of Pediatric Obesity.* 2006;1:33–41.
13. Pizzi MA, Vroman K. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. *Occup Ther Health Care.* 2013;27:99–112.
14. PEDIATR ResMiller AL, Lee HJ, Lumeng JC. Obesity-associated biomarkers and executive function in children. *Pediatr Res.* 2015;77:143–7.
15. Litwin SE. Childhood Obesity and Adulthood Cardiovascular Disease: Quantifying the Lifetime Cumulative Burden of Cardiovascular Risk Factors. *J Am Coll Cardiol.* 2014;64:1588–90.
16. Nader PR, O'Brien M, Houts R, Bradley R, Belsky J, Crosnoe R, et al. Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics.* 2006;118:e594–e601.

17. Juonala M, Magnusson CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med*. 2011;365:1876–85.
18. Kelsey MM, Zaepfel A, Bjornstad P, Nadeau KJ. Age-related consequences of childhood obesity. *Gerontology*. 2014;60:222–8.
19. Finkelstein EA, Graham WC, Malhotra R. Lifetime direct medical costs of childhood obesity. *Pediatrics*. 2014;133:854–62.
20. Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. Health-economic burden of obesity in Europe. *Eur J Epidemiol*. 2008;23:499–509.
21. Global reference list of 100 core health indicators. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015.
22. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsancar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
23. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *Lancet*. 2015;385:2410–21.
24. Using price policies to promote healthier diets. Copenhagen (Dinamarca): Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, 2014.
25. Arantxa Colchero M, Popkin BM, Rivera JA, Noh S. Beverage purchases from stores since the start of the Mexican sugar-sweetened beverage excise tax: a year out. *BMJ*. 2016;352:h6704.
26. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, Antonelli TA, Gortmaker SL, Osganian SK, et al. A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight. *N Engl J Med*. 2012;367:1407–16.
27. de Ruyter JC, Olthoff MR, Seidell JC, Katan MB. A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children. *N Engl J Med*. 2012;367:1397–406.
28. Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015.
29. Powell LM, Chriqui JF, Khan T, Wada R, Chaloupka FJ. Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes. *Obesity Reviews*. 2013;14:110–28.
30. Hastings G, Stead M, McDermott L, Forsyth A, MacKintosh AM, Rayner M, et al. Review of research on the effects of food promotion to children – final report. Report to the Food Standards Agency. Glasgow: University of Strathclyde, Centre for Social Marketing, 2003.
31. McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI. Food marketing to children and youth. Threat or opportunity? Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academies Press; 2006.
32. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*. 2015;385:2510–20.
33. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.
34. An R, Patel D, Segal D, Sturm R. Eating better for less: a national discount program for healthy food purchases in South Africa. *American journal of health behavior*. 2013;37:56–61.
35. Tremblay MS, Gray CE, Akinroye K, Harrington DM, Katzmarzyk PT, Lambert EV, et al. Physical activity of children: a global matrix of grades comparing 15 countries. *Journal of Physical Activity & Health*. 2014;11:S113–25.
36. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
37. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, D.C.: World Cancer Research Fund, American Institute of Cancer Research, 2007.
38. LeBlanc AG, Spence JC, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*. 2012;37:753–72.
39. Miller AL, Lumeng JC, LeBourgeois MK. Sleep patterns and obesity in childhood. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2015;22:41–7.
40. Taveras EM, Gillman MW, Pena MM, Redline S, Rifas-Shiman SL. Chronic sleep curtailment and adiposity. *Pediatrics*. 2014;133:1013–22.
41. Yu Z, Han S, Zhu J, Sun X, Ji C, Guo X. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8:e61627.
42. Eriksson JG, Sandboge S, Salonen MK, Kajantie E, Osmond C. Long-term consequences of maternal overweight in pregnancy on offspring later health: findings from the Helsinki Birth Cohort Study. *Ann Med*. 2014;46:434–8.
43. Okubo H, Crozier SR, Harvey NC, Godfrey KM, Inskip HM, Cooper C, et al. Maternal dietary glycemic index and glycemic load in early pregnancy are associated with offspring adiposity in childhood: the Southampton Women's Survey. *Am J Clin Nutr*. 2014;100:676–83.
44. Poston L. Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health. *Best practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2012;26:627–39.
45. Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32:201–10.
46. Janesick A, Blumberg B. Endocrine disrupting chemicals and the developmental programming of adipogenesis and obesity. *Birth defects research Part C, Embryo today: reviews*. 2011;93:34–50.
47. Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denktas S, Steegers EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiologic Reviews*. 2014;36:19–30.
48. Institute of Medicine and National Research Council. Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. Washington D.C.: National Academies Press; 2009.

49. Hanson MA, Bardsley A, De-Regil LM, Moore SE, Oken E, Poston L, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: «Think Nutrition First». *Int J Gynecol Obstet.* 2015;131:S213–S53.
50. Choi J, Fukuoka Y, Lee JH. The effects of physical activity and physical activity plus diet interventions on body weight in overweight or obese women who are pregnant or in postpartum: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Prev Med.* 2013;56:351–64.
51. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl.* 2015;104:30–7.
52. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2003.
53. Mennella JA, Nicklaus S, Jagolino AL, Yourshaw LM. Variety is the spice of life: strategies for promoting fruit and vegetable acceptance during infancy. *Physiol Behav.* 2008;94:29–38.
54. Liem DG, Mennella JA. Sweet and sour preferences during childhood: role of early experiences. *Developmental psychobiology.* 2002;41:388–95.
55. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2011:CD001871.
56. School policy framework. Implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
57. Rasberry CN, Lee SM, Robin L, Laris BA, Russell LA, Coyle KK, et al. The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: a systematic review of the literature. *Prev Med.* 2011;52 Suppl 1:S10–20.
58. Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet.* 2015;385:2521–33.
59. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2009:CD001872.
60. Spear BA, Barlow SE, Ervin C, Ludwig DS, Saelens BE, Schetzina KE, et al. Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics.* 2007;120:S254–S88.
61. Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *Lancet.* 2015;385:2422–31.
62. Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G, et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *Lancet.* 2015;385:2534–45.

**LA OBESIDAD INFANTIL
SOCAVA EL BIENESTAR
FÍSICO, SOCIAL Y
PSICOLÓGICO DE
LOS NIÑOS Y ES UN
CONOCIDO FACTOR
DE RIESGO PARA
LA OBESIDAD Y LAS
ENFERMEDADES NO
TRANSMISIBLES EN
LA EDAD ADULTA. ES
IMPERATIVO ACTUAR
AHORA PARA MEJORAR
LA SALUD DE ESTA
GENERACIÓN Y LA
SIGUIENTE.**

ANEXO 1:

COMISIÓN PARA ACABAR CON LA OBESIDAD INFANTIL

La prevalencia de la obesidad entre los lactantes, los niños y los adolescentes va en aumento en muchos países, y los ascensos más rápidos se registran en los países de ingresos bajos y medianos. Si no se interviene, los lactantes y niños pequeños obesos probablemente seguirán siendo obesos durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

La obesidad infantil está asociada con una amplia variedad de complicaciones de salud y un mayor riesgo de aparición prematura de enfermedades como la diabetes y las cardiopatías. Son muchas las causas y las posibles soluciones al problema. Sin embargo, como suele ocurrir con todas las estrategias de salud pública, la aplicación de las soluciones es compleja. Solo mediante una combinación de alianzas comunitarias, apoyo gubernamental e investigación científica podrán formularse las mejores recomendaciones y aplicarse en el ámbito mundial.

Con el fin de sentar bases más sólidas para poner en marcha una respuesta integral a la obesidad infantil, la Directora General de la OMS constituyó una Comisión de alto nivel para acabar con la obesidad infantil, integrada por 15 personas eminentes y cabales de diversa procedencia profesional y geográfica. Se encargó a

la Comisión que preparara un informe consensado en el que se especificaran los enfoques y combinaciones de intervenciones que podrían ser los más eficaces en la lucha contra la obesidad en la infancia y la adolescencia en diferentes contextos mundiales. La Comisión examinó los mandatos y estrategias existentes sobre la prevención de la obesidad infantil y los amplió para resolver carencias. Para su labor, la Comisión contó con el apoyo de dos grupos especiales de trabajo para acabar con la obesidad infantil: uno sobre ciencia y pruebas científicas y un segundo sobre aplicación, seguimiento y rendición de cuentas.

La Comisión celebró cuatro reuniones y, como parte de su método de trabajo, realizó consultas regionales con los Estados Miembros y audiencias con los agentes no estatales. Durante su primera reunión, celebrada en Ginebra los días 17 y 18 de julio de 2014, la Comisión para acabar con la obesidad infantil examinó el informe de la primera reunión del Grupo especial de trabajo sobre ciencia y pruebas científicas y estableció su método de trabajo.

Durante la segunda reunión, celebrada en Ginebra los días 13 y 14 de enero de 2015, la Comisión examinó el segundo informe del Grupo especial de trabajo sobre ciencia y pruebas

científicas y el primer informe del Grupo especial de trabajo sobre aplicación, seguimiento y rendición de cuentas, y elaboró el informe provisional de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Ello permitió establecer el fundamento para combatir la obesidad infantil y la necesidad imperiosa de que los gobiernos tomen la iniciativa en la solución del problema. En el informe provisional se pusieron de relieve las posibles opciones normativas para combatir el entorno obesogénico, reducir el riesgo de obesidad prestando atención a elementos cruciales en el enfoque del curso de vida y tratar a los niños con obesidad para mejorar su salud presente y futura.

El informe provisional también sirvió de punto de partida para una consulta en línea que tuvo lugar del 16 de marzo al 5 de junio de 2015. Ochenta y una entidades (Estados Miembros, organizaciones no gubernamentales, fundaciones filantrópicas, instituciones académicas, investigadores, el sector privado y personas a título individual) presentaron observaciones sobre el informe provisional.

**LA COMISIÓN
MANTUVO
ADEMÁS SIETE
CONSULTAS
REGIONALES
CON LOS
ESTADOS
MIEMBROS:**

MANILA
Filipinas

24-25 de marzo
para los países continentales
de la Región del Pacífico
Occidental

EL CAIRO
Egipto

2-3 de julio
para los países de la Región
del Mediterráneo Oriental

AUCKLAND
Nueva Zelanda

27-28 de julio
para los países y territorios
insulares de la Región del Pacífico
Occidental

MEXICO D.F.
México

26-28 de agosto
para los países de la Región
de las Américas

NUEVA DELHI
India

28-29 de septiembre
para los países de la Región de
Asia Sudoriental

ACCRA
Ghana

22-23 de octubre
para los países de la Región
de África

LA VALETTA
Malta

28-29 de octubre
para los países de la Región
de Europa

La Comisión celebró su tercera reunión los días 22 y 23 de junio de 2015 en la Región Administrativa Especial de Hong Kong (China). Durante esta reunión la Comisión examinó las observaciones recibidas de los Estados Miembros sobre el punto 13.3 del orden del día de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, los comentarios procedentes de las consultas en línea y las consultas y audiencias regionales mantenidas con los países continentales de la Región del Pacífico Occidental. Además, la Comisión recibió de la Directora General de la OMS un informe de la segunda reunión del Grupo especial de trabajo sobre aplicación, seguimiento y

rendición de cuentas, así como datos actualizados del Grupo especial de trabajo sobre ciencia y pruebas científicas.

En la tercera reunión, la Comisión redactó su proyecto de informe final, en el que presentó de forma pormenorizada las posibles orientaciones normativas para someterlas a la consideración de los Estados Miembros. El proyecto de informe final sirvió de punto de partida para las consultas regionales mantenidas en la Región de las Américas, la Región de Asia Sudoriental, la Región de África y la Región de Europa. El informe, además, se publicó en

línea de septiembre a noviembre de 2015 para que las partes interesadas pertinentes formularan observaciones; se recibieron y examinaron 98 ponencias.

Tras el periodo de consultas, la Comisión celebró su cuarta reunión en Ginebra los días 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2015, para examinar los comentarios recibidos, examinar los informes de los dos grupos especiales de trabajo y elaborar su informe final. El presente informe final de la Comisión para acabar con la obesidad infantil se presentará a la Directora General de la OMS en enero de 2016.

ANEXO 2:

MIEMBROS DE LA COMISIÓN

Sir George Alleyne

Director Emérito
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Dra. Constance Chan Hon Yee

Directora de Salud
Departamento de Salud
Región Administrativa Especial de Hong Kong
China

Sra. Helen Clark

Administradora
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

**Sir Peter Gluckman
(copresidente)**

Principal asesor científico del Primer Ministro de Nueva Zelandia & Liggins Institute, Universidad de Auckland
Nueva Zelandia

Sr. Adrian Gore

Fundador y Director General
Discovery Group
Sudáfrica

Sra. Betty King

Ex embajadora
Permanent Mission of the United States of America to the United

Nations Office and other International Organizations at Geneva

Sra. Nana Oye Lithur

Ministra de Género, Infancia y Protección Social
Ghana

Dr. David Nabarro

Coordinador de la Iniciativa SUN para el fomento de la nutrición
Representante Especial del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Seguridad Alimentaria y la Nutrición
Coordinador del Equipo de Tareas de Alto Nivel

**Dra. Sania Nishtar
(copresidenta)**

Fundadora de Heartfile
Pakistán

Sra. Paula Radcliffe

Deportista y madre
Reino Unido

Prof. Hoda Rashad

Profesora de investigación y directora
Centro de Investigación Social
American University de El Cairo
Egipto

Prof. K. Srinath Reddy

Presidente Fundación de la India para la Salud Pública
Instituto de Estudios en Desarrollo Industrial (ISID)
India

Dr. Jacques Rogge

Presidente honorario Comité Olímpico Internacional (COI)
Suiza

Sra. Sachita Shrestha

Defensora de la juventud
Nepal

Dr. Colin Tukuitonga

Director General
Secretaría de la Comunidad del Pacífico
Nueva Caledonia



Fotografías

Portada:

© 2007 Iryna Shabaykovich, con la autorización de Photoshare

© 2013 Valerie Caldas/ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, con la autorización de Photoshare

© 2013 Alissa Zhu, con la autorización de Photoshare

P. xiv © WHO / SEARO /Payden

P. 5 © 2014 Jose Ramos II, con la autorización de Photoshare

P. 6 © 2008 Pablo P Yori, con la autorización de Photoshare

P. 9 © 2007 Jose M. Marin, con la autorización de Photoshare

P. 10 © 2008 Kunle Ajayi, con la autorización de Photoshare

P. 13 © 2014 Lorine Ghabranious/MSH, con la autorización de Photoshare

P. 15 © 2013 Anil Gulati, con la autorización de Photoshare

P. 16 © 2012 Sharvari Raval, con la autorización de Photoshare

P. 23 © 2013 Kyle Sherman, con la autorización de Photoshare

P. 25 © WHO / SEARO /SB Rai

P. 26 © WHO / SEARO /Anuradha Sarup

P. 27 © WHO / SEARO /SB Rainow

P. 29 © 2013 Valerie Caldas, con la autorización de Photoshare

P. 37 © 2013 David Huamaní, con la autorización de Photoshare

P. 39 © 2012 David Snyder for CRWRC, con la autorización de Photoshare

P. 41 © 2005 Anil Gulati, con la autorización de Photoshare

P. 49 © 2011 Lawrence Ko, con la autorización de Photoshare

