

53.º CONSEJO DIRECTIVO

66.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

Punto 4.7 del orden del día provisional

CD53/9
22 de julio del 2014
Original: inglés

PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Introducción

1. La obesidad en la niñez y la adolescencia ha alcanzado proporciones epidémicas en la Región de las Américas.^{1,2} Aunque las causas de esta epidemia sean complejas y se necesita más investigación, es mucho lo que se sabe acerca de sus consecuencias y de lo que debe hacerse para detenerla. En los últimos diez años, muchos países de la Región han implantado algunas medidas, por lo que ahora es el momento de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asuma la función de liderazgo a fin de unificar estos esfuerzos y de brindar apoyo a los Estados Miembros por medio de una iniciativa regional de salud pública.

2. En este documento se proporciona a los Estados Miembros la justificación y las principales líneas de acción estratégica para poner en marcha intervenciones integrales de salud pública que detengan el avance de la epidemia de obesidad en la niñez y la adolescencia. Con ese fin, en este plan quinquenal se establece el objetivo general y se proponen cinco áreas de acción, incluidos los objetivos y los indicadores correspondientes. Cada Estado Miembro, como entidad soberana, puede establecer las

¹ Desde el nacimiento hasta los 4 años (<http://www.who.int/childgrowth/es/>):

- Sobrepeso: puntuación z del peso para la edad ≥ 2 DE y < 3 DE
- Obesidad: puntuación z del peso para la edad ≥ 3 DE
- Sobrepeso y obesidad combinados: puntuación z del peso para la edad ≥ 2 DE

Desde los 5 hasta los 19 años (http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull.pdf):

- Sobrepeso: índice de masa corporal (IMC) ≥ 1 DE y < 2 por encima de la mediana estándar de crecimiento de la OMS
- Obesidad: IMC ≥ 2 DE por encima de la mediana estándar de crecimiento de la OMS
- Sobrepeso y obesidad combinados: ICM ≥ 1 por encima de la mediana estándar de crecimiento de la OMS

² En este plan de acción se utiliza la siguiente definición de niños y adolescente de la OMS: niños de 0 a 9 años de edad; adolescentes de 10 a 19 años de edad (http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/).

políticas y reglamentaciones propuestas en este plan de acción según sus necesidades y objetivos nacionales.

Antecedentes

3. Algunas publicaciones relevantes sobre este tema, en particular de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el World Cancer Research Fund (1, 2) concuerdan en que los factores más importantes que promueven el aumento de peso y la obesidad, así como las enfermedades no transmisibles (ENT) conexas, son *a*) el consumo elevado de productos de bajo valor nutricional y contenido alto de azúcar, grasa y sal (denominados en este documento como productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional), como los “snacks”^{*} y la comida rápida, *b*) la ingesta habitual de bebidas azucaradas y *c*) la actividad física insuficiente. Todos ellos son parte de un ambiente obesogénico.³

4. La actividad física desempeña un papel importante en la prevención de la obesidad; no obstante, para contrarrestar el impacto del aporte calórico excesivo son necesarios niveles muy altos de ejercicio. Por consiguiente, los esfuerzos preventivos basados ante todo en la actividad física tienen poca probabilidad de dar buenos resultados en entornos donde los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional, así como las bebidas azucaradas están siempre disponibles y se consumen constantemente (3).

5. El efecto de los azúcares agregados en la salud ha sido objeto de intenso escrutinio científico en los últimos años. Los metanálisis de los estudios longitudinales (4) y los ensayos controlados aleatorizados (5) han mostrado una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de azúcares agregados y el aumento de peso. Además, el consumo de bebidas azucaradas se ha asociado con las enfermedades cardiovasculares (6), la diabetes de tipo 2 y el síndrome metabólico (7). Los mecanismos fisiológicos incluyen, entre otros, la hiperinsulinemia, la resistencia a la insulina, la arterioesclerosis y la hipertensión arterial (8, 9). Se ha sugerido que la fructosa es el componente del azúcar que causa estos cambios fisiológicos (10).

6. Reducir el consumo de azúcares agregados contribuye a la prevención del grave daño que este consumo ocasiona a la salud de la población, pero indudablemente esto no es suficiente. Una alimentación saludable debe basarse en el consumo diario de frutas y verduras, cereales integrales, legumbres, leche, pescado y aceite vegetal, con poco consumo de carnes rojas y procesadas (11, 12). Una alimentación saludable exige que los sistemas agropecuarios y alimentarios sean sólidos y faciliten estas opciones (13, 14). Dado que los alimentos naturales e integrales son la piedra angular de la cocina

³ Un ambiente obesogénico es el que promueve y apoya la obesidad en personas o poblaciones a través de factores físicos, económicos, legislativos y socioculturales.

* Botanas y bocadillos procesados

tradicional en la Región de las Américas, esas mismas tradiciones pueden ser un instrumento valioso para promover la alimentación saludable (15).

7. Es fundamental determinar los factores que impulsan la epidemia de la obesidad para sustentar y elaborar políticas, acciones y legislación y reglamentación sólidas relativas a la salud. En la actualidad se reconoce que, desde una perspectiva alimentaria, el precio, la mercadotecnia, la disponibilidad y la asequibilidad determinan las preferencias alimentarias de la persona, sus decisiones al comprar y los comportamientos alimentarios. A su vez, las políticas y los reglamentos relativos al comercio y a la actividad agropecuaria establecidos previamente influyen en estos factores (16).

8. En la actualidad, una notable tendencia comercial que se asocia con la epidemia de la obesidad es la venta de productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional y de bebidas azucaradas en los países de ingresos bajos y medianos. El consumo de productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional es cinco veces mayor y el de refrescos es casi tres veces mayor en los países de ingresos bajos y medianos en comparación con los países desarrollados, donde el consumo está llegando al nivel de saturación del mercado (17, 18). El tamaño de las bebidas azucaradas y de otros productos comercializados también ha aumentado extraordinariamente en los últimos decenios. En la Región ha aumentado la publicidad de las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional dirigida a la niñez y la adolescencia, lo que influye en sus preferencias alimentarias, en lo que piden comprar y en sus hábitos alimentarios (19).

9. De manera análoga, las oportunidades de realizar actividad física no han sido contempladas adecuadamente en la planificación urbana y además se ven afectadas por el aumento de la violencia, así como por la percepción de que la violencia es cada vez mayor (20, 21). Para complicar aún más la situación, el entretenimiento electrónico reemplaza cada vez más a la actividad física recreativa. El tiempo que los niños pasan frente a una pantalla, que representa además una oportunidad de consumir alimentos y de estar expuestos a la publicidad de alimentos, ha aumentado a tres horas al día o más. Además, las escuelas han reducido el tiempo destinado a la educación física.

10. Este plan de acción se centra en la niñez y la adolescencia por varias razones. En primer lugar, la lactancia materna puede reducir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en cerca de 10% (22). Además, la lactancia materna también puede ayudar a las madres a perder peso con mayor rapidez después del embarazo. En segundo lugar, cuanto más temprana es la edad a la que una persona adquiere sobrepeso o se convierte en obesa, mayor es el riesgo que tiene de seguir teniendo sobrepeso o de tornarse obesa al avanzar la edad (23). En tercer lugar, la obesidad tiene consecuencias adversas para la salud en las fases iniciales de la vida, dado que aumenta el riesgo de padecer asma, diabetes de tipo 2, apnea del sueño y enfermedades cardiovasculares (24, 25). Estas enfermedades, a su vez, afectan el crecimiento y el desarrollo psicosocial durante la adolescencia (26) y, con el tiempo, comprometen la calidad de vida y la longevidad (27). En cuarto lugar, como los hábitos alimentarios se adquieren en la niñez, la promoción y el consumo en la niñez de

productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional, bebidas azucaradas y comida rápida interfieren con la formación de hábitos alimentarios saludables (28, 29). Por último, los niños son incapaces de comprender la intención persuasiva de la promoción y publicidad de los alimentos y bebidas de bajo valor nutricional que se asocian con mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en la niñez. Como en estas campañas promocionales también se elude el control paterno, constituyen una preocupación tanto ética como de derechos humanos.⁴ Ya se ha sentado un precedente para la acción en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (el Código) (30).

11. Además se debe aplicar un enfoque que contemple la perspectiva de género y la equidad. En los países de ingresos altos, la obesidad tiende a concentrarse en los pobres, mientras que en los países de ingresos bajos y medianos la obesidad es más prevalente en la población próspera. Sin embargo, a medida que aumenta el producto nacional bruto, la obesidad se propaga a todos los estratos. El ambiente obesogénico actual, que afecta a todos los estratos socioeconómicos, probablemente explique este fenómeno. Además, las adolescentes se ven más afectadas por la epidemia de la obesidad, especialmente en los estratos económicos inferiores, lo que hace que el tema se torne aún más complejo (31, 32).

12. Este plan de acción está en consonancia con la Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud — La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud (CD46/13 [2005]); la Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez (CSP28/10 [2012]); la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (CD48.R5 [2008]); la Estrategia y Plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015 (CD47/18 [2006]); el Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño (WHA65.6 [2012]); la Estrategia y el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (CSP28/9, Rev. 1 [2012] y CD52/7, Rev. 1, [2013]); la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS (WHA57.17 [2004]); la Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana (CD51/5 [2011]); el Plan de acción de seguridad vial (CD51/7, Rev. 1 [2011]); la resolución sobre el informe a la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud: Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud (WHA62.14 [2009]); la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948); y la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (1989).⁵

⁴ La observación general n.º 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud de la Convención sobre los Derechos del Niño se puede consultar en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC.15_sp.doc

⁵ Las medidas que se mencionan en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas incluyen la nutrición adecuada, la lactancia materna, agua potable y saneamiento, entre otras.

Análisis de la situación

13. La obesidad casi se duplicó entre 1980 y el 2008 en todo el mundo. En comparación con otras regiones de la OMS, en la Región de las Américas la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es más alta (62% para el sobrepeso en ambos sexos y 26% para obesidad en la población adulta de más de 20 años de edad) (33). En tres países (México, Chile y Estados Unidos) la obesidad y el sobrepeso ahora afectan a 7 de cada 10 adultos (34, 35, 36).

14. Además, en la Región se ha observado un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los niños de 0 a 5 años de ambos sexos. Por ejemplo, las tasas se duplicaron en la República Dominicana, de 2,2% en 1991 a 5,6% en el 2007; aumentaron de 1,5% en 1993 a 3% en el 2008 en El Salvador; y aumentaron de 2,5% en 1992 a 3,2% en el 2012 en el Perú.⁶ De manera análoga, en un informe reciente de siete países del Caribe oriental se indica que entre el 2000 y el 2010 las tasas de sobrepeso y obesidad en los niños de 0 a 4 años de ambos sexos se duplicaron y pasaron de 7,4% en el 2000 a 14,8% (37).

15. En los adolescentes de ambos sexos (de 12 a 19 años), la tasa de obesidad ha aumentado 20% en los Estados Unidos, de 17,4% en el 2003 a 20,5% en el 2012 (38). En las adolescentes (de 15 a 20 años), las tasas de sobrepeso y obesidad han aumentado en forma sostenida a lo largo de los últimos 20 años, por ejemplo, en Bolivia ha pasado de 21,1% a 42,7%; en Guatemala, de 19,6% a 29,4%; y en Perú, de 22% a 28,5%.⁷

16. Los datos disponibles indican que, en términos generales, de 20% a 25% de los menores de 19 años de edad se ven afectados por el sobrepeso y la obesidad (39). En América Latina, se calcula que 7% de los menores de 5 años de edad (3,8 millones) tienen sobrepeso u obesidad (39). En la población escolar (de 6 a 11 años), las tasas varían desde 15% (Perú) (40) hasta 34,4% (México) (41), y en la población adolescente (de 12 a 19 años de edad), de 17% (Colombia) (41) a 35% (México) (42). En los Estados Unidos, 33% de la población infantil de 6 a 11 años y adolescente de 12 a 19 años presenta sobrepeso u obesidad (43), mientras que en Canadá 32,8% de los niños de 5 a 11 años y 30,1% de la población adolescente de 12 a 17 años de edad se ve afectada (44). Sin embargo, algunos datos recientes de los Estados Unidos indican una disminución significativa en la obesidad en niños de 2 a 5 años, de 14% en el 2003-2004 a 8% en el 2012-2013 (38). Esta disminución podría atribuirse a factores como las tasas más altas de lactancia materna y los cambios en las políticas alimentarias como el programa del gobierno de Estados Unidos de complementación nutricional dirigido a mujeres, lactantes y niños (WIC, por sus siglas en inglés).

⁶ Fuente: cálculos de la OPS sobre la base de datos de encuestas demográficas y de salud (1992-2012).

⁷ Fuente: cálculos de la OPS sobre la base de datos de encuestas demográficas y de salud (1992-2012).

17. En respuesta a esta epidemia, muchos países de la Región de las Américas han procurado cambiar normas y adoptar reglamentaciones, entre las que cabe destacar:

- a) la legislación y las políticas nacionales para promover la lactancia materna que se han introducido en muchos países como la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, la aplicación y el seguimiento del Código y la protección de la lactancia materna en el lugar de trabajo;
- b) los impuestos a las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional a fin de reducir el consumo en México;⁸
- c) las nuevas políticas para mejorar la alimentación en el entorno escolar, en particular los alimentos que se venden en las escuelas, como en Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica,⁹ Ecuador,¹⁰ Estados Unidos, México,¹¹ Perú y Uruguay;
- d) la reglamentación de la comercialización de alimentos a los niños, como en Brasil, Chile¹² y Perú;
- e) las mejoras en los programas nacionales de alimentación en las escuelas, como en el caso de Brasil, México y otros países; Brasil ahora requiere que al menos 70% de los alimentos que se proporcionan a los estudiantes sean naturales o tengan un procesamiento mínimo, y que al menos 30% del programa nacional de alimentación en las escuelas se use para comprar alimentos producidos por la agricultura familiar;
- f) el etiquetado en el frente del envase con mensajes visuales sencillos para indicar diversas características alimentarias, como en Ecuador;
- g) el marco de acción federal, nacional, provincial y territorial para promover el peso saludable, como es el caso de Canadá,¹³ que incluye un enfoque de colaboración multisectorial.

18. En algunos casos se han presentado querellas en contra de las leyes en los tribunales y en otros estas leyes están en etapa de reglamentación para que se las pueda aplicar. A menudo la creación de estos mecanismos reglamentarios es un proceso prolongado y, algunas veces, los resultados finales no concuerdan con el espíritu de las leyes, por lo que debilitan su aplicación.

19. En los últimos 5 a 10 años, diversos cambios en los Estados Unidos han modificado y mejorado el perfil nutricional de los alimentos y las bebidas que están disponibles y que se sirven en el entorno escolar. Estos cambios podrían haber

⁸ Fuente: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/78.pdf>.

⁹ Fuente: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2012/07/Costa-Rica-Regulaciones-venta-alimentos-en-sodas-estudiantiles.pdf>.

¹⁰ Fuente: <http://www.fedecguayas.org/uploads/reglamento-bares-escolares.pdf>.

¹¹ Fuente: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf.

¹² Fuente: <http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/etiquetado-de-alimentos>.

¹³ Fuente: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/index-eng.php>

contribuido a detener el aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad en varios estados e incluso haber llevado a una pequeña disminución en algunas ciudades (45). Por otro lado, la disminución de las tasas de obesidad en la niñez en 18 estados se ha asociado a las mejoras relacionadas con el programa de complementación nutricional mencionado anteriormente (WIC) (46).

Plan de acción (2014-2019)

Objetivo general

20. El objetivo general de este plan de acción es detener el aumento acelerado de la epidemia de la obesidad en la niñez y la adolescencia, de manera de que no se registre aumento alguno en las tasas de prevalencia actuales en cada país. Este objetivo requiere un enfoque multisectorial que abarque la totalidad del curso de vida, que se base en el modelo socioecológico (47) y que se centre en transformar el ambiente obesogénico actual en oportunidades para promover un consumo mayor de alimentos nutritivos y un aumento de la actividad física. Esto se logrará al ejecutarse un conjunto de políticas, leyes, reglamentos e intervenciones que tendrán en cuenta las prioridades y el contexto de los Estados Miembros, en las siguientes líneas de acción estratégica:

- a) atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable;
- b) mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares;
- c) políticas fiscales y reglamentación de la publicidad, promoción y etiquetado de alimentos;
- d) otras medidas multisectoriales;
- e) vigilancia, investigación y evaluación.

21. Con este fin, la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) proporcionará: *a)* información basada en la evidencia científica para la formulación de políticas y reglamentaciones, *b)* guías regionales para los programas preescolares y escolares de alimentación, *c)* guías regionales sobre los alimentos y las bebidas que se venden en los distintos establecimientos escolares (también conocidos como alimentos competitivos),¹⁴ y *d)* apoyo a la adopción de indicadores relativos a la obesidad. Como parte de la puesta en práctica del plan, la OPS establecerá estas directrices, creará y mantendrá una base de datos con cifras representativas de nivel nacional sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad, además hará el seguimiento de las actividades relacionadas con la aplicación de las políticas, las leyes y los programas en la Región.

¹⁴ Los "alimentos y bebidas competitivos" son aquellos que se venden en la escuela fuera de los programas de alimentación financiados por el gobierno federal y que compiten con dicho programa (fuente: <http://www.cde.ca.gov/ls/nu/he/compfoods.asp>).

Línea de acción estratégica 1: Atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable.

22. El objetivo principal de la atención primaria de salud es garantizar el derecho al mayor grado posible de salud y, como tal, desempeña una función importante en la prevención de la obesidad y de sus consecuencias a largo plazo en la niñez y la adolescencia. Los servicios de atención primaria de salud permiten prestar servicios de salud integrados que abarcan la promoción de la lactancia materna, los hábitos alimentarios saludables y la actividad física (48). La lactancia materna más prolongada puede reducir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en alrededor de 10% (22). La promoción de la lactancia materna exigirá que los países fortalezcan los servicios de atención primaria de salud y renueven su compromiso de aplicar plenamente el Código y la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) (49).

Objetivo 1.1: Incluir en los servicios de atención de salud la promoción de la alimentación saludable según las guías alimentarias nacionales basadas en los alimentos, así como otras actividades relacionadas con la prevención de la obesidad.

Indicadores:

1.1.1: Número de países con servicios de atención primaria de salud que han incorporado actividades de prevención de la obesidad dirigidas a las familias, tales como la promoción de la alimentación saludable y de la actividad física.
(Línea de base: 1. Meta: 10)

Objetivo 1.2: Fortalecer los esfuerzos para aplicar la *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*.

Indicadores:

1.2.1: Número de países que regularmente (al menos cada tres años) publican los resultados del seguimiento de la aplicación del Código.
(Línea de base: 5. Meta: 15)

1.2.2: Número de países que tienen al menos 50% de los servicios de salud materna certificados como IHAN.
(Línea de base: 0. Meta: 5)

Línea de acción estratégica 2: Mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares.¹⁵

23. Las pruebas científicas actuales muestran la eficacia de las intervenciones en las escuelas para cambiar los hábitos alimentarios y prevenir el sobrepeso y la obesidad (50,

¹⁵ En este plan de acción el término “escolar” incluye la escuela primaria, media y secundaria.

51), mediante el suministro de alimentos ricos en nutrientes que satisfagan las necesidades alimentarias de niños y adolescentes (52). Para que este tipo de programas tenga éxito, deben ejecutarse mediante un enfoque integral y compatible con la nutrición y las normas de inocuidad de los alimentos. Además, se debe reglamentar la publicidad y la venta de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional en las escuelas y se debe incorporar la actividad física en la rutina escolar diaria.

Objetivo 2.1: Lograr que los programas nacionales de alimentación escolar, así como los sitios de venta de alimentos y bebidas en las escuelas, cumplan con las normas o reglamentaciones que promueven el consumo de alimentos saludables y de agua, y restrinjan la disponibilidad de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.

Indicadores:

2.1.1: Número de países que tienen programas nacionales o subnacionales¹⁶ de alimentación a nivel escolar que satisfagan las necesidades nutricionales de niños y adolescentes y que estén en consonancia con las guías alimentarias nacionales basadas en los alimentos.
(Línea de base: 3. Meta: 12)

2.1.2.: Número de países en los que por lo menos 70% de las escuelas que cuentan con normas o reglamentos para la venta de alimentos y bebidas (alimentos competidores) que promueven el consumo de alimentos saludables y de agua, y que restrinjan la disponibilidad de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.
(Línea de base: 8. Meta: 16)

2.1.3: Número de países en los que por lo menos 70% de las escuelas cuentan con una fuente de agua potable.
(Línea de base: 3. Meta: 12)

Objetivo 2.2: Incorporar la actividad física diaria en el programa escolar.

Indicador:

2.2.1: Número de países donde por lo menos 70% de las escuelas han puesto en marcha un programa que establece al menos 30 minutos al día de actividad física de moderada a intensa (aeróbica).
(Línea de base: 0. Meta: 10)

¹⁶Según el contexto político y administrativo del país, algunos programas quizá sean puestos en práctica en el ámbito subnacional y no en el nacional. En vista de esta situación, cuando la mayoría de las entidades del ámbito subnacional han aplicado alguna medida específica recomendada en este plan de acción, se considerará que el país la ha aplicado.

Línea de acción estratégica 3: Políticas fiscales y reglamentación de la publicidad y etiquetado de alimentos.

24. Se sabe que las políticas fiscales y los reglamentos sobre promoción y publicidad son fundamentales para reducir el consumo de tabaco (53) y alcohol. Se han observado resultados similares con las bebidas azucaradas en Francia y Hungría. En el caso de los alimentos y las bebidas, México ha sancionado legislación impositiva para las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional. Chile y Brasil han puesto en marcha iniciativas para reglamentar la publicidad y promoción de los alimentos. Debido a que los niños son más vulnerables al poder persuasivo de los mensajes comerciales (por ejemplo, los anuncios en la televisión o por internet, el respaldo de las celebridades, la publicidad en los negocios y las marcas comerciales combinadas en los juguetes), la OMS (54) y la OPS (19) han publicado recomendaciones para limitar el efecto negativo de la publicidad y promoción de los alimentos dirigidas a la niñez y la adolescencia con miras a reducir el consumo de comida rápida, las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional. A fin de proteger el derecho de los niños a la salud y otros derechos humanos conexos, se insta a los gobiernos a que contemplen la posibilidad de establecer políticas fiscales y mecanismos regulatorios, dado que los enfoques voluntarios aún no han tenido éxito en reducir la obesidad en la niñez (55, 56).

Objetivo 3.1: Aumentar el precio de las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional mediante políticas tributarias.

Indicador:

- 3.1.1: Número de países que han aprobado legislación para gravar las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.
(Línea de base: 1. Meta: 10)

Objetivo 3.2: Establecer reglamentos para proteger a la población infantil y adolescente frente al efecto de la promoción y la publicidad de las bebidas azucaradas, la comida rápida y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.

Indicador:

- 3.2.1: Número de países que han establecido reglamentos para proteger a la población infantil y adolescente del impacto de la promoción y publicidad de las bebidas azucaradas, la comida rápida y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional de acuerdo con las *Recomendaciones de la consulta de expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas*.
(Línea de base: 1. Meta: 15)

Objetivo 3.3: Elaborar y establecer normas para el etiquetado del frente del envase que permitan identificar los alimentos no saludables de manera rápida y sencilla.

Indicador:

- 3.3.1: Número de países que han establecido normas, que tengan en cuenta el Codex Alimentarius, para el etiquetado del frente del envase que permiten identificar de manera rápida y sencilla las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.
(Línea de base: 1. Meta: 15)

Línea de acción estratégica 4: Otras medidas multisectoriales

25. El abordaje eficaz de la obesidad en la niñez y la adolescencia exige actividades multisectoriales con participación del sector público y el no gubernamental, así como del sector privado cuando sea apropiado. Dos áreas esenciales que se han contemplado en este plan de acción son la disposición de espacios urbanos para la actividad física y las medidas que permitan mejorar la disponibilidad y el acceso a los alimentos nutritivos. La creación de espacios públicos como los parques, la puesta en marcha de programas de ciclovías recreativas¹⁷ y de sistemas rápidos de transporte público, son iniciativas que promueven la actividad física. También son importantes las intervenciones orientadas a mejorar los sistemas de producción, almacenamiento y distribución de los alimentos. La iniciativa de agricultura familiar es un ejemplo de este tipo de intervenciones, dado que una proporción considerable de los alimentos naturales en la Región se producen en unidades agrícolas de tamaño mediano y pequeño.

Objetivo 4.1: Mejorar el acceso a los espacios recreativos urbanos como los programas de ciclovías recreativas.

Indicador:

- 4.1.1: Número de países en los cuales la población tiene acceso a por lo menos cinco ciudades con programas de ciclovías recreativas.
(Línea de base: 6. Meta: 15)

Objetivo 4.2: Adoptar medidas a nivel nacional o subnacional para aumentar la disponibilidad y la asequibilidad de alimentos nutritivos.

Indicadores:

- 4.2.1: Número de países que han creado incentivos a nivel nacional en apoyo de los programas de agricultura familiar.
(Línea de base: 5. Meta: 21)

¹⁷ Ciclovías recreativas; programas que cierran periódicamente las calles al tráfico de vehículos para fines de recreación.

- 4.2.2: Número de países que han introducido medidas para mejorar los precios relativos y la accesibilidad a alimentos saludables.
(Línea de base: 3. Meta: 10)

Línea de acción estratégica 5: Vigilancia, investigación y evaluación

26. Los sistemas de información sobre la vigilancia son fundamentales para la formulación de políticas a escala nacional y regional, y el desglosamiento de datos es igualmente importante para hacer que esas políticas sean sensibles a la equidad (57). Antes de diseñar un sistema nuevo, resulta útil evaluar las capacidades actuales y los datos disponibles en el país. Algunos países ya han adaptado los sistemas que se usan internacionalmente, como la encuesta mundial de salud de los alumnos en las escuelas de la Organización Mundial de la Salud y las encuestas sobre el gasto familiar. Otros han elaborado su propio sistema, como en el caso del sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales en Estados Unidos (BRFSS por su sigla en inglés) y la encuesta telefónica de Brasil para la vigilancia de los factores de riesgo y la protección frente a las enfermedades crónicas llamada *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (VIGITEL), entre otros. Es importante integrar los distintos sistemas de información y crear alianzas y redes con instituciones académicas y científicas para establecer sistemas integrales de vigilancia.

Objetivo 5.1: Fortalecer los sistemas de información de los países para que los datos sobre las tendencias y los determinantes de la obesidad, desglosados por al menos dos estratificadores de la equidad estén disponibles sistemáticamente para la adopción de decisiones de políticas.

Indicadores:

- 5.1.1: Número de países con un sistema implantado para publicar informes sobre la malnutrición que incluye el tema del sobrepeso y la obesidad en la población infantil y adolescente en edad escolar desglosado al menos en dos estratificadores de equidad.
(Línea de base: 3. Meta: 8)

Seguimiento y evaluación

27. Lograr el objetivo general y los objetivos específicos establecidos en este plan de acción depende en gran parte de contar con información fidedigna y oportuna disponible en los programas de vigilancia, y de que la información vaya acompañada del análisis y las interpretaciones precisas, a fin de obtener recomendaciones de políticas basadas en pruebas científicas. La recopilación de datos para monitorear la ejecución de este plan de acción se incluirá como parte del sistema de seguimiento del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. En consecuencia, el progreso se evaluará cada dos años. Para determinar varios de los indicadores será necesario hacer una encuesta a fin de establecer la línea de base. Con ese propósito, la OPS establecerá un sistema de recopilación de datos para

monitorear las actividades y evaluar el progreso a fin de alcanzar el objetivo general. El sistema se basará en los indicadores propuestos para cada área de acción.

Implicaciones financieras

28. Se calcula que el gasto total, incluidas tanto las actividades como el personal actual y adicional de Oficina Sanitaria Panamericana, será de US\$ 3.080.000.¹⁸ El costo del personal actual (\$1.710.000) está cubierto por el presupuesto ordinario de la OPS, por lo que se deberán movilizar recursos para cubrir el costo del personal adicional (\$600.000) y de las actividades (\$770.000) de la OPS. Las actividades que emprendan los países y los asociados deberán financiarse a partir de iniciativas multisectoriales a nivel local.

Intervención del Consejo Directivo

29. Se invita al Consejo Directivo a que examine el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* y a que considere la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución que se encuentra en el anexo A.

Anexos

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 (OMS, Serie de Informes Técnicos 916) [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf.
2. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective [Internet]. Washington (DC): AICR; 2007 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/reports/Second_Expert_Report.pdf.
3. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure [en línea]. *The Lancet* 2002 Aug 10; 360 (Issue 9331): 473–482 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602096782>.

¹⁸ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente documento se encuentran en dólares de los Estados Unidos.

4. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Pub Health* 2007 Apr; 97(4):667-675.
5. Morenga LT, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies [en línea]. *BMJ* 2013;346:e7492 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.e7492>.
6. Fung TT, Malik V, Rexrode KM, et al. Sweetened beverage consumption and risk of coronary heart disease in women. *Am J Clin Nutr* 2009;89(4):1037-1042. doi: 10.3945/ajcn.2008.27140.
7. Malik VS, Popkin BM, Bray G, Despres J-P, et al. Sugar sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type-2 diabetes: a meta-analysis [publicado en línea el 6 de agosto del 2010]. *Diabetes Care* 2010; 3(11):2477-2484 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://care.diabetesjournals.org/content/33/11/2477>.
8. Bremer AA, Mietus-Snyder M, Lustig R. Toward a unifying hypothesis of metabolic syndrome [publicado en línea el 20 de febrero del 2012]. *Pediatrics* 2012 Mar 1; 129(3): 557-570 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/557.long>.
9. Lyssiotis CA, Cantley LC. Metabolic syndrome: F stands for fructose and fat [en línea]. *Nature* 2013 Oct 10; 502:181-182 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.nature.com/nature/journal/v502/n7470/full/502181a.html>.
10. Stanhope KL, Schwarz JM, Keim NL, Griffen SC, Bremer AA, Graham JL, Hatcher B, Cox CL, Dyachenko A, Zhang W, et al. Consuming fructose-sweetened, not glucose-sweetened, beverages increases visceral adiposity and lipids and decreases insulin sensitivity in overweight/obese humans [Internet]. *J. Clin. Invest* 2009 May;119(5):1322–1334 [consultado el 28 de abril del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19381015>.
11. Mozaffarian D, Ludwig DS. Dietary guidelines in the 21st century—a time for food (commentary). *J Am Med Assoc* 2010;304(6):681-682.
12. World Health Organization. Preparation and use of food-based dietary guidelines: report of a joint WHO/FAO consultation [Internet]. Ginebra: OMS; 1998 (OMS, serie de informes técnicos 880) [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_880.pdf.
13. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El estado mundial de la agricultura y la alimentación: Sistemas alimentarios para una

- mejor nutrición [Internet]. Roma: FAO; 2013 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.fao.org/docrep/018/i3300s/i3300s00.htm>.
14. Simopoulos AP, Bourne PG, Faergeman O. Bellagio Report on Healthy Agriculture, Healthy Nutrition, Healthy People [Internet]. *Rev Panam Salud Publica* 2013 Mar;33(3): 230-236 [consultado el 28 de abril del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23698143>.
 15. Jacoby E. The best food on earth. Peru: As good as it gets (Commentary) [en línea]. *World Nutrition* 2012 Jul; 3(7):294-306 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.wphna.org/htdocs/downloads/july2012/12-07%20WN3%20Peru%20food%20pdf.pdf>.
 16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf.
 17. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries [Internet]. *The Lancet* 2013 Feb 23-Mar 1; Vol. 381, Issue 9867:670-679 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3).
 18. Monteiro C, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev* 2013 Nov;14(Suppl. S2): 21-28.
 19. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la consulta de expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas [Internet]. Washington DC: OPS; 2011 [consultado el 2 de abril del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18285.
 20. Dora C, Hosking J, Mudu P, Fletcher ER. Urban transport and health. Module 5g. Sustainable transport: a sourcebook for policy-makers in developing cities [Internet]. Ginebra: WHO/GTZ; 2011 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/hia/green_economy/giz_transport.pdf.
 21. Cohen L, Davis R, Lee V, Valdovinos E. Addressing the intersection: preventing violence and promoting healthy eating and active living. Oakland (CA): Prevention Institute; 2010.

-
22. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf.
 23. Cunningham SA, Kramer MR, Venkat Narayan KM. Incidence of childhood obesity in the United States [en línea]. *N Engl J Med* 2014; 370(5):403-411 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
<http://www.nejm.org/doi/abstract/10.1056/NEJMoa1309753>.
 24. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment [en línea]. *Circulation* 2005;111:1999-2012 (AHA Scientific Statement) [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
<http://circ.ahajournals.org/content/111/15/1999.full>.
 25. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity [en línea]. *N Engl J Med* 1997;337:869–873 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199709253371301>.
 26. Michaud P-A, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition: epidemiology, developmental issues and health care provision [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 (WHO discussion papers on adolescence) [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595704_eng.pdf.
 27. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, Layden J, Carnes BA, Brody J, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century [en línea]. *N Engl J Med* 2005; 352:1138-1145 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsr043743>.
 28. National Research Council. Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance. Washington (DC): The National Academies Press; 2005.
 29. Birch LL and Doub AE. Learning to eat: birth to age 2 [en línea]. *Am J Clin Nutr* 2014 Mar; 99(3):723S-8S. [Publicación electrónica previa a la versión impresa] [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24452235>.
 30. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna [Internet]. Ginebra: OMS; 1981 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42533/1/9243541609_spa.pdf.
-

-
31. McLaren L. Socioeconomic Status and obesity [en línea]. *Epidemiol Rev* 2007; 29(1):29-48 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://epirev.oxfordjournals.org/content/29/1/29.long>.
 32. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin B. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review [en línea] *Bull World Health Organ*. 2004 Dec; 82(12): 940-946 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004001200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
 33. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar el resumen de orientación en español y el documento completo en inglés en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/.
 34. Rivera J, Avila M, Salinas C et al. Obesidad en México. Recomendaciones para una política de estado. Mexico, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Grupo Multidisciplinario sobre la Obesidad de la Academia Nacional de Medicina; 2013.
 35. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2010 [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Epidemiología [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/descarga-ens/>.
 36. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2012: With special feature on emergency care [Internet]. Hyattsville (MD): CDC NCHS; 2013 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus12.pdf>.
 37. Caribbean Food and Nutrition Institute. Report on the anthropometry of children 0 to 4 years old in the Caribbean. Kingston: CFNI; 2012.
 38. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012 [en línea]. *JAMA*. 2014;311(8):806-814 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1832542>.
 39. Rivera JA, González de Cossio T, Pedraza LS, Aburto TC, Sánchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review [en línea]. *The Lancet Diabetes-Endocrinology* 2013; Vol. 2, Issue 4, 2014 Apr p. 321-332 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6).
-

40. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares, 2008 [Internet]. Lima: INEI, 2008 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/condiciones-de-vida/3/>.
41. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) [Internet]. Cuernavaca: INSP; 2012 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://ensanut.insp.mx/>.
42. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ENSIN - Encuesta nacional de situación nutricional en Colombia [Internet]. Bogotá: ICBF; 2010 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1>.
43. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index among US children and adolescents, 2007-2008 [en línea]. JAMA 2010 Jan 20;303(3):275-276 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=185233>.
44. Employment and Social Development Canada. Indicators of well-being in Canada [Internet]. Canada: Human Resources and Skills Development Canada (HRSDC); 2013 [consultado el 20 de diciembre del 2013]. Se puede encontrar en: <http://www4.hrsdc.gc.ca/d.4m.1.3n@-eng.jsp?did=3>.
45. Robert Wood Johnson Foundation. Health Policy Snapshot. Childhood Obesity. [Internet]. Princeton (NJ): RWJF c2012 (Issue Brief 2012 Sep) [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2012/rwjf401163.
46. Centers for Disease Control and Prevention. Mortality and Morbidity Weekly Report (MMWR). Vital signs: obesity among low-income, preschool-aged children — United States, 2008–2011 [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2013 Aug 9; 62(31):629-634 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6231a4.htm>.
47. Pérez-Escamilla R and Kac G. Childhood obesity prevention: a life-course framework. *International Journal of Obesity Supplements* (2013) 3:S3–S5.
48. Pan American Health Organization. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington DC: OPS; 2007 [consultado el 2 de julio del 2014]. Se puede encontrar en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf.

49. Lutter CK, Lutter R. Fetal and early childhood undernutrition, mortality and lifelong health [en línea]. *Science* 2012;337:1495-1499 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
<http://www.sciencemag.org/content/337/6101/1495>.
50. Lobelo F, Garcia de Quevedo I, Holub CK, Nagle BJ, Arredondo EM, Barquera S, et al. School-based programs aimed at the prevention and treatment of obesity: evidence-based interventions for youth in Latin America. *J Sch Health* 2013;83(9):668-7.
51. Verstraeten R, Roberfroid D, Lachat C, Leroy JL, Holdsworth M, Maes L, et al. Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2012 Aug;96(2): 415-38.
52. United States Department of Agriculture. Nutrition standards in the national school lunch and school breakfast programs; Final rule. Federal Register. 77(17). 2012 Jan 26 [consultado el 2 de Julio del 2014]. Se puede encontrar en:
<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2012-01-26/pdf/2012-1010.pdf>
53. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf?ua=1>.
54. World Health Organization. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/MarketingFramework2012.pdf>.
55. Galbraith-Emami S, Lobstein T. The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obes Rev* 2013;14(12):960-974.
56. Hawkes C, Harris JL. An analysis of the content of food industry pledges on marketing to children. *Public Health Nutr* 2011;14(8):1403-14.
57. World Health Organization. Handbook on health inequality monitoring, with special focus on low- and middle-income countries [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 28 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf.

53.º CONSEJO DIRECTIVO

66.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

CD53/9
Anexo A
Original: inglés

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* para el período 2014-2019 (documento CD53/9);

Recordando el derecho de los niños y las niñas al goce del grado máximo de salud que se pueda alcanzar, según se establece en la Constitución de Organización Mundial de la Salud, la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y otros instrumentos internacionales y regionales sobre los derechos humanos;

Consciente de que el sobrepeso y la obesidad han alcanzado proporciones epidémicas en la niñez y la adolescencia en la Región de las Américas, y de que el problema ya ha llevado a que se emprendan diversas iniciativas de control a escala local así como a escala nacional por parte de los Estados Miembros;

Reconociendo que el conocimiento científico y de salud pública acerca de los mecanismos que actúan en la epidemia actual de la obesidad y de las medidas del ámbito público requeridas para controlarla es vasto y sólido;

Consciente de que el presente plan de acción está en consonancia con los mandatos internacionales establecidos por la Asamblea Mundial de la Salud, en particular la *Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud* (WHA57.17 [2004]) y el *Plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño* (WHA65.6 [2012]), además de los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS como la *Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez* (CSP28/10 [2012]), la *Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes* (CD48.R5 [2008]), la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición*

en la salud y el desarrollo, 2006-2015 (CD47/18 [2006] y CSP28/INF/3-C [2012]), la Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (documentos CSP28/9, Rev. 1 [2012] y CD52/7, Rev. 1 [2013]), así como con la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948) y la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (1989),

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* para el período 2014-2019.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) otorguen prioridad y aboguen al nivel más alto para que se ejecute este plan de acción;
 - b) promuevan la coordinación entre los ministerios y las instituciones públicas, principalmente en los sectores de la educación, la agricultura y la ganadería, las finanzas, el comercio, el transporte y la planificación urbana, así como con las autoridades locales de las ciudades, a fin de alcanzar el consenso a nivel nacional y de combinar sinérgicamente las medidas para detener el avance de la epidemia de la obesidad en la niñez;
 - c) apoyen y dirijan iniciativas conjuntas del sector público y el privado y las organizaciones de la sociedad civil en torno a este plan de acción;
 - d) elaboren programas y planes de comunicación masiva para difundir el plan de acción y educar al público sobre los asuntos relativos a los alimentos, la alimentación saludable y el valor de las tradiciones culinarias locales congruentes con la alimentación saludable;
 - e) establezcan un sistema integrado de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de las políticas, los planes, los programas, la legislación y las intervenciones que permita determinar la repercusión de la ejecución del plan de acción;
 - f) procuren que se establezcan procesos para que haya análisis y revisión externa de la ejecución del plan sobre la base de las prioridades, las necesidades y las capacidades nacionales.
3. Solicitar a la Directora que:
 - a) preste apoyo a los Estados Miembros, en colaboración con otros organismos y comités de las Naciones Unidas como la Organización de las Naciones Unidas

- para la Alimentación y la Agricultura, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Programa Mundial de Alimentos y el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, otros interesados directos y donantes, al igual que los sectores nacionales, a fin de trabajar conjuntamente en torno a este plan de acción, en particular las actividades a nivel subregional y de país;
- b) promueva la ejecución y la coordinación del plan de acción para garantizar que las actividades sean transversales entre las distintas áreas programáticas de la Organización y los distintos contextos subregionales y regionales;
 - c) promueva y consolide la cooperación con los países y entre ellos, y el intercambio de experiencias y enseñanzas;
 - d) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre el avance y las limitaciones en la ejecución de este plan de acción, así como sobre su adaptación a nuevos contextos y necesidades.

Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Oficina de los proyectos de resolución

1. Punto del orden del día: 4.7 - Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia.

2. Relación con el Programa y Presupuesto 2014-2015:

- a) **Categorías:** 2 - Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo
- b) **Áreas programáticas y objetivos:** 2.5 Nutrición
RIT 2.5.3 Porcentaje de menores de 5 años que tienen sobrepeso

3. Repercusiones financieras:

- a) **Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

Se calculó que el gasto total del personal actual de la OPS, el personal adicional y las actividades sería de US\$3.080.000.

- b) **Costo estimado para el bienio 2014-2015 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

El costo calculado para el bienio 2014-2015 es de US\$992.000.

- c) **Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?**

El costo del personal actual (US\$1.710.000) está cubierto en el presupuesto ordinario de la OPS. La movilización de recursos será para el personal adicional (US\$600.000) y las actividades que llevará a cabo la OPS (US\$770.000). Las actividades a cargo de los países y los asociados deberían financiarse a partir de las iniciativas multisectoriales a nivel local.

4. Repercusiones administrativas

- a) **Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:**

Este plan de acción se ejecutará a nivel regional, subregional y de país.

- b) **Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):**

Se necesitará personal adicional (un funcionario de nivel P.3 en la oficina regional) para realizar las actividades específicas en apoyo de la ejecución y la evaluación de este plan.

c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):

Primer año: Difusión, promoción de la causa y movilización de recursos para la ejecución del plan a nivel regional, subregional y de país.

Segundo año: Consultas técnicas para formular normas alimentarias, modelos para aplicar un marco legislativo y normativo armonizado, y guías para ejecutar y evaluar programas e intervenciones basados en pruebas científicas (factibilidad de un convenio marco sobre la alimentación sana, la reglamentación de la publicidad y la promoción, la elaboración de políticas escolares, el seguimiento y la evaluación).

Tercer año: Aumento de la capacidad para aplicar los modelos reguladores y legislativos y las guías para aplicar y evaluar los programas y las intervenciones a nivel nacional.

Cuarto año: Cooperación técnica y vigilancia para la ejecución del plan de acción.

Quinto año: Cooperación técnica, evaluación y presentación de informes sobre los logros del plan de acción.

**PLANILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA CON
LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

1. Punto del orden del día: 4.7 - Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia

2. Unidad a cargo: Familia, Género y Curso de Vida/Curso de Vida Saludable (FGL/HL)

3. Funcionario a cargo: Dra. Chessa Lutter, Dr. Enrique Jacoby e integrantes del grupo de trabajo interprogramático sobre la obesidad en la niñez

4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:

Ministerios de salud, educación y agricultura y ganadería; Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP); Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de Chile; Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México; EMBARQ (Estados Unidos); Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos; Universidad de São Paulo en Brasil; y Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA).

5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:

Este plan de acción se vincula a la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 puesto que las medidas que se proponen en él fortalecerán a las autoridades sanitarias nacionales; abordarán los determinantes de la salud; reducirán las desigualdades en materia de salud; aprovecharán el conocimiento, la ciencia y la tecnología; y reducirán la carga de morbilidad asociada con la nutrición y las enfermedades no transmisibles.

6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2014-2019:

Este plan de acción contribuirá a alcanzar los objetivos de categoría 2 sobre las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo: “Reducir la carga de las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las neumopatías crónicas, la diabetes y los trastornos de salud mental, así como la discapacidad, la violencia y los traumatismos, mediante la promoción de la salud y la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo”. En concreto, este plan contribuirá a alcanzar las metas mundiales y regionales al detener la epidemia de la obesidad en la niñez.

Además, este plan está en plena consonancia con las metas de la categoría 3 sobre los determinantes de la salud y la promoción de la salud a lo largo de todo el curso de vida: “Promover la buena salud en las etapas clave de la vida, tener en cuenta la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud (las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen), y adoptar enfoques basados en la igualdad de género, la etnicidad, la equidad y los derechos humanos”.