

**Documento de debate de la OMS**  
(Versión de 19 de agosto del 2021)

**PROYECTOS DE RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA  
OBESIDAD A LO LARGO DEL CURSO DE LA VIDA, INCLUIDAS LAS POSIBLES METAS**

## ANÁLISIS FUNDAMENTAL DE LA OBESIDAD

1. La obesidad es una compleja enfermedad multifactorial no transmisible que se define por una adiposidad excesiva que puede perjudicar la salud.<sup>1</sup> La obesidad es también uno de los principales factores de riesgo de muchas enfermedades no transmisibles (ENT), como la cardiopatía coronaria, la hipertensión y el accidente cerebrovascular, determinados tipos de cáncer, la diabetes de tipo 2, colecistopatías, la dislipidemia, la artrosis y la gota, y las neumopatías, incluida la apnea del sueño. La obesidad es el factor de riesgo modificable más importante de la diabetes de tipo 2. Además, las personas con obesidad experimentan a menudo problemas de salud mental junto con diferentes grados de limitaciones funcionales, es decir, discapacidades relacionadas con la obesidad<sup>2</sup> y sufren sesgos, prejuicios y discriminación social.<sup>3</sup> La obesidad tiene una serie de impulsores y determinantes fundamentales. Entre ellos cabe mencionar la genética, la biología, el acceso a la atención de salud, la salud mental, la alimentación, los factores socioculturales, la economía, el medio ambiente y los intereses comerciales.

2. El índice de masa corporal (IMC) es un marcador indirecto de la adiposidad que se calcula como peso (kg)/estatura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>). Las categorías del IMC para definir la obesidad varían según la edad y el sexo en lactantes, niños y adolescentes. En el caso de los adultos, la obesidad se define por un IMC mayor o igual a 30 kg/m<sup>2</sup>. Un IMC comprendido entre 25 y 29,99 kg/m<sup>2</sup> también se asocia a un mayor riesgo de enfermedad y se denomina preobesidad. Este espectro continuo de riesgo se reconoce al considerar el sobrepeso, que afecta a los adultos con un IMC superior a 25,00 kg/m<sup>2</sup>. En el caso de los niños de 5 a 19 años, la obesidad se define por un IMC para la edad de más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana de los patrones de crecimiento de la OMS. En el caso de los niños menores de 5 años, se utiliza como indicador el sobrepeso, que se define como un peso para la estatura de más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

3. A nivel mundial, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad y el número de personas afectadas han aumentado en todos los grupos de edad y seguirán aumentando durante el próximo decenio:<sup>4</sup>

	<b>2000</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>
Niños menores de 5 años con sobrepeso	(5,4%) 33,3 millones	(5,7%) 38,9 millones	(x%) 39,8 millones
Niños de 5 a 19 años con obesidad	Por determinar	(x%) 150 millones	(x%) 254 millones
Adultos con sobrepeso	Por determinar	(x%) 1900 millones	Por determinar
Adultos con obesidad	Por determinar	(x%) 0,6 millones	Por determinar

4. Las siguientes tendencias alarmantes están saliendo a la luz:

- Casi la mitad de los niños menores de 5 años afectados por sobrepeso viven en Asia y más de una cuarta parte en África.

<sup>1</sup> CIE-11 Código 5B81.

<sup>2</sup> ICF-OB: a multidisciplinary questionnaire based on the International Classification of Functioning, Disability and Health to address disability in obesity. Eur J Physical Rehab Med. 2018;54(1):119-21.

<sup>3</sup> WHO Consultation on Obesity (1999: Ginebra, Suiza); y Organización Mundial de la Salud. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>

<sup>4</sup> Se están actualizando las estimaciones. Se incluirán en la próxima versión del documento.

- La prevalencia de la obesidad entre los niños de 5 a 19 años era de un 20% o más en varios países del Pacífico, el Mediterráneo Oriental, el Caribe y las Américas.<sup>5</sup>
- Entre los adultos, las tasas de obesidad crecen más rápidamente en los países de ingresos medianos, sobre todo en Asia Sudoriental y África. Se prevé que uno de cada cinco adultos tenga obesidad en 2025, y todos los países están lejos de alcanzar las metas.
- La mayor parte de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad matan a más adultos que la insuficiencia ponderal.<sup>6</sup>

5. El sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia están asociados a consecuencias adversas para la salud en etapas posteriores de la vida. La prevención y el control del exceso de peso en los niños y adolescentes es importante por numerosos motivos:<sup>7,8</sup>

- La pérdida de peso y el mantenimiento del peso después de una pérdida son difíciles de conseguir,<sup>9</sup> por lo que es probable que un exceso de peso en la infancia y la adolescencia se convierta en sobrepeso y obesidad en la edad adulta.<sup>10</sup>
- El sobrepeso en la infancia y la adolescencia puede afectar de forma inmediata a la salud de los niños y adolescentes, y está asociado a un mayor riesgo de contraer ENT y a una aparición más temprana de estas enfermedades, como la diabetes de tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares.<sup>11-14</sup>
- La obesidad en la infancia y la adolescencia puede tener consecuencias psicosociales adversas y ser causa de un menor nivel de instrucción y de calidad de vida, incluso como consecuencia de la estigmatización y la intimidación.<sup>15,16</sup>
- Los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y corren el riesgo de sufrir ENT siendo ya adultos.
- Los niños con discapacidad corren un mayor riesgo de obesidad, especialmente los niños con discapacidad intelectual.

6. El sobrepeso y la obesidad en adultos están asociados a un aumento de la mortalidad por todas las causas, y el sobrepeso y la obesidad afectan proporcionalmente más a los adultos con discapacidad que a los adultos sin discapacidad. Las personas con obesidad también corren un riesgo cuatro veces mayor de contraer la COVID-19 grave que las personas sin obesidad.<sup>17</sup>

---

<sup>5</sup> NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390(10113):2627-2642.

<sup>6</sup> World Obesity. Prevalence of Obesity. Disponible en: <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity>

<sup>7</sup> Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the Ad hoc Working Group on Science and Evidence for Ending Childhood Obesity. World Health Organization; Geneva: 2016.

<sup>8</sup> Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the Ad hoc Working Group on Science and Evidence for Ending Childhood Obesity. World Health Organization; Geneva: 2016.

<sup>9</sup> MacLean P, Higgins J, Giles E, Sherk V, Jackman M. The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. *Obes Rev.* 2015;16:45–54.

<sup>10</sup> Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008;9:474–488.

<sup>11</sup> Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *N Engl J Med.* 1992;327:1350–1355.

- 
- <sup>12</sup> Abdullah A, Wolfe R, Stoelwinder JU. The number of years lived with obesity and the risk of all-cause and cause-specific mortality. *Int J Epidemiol*. 2011;40:985–996.
- <sup>13</sup> Park M, Falconer C, Viner R, Kinra S. The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. *Obes Rev*. 2012;13:985–1000.
- <sup>14</sup> Palma Dos Reis CR, Serrano F, Fonseca MJ, Martins AT, Campos A, McMahon GM, Barros H. The fetal origins of disease: a prospective cohort study on the association of preeclampsia and childhood obesity. *J Dev Orig Health Dis*. 2021 Mar 2:1-7. doi: 10.1017/S2040174421000027. Epub ahead of print. PMID: 33650483.
- <sup>15</sup> Caird J, Kavanagh J, O'Mara-Eves A. Does being overweight impede academic attainment? A systematic review. *Health Educ J*. 2014;73:497–521.
- <sup>16</sup> Quek YH, Tam WW, Zhang MW, Ho R. Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis. *Obes Rev*. 2017;18:742–754.
- <sup>17</sup> Izcovich A, Ragusa MA, Tortosa F, Lavena Marzio MA, Agnoletti C, et al. Prognostic factors for severity and mortality in patients infected with COVID-19: A systematic review *PLoS One*. 2020; 15(11): e0241955

7. Las personas con obesidad suelen ser objeto de estigmatización y sesgos, incluso entre los profesionales de la atención de salud, lo que, a su vez, repercute en el apoyo y el tratamiento que reciben.<sup>18</sup> El sobrepeso y la obesidad también menoscaban el nivel de instrucción que puede alcanzar una persona y sus resultados en el mercado laboral e imponen una pesada carga sobre los sistemas de atención de salud, la familia, los empleadores y la sociedad en su conjunto.<sup>19-21</sup>

8. Los costos de la obesidad y de las enfermedades relacionadas con ella están aumentando. Se calcula que el costo total de IMC elevados para los servicios de salud de todo el mundo asciende a US\$ 990.000 millones al año, lo que representa más del 13% de todo el gasto en atención de salud.<sup>22</sup> La obesidad también genera costos indirectos, como el deterioro de la productividad, la discapacidad, años de vida perdidos y una peor calidad de vida. En la actualidad, se calcula que los costos directos e indirectos combinados de la atención de salud ascienden aproximadamente a un 3,3% del PIB total en los países de la OCDE.<sup>23</sup>

9. En los países con epidemias de obesidad declaradas, la prevalencia es mayor en los grupos de bajo nivel socioeconómico, impulsada por los determinantes sociales potenciados por la urbanización, la disponibilidad de comida rápida y la falta de espacios para la actividad física. En los países de ingresos bajos y medianos, la prevalencia es inicialmente más alta en los grupos urbanos de alto nivel socioeconómico, pero se expande rápidamente a sectores más amplios de la sociedad, tanto en zonas urbanas como rurales. La prevención y el tratamiento de la obesidad reducirían la desigualdad.<sup>24,25</sup>

## **LABOR REALIZADA ANTERIORMENTE POR LA OMS EN MATERIA DE OBESIDAD**

10. En un informe de un proceso de consultas de expertos de 1997 se llegó a la conclusión de que las causas fundamentales de la epidemia de obesidad en todo el mundo eran llevar una vida sedentaria y las dietas de alto contenido en grasas y calórico, en ambos casos debido a los cambios que se están produciendo en la sociedad y en las pautas de comportamiento de las comunidades como consecuencia de una creciente urbanización e industrialización y de la desaparición de los estilos de vida tradicionales. En el informe se recomendaba: a) el uso de enfoques de salud pública para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en las poblaciones, a saber, la mejora de los conocimientos y las aptitudes de la comunidad y la reducción de la exposición de la población a un entorno que promueva la obesidad; b) un enfoque integrado de los servicios de atención de salud en entornos comunitarios para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en las personas en situación de riesgo.

11. En el informe del proceso de consultas de expertos de 2002 se destacó la importancia de: 1) promover la lactancia materna exclusiva y asegurar la ingesta adecuada de micronutrientes necesaria para promover el crecimiento lineal óptimo de los lactantes y los niños pequeños, y 2) restringir la ingesta de alimentos de alto contenido calórico y bajo contenido en micronutrientes (por ejemplo, los productos alimenticios envasados), restringir la ingesta de bebidas azucaradas, limitar el tiempo dedicado a ver la televisión y promover un estilo de vida activo para los niños y los adolescentes, entre otras intervenciones. Además, en el informe también se destacaban otras medidas, como limitar la exposición de los niños a las prácticas de mercadotecnia intensivas, proporcionar la información y los conocimientos necesarios para elegir alimentos saludables, modificar el entorno para mejorar la actividad física en las escuelas y las comunidades, y crear más oportunidades de interacción familiar

---

<sup>18</sup> Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. (2015), Obesity stigma and patient care. *Obes Rev*, 16: 319-326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>

<sup>19</sup> Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. Health-economic burden of obesity in Europe. *Eur J Epidemiol*. 2008;23:499–509.

- <sup>20</sup> Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206450>
- <sup>21</sup> Shekar M, Popkin B, eds. 2020. Obesity: health and economic consequences of an impending global challenge. Human Development Perspectives series. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-1491-4.
- <sup>22</sup> World Obesity Federation (2017) The costs of the consequences. <https://www.worldobesity.org/resources/resourcelibrary/calculating-the-costs-of-the-consequences-of-obesity>.
- <sup>23</sup> OECD (2019) The heavy burden of obesity: the economics of prevention. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing: Paris. <https://doi.org/10.1787/888934007202>.
- <sup>24</sup> Organización Mundial de la Salud. (2016). Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity, Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206549>
- <sup>25</sup> Wilkinson TM. Obesity, equity and choice. J Med Ethics. 2019 May;45(5):323-328

(por ejemplo, comer en familia). En el informe se indicaba que, en los países en los que la desnutrición era prevalente, los programas de nutrición concebidos para controlar o prevenir la desnutrición debían evaluar la estatura en combinación con el peso para evitar aportar un exceso de energía a los niños de bajo peso para la edad, pero de peso normal para la estatura. Estas recomendaciones se recogieron en la estrategia de la OMS sobre régimen alimentario y actividad física de 2004.<sup>26</sup> A raíz de la publicación del informe, han surgido pruebas adicionales sobre los complejos factores que impulsan la obesidad, incluida su función en la salud materna y fetal, la función de la salud mental, el sueño y otros factores que influyen en el riesgo de obesidad, y el impacto de los cambios metabólicos en la pérdida de peso sostenida, así como la evolución de algunas opciones terapéuticas clínicas.

12. El Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño<sup>27</sup> estableció la meta mundial de no aumentar los niveles de sobrepeso en la infancia hasta 2025. Entre las principales intervenciones para reducir el riesgo de aumento de peso no saludable en la infancia cabe mencionar las siguientes: 1) abordar la exposición en etapas tempranas de la vida para mejorar el estado nutricional y los patrones de crecimiento, 2) mejorar la comprensión de la comunidad y las normas sociales, 3) abordar la exposición de los niños a la mercadotecnia de alimentos, 4) influir en el sistema y entorno alimentarios, y 5) mejorar la nutrición en los barrios.

13. En el informe de 2016 de la Comisión para acabar con la obesidad infantil se ha elaborado un conjunto exhaustivo e integrado de recomendaciones para combatir la obesidad infantil, entre las que cabe mencionar: 1) aplicar programas integrales que promuevan la ingesta de alimentos sanos y reduzcan la ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas entre niños y adolescentes; 2) aplicar programas integrales que promuevan la actividad física y reduzcan los comportamientos sedentarios en niños y adolescentes; 3) integrar y fortalecer las orientaciones para la prevención de las enfermedades no transmisibles con las pautas actuales para la atención pregestacional y prenatal a fin de reducir el riesgo de obesidad infantil; 4) ofrecer orientaciones y apoyo al establecimiento de una dieta sana y de pautas de sueño y de actividad física durante la primera infancia a fin de que los niños crezcan de forma adecuada y adquieran hábitos saludables; 5) aplicar programas integrales que promuevan entornos escolares saludables, conocimientos básicos en materia de salud y nutrición y actividad física en niños y adolescentes en edad escolar; 6) ofrecer a niños y jóvenes con obesidad servicios para el control del peso corporal que reúnan diversos componentes y se centren en la familia y en la modificación del estilo de vida.

14. Esta labor proporciona la base para los siguientes principios y recomendaciones. En la actualidad, se está trabajando para ampliar la base probatoria y elaborar otros enfoques de políticas y modelos de prestación de servicios.

## **PRINCIPIOS GENERALES**

15. La prevención y el tratamiento de la obesidad requieren el consumo de una alimentación sana y energética equilibrada y unos niveles de actividad física adecuados. En la directriz de la OMS sobre la ingesta de azúcares para adultos y niños<sup>28</sup> se recomienda un nivel de consumo de azúcares libres inferior al 10% de la energía total, posiblemente inferior al 5%. En las directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios en niños y adolescentes, adultos y adultos mayores<sup>29</sup> se recomienda que los niños y adolescentes realicen al menos 60 minutos diarios de actividad física de moderada a intensa a lo largo de la semana y que los adultos realicen al menos entre 150 y 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada; o bien un mínimo de entre 75 y 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa; o bien una combinación equivalente de actividades de intensidad moderada y vigorosa a lo largo de la semana.

16. Las medidas de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad deben adoptar enfoques inclusivos y sistémicos a partir de áreas o acciones específicas, entre las que cabe mencionar:

---

<sup>26</sup> Organización Mundial de la Salud. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43037>

<sup>27</sup> Organización Mundial de la Salud. (2014). Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. [https://apps.who.int/nutrition/publications/CIP\\_document/es/index.html](https://apps.who.int/nutrition/publications/CIP_document/es/index.html) y Organización Mundial de la Salud. (2014); y Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo referente al sobrepeso en la infancia. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255732>

<sup>28</sup> World Health Organization. (2015). Guideline: sugars intake for adults and children. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149782>

<sup>29</sup> World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



- Un enfoque de todo el gobierno y toda la sociedad, con salvaguardias adecuadas frente a los conflictos de intereses y que incorpore activamente a representantes de las poblaciones en situación de riesgo y marginadas.
- Un enfoque basado en el curso de la vida, en el que los esfuerzos de prevención primaria probablemente tengan efectos óptimos si comienzan a realizarse en la primera infancia con la participación de los padres.<sup>30</sup>
- Servicios de salud integrados que ofrezcan una atención continua, como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la gestión.

17. Las instancias normativas deben garantizar que las políticas puedan mejorar efectivamente la equidad de género y socioeconómica y sean coherentes con la salud planetaria. Un enfoque basado en los derechos humanos es importante tanto para reforzar el fundamento lógico de la acción como para orientar la formulación de políticas y la adopción de decisiones.

18. El sobrepeso y la obesidad tienen un efecto causal en determinadas afecciones de salud que pueden dar lugar a limitaciones funcionales o a una discapacidad a largo plazo, pero también pueden ser una consecuencia del estado de determinadas poblaciones en situación de riesgo (por ejemplo, la situación socioeconómica o el grado de discapacidad).

## **MEDIDAS RECOMENDADAS PARA LOS GOBIERNOS**

19. Aplicar medidas y estrategias multisectoriales que tendrán un impacto en los diferentes niveles de la cadena causal de la obesidad, ya que la prevención y el tratamiento de la obesidad solo pueden lograrse influyendo en las políticas públicas en ámbitos como la salud, los sistemas alimentarios, la protección social, el entorno construido y la actividad física, la alfabetización y la educación para la salud, y desarrollar planes integrales de acción nacional y basados en pruebas para la prevención y el tratamiento de la obesidad en todos los grupos de edad, teniendo en cuenta los mecanismos normativos y los marcos jurídicos.

### Atención de salud

20. Prestar una atención continua mediante la puesta en marcha de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y manejo de la obesidad, como componentes de la cobertura sanitaria universal. Es necesario prestar especial atención a la identificación e inclusión de las poblaciones en situación de riesgo y marginadas que puedan experimentar dificultades para acceder a los servicios de salud esenciales y a los servicios específicos de tratamiento de la obesidad.

21. Incluir el tratamiento de la obesidad entre las tareas básicas de la atención primaria. Los planes de prestaciones de atención de salud deberían incluir la cobertura de una serie de servicios de prevención y tratamiento de la obesidad, con una protección económica garantizada.

22. Prestar asesoramiento en materia de alimentación y peso corporal a las mujeres embarazadas en el marco de la atención prenatal en combinación con un asesoramiento en materia de actividad física y abandono del tabaco, y medir el aumento de peso durante la gestación.

23. Aplicar las directrices de la OMS para prestar apoyo a los trabajadores de la atención primaria de salud en la identificación y el tratamiento de niños con sobrepeso u obesidad<sup>31</sup> en el contexto de las prioridades nacionales, en concreto:

- a) Medir el peso y la estatura de todos los lactantes y niños menores de 5 años que se presenten en los establecimientos de atención primaria de salud para determinar su peso para la estatura y su estado nutricional de conformidad con los patrones de crecimiento infantil de la OMS.<sup>32,33</sup> Comparar el peso

---

de un niño con los patrones de su longitud/estatura es una forma eficaz de evaluar tanto la emaciación como el sobrepeso.

- b) Prestar asesoramiento a los padres y cuidadores en materia de nutrición y actividad física, que incluye la promoción de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses y la continuación de la lactancia materna hasta los 24 meses o más, y el apoyo a estas.<sup>34</sup>
- c) Elaborar un plan de gestión adecuado para el tratamiento de los niños con obesidad. Esto lo puede realizar un trabajador de la salud en el nivel de la atención primaria si está adecuadamente capacitado, o en un dispensario u hospital local al que se le haya derivado.

---

<sup>30</sup> Wilkinson TM. Obesity, equity and choice. *J Med Ethics*. 2019 May;45(5):323-328.

<sup>31</sup> World Health Organization. (2017). Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259133>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>32</sup> World Health Organization. (2006). WHO child growth standards : length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight -for-height and body mass index-for-age : methods and development. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43413>

<sup>33</sup> de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85 (9), 660 - 667. World Health Organization. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.043497>

<sup>34</sup> World Health Organization. (2017). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259386>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

24. Velar por que los servicios para el control del peso se ofrezcan de forma equitativa y se presten progresivamente a personas de todas las edades, incluso en el marco de la cobertura sanitaria universal, y que las personas con obesidad tengan acceso a profesionales de la atención de salud capacitados, la medición del peso y el cribado, la nutrición, el apoyo psicológico a la actividad física, el asesoramiento, la farmacoterapia y la cirugía.
25. Integrar la obesidad en los equipos multidisciplinares para que las personas con obesidad reciban el apoyo y tratamiento adecuados, incluso en relación con las comorbilidades de la obesidad. Proporcionar un acceso equitativo a la atención a todos los que lo deseen/necesiten.
26. Velar por que los trabajadores de la salud estén capacitados y equipados con el fin de prestar servicios para el control del peso e incluir la obesidad en la capacitación médica.

#### Sistemas alimentarios.

27. Mejorar el acceso a una alimentación saludable y asequible económicamente mediante la adopción de las siguientes medidas:
- Apoyar la mejora de las tasas de lactancia materna mediante una mejor protección de dicha lactancia (es decir, del primer sistema alimentario) por conducto de una normativa que esté en conformidad con el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones posteriores;
  - Formular una política agrícola más coherente y propicia para promover una alimentación inocua y saludable producida de forma sostenible, incluida una reducción del número de calorías consumidas diariamente procedentes de grasas y azúcares, y un aumento del número de raciones diarias de cereales integrales, leguminosas, frutos secos, verduras y frutas.<sup>35</sup> Esto incluye alentar a los fabricantes de alimentos a que sustituyan o reformulen sus productos. El éxito final debe estar vinculado a un aumento del consumo de alimentos no procesados o mínimamente procesados;
  - Reformar el entorno alimentario (incluidos los entornos digitales<sup>36</sup>) mediante políticas fiscales y de precios (tributación e incentivos) que destaquen el consumo de cereales integrales, leguminosas, frutos secos, verduras y frutas y reduzcan la demanda de productos con un contenido excesivo en grasas, azúcares y sal/sodio;
  - Regular la mercadotecnia de los alimentos y bebidas con un alto contenido en grasas, azúcares y sal/sodio, incluida la mercadotecnia digital;
  - Establecer un etiquetado nutricional para ayudar a los consumidores a comprender el contenido de nutrientes de los alimentos, también mediante información de fácil comprensión en el punto de elección (por ejemplo, mediante el etiquetado nutricional en la parte delantera del envase o el etiquetado de los menús);
  - Formular políticas públicas de adquisición y servicios de alimentos que apoyen la adquisición, distribución, venta y/o los servicios de alimentos que respalden una alimentación saludable en las escuelas y otras instituciones públicas, como oficinas gubernamentales, guarderías infantiles, hogares de ancianos, hospitales, centros de salud, centros comunitarios, entornos de asistencia residencial, bases militares y establecimientos penitenciarios.<sup>37</sup>

#### Protección y bienestar social

28. Diseñar programas de protección social (que incluyan transferencias de efectivo) que faciliten el acceso a una alimentación saludable y promuevan la sostenibilidad y la equidad socioeconómica. Dichos programas también pueden contribuir a reducir los desequilibrios entre los sistemas alimentarios al vincular a los pequeños productores agroecológicos y a los operadores de los sistemas alimentarios con

---

los programas y crear un sistema virtuoso de promoción de la equidad entre los beneficiarios y los proveedores.

---

<sup>35</sup> Organización Mundial de la Salud. Obesidad. [https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1)

<sup>36</sup> World Health Organization. Regional Office for Europe. (2021). Digital food environments: factsheet. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342072>.

Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>37</sup> Raine KD, Atkey K, Dana L, Ferdinands A, Beaulieu D, Buhler S, et al. Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2018 Jan; 38(1): 6–17.

Además, las personas que viven en las comunidades más pobres también pueden evitar dar prioridad a la salud, ya que tienen otras preocupaciones en sus vidas y pueden optar por poner cualquier alimento en su mesa. Además, los niños de familias con menor nivel socioeconómico tampoco suelen haber estado expuestos a alimentos saludables y, por lo tanto, no desean comer alimentos saludables, ya que no les gusta el sabor de las frutas y verduras.

### Entorno construido y actividad física

28. Involucrar a los gobiernos de las ciudades para que faciliten el acceso a una alimentación saludable, por ejemplo, mediante el establecimiento de mercados de alimentos frescos y a través de políticas de zonificación, así como para que promuevan la actividad física, por ejemplo, a través de la movilidad activa. La mayoría de la población mundial vive en entornos en los que principalmente proliferan y se pueden obtener alimentos baratos y de alta densidad energética, mientras que las oportunidades de realizar actividad física son escasas, lo que provoca un aumento de peso excesivo.

29. Adoptar y aplicar las directrices y las recomendaciones normativas de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios. Las directrices de la OMS proporcionan información detallada sobre el nivel de actividad física que deben realizar los diferentes grupos de edad y grupos de población específicos para gozar de buena salud.

30. Aplicar las medidas de política recomendadas que se describen en el Plan de Acción Mundial de la OMS sobre la Actividad Física 2018-2030. En el plan de acción se formulan recomendaciones sobre la manera en que los países pueden: 1) establecer normas y actitudes sociales positivas mediante la mejora del conocimiento de los múltiples beneficios que entraña una actividad física regular, en función de la capacidad, a lo largo del curso de la vida; 2) crear medios favorables que promuevan y salvaguarden los derechos de todas las personas a tener un acceso equitativo a lugares y espacios seguros en sus ciudades y comunidades en los que puedan realizar una actividad física regular; 3) garantizar programas y servicios adecuados y apropiados en todos los entornos clave que respalden a las personas de todas las edades y capacidades para que realicen una actividad física regular, bien en solitario o con sus familias y comunidades; 4) reforzar la gobernanza, los sistemas de datos y las inversiones para la aplicación de medidas internacionales, nacionales y subnacionales eficaces y coordinadas orientadas a aumentar la actividad física y reducir los comportamientos sedentarios.

### Alfabetización y educación para la salud

31. Elaborar, adaptar y aplicar directrices dietéticas basadas en los alimentos. Estas directrices son, entre otros instrumentos, herramientas para promover hábitos deseables de consumo de alimentos y mejorar el bienestar nutricional. Las directrices dietéticas basadas en los alimentos convierten las orientaciones científicas sobre la relación que existe entre la alimentación, la nutrición y la salud en orientaciones y mensajes basados en los alimentos, teniendo en cuenta la situación nutricional, la disponibilidad de alimentos, los hábitos alimentarios y los contextos culturales de los respectivos países (o grupos de población específicos). Esas directrices sirven también de instrumentos para la aplicación de políticas y programas nacionales de nutrición y proporcionan orientaciones para la formulación de políticas alimentarias y agrícolas.<sup>38</sup>

32. Poner en marcha campañas de promoción de una alimentación saludable y actividad física, como complemento de otras medidas que configuren el entorno alimentario y orienten el estilo de vida de las personas.<sup>39</sup> Esas campañas no pueden ser la única respuesta a la obesidad, ya que ello implicaría que la obesidad sería el resultado de decisiones individuales. Recopilar apreciaciones comportamentales y culturales procedentes de las ciencias sociales y las humanidades en relación con la salud como un instrumento para preparar medidas que propicien cambios de comportamiento, como por ejemplo, los

---

programas para mejorar las habilidades culinarias.

### Estadísticas

33. Establecer sistemas de vigilancia que incluyan el peso, la estatura, la ingesta alimentaria y los niveles de actividad física de las personas de todos los grupos de edad.

---

<sup>38</sup> Herforth A, Arimond M, Álvarez-Sánchez C, Coates J, Christianson K, Muehlhoff E. A global review of food- based dietary guidelines. *Adv Nutr.* 2019 Jul 1;10(4):590-605.

<sup>39</sup> Organización Mundial de la Salud. (2017). Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259351>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

34. Supervisar la aplicación de políticas y programas en los diferentes sectores, incluido el acceso a la atención, la calidad de la atención y la capacidad de los trabajadores de la atención de salud.

## **MEDIDAS RECOMENDADAS PARA OTROS ACTORES SOCIALES**

### Sociedad civil

35. Alentar a los gobiernos a que elaboren respuestas nacionales ambiciosas para promover una alimentación saludable y la actividad física, contribuir a su implementación, evaluar los progresos y dar aun más voz a las personas con obesidad o que se ven afectadas por esta enfermedad, y crear conciencia sobre ella.

36. Movilizar a la población para aumentar la demanda popular de políticas de prevención de la obesidad, lo que incluye el perfeccionamiento y la racionalización de la información pública, la identificación de marcos de obesidad eficaces para cada población, el fortalecimiento de la promoción en los medios de comunicación, la promoción de manifestaciones de los ciudadanos y de su participación, y el desarrollo de un entorno político receptivo con agentes favorables al cambio integrados en todas las organizaciones y sectores.

### Comunidad académica

37. Consolidar y ampliar la base de pruebas científicas sobre las causas y consecuencias de la obesidad, así como sobre las respuestas a nivel individual, comunitario y social, teniendo en cuenta especialmente las limitaciones relativas a las pruebas científicas sobre determinados grupos en situación de riesgo (por ejemplo, las personas con discapacidad).

### Operadores económicos del sistema alimentario

38. Garantizar el acceso a una alimentación saludable, desde la producción hasta la distribución y la promoción. Los fabricantes, importadores, exportadores y proveedores pueden reformular sus carteras de productos, en particular los que tienen productos destinados a los niños (reduciendo los azúcares y la sal) y reduciendo el tamaño de las porciones. Todas las empresas pueden ofrecer una alimentación saludable en los comedores de sus locales.

### Operadores económicos de la industria del deporte, el ejercicio físico y las actividades recreativas

39. Reforzar la promoción y la oferta de actividad física en el lugar de trabajo, mejorar el acceso a los gimnasios, clubes y centros recreativos, promover las tecnologías ponibles y apoyar el equipamiento de las escuelas.<sup>40</sup>

## **MEDIDAS RECOMENDADAS PARA LA OMS**

### Elaboración de orientaciones e instrumentos

40. Ampliar la orientación a los profesionales de la atención de salud en materia de prevención y tratamiento de la obesidad en todos los grupos de edad.

41. Convertir las orientaciones normativas y técnicas en actividades operacionales y enfoques integrados que los Estados Miembros puedan adoptar.

42. Abogar por una aplicación universal de sus orientaciones para que todas las personas tengan acceso a los servicios de prevención y atención del sobrepeso y la obesidad, en particular las poblaciones desplazadas.
43. Documentar y difundir las buenas prácticas adoptadas por los gobiernos en su respuesta a la obesidad.

---

<sup>40</sup> Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *Lancet*. 2015;385(9985):2422-31.



- 
44. Involucrar a otros organismos de las Naciones Unidas cuyos mandatos tienen en común este ámbito, como el UNICEF y la FAO.
45. Es importante destacar el principio de equidad y los derechos humanos en el marco de la atención de salud. Las futuras recomendaciones deberían seguir contemplando consideraciones de equidad sanitaria, por ejemplo, si las recomendaciones pretenden reducir o prevenir directa o indirectamente las desigualdades sociales y sanitarias, y si promoverán la igualdad de género y la no discriminación por cualquier motivo.
46. Las futuras orientaciones deberían incorporar consideraciones relativas a la prestación de servicios a niños y adolescentes con obesidad y que, además, tienen necesidades especiales o discapacidades derivadas de otras afecciones. Entre estas consideraciones cabría mencionar las modificaciones para incorporar recomendaciones y la capacitación del personal sobre la manera de aplicar las recomendaciones adaptadas.
47. En una futura labor normativa habrá que tener en cuenta los estereotipos de género que pueden dificultar el acceso al tratamiento, así como las consideraciones específicas de género y sexo.
48. Los valores y preferencias de los afectados por las recomendaciones deberán seguir determinando las futuras orientaciones. Será fundamental considerar la manera en que los entornos obesogénicos y las actitudes culturales hacia la comida, que los niños suelen interiorizar como normas subjetivas, afectan a los niños, los adolescentes, sus padres y sus cuidadores. Además, habrá que examinar los valores y preferencias de estas partes interesadas en relación con su motivación para participar en las intervenciones destinadas a tratar la obesidad y sumarse a ellas, así como las limitaciones y restricciones al tratar de resolver los problemas de peso en múltiples ámbitos (financiero, práctico, en los niveles de conocimiento nutricional y en relación con entornos obesogénicos).

#### Fomento de la capacidad de los prestadores de servicios

49. Contribuir a aumentar el número de trabajadores de la salud capacitados en materia de nutrición y la calidad de sus capacidades. La mayoría de los profesionales de la atención de salud no están adecuadamente capacitados para tratar con sus pacientes cuestiones relacionadas con la alimentación y la nutrición, por lo que la calidad de la atención se ve mermada y se pierden oportunidades importantes de mejorar la situación de las enfermedades crónicas y los resultados en las enfermedades agudas. En numerosos países, la educación sobre nutrición no es una capacitación obligatoria para los médicos.<sup>41</sup> Un aumento del número de profesionales de la atención de salud capacitados en el tratamiento y manejo de la obesidad mejorará el nivel de atención y producirá resultados positivos en las personas con obesidad. Las prioridades relacionadas con el fomento de la capacidad deben abordar explícitamente las limitaciones de la prestación de servicios actual (por ejemplo, la orientación para las madres de niños con discapacidad cuando la lactancia materna no es posible u otros factores relacionados con la discapacidad limitan la comprensión y la adopción de prácticas de alimentación saludables).

#### Diálogo normativo y apoyo a la aplicación

50. Participar en diálogos estratégicos y de políticas con los ministerios de salud y otras entidades gubernamentales pertinentes, argumentando en favor de la adopción de medidas y del uso de instrumentos de política fundamentados en pruebas y costoeficaces de la manera más adecuada al contexto del país. La OMS centrará sus esfuerzos y recursos en una serie de países prioritarios con una elevada carga de sobrepeso y obesidad, y que demuestren estar dispuestos a actuar.

51. Supervisar la adopción de políticas y apoyar su aplicación en los países.

## **METAS PROPUESTAS**

### Metas de resultados

52. La Asamblea Mundial de la Salud y la Asamblea General de las Naciones Unidas han aprobado las siguientes metas e indicadores de resultados:

- a) Detener el aumento de la obesidad en los niños menores de 5 años,<sup>42</sup> los adolescentes y los adultos<sup>43</sup> antes del año 2025 (utilizando el año 2010 como base de referencia).
- b) Poner fin a todas las formas de malnutrición antes del año 2030 (utilizando el año 2015 como base de referencia).
- c) El sobrepeso en los niños menores de 5 años es un indicador de la meta 2.2 de los ODS. En el caso de los niños menores de 5 años, el plazo para la consecución de las metas se prorrogó hasta 2030, y estas se presentaron a la Asamblea Mundial de la Salud en enero de 2019. La meta relativa al sobrepeso infantil consiste en alcanzar el 3% o menos antes de 2030.<sup>44</sup>

### Metas de resultados intermedios

53. El establecimiento de metas de resultados intermedios y metas de proceso podría favorecer la ampliación de las medidas. Las metas de resultados intermedios están vinculadas a medidas fundamentales en la ruta causal hacia el desarrollo de

---

<sup>41</sup> Kris-Etherton PM, Akaba SR, Douglas P, Kohlmeier M, Laur C, Lenders CM, et al. Nutrition competencies in health professionals' education and training: a new paradigm. *Adv Nutr*. 2015 Jan 15;6(1):83-7. doi: 10.3945/an.114.006734.

<sup>42</sup> Plan de aplicación integral de la OMS sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130456/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130456/WHO_NMH_NHD_14.1_spa.pdf?sequence=1)

<sup>43</sup> World Health Organization. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>

<sup>44</sup> World Health Organization and United Nations Children's Fund. 'WHO/UNICEF discussion paper: The extension of the 2025 maternal, infant and young child nutrition targets to 2030', WHO and UNICEF, Geneva and New York, 2017. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutritionlibrary/global-targets-2025/discussion-paper-extension-targets-2030.pdf?sfvrsn=4c75b190\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutritionlibrary/global-targets-2025/discussion-paper-extension-targets-2030.pdf?sfvrsn=4c75b190_5)

la obesidad. Las metas pueden estar relacionadas con la calidad de la alimentación y los niveles de actividad física. Entre las metas de resultados intermedios propuestas cabe mencionar las siguientes:

- a) Tanto en adultos como en niños, la OMS recomienda reducir el consumo de azúcares libres a menos de un 10% de la ingesta calórica total (esta meta se basa en una recomendación muy pertinente de la directriz de la OMS sobre la ingesta de azúcares en adultos y niños publicada en 2015).
- b) Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses hasta al menos el 50% (esta es una de las seis metas mundiales sobre nutrición aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud).<sup>45</sup>
- c) Una reducción relativa del 15% de la prevalencia mundial de inactividad física en adultos y adolescentes antes de 2030. (La Asamblea Mundial de la Salud ya estableció esta meta en 2010 y actualizó el Plan de Acción Mundial de la OMS sobre Actividad Física).

#### Metas de proceso

54. Las metas de proceso están relacionadas con la presencia de políticas recomendadas por la OMS y la cobertura efectiva de servicios que podrían dar lugar a los cambios deseados en los resultados intermedios (alimentación y actividad física) y en los resultados finales (prevalencia de la obesidad). Entre las metas de proceso propuestas cabe mencionar las siguientes:

- a) Aumentar la cobertura de los servicios de atención primaria de salud para que incluya el diagnóstico y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes.
- b) Aumentar la densidad de profesionales de la nutrición y la alimentación hasta un nivel mínimo de 10 por cada 100 000 habitantes. Justificación: indicador ya incluido en el marco de vigilancia mundial de la nutrición y notificado en el sistema de información sobre la situación general de la nutrición.<sup>46</sup> Base de referencia 2016-2017 : 2,2 por cada 100 000 habitantes.
- c) Aumentar la adopción de reglamentos para controlar la mercadotecnia de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Indicador recogido a través del examen de las políticas de nutrición a escala mundial y la encuesta sobre la capacidad de los países para hacer frente a las ENT. Base de referencia: 47 países (base de datos mundial de la OMS sobre la aplicación de medidas nutricionales).
- d) Aumentar el número de países que imparten educación física de buena calidad en las escuelas de todos los grados (al menos x número de horas/semana).

#### **INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO**

55. Se invita al Consejo Ejecutivo a que adopte las recomendaciones para los gobiernos, otros agentes de la sociedad y la OMS (párrafos 18 a 47), así como las metas propuestas (párrafos 48 a 50), y recomiende su aprobación en la 75.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

===

<sup>45</sup> Organización Mundial de la Salud. (2014). Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/130456>

<sup>46</sup> [Nutrition Landscape Information System: GNMF Profile \(who.int\)](#)

---

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Reservados todos los derechos.

El presente documento de debate de la OMS no representa ninguna posición oficial de la Organización Mundial de la Salud. Se trata de una herramienta para explorar las opiniones de las partes interesadas en el tema. Las referencias a los asociados internacionales solo son sugerencias y no constituyen ni implican respaldo alguno al presente documento de debate.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en el presente documento de debate sea completa y correcta, y no será responsable de los daños que se produzcan como consecuencia de su uso. La información contenida en el presente documento de debate puede utilizarse y copiarse libremente con fines educativos y otros fines no comerciales y no promocionales, siempre que toda reproducción de la información vaya acompañada de una indicación de que la Organización Mundial de la Salud es la fuente. Cualquier otro uso de la información requiere la autorización de la Organización Mundial de la Salud, y las solicitudes deberán dirigirse a: Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza, <mailto:obesity@who.int>.

Las denominaciones empleadas en la presente nota del documento de debate y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en el presente documento de debate. No obstante, el presente documento de debate se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de la presentación. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización.

© Organización Mundial de la Salud, 2021. Reservados todos los derechos.

Se aplica el siguiente aviso de derecho de autor: <http://www.who.int/about/copyright>

