

154.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 16 al 20 de junio del 2014

Punto 4.7 del orden del día provisional

CE154/16, Rev. 1*
3 de junio del 2014
Original: inglés

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

Introducción

1. La obesidad en la niñez y la adolescencia ha alcanzado proporciones epidémicas en la Región de las Américas.^{1,2} Las causas y las consecuencias de la obesidad son bien conocidas, al igual que lo que debe hacerse para prevenirla. En los últimos diez años, muchos países han implantado algunas medidas, por lo que ahora es el momento de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asuma la función de liderazgo a fin de unificar estos esfuerzos y de brindar apoyo a los Estados Miembros por medio de una iniciativa regional de salud pública.

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

* *Este documento ha sido revisado para adecuar de mejor manera el lenguaje con respecto al idioma original. También se han actualizado algunas referencias.*

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

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

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

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

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

Antecedentes

3. Algunas publicaciones relevantes sobre este tema, en particular de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el World Cancer Research Fund (1, 2) concuerdan en que los factores más importantes que promueven el aumento de peso y la obesidad, así como las enfermedades no transmisibles (ENT) conexas, son el consumo elevado de productos de alto contenido calórico y poco valor nutricional³ (con contenido elevado de sal, azúcar y grasa) y la comida rápida, la ingesta habitual de bebidas azucaradas y la actividad física insuficiente. Todos ellos son parte de un ambiente obesogénico.

4. Aunque la actividad física desempeña un papel importante en la prevención de la obesidad, hacen falta niveles muy altos de ejercicio para contrarrestar el impacto del aporte calórico excesivo. Por consiguiente, los esfuerzos preventivos basados principalmente en la actividad física, o basados por igual en la actividad física y el régimen alimentario, tienen poca probabilidad de tener buenos resultados en entornos donde los productos de alto contenido calórico son fácilmente asequibles (3).

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

6. Sin embargo, aunque reducir el consumo de azúcares agregados podría ser una contribución importante para prevenir el grave daño que el régimen alimentario puede ocasionar a la salud de la población, no es suficiente por sí solo. Por ejemplo, es poco probable que la eliminación de nutrientes aislados (como en el caso de la sal y las grasas trans) de la alimentación logre por sí sola que se adopten hábitos alimentarios más saludables. Una alimentación saludable debe basarse en el consumo diario de frutas y verduras, cereales integrales, legumbres, leche, pescado y aceite vegetal, con poco consumo de carnes rojas y procesadas (11, 12). Una alimentación saludable requiere que los sistemas agropecuarios y alimentarios sean sólidos y faciliten estas opciones (13, 14). Dado que los alimentos naturales son la piedra angular de la cocina tradicional en la Región de las Américas, esas mismas tradiciones pueden ser un instrumento valioso para promover la alimentación saludable (15).

³ A los fines de la versión en español, el término “productos de alto contenido calórico” se refiere a productos procesados listos para el consumo, conocidos como *snacks* en inglés.

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

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

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

10. Este plan de acción se centra en la niñez y la adolescencia por varias razones. En primer lugar, la lactancia materna, tanto exclusiva como predominante, puede reducir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en cerca de 10% (22). Además, la lactancia materna también puede ayudar a las madres a perder peso con mayor rapidez después del parto. En segundo lugar, cuanto más temprana es la edad a la que una persona adquiere sobrepeso o se convierte en obesa, mayor es el riesgo que tiene de seguir teniendo sobrepeso o de tornarse obesa al avanzar la edad (23). En tercer lugar, la obesidad tiene consecuencias adversas para la salud en las fases iniciales de la vida, dado que aumenta el riesgo de padecer asma, diabetes de tipo 2, apnea del sueño y enfermedades cardiovasculares (24, 25). Estas enfermedades, a su vez, afectan el crecimiento y el desarrollo psicosocial durante la adolescencia (26) y, con el tiempo, comprometen la calidad de vida y la longevidad (27). En cuarto lugar, como los hábitos alimentarios se adquieren en la niñez, la promoción de los productos de alto contenido calórico, las bebidas azucaradas y la comida rápida dirigida a interfiere con la formación de hábitos alimentarios saludables (28, 29). Por último, los niños son especialmente vulnerables a los efectos negativos de la publicidad de los alimentos. Como en estas campañas

promocionales también se elude el control paterno, constituyen tanto una inquietud ética como de derechos humanos.⁴ Ya se ha sentado un precedente para la acción en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (el Código) (30).

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

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

Análisis de la situación

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

14. Además, en la Región se ha observado un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los niños de 0 a 5 años de ambos sexos. Por ejemplo, las tasas

⁴ La observación general n.º 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud de la Convención sobre los Derechos del Niño se puede consultar en: <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/428/17/pdf/G1342817.pdf?OpenElement>.

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

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

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

16. Este rápido aumento se refleja en las altas tasas de prevalencia de la obesidad en la Región de las Américas. Los datos disponibles indican que, en términos generales, de 20% a 25% de los menores de 19 años de edad se ven afectados (39). En América Latina, se calcula que 7% de los menores de 5 años de edad (3,8 millones) tienen sobrepeso u obesidad (39). En la población escolar (de 6 a 11 años), las tasas de sobrepeso y obesidad comprenden desde 15% (Perú) (40) hasta 34,4% (México) (41), y en la población adolescente (de 12 a 19 años de edad), de 17% (Colombia) (42) a 35% (México) (41). En Estados Unidos, 33% de la población infantil de 6 a 11 años y adolescente de 12 a 19 años presenta sobrepeso u obesidad (43), mientras que en Canadá 22% de la población adolescente de 12 a 17 años de edad se ve afectada (44). Sin embargo, algunos datos recientes de Estados Unidos indican una disminución significativa en la obesidad en niños de 2 a 5 años, de 14% en el 2003-2004 a 8% en el 2012-2013 (38). Esta disminución podría atribuirse a factores como las tasas más altas de lactancia materna y los cambios en las políticas alimentarias como el programa del gobierno de Estados Unidos de complementación nutricional dirigido a las mujeres, los lactantes y los niños.

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

- a) la legislación y las políticas nacionales para promover la lactancia materna que se han introducido en muchos países como la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, la aplicación y el seguimiento del Código y la protección de la lactancia materna en el lugar de trabajo;
- b) los gravámenes que se han impuesto a las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico a fin de reducir el consumo en México;⁸
- c) las nuevas políticas para mejorar la alimentación en el entorno escolar, en particular los alimentos que se venden en las escuelas, como en Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica,⁹ Ecuador,¹⁰ Estados Unidos, México,¹¹ Perú y Uruguay;

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

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

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

- d) la reglamentación de la comercialización de alimentos a los niños, como en Brasil, Chile¹² y Perú;
- e) las mejoras en los programas nacionales de alimentación en las escuelas, como en el caso de Brasil, México y otros países; Brasil ahora requiere que al menos 70% de los alimentos que se proporcionan a los estudiantes sean naturales o tengan un procesamiento mínimo, y que al menos 30% del programa nacional de alimentación en las escuelas se use para comprar alimentos producidos por granjas familiares locales;
- f) el etiquetado en el frente del envase con mensajes visuales sencillos para indicar diversas características alimentarias, como en Ecuador.

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

19. Varias ciudades y estados en Estados Unidos, y el gobierno federal de manera más reciente, han modificado con éxito en los últimos 6 a 10 años la alimentación en el entorno escolar al eliminar los productos de alto contenido calórico y las bebidas azucaradas de la venta y de las máquinas expendedoras, y al mejorar la calidad de los alimentos que ofrecen los comedores. Estos cambios podrían haber contribuido a detener el aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad en varios estados e incluso haber llevado a una pequeña disminución en algunas ciudades (45). Por otro lado, la disminución de las tasas de obesidad infantil en 18 estados se ha asociado a las mejoras relacionadas con el programa de complementación nutricional mencionado anteriormente. (46).

Proyecto de plan de acción

Objetivo general

20. El objetivo general de este plan de acción quinquenal de salud pública es detener el aumento acelerado de la epidemia de la obesidad en la niñez y la adolescencia, de manera de que no se registre aumento alguno en las tasas de prevalencia actuales en cada país. Este objetivo requiere un enfoque multisectorial que abarque la totalidad del curso de vida, que se base en el modelo socioecológico (47) y que se centre en transformar el ambiente obesogénico actual en oportunidades para promover un consumo mayor de alimentos nutritivos y un aumento de la actividad física. Esto se logrará al ejecutarse un

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

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

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

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

conjunto de políticas, leyes, reglamentos e intervenciones eficaces en las siguientes áreas de acción estratégica:

- a) protección, promoción y apoyo de las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria;
- b) mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares y preescolares;
- c) políticas fiscales y reglamentación de la publicidad y promoción de alimentos;
- d) medidas intersectoriales para promover la salud;
- e) vigilancia, investigación y evaluación.

21. Con este fin, la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) proporcionará: *a)* apoyo a la adopción de indicadores relativos a la obesidad, *b)* directrices regionales sobre el contenido de sal, azúcar y grasas en los alimentos y las bebidas; *c)* directrices regionales para los programas preescolares y escolares de alimentación, y para los alimentos y las bebidas que se venden en los distintos establecimientos escolares; *d)* protocolos y directrices para las políticas, las normas y las intervenciones nacionales; y *e)* materiales didácticos. También mantendrá una base de datos actualizada sobre las tendencias nutricionales y hará el seguimiento de las actividades relacionadas con la aplicación de las políticas, las leyes y los programas en la Región.

Área de acción estratégica 1: Protección, promoción y apoyo de las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria

22. Entre sus muchos beneficios, la lactancia materna más prolongada, tanto cuando es exclusiva como predominante, puede reducir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad cerca de 10% (22). La lactancia materna exclusiva también ayuda a las madres a perder peso más rápidamente después del parto. Sin embargo, una gran proporción de niños de la Región no se beneficia de las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria. Por ejemplo, en América Latina la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los menores de seis meses es de solo 44% y solo 71% de los menores de dos años de edad reciben la diversidad alimentaria mínima recomendada por la OMS (48). Para mejorar esta situación los países deberán renovar su compromiso de aplicar plenamente el Código, la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) y la *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*.

Objetivo 1.1: Fortalecer los esfuerzos para aplicar la *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*.

Indicadores:

- 1.1.1: Número de países que regularmente (al menos cada tres años) publican los resultados del seguimiento de la aplicación del Código.
(Línea de base: 5; meta: 15)
- 1.1.2: Número de países que tienen al menos 50% de los servicios de salud materna certificados como IHAN.
(Línea de base: 0; meta: 5)
- 1.1.3: Número de países que tienen políticas implantadas y una fuente de financiamiento específica para promover las prácticas óptimas de alimentación infantil de acuerdo con lo que se recomienda en la *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*.
(Línea de base: 5; meta: 10)

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

23. Las pruebas científicas actuales muestran la eficacia de las intervenciones en las escuelas para cambiar los hábitos alimentarios y prevenir el sobrepeso y la obesidad (49, 50). Para que este tipo de programas tenga éxito, deben ejecutarse usando un enfoque integral y compatible con la nutrición y las normas de inocuidad de los alimentos. Además, se debe reglamentar la publicidad y la venta de productos de alto contenido calórico y de bebidas azucaradas en las escuelas y se debe incorporar la actividad física en la rutina escolar diaria.

Objetivo 2.1: Poner en marcha programas nacionales de alimentación a nivel preescolar y escolar que estén en consonancia con las directrices propuestas por la OPS.

Indicador:

- 2.1.1: Número de países que tienen programas nacionales de alimentación a nivel preescolar y escolar en consonancia con las directrices propuestas por la OPS.
(Línea de base: 3, meta: 21)

Objetivo 2.2: Adoptar normas o reglamentos para la venta de alimentos y bebidas en las escuelas en consonancia con las directrices propuestas por la OPS.

Indicador:

- 2.2.1: Número de países en los cuales los alimentos y las bebidas que se venden en por lo menos 70% de sus escuelas están en consonancia con las directrices propuestas por OPS.
(Línea de base: 6; meta: 21)

Indicador:

2.2.2: Número de países que han garantizado el acceso al agua potable en por lo menos 70% de sus centros preescolares y escuelas.
(Línea de base: 3; meta: 21)

Objetivo 2.3: Establecer estrategias educativas que apoyen las nuevas políticas alimentarias en las escuelas.

Indicador:

2.3.1: Número de países que han incorporado una alimentación y nutrición saludables en el programa escolar.
(Línea de base: 3; meta: 10)

Objetivo 2.4: Incorporar la actividad física diaria en el programa escolar.

Indicador:

2.4.1: Número de países en los que por lo menos 70% de escuelas tienen un programa que establece al menos 30 minutos al día de actividad física de moderada a intensa (aeróbica).
(Línea de base: 0; meta: 10)

Área de acción estratégica 3: Políticas fiscales y reglamentación de la publicidad y promoción de alimentos

24. Se sabe que las políticas fiscales y los reglamentos sobre promoción y publicidad son fundamentales para reducir el consumo de tabaco (51) y alcohol. Se han observado resultados similares con las bebidas azucaradas en Francia y Hungría. En el caso de los alimentos y las bebidas, México ha sancionado legislación impositiva para las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico. Chile y Brasil han puesto en marcha iniciativas para reglamentar la publicidad y promoción de los alimentos. Debido a que los niños son más vulnerables al poder persuasivo de los mensajes comerciales (por ejemplo, los anuncios en la televisión o por internet, los endosos de las celebridades, la publicidad en los negocios y las marcas comerciales combinadas en los juguetes), la OMS (52) y la OPS (19) han publicado recomendaciones para reglamentar la publicidad y promoción de los alimentos dirigida a la niñez y la adolescencia con miras a reducir el consumo de los productos de alto contenido calórico, la comida rápida y las bebidas azucaradas. A fin de proteger el derecho de los niños a la salud y otros derechos humanos conexos, se insta a los gobiernos a que establezcan políticas fiscales y mecanismos regulatorios, dado que los enfoques voluntarios no han tenido buenos resultados (53, 54).

Objetivo 3.1: Gravar las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y, de ser posible, destinar los ingresos a las intervenciones de promoción de la salud.

Indicador:

- 3.1.1: Número de países que han aprobado legislación para gravar las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico, y han destinado esos ingresos a las intervenciones de promoción de la salud.
(Línea de base: 1; meta: 10)

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

Indicador:

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

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

Indicador:

- 3.3.1: Número de países que han establecido normas para el etiquetado del frente del envase que permiten identificar de manera rápida y sencilla los productos de alto contenido calórico y las bebidas azucaradas.
(Línea de base: 1; meta: 15)

Área de acción estratégica 4: Medidas intersectoriales para promover la salud

25. Para controlar la obesidad es beneficioso proporcionar recursos comunitarios que permitan que todas las personas y comunidades realicen actividad física como caminar, hacer ejercicio o andar en bicicleta (20). La creación de espacios como los parques y las zonas recreativas, así como la construcción y la ampliación de las zonas peatonales y las ciclovías seguras, acompañadas de campañas promocionales adecuadas, se han asociado a un aumento de la actividad física en muchas ciudades de todo el mundo. Las técnicas que emplean los medios sociales para proporcionar a los padres y las madres estrategias e información práctica sobre la nutrición, el régimen alimentario y la actividad física son un componente fundamental de las intervenciones sostenibles para prevenir la obesidad. Un enfoque multisectorial que facilite la contribución de los diferentes agentes proporciona múltiples plataformas para abordar la epidemia.

Objetivo 4.1: Involucrar a los asociados y los interesados directos de múltiples sectores bajo la conducción del gobierno, para que presten apoyo a la ejecución de este plan de acción.

Indicador:

4.1.1: Número de países en los cuales la ejecución de este plan de acción, incluidas las estrategias de comunicación, están contando con el apoyo de los asociados y los interesados directos de múltiples sectores, bajo la conducción del gobierno.
(Línea de base: 0; meta: 15)

Objetivo 4.2: Crear incentivos a nivel nacional que apoyen la agricultura familiar.

Indicador:

4.2.1: Número de países que han creado incentivos a nivel nacional en apoyo de la agricultura familiar.
(Línea de base: 5; meta: 21)

Objetivo 4.3: Mejorar el acceso al transporte masivo eficiente y la seguridad de las calles para caminar y andar en bicicleta.

Indicadores:

4.3.1: Número de países en los cuales la población tiene acceso a entornos seguros para caminar y andar en bicicleta en al menos 50% de sus centros urbanos.
(Línea de base: 5; meta: 15)

4.3.2: Número de países que han mejorado o puesto en marcha sistemas de transporte masivo eficaces en al menos la mitad de los centros urbanos con poblaciones por encima de 1.000.000 de habitantes.
(Línea de base: 8; meta: 15)

Área de acción estratégica 5: Vigilancia, investigación y evaluación

26. Los sistemas de información sobre la vigilancia son fundamentales para la formulación de políticas a escala nacional y regional, y el desglosamiento de datos es igualmente importante para hacer que esas políticas sean sensibles a la equidad (55). Antes de diseñar un sistema nuevo, resulta útil evaluar las capacidades actuales y los datos disponibles en el país. Algunos países ya han adaptado los sistemas que se usan internacionalmente, como la encuesta mundial de salud de los alumnos en las escuelas de la Organización Mundial de la Salud y las encuestas sobre el gasto familiar. Otros han elaborado su propio sistema, como en el caso del sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales en Estados Unidos (BRFSS por su sigla en inglés) y la encuesta telefónica de Brasil para la vigilancia de los factores de riesgo y la protección frente a las enfermedades crónicas llamada *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (VIGITEL), entre otros. Es importante integrar los

distintos sistemas de información y crear alianzas y redes con instituciones académicas y científicas para establecer sistemas integrales de vigilancia.

Objetivo 5.1: Fortalecer los sistemas de información de los países para que los datos sobre las tendencias y los determinantes de la obesidad, desglosados por edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia y estado socioeconómico, estén disponibles sistemáticamente para la adopción de decisiones de políticas.

Indicador:

5.1.1: Número de países con un sistema implantado para publicar informes sobre la malnutrición que incluye el tema del sobrepeso y la obesidad en la población infantil y adolescente en edad escolar desglosado al menos en dos estratificadores de equidad.
(Línea de base: 10; meta: 21)

Objetivo 5.2: Generar pruebas científicas sobre la eficacia de las políticas y las intervenciones a fin de orientar la formulación de políticas a escala nacional y subregional.

Indicador:

5.2.1: Número de países que han realizado estudios para evaluar la eficacia de las políticas e intervenciones nacionales para prevenir la obesidad en la niñez, en los que se documentan las diferencias socioeconómicas.
(Línea de base: 3; meta: 10)

Seguimiento y evaluación

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

Implicaciones financieras

28. Se calcula que el gasto total, incluidas tanto las actividades como el personal

actual y adicional de Oficina Sanitaria Panamericana, será de \$3.080.000.¹³ El costo del personal actual (\$1.710.000) está cubierto por el presupuesto ordinario de la OPS, por lo que se deberán movilizar recursos para cubrir el costo del personal adicional (\$600.000) y de las actividades (\$770.000) de la OPS. Las actividades que emprendan los países y los asociados deberán financiarse a partir de iniciativas multisectoriales a nivel local.

Intervención del Comité Ejecutivo

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

Anexos

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 (OMS, Serie de Informes Técnicos 916) [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf.
2. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective [Internet]. Washington (DC): AICR; 2007 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/reports/Second_Expert_Report.pdf.
3. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure [en línea]. *The Lancet* 2002 Aug 10; 360 (Issue 9331): 473–482 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602096782>.
4. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Pub Health* 2007 Apr; 97(4):667-675.
5. Morenga LT, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies [en línea]. *BMJ* 2013;346:e7492 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.e7492>.

¹³ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente documento se encuentran en dólares de los Estados Unidos.

6. Fung TT, Malik V, Rexrode KM, et al. Sweetened beverage consumption and risk of coronary heart disease in women. *Am J Clin Nutr* 2009;89(4):1037-1042. doi: 10.3945/ajcn.2008.27140.
7. Malik VS, Popkin BM, Bray G, Despres J-P, et al. Sugar sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type-2 diabetes: a meta-analysis [publicado en línea el 6 de agosto del 2010]. *Diabetes Care* 2010; 3(11):2477-2484 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://care.diabetesjournals.org/content/33/11/2477>.
8. Bremer AA, Mietus-Snyder M, Lustig R. Toward a unifying hypothesis of metabolic syndrome [publicado en línea el 20 de febrero del 2012]. *Pediatrics* 2012 Mar 1; 129(3): 557-570 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/557.long>.
9. Lyssiotis CA, Cantley LC. Metabolic syndrome: F stands for fructose and fat [en línea]. *Nature* 2013 Oct 10; 502:181-182 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.nature.com/nature/journal/v502/n7470/full/502181a.html>.
10. Stanhope KL, Schwarz JM, Keim NL, Griffen SC, Bremer AA, Graham JL, Hatcher B, Cox CL, Dyachenko A, Zhang W, et al. Consuming fructose-sweetened, not glucose-sweetened, beverages increases visceral adiposity and lipids and decreases insulin sensitivity in overweight/obese humans [Internet]. *J. Clin. Invest* 2009 May;119(5):1322–1334 [consultado el 28 de abril del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19381015>.
11. Mozaffarian D, Ludwig DS. Dietary guidelines in the 21st century—a time for food (commentary). *J Am Med Assoc* 2010;304(6):681-682.
12. World Health Organization. Preparation and use of food-based dietary guidelines: report of a joint WHO/FAO consultation [Internet]. Ginebra: OMS; 1998 (OMS, serie de informes técnicos 880) [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_880.pdf.
13. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El estado mundial de la agricultura y la alimentación: Sistemas alimentarios para una mejor nutrición [Internet]. Roma: FAO; 2013 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.fao.org/docrep/018/i3300s/i3300s00.htm>.
14. Simopoulos AP, Bourne PG, Faergeman O. Bellagio Report on Healthy Agriculture, Healthy Nutrition, Healthy People [Internet]. *Rev Panam Salud Publica* 2013 Mar;33(3): 230-236 [consultado el 28 de abril del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23698143>.

15. Jacoby E. The best food on earth. Peru: As good as it gets (Commentary) [en línea]. *World Nutrition* 2012 Jul; 3(7):294-306 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.wphna.org/htdocs/downloads/july2012/12-07%20WN3%20Peru%20food%20pdf.pdf>.
16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf.
17. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries [Internet]. *The Lancet* 2013 Feb 23-Mar 1; Vol. 381, Issue 9867:670-679 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3).
18. Monteiro C, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev* 2013 Nov;14(Suppl. S2): 21-28.
19. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la consulta de expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas [Internet]. Washington DC: OPS; 2011 [consultado el 2 de abril del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18285.
20. Dora C, Hosking J, Mudu P, Fletcher ER. Urban transport and health. Module 5g. Sustainable transport: a sourcebook for policy-makers in developing cities [Internet]. Ginebra: WHO/GTZ; 2011 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/hia/green_economy/giz_transport.pdf.
21. Cohen L, Davis R, Lee V, Valdovinos E. Addressing the intersection: preventing violence and promoting healthy eating and active living. Oakland (CA): Prevention Institute; 2010.
22. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf.

23. Cunningham SA, Kramer MR, Venkat Narayan KM. Incidence of childhood obesity in the United States [en línea]. *N Engl J Med* 2014; 370(5):403-411 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.nejm.org/doi/abstract/10.1056/NEJMoa1309753>.
24. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment [en línea]. *Circulation* 2005;111:1999-2012 (AHA Scientific Statement) [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://circ.ahajournals.org/content/111/15/1999.full>.
25. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity [en línea]. *N Engl J Med* 1997;337:869–873 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199709253371301>.
26. Michaud P-A, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition: epidemiology, developmental issues and health care provision [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 (WHO discussion papers on adolescence) [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595704_eng.pdf.
27. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, Layden J, Carnes BA, Brody J, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century [en línea]. *N Engl J Med* 2005; 352;1138-1145 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsr043743>.
28. National Research Council. Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance. Washington (DC): The National Academies Press; 2005.
29. Birch LL and Doub AE. Learning to eat: birth to age 2 [en línea]. *Am J Clin Nutr* 2014 Mar; 99(3):723S-8S. [Publicación electrónica previa a la versión impresa] [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24452235>.
30. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna [Internet]. Ginebra: OMS; 1981 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42533/1/9243541609_spa.pdf.
31. McLaren L. Socioeconomic Status and obesity [en línea]. *Epidemiol Rev* 2007; 29(1):29-48 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://epirev.oxfordjournals.org/content/29/1/29.long>.

32. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin B. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review [en línea] *Bull World Health Organ*. 2004 Dec; 82(12): 940-946 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004001200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
33. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar el resumen de orientación en español y el documento completo en inglés en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/.
34. Rivera J, Avila M, Salinas C et al. Obesidad en México. Recomendaciones para una política de estado. Mexico, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Grupo Multidisciplinario sobre la Obesidad de la Academia Nacional de Medicina; 2013.
35. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2010 [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Epidemiología [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/descarga-ens/>.
36. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2012: With special feature on emergency care [Internet]. Hyattsville (MD): CDC NCHS; 2013 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus12.pdf>.
37. Caribbean Food and Nutrition Institute. Report on the anthropometry of children 0 to 4 years old in the Caribbean. Kingston: CFNI; 2012.
38. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012 [en línea]. *JAMA*. 2014;311(8):806-814 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1832542>.
39. Rivera JA, González de Cossio T, Pedraza LS, Aburto TC, Sánchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review [en línea]. *The Lancet Diabetes-Endocrinology* 2013; Vol. 2, Issue 4, 2014 Apr p. 321-332 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6).
40. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares, 2008 [Internet]. Lima: INEI, 2008 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/condiciones-de-vida/3/>.

41. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) [Internet]. Guernavaca: INSP; 2012 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://ensanut.insp.mx/>.
42. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ENSIN - Encuesta nacional de situación nutricional en Colombia [Internet]. Bogotá: ICBF; 2010 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1>.
43. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index among US children and adolescents, 2007-2008 [en línea]. JAMA 2010 Jan 20;303(3):275-276 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=185233>.
44. Employment and Social Development Canada. Indicators of well-being in Canada [Internet]. Canada: Human Resources and Skills Development Canada (HRSDC); 2013 [consultado el 20 de diciembre del 2013]. Se puede encontrar en: <http://www4.hrsdc.gc.ca/d.4m.1.3n@-eng.jsp?did=3>.
45. Robert Wood Johnson Foundation. Health Policy Snapshot. Childhood Obesity. [Internet]. Princeton (NJ): RWJF c2012 (Issue Brief 2012 Sep) [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2012/rwjf401163.
46. Centers for Disease Control and Prevention. Mortality and Morbidity Weekly Report (MMWR). Vital signs: obesity among low-income, preschool-aged children — United States, 2008–2011 [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2013 Aug 9; 62(31);629-634 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6231a4.htm>.
47. Pérez-Escamilla R and Kac G. Childhood obesity prevention: a life-course framework. *International Journal of Obesity Supplements* (2013) 3:S3–S5.
48. Lutter CK, Lutter R. Fetal and early childhood undernutrition, mortality and lifelong health [en línea]. *Science* 2012;337:1495-1499 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.sciencemag.org/content/337/6101/1495>.
49. Lobelo F, Garcia de Quevedo I, Holub CK, Nagle BJ, Arredondo EM, Barquera S, et al. School-based programs aimed at the prevention and treatment of obesity: evidence-based interventions for youth in Latin America. *J Sch Health* 2013;83(9):668-7.

50. Verstraeten R, Roberfroid D, Lachat C, Leroy JL, Holdsworth M, Maes L, et al. Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2012 Aug;96(2): 415-38.
51. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf?ua=1>.
52. World Health Organization. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/MarketingFramework2012.pdf>.
53. Galbraith-Emami S, Lobstein T. The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obes Rev* 2013;14(12):960-974.
54. Hawkes C, Harris JL. An analysis of the content of food industry pledges on marketing to children. *Public Health Nutr* 2011;14(8):1403-14.
55. World Health Organization. Handbook on health inequality monitoring, with special focus on low- and middle-income countries [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 28 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf.

154.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 16 al 20 de junio del 2014

CE154/16, Rev. 1
Anexo A
Original: inglés

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

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

LA 154.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* para el período 2014-2019 (documento CE154/16, Rev. 1),

RESUELVE:

Recomendar que el 53.^o Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

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

EL 53.^o CONSEJO DIRECTIVO,

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

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

Consciente de que el sobrepeso y la obesidad han alcanzado proporciones epidémicas en la niñez y la adolescencia en la Región de las Américas y de que el

problema ya ha llevado a que se emprendan diversas iniciativas de control a escala local así como a escala nacional por parte de los Estados Miembros;

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

Consciente de que el presente plan de acción está en consonancia con los mandatos internacionales establecidos por la Asamblea Mundial de la Salud, en particular la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (WHA57.17 [2004]) y el Plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño (WHA65.6 [2012]), además de los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS como la Estrategia y Plan de acción para la salud integral en la niñez (CSP28/10 [2012]), la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (CD48.R5 [2008]), la Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015 (CD47/18 [2006]), la Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (CSP28/9, Rev. 1 [2012] y CD52/7, Rev. 1 [2013]), así como con la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948) y la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (1989),

RESUELVE:

1. Respalda el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* para el período 2014-2019.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) otorguen prioridad y aboguen al nivel más alto para que se ejecute este plan de acción;
 - b) promuevan la coordinación entre los ministerios y las instituciones públicas, principalmente en los sectores de la educación, la agricultura y la ganadería, el transporte y la planificación urbana, así como con las autoridades locales de las ciudades, a fin de alcanzar el consenso a nivel nacional y de combinar sinérgicamente las medidas para detener el avance de la epidemia de la obesidad en la niñez;
 - c) apoyen y dirijan iniciativas conjuntas del sector público y el privado y las organizaciones de la sociedad civil en torno a este plan de acción;
 - d) elaboren programas y planes de comunicación masiva para difundir el plan de acción y educar al público sobre los asuntos relativos a los alimentos, la alimentación saludable y el valor de las tradiciones culinarias locales;

- e) establezcan un sistema integrado de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de las políticas, los planes, los programas, la legislación y las intervenciones que permita determinar la repercusión de la ejecución del plan de acción;
 - f) procuren que se establezcan procesos para que haya análisis y revisión externa de la ejecución del plan sobre la base de las prioridades, las necesidades y las capacidades nacionales.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) preste apoyo a los Estados Miembros, en colaboración con otros organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Programa Mundial de Alimentos y el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, y los sectores nacionales, a fin de trabajar conjuntamente en torno a este plan de acción, en particular las actividades a nivel subregional y de país;
 - b) promueva la ejecución y la coordinación del plan de acción para garantizar que las actividades sean transversales entre las distintas áreas programáticas de la Organización y los contextos subregionales y regionales;
 - c) promueva y consolide la cooperación con los países y entre ellos, y el intercambio de experiencias y enseñanzas;
 - d) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre el avance y las limitaciones en la ejecución de este plan de acción, así como sobre su adaptación a nuevos contextos y necesidades.

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

<p>1. Punto del orden del día: 4.7 - Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia.</p>
<p>2. Relación con el Programa y Presupuesto 2014-2015:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Categorías: 2 - Enfermedades no transmisibles y factores de riesgob) Áreas programáticas y objetivos: 2.5 Nutrición RIT 2.5.3 Porcentaje de menores de 5 años que tienen sobrepeso
<p>3. Repercusiones financieras:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): Se calculó que el gasto total del personal actual de la OPS, el personal adicional y las actividades sería de US\$3.080.000.b) Costo estimado para el bienio 2014-2015 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): El costo calculado para el bienio 2014-2015 es de US\$992.000.c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas? El costo del personal actual (US\$1.710.000) está cubierto en el presupuesto ordinario de la OPS. La movilización de recursos será para el personal adicional (US\$600.000) y las actividades que llevará a cabo la OPS (US\$770.000). Las actividades a cargo de los países y los asociados deberían financiarse a partir de las iniciativas multisectoriales a nivel local.
<p>4. Repercusiones administrativas</p> <ul style="list-style-type: none">a) Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo: Este plan de acción se ejecutará a nivel regional, subregional y de país.b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal): Se necesitará personal adicional (un funcionario de nivel P.3 en la oficina regional) para realizar las actividades específicas en apoyo de la ejecución y la evaluación de este plan.c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación): <i>Primer año:</i> Difusión, promoción de la causa y movilización de recursos para la ejecución del plan a nivel regional, subregional y de país.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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