



Enfoques poblacionales de la

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL



Organización
Mundial de la Salud

Enfoques poblacionales de la

**PREVENCIÓN
DE LA OBESIDAD
INFANTIL**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Enfoques poblacionales de la prevención de la obesidad infantil.

1.Obesidad – prevención y control. 2.Bienestar del Niño. 3.Ejercicio. 4.Hábitos Alimenticios. 5.Servicios de Salud Comunitaria. 6.Participación Comunitaria. I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350478 0

(Clasificación NLM: WD 210)

© 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.

Índice

Lista de figuras	7
Lista de cuadros	7
Siglas	8
Agradecimientos	9

Sinopsis **11**

1 Introducción **13**

1.1	Obesidad infantil	13
1.2	Principales estrategias mundiales relacionadas con la prevención de la obesidad	13
1.3	Foro y Reunión Técnica de la OMS sobre las Estrategias Poblacionales de Prevención de la Obesidad Infantil	15
1.4	Finalidad y estructura del documento	15

2 Principios rectores de la formulación de una estrategia poblacional de prevención de la obesidad infantil **16**

2.1	Estrategia integrada	16
2.2	Respaldo político por parte de múltiples niveles de gobierno	16
2.3	Equidad e inclusividad	17
2.4	Apoyo ambiental	17
2.5	Monitoreo y vigilancia	18
2.6	Colaboración con múltiples sectores y entornos	18
2.7	Transparencia	18
2.8	Contextualización	19
2.9	Sostenibilidad	19
2.10	Coordinación	20
2.11	Definición clara de las prioridades	20

3 Principales componentes de una estrategia poblacional de prevención de la obesidad infantil **21**

4 Estructuras gubernamentales para apoyar las políticas e intervenciones de prevención de la obesidad infantil **23**

4.1	Liderazgo	23
4.2	Integración de “la salud en todas las políticas”	23
4.3	Financiación destinada específicamente a la promoción de la salud	24
4.4	Sistemas de monitoreo de la ENT	24
4.5	Capacidad de la mano de obra	25
4.6	Redes y alianzas	26
4.7	Normas y directrices	26

Políticas e iniciativas que abarcan a toda la población **27**

5.1	Políticas que influyen en los entornos alimentarios	27
5.1.1	Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas malsanos dirigida a los niños	28
5.1.2	Etiquetado nutricional	28
5.1.3	Impuestos y subvenciones de los alimentos	29
5.1.4	Iniciativas de promoción de las frutas y hortalizas	30
5.1.5	Otras políticas alimentarias	31
5.2	Políticas para fomentar la actividad física	33
5.3	Campañas de mercadeo social	34

Intervenciones comunitarias **36**

6.1	¿Qué son las intervenciones comunitarias?	36
6.2	Las mejores prácticas en la ejecución de intervenciones comunitarias	36
6.2.1	Colaboración con la comunidad	37
6.2.2	Concepción y planificación del programa	37
6.2.3	Aplicación	38
6.2.4	Sostenibilidad	38
6.2.5	Gobernanza y transparencia	38
6.2.6	Evaluación	38
6.3	Componentes de las intervenciones comunitarias	41
6.4	Medidas que funcionan en diferentes entornos	42
6.4.1	Establecimiento de atención de la primera infancia	42
6.4.2	Escuelas primarias y secundarias	43
6.4.3	Otros entornos comunitarios	47

Conclusiones **48**

Referencias **49**

Lista de figuras

Figura 1	Modelo esquemático del marco para la aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en los Estados Miembros	14
Figura 2	Componentes fundamentales de una estrategia poblacional de prevención de la obesidad infantil	21

Lista de recuadros

Recuadro A	Impartición de capacitación a los docentes del Caribe para que incorporen recomendaciones sobre la dieta y la actividad física a los planes de estudio escolares	25
Recuadro B	Etiquetado nutricional basado en el sistema de “semáforo” en la parte delantera del envase	29
Recuadro C	Limitación de los ácidos grasos <i>trans</i>	32
Recuadro D	Políticas a favor de servicios alimentarios saludables en los establecimientos públicos, Queensland (Australia)	32
Recuadro E	Fomento de la actividad física en Bogotá (Colombia)	34
Recuadro F	Campaña de mercadeo social para promover la actividad física en el Brasil	35
Recuadro G	EPODE	39
Recuadro H	Proyecto del Pacífico para la prevención de la obesidad en las comunidades (OPIC)	40
Recuadro I	Colaboración de Sitios Comunitarios de Prevención de la Obesidad (CO-OPS Collaboration) (Australia)	41
Recuadro J	Prevención comunitaria de la obesidad en niños pequeños: “Romp & Chomp” (Australia)	43
Recuadro K	Intervención escolar de múltiples componentes centrada en la nutrición y el modo de vida en el norte de la India	44
Recuadro L	Ejemplo de intervención escolar de prevención de la obesidad infantil en Beijing (China)	45
Recuadro M	El programa de alimentación escolar en Jamaica	46

Siglas

IMC	índice de masa corporal
UE	Unión Europea
ENT	enfermedad no transmisible
ONG	organización no gubernamental
OMS	Organización Mundial de la Salud
EE.UU.	Estados Unidos de América

Agradecimientos

El presente documento ha sido elaborado por Gary Sacks, Boyd Swinburn y Godfrey Xueieb, con la colaboración y contribución de Timothy Armstrong, Francesco Branca y Paul Bloem. Algunas partes del documento se basan en las siguientes publicaciones de la Organización Mundial de la Salud: *Interventions on diet and physical activity: what works: summary report* (2009) y *Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15-17 December 2009* (2010).

La elaboración y producción del presente documento han sido posibles gracias al apoyo financiero y la generosidad del Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Francia, que evidencian su interés por colaborar de forma continuada en la elaboración y aplicación de políticas y programas de apoyo a la prevención de la obesidad infantil.

Organización Mundial de la Salud
Noviembre de 2012

Sinopsis

Tanto la Declaración Política de las Naciones Unidas dimanante de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles como la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que la prevención de ámbito poblacional es fundamental para frenar el aumento de las enfermedades no transmisibles y, en particular, la obesidad infantil.

Como parte de su compromiso de prestar asesoramiento técnico a los Estados Miembros respecto de la aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, la OMS organizó en 2009 un Foro y Reunión Técnica Mundiales sobre las Estrategias de Prevención Poblacional de la Obesidad Infantil cuyo objetivo general consistió en identificar las prioridades de dichas estrategias poblacionales y definir las funciones y responsabilidades de las distintas partes interesadas. En el marco del seguimiento de la Reunión se pidió a la OMS que creara un instrumento que permitiera a los Estados Miembros determinar e identificar las áreas de acción prioritarias y que proporcionara ejemplos de estrategias poblacionales para prevenir la obesidad infantil. El presente documento responde a esta última petición y tiene como finalidad proporcionar a los Estados Miembros una visión de conjunto de los tipos de intervenciones de prevención de la obesidad infantil que se pueden adoptar a nivel nacional, subnacional y local. Cuando procede, el documento también trata de señalar qué medidas de prevención tienen probabilidades de ser más eficaces.

En primer lugar, el documento define los principios que rigen la elaboración de las estrategias de prevención poblacional de la obesidad infantil. Es evidente que las medidas de prevención de la obesidad infantil han de ser adoptadas en múltiples contextos y en todos los niveles de gobierno. Asimismo han de incluir varios enfoques e involucrar a una amplia gama de partes interesadas. Además, tienen que integrarse plenamente en otras medidas destinadas a controlar los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Las políticas de prevención de la obesidad tienen que ser incluyentes y mejorar la equidad, incluir intervenciones que se adapten a los contextos locales y llevarse a cabo de forma transparente y sostenible. La vigilancia, el monitoreo y la evaluación también son fundamentales para respaldar medidas eficaces. La priorización de las medidas de políticas debe ser explícita y contar con procesos definidos para seleccionar las intervenciones que se aplicarán de forma escalonada.

Los enfoques de la prevención poblacional de la obesidad pueden dividirse en tres grandes componentes:

El primero son las estructuras de que disponen los gobiernos para respaldar las políticas y las intervenciones de prevención de la obesidad infantil. Se trata de aspectos estructurales como el liderazgo, "la salud en todas las políticas"; la financiación destinada específicamente a la promoción de la salud, los sistemas de monitoreo de las enfermedades no transmisibles, la capacidad de la mano de obra o las redes y alianzas que hay que tener en funcionamiento para respaldar y potenciar la eficacia de las iniciativas políticas e intervenciones comunitarias más directas.

El segundo componente son las políticas e iniciativas que abarquen a la totalidad de la población. Se trata de medidas políticas directas que ayuden a crear entornos que favorezcan las dietas saludables y la actividad física. Los tipos de instrumentos de políticas utilizados habitualmente como parte de este componente de una estrategia integral de prevención de la obesidad infantil son las leyes y reglamentaciones, los impuestos y los subsidios, y las campañas de mercadeo social que afectan

a la totalidad o a grandes grupos de la población. Entre las políticas que influyen en los entornos alimentarios y que pueden resultar eficaces se encuentran las restricciones de las actividades de promoción y publicidad relacionadas con los alimentos y las bebidas no alcohólicas malsanas para niños, el etiquetado nutricional y los impuestos y subsidios de los alimentos. Entre las políticas que influyen en los entornos relacionados con la actividad física y que tienen una eficacia demostrada se encuentran las intervenciones dirigidas al entorno edificado, las políticas que reducen 12 obstáculos a la actividad física, las políticas de transporte, las políticas destinadas a aumentar el espacio para actividades recreativas y las políticas para promover la actividad física en el medio escolar.

El tercer componente son las intervenciones de carácter comunitario, es decir, las intervenciones y los programas con múltiples componentes que generalmente se aplican en múltiples entornos, que están adaptados al entorno local y que se aplican localmente. Los principios de las prácticas óptimas para diseñar y aplicar intervenciones de carácter comunitario incluyen la firme participación de la comunidad en todas las fases del proceso, la planificación cuidadosa de intervenciones para incorporar información local, y la integración del programa en otras iniciativas llevadas a cabo en la comunidad. Las intervenciones de carácter comunitario han demostrado tener éxito cuando se aplican en múltiples contextos, como los entornos de atención de la primera infancia, las escuelas y otros entornos de la comunidad. Es importante señalar que las intervenciones de un solo componente también pueden constituir una parte valiosa de un planteamiento escalonado de la prevención de la obesidad, por ejemplo como primer paso para aplicar un programa de intervenciones con múltiples componentes y en múltiples entornos.

En resumen, hay una amplia gama de medidas poblacionales que los gobiernos pueden adoptar para prevenir la obesidad infantil. Una estrategia integral de prevención de la obesidad infantil ha de incluir aspectos de cada uno de los componentes fundamentales. Para aplicar iniciativas y programas eficaces y culturalmente adaptados de prevención poblacional de la obesidad y para garantizar que en ellos se incluya a los grupos vulnerables, como los niños con discapacidad, se precisan inversiones estratégicas. Es imprescindible que esas intervenciones abarquen a la totalidad de la población, en diversos entornos y mediante múltiples estrategias.

Introducción

1.1 Obesidad infantil

En los tres últimos decenios ha habido un considerable aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad (1). Se calcula que en el mundo hay unos 170 millones de niños (menores de 18 años) con sobrepeso (2). La mayor prevalencia de sobrepeso corresponde a los países de ingresos medianos-altos, y la menor al grupo de países de ingresos bajos. No obstante, el sobrepeso está aumentando en casi todos los países, y el incremento de la prevalencia es más rápido en los países de ingresos medianos-bajos (1).

La elevada prevalencia del sobrepeso y la obesidad tiene graves consecuencias para la salud. El aumento del índice de masa corporal (IMC) es un importante factor de riesgo de enfermedades tales como las cardiopatías, la diabetes de tipo 2 y muchos cánceres (por ejemplo, los colorrectales, renales y esofágicos) (3, 4). Estas enfermedades, a menudo denominadas enfermedades no transmisibles (ENT), son causa no solo de mortalidad prematura, sino también de morbilidad a largo plazo. Además, el sobrepeso y la obesidad se asocian en los niños a importantes reducciones de la calidad de vida (5, 6) y a un mayor riesgo de sufrir burlas, acoso y aislamiento social (2).

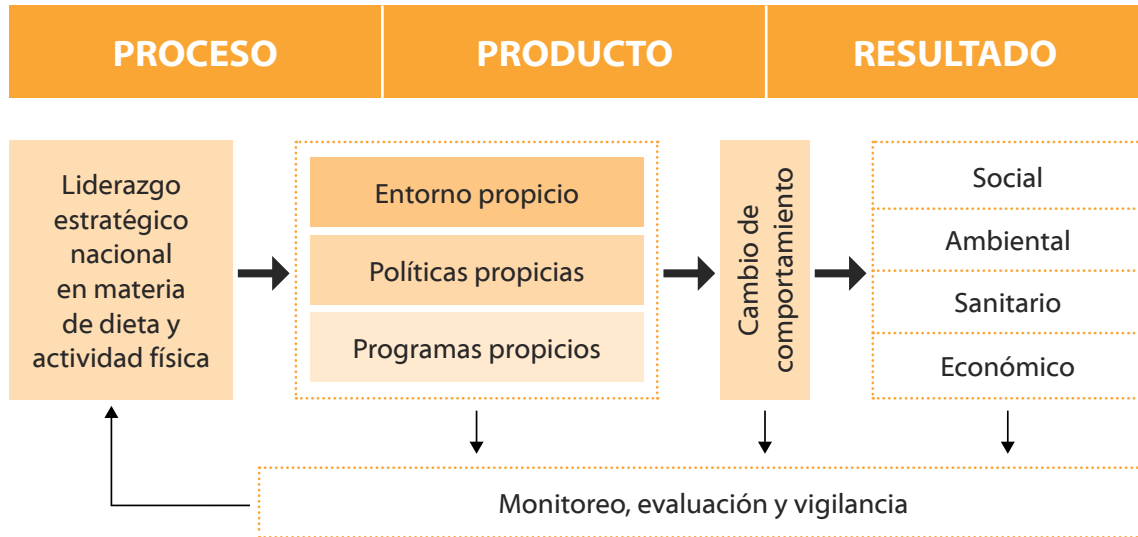
Debido al aumento rápido de su prevalencia y a sus graves consecuencias para la salud pública, la obesidad suele considerarse uno de los problemas de salud pública más graves de principios del siglo XXI (1, 7).

1.2 Principales estrategias mundiales relacionadas con la prevención de la obesidad

En 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó en su resolución WHA57.17 la *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud* (8), en la que se aborda el problema del aumento de la prevalencia y la carga de ENT y, más concretamente los hábitos mundiales relacionados con la dieta y la actividad física.

Posteriormente, en 2008, la OMS elaboró un marco para ayudar a los Estados Miembros a monitorear y evaluar la aplicación de la Estrategia a nivel nacional (9) (figura 1). Dicho marco propone que los gobiernos nacionales ejerzan su liderazgo y faciliten la colaboración en la ejecución de las políticas y los programas destinados a fomentar entornos saludables. Se espera que esas medidas propicien cambios positivos en los comportamientos relacionados con la dieta y la actividad física y, por consiguiente, en los resultados sanitarios, sociales, ambientales y económicos conexos.

Figura 1 Modelo esquemático del marco para la aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en los Estados Miembros (9)



En 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (10)*, en la que se reconoce la magnitud de la crisis que suponen las ENT, en particular la obesidad, y la necesidad urgente de una acción mundial. Reconociendo el impacto directo de las ENT en el desarrollo económico y social y la gran amenaza que dichas enfermedades representan para las economías de muchos Estados Miembros, dicha Declaración Política ha supuesto un gran impulso para que los gobiernos adopten medidas preventivas y demuestren un liderazgo sólido (10). Tanto en la Declaración Política como en la Estrategia Mundial se reconoce que la prevención eficaz de las ENT requiere la participación de muchos grupos distintos de partes interesadas y planteamientos multisectoriales en los campos de la salud, la educación, la agricultura, la industria, el comercio y las finanzas, entre otros (10).

En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó en su resolución WHA65.6 el *Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño (11)*. En esa resolución se insta a los Estados Miembros a que pongan en práctica el plan de aplicación, y en particular el fortalecimiento de las políticas sobre nutrición destinadas a reducir la doble carga de la malnutrición.

1.3 Foro y Reunión Técnica de la OMS sobre las Estrategias Poblacionales de Prevención de la Obesidad Infantil

Como parte de su compromiso de prestar asesoramiento técnico a los Estados Miembros respecto de la aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, la OMS organizó en 2009 un Foro y Reunión Técnica sobre las Estrategias Poblacionales de Prevención de la Obesidad Infantil (12), cuyo objetivo general consistió en identificar las prioridades de dichas estrategias poblacionales de prevención de la obesidad infantil y definir las funciones y responsabilidades de las diversas partes interesadas.

Los participantes en la reunión propusieron una serie de medidas para hacer frente a la obesidad infantil, entre ellas la creación de herramientas apropiadas para los Estados Miembros (12). Concretamente, se pidió a la OMS que creara un instrumento que permitiera a los Estados Miembros determinar e identificar las áreas de acción prioritarias y que proporcionara ejemplos de estrategias poblacionales para prevenir la obesidad infantil. El presente documento responde a esta última petición.

1.4 Finalidad y estructura del documento

El presente documento pretende proporcionar a los Estados Miembros una visión de conjunto de los tipos de intervenciones de prevención de la obesidad infantil que se pueden adoptar a nivel nacional, subnacional y local. Aunque el principal centro de atención son los niños en edad de recibir enseñanza primaria y los adolescentes, hay varias intervenciones que también son beneficiosas para niños más pequeños. Cuando procede, se señalan qué medidas preventivas pueden ser enormemente eficaces.

Se describen los principios que rigen la elaboración de una estrategia poblacional de prevención de la obesidad infantil y se definen y comentan uno por uno los tres componentes fundamentales de esas estrategias. Asimismo, se exponen los tipos de enfoques que pueden adoptar los Estados Miembros y una serie de consideraciones sobre su diseño. Siempre que es posible, también se aportan ejemplos de países.

Para definir las estrategias de prevención poblacional de la obesidad infantil, lo ideal es utilizar este documento junto con el titulado *Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity* (13) y otros documentos de la OMS relacionados con la prevención de la obesidad infantil y las ENT.

Principios rectores de la formulación de una estrategia poblacional de prevención de la obesidad infantil

Los siguientes principios rectores de la formulación de una estrategia poblacional de prevención de la obesidad infantil se basan en los elaborados en el marco del Foro y Reunión Técnica de la OMS sobre las Estrategias Poblacionales de Prevención de la Obesidad Infantil (12).

2.1 Estrategia integrada

Los determinantes de la obesidad son complejos y diversos, por lo que es importante reconocer que no es probable que una intervención aislada permita prevenir la obesidad infantil (14). Las medidas para prevenir la obesidad infantil tienen que adoptarse en múltiples entornos, incluir diversos enfoques y contar con la participación de una amplia gama de partes interesadas. Es probable que sean necesarias intervenciones sostenidas a varios niveles: a nivel individual en las escuelas y entornos comunitarios para producir cambios de comportamiento, y en sectores como la agricultura, la fabricación de alimentos, la educación, el transporte o la planificación urbana (15). Cada intervención puede tener efectos mínimos cuando se evalúe aisladamente, pero puede constituir un componente importante de una estrategia global.

Las medidas de prevención de la obesidad infantil tienen que integrarse plenamente en otras medidas destinadas a controlar los principales factores de riesgo de las ENT, como el consumo de tabaco y alcohol, las dietas malsanas y la escasa actividad física (1). Para ello es necesario intervenir en todos los niveles de la sociedad: comunidades, gobiernos, organizaciones privadas y organizaciones no gubernamentales. Los factores de riesgo de las ENT están enraizados en la sociedad y son influenciados por las políticas nacionales en muchas áreas (1).

En muchos países de ingresos bajos y medianos, las medidas de prevención de la obesidad (y de las ENT en general) tienen que integrarse en medidas más amplias relacionadas con las cuestiones conexas de la seguridad alimentaria y la desnutrición (16).

Por último, las intervenciones para prevenir la obesidad infantil tienen que formar parte de los planes y programas ya existentes destinados a mejorar la dieta y la actividad física. Las intervenciones que utilizan entornos específicos también deben ser objeto de integración. Por ejemplo, en muchos casos las escuelas han sido capaces de integrar la educación destinada a modificar el comportamiento en los planes de estudios ya existentes (12).

2.2 Respaldo político por parte de múltiples niveles de gobierno

Las intervenciones destinadas a prevenir la obesidad deben estar respaldadas por políticas dimanantes de todos los niveles de gobierno: nacional, regional y local. Las políticas nacionales pueden crear entornos propicios, las políticas regionales pueden facilitar la mancomunación de recursos, y la adaptación local de las intervenciones posibilita que estas estén focalizadas y

sean más eficaces. El apoyo mundial (intergubernamental) a la prevención de la obesidad puede ayudar a abordar factores ambientales transnacionales, como la creación de un suministro de alimentos más saludables (12).

Es importante que se reconozca que las acciones no tienen por qué emprenderse por separado. Es posible la colaboración entre distintos niveles de gobierno, y las iniciativas locales pueden y deben estar en consonancia con las políticas nacionales y regionales que las respaldan.

2.3 Equidad e inclusividad

Algunos estudios indican que son los niños de nivel socioeconómico más alto, y no los más desfavorecidos, quienes más se benefician de las intervenciones. Por consiguiente, los planificadores de políticas y los especialistas deben tener en cuenta el impacto potencial de las intervenciones para asegurarse de que la prevención de la obesidad no profundice las desigualdades ya existentes. El centro de atención de las intervenciones destinadas a prevenir la obesidad debe ser la protección del derecho de todos los niños a iniciar su vida de forma saludable (12).

Es necesario que las estrategias y programas den prioridad a la inclusión de los grupos vulnerables, en particular los niños con discapacidad. Por ejemplo, en el caso de los niños con necesidades especiales de aprendizaje, se pueden formular recomendaciones y orientaciones sobre las modificaciones que es preciso introducir en las estrategias poblacionales en favor de grupos específicos (12). También es importante asegurarse de que los niños no se vean desfavorecidos por cuestiones de género.

2.4 Apoyo ambiental

Hay varios enfoques posibles para abordar los problemas de salud pública. En función de los puntos de intervención y de las áreas a las que se dirigen, suelen clasificarse como enfoques “de determinantes estructurales de la salud”, “de determinantes intermedios” o “de determinantes inmediatos” (17). Con respecto a la prevención poblacional de la obesidad infantil, la mayoría de las intervenciones serán probablemente “de determinantes estructurales de la salud” y “de determinantes intermedios de la salud”.

El enfoque “de determinantes estructurales de la salud” o socioecológico de la prevención de la obesidad tiene por objetivo conformar las circunstancias y condiciones que constituyen los determinantes de la equidad sanitaria y social en la sociedad. Las medidas se dirigen a los entornos alimentarios y de la actividad física, así como a los entornos socioeconómicos más generales (entre ellos los impuestos, el empleo, la educación, la vivienda y el bienestar), de modo que influyen indirectamente en los comportamientos de la población. Los sectores abarcados incluyen todos aquellos que están relacionados con el sistema alimentario, como la agricultura, el procesamiento de los alimentos, su distribución, comercialización y venta al por menor y los servicios relacionados con la alimentación, así como los sectores que influyen en el entorno de la actividad física, como las infraestructuras, el transporte y la educación (17).

Los enfoques “de determinantes intermedios de la salud” o conductuales de la prevención de la obesidad tienen por objetivo mejorar los hábitos conductuales de la población con respecto a la dieta y la actividad física. En general están dirigidos a los entornos en los que se pueden aplicar

programas e iniciativas en materia educativa y de mercadeo social para motivar a las personas a modificar sus comportamientos con respecto a la dieta y la actividad física (17). Entre esos entornos se encuentran los centros de atención infantil, las escuelas, los establecimientos comunitarios y recreativos, los hogares y los establecimientos religiosos.

Los enfoques “de determinantes inmediatos de la salud” tienen generalmente como objetivo apoyar los servicios de salud y las intervenciones médicas (clínicas). En el contexto de la prevención de la obesidad infantil, suelen ser de carácter individual más que poblacional.

2.5 Monitoreo y vigilancia

El monitoreo y la vigilancia continuados a nivel mundial, nacional y local son esenciales para comprender la naturaleza del problema y el contexto de la intervención. La información recopilada puede utilizarse para fundamentar las políticas, evaluar los progresos y llevar a cabo labores de concienciación. Además, los datos procedentes del monitoreo pueden utilizarse para reforzar la voluntad política mediante la diplomacia, acercar la investigación a las políticas, mejorar el intercambio de información, posibilitar una distribución adecuada de la financiación, poner en evidencia la obtención de resultados tempranos y rápidos e identificar los intereses de otros sectores (12).

2.6 Colaboración con múltiples sectores y entornos

La eficacia de la prevención de la obesidad depende de la adopción de medidas por parte de múltiples sectores para crear un entorno más sano. El desarrollo de un entorno que propicie la actividad física requerirá el apoyo político de sectores como el de la planificación urbanística (entorno edificado), la educación (actividad física en las escuelas), el deporte (actividades recreativas y capacidad de inclusión) y el transporte (transporte activo y transporte público). La mejora de la salubridad del suministro de alimentos requerirá, entre otras cosas, la implicación de los responsables de las normas alimentarias (reformulación), la comunicación (promoción y publicidad), el comercio (venta de alimentos al poner menor), la agricultura (inversión en producción primaria) y la educación (entornos alimentarios de las escuelas). Otros sectores, como el comercio y las finanzas, también pueden desempeñar una función a este respecto, por ejemplo introduciendo cambios en los sistemas de fiscalidad de los alimentos o en las políticas fiscales relativas a las actividades y los artículos deportivos (12).

2.7 Transparencia

Garantizar la transparencia y la eficacia en la colaboración con las partes interesadas ajenas a la administración pública se considera un factor fundamental del éxito de la aplicación de los programas. Entre los enfoques que contribuyen a minimizar los conflictos de intereses figuran la

accesibilidad pública de la información sobre las alianzas y la declaración obligatoria de los posibles conflictos de intereses.

La transparencia reviste una importancia especial al colaborar con el sector privado. Aunque las asociaciones público-privadas pueden mejorar la obtención de recursos y contribuir a garantizar la sostenibilidad, preocupa la influencia que las empresas con fines de lucro - en especial de la industria alimentaria - puedan ejercer sobre las prioridades de las intervenciones de prevención de la obesidad y la selección de estrategias (12).

2.8 Contextualización

Dependiendo de la zona, región o país, algunas medidas o políticas serán más importantes, apropiadas y factibles que otras. Por tanto, es indispensable que las decisiones relativas a las opciones políticas a las áreas prioritarias de acción se adopten a nivel local. Se deben analizar cuidadosamente los posibles ámbitos de actuación, y se han de tener en cuenta los factores locales, regionales o nacionales. Se han de tomar en consideración los factores históricos, políticos, culturales, sociales y económicos, así como los recursos disponibles y las políticas y sistemas existentes.

La contextualización también es importante al diseñar y aplicar las intervenciones, y se han de tener en cuenta tanto la naturaleza del problema (por ejemplo, las poblaciones específicas afectadas) como los factores culturales y sociales que influyen en los comportamientos relacionados con la salud. La experiencia reciente en Francia es un caso ilustrativo: el mercadeo social fue mucho más eficaz cuando la importancia de mantener un peso saludable se expresó en términos positivos y se formularon mensajes centrados no solo en la salud, sino también en el placer derivado de mantenerse activo y de comer bien (12).

2.9 Sostenibilidad

Ha quedado demostrado que las intervenciones a largo plazo son las más eficaces para prevenir la obesidad infantil, y la sostenibilidad de estas intervenciones ha resultado ser un elemento clave de su éxito. Las estrategias que mejoran la sostenibilidad de los programas son i) aquellas que se basan en los marcos, las recomendaciones, las políticas y los conjuntos de datos existentes; ii) aquellas que refuerzan la implicación de la comunidad; y iii) aquellas que influyen en las normas sociales (12).

La planificación y la elaboración de presupuestos a más largo plazo, así como la identificación de intervenciones costoeficaces, pueden aumentar tanto la eficacia de la aplicación como la sostenibilidad de los programas. Se precisan modalidades creativas de financiación para posibilitar la sostenibilidad a largo plazo. A este respecto se pueden formular estrategias destinadas a desligar la aportación de fondos por parte del sector privado de la definición de orientaciones y de la selección de intervenciones (12), así como utilizar los impuestos específicos permanentes sobre productos como el tabaco, el alcohol y los alimentos malsanos para sustentar las iniciativas de promoción de la salud.

2.10 Coordinación

Se pueden identificar los sectores pertinentes en el marco de los procesos de establecimiento de prioridades a nivel nacional y local, y se les debería alentar de manera coordinada a abordar objetivos comunes relacionados con la dieta y la actividad física. Es esencial definir claramente las funciones y responsabilidades para que la colaboración multisectorial sea eficaz. Es importante que los ministerios de salud coordinen con liderazgo y diplomacia las medidas adoptadas por los actores públicos y privados en los distintos sectores y niveles de gobierno. El establecimiento de objetivos claros - especialmente el objetivo común de la protección de los niños - contribuye a aumentar la voluntad política y el apoyo público. La participación de los ejecutores en la planificación es un aspecto esencial de la coordinación (12).

2.11 Definición clara de las prioridades

Aunque cada vez se reconoce más la necesidad de medidas preventivas, la aplicación de las políticas no suele ser sistemática y depende frecuentemente de las circunstancias. Las medidas políticas probablemente serán más coherentes e integrales cuando los procesos de adopción de decisiones sean más sistemáticos, se basen más en la evidencia y cuentan con la implicación de las partes interesadas (13).

Dado el amplio abanico de posibles opciones, la búsqueda de la combinación más adecuada de métodos de prevención de la obesidad infantil en un contexto determinado sigue suponiendo un desafío considerable. La toma en consideración de los factores específicos de cada país y comunidad, como la disponibilidad de recursos o las diferencias socioeconómicas en la prevalencia de la obesidad, puede ser importante en cualquier proceso de adopción de decisiones. La experiencia ha demostrado que la utilización de procesos e instrumentos de fijación de prioridades transparentes y de eficacia probada puede reportar considerables beneficios a este respecto (12, 13).

Cabe señalar que se pueden diseñar procesos de establecimiento de prioridades para adoptar un enfoque gradual de la aplicación de las políticas. Esto puede permitir a los Estados Miembros adoptar medidas inmediatas en el marco de un plan a más largo plazo.

En el documento complementario titulado *Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity* (13) se ofrece información más detallada respecto de la definición de prioridades.

Principales componentes de una estrategia poblacional de prevención de la obesidad infantil

Los enfoques de la prevención poblacional de la obesidad pueden dividirse en tres grandes componentes:

1. Estructuras gubernamentales para respaldar las políticas e intervenciones de prevención de la obesidad infantil. Se trata de aspectos estructurales, como el liderazgo, la capacidad de la mano de obra y los sistemas de vigilancia de las ENT, que son necesarios para respaldar y potenciar la eficacia de las iniciativas políticas directas y las intervenciones comunitarias
2. Políticas e iniciativas que abarquen a toda la población, como las restricciones de las actividades de promoción y publicidad relacionadas con las bebidas no alcohólicas y los alimentos malsanos dirigidas a los niños, el etiquetado nutricional, los impuestos y subsidios de los alimentos, las políticas relativas a la actividad física y las campañas de mercadeo social. Estas políticas e iniciativas suelen estar diseñadas para modificar los entornos relacionados con la alimentación y la actividad física con el fin de que las opciones más saludables sean también las más fáciles para las personas que forman parte de la población.
3. Intervenciones comunitarias. Se trata de intervenciones y programas de múltiples componentes que generalmente se aplican en múltiples entornos, están adaptados al entorno local y se aplican localmente.

Estos componentes fundamentales de una estrategia poblacional de prevención de la obesidad infantil se muestran en la figura 2.

Figura 2 Esquema del marco de aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en los Estados Miembros (9)

ENFOQUES POBLACIONALES DE LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL		
Estructuras para apoyar las políticas y las intervenciones	Políticas e iniciativas que abarquen a toda la población	Intervenciones comunitarias
<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo • “Salud en todas las políticas” • Financiación específica para la promoción de la salud • Sistemas de monitoreo de las ENT • Capacidad de la mano de obra • Redes y alianzas • Normas y directrices 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de bebidas y alimentos malsanos dirigida a los niños • Etiquetado nutricional • Impuestos y subsidios de los alimentos • Iniciativas de promoción de las frutas y verduras • Políticas de promoción de la actividad física • Campañas de mercadeo social 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones comunitarias de múltiples componentes • Entornos de atención de la primera infancia • Escuelas primarias y secundarias • Otros entornos comunitarios

Es importante que una estrategia integral de prevención poblacional de la obesidad infantil incluya aspectos de cada uno de estos tres componentes fundamentales. De esta forma se reconoce que cada uno de los componentes - y los aspectos particulares de cada uno de ellos - están íntimamente interrelacionados. Por ejemplo, los sistemas de monitoreo que indican dónde son más necesarios los carriles para bicicletas son esenciales para apoyar la aplicación de una política de inversión en este tipo de carriles, lo que a su vez redundaría en beneficio de las intervenciones comunitarias destinadas a fomentar el uso de la bicicleta en entornos locales. Por otro lado, las medidas emprendidas en el marco de uno de los componentes (por ejemplo, las medidas comunitarias encaminadas a limitar la promoción de bebidas no alcohólicas y alimentos malsanos dirigida a niños) pueden contribuir a obtener un mayor apoyo político para introducir cambios políticos en otros niveles (por ejemplo, políticas nacionales para restringir la promoción de bebidas no alcohólicas y alimentos malsanos).

La selección de determinadas opciones de cada componente debería llevarse a cabo sobre la base de datos que corroboren su eficiencia y costoeficacia. Sin embargo, cabe señalar que no todos estos componentes son adecuados para llevar a cabo un análisis de la costoeficacia; más específicamente, las estructuras gubernamentales destinadas a apoyar las políticas y las intervenciones deberían considerarse inversiones necesarias - o infraestructuras básicas - en materia de prevención de la obesidad, y no estar sometidas a análisis de la costoeficacia. Por ejemplo, no se puede determinar fácilmente la costoeficacia de las estructuras destinadas a monitorear las dietas y el peso de la población (14). Por el contrario, aunque a veces sea difícil, puede ser posible evaluar la costoeficacia de muchas de las intervenciones incluidas en los demás componentes.

Cada uno de estos componentes fundamentales se examina en las secciones siguientes.

Estructuras gubernamentales para apoyar las políticas e intervenciones de prevención de la obesidad infantil

Diversos aspectos esenciales y con frecuencia subestimados de las medidas de prevención de la obesidad infantil son los componentes gubernamentales estructurales de base que pueden ayudar a facilitar determinadas intervenciones “directas”. Se trata de aspectos como el liderazgo, la capacidad y las destrezas de la mano de obra, y los sistemas de monitoreo necesarios para respaldar y potenciar la eficacia de las iniciativas políticas y las intervenciones comunitarias (14).

Estas estructuras revisten una importancia especial para los países de ingresos bajos y medianos que necesitan impulsar las estructuras destinadas a apoyar las competencias de la mano de obra y la creación de conocimientos en materia de salud pública en general.

En la presente sección se esbozan algunas de las estructuras fundamentales respecto de las cuales se ha dicho anteriormente que apoyan de manera considerable los esfuerzos de prevención de la obesidad infantil (4, 9, 14, 16, 18). Esta lista no pretende ser exhaustiva, sino indicar los tipos de estructuras que se consideran importantes.

4.1 Liderazgo

Un liderazgo estratégico de alto nivel es esencial con miras a obtener el apoyo necesario para aplicar las iniciativas de prevención de la obesidad infantil y mantener dicha dinámica a más largo plazo. Es conveniente que este liderazgo estratégico necesario sea ejercido por líderes políticos de alto nivel, como primeros ministros, presidentes y ministros estatales.

4.2 Integración de “la salud en todas las políticas”

Al evaluar las políticas gubernamentales propuestas, no se suelen tener en cuenta sus posibles repercusiones para la salud. La integración de “la salud en todas las políticas” puede hacer obligatoria una evaluación de las posibles repercusiones sanitarias de todas las nuevas políticas que se examinen y la modificación correspondiente de las propuestas. A continuación se enumeran algunos ejemplos de la aplicación de la integración de “la salud en todas las políticas” (14):

- La protección y promoción de la salud y la seguridad alimentaria sostenible son declaradas prioridades absolutas en la elaboración de las políticas alimentarias.
- La protección y promoción de la salud quedan garantizadas en los acuerdos comerciales y las políticas fiscales relativas a la agricultura y la alimentación (por ejemplo, subvenciones, impuestos, aranceles de importación y cuotas).

- En las políticas y asignaciones presupuestarias relativas al transporte y la planificación urbana se concede prioridad al transporte público, los entornos para peatones y ciclistas y los espacios recreativos seguros.
- Las políticas fiscales y sociales favorecen la reducción de las desigualdades socioeconómicas que contribuyen a las desigualdades sanitarias.

4.3 Financiación destinada específicamente a la promoción de la salud

Las actividades de prevención de la obesidad infantil requieren financiación específica y los recursos necesarios para su aplicación. A continuación se enumeran algunos ejemplos de medidas que los gobiernos pueden adoptar para incluir la financiación necesaria en los presupuestos anuales:

- establecer fundaciones u organismos de promoción de la salud, que podrán financiarse mediante los impuestos sobre el tabaco, el alcohol o las bebidas no alcohólicas y los alimentos malsanos;
- dedicar un porcentaje específico de otros presupuestos pertinentes a actividades de promoción de la salud (por ejemplo, servicios terapéuticos, educación o administración local);
- incluir fondos para la salud preventiva en el ciclo presupuestario ordinario;
- incluir la prevención de la obesidad infantil en las actividades de promoción de la salud financiadas con cargo a la asistencia internacional para el desarrollo.

4.4 Sistemas de monitoreo de las ENT

Los gobiernos tienen que velar por el establecimiento de sistemas de monitoreo para hacer un seguimiento de las tendencias relativas a la obesidad entre niños y adultos y de los aspectos fundamentales de los entornos relativos a la alimentación y la actividad física (por ejemplo, encuestas poblacionales sobre la dieta, la composición nutricional de los alimentos y la exposición de los niños a la publicidad). Estos sistemas proporcionan información esencial para identificar a quién han de ir dirigidas las medidas que se adopten y para priorizar, aplicar y evaluar las diferentes intervenciones. Un ejemplo de herramienta que ayuda a monitorear los factores de riesgo conductuales en los entornos escolares es la *Encuesta Mundial de Salud a Escolares* (GSHS) de la OMS (19).

Se han de identificar los centros especializados en investigación y evaluación de la prevención de la obesidad, y se les ha de brindar apoyo en el seno de las instituciones académicas. Los gobiernos también tienen que apoyar los mecanismos de intercambio de conocimientos para garantizar la compartición de evidencias y experiencias.

Los gobiernos tienen que velar por que se emplee a suficiente personal cualificado para las tareas de prevención y que se ofrezcan suficientes oportunidades de capacitación para garantizar el suministro sostenible de las competencias necesarias. La impartición de una capacitación de calidad y una formación profesional continua al personal existente puede requerir financiación.

Por otro lado, sería útil que la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad se incluyeran en los planes de estudio de los profesionales de la salud y los profesionales afines (por ejemplo, planificadores, docentes y trabajadores de atención infantil). En el recuadro A se ofrece un ejemplo de un proyecto en el Caribe consistente en proporcionar a los docentes las competencias necesarias para incorporar recomendaciones sobre la dieta y la actividad física a los planes de estudio escolares.

Recuadro A **Impartición de capacitación a los docentes del Caribe para que incorporen recomendaciones sobre la dieta y la actividad física a los planes de estudio escolares (20)**

En 2007, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe puso en marcha un programa de salud en las escuelas destinado a prevenir la diabetes y otras enfermedades crónicas a través de una intervención conductual en las escuelas (“Preventing Diabetes and Other Chronic Diseases through a School-based Behavioural Intervention”) (20). Los principales objetivos eran: i) mejorar los hábitos relacionados con la dieta y la actividad física, comenzando en la enseñanza secundaria; y ii) poner en marcha un programa sostenible de intervenciones respecto de los modos de vida en los centros de enseñanza secundaria de una selección de países. El programa de múltiples componentes se puso en marcha en cuatro países del Caribe: Granada, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago.

Uno de los componentes del programa consistía en capacitar a los docentes para que introdujeran en los planes de estudio escolares los conceptos de dieta sana y actividad física, de conformidad con la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. En este componente se puso énfasis en: la autoevaluación y el monitoreo; el establecimiento de objetivos; y el desarrollo de las competencias cognitivas, afectivas y conductuales pertinentes para la adopción voluntaria de los comportamientos que se deseaban promover.

La capacitación de los docentes se llevó a cabo a lo largo de 3 a 5 días durante las vacaciones de verano, antes del inicio de cada nuevo año escolar. Se elaboró un manual con todos los materiales pertinentes necesarios para la enseñanza, en particular orientaciones para adaptar los planes de estudio existentes a la luz de las recomendaciones de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Además de las sesiones de capacitación, los docentes asistieron a charlas y debates sobre la forma de motivar a los alumnos, métodos docentes y la gestión del aula. Este componente se llevó a cabo junto con los otros tres componentes del programa a lo largo del periodo de duración de tres años del proyecto.

4.6 Redes y alianzas

Dado el carácter multisectorial de las medidas de prevención de la obesidad infantil, es probable que se necesiten estructuras de gobernanza intersectoriales (por ejemplo, un equipo de trabajo especial para la lucha contra la obesidad integrado por distintos ámbitos gubernamentales) para coordinar las medidas y obtener el apoyo de las distintas carteras de gobierno a nivel nacional o de los estados.

Además, los gobiernos tienen que dirigir la coordinación de las actividades pertinentes de los distintos ministerios gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y sectores privados. En particular, se tienen que establecer mecanismos para limitar la influencia de los intereses comerciales y los posibles conflictos de intereses en el proceso de elaboración de las políticas. También se tienen que poner en marcha alianzas y estructuras de coordinación a nivel local para planificar y coordinar la acción en los entornos relacionados con la alimentación sana y la actividad física.

4.7 Normas y directrices

Las directrices nacionales sobre la alimentación saludable y la actividad física dirigidas a las personas son la piedra angular de las medidas de prevención de la obesidad. Tienen que basarse en la evidencia, actualizarse periódicamente, adaptarse a los distintos grupos de población (por ejemplo, niños, adolescentes, personas de edad avanzada y grupos minoritarios) y comunicarse de manera eficaz a la población.

Se precisan diversas normas y directrices para respaldar la aplicación de determinadas políticas. Los sistemas que indican qué alimentos pueden clasificarse como “saludables” o “poco saludables”, por ejemplo, son necesarios para respaldar las políticas relativas a la alimentación y la nutrición, como el etiquetado de tipo “semáforo” en la parte delantera de los envases y la reglamentación de las actividades de promoción y publicidad dirigidas a los niños (21-24). Las autoridades locales también recurren a directrices (por ejemplo, sobre la razón necesaria entre el espacio abierto y el espacio construido) para crear entornos de transporte y recreo activos. Las metas nacionales destinadas a la industria alimentaria acerca de la composición de los alimentos, las actividades de promoción y publicidad dirigidas a los niños y las declaraciones de propiedades saludables también pueden ser de gran ayuda para la aplicación de las políticas.

Políticas e iniciativas que abarcan a toda la población

La creación de entornos que favorezcan las dietas saludables y la actividad física es un componente esencial de las estrategias de prevención de la obesidad infantil dirigidas al conjunto de la población. La creación de entornos favorables suele requerir cambios políticos, especialmente en las áreas de promoción, publicidad y el etiquetado de los alimentos, la política fiscal, la planificación urbana, el transporte y la agricultura. Por otro lado, la evidencia apunta a que las estrategias de intervenciones múltiples pueden lograr mayores beneficios sanitarios que las intervenciones individuales, y generalmente con una mayor costoeficacia (25).

Los tipos de instrumentos políticos que se suelen usar en el marco de este componente de una estrategia integral de prevención de la obesidad infantil son leyes y reglamentaciones, impuestos y subsidios, y campañas de mercadeo social dirigidas al conjunto de la población (o a grandes grupos poblacionales). Por lo general, estas políticas afectan tanto a los adultos como a los niños. Estas iniciativas suelen ser emprendidas por gobiernos nacionales o estatales, a diferencia de las intervenciones comunitarias (examinadas en la sección 6), que suelen ser emprendidas a nivel local o comunitario. Si se aplican de forma eficaz, las iniciativas políticas crearán entornos propicios que reforzarán las intervenciones educativas y conductuales adaptadas a cada individuo, y podrán mejorar los resultados en todo el espectro socioeconómico (12, 26).

La mayoría de las pruebas de la eficacia de las iniciativas políticas procede de países de ingresos altos. Por ello, hay que tener precaución a la hora de adaptar estas iniciativas a otros contextos, como los países de ingresos bajos y medianos.

En esta sección se examinan tres categorías de políticas e iniciativas: políticas que influyen en los entornos alimentarios; políticas que influyen en los entornos relacionados con la actividad física, y campañas de mercadeo social (cuyo objetivo suele ser influir en los comportamientos relacionados con la nutrición y la actividad física). No se examinan en la presente sección las políticas más amplias que influyen en los determinantes sociales de la salud. Aunque no cabe duda de que este tipo de políticas, como los regímenes de impuestos sobre la renta, los mecanismos de seguridad social, la vivienda comunitaria y las políticas educativas y migratorias influyen en los resultados sanitarios generales de la población, incluida la obesidad infantil, se considera que el examen de estas cuestiones excede el alcance de una política de prevención de la obesidad (17). Con todo, deberían formar parte integral de una estrategia de prevención de las ENT.

5.1 Políticas que influyen en los entornos alimentarios

El punto de partida de las políticas relativas a la alimentación y la nutrición en un país determinado son las directrices dietéticas nacionales, las guías de selección de alimentos y las políticas relacionadas con la lactancia materna y la nutrición de los lactantes. Estas tienen que comunicarse de forma eficaz, pertinente y accesible a la población.

A continuación existe un amplio abanico de áreas de políticas que influyen en los entornos alimentarios y en la forma en que evolucionan las directrices dietéticas. Se trata de políticas gubernamentales sobre el uso de la tierra, la agricultura, la fabricación, distribución y comercialización de alimentos, la venta minorista de alimentos, y los servicios alimentarios (17). Estas políticas suelen ser responsabilidad de los gobiernos nacionales y estatales, aunque algunos aspectos pueden incumbir a las autoridades locales. Las medidas para modificar las políticas en estas áreas requerirán una intensa colaboración con un amplio abanico de partes interesadas muy influyentes, especialmente de la industria alimentaria (12).

Aunque el abanico de posibles intervenciones políticas en los entornos alimentarios es vasto, esta sección se centra en las intervenciones que más frecuentemente se citan en materia de prevención de la obesidad y de cuya eficacia - especialmente en relación con su costo - existen indicios prometedores. Aunque las políticas para promover la lactancia materna no se examinan en la presente guía, se reconoce que estas tienen que incluirse en una estrategia más amplia de prevención de las ENT (16).

5.1.1 Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas malsanos dirigida a los niños

Las actividades de promoción y publicidad relacionadas con las bebidas no alcohólicas y los alimentos malsanos dirigidas a los niños es muy potente e influyente (27). Existen pruebas especialmente sólidas de la relación existente entre la publicidad emitida por televisión y los conocimientos, las preferencias, las solicitudes de compra y las pautas de consumo de alimentos por parte de los niños. Por otro lado, la publicidad en televisión se asocia a un aumento del consumo de refrigerios y bebidas con alto contenido de azúcar, así como a una ingesta calórica excesiva (1).

Según un análisis de los beneficios sanitarios de varias intervenciones realizado en Australia, la limitación de la publicidad de alimentos y bebidas en televisión puede ser uno de los métodos de salud pública más costoeficaces para reducir la prevalencia de la obesidad infantil (28). De igual modo, la Academia de Pediatría de los Estados Unidos informó de que hay suficientes pruebas en los EE.UU. para prohibir la publicidad de ciertos tipos de alimentos y bebidas no alcohólicas en la programación televisiva infantil (29). Por otro lado, la OMS ha concluido que la reducción de las actividades de promoción y publicidad relacionadas con los alimentos y las bebidas no alcohólicas con alto contenido de sal, grasas y azúcar dirigidas a los niños puede ser una medida costoeficaz para reducir las ENT (30).

En la resolución WHA63.14 de la Asamblea Mundial de la Salud se insta a los Estados Miembros a adoptar las medidas necesarias para aplicar las recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (31). En el documento de la OMS titulado *A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children* se ofrecen orientaciones sobre el modo de aplicar estas recomendaciones (32).

5.1.2 Etiquetado nutricional

El etiquetado nutricional consiste en proporcionar información nutricional sobre los alimentos que se venden en un formato normalizado. En muchos países es obligatorio mostrar información nutricional en el envase de los alimentos elaborados, en particular sobre los niveles energéticos y proteínicos, la cantidad total de grasa, las grasas saturadas, los hidratos de carbono, los azúcares y el sodio. Muchos países también restringen los tipos de declaraciones posibles acerca del contenido nutricional de los productos y sus efectos sobre el organismo o la salud. El Codex Alimentarius, por ejemplo, indica que las declaraciones de propiedades nutricionales o saludables no se deben permitir en general para los alimentos destinados a lactantes y niños de corta edad (33).

Se ha demostrado que el etiquetado nutricional fomenta la adopción de dietas más sanas por las personas que leen las etiquetas (34), y la facilitación de información nutricional adecuada en las etiquetas de los productos se considera un componente necesario para ayudar a los consumidores a elegir alimentos más sanos (1).

El etiquetado explicativo de los productos alimenticios mediante el cual se proporcionan orientaciones a los consumidores para que comprendan la información nutricional (por ejemplo mediante el uso de colores, porcentajes y logotipos) se suele citar como una medida prometedora

Recuadro B Etiquetado nutricional basado en el sistema de “semáforo” en la parte delantera del envase (38–40)

El etiquetado nutricional basado en el sistema de “semáforo” en la parte delantera del envase se ha propuesto ampliamente como una posible herramienta para mejorar la dieta de la población. Este sistema de etiquetado utiliza un código de colores (verde, ámbar y rojo) para indicar los niveles relativos (bajo, medio o alto) de grasas, grasas saturadas, azúcar y sal en los productos. El objetivo es concienciar a los consumidores y aumentar su comprensión acerca del contenido nutricional de los alimentos. El etiquetado basado en el sistema de “semáforo” también puede alentar a los productores de alimentos a mejorar la formulación de sus productos.

Los estudios indican sistemáticamente que los consumidores prefieren el etiquetado nutricional basado en el sistema de “semáforo” a otras formas de etiquetado nutricional, ya que este tipo de etiquetado aumenta su comprensión de la información nutricional (38, 39). Este es el caso especialmente de los grupos de población de nivel socioeconómico bajo (39). Diversos estudios de modelización han puesto de manifiesto que si el etiquetado nutricional basado en el sistema de “semáforo” en la parte delantera del envase se implantara en un amplio abanico de productos como parte de una estrategia integral de prevención de la obesidad, tan solo bastaría con un pequeño cambio en las pautas de adquisición de alimentos por parte de la población para que este tipo de etiquetado fuera considerado por los gobiernos como una medida costoeficaz excelente (40).

de prevención de la obesidad. Entre los sistemas de señalización nutricional en la parte delantera de los envases cabe citar el sistema de “semáforo”, con arreglo al cual los contenidos de nutrientes como grasas, azúcares y sal aparecen representados mediante un código de colores según su nivel sea alto, moderado o bajo (véase el recuadro B). Los sistemas de aprobación consisten en utilizar un símbolo en la etiqueta de los alimentos para indicar que el producto cumple determinadas normas establecidas por ese programa. Ejemplos de este tipo de sistemas son el programa “Pick the Tick” de la Fundación Australiana del Corazón (35) y el programa “Green Keyhole” puesto en marcha en Suecia (36). Cada uno de estos sistemas ayuda a los consumidores a realizar elecciones más sanas y proporciona incentivos a los fabricantes de alimentos para que formulen productos más sanos. La indicación de las calorías en los menús de los restaurantes de comida rápida también se considera una medida prometedora de prevención de la obesidad (17).

Las políticas gubernamentales en este ámbito pueden establecer el tipo de etiquetado requerido. La introducción de un sistema impuesto por el gobierno puede limitar el número de sistemas alternativos existentes y, de esta forma, reducir la confusión de los consumidores (37).

5.1.3 Impuestos y subvenciones de los alimentos

Existen pruebas claras de que el precio repercute considerablemente en las opciones de consumo y de que la modificación de los precios se puede utilizar para mejorar la salud de la población (16). Esto ha quedado ampliamente demostrado en el caso de la adquisición de productos de tabaco y alcohol, cuyos precios tienen una considerable influencia demostrada sobre el comportamiento (41).

Con respecto a la obesidad infantil, el precio de los alimentos es una área de investigación emergente, y actualmente solo existen pruebas limitadas del efecto que la alteración de los precios relativos de los productos sanos y malsanos puede tener sobre las pautas de consumo de los niños (42). Varios estudios de laboratorio indican que el aumento del precio de los productos malsanos puede reducir las adquisiciones de estos productos y, por tanto, la ingesta energética total (43, 44). Además, existen algunas pruebas que indican que los incentivos monetarios para fomentar la adquisición de artículos más sanos pueden ser eficaces para mejorar el valor nutricional de las adquisiciones de alimentos (45).

Se han observado efectos favorables en relación con la compra de refrigerios pobres en grasas rebajados en máquinas expendedoras (46) y de frutas y hortalizas a un precio reducido bajo presentación de cupones de descuento (47). Un estudio longitudinal de los precios y el consumo de alimentos en China puso de manifiesto que los aumentos de los precios de los alimentos malsanos iban asociados a una reducción del consumo de esos productos (48). En los Estados Unidos, la puesta en marcha de programas para reducir el precio de los productos saludables aumentó en un 78% su consumo (49).

Según varios estudios de modelización, la reducción de los impuestos sobre los alimentos saludables asociada a un aumento de los impuestos sobre los alimentos malsanos puede estimular el consumo de alimentos saludables, especialmente por las poblaciones de ingresos más bajos (50-52). Por otro lado, los impuestos sobre los alimentos malsanos han resultado ser medidas extremadamente costoeficaces para los gobiernos (14, 26, 30, 40).

Varios países han estudiado la posibilidad de aplicar medidas fiscales, como el aumento de los impuestos sobre los alimentos que se deberían consumir en menores cantidades y la reducción de los impuestos, el establecimiento de subsidios a los precios y la incentivación de la producción de los alimentos cuyo consumo se desea promover. Por ejemplo, en 2011 Dinamarca introdujo un impuesto sobre los alimentos con más del 2,3% de grasas saturadas (53); asimismo, en Francia se ha promulgado recientemente una ley por la que se establece un impuesto sobre las bebidas que contienen azúcar, y las ganancias obtenidas se destinarán a financiar programas que contribuyan a la lucha contra la obesidad (54).

A la hora de aplicar impuestos sobre los alimentos, se ha de tener cuidado para que las modificaciones de los precios no aumenten las desigualdades socioeconómicas (41). Muchos impuestos pueden acarrear una carga financiera mayor para los consumidores de bajos ingresos, ya que estos gastan en alimentos una proporción mayor de sus ingresos que los consumidores de ingresos altos (55). Este aumento de la carga financiera podría contrarrestarse asociando subsidios a los impuestos sobre los alimentos (por ejemplo para las frutas y hortalizas frescas). Además, el aumento de la carga financiera sobre los grupos de ingresos bajos podría compensarse a largo plazo mediante beneficios de salud relativamente mayores, que probablemente serán más elevados en los grupos de ingresos bajos que en los grupos de ingresos altos (55).

5.1.4 **Iniciativas de promoción de las frutas y hortalizas**

Las frutas y hortalizas son una parte esencial de la dieta humana. En la Reunión Consultiva Mixta OMS/FAO de Expertos en Régimen Alimentario, Nutrición y Prevención de las Enfermedades Crónicas celebrada en 2002 se recomendó que la población consumiera al menos 400 gramos de frutas y hortalizas por persona y día (lo que equivale aproximadamente a cinco porciones) (56). La reducción de esta carga prevenible de morbilidad aumentando el consumo de frutas y hortalizas es una de las recomendaciones clave de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (8).

Según la evidencia reciente, el aumento del consumo de frutas y hortalizas también puede favorecer las estrategias dietéticas de control del peso para prevenir la obesidad (57). Una ingesta mayor de frutas y hortalizas reduce la densidad energética (58). El consumo de mayores cantidades de frutas y hortalizas aumenta la sensación de saciedad, lo que provoca que se consuman menos alimentos de mayor densidad energética (58). Las personas suelen consumir una cantidad diaria constante de alimentos, independientemente de su contenido energético, por lo que la densidad energética de los alimentos repercute en la ingesta energética diaria (59). La introducción de más frutas y hortalizas puede reducir la densidad energética total de la dieta, aumentar la sensación de saciedad, reducir la ingesta energética total y aumentar la calidad de la dieta (59, 60).

Los estudios sistemáticos de las intervenciones para aumentar el consumo de frutas y hortalizas indican que la mayoría de las intervenciones no han dado los beneficios deseados, tienen costos relativamente altos y no son por lo general costoeficaces (61). Sin embargo, está claro que las estrategias integrales de múltiples componentes pueden tener una enorme repercusión si se aplican de forma estratégica por periodos prolongados de tiempo (62). Las intervenciones más exitosas tienen como objetivo aumentar la disponibilidad y la accesibilidad de las frutas y hortalizas para los niños, así como incrementar las preferencias gustativas de estos últimos por estos alimentos (63). Entre los componentes que han resultado ser más eficaces cabe citar el uso de múltiples canales de información (incluidas las redes sociales) para promover mensajes específicos sobre los beneficios del consumo de frutas y hortalizas, el fortalecimiento de las capacidades prácticas, el suministro activo de frutas y hortalizas en las escuelas, y la implicación de los profesores, los compañeros y los padres en la aplicación del programa (62).

El plan de consumo de fruta en las escuelas de la Unión Europea (UE) es un plan voluntario aplicado en toda la UE consistente en proporcionar gratuitamente fruta y verdura a los niños de entre 6 y 10 años en las escuelas, con el fin de promover buenos hábitos de alimentación entre los jóvenes. El plan, cofinanciado por la UE y el Estado Miembro que lo aplica, prevé que los Estados Miembros participantes establezcan estrategias que incluyan iniciativas de educación y sensibilización (64).

5.1.5

Otras políticas alimentarias

Existen otras políticas alimentarias que los gobiernos tal vez deseen considerar para prevenir la obesidad infantil. En los recuadros C y D figuran otros dos ejemplos de medidas políticas gubernamentales que ilustran los tipos de políticas que se pueden aplicar. A la hora de priorizar las iniciativas en materia de políticas, se recomienda que los Estados Miembros se basen en la mejor evidencia disponible acerca de su eficacia, especialmente en relación con su costo.

Recuadro **C** Limitación de los ácidos grasos trans (65, 66)

Dinamarca fue el primer país en aplicar leyes estrictas para limitar el contenido de grasas trans de los alimentos. En 2003, el Consejo de Nutrición de Dinamarca afirmó que las grasas trans tenían considerables efectos nocivos para la salud y ningún efecto positivo, y que podían eliminarse de los alimentos sin que ello afectara negativamente a su sabor, precio o disponibilidad (65). Se promulgó una ley para limitar las grasas trans al 2% del contenido de grasas y aceites de los alimentos destinados al consumo humano (66).

Desde entonces, otros países y regiones han aplicado restricciones a las grasas trans en los alimentos, por ejemplo el Canadá, Suiza y, en los Estados Unidos de América, Nueva York, California y Filadelfia, donde muchas empresas de la industria alimentaria están introduciendo cambios voluntariamente en las composiciones y preparaciones técnicas de sus productos alimenticios.

Recuadro **D** Políticas a favor de servicios alimentarios saludables en los establecimientos públicos, Queensland (Australia) (67, 68)

En septiembre de 2008, el estado de Queensland (Australia) adoptó una política a favor de los servicios alimentarios saludables denominada "A Better Choice" (67). La iniciativa "A Better Choice" se centraba en el suministro de alimentos y bebidas no alcohólicas en los establecimientos pertenecientes a la Consejería de Salud de Queensland o gestionados por ella (por ejemplo, hospitales, centros sanitarios comunitarios, ambulatorios y centros de rehabilitación). La política tiene como objetivo aumentar la oferta de alimentos saludables en los establecimientos públicos a al menos el 80% de la oferta total de alimentos y bebidas no alcohólicas disponibles en dichos establecimientos.

Todos los alimentos y bebidas no alcohólicas comúnmente suministrados se clasificaron en tres categorías según su valor nutricional: "verde" (mejor opción), "ámbar" (elegir con cuidado) y "roja" (limitar). Los alimentos se etiquetaron según este código, lo que facilitaba a los consumidores la elección de un alimento o bebida más saludable. En la política también se recomendaba que, siempre que fuera posible, se propusieran alimentos y bebidas "verdes" a precios reducidos y que estos se colocaran en lugares prominentes de los puntos de venta.

En mayo de 2009 se llevó a cabo una evaluación de la política para medir el grado de aplicación de la estrategia en los establecimientos de la Consejería de Salud de Queensland (68). La mayoría de los establecimientos (78%) indicaron que habían aplicado más de la mitad de los requisitos de la estrategia, y el 25% indicaron que los habían aplicado en su totalidad (68).

5.2

Políticas para fomentar la actividad física

La OMS recomienda que los niños y adolescentes de 5 a 17 años acumulen un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa (69). En el caso de los niños, la actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias (69).

Los Estados Miembros pueden utilizar las orientaciones de la OMS junto con las directrices nacionales de fomento de la actividad física como punto de partida para aplicar y guiar las políticas y programas nacionales sobre el particular. Es necesario garantizar a través de esas políticas que en el entorno físico puedan promoverse medios seguros y activos para los desplazamientos a la escuela, ofrecerse instalaciones adecuadas para la práctica de deportes, actividades recreativas y de esparcimiento, y garantizarse espacios adecuados y seguros que permitan juegos activos, especialmente para los niños (16).

Tanto en la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (8) como en el Plan de acción 2008-2013 para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (16) se insta a los Estados Miembros a que pongan en marcha una serie de programas y medidas para aumentar los niveles de actividad física. Son muchos los tipos de políticas públicas en diferentes sectores - entre ellos, por ejemplo, el urbanismo, el transporte, la educación y el deporte - que pueden promover la actividad física y llegar a una gran parte de la población (18).

Si bien son relativamente pocas las intervenciones políticas y ambientales evaluadas en estudios sometidos a examen colegiado, hay, no obstante, constancia - sobre todo en países de ingresos altos - de que ciertas políticas son eficaces para promover la actividad física (18).

Se ha demostrado la eficacia de las intervenciones ambientales en el entorno edificado, de las políticas que reducen los obstáculos a la actividad física, de las políticas sobre el transporte y de las políticas para aumentar el espacio destinado a las actividades recreativas (18). Además, los mensajes en los que se invita a adoptar una decisión determinada - por ejemplo situar junto a ascensores y escaleras información sobre los beneficios de la actividad física para alentar al lector a subir por las escaleras - también funcionan (18). Se presenta un ejemplo en el recuadro E.

Las intervenciones para fomentar la actividad física en las escuelas muestran mejoras sistemáticas en conocimientos, actitudes, comportamiento y, cuando se analizan, también en resultados físicos y clínicos (18). Las escuelas deben incluir un componente de actividad física impartido por profesores capacitados en un entorno propicio, e integrar también la colaboración de los padres (1). Entre los beneficios derivados de tales intervenciones cabe citar las mejoras en la salud mental y el comportamiento, y que el hábito adquirido de realizar una actividad física parece mantenerse a lo largo de los años. Sin embargo, faltan investigaciones sobre la costoeficacia en esta área (18).

Los componentes vinculados a la actividad física de las intervenciones comunitarias integradas por múltiples componentes también han demostrado su eficacia (18). Entre estas intervenciones se incluyen las campañas de desarrollo comunitario con cooperación multisectorial que se centran en un objetivo común, por ejemplo la reducción del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, así como los programas de actividad física en grupo o las clases para grupos homogéneos. Estas intervenciones se analizan más detenidamente en la sección 6.

Recuadro E Fomento de la actividad física en Bogotá (Colombia) (70)

Bogotá, la capital de Colombia, está considerada un líder mundial en la promoción del transporte activo y la actividad física periódica. En una de las iniciativas ("Ciclovía") se cierran al tránsito determinadas calles y avenidas principales los domingos y días feriados desde las 7.00 hasta las 14.00 para promover la actividad física, en particular los desplazamientos en bicicleta y a pie. La iniciativa se puso en marcha en 1974 ante la protesta de los residentes por la falta de oportunidades recreativas y por la congestión debida al tránsito. Si bien se tuvo que superar la oposición de los negocios y la falta de compromiso institucional por parte del ayuntamiento, en 2005 cerca del 10% (aproximadamente unos 400 000) de los residentes de Bogotá participaban en "Ciclovía" todos los domingos (70).

Esta no es la única iniciativa aplicada para fomentar la actividad física en Bogotá. Entre ellas cabe citar la red de carriles para bicicletas de 300 km conocida con el nombre de "Ciclorutas"; la ampliación de los metros cuadrados de espacio verde por habitante de 2,5 a m² a 4,5 m², la organización de días anuales sin automóvil y la creación de carriles reservados exclusivamente a los autobuses para fomentar los desplazamientos en transporte público (70).

5.3 Campañas de mercadeo social

Las campañas de mercadeo social se sirven de los medios de comunicación, pagados o no, en múltiples canales para difundir conocimientos y cambiar actitudes con respecto a la dieta y la actividad física. Este tipo de campañas con frecuencia se realizan junto con actividades comunitarias y pueden servir para complementarlas (como se señala en la sección 6). Si bien se dispone de datos limitados para evaluar la eficacia de ese tipo de campañas, la información científica disponible basta para recomendar la puesta en marcha de campañas mediáticas con múltiples componentes en función de la población y en diversos entornos (18, 30).

Las campañas mediáticas de mercadeo social se consideran costoefficaces para la promoción de la actividad física (25). Las campañas a favor de la actividad física que han conseguido cambiar comportamientos y sensibilidades se caracterizan por utilizar un mensaje sencillo frecuentemente repetido, especialmente cuando se incluye en una estrategia de múltiples intervenciones (18). En el recuadro F se presenta un ejemplo.

Los datos sobre la eficacia de las campañas de mercadeo social para la promoción de una dieta sana son más endebles (18). Las campañas en las que se utilizan de forma intensiva los medios de comunicación de masas y se promueve un solo mensaje sencillo - por ejemplo para aumentar el consumo de leche con bajo contenido de grasa (71) o de frutas y verduras - han demostrado ser las más eficaces (18). Además, el uso de logotipos o marcas nacionales del ámbito de la salud para ayudar a los consumidores a elegir los alimentos sanos, así como las campañas mediáticas intensivas y de larga duración para promover las dietas sanas, parecen tener cierta eficacia (18).

Las campañas de mercadeo social que promueven una dieta sana y actividad física tienen más probabilidades de conseguir resultados si van acompañadas de apoyo político a nivel de “determinantes estructurales” y de actividades comunitarias a nivel de “determinantes intermedios”; en particular una participación destacada de la comunidad (12).

Recuadro F Campaña de mercadeo social para promover la actividad física en el Brasil (72)

El programa Agita São Paulo se puso en marcha en el Brasil en 1996 para promover la actividad física periódica entre los 37 millones de habitantes del estado de São Paulo. Desde entonces, el programa se ha aplicado en todo el Brasil y en otros países de América Latina (72).

El programa va dirigido a tres grupos principales de población (estudiantes, trabajadores y personas de edad avanzada), a los que se pretende animar a que adopten un estilo de vida activo con un mínimo de 30 minutos de actividad física moderada o vigorosa la mayor parte de los días de la semana.

El programa tiene un enfoque multisectorial, con alianzas con una amplia selección de organizaciones. Los eventos que se organizan bajo los auspicios del programa conllevan un elevado número de participantes y se vinculan con muchas otras actividades en curso de los socios institucionales.

(Más información sobre el programa en su sitio web: <http://www.agitasp.org.br>.)

Intervenciones comunitarias

6.1 ¿Qué son las intervenciones comunitarias?

Hasta hace poco, muchas de las intervenciones de prevención de la obesidad se centraban en un solo entorno - por ejemplo, establecimientos de atención primaria de salud, escuelas o entornos religiosos - y habían sido concebidas por instancias políticas o universitarias, sin participación de la comunidad (73). Además, la mayoría de las intervenciones ejecutadas hasta la fecha han sido de corta duración (es decir, menos de un año) (18). Las intervenciones de ese tipo suelen tener beneficios limitados y con frecuencia resultan caras e insostenibles (73).

Está demostrado que las intervenciones que mejores resultados arrojan tienen múltiples componentes y están adaptadas al contexto local (18). Además, las que están cultural y ambientalmente adaptadas tienen muchísimas más probabilidades de aplicarse y mantenerse. Por otro lado, las intervenciones que se sirven de las estructuras sociales ya existentes en una comunidad, como el sistema escolar o los encuentros semanales de adultos de más edad, encuentran menos obstáculos en su aplicación (18). Lo que es más importante, las intervenciones más eficaces son las que permiten una participación considerable de los principales grupos de partes interesadas a lo largo del proceso (por ejemplo, la participación de los dirigentes comunitarios en la planificación y aplicación de intervenciones que afectan a los entornos comunitarios o religiosos) (18). Escuchar a esas poblaciones destinatarias y aprender de ellas es un modo de asegurarse de que las intervenciones atiendan sus necesidades. Las intervenciones que suponen una destacada colaboración o participación de la comunidad se denominan habitualmente “intervenciones comunitarias”.

Si bien las intervenciones de múltiples componentes se consideran las más adecuadas, es importante observar que las intervenciones de un solo componente pueden todavía constituir una parte importante de un enfoque por etapas para la prevención de la obesidad, por ejemplo como la primera etapa en la aplicación de un programa con intervenciones de múltiples componentes en diversos entornos (12).

En la presente sección se analizan las características de las intervenciones comunitarias que tienen probabilidades de funcionar en distintos entornos.

6.2 Las mejores prácticas en la ejecución de intervenciones comunitarias

Al examinar las mejores prácticas en la prevención comunitaria de la obesidad, es necesario tener en cuenta tanto la eficacia del contenido de la intervención como la integridad y calidad del proceso de ejecución. El contexto particular en el que se conciben y aplican las intervenciones comunitarias es especialmente importante, puesto que las comunidades son heterogéneas y funcionan como complejos sistemas dinámicos, con características culturales, económicas, demográficas y sociales variables (73).

A continuación se presentan los principios que constituyen las mejores prácticas en la prevención comunitaria de la obesidad, que se basan en los formulados por King et al. (73). En los recuadros G y H se presentan ejemplos destacados de grandes intervenciones comunitarias en todo el mundo, que han ayudado a establecer los presentes principios.

6.2.1

Colaboración con la comunidad

Son muchos los significados del término “comunidad” y los diferentes enfoques de colaboración con ella. Estos van desde la aplicación en un entorno local de una intervención preconcebida a una participación comunitaria intensa en la concepción y aplicación de la intervención. Es importante definir claramente en los programas el enfoque que vaya a utilizarse con respecto a la colaboración con la comunidad y los puntos fuertes y las limitaciones del enfoque elegido (73).

Independientemente del enfoque adoptado, se recomienda que las intervenciones se ajusten a las características demográficas, culturales, geográficas y estructurales de la comunidad (73). Además, las iniciativas comunitarias requieren normalmente alianzas activas entre diferentes tipos de organismos para garantizar la ejecución de las medidas complementarias.

Mediante el proceso de participación de las comunidades y de cooperación con los asociados se pretende fortalecer la capacidad y promover la sostenibilidad de las medidas y los cambios.

6.2.2

Concepción y planificación del programa

Al analizar el problema y establecer el eje central de un programa, se recomienda examinar toda la información disponible sobre el problema y la comunidad destinataria y utilizarla para guiar la concepción del programa. Es probable que el programa sea más eficaz si es congruente con planes nacionales, estatales o regionales y está vinculado con otras iniciativas en el seno de la misma comunidad. Los objetivos del programa deben centrarse en cambios conectados de una forma lógica con el peso, además de ser concretos, mensurables y sujetos a plazos. El programa planificado debe guardar proporción con los recursos disponibles, en particular las competencias, la preparación de la comunidad, el compromiso de los asociados y los fondos (73).

Deben definirse claramente los grupos destinatarios y, siempre que sea posible, debe adoptarse un enfoque integrador, de modo que ningún grupo quede excluido por razones de costos, acceso, educación, idioma o cultura. Además, en el programa se debe examinar detenidamente cómo se enmarca y describe el problema, a fin de promover la responsabilidad social compartida y evitar la estigmatización y las acusaciones (73).

Se recomienda que el programa esté basado en los mejores datos científicos disponibles. La teoría y los datos científicos pueden utilizarse para velar por que el programa ofrezca un fuerte estímulo y dé lugar a los cambios deseados. Por lo general, en la colaboración con los asociados comunitarios y los grupos destinatarios se requiere una combinación de estrategias de educación, persuasión y facilitación. En los casos en que los datos científicos sean limitados, estos se pueden utilizar para guiar la elaboración de enfoques innovadores. Es importante analizar y evaluar las innovaciones para contribuir a la compilación de datos científicos (73).

6.2.3 Aplicación

Se recomienda que los consumidores hayan “probado” previamente todos los enfoques, mensajes y recursos que se apliquen como parte del programa, bien en programas anteriores o mediante comprobaciones y consultas en el ámbito local (73).

Si bien es importante que las intervenciones se apliquen con arreglo a un plan prescrito, también deben adaptarse y responder a nuevas oportunidades y a datos científicos recientes, especialmente cuando ello ofrezca la posibilidad de fortalecer alianzas y respaldar organismos asociados (73). En ese sentido, se necesita un sistema para monitorear la aplicación de un programa y anotar las variaciones con respecto al plan establecido.

6.2.4 Sostenibilidad

Si bien se ha demostrado que las intervenciones comunitarias integradas por múltiples componentes en cuya concepción y aplicación participe un elevado número de partes interesadas son eficaces para la prevención de la obesidad infantil en algunos contextos (64, 74), es crucial que los efectos de las intervenciones perduren en las personas y las comunidades.

Durante la concepción y aplicación del programa se deben abordar las cuestiones relativas a la sostenibilidad y la posibilidad de ampliación. Los enfoques fundamentales para garantizar la sostenibilidad son: i) potenciar la capacidad local a fin de ejecutar las intervenciones como parte del proceso inicial de aplicación; ii) integrar las intervenciones en las estructuras de sistemas existentes; y iii) compartir los conocimientos con los diferentes grupos comunitarios. En el recuadro I se presenta el ejemplo de una “comunidad de intercambio de prácticas” para la prevención comunitaria de la obesidad que puede ser de ayuda en la creación de capacidad y el intercambio de conocimientos.

6.2.5 Gobernanza y transparencia

A fin de reducir al mínimo los riesgos, se recomienda que se establezcan y mantengan estructuras bien definidas para la gestión y la adopción de decisiones, en particular una participación adecuada de la comunidad (73).

Además, y con objeto de evitar todo conflicto de intereses real o aparente, el programa debería incluir directrices explícitas para aceptar patrocinio y gestionar cualesquier conflictos que puedan surgir (73).

6.2.6 Evaluación

La evaluación del programa es importante para la rendición de cuentas y acumular datos científicos en torno a su eficacia.

La dimensión y el alcance de la evaluación deben guardar proporción con la escala del proyecto y deberían cumplir un objetivo específico. Se recomienda la elaboración de un plan de evaluación con documentos en el que se especifiquen los indicadores pertinentes de evaluación, las mediciones y los métodos utilizados para compilar datos. Es probable que ello exija sistemas estructurados para compilar, verificar, organizar y almacenar la información, y para garantizar su confidencialidad.

Además, es probable que la evaluación del programa se beneficie de la información sistemática de otros cambios ambientales, políticos o sociales que pueden influir en los objetivos. Difundir información entre las partes interesadas sobre las iniciativas eficientes y las que no lo son contribuye considerablemente a la compilación de pruebas científicas.

Recuadro **EPODE**

G

EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants/Prevenamos juntos la obesidad infantil) es un enfoque coordinado que tiene por objeto reforzar la capacidad de las comunidades en la aplicación de estrategias eficaces y sostenibles para promocionar modos de vida más sanos y prevenir la obesidad infantil. El objetivo de EPODE es reducir la obesidad infantil mediante un proceso societario en el que los ambientes locales, los entornos infantiles y las normas familiares presten un mayor apoyo y faciliten la adopción de modos de vida sanos entre los niños, a fin de que disfruten de una alimentación sana, juegos activos y actividades recreativas. Los principales grupos a los que va dirigido EPODE son los niños de entre 0 y 12 años de edad y sus familias, así como una amplia selección de partes interesadas de su entorno que pueden iniciar micro-cambios en los niños y sus familias a través de iniciativas locales que fomenten hábitos alimentarios mejores y más equilibrados y una mayor actividad física todos los días.

La filosofía de EPODE se basa en componentes múltiples: un enfoque positivo para abordar el problema de la obesidad sin estigmatizar a ninguna cultura o pueblo; aprendizaje y experimentación paulatinos de los hábitos de una modo de vida sano adaptados a las necesidades de todos los grupos socioeconómicos; y un programa a largo plazo que permita a las partes interesadas de la comunidad aplicar medidas eficaces y sostenibles.

EPODE, que se basa en las directrices oficiales francesas sobre dieta y actividad física, se puso en marcha inicialmente de forma experimental en 10 comunidades francesas en 2004. La metodología del programa promueve la participación de múltiples partes interesadas en el ámbito central (ministerios, grupos sanitarios, ONG y socios privados) y en el ámbito local (líderes políticos, profesionales sanitarios, familias, profesores, ONG locales y la comunidad empresarial local). La financiación para las funciones de apoyo de EPODE (por ejemplo, coordinación, mercadeo social, seguimiento y concepción del programa) procede de una combinación de alianzas públicas y privadas en los planos nacional y local. Los patrocinadores nacionales privados proceden principalmente de los sectores de la industria alimentaria, los seguros y la distribución.

Cinco años después de la puesta en marcha del programa EPODE en Francia, el 90% de las comunidades francesas experimentales siguen activas y más de 500 comunidades de todo el mundo se han incorporado al programa: Francia (EPODE), Bélgica (VIASANO), España (THAO), Grecia (PAIDEIATROFI), Australia del Sur (OPAL) y México (EPODE-5Pasos). Recientemente se han iniciado otros programas inspirados en la metodología EPODE, como el programa JOGG de los Países Bajos y las Healthy Weight Communities de Escocia.

(Más información y pormenores en los siguientes sitios web: <http://www.epode.fr> y <http://www.epode-european-network.com>.)

Recuadro **H** Proyecto del Pacífico para la prevención de la obesidad en las comunidades (OPIC) (74, 75)

El proyecto del Pacífico para la prevención de la obesidad en las comunidades (OPIC) (74), un enfoque innovador que se aplicó en diversos lugares y entornos para la prevención de la obesidad en la adolescencia y en el ámbito de la comunidad, tenía por objeto determinar la eficacia de los programas de intervención pancomunitarios para la prevención de la obesidad en la juventud. OPIC se aplicó durante un periodo de 30 meses, entre 2004 y 2009, en cuatro países (Australia, Fiji, Nueva Zelandia y Tonga). Se seleccionaron adolescentes de ocho grupos étnicos y culturales para participar en una compleja intervención comunitaria con 18 000 niños de escuelas secundarias (entre los 12 y los 18 años), 300 partes interesadas y organizaciones asociadas, 60 investigadores de diversos ámbitos profesionales y 27 estudiantes investigadores de grados superiores.

Los procesos para elaborar planes de acción en cada programa de intervención fueron los mismos en todos los sitios. Se realizaron análisis de situación con partes interesadas locales en cada lugar para comprender mejor los importantes factores contextuales, las organizaciones pertinentes y las actividades ya existentes. En Fiji y Tonga se llevaron a cabo entrevistas personales con adolescentes para recoger información preliminar sobre las principales barreras socioculturales a una alimentación sana y a la actividad física. A continuación, mediante un proceso guiado, cada comunidad elaboró planes de acción para abordar comportamientos obesogénicos y fortalecer la capacidad comunitaria con objeto de promover una alimentación sana y la actividad física. Las intervenciones derivadas de los planes de acción variaban de un sitio a otro en función de las condiciones locales. Esta fue una parte importante del proceso de participación, puesto que puso de manifiesto que las características locales diferían claramente en cuanto a ambientes propicios a la buena alimentación y la actividad física, las situaciones económicas, la prevalencia de la obesidad, la capacidad de investigación y los recursos técnicos. No obstante, los puntos comunes entre los diferentes sitios eran numerosos, como el objetivo de reducir el consumo de bebidas con un elevado contenido de azúcar o de refrigerios hipercalóricos y el aumento de la actividad física estructurada y no estructurada.

En la gobernanza de los programas de intervención en cada sitio participó un grupo de partes interesadas procedentes de diferentes universidades, entidades gubernamentales y organismos comunitarios. La función de las universidades fue principalmente de formación, evaluación y apoyo con el objetivo de reforzar la capacidad de las comunidades y las escuelas para aplicar las intervenciones de prevención de la obesidad. Los cambios en los resultados antropométricos, de comportamiento y de percepción se evaluaron en el plano individual, y los ambientes escolares y la capacidad comunitaria se evaluaron en cada entorno. Se llevaron a cabo además estudios económicos, socioculturales y políticos.

En la evaluación del proyecto se reveló que los intentos de prevenir la obesidad mediante un cambio de comportamiento pueden tener efectos positivos en la dieta y la actividad física. Sin embargo, solamente existen posibilidades de obtener un resultado sanitario importante si se cuenta con el respaldo de políticas nacionales que apoyen las dietas sanas y promuevan la actividad física. En el proyecto se puso de manifiesto también la importancia de

determinar valores, actitudes y creencias que influyan en la alimentación de los adolescentes y el ejercicio físico que practican. Asimismo, el proyecto demostró su eficacia en la integración de importantes grupos de partes interesadas y el fomento de la colaboración en la comunidad. Entre las principales enseñanzas del proyecto cabe citar la necesidad de centrarse en cuestiones e inquietudes socioculturales y en la capacidad local para la aplicación y evaluación de programas (75).

Recuadro I Colaboración de Sitios Comunitarios de Prevención de la Obesidad (CO-OPS Collaboration) (Australia)

La Colaboración de Sitios Comunitarios de Prevención de la Obesidad (CO-OPS Collaboration) es una iniciativa financiada por el Ministerio de Salud y Envejecimiento del Gobierno de Australia que tiene por objeto apoyar iniciativas comunitarias de prevención de la obesidad mediante un enfoque colectivo para promover las mejores prácticas y la traslación de los conocimientos y proporcionar apoyo, asesoramiento y oportunidades de crear redes.

Los objetivos centrales de CO-OPS Collaboration son:

- definir y analizar las enseñanzas derivadas de una serie de iniciativas comunitarias destinadas a abordar el problema de la obesidad; y
- señalar los elementos que determinan la eficiencia de las iniciativas comunitarias de prevención de la obesidad y transmitir las conclusiones a otras comunidades.

La CO-OPS Collaboration facilita acceso a redes de profesionales sanitarios, investigadores y funcionarios de la Administración pública interesados en la prevención comunitaria de la obesidad. Ello permite acceder a un marco operativo para la adopción de medidas eficaces, a sistemas para el aprendizaje mutuo, a asesoramiento sobre qué funciona, para quién y por qué, y a una plataforma para la traslación y el intercambio de conocimientos.

(Más información y pormenores en el sitio web: <http://www.co-ops.net.au>.)

6.3 Componentes de las intervenciones comunitarias

Como se ha indicado anteriormente, las intervenciones comunitarias más eficaces para la prevención de la obesidad infantil están integradas por múltiples componentes concebidos y aplicados en función del contexto local. Por lo tanto, no es posible presentar una lista exhaustiva y genérica de los componentes que probablemente formen parte de una intervención comunitaria. Todo lo contrario, un principio fundamental de las mejores prácticas para las intervenciones comunitarias es que es la comunidad la que determina los componentes más adecuados que se ajustan a su contexto particular, dejando margen siempre a la flexibilidad y la creatividad (73).

Los comportamientos deseados que las intervenciones tratan de conseguir suelen ser los siguientes:

- mayor consumo de fruta y hortalizas;
- reducción del consumo de bebidas con un alto contenido de azúcar (por ejemplo, refrescos);
- reducción del consumo de alimentos con un elevado contenido de grasas, grasas saturadas, sal y azúcar;
- reducción del tiempo dedicado a ver la televisión y a otras actividades que supongan estar ante una pantalla;
- aumento de la participación en deportes competitivos y no competitivos;
- aumento de los desplazamientos activos para ir a la escuela.

Esos comportamientos pueden conseguirse mediante campañas de educación, cambios en las políticas, actividades y competiciones en las escuelas o en otras instituciones, programas de promoción, y la colaboración de una amplia selección de partes interesadas de la comunidad.

6.4 Medidas que funcionan en diferentes entornos

La mayoría de los datos científicos relativos a la prevención comunitaria de la obesidad se derivan de estudios realizados en países de ingresos altos. Es probable que las enseñanzas extraídas de esos estudios puedan utilizarse para poner en marcha intervenciones similares en otros contextos.

6.4.1 Establecimientos de atención de la primera infancia

Cada vez hay más datos de países de ingresos altos que demuestran la eficacia de las intervenciones de prevención de la obesidad dirigidas a los niños que asisten a establecimientos de atención de la primera infancia, como centros preescolares o guarderías (76). En Australia, varios estudios recientes sobre intervenciones integradas por múltiples componentes (77) han demostrado los resultados positivos de una alimentación sana en los niños que asisten a centros preescolares (y otros servicios infantiles), en particular aumentos en el consumo de frutas y hortalizas y descensos en el consumo de alimentos y bebidas hipercalóricos y con pocos nutrientes, en comparación con un grupo testigo (véase el recuadro J). Además, en los Estados Unidos de América se ha demostrado que las intervenciones aplicadas en los centros preescolares que se apoyan en un plan de estudios fomentan los conocimientos de los niños sobre cuestiones de nutrición, si bien no hay pruebas, o estas son limitadas, de que ello dé lugar a un cambio de comportamiento (78). Otros estudios han demostrado la importancia de la participación de los padres para lograr un cambio de comportamiento duradero en niños de edad preescolar (76).

Recuadro J **Prevención comunitaria de la obesidad en niños pequeños: “Romp & Chomp” (Australia) (77)**

“Romp & Chomp” fue un proyecto “pancomunitario” de demostración sobre la prevención de la obesidad que se llevó a cabo de 2005 a 2008. “Romp & Chomp” promovía una alimentación sana y juegos activos para conseguir un peso saludable en los niños menores de 5 años en Geelong, Victoria (Australia) (77).

“Romp & Chomp” se centraba en el refuerzo de capacidades y en el fomento de cambios sostenibles en los ambientes de la primera infancia, y prestaba una atención especial a los aspectos políticos, socioculturales y físicos. Los principales mensajes de cambio de comportamiento promovían:

- un aumento en los juegos activos de cada día;
- un aumento en el consumo diario de agua;
- un aumento en el consumo diario de frutas y hortalizas;
- una reducción en el tiempo dedicado a ver la televisión y a otras actividades que supongan estar ante una pantalla.

Los niños del grupo de intervención consumían una cantidad considerablemente inferior de refrigerios empaquetados, zumos de frutas y concentrados, y más hortalizas, en comparación con el grupo seleccionado para el seguimiento.

Es también importante señalar que la intervención se ejecutó con un presupuesto relativamente reducido para un programa de esta envergadura (se gastaron 100 000 dólares australianos a lo largo de tres años en 12 000 niños).

6.4.2 Escuelas primarias y secundarias

La inmensa mayoría de las intervenciones de prevención de la obesidad infantil se han aplicado en escuelas primarias y secundarias (18). Los estudios más comunes conllevan programas completos integrados por múltiples componentes con intervenciones dirigidas al entorno escolar, sus servicios alimentarios y el plan de estudios impartido en las aulas. Muchas intervenciones combinan dieta y actividad física, y fomentan la participación de los padres. En los recuadros K, L y M se recogen los pormenores de algunos ejemplos de diferentes países.

Muchas de las intervenciones en escuelas muestran mejoras sistemáticas en conocimientos y actitudes, comportamientos y, cuando se analizan, también en resultados físicos y clínicos (18). A tenor del último examen de los datos científicos (79), las medidas siguientes deberían aplicarse como práctica normalizada en entornos educativos:

- En el plan de estudios ordinario deberían integrarse componentes sobre alimentación sana, actividad física e imagen corporal (véase el recuadro A).
- En el calendario semanal escolar deberían incluirse sesiones dedicadas a la actividad física y el aprendizaje de técnicas fundamentales de movimiento.
- La calidad nutricional de los alimentos a disposición de los estudiantes (por ejemplo, en los comedores escolares) debería examinarse atentamente y mejorarse.

- Convendría crear un ambiente y un espíritu que propicien que los niños consuman alimentos nutritivos y se mantengan activos durante todo el día.
- Debería prestarse apoyo a los maestros y otros miembros del personal para poner en marcha estrategias y actividades de promoción de la salud (por ejemplo, actividades de desarrollo profesional o de creación de capacidades).
- Los padres deberían participar apoyando actividades en el entorno doméstico para alentar a los niños a que se mantengan más activos, consuman alimentos más nutritivos y dediquen menos tiempo a actividades que exijan estar ante una pantalla

En la publicación de la OMS *School Policy Framework: Implementation of the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health* (80) se ofrecen orientaciones a los Estados Miembros sobre la aplicación de políticas que promuevan una alimentación sana y la actividad física en el entorno escolar mediante cambios en el ambiente, el comportamiento y la educación.

Recuadro **K** Intervención escolar de múltiples componentes centrada en la nutrición y el modo de vida en el norte de la India (81)

Singhal et al presentan los resultados de un experimento comunitario controlado para evaluar la eficacia de una intervención escolar de bajo costo sobre educación nutricional y de modos de vida centrada en la modificación de comportamientos y en los perfiles de riesgo de adolescentes indoasiáticos (15 a 17 años) residentes en una metrópolis del norte de la India (81).

El estudio se llevó a cabo de mayo de 2008 a enero de 2009 con adolescentes del último curso de secundaria de una escuela mixta. La intervención comprendía múltiples componentes, en concreto charlas sobre educación nutricional, fomento de la actividad física, asesoramiento personal de un nutricionista cualificado, una mayor disponibilidad de opciones sanas en el comedor escolar, la participación de profesores y padres y muchas otras actividades para promover un modo de vida sano. En una escuela testigo no se aplicó intervención alguna.

Al evaluarse el programa se observaron mayores conocimientos sobre nutrición y actividad física, comportamientos más saludables y mejoras en los resultados antropométricos entre los niños de la escuela en la que se aplicó la intervención (en comparación con el grupo testigo).

Fue una intervención de muy bajo costo que se benefició de contar con educadores que se enseñaban los unos a los otros y con estudiantes voluntarios para que el programa fuera sostenible. El enfoque interactivo adoptado para ejecutar una intervención intensiva y repetitiva resultó eficaz para la prevención de la obesidad entre los adolescentes incluso durante el breve periodo que duró el estudio, lo que demostró que impartir clases en las escuelas sobre nutrición y modo de vida puede motivar a los adolescentes para que introduzcan cambios positivos de comportamiento en ese contexto.

Recuadro **Ejemplo de intervención escolar de prevención de la obesidad infantil en Beijing (China) (82)**

Una intervención escolar sobre educación nutricional y fomento de la actividad física ejecutada en Beijing a lo largo de tres años y en la que participaron tanto los niños como sus padres logró resultados prometedores (82). Dos escuelas primarias del cinturón urbano de Beijing colaboraron en la intervención, que supuso la aplicación de una serie de estrategias. Entre estas se incluían las siguientes: entrega de materiales didácticos a los padres, clases sobre obesidad infantil dirigidas a los estudiantes, un componente de actividad física y charlas a los padres una vez al semestre en la escuela misma sobre las repercusiones del sobrepeso y la obesidad en la salud, la pirámide alimentaria y los elementos de un modo de vida saludable (actividad física regular, dieta equilibrada, reducción del tiempo dedicado a ver la televisión y a la computadora). Los padres de niños con sobrepeso y obesos tuvieron además una reunión adicional con el equipo de investigación una vez al semestre y todos los padres recibieron una lista de alimentos clasificados con arreglo al sistema de "semáforo". En el marco del componente de actividad física se invitó a todos los niños con sobrepeso y obesos, y a los niños que suspendían en las pruebas habituales de educación física en la escuela, a correr durante 20 minutos después de las clases.

La evaluación de la intervención reveló que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad era considerablemente inferior en las escuelas que habían participado en la intervención en comparación con las escuelas testigo (sobrepeso: 9,8% frente a 14,4%; obesidad: 7,9% frente a 13,3%) tras el periodo de tres años. Además, la obesidad remitió bastante más en las escuelas que habían participado en la intervención que en las escuelas testigo. Si bien es cierto que en el estudio se señalaba a los estudiantes con sobrepeso u obesos (lo que quizá no sea la práctica más adecuada), este ha resultado fructífero y podría adoptarse en regiones, ciudades o países similares del mundo en desarrollo.

Recuadro **M** El programa de alimentación escolar en Jamaica (83)

El programa de alimentación escolar en Jamaica tiene por objeto ofrecer una buena alimentación a los niños en el entorno escolar (83). El programa se inició en 1926 y todavía sigue en marcha. Como parte de las medidas para mejorar la calidad nutricional de las dietas de los niños en Jamaica, en 2005-2006 se introdujo un programa experimental de alimentación escolar para los niños en educación infantil (de 4 a 6 años de edad).

El objetivo principal del proyecto era garantizar que todos los alumnos de educación infantil recibieran cada día un almuerzo equilibrado. Las comidas se preparaban y servían en la escuela cada día a través de un servicio de comedor convencional. Se facilitaron a cada escuela modelos de menús, con las correspondientes recetas, y utensilios adecuados para servir porciones normalizadas como guía para la preparación de las comidas y el control de las porciones.

En la concepción del programa se incluyó la compilación de datos generales sobre el estado de salud de los estudiantes, sus prácticas dietéticas y el programa actual de alimentación en las escuelas de educación infantil. Se elaboraron estrategias de información, educación y comunicación a corto plazo dirigidas al sector y la comunidad de la primera infancia. Para aplicar las estrategias se mantuvieron reuniones con los responsables de educación y los miembros de los comités de gestión de las escuelas y el personal escolar a fin de que se familiarizaran con el programa de nutrición.

Se establecieron las normas nutricionales de las comidas a partir de los datos sanitarios disponibles sobre el estado nutricional de la población de las escuelas de educación infantil en Jamaica. Esto se estructuró para garantizar que el almuerzo proporcionara el 25% de las necesidades calóricas diarias, con las distribuciones recomendadas de hidratos de carbono, proteínas y grasas y un 30% de las necesidades de hierro y vitamina C. Con la distribución a las escuelas de menús y recetas normalizadas se garantizó el cumplimiento de las normas nutricionales.

Se servía a todos los estudiantes que asistían a las escuelas seleccionadas un almuerzo que se ajustaba a las normas prescritas en el proyecto. Se modificó el plan de estudios para que incluyera información sobre una alimentación sana y se incorporó un componente de comunicación, información y educación para reforzar la colaboración de los profesores, los padres y la comunidad, y aumentar las probabilidades de conseguir los objetivos marcados.

6.4.3

Otros entornos comunitarios

Al igual que con las intervenciones escolares, las intervenciones más eficientes en entornos comunitarios (por ejemplo, entornos de atención primaria de salud, entornos religiosos o centros deportivos) incorporan por lo general una serie de actividades; normalmente incluyen un componente relativo a la dieta y otro de actividad física, así como un importante componente educativo. Hasta la fecha, sin embargo, se han evaluado la costoeficacia y la sostenibilidad de muy pocas intervenciones (18).

La intensidad de las intervenciones en el entorno de la atención primaria de salud varía enormemente y, por tanto, también su eficacia. Las intervenciones que conllevan un contacto escaso, como los controles de salud, los servicios de asesoramiento de visita única o la distribución de información, por lo general no funcionan. Las intervenciones moderadamente intensas que ofrecen consultas sobre ENT crónicas con un seguimiento por parte de personal formado e información focalizada suelen ser más eficaces en la modificación de los factores de riesgo (18). Sin embargo, los costos, tiempo y recursos que conllevan las intervenciones eficientes, como las que se aplican a toda la población, o incluso a amplios grupos de población, las hacen poco atractivas. Es más, se desconoce en gran medida el potencial de ese entorno en los países de ingresos bajos o medianos.

Son escasas las pruebas que demuestran la eficacia de llevar a cabo actividades de prevención de la obesidad infantil en entornos religiosos. Sin embargo, sí que hay pruebas fehacientes de los cambios psicosociales, físicos y de comportamiento positivos que se derivan de intervenciones en este entorno. Servirse de la estructura social existente de una comunidad religiosa parece facilitar la adopción de cambios hacia una modo de vida sano, especialmente en comunidades desfavorecidas. Asimismo, este tipo de intervenciones tiene enormes ventajas en cuanto al costo, dado que los dirigentes espirituales mismos asumen la responsabilidad de la intervención en el ámbito del entorno religioso (18).

Conclusiones

Son muchas las medidas poblacionales que los gobiernos pueden adoptar para prevenir la obesidad infantil. Entre estas cabe citar la estructuras gubernamentales de apoyo a políticas e intervenciones; una amplia variedad de políticas e iniciativas poblacionales, en particular políticas que influyan en la alimentación, los ambientes propicios a la actividad física y las campañas de mercadeo social; e intervenciones comunitarias polifacéticas que se ajustan al entorno local con una implicación profunda de la comunidad local. Para ser verdaderamente eficaces, todos los componentes deberían estar suficientemente adaptados al contexto cultural y fomentar la participación de los integrantes de la comunidad, tanto en la evaluación preparatoria como en su concepción y aplicación (12).

Una estrategia integral para la prevención de la obesidad infantil deberá incorporar aspectos de cada uno de los componentes principales. Entre las diferentes intervenciones se incluyen las siguientes (12):

- una combinación de medidas “de arriba abajo” y comunitarias en los planes y programas;
- una combinación de herramientas políticas, en particular herramientas legislativas y financieras, para asegurar la disponibilidad y asequibilidad de alimentos sanos y de oportunidades de practicar una actividad física;
- la integración de políticas para la prevención de la obesidad infantil en estructuras existentes como medio de asegurar la sostenibilidad de las medidas;
- intervenciones en diferentes entornos, en particular en establecimientos de atención a la primera infancia, escuelas y organizaciones comunitarias;
- el establecimiento de plataformas transversales y un enfoque multisectorial para la prevención de la obesidad infantil.

Si bien en muchos casos se dispone de datos suficientes que indican que las intervenciones pueden ser eficaces, esto no siempre es así. La ineficacia de algunas intervenciones puede deberse a evaluaciones poco sólidas o a que los datos probatorios se basaban en estudios excesivamente breves y que por tanto no permitieron detectar resultados apropiados, o simplemente las intervenciones no han funcionado por razones varias. Es más, se sabe poco sobre la eficacia de las intervenciones en países de ingresos bajos y medianos y sobre la sostenibilidad de las intervenciones en el tiempo. Finalmente, se dispone también de información muy exigua sobre las consecuencias no previstas de las intervenciones.

References

- 1 *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011. Disponible en inglés en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/ [consultado en febrero de 2012].
- 2 Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl 1):4–104.
- 3 Ezzati M et al. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
- 4 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington, DC, AICR, 2007.
- 5 Tsiros MD OT et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 2009, 33:387–400.
- 6 Williams JWM et al. Health-related quality of life of overweight and obese children. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293:70–6.
- 7 *Reducing risks, promoting healthy life. World Health Report 2002*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
- 8 *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf [consultado en febrero de 2012].
- 9 *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
- 10 *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (A/66/L.1)*. Nueva York, Naciones Unidas, Asamblea General, 2011. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1&referer=/english/&Lang=S [consultado en febrero de 2012].
- 11 Resolución WHA65.6. Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. En: *65.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 21–26 de mayo de 2012*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R6-sp.pdf [consultada en agosto de 2012].
- 12 *Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting*, Ginebra, 15–17 de diciembre de 2009. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
- 13 *Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 14 Gortmaker SL et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet*, 2011, 378(9793):838–47.
- 15 Butland B et al. *Foresight. Tackling obesities: future choices – project report*. Londres, Government Office for Science, Reino Unido, 2007.
- 16 *2008–2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> [consultado en febrero de 2012].
- 17 Sacks G, Swinburn B, Lawrence M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews*, 2009, 10(1):76–86.

- 18 *Interventions on diet and physical activity: what works: summary report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf> [consultado en febrero de 2012].
- 19 *Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS)*. Organización Mundial de la Salud, 2011. Disponible en: <http://www.who.int/chp/gshs/es/> [consultado en febrero de 2012].
- 20 Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). *Annual report, 2009*. Available at: http://new.paho.org/cfni/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=647&Itemid=226 [consultado en febrero de 2012].
- 21 Sacks G et al. Applications of nutrient profiling: potential role in diet-related chronic disease prevention and the feasibility of a core nutrient-profiling system. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2011, 65(3):298–306.
- 22 Stockley L, Rayner M, Kaur A. *Nutrient profiles for use in relation to food promotion and children's diet: Update of 2004 literature review*. Food Standard Agency, Londres. 2008. Disponible en: <http://www.food.gov.uk/healthiereating/advertisingtochildren/nutlab/nutprofilereview/nutprofilelitupdatedec07> [consultado en febrero de 2012].
- 23 Drewnowski A. The Nutrient Rich Foods Index helps to identify healthy, affordable foods. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 91(4):1095S–1015S.
- 24 Townsend MS. Where is the science? What will it take to show that nutrient profiling systems work? *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 91(4):1109S–155S.
- 25 Cecchini M et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet*, 2010, 376(9754):1775–84.
- 26 *From Burden to "Best Buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*. World Economic Forum and World Health Organization, 2011. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf (consultado en febrero de 2012)
- 27 Cairns G, Angus K, Hastings G. *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to December 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.
- 28 Haby MM et al. A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: the assessing cost-effectiveness in obesity project. *International Journal of Obesity*, 2006, 30(10):1463–75.
- 29 Council of Communications and Media. Policy statement—children, adolescents, obesity, and the media. *Pediatrics*, 2011.
- 30 *Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 31 Resolución WHA63.14. Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. En: *63.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 17–21 de mayo de 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-sp.pdf#page=21 [consultada en febrero de 2012].
- 32 *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.
- 33 Codex Alimentarius. *Directrices para el uso de declaraciones nutricionales y saludables (CAC/GL 23-1997)*. Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 2011.
- 34 *Nutrition labels and health claims: the global regulatory environment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591714.pdf> [consultado en febrero de 2012].

- 35 *The Heart Foundation Tick – making healthier choices stand out from the crowd*. National Heart Foundation of Australia, 2008. Disponible en: <http://www.heartfoundation.org.au/healthy-eating/heart-foundation-tick/Pages/default.aspx> [consultado en febrero de 2012].
- 36 Swedish National Food Administration. *The Keyhole Symbol*. 2009. Disponible en: <http://www.slv.se/en-gb/Group1/Food-labelling/Keyhole-symbol/> [consultado en febrero de 2012].
- 37 Ni Mhurchu C, Gorton D. Nutrition labels and claims in New Zealand and Australia: a review of use and understanding. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2007, 31(2):105–12.
- 38 Kelly B et al. Consumer testing of the acceptability and effectiveness of front-of-pack food labelling systems for the Australian grocery market. *Health Promotion International*, 2009, 24(2):120–9.
- 39 Gorton D et al. Nutrition labels: a survey of use, understanding and preferences among ethnically diverse shoppers in New Zealand. *Public Health Nutrition*, 2009, 12(09):1359–65.
- 40 Sacks G et al. ‘Traffic-light’ nutrition labelling and ‘junk-food’ tax: a modelled comparison of cost-effectiveness for obesity prevention. *International Journal of Obesity*, 2011, 35(7):1001–9.
- 41 Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response: summary*. Copenhagen, Región de Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2007.
- 42 Thow AM et al. The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. *The Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88(8):609–14.
- 43 Epstein LH et al. Purchases of food in youth. Influence of price and income. *Psychological Science*, 2006;17(1):82–9.
- 44 Epstein LH et al. The influence of taxes and subsidies on energy purchased in an experimental purchasing study. *Psychological Science*, 2010, 21(3):406–14.
- 45 Wall J et al. Effectiveness of monetary incentives in modifying dietary behavior: a review of randomized, controlled trials. *Nutrition Reviews*, 2006, 64(12):518–31.
- 46 French SA et al. Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases: the CHIPS study. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(1):112–7.
- 47 Anderson JV et al. 5 a day fruit and vegetable intervention improves consumption in a low income population. *Journal of the American Dietetic Association*, 2001, 101(2):195–202.
- 48 Guo X et al. Food price policy can favorably alter macronutrient intake in China. *Journal of Nutrition*, 1999, 129(5):994–1001.
- 49 Suhrcke M et al. *Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention*. Londres, Oxford Health Alliance, 2005.
- 50 Mytton O et al. Could targeted food taxes improve health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2007, 61(8):689–94.
- 51 Nnoaham KE et al. Modelling income group differences in the health and economic impacts of targeted food taxes and subsidies. *International Journal of Epidemiology*, 2009, 38(5):1324–33.
- 52 Danish Academy of Technical Sciences. *Economic nutrition policy tools – useful in the challenge to combat obesity and poor nutrition?* Danish Academy of Technical Sciences, ATV, 2007.
- 53 BBC News Europa. *Denmark introduces the world’s first food fat tax*. [citado en octubre de 2011]. Disponible en: <http://bbc.in/rsib0H> [consultado en febrero de 2012]
- 54 NACSONline. *France backs soft drinks tax*, 2011. Disponible en: <http://www.nacsonline.com/NACS/News/Daily/Pages/ND1025111.aspx> [consultado en febrero de 2012]
- 55 Miao Z, Beghin JC, Jensen HH. Taxing sweets: sweetener input tax or final consumption tax? *Contemporary Economic Policy*, 2011.

- 56 *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 2003. (Serie de Informes Técnicos de la OMS, nº 916).
- 57 Pollard CM et al. Increasing fruit and vegetable consumption: success of the Western Australian Go for 2&5 campaign. *Public Health Nutrition*, 2008,11(3):314–20.
- 58 Tohill B. *Dietary intake of fruit and vegetables and management of body weight*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
- 59 Rolls BJ, Drewnowski A, Ledikwe JH. Changing the energy density of the diet as a strategy for weight management. *Journal of the American Dietetic Association*, 2005,105(5 Suppl 1):S98–103.
- 60 Ledikwe JH et al. Low-energy-density diets are associated with high diet quality in adults in the United States. *Journal of the American Dietetic Association*, 2006, 106(8):1172–80.
- 61 Cobiaci LJ, Vos T, Veerman JL. Cost-effectiveness of interventions to promote fruit and vegetable consumption. *PLoS ONE*, 2010, 5(11):e14148.
- 62 Pomerleau J et al. *Effectiveness of interventions and programmes promoting fruit and vegetable intake*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
- 63 Blanchette L, Brug J. Determinants of fruit and vegetable consumption among 6–12-year-old children and effective interventions to increase consumption. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2005,18(6):431–43.
- 64 Hartmann M. The EU School Fruit Scheme – a step towards a ‘Healthy’ CAP? Le Programme de l’Union européenne en faveur de la consommation de fruits à l’école – un pas vers une PAC “saine”? Das EU-Schulobstprogram – ein Schritt in Richtung einer ‘gesunden’ GAP? *EuroChoices*, 2010, 9(2):3.
- 65 Astrup A. The trans fatty acid story in Denmark. *Atherosclerosis Supplements*, 2006, 7(2):43–6.
- 66 Stender S, Dyerberg J. Influence of trans fatty acids on health. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 2004, 48(2):61–6.
- 67 *A Better Choice Strategy*. Queensland Health, Australia, 2010. Disponible en: http://www.health.qld.gov.au/health_professionals/food/abetterchoice.asp#strategy [consultado en febrero de 2012].
- 68 *A Better Choice – healthy food and drink supply strategy for Queensland health facilities: evaluation report*. Queensland Health, Australia, 2010. [citado en noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.health.qld.gov.au/ph/documents/abetterchoice/abc_final_report.pdf [consultado en febrero de 2012].
- 69 *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf [consultado en febrero de 2012].
- 70 Parra D et al. Policy and built environment changes in Bogotá and their importance in health promotion. *Indoor and Built Environment*, 2007, 16(4):334–48.
- 71 Reger B, Wootan MG, Booth-Butterfield S. Using mass media to promote healthy eating: a community-based demonstration project. *Preventive Medicine*, 1999, 29(5):414–21.
- 72 Matsudo SM, et al. The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2003,14(4):265–72.
- 73 King L et al. Best practice principles for community-based obesity prevention: development, content and application. *Obesity Reviews*, 2011, 12(5):329–38.
- 74 Swinburn BA et al. The Pacific Obesity Prevention in Communities project: project overview and methods. *Obesity Reviews*, 2011, 12 (Suppl 2):3–11.
- 75 Schultz JT et al. Experiences and challenges in implementing complex community-based research project: the Pacific Obesity Prevention in Communities project. *Obesity Reviews*, 2011, 12 (Suppl 2):12–9.

- 76 Hesketh KD, Campbell KJ. Interventions to prevent obesity in 0–5 year olds: an updated systematic review of the literature. *Obesity (Silver Spring)*, 2010, (Suppl 1):S27–35.
- 77 De Silva-Sanigorski AM et al. Reducing obesity in early childhood: results from Romp & Chomp, an Australian community-wide intervention program. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 91(4):831–40.
- 78 Faith MS et al. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research*, 2004, 12(11):1711–22.
- 79 Waters E et al. Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane Collaboration*, 2011, Issue 12. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001871.pub3/pdf> [consultado en febrero de 2012].
- 80 *School policy framework: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/SPF-en-2008.pdf> [consultado en febrero de 2012].
- 81 Singhal N et al. Effects of controlled school-based multi-component model of nutrition and lifestyle interventions on behavior modification, anthropometry and metabolic risk profile of urban Asian Indian adolescents in North India. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 64(4):364–73.
- 82 Jiang J et al. The effects of a 3-year obesity intervention in schoolchildren in Beijing. *Child: care, health and development*, 2007, 33(5):641–6.
- 83 Ministerio de Educación, Jamaica. *School Feeding Programme*, 2011. Disponible en: <http://www.moec.gov.jm/divisions/ed/welfare/index.shtml> [consultado en febrero de 2012].

Enfoques poblacionales de la
PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL



Organización
Mundial de la Salud

ISBN 978 92 4 350478 0



9 789243 504780