

# Prevención integral de la obesidad infantil: el Plan Andaluz

A. Martínez Rubio

Pediatra de Atención Primaria, Distrito Aljarafe, Sevilla.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S 21-34

## Resumen

*La comunidad científica y las organizaciones públicas de salud lanzan mensajes de alarma ante el incremento constante de la prevalencia de obesidad, ya desde la infancia. Las administraciones son responsables de coordinar las líneas de intervención más importantes, promover otras a la luz de las nuevas evidencias, estimular el desarrollo de investigaciones sobre su eficacia, coordinar las actuaciones desde diversos estamentos públicos y privados, informar a los ciudadanos y contribuir a que el entorno social facilite las opciones más saludables.*

*El Plan Andaluz de Obesidad Infantil se incardina dentro de las iniciativas de la Unión Europea (EU Platform on Diet Physical Activity and Health) y del Ministerio de Sanidad (Estrategia NAOS) proponiendo líneas de actuación a desarrollar en diversos escenarios (escuela, sistema sanitario, municipios, empresas, movimiento asociativo...)*

*El sistema sanitario tiene un importante papel en este proyecto, participando tanto en la prevención primaria, mediante el seguimiento de salud de los niños sanos y el consejo nutricional, como en la detección precoz del sobrepeso y su tratamiento. Estas actividades van a exigir algunos cambios en la forma habitual de manejo de los problemas clínicos que ya se aplican en otros aspectos de la salud: abordaje de los tratamientos de forma pactada, trabajo grupal en educación para la salud, aplicación de estrategias cognitivo-conductuales y enfoque familiar sistémico.*

*Otros retos a resolver y que requieren de abordajes innovadores son el manejo de las desigualdades en salud y la forma de implicar a la industria alimentaria en la prevención de la obesidad.*

**Palabras clave:** Obesidad, Prevención, Salud pública.

## Abstract

*The scientific community and public health organizations have sent alarming messages about the steadily increasing of world's prevalence of obesity beginning during childhood. This has led to the development of several strategies for intervention in the last two years. The Public Administrations should coordinate the most important intervention proposals, promote new ones according to the latest evidences, stimulate research development about its effectivity, coordinate actions both in public and private settings, give information to citizens and contribute to a social environment that can enhance healthier choices.*

*The Andalusian Plan for Childhood Obesity joins the EU Platform on Diet, Physical Activity and Health and the Spanish Strategy for Nutrition, Physical Activity and Prevention of Obesity (Naos Strategy) by proposing action lines to be developed in a variety of settings such as schools, health system, city councils, companys, citizen's associations...*

*The public health care system plays a very important role in this project. As primary prevention by home care visits and nutritional counselling. And to the early diagnosis of overweight and its management. These activities ask for some changes in the usual way of focusing clinical issues that are already in use in other health aspects: facing treatment by agreement with patients, work group for health education, adopting behavioral and systemic approaches to obesity management.*

*Furthermore, there are detected new challenges to solve that ask for new approaches. One is about managing social inequalities. Other address the ways in which food industry can be lead to prevent obesity.*

**Key words:** Obesity, Prevention, Public health.

## Introducción

---

### **Encuadre del tema desde la perspectiva de la salud pública y del III Plan Andaluz de Salud. Desarrollo de Planes Integrales en Andalucía. Desarrollo del Plan Integral de la Obesidad Infantil en Andalucía**

Desde la que fue Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa el año 1986, a la quinta, en México en 2000<sup>1</sup>, se han ido produciendo cambios sutiles en el enfoque de la salud pública. Dos décadas han servido para consolidar algunas líneas de intervención y para investigar en sus resultados. Entre los informes elaborados en México (Tabla I), merece la pena destacar las conclusiones de alguno de ellos.

El informe que analiza la necesidad de promover la responsabilidad social des-

cribe la importancia vital de apostar por la participación de todos los estamentos sociales porque es necesario un compromiso socialmente responsable para lograr una mayor equidad en la salud y que llegue a todos. Esto puede lograrse gracias a la participación horizontal de los ciudadanos mediante diversos cauces y asegurando el mantenimiento de un entorno físico y social sano. Destaca también la importancia de diseñar planes de actuación a nivel local, para que sean más abordables con los recursos existentes y más asumibles. También para que los resultados puedan ser evaluados de manera más fácil pero sin perder de vista que deben ir dirigidos a disminuir las desigualdades.

Esto no puede hacerse sin aumentar las oportunidades de acceso a la educación y el empleo, buscando como objetivo el aumentar las capacidades de las

comunidades y de los individuos. Con respecto de las organizaciones e instituciones públicas, queda bien claro que deben incrementar sus alianzas en pro de la salud y también deben dedicar mayores recursos a la prevención.

El desarrollo de la asistencia médica actual es cada vez más tecnológico y sofisticado. La sanidad pública dedica crecientes recursos económicos a la adquisición de aparatos, fármacos o tecnología en pro de una actuación asistencial adecuada a los conocimientos actuales tal como exigen los profesionales y el público. Esto es una tendencia imparable debido al propio desarrollo de las ciencias. Pero este hecho ha puesto al descubierto que los recursos son finitos y que determinadas patologías generan tales costos, no sólo a nivel económico, sino también social, familiar y físico, que parece vital dedicar mayores esfuerzos a intentar evitarlas.

El cáncer, la diabetes tipo 2 y todas las enfermedades cardiovasculares son de

las patologías crónicas que más recursos consumen. Y algunos de sus factores determinantes son prevenibles. Por ejemplo, la obesidad, el sedentarismo y el consumo de tabaco. Los estilos de vida parecen estar en la base de muchos de estos problemas y pueden ser modificados. ¿Cómo? Difícil pregunta. Y difícil respuesta, como se ha podido comprobar en la lucha frente al tabaco.

La obesidad es, al menos en la mayoría de los casos, el resultado de cambios en los estilos de vida de las personas y de los grupos sociales<sup>2-4</sup>. El aumento del nivel económico ha modificado la accesibilidad a los alimentos. El desarrollo tecnológico ha hecho innecesario el desarrollo de esfuerzo físico en la vida diaria de la mayoría de las personas. Ahora nos vemos ante la tesitura de intentar dar marcha atrás en unas urbes hipertrofiadas, llenas de vehículos, sin espacio para el caminante. En un mercado de la alimentación en el que predominan las ofertas y la publicidad sobre pro-

**Tabla I.** Temas abordados por los Informes Técnicos de la Quinta Conferencia de la OMS (México, junio 2000)<sup>1</sup>

1. Promover la responsabilidad social por la salud.
2. Ampliar la capacidad de las comunidades y reforzar al individuo.
3. Consolidar y ampliar la alianzas en pro de la salud.
4. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
5. Asegurar una infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

ductos que proporcionan aportes energéticos muy superiores a lo necesario, pero que el público ha ido asimilando como normal, natural o legítimo consumir. En un contexto social en el que las familias han modificado su estructura y relaciones de forma sustancial.

Ante la magnitud del cambio<sup>5-6</sup> se han empezado a desarrollar estrategias para el abordaje de un tema tan complejo. Andalucía apostó por esta línea al desarrollar el III Plan de Salud (III PAS) planeado para el quinquenio 2003-2008<sup>7</sup>; se introdujo en su proyecto el desarrollo de Planes Integrales precisamente encaminados al abordaje multidisciplinar del cáncer, el tabaco, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la salud mental. Estos temas tienen en común su amplia prevalencia, su morbilidad asociada, el alto costo que generan, y la presencia de factores determinantes potencialmente prevenibles.

Los planes integrales ya desarrollados pretenden modificar el abordaje de cada patología:

- Apostando por intervenciones preventivas, entre ellas mejorando la información de los ciudadanos, no sólo en los contenidos formales sino prestando atención a la forma de los mensajes, al estilo de comunicación y a la apertura a nuevas vías.

- Organizando el flujo asistencial de manera que todos los aspectos de cada patología reciban la atención oportuna, para evitar la aparición de complicaciones.
- Incrementando la inversión en tecnología para la atención.
- Mejorando la comunicación entre los distintos niveles asistenciales.
- Promoviendo una mejor formación en todas las categorías profesionales implicadas.
- Mejorando la atención a aspectos concretos (por ejemplo, el transporte de los enfermos cardiacos, la aparición de neuropatía diabética...)

El tema de la obesidad infantil no fue planteado en el desarrollo inicial del III PAS, sino que fue propuesto posteriormente y ha recibido la misma prioridad. Como luego veremos, plantea retos complementarios al exigir la colaboración necesaria entre muchas instituciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó las primeras señales de alerta sobre el incremento de lo que después ha llegado a llamar "epidemia global" hace ya casi una década. Bajo sus auspicios se han ido desarrollando documentos e investigaciones que han generado otros en los diversos encuadres mundiales.

Países como EE.UU. de América, en cuya sociedad el incremento de la obesidad ha desbordado todas las previsiones, han desarrollado documentos de recomendaciones a nivel gubernamental, el primero, de 1999, es la *Guía de la American Dietetic Association*<sup>8</sup>; estrategias preventivas variadas a nivel de los diversos estados y propuestas de cambios normativos.

La Unión Europea también se ha hecho cargo de la situación, encontrando datos de prevalencia muy variables en los distintos estados miembros<sup>5</sup>, por lo que instó al desarrollo de intervenciones preventivas. Previamente, en enero de 2004, el Ministerio de Sanidad y Consumo anunció que iba a desarrollar un programa de intervención auspiciado por la UE. El resultado ha sido la Estrategia NAOS, publicada en febrero de 2005<sup>9</sup>.

Andalucía se había adelantado unos meses al desarrollar el Plan de Alimentación Saludable y la Actividad Física<sup>9</sup>, con clara intención preventiva, horizontal e integradora. Fue parte de las actividades de dicho Plan el desarrollar en noviembre de 2004 un Certamen de Iniciativas, con fructíferos resultados.

Pero era necesario incorporar otras líneas de intervención y se empezó a desarrollar el Plan de Obesidad Infantil,

que añade la perspectiva asistencial ya desde etapas precoces, apuesta por la promoción de la lactancia materna y propone otras líneas complementarias de intervención.

### **La elaboración de un plan integral: pasos, líneas generales, definición de objetivos y elección de estrategias**

Un enfoque de salud pública actualizado preside la elaboración de planes integrales. Además precisa de una buena base documental, un grupo de trabajo multidisciplinar, metodología, tiempo y esfuerzo. Pero el mejor texto desde el punto de vista científico está abocado al fracaso si no se cuenta con los actores. La colaboración y coordinación intersectorial de los recursos es vital para un abordaje integral de cualquier problema de salud. Y la participación ciudadana debe promoverse a través de cauces variados: diálogo y colaboración con asociaciones, campañas de difusión, foros interactivos sobre el tema en Internet, etc. La interacción entre el público y las instituciones debe ser un aspecto importante a tener en cuenta.

El objetivo final que pretende el Plan Andaluz de Obesidad Infantil es disminuir las cifras de prevalencia de la obesidad infantil. Pero ha de quedar claro

que se trata de un objetivo a largo plazo. A medio plazo quizá pueda lograrse que deje de aumentar al mismo ritmo.

Las estrategias de prevención primaria se dirigen en cuatro líneas de intervención que se desarrollarán en varios escenarios públicos: guarderías, escuelas, sistema sanitario, municipios, asociaciones, mundo laboral y medios de comunicación.

La primera línea de actuación es la promoción de la lactancia materna (LM). Si bien aún no está perfectamente definido el mecanismo por el cual la LM previene la obesidad, los estudios actuales sugieren que la lactancia natural favorece el desarrollo temprano de los mecanismos de autorregulación de la ingesta ya desde etapas precoces de la vida debido a la composición variable de la leche de mujer, a su riqueza en colesterol que constituye un "modelado" para el metabolismo lipídico futuro del organismo en desarrollo, a que desplaza la introducción de otros alimentos más energéticos y a la técnica de lactancia "a demanda" que favorece que el niño aprenda a percibir y responder a las señales internas de hambre y saciedad<sup>11,12</sup>.

Además, la creciente producción científica acerca de los beneficios de la lactancia materna para la salud de madres y bebés, así como para el entorno, ofre-

ce una sólida base de evidencias para recomendar esta forma de alimentación como la más adecuada y saludable para los niños por muchos motivos<sup>13</sup>.

Los organismos científicos internacionales (UNICEF, OMS, AAP<sup>13</sup>) coinciden en recomendar la LM exclusiva hasta un mínimo ideal de 6 meses y no fijan tiempos límites para su finalización, que queda a voluntad de los actores. Para incrementar la prevalencia y duración de la lactancia materna se están realizando actualmente importantes esfuerzos en el seno de nuestra sociedad científica.

El segundo pilar estratégico es la promoción de una alimentación más saludable y equilibrada. La alimentación tiene un importante papel en la génesis de la obesidad y de otras enfermedades cuando el aporte de energía es excesivo o la proporción de nutrientes desequilibrada. Pero al mismo tiempo es una de las herramientas a utilizar para revertir dichas condiciones patológicas.

Pero alimentarse es mucho más que ingerir energía en forma de comida. Más que una satisfacción de necesidades básicas es fuente de placer. Sirve como modo y excusa para comunicarse. Es investida en las diversas culturas de significados que van mucho más allá del acto en sí y de su resultado<sup>14,15</sup>. En las relaciones familiares, la comida se con-

vierte a menudo en moneda de cambio y de negociación de poder.

En esta línea hay que abordar aspectos de tipo "material": favorecer el acceso a alimentos saludables, limitar la producción, distribución, publicidad y consumo de los que no lo son, supervisar los menús escolares, etc., junto con otros de tipo "relacional", empezando por el aumento de conocimientos, que no pueden ser separados de los significados íntimos que para las personas tiene la alimentación y sus conceptos acerca de lo que es sano<sup>16</sup>.

El tercer pilar de intervención es, obligadamente, promover la inclusión de actividades que signifiquen un mayor gasto energético en la vida diaria. Incrementos moderados de la actividad física tienen un rápido efecto sobre el metabolismo glucídico, disminuyendo la resistencia a la insulina en personas

que la tuvieran alterada; aumentan la proporción de masa corporal magra (libre de grasa), mejoran el rendimiento cardiaco y contribuyen al bienestar no sólo físico sino psíquico de las personas de todas las edades. En la Encuesta Andaluza de Salud<sup>17</sup> llama la atención el bajo porcentaje de niños que practican deporte de forma regular. La Tabla II muestra los datos actualizados de 2003 que no han sido publicados. Sólo investigando sobre las barreras percibidas por los ciudadanos se podrán diseñar estrategias efectivas para que incluyan en sus vidas algo más de actividad física. El deporte de competición no resulta atractivo a la mayoría por su exigencia y nivel de compromiso, pero hay muchas actividades lúdicas posibles. Un camino abierto para los niños podría ser la recuperación de los juegos de antaño, con la ayuda de las generaciones de

**Tabla II. Niños andaluces, actividad física y televisión<sup>16</sup>**

<b>Deporte</b>	<b>5-9 años</b>	<b>10-15 años</b>	<b>Niños 0-15</b>	<b>Niñas 0-15</b>
(N)	(120)	(160)	(1.827)	
No hace ejercicio (%)	19,0	18,7	22,5	31,4
Solo ocasionalmente (%)	56,6	50,5	47,6	51,3
Varias veces al mes (%)	17,9	23,9	20,4	11,8
Varias veces a la semana (%)	5,7	7,2	6,3	3,2
<b>Televisión</b>				
< 1 hora al día (%)	12,4	8,2	14,2	15,7
1-2 h/día (%)	41,8	37,7	42,7	39,4
2-3 h/día (%)	31,7	36,9	<b>28,1</b>	<b>32,9</b>
> 3 h/día (%)	13,2	16,0	<b>13,6</b>	<b>11,5</b>

mayores, siempre y cuando la sociedad proporcione entornos seguros para su práctica.

Además se ha optado por un enfoque de todas las intervenciones centrado en la familia. Las diversas maneras en que las personas viven su cuerpo, su alimentación y su salud guardan relación con experiencias muy íntimas, la mayoría de las veces inconscientes y que son adquiridas en etapas tempranas de la vida, en el seno de la familia.

A pesar de los cambios demográficos de las últimas décadas, de las modificaciones en las estructuras y modelos familiares, la familia sigue siendo el primer y principal núcleo responsable de la formación y la educación de los hijos. Sin embargo, parece observarse una tendencia a la delegación paulatina de las responsabilidades educativas hacia otros estamentos sociales tales como el sistema educativo, las guarderías (actualmente denominadas por este motivo centros de atención socioeducativa) y los medios de comunicación. Un factor contribuyente a este fenómeno es también la complejidad del desarrollo tecnológico, que en ocasiones genera diferencias entre las capacidades y conocimientos de los hijos, haciéndolos superiores a los de sus padres, lo que dificulta la labor educativa de éstos.

Si se pretende lograr que la responsabilidad educativa sea compartida, hay que reforzar el papel de la familia. Para ello se deben desarrollar estrategias para potenciar la toma de decisiones compartida y los pactos a la hora de proponer cambios, instrumentos o actividades; aprovechar los recursos internos de cada familia de modo que sus miembros se sientan competentes y valorados positivamente; evitar los señalamientos negativos y la estigmatización, para poder dar fuerza a los aspectos positivos y capacidades; capacitar a los miembros de la familia para que puedan contribuir de forma igualitaria y sean menos dependientes. Y todo esto, además, respetando las diferencias culturales en un mundo progresivamente más complejo y variado.

## Los retos

---

### 1. La coordinación entre niveles

Éste es uno de los retos que se ha planteado en todas las iniciativas propuestas a nivel internacional. Hay muchas razones para ello. Se trata de asegurar la coherencia en los mensajes educativos y preventivos y la continuidad de las acciones. De aprovechar la situación estratégica de diferentes actores con un mismo objetivo. La responsabili-

dad no puede corresponder a un solo estamento, sobre todo cuando se trata del abordaje de un tema con determinantes tan complejos.

Desde el punto de vista organizativo, las instituciones, que disponen de interesantes recursos, ofertan servicios que a veces se superponen entre sí. La complejidad del tejido administrativo es una barrera al diálogo, a la planificación conjunta y a la efectividad. Aunque se están diseñando planes de comunicación, no pueden sustituir al análisis conjunto, a la asunción de corresponsabilidad y al compromiso con aspectos concretos de las estrategias propuestas.

A un nivel local, a la hora de llevar a cabo los proyectos también se debe procurar una coordinación entre diversos actores potenciales basada en el mejor conocimiento de los recursos y de las características de un entorno más cercano. Además, una estrategia local probablemente sea mejor asumida por los ciudadanos, sobre todo si tienen oportunidades de comprometerse<sup>1</sup>.

La mayoría de los programas de intervención de tipo preventivo que se asientan en entornos escolares incluyen el abordaje de conocimientos a cargo del profesorado, modificaciones reales en la dieta de los comedores escolares y oferta de actividades deportivas o lúdi-

cas para aumentar el gasto energético. Además en ocasiones cuentan con apoyo de personal sanitario o dietistas. Pero entre las garantías para el éxito está la implicación de los padres y de otros agentes del entorno (empresas locales, municipios...)<sup>3,12</sup>.

El sistema sanitario es responsable de aspectos de promoción y educación a través de los programas de seguimiento de salud infantil; sin embargo, no sólo se deben implicar los pediatras sino un abanico más amplio de profesionales: los médicos de familia, que en muchas ocasiones atienden a población infantil o preadolescentes, pero que, sobre todo, atienden a jóvenes padres, a abuelos, a familias enteras. Matronas y ginecólogos tienen su papel en la prevención a través de sus actuaciones cuando las mujeres desean engendrar o durante el embarazo. Los enfermeros están asumiendo cada día nuevas tareas con entusiasmo. Una de ellas será la de desarrollar trabajos educativos en grupo, enfoque más eficaz y que es percibido por la población como más cercano. Otros profesionales que se deben implicar son los odontólogos y traumatólogos: sus recomendaciones sobre alimentación y actividad deben seguir las mismas directrices. En el tratamiento juegan papel importante nutricionistas, endocrinólogos y el área

de salud mental. Ésta última debe involucrarse de forma más activa, colaborando en el trabajo con grupos, en el diseño de mensajes y en el abordaje de las dificultades relacionales.

## **2. El lenguaje. La comunicación. Los mensajes**

Éste es un punto importante. El lenguaje de la ciencia es claro, es científico, es técnico, y sin duda, preciso, pero no siempre es comprensible para la mayoría de la población. Los mensajes educativos que se suelen utilizar en el campo de la salud suelen ser de tipo negativo: se recomienda evitar una conducta, se destacan los riesgos. En la formación de los médicos no suelen incluirse técnicas de comunicación y, al proponer tratamientos, es raro explorar con anterioridad las expectativas y circunstancias del paciente, pasando casi de forma automática a la prescripción, de una forma paternalista y autoritaria. Sin embargo, este procedimiento a menudo lleva al fracaso terapéutico o al incumplimiento. Es necesario negociar, pactar los tratamientos, detectar las barreras y aportar herramientas para superarlas. Y aun más si lo que se propone son cambios en los estilos de vida.

Para negociar hay que conocer el punto de vista de la otra parte. Las cau-

sas más evidentes y las razones más profundas. Veamos como ejemplo los conflictos que se plantean las mujeres de clase popular a la hora de elegir una alimentación saludable<sup>16</sup>.

Las más mayores o tradicionales se han formado en la cultura de que comer es sinónimo de salud, pues previamente había carencias y enfermedades, y que una buena madre es aquella que dedica mucho tiempo y esfuerzo a elaborar comida para su familia. Por otra parte, entienden que cuando hay una enfermedad hay que cambiar la alimentación pero sólo mientras dura ésta. Los conceptos de "tasas elevadas de colesterol" o de la necesidad de prevenir la diabetes no entran dentro de su razonamiento. Si no hay enfermedad visible, hay que comer "de todo". Renunciar a alimentos que "siempre" han sido sanos es ser unas remilgadas. Las que hacen eso son unas "remilgadas", las que no cocinan de forma tradicional no son buenas madres.

La siguiente generación, que ha tenido mayor acceso a conocimientos, que comprende las recomendaciones científicas de tipo preventivo y pretende aplicar sus ideas de cocina saludable al cuidado de los suyos, choca con dos barreras importantes: de un lado que los más jóvenes comen de otro modo, eligen y exigen otros alimentos; de otro, que tie-

nen menos tiempo, sobre todo si trabajan fuera de casa. El resultado es que consideran demasiado exigente la tarea de cocinar sano y se sienten incapaces de convencer a sus hijos y esposos de que cambien sus patrones de comida. Al sentirse incapaces de lograr el cambio, optan por no cambiar. También ellas desean ser "buenas madres", pero al percibir las barreras como infranqueables, adoptan una decisión fatalista.

Con respecto a la obesidad infantil, habrá que afinar en los mensajes para las familias de clase social baja, que conciben a los niños gorditos no sólo como sinónimo de que están sanos y fuertes, sino como testimonio de su buen hacer como padres. Y por otra parte conseguir un equilibrio para que no se desemboque en los extremos opuestos: los trastornos del comportamiento alimentario.

A nivel comunitario y de toma de decisiones sobre actuaciones concretas, esto obliga a abordar de manera específica a grupos poblacionales diferentes, en lugar de realizar campañas de tipo global. Probablemente será más eficaz diseñar intervenciones a nivel local y dirigidas a grupos concretos de población. Seguramente sea más efectivo organizar cursos de cocina saludable y rápida para mujeres trabajadoras, pero también para sus parejas.

Otro aspecto a tener en cuenta es el efecto paradójico de prohibir el consumo en la dieta de determinados productos. Esto les confiere un mayor valor, los hace más deseables, de modo que los individuos buscan seguir consumiéndolos de forma libre o, en el mejor de los casos, optar por productos de menor valor calórico pero de la misma línea en lugar de sustituirlos por frutas y verduras, que es lo propuesto<sup>18</sup>.

### **3. El abordaje de las desigualdades**

Es difícil definir con precisión cuáles son los factores que contribuyen a que la obesidad y el sobrepeso sean más prevalentes entre las clases populares. Por supuesto que existen diferencias en las dietas. Por un lado es muy posible que la menor formación académica constituya una barrera para la comprensión de los mensajes médicos o científicos. Pero también es cierto que los entornos en que suelen vivir presentan algunas características diferentes, al menos en las grandes urbes, tales como el predominio de los pequeños comercios de barrio, en los cuales no hay tanta variedad de frutas y verduras como en los grandes supermercados, productos que, además, son perecederos. Los productos ricos en energía y pobres en nutrientes son en cambio muy baratos y

accesibles. Y otro aspecto es la ausencia de espacios seguros para los juegos infantiles y el deporte al aire libre.

Asegurar a todos los ciudadanos el acceso a alimentos y entornos saludables es una responsabilidad de los gobiernos. Como también lo es asegurar un mínimo de educación y el acceso a empleo.

#### **4. El papel de la publicidad y de las empresas productoras de alimentos**

La reciente *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health*<sup>6</sup> ha recibido recientemente el apoyo de numerosas instituciones públicas tales como la OMS, la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria, la asociación europea de máquinas de venta... (Tabla III), cada una de las cuales se compromete con la iniciativa en algunos aspectos de su competencia. Entre ellas, la asociación

*EuroCommerce*, que agrupa las grandes empresas del ramo alimentario, defiende que la responsabilidad de las empresas es producir alimentos seguros, la de los ciudadanos es elegir una dieta equilibrada y estilos de vida saludables, y la de las administraciones públicas informar y educar. Es decir, que los fabricantes de productos alimenticios difícilmente se van a comprometer a dejar de comercializar algunas de sus líneas de productos simplemente porque estén incluidos entre los alimentos "poco saludables" puesto que ellos sostienen que todos los productos alimenticios tienen cabida en una dieta equilibrada. Los estados pueden poner algunos límites a la producción, pero pocos. Por el momento, entre las iniciativas tanto a nivel de Unión Europea como del Estado español, para regular estos aspectos

**Tabla III.** Asociaciones que apoyan la UE Platform for Diet Physical Activity and Health<sup>6</sup>

- Confederation of the Food and Drink industries of the UE (CIAA).
- Eurocommerce.
- European Community of Consumers Cooperatives (Euro COOP).
- European Consumer's Organization (BEUC).
- European Food Safety Authority (observador)
- European Heart Network.
- European Modern Restaurant Association.
- European Vending Association.
- International Obesity Taskforce.
- Standing Committee of European Doctors (CPME).
- World Federation Advertisers.
- World Health Organization (observador).

están las modificaciones en el etiquetado, buscando claridad para el consumidor, y algunas sugerencias de cambios en la composición y en el tamaño de las porciones<sup>9</sup>.

Pero es necesario el abordaje de las estrategias publicitarias, especialmente las que tienen como objetivo a los niños, que son considerados como vectores inductores al consumo con alto poder de decisión. Y no sólo se trata de los anuncios televisivos, sino de los envases atractivos, de las promociones, de los cromos y regalos asociados al consumo de determinados productos. Otras estrategias constituyen el patrocinio de concursos y actividades dentro de las escuelas, los lugares en que se presentan algunos productos dentro de los supermercados o la inclusión de algunos de ellos entre los contenidos de progra-

mas televisivos de amplia audiencia o específicos para niños.

Es necesario desarrollar y aplicar una regulación ética a tales prácticas porque los niños no son capaces de diferenciar entre programas y publicidad e interpretan como realidad lo que se dice en un anuncio<sup>19</sup>. Si los niños españoles ven una media de 90 anuncios de productos alimenticios al día, la mayoría de los cuales están incluidos en las categorías a evitar o consumir muy escasamente dentro de la pirámide nutricional<sup>20</sup>, teniendo en cuenta que pasan muchas horas frente a la pantalla y tienen pocas posibilidades de realizar ejercicio físico, la sociedad que así lo permite está poniendo en peligro seriamente la salud de sus futuros ciudadanos. Es por tanto una de las grandes responsabilidades de todos los estamentos públicos.

---

## Bibliografía

1. OMS. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. 2000 jun 5. Disponible en [www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf)

2. Tackling Obesity in England. Report by the Controller and Auditor General. HC 220 Session 2000-2001: 15 February 2001. London: The Stationery Office; 2001. Disponible en [www.nao.org.uk/](http://www.nao.org.uk/)

3. NIHCM Foundation. Childhood obesity. Advancing effective prevention and treatment: an overview for health professionals. [2003 abr 9] [Fecha de consulta 2005 abr 11]. Disponible en [www.nihcm.org/ChildObesityOverview.pdf](http://www.nihcm.org/ChildObesityOverview.pdf)

4. Neisner J, Histon T, Goeldner J, Moon C. Background paper on the prevention and treatment of overweight and obesity. Kaiser Permanente's Care Management Institute [2003 ago 14]. Disponible en [www.kpcmi.org](http://www.kpcmi.org)

5. Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*. 2003;4:195-200.
6. International Association for the Study of Obesity. UE Platform on Diet, Physical Activity and Health [Fecha de consulta 2005 mar 15]. Disponible en [www.iaso.org](http://www.iaso.org)
7. Consejería de Salud. Tercer Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Andalucía en Salud: construyendo nuestro futuro juntos. Sevilla: Junta de Andalucía; 2003.
8. Position of the American Dietetic Association: dietary guidance for healthy children aged 2 to 11 years. *J Am Diet Assoc*. 1999; 99(1):93-101.
9. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
10. Alonso Alfonso J, Aparicio Ibáñez D, Baus Japón M, Blanco Aguilar J, Caballero López G, Conejo Díaz JA. Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada. Sevilla: Junta de Andalucía; 2004.
11. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ*. 1999;319(7203):147-150.
12. Lobstein T, Baus Japón M, Uauy R, IASO International Obesity TaskForce. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*. 2004;5(Supl 1):4-85.
13. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.
14. Jain A, Sherman SN, Chamberlin DL, Carter Y, Powers SW, Whitaker RC. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*. 2001;107(5): 1138-1146.
15. Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics*. 2000;106(6):1380-1386.
16. Martín Criado E, Moreno Pestaña JL. Prácticas y discursos sobre alimentación en la población andaluza. Informe de investigación sociológica para la Consejería de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003.
17. Sánchez Cruz R, García Calvente MM, Ortiz González J, Daponte Cordina A, Cabrera León A. Encuesta Andaluza de Salud. Muestra de Menores. Sevilla: Junta de Adaluía, Consejería de Salud; 1999.
18. Epstein LH, Gordy CC, Raynor HA, Beddome M, Kilanowski CK, Paluch R. Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. *Obesity Research*. 2004;9(3):171-178.
19. American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television. *Pediatrics*. 2001;107(2):423-426.
20. Más de 95 anuncios al día. Los niños y la publicidad en la tele. *OCU-Compra Maestra*. 2005;290:28-34.

