

**Comercio, Determinante Internacional en la Epidemia de la Obesidad Infantil  
en México, Chile y Colombia**

**Trade, International Determinant in the Epidemy of Childhood Obesity in  
Mexico, Chile and Colombia**

**Claudia Marcela Ruiz Buitrago**

**Monografía para optar por el título de  
Especialista en Salud Internacional**

**Asesor**

**Luis Eliseo Velásquez Londoño. MD, MPH.  
Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Héctor Abad Gómez  
2015**

**Comprendí que la mujer no podía cegar, porque había sido capaz de compasión, de amor, de respeto, de mantener un sentido de profunda dignidad en su relación con los otros, porque reconociendo la debilidad del ser humano, fue capaz de comprender.**

**(José Saramago, Ensayo a la Ceguera)**

## DEDICATORIA.

### **Valeria,**

*Gracias chulita por creer en este proyecto, por acompañarme con tus cuestionamientos y propuestas de cambio, por ser mi voz en tus entornos cotidianos, por aprehender de mi discurso enmarañado “lo esencial” y transmitirlo con la misma pasión que yo le imprimo a mis pequeñas conquistas, por acompañarme en esta búsqueda del conocimiento y por iluminar mi vida con tu dulce sonrisa y tu infinito amor que me rescata todos los días de este mundo injusto, llenándome de nuevas esperanzas...*

*Anhelo acompañarte en la conquista de tus sueños por salvar el planeta, pintar arcoíris en las montañas de nuestra Medellín del alma, dibujar paisajes con las ruedas de tus patines, meter un gol en Brasil, construir ese increíble hotel para perritos callejeros, cocinar deliciosos manjares para los paladares más exquisitos, hacer música y ser la mejor veterinaria del planeta... Estaré a tu lado, sostendré tu mano y te impulsaré sin desfallecer...*

*Te amo desde que eras un sueño azul viajando en mi vientre!*

### **Isabel,**

*De tu mano solidaria y bondadosa, he transitado por la vida... me has enseñado a creer en mí sin limitarme, a dimensionarme, a caminar, a soñar y a conjurar revoluciones para construir un mundo más justo. Gracias hermanita, por tu generosidad, tu respaldo, tu cercanía...*

*Sigo metiendo mis zapaticos debajo de la puerta para que me permitas entrar y lo haces generosamente, sin restricciones, abrigando mi alma...*

*¡Gracias por tu profundo amor!*

### **Richard,**

*Mi amado amor,*

*Juntos y en contra de todos los pronósticos, vaticinios y artilugios seguimos construyendo-nos FAMILIA.*

*Sin tu apoyo tal vez no hubiera logrado romper con las ataduras de la más dura opresión y este sueño mío, estaría guardado en otra gaveta en algún pasillo de mi memoria...*

*Gracias por tu paciencia inquebrantable, por tu lectura fina y minuciosa para sortear mis ánimos y por caminar conmigo en esta loca obsesión por construir otra historia para el territorio que habitamos y nos habita.*

*Tu dulce amor es mi bendición!*

## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN.....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>12</b>
<b>1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>15</b>
<b>2. ANTECEDENTES.....</b>	<b>20</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>23</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1. Objetivo General. ....</b>	<b>25</b>
<b>4.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>25</b>
<b>5. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>26</b>
<b>5.1. OBESIDAD INFANTIL.....</b>	<b>26</b>
<b>5.2. DE LA SALUD INTERNACIONAL. ....</b>	<b>28</b>
<b>5.3. MODELO CONCEPTUAL DE LA SALUD INTERNACIONAL. ....</b>	<b>39</b>
<b>6. METODOLOGÍA.....</b>	<b>43</b>
<b>7. RESULTADOS. ....</b>	<b>46</b>
<b>7.1. PREVALENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL EN MÉXICO, CHILE Y COLOMBIA. ....</b>	<b>48</b>
<b>7.2. PERIODOS DE RIESGO DURANTE LA ETAPA INFANTIL.....</b>	<b>53</b>
<b>7.3. CATEGORÍA COMERCIO.....</b>	<b>58</b>
<b>8. DISCUSIÓN.....</b>	<b>75</b>
<b>9. CONCLUSIONES. ....</b>	<b>80</b>
<b>10. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>83</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>1</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....</b>	<b>1</b>

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1. DEFINICIÓN DE LAS FUERZAS MOTORAS Y TRANSVERSALES DEL MCSI. <sup>1</sup> .....	42
TABLA 3. GRUPOS TEMÁTICOS Y DESCRIPTORES UTILIZADOS EN LAS BÚSQUEDAS.....	43
TABLA 4. DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA TOTAL Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MESES, EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DE EDAD, COLOMBIA 1995, 2000, 2005 Y 2010. ....	54
TABLA 5. PORCENTAJE DE NIÑOS AMAMANTADOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA TOTAL EN MESES, MÉXICO, 1999, 2006, 2012.....	55
TABLA 6. SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN CHILE, MÉXICO Y COLOMBIA. ....	55

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. REPRESENTACIÓN GRÁFICA MODELO CONCEPTUAL DE SALUD INTERNACIONAL <sup>1</sup> .....	41
FIGURA 2. ESQUEMA DE ADAPTACIÓN PROPIA DEL MODELO CONCEPTUAL DE SALUD INTERNACIONAL. ....	47
FIGURA 3. PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 - 11 AÑOS DE EDAD (1999 A 2012) MÉXICO. ENSANUT 2012. ....	48
FIGURA 4. PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN HOMBRES Y MUJERES DE 12- 19 AÑOS DE EDAD (1999 A 2012) MÉXICO. ENSANUT 2012. ....	49
FIGURA 5. PREVALENCIA DE OBESIDAD INFANTIL EN CHILE SEGÚN GRUPO DE EDAD 2010. ....	51
FIGURA 6. PREVALENCIA DE OBESIDAD EN ESCOLARES DE PRIMERO BÁSICO DE ESCUELA PÚBLICA CHILENA 2002-2010. ....	51
FIGURA 7. PREVALENCIA DEL EXCESO DE PESO EN NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES DE 5 A 17 AÑOS. COLOMBIA, ENSIN 2005-2010 .....	52
FIGURA 8. SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE LA FUERZA MOTORA “COMERCIO” .....	60

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO1. NORMATIVIDAD Y GUÍAS VIGENTES ALREDEDOR DE LA ATENCIÓN A LA OBESIDAD Y LAS ECNT. EN MÉXICO, CHILE Y COLOMBIA. PROCESAMIENTO PROPIO.....	1
ANEXO2. RELACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA CON LOS EJES DE POLÍTICA Y DIMENSIONES DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.....	4
ANEXO3. ESTUDIOS QUE RELACIONAN LA LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR A LA OBESIDAD. SÍNTESIS DE EVIDENCIA I. ....	7
ANEXO 4. SÍNTESIS DE EVIDENCIA II.....	10

## GLOSARIO

**Ambiente Obesogénico:** es la suma de las influencias que el entorno, las oportunidades o las condiciones de vida tienen en la promoción de la obesidad de los individuos o de las poblaciones.

**Cooperación Sur-Sur:** proceso consciente, sistemático y políticamente motivado en el que se destaca: la no interferencia de los países cooperantes en los asuntos de otros estados; la igualdad entre los asociados; y el respeto por los contenidos locales del desarrollo.

**Desigualdades en salud:** Las desigualdades en salud pueden definirse como las diferencias en el estado de salud o en la distribución de los factores determinantes de la salud entre diferentes grupos de población. Es importante distinguir entre la desigualdad en la salud y la inequidad. Algunas desigualdades en salud son atribuibles a las variaciones biológicas o de libre elección y otras son atribuibles a ambientes y condiciones externas, principalmente fuera del control de las personas afectadas.

**Desviación Estándar (DE):** Medida que expresa la dispersión de una serie de valores o puntuaciones con relación a la media aritmética

**Enfermedades emergentes:** son aquellas cuya incidencia se ha incrementado desde las pasadas dos décadas o amenaza incrementarse en un futuro

**Esperanza de vida al nacer:** años que vivirá un recién nacido si los patrones de mortalidad por edades imperantes en el momento de su nacimiento siguieran siendo los mismos a lo largo de toda su vida.

**Índice de Desarrollo Humano (IDH):** índice compuesto que mide el promedio de los avances en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: vida larga y saludable, conocimientos y nivel de vida digno.

**Internacional Obesity Task Force (IOTF):** es una organización diseñada para combatir la obesidad en todo el mundo. Forma parte de la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad.

**NCHS:** National Center for Health Statistics / Centro Nacional de Estadísticas en Salud de Estados Unidos.

**Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE):** es una organización de cooperación internacional, compuesta por 34 estados, cuyo objetivo es coordinar sus políticas económicas y sociales. Actualmente, la OCDE se ha constituido en uno de los foros mundiales más influyentes, en el que se analiza y se establecen orientaciones sobre temas de relevancia internacional como economía, educación y medio ambiente.

**Organización Mundial del Comercio:** (OMC) es el marco institucional multilateral para el desarrollo de las relaciones comerciales entre sus miembros en los asuntos relacionados con los Acuerdos e instrumentos jurídicos adoptados en el Acuerdo de Marrakech. Esta Organización aplica las disposiciones sustantivas del Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) de 1994, los Acuerdos Multilaterales sobre el Comercio de Mercancías, el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios AGCS, el Acuerdo sobre los Asuntos de la Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio ADPIC, el entendimiento de solución de diferencias y los demás instrumentos para la aplicación de los acuerdos.

**Organización Internacional del Trabajo/OIT:** Agencia especializada de las Naciones Unidas que se ocupa de los asuntos relativos al trabajo y las relaciones laborales.

**Organización de Naciones Unidas/ONU:** es la mayor organización internacional existente. Se define como una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el Derecho internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos.

**Organización Mundial de la Salud/OMS:** Agencia especializada de las Naciones Unidas, designada como autoridad coordinadora en el trabajo internacional de salud; su objetivo es proporcionar el nivel más alto posible de salud para todos los pueblos.

**Organización Panamericana de la Salud/OPS:** Oficina regional de la OMS para las Américas que actúa como una agencia coordinadora para la mejora de las condiciones de salud en el hemisferio. Las cuatro funciones principales son: control o erradicación de enfermedades transmisibles, fortalecimiento de los servicios de salud locales y nacionales, educación y formación e investigación.

**Países Desarrollados:** Países que han alcanzado un nivel de realización económica a través de un incremento de la producción, ingreso y consumo per cápita, y utilización de los recursos naturales y humanos.

**Países en Desarrollo:** Los países en el proceso de cambio con el crecimiento económico, es decir, un aumento de la producción, el consumo per

cápita y el ingreso. El proceso de crecimiento económico implica una mejor utilización de los recursos naturales y humanos, el cual resulta en un cambio en las estructuras sociales, políticas y económicas.

**Política de salud:** Decisiones desenvueltas generalmente por formuladores de políticas del gobierno, para la definición de los objetivos inmediatos y futuros del sistema de salud.

**Salud pública:** Rama de la medicina que se encarga de la prevención y control de las enfermedades y discapacidades, y de la promoción de la salud física y mental de la población a nivel internacional, nacional, estatal o municipal.

**UNICEF:** Fondo de Naciones Unidas para la Infancia es un programa de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que provee ayuda humanitaria y de desarrollo a niños y madres en países en desarrollo.

## RESUMEN

Durante la última década, México, Chile y Colombia incrementaron vertiginosamente la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil. Esta tendencia en ascenso coincide con el fenómeno de globalización, convirtiéndose en un asunto de significativa relevancia para la salud internacional; haciendo necesario esclarecer cuáles son las fuerzas que movilizan estos cambios, como punto de partida para el diseño de planes de intervención que modifiquen la tendencia actual. La metodología consistió en una revisión documental intencional, integrativa y no sistemática de estudios que informaran sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 0 a 12 años, entre 2003 y 2013, así como en desarrollos teóricos sobre la influencia ejercida por el comercio en la emergencia y sostenimiento de la epidemia de obesidad infantil. La búsqueda se hizo a través de las Encuestas de Salud y Nutrición de cada país y colecciones bibliográficas reconocidas. La información fue analizada seleccionando una categoría medular denominada “*Comercio*” tomada del Modelo Conceptual del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” de la OPS, de donde se desprendieron 4 subcategorías planteadas para consolidar la información y facilitar la comprensión del fenómeno en estudio: *Acuerdos Comerciales, Consumo, Multinacionales y Las Comunicaciones, Marketing y publicidad*. Se concluye que el comercio se constituye en una determinante internacional de la obesidad infantil, constituyendo un desafío para los especialistas en salud internacional, quienes deben incentivar discusiones de alto nivel que sitúen el tema en la agenda internacional y avanzar en los mecanismos de cooperación que propendan por la transición hacia un modelo alternativo, capaz de reconocer la salud como bien público por encima de todo interés mercantilista y de poder.

**Palabras claves:** Obesidad, Sobrepeso, Infantil, Infancia, Salud Internacional, Comercio, Relaciones Internacionales, Consumo, Multinacionales, Publicidad, marketing.

## ABSTRACT

During the last decade, Mexico, Chile and Colombia dramatically increased the prevalence of childhood overweight and obesity. This trend coincides with the rising phenomenon of globalization, becoming a matter of significant relevance to international health; making it necessary to clarify the factors associated with it, as a starting point for the design of intervention plans to modify the current trend. The methodology consisted of an intentional, integrative and non-systematic literature review of studies reporting the prevalence of overweight and obesity in children aged 0 to 12 years, as well as theories on the influence of trade in the emergence and maintenance of the epidemic of childhood obesity. The search was made through the Health and Nutrition Surveys in each country and recognized library collections. The data was analyzed by selecting a core category called "Trade" taken from the Conceptual Model of the Leaders in International Health Program "Edmundo Granda Ugalde" in PAHO, where four subcategories raised were detached to consolidate information and facilitate understanding of the phenomenon in study: Trade Agreements, Consumption, Multinational and Communications, Marketing and advertising. We conclude that the trade stands as an international determinant of childhood obesity, a challenge for specialists in international health , who should encourage high-level discussions that put the issue on the international agenda and advance cooperation mechanisms that accelerate the transition to an alternative model, able to recognize health as a public good above all mercantilist power and interest.

**Keywords:** Obesity, Overweight, Child, Children, International Health, Trade, International Relations, Consumer, Multinational, Advertising, marketing.

## INTRODUCCIÓN.

La obesidad infantil emerge en la actualidad como uno de los problemas más serios de salud pública en todo el mundo, su abordaje constituye un desafío para la salud internacional por su carácter multifactorial y global. Sobre el origen de la obesidad, suelen describirse factores genéticos y ambientales que predisponen su padecimiento, sin embargo, cada vez, cobra mayor importancia la asociación de esos factores de riesgo con otros aspectos de orden sociocultural y económico, que brindan información importante sobre la evolución y características de la enfermedad, permitiendo un acercamiento más preciso a los factores que influyen en su aparición y mantenimiento.

En la medida en que el desarrollo de las naciones se ha incrementado, se han ido realizando cambios en los modos de vida de las poblaciones, transformando los estilos de vida autóctonos, las formas de movilidad y transporte, las maneras de recrearse, alimentarse, aprender, negociar, establecer acuerdos y comunicar, en entornos cada vez menos propios, enriquecidos con recursos tecnológicos y construidos en pro de la industrialización y automatización de procesos.

De esta manera, los ambientes donde naturalmente se ha dado el desarrollo de las poblaciones, han ido incorporando los cambios que se constituyen hoy día, en ambientes mayormente obesogénicos que limitan los esfuerzos y la movilidad, conllevan al sedentarismo y a la falta de actividad física. Esto repercute, entre otras condiciones, en lo que las personas eligen para comer y pueden costear, dentro de la oferta disponible en su entorno cercano o cotidiano; muchas veces, en desplazamiento de los productos alimentarios nativos (agrícolas y pecuarios).

Además, la soberanía y la seguridad alimentaria se han visto en riesgo, por diversos factores que tienen gran sustento en la introducción de los cambios dados por la globalización, entre los que se destacan los acuerdos comerciales con otros países o multinacionales donde se cede el control de los terrenos cultivables, se plantan semillas modificadas genéticamente que alteran el suelo, diezmando la producción de las variedades nativas, dando cabida a fenómenos sociales muy fuertes, como la desprotección del campo y el trabajador de la tierra, la eliminación de la pequeña agricultura, las migraciones del entorno rural a la ciudad, el desplazamiento y el urbanismo, así como a la importación de alimentos que salen a la venta a bajo costo por diversos beneficios arancelarios. Esta situación ha favorecido el posicionamiento de productos alimenticios baratos que además de ser disponibles, son asequibles entre los consumidores, y respaldados por una infraestructura de comercialización agresiva, desmedida y de escaso control, de manera tal, que se

ha incrementado el consumo masivo de alimentos procesados y ultra-procesados, entre los que se destacan las bebidas azucaradas, las grasas y los productos con sal. Consumo que se comporta mundialmente como una epidemia, que junto a otros factores de riesgo como el estrés, el sedentarismo, y las transformaciones de hábitos, ofrecen información de nuevas fuerzas que predisponen el padecimiento de sobrepeso y obesidad, que por su impacto en la salud humana, no pueden ser desatendidos a la hora de examinar este fenómeno.

Cabe anotar, que la intención de esta monografía no es observar pasivamente la tendencia en ascenso de los indicadores de sobrepeso y obesidad en los países en estudio y su impacto en los vertiginosos cambios de los perfiles de morbimortalidad, la esperanza de vida de las poblaciones o los costos para el sistema sanitario y la sociedad, sino la de favorecer el entendimiento de las fuerzas que movilizan su aparición, las condiciones que lo agravan y la definición de recomendaciones que permitan variar las tendencias actuales.

La obesidad infantil en México, Chile y Colombia, presenta características diferenciales al interior de cada nación, por las particularidades poblacionales, las relaciones de vecindad con otros países, los acuerdos comerciales, la valoración del campo, el agro y la ruralidad y obviamente, por la misma definición de las prioridades de salud pública establecidas por cada Estado. Su abordaje ha sido limitado, razón por la cual, la salud internacional debe asumir el desafío de estudiarla.

El *comercio* en el contexto actual de la globalización, se erige como una determinante internacional y central del proceso salud-enfermedad. Para el caso de la obesidad infantil, se observa cómo esta fuerza posibilita la inauguración de nuevos y amplios mecanismos que dan entrada a los tentáculos de los grupos hegemónicos que controlan los mercados a nivel mundial, imponiendo necesidades, gustos, deseos: instalando paradigmas, en un continuo proceso de acumulación. En ese sentido, la influencia de los medios masivos de comunicación y las nuevas formas de interacción y aprendizaje que ofrece la virtualidad, proponen escenarios alternativos a las formas de negociación tradicional de significados, donde se estructuran cambios globales, en las formas de concebir la realidad, y se desprenden otros fenómenos que actúan o se instituyen como fuerzas motoras de la salud y específicamente del fenómeno creciente de obesidad en la infancia.

Esta monografía se sirvió a nivel metodológico, del Modelo Conceptual de Salud Internacional (MCSI)<sup>1</sup> para ejecutar el análisis y la interacción de las fuerzas de la salud internacional frente al fenómeno creciente de sobrepeso y obesidad infantil, esperando motivar la investigación y el desarrollo de un pensamiento crítico alrededor de la vida de los niños y niñas del mundo y en particular de Colombia, México y Chile, reconociendo los aportes que la salud internacional puede y debe hacer para atender esta aguda problemática.

Es importante, situar la obesidad y con mayor razón la obesidad infantil, en la agenda política de los tres países y la región de las Américas y fomentar el diseño y la implementación de políticas públicas desde diferentes sectores para hacer frente a esta epidemia, empleando todas las herramientas necesarias para su consolidación como objetivo de orden y carácter global, para lo cual, las estrategias de cooperación regional serán vitales.

## 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La obesidad se ha convertido en una de las enfermedades más importantes para la salud pública, por su estrecha relación con las enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas al deterioro progresivo de la calidad de vida, el incremento en las tasas de mortalidad y la disminución de la esperanza de vida, sin embargo, es más preocupante aún, que la obesidad, cada vez cobra mayor lugar de relevancia, entre el grupo etario infantil y adolescente, con el agravante de que la evidencia recolectada muestra cómo “La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Pero además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos”.<sup>2</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para finales del 2010, el número de niños con sobrepeso a la edad de 5 años se estimaba en más de 40 millones, cifra considerada por algunos autores como de proporciones epidémicas<sup>3</sup>, y que sigue acrecentándose especialmente en los países en desarrollo. Las Encuestas nacionales de salud y/o nutrición de Chile, México y Colombia muestran la tendencia en ascenso de la obesidad infantil en el último decenio<sup>4 5 6</sup>.

La malnutrición por exceso, está estrechamente relacionada, directa o indirectamente, con las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, a su vez, está íntimamente ligada a factores de riesgo como la dieta inadecuada y el sedentarismo, es decir, que tiene sustento en el entorno sociocultural donde se consolidan los hábitos, y en otros factores como la pobreza, la seguridad alimentaria de la familia, el cuidado de los niños, los servicios de salud, el uso de los transportes de motor, el ingreso a la escuela, el medio ambiente, el uso del tiempo libre, el empleo, los precios de los alimentos, los hábitos de consumo, las tecnologías de la información y la comunicación, las migraciones, el orden público, la urbanización, los cambios tecnológicos, la inserción de la mujer en el mercado laboral y el entorno sociocultural ligado a la consolidación de los hábitos, los medios masivos de comunicación y las nuevas formas de interacción y aprendizaje virtual.

Como fenómeno emergente, la pre-obesidad o sobrepeso y la obesidad infantil propiamente dicha, pueden estudiarse bajo el Modelo Conceptual de Salud Internacional desde la fuerza motora del comercio, por la jerarquía o movilización que dicha fuerza ostenta dentro del modelo de análisis, de tal modo que su conocimiento redundará en beneficios para la intervención adecuada de la situación problemática que atraviesan Chile, México y Colombia.

Son preocupantes las complicaciones en las que derivan la obesidad y el sobrepeso, pues tras un tiempo de padecerlas generan comorbilidades crónicas como las patologías de columna, la hipertensión arterial, la diabetes y las dislipidemias y pese a que los tres países han desarrollado instrumentos y guías de atención para el abordaje integral de las principales enfermedades en los niveles primarios\* este tipo de patologías evolucionan hasta complejizarse en un alto porcentaje y necesariamente para su atención integral, se incurre en mayores costos de orden sanitario, que también impactan todo el sistema de protección social, por la carga derivada del ausentismo por incapacidad y la pérdida de productividad, sin dejar de lado lo que representa para la economía familiar.

Chile es el sexto país con mayor obesidad infanto-juvenil dentro de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE<sup>7</sup>. “según la OMS los adolescentes chilenos son los más sedentarios de Suramérica. El Ministerio de Salud Chileno indica que el 22% de su población es obesa, el 38% presenta sobrepeso y un 20% de los niños de primero básico padece obesidad<sup>8</sup>”.

Como lo expone Rodríguez<sup>9</sup> “México a su vez, se encuentra en una transición epidemiológica y nutricional, caracterizada por un rápido incremento de la prevalencia e incidencia de sobrepeso y obesidad, así como las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición”. Se puede decir que el sobrepeso y la obesidad se han generalizado a los diversos grupos sociales, regiones y grupos de edad. En la actualidad, México ocupa el primer lugar de prevalencia mundial de obesidad infantil con 4.1 millones de niños y niñas entre los 5 y los 11 años después de su vecino país, Estados Unidos; uno de cada cuatro niños mexicanos es obeso y más del 60% de la población adulta sufre obesidad.

Además de lo anterior, otra situación relevante y ligada a la ganancia de peso y la obesidad es el consumo de bebidas azucaradas o gaseosas. En el año 2013, según un estudio reportado por Euromonitor Internacional, Chile ocupó el segundo lugar como consumidor per-cápita de bebidas gaseosas a nivel mundial con un total de 121,0 litros, México el tercero con 119,0 litros y Colombia ocupó el 10° lugar con 66.5 litros<sup>10</sup>

Para el caso de Colombia, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2010<sup>6</sup> mostró una tendencia creciente de la obesidad, e incluyó información sobre las variaciones en los patrones dietarios y la falta de actividad física, mostró un mayor uso de los transportes de motor y mayor dedicación de horas a ver televisión y usar video juegos por parte de los niños y las niñas. En cifras, esto se expresó de

---

\*Ver anexo 1. Normatividad y guías vigentes alrededor de la Atención a la Obesidad y las ECNT. en México, Chile y Colombia. Procesamiento propio.

la siguiente manera: la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso, aumentó en un 25.9% en el último quinquenio evaluado, al comparar las cifras arrojadas por la ENSIN 2005<sup>11</sup>.

El impacto de la obesidad genera una doble carga económica, tanto para el sistema sanitario por la ya enunciada demanda de servicios de mayor complejidad y en segundo lugar por la discapacidad que trae consigo la obesidad, relacionada con la disminución en la capacidad productiva y la calidad de vida de los individuos que la padecen y sus familias.

De otro lado, la maquinaria publicitaria ha contribuido especialmente a la potencialización de los cambios o transiciones en los patrones de consumo, orientando anuncios y estrategias de todo tipo hacia la población infantil quienes en gran medida influyen las decisiones de consumo de sus hogares; la industria utiliza diversos canales para hacer llegar su mensaje a los niños, entre los que la virtualidad cobra cada vez mayor relevancia, sin desplazar la televisión que sigue siendo el medio por excelencia de comunicación y entretenimiento de las familias. Sin embargo, la publicidad virtual es digital, promueve la interactividad, tiene caracteres distintivos que permiten que los niños pasen mayor tiempo alrededor de un mismo producto y por ende con mayores riesgos. Según la Asociación Mexicana de Agencias de Publicidad, tan sólo en 2006 en México la publicidad en línea aumentó en un 62%<sup>12</sup>. Hoy día esta tendencia en aumento persiste.

En 2004, la OMS publicó el informe “Marketing in Food to Children: The Global Regulatory Environment”<sup>13</sup> donde se hizo una revisión exhaustiva del marco normativo que rodea la comercialización de alimentos dirigida a los niños en más de 70 países, se exploraron las leyes existentes y los códigos de autorregulación, donde se pudo determinar que la televisión es el medio publicitario más popular y por ende el más regulado. Dichas regulaciones y algunas prohibiciones que operan al interior de un territorio no necesariamente operan en territorios vecinos, la televisión por cable sigue siendo una amenaza, podría pensarse que la globalización favorece la *transferencia de los riesgos*<sup>14</sup> particularmente los de la publicidad televisiva y vía web.

De otro lado, el tiempo dedicado a ver televisión, usar juegos de video, e internet, se ligan al sedentarismo, especialmente en las ciudades. En la región de las Américas no es frecuente la actividad física regular, particularmente en los sectores de menores ingresos. Respecto a la actividad física, “la meta chilena para el año 2010 contempló reducir el sedentarismo de un 91% a un 84% de la población, y hoy el índice es de un 89%”<sup>17</sup> lo que refleja que pese al desarrollo de estrategias para atender este tema, el problema persiste.

Colombia por su parte, a través de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2005, introdujo por primera vez un módulo denominado “*Tiempo dedicado*

a ver TV o jugar con videojuegos” para estimar la prevalencia de este comportamiento en la población infantil y adolescente entre los 5 y los 17 años de edad, evaluado de nuevo en el siguiente quinquenio (2010), y cuyos resultados arrojaron en el último período, un aumento de 4.4 puntos porcentuales en la frecuencia de 2 y 4 horas al día, además de ello se detalla que el tiempo excesivo de ver tv y jugar videojuegos está asociado al sobrepeso y obesidad. Esta información es de sumo interés para la promoción de estrategias orientadas a la educación para el uso activo del tiempo libre y las investigaciones relacionadas con el impacto de estos hábitos ante los crecientes problemas de salud que llevan consigo el sobrepeso y obesidad infantil.

Son muchos las interrogantes que surgen alrededor de la vulnerabilidad de los niños y las niñas para sufrir de las devastadoras consecuencias de la obesidad que además de todos los riesgos físicos, comprometen seriamente su salud mental. El costo del desarrollo de las naciones no se puede pagar con generaciones obesas y sedentarias, es decir, no se puede subsidiar de ningún modo con vidas humanas, por lo tanto hay que concebir los mecanismos para detener esa tendencia sin sacrificar el desarrollo y mucho menos la soberanía alimentaria y política de las naciones.

Es claro que las acciones implementadas al interior de los países han sido insuficientes, pues la tendencia continúa en ascenso, y los factores de riesgo combinados persisten, dificultando el alcance de las metas. Es por eso que la salud internacional debe hacer una intervención amplia en diversos escenarios, entre los que se resaltan la cooperación, la diplomacia, la investigación y el robustecimiento epistemológico de la salud pública, para lograr la integración y coordinación intersectorial, la participación de los organismos de Naciones Unidas, la institucionalidad, el Estado, y toda la sociedad en su conjunto.

## **PREGUNTAS ORIENTADORAS**

- ¿Cuál es la influencia ejercida por el comercio en el fenómeno epidémico de obesidad infantil en Chile, México y Colombia?
- ¿Este fenómeno epidémico se puede analizar a la luz del Modelo conceptual de salud Internacional del Programa de Líderes en salud internacional de la OPS?
- El comercio es un determinante internacional de la obesidad infantil en México, Chile y Colombia?
- ¿La cooperación técnica internacional ofrece alternativas para el abordaje e intervención de la obesidad infantil en los tres países?



## 2. ANTECEDENTES.

Durante muchos años, en América Latina y el Caribe, los problemas alrededor de la nutrición infantil, que captaban la atención de los gobiernos, tomadores de decisiones, cooperantes internacionales, entre otros actores, se circunscribieron a la *desnutrición* y sus devastadoras consecuencias e impacto en el desarrollo de las naciones. Actualmente, no solo en la región, sino en los tres países que hacen parte de este estudio, la desnutrición continúa siendo un foco de especial atención por su relación con la morbilidad infantil y la perpetuación de las cadenas de pobreza, que ha exigido de los gobiernos y la comunidad internacional, la puesta en marcha de un sinnúmero de estrategias para intervenirla, impulsados por posicionar mejores indicadores básicos, el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y atender recomendaciones de los organismos internacionales de la salud, sobre la alimentación de los grupos vulnerables como los lactantes, los niños y las gestantes.

Peña y Bacallao<sup>15</sup> muestran cómo la situación nutricional de algunos países de Suramérica, como Brasil, Perú y Chile, fue variando considerablemente poniendo de relieve la problemática de la obesidad emergiendo, así fue como para 1996 en Chile 3,7% de los niños menores de 6 años estaban por debajo de una desviación estándar de la mediana del peso de referencia establecido por el Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (NCHS) y la proporción de quienes se ubicaron por encima de esta desviación era de 21.6% con un notable desplazamiento hacia la derecha en la distribución del indicador peso para la edad.

Así, la creciente epidemia de obesidad, replantea las necesidades de atención de la nutrición, con serias dificultades en su abordaje, porque aún hay un camino largo e intrincado que recorrer para su atención integral, en gran medida por el desconocimiento de sus determinantes, pero principalmente por no ser reconocida como un problema prioritario. En un principio, se ligaba exclusivamente a factores genéticos, se concebía como una afectación centrada en un pequeño sector, opulento o con poder adquisitivo superior al de la población común, situación que fue desmitificándose con el tiempo, hasta situarse como un asunto de salud pública importante, que ha capturado la atención de los gobiernos, de la salud internacional, la academia, de la industria y pese a ello, las acciones emprendidas han sido insuficientes y no han logrado variar la tendencia en ascenso de los indicadores de sobrepeso y obesidad en los tres países, por el contrario su incremento es progresivo.

La industria alimentaria ha hecho grandes esfuerzos para sostener la premisa de que el problema de la obesidad es responsabilidad del individuo y que los gobiernos no están por encima de las libertades individuales, señalando que su función se debe restringir a educar y promover hábitos de vida saludables y no a prohibir, sin

embargo esto hace parte de la estrategia usada por la industria que pretende desligar a la empresa privada de sus responsabilidades alrededor del tema.

Las Encuestas de Salud y Nutrición de los tres países en estudio han ido revelando la alarmante situación. Según la ENSANUT 2012<sup>5</sup> en México, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en 2006 en los niños entre 5 y 11 años fue de 34.8% y disparó una señal de alerta para el sistema nacional de salud y la población. En la actualidad, uno de cada cuatro niños en el mismo rango de edades padece obesidad. Según los autores de la misma encuesta se estima que 5.664.870 escolares tienen un peso corporal que los expone a sufrir enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez. Chile, como se dijo anteriormente es el sexto país con mayor obesidad infanto-juvenil y “el cambio ha sido sumamente rápido, en el año 1987, el 7% de los escolares de primer año básico tenía obesidad, hoy esta cifra alcanza alrededor de 23%, siendo un fenómeno preocupante el aumento de la obesidad infantil a partir de los 4 años de edad, lo que se acentúa a medida que los niños y las niñas avanzan en edad, alcanzando cifras del orden del 20% al momento de ingresar a la escuela.”<sup>7</sup> Así mismo y con relación a la evolución de las enfermedades la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2012 de Chile permitió ver que la prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) en adolescentes entre los 15 y 17 años ha alcanzado un 20.4% para ambos sexos. Los principales factores de riesgo son el sexo masculino, la obesidad y el sedentarismo y en las mujeres es mucho más prevalente la pre-hipertensión que se comporta como un estadio previo al de la enfermedad propiamente dicha<sup>16</sup>. En el caso de Colombia, uno de cada 6 niños y adolescentes entre los 5 y los 17 años presentan sobrepeso u obesidad, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2010.

Dentro de la comprensión del fenómeno de obesidad infantil, los tres países coinciden en señalar que el sobrepeso constituye un estado pre-mórbido de la obesidad y que en ese sentido debe ser atendido para evitar su progresión hacia la obesidad y sus comorbilidades. México y Chile han hecho algunos esfuerzos por detener la epidemia de obesidad; reconociéndola como una prioridad en salud y su ascensión a la agenda pública no es resultado de la intervención de los gobiernos exclusivamente, sino de las presiones ejercidas por las organizaciones civiles y los organismos internacionales por su carácter pandémico y por las asociaciones que se le otorgan a la obesidad con el desarrollo, los tratados comerciales, la apertura económica, el desplazamiento de las ruralidades, entre muchos otros aspectos que se observarán más adelante.

En Colombia pese a la existencia de la Ley de obesidad de 2009<sup>17</sup> que no ha sido reglamentada en su totalidad, y la formulación del Plan Decenal del Deporte, la Recreación, la educación física y la actividad física para el desarrollo humano, la convivencia y la paz 2009-2019<sup>18</sup> y la creación de la Comisión Nacional intersectorial para la Coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición del impacto de la actividad física<sup>19</sup>, hay serias distancias con los otros dos países,

porque el tema no está tan delimitado como en Chile y México, es decir que no ha alcanzado el status internacional que ya obtuvo en estos países, y las estrategias aplicadas obedecen a desarrollos locales, es decir que tienen su epicentro en la municipalidad y no siguen políticas propias de país y raramente son evaluadas.

Tanto en Chile como en México y Colombia se han lanzado duras críticas sobre los programas y campañas en torno a la obesidad, pues como se observará más adelante en el análisis y discusión de resultados, éstos se sirven a los intereses de la industria alimentaria y de las bebidas azucaradas y difícilmente logran su cometido, principalmente porque las estrategias de carácter público se sostienen con recursos financieros otorgados por las mismas empresas en el marco de las estrategias de responsabilidad social empresarial.

### 3. JUSTIFICACIÓN.

La obesidad infantil es uno de los problemas más graves de la salud pública internacional por su estrecha relación con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, algunos trastornos de tipo locomotor especialmente la osteoartritis, la hipertensión arterial y cierto tipo de cánceres. Así mismo se le relaciona con el incremento en las tasas de mortalidad, el deterioro progresivo de la calidad de vida y de la disminución de la esperanza de vida, la generación de discapacidad y pérdida de productividad. No obstante su impacto no se ve solo a largo plazo, pues sus efectos también son inmediatos y mediatos, se ha establecido que los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos, así como la exposición a las burlas y el matoneo escolar, entre otros aspectos, que han puesto en crisis a los sistemas sanitarios por los altísimos costos que demanda su atención integral, suscitando discusiones de alto nivel alrededor del mundo entero, al punto de ser declarada por los organismos internacionales como la epidemia mundial del siglo XXI<sup>20</sup>, observando que su progreso ha sido vertiginoso en los últimos años y que la población infantil que la padece tiene mayor riesgo de sufrir enfermedades a edades más tempranas, discapacidad o peor aún, muerte prematura<sup>21</sup>.

El sobrepeso y la obesidad durante décadas fueron considerados como un problema de los países desarrollados, sin embargo, se ha demostrado que éstos, son problemas evidentes en los países con economías en transición, y se presenta en muchos casos, como otra manifestación de la pobreza, hecho paradójico si se observa que la obesidad está siendo vista como una enfermedad resultante del desarrollo global. Es así como los indicadores mundiales muestran el vertiginoso avance de la obesidad desde la segunda guerra mundial. Su aceleración ha coincidido con la globalización, lo que orienta la necesidad de observar cuáles son sus implicaciones en términos de salud pública y el impacto de dicha problemática en el desarrollo de las naciones.

Por lo anterior, se puede decir que la obesidad es un problema común a los países del mundo, y aunque se conciba que la malnutrición por exceso tiene relación con los indicadores de opulencia o estratificación social alta, se ha logrado establecer que la obesidad y la desnutrición coexisten en las mismas zonas poblacionales e incluso en los mismos estratos socioeconómicos y al interior de una misma familia, por lo cual se hace necesario ahondar en la comprensión de este fenómeno desde una mirada más holística y en el marco de la salud internacional.

Otro asunto importante dentro de la obesidad infantil son las consecuencias psicosociales de la distorsión de la imagen física para los niños y las niñas que padecen sobrepeso y obesidad, puesto que afectan altamente su autoestima, favorecen el aislamiento social, e incluso son factores que les predisponen a la

discriminación, al acoso escolar, al intento de suicidio y al estrés, entre otras condiciones que atentan contra la salud mental de los niños que la sufren.

La tecnificación de los procesos de la cadena productiva propia de modelos de desarrollo neoliberales, ha permitido que la disposición de alimentos ricos en azúcares, grasas y sal ocupen cada escenario en el cual los niños y niñas se desarrollan, los mercados de cadena, la tienda escolar, las tiendas de barrio y hasta los sitios de recreación y entretenimiento. Esta exposición a los alimentos también se da por la vía publicitaria, donde ha habido desarrollos importantes para abordar la población infantojuvenil y donde pese a los intentos de regulación estatal de los espacios televisivos, dirigidos a este grupo en particular, es claro que esta acción no ha alcanzado el impacto que se le indilga.

La obesidad y el sobrepeso, deben ser estudiados a profundidad, para desarrollar mecanismos que permitan abordarlos eficazmente. Es justamente allí donde el especialista en salud internacional, puede ofrecer una mirada global de la problemática, que permita establecer potentes aportes para situar este tema en la agenda pública internacional, en las relaciones internacionales especialmente las de orden comercial, así como en la agenda de salud de las Américas y de los organismos de cooperación internacional.

## **4. OBJETIVOS.**

### **4.1. Objetivo General.**

Describir la influencia que ejerce el comercio en la prevalencia de obesidad infantil en los niños de 0 a 12 años en Chile, México y Colombia durante la década 2003-2013 a la luz del modelo conceptual de *Salud Internacional*.

### **4.2. Objetivos Específicos.**

- Describir la influencia que ejerce el comercio en la emergencia y mantenimiento del fenómeno de obesidad infantil en México, Chile y Colombia.
- Revisar la prevalencia actual de la obesidad infantil en Chile, México y Colombia.
- Identificar el papel de la Cooperación técnica Internacional en el abordaje e intervención de la obesidad infantil desde el ámbito de la salud internacional.

## 5. MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo, el lector podrá encontrar una breve conceptualización sobre la obesidad infantil, la manera como se inserta el tema en lo que corresponde a la salud internacional, la cooperación y el comercio y finalmente aborda el Modelo Conceptual de Salud Internacional del Programa de Líderes en Salud Internacional de la OPS.

### 5.1. OBESIDAD INFANTIL.

Según la OMS, El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.<sup>2</sup> “La prevalencia de la obesidad se ha ido incrementando en las últimas décadas, considerándose una epidemia global y es la enfermedad no transmisible más prevalente en el mundo”<sup>22</sup>.

Moreno<sup>23</sup> a su vez define la obesidad como “la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa riesgo para la salud. Es el producto de un balance calórico positivo, ya sea por medio de un elevado aporte energético o por una reducción del gasto de energía”. El mismo autor indica que son varias las investigaciones que han descartado a la sobrealimentación como un hecho constante en los obesos, considerando a la obesidad como una entidad heterogénea, compleja y multifactorial. Esta última afirmación es avalada por Kaufer-Horwitz M y Toussaint G<sup>24</sup> quienes indican que se debe desarrollar una capacidad diagnóstica más integral, basada no solo en los indicadores antropométricos sino en la incorporación de indicadores clínicos y bioquímicos, pues los alcances de la antropometría no permiten establecer las causas de la obesidad para establecer un diagnóstico final y definir planes de intervención.

La obesidad afecta a todos los grupos etarios sin diferencias por sexo o raza y cada vez cobra más relevancia en el grupo infantojuvenil.

Los niños con obesidad tienen repercusión en toda la economía que implica alteraciones en diferentes subsistemas, por lo cual muchos especialistas mencionan el Síndrome Metabólico que incluye además de la obesidad, a la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, elevación de las LDL y VLDL, disminución de las HDL, hiperuricemia y aumento de la resistencia a la insulina. No es por tanto un trastorno único, por el contrario se acepta que es un grupo heterogéneo de trastornos asociados que repercuten grandemente en la morbilidad y mortalidad de las poblaciones, a través de altas incidencias de diabetes tipo II, hipertensión arterial, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares (IAM), algunos tipos de cáncer y apnea obstructiva del sueño, entre otras.<sup>25</sup>

Los siguientes son valores de referencia que se utilizan para determinar el sobrepeso o la obesidad en población infantil:

- Peso para la edad
- Peso para la talla
- Talla para la edad e
- Índice de Masa Corporal (IMC)

Clínicamente, un niño se considera obeso cuando su peso supera en más de un 20% el peso medio ideal para su edad, talla y sexo.(...)

El peso para la edad, en forma aislada, no es un buen indicador porque pueden ser catalogados como obesos niños con talla por encima de la media, o niños con mayor desarrollo muscular y cantidad normal de tejido graso, o a la inversa, ser considerados normales niños de baja estatura con escasa masa magra y exceso de grasa corporal.

De acuerdo a los criterios actualmente en uso, para la evaluación del estado nutricional en el lactante y en el niño menor de 6 años, se considera obeso a aquél cuyo peso para la talla se ubica por sobre 2 DE en los gráficos de referencia del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (NCHS) para el sexo correspondiente, y sobrepeso o en riesgo de obesidad cuando este indicador se ubica entre +1 y +2 DE.

Para los niños mayores de 10 años o que han iniciado desarrollo puberal, la OMS recomienda el uso del índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso actual por la talla al cuadrado. Los criterios sugeridos para definir obesidad son: IMC mayor al percentil 95 o bien, IMC mayor al percentil 85, asociado a medición de pliegues tricípital y subescapular superior a percentil 90 de los valores de referencia del NCHS. (...)<sup>26</sup>

Estos parámetros de medición se desarrollaron para niños y adolescentes y corresponden con la clasificación de sobrepeso y obesidad para adultos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde el punto de corte para sobrepeso es de 25 de IMC y el de obesidad es de 30. Con esta premisa un subgrupo de expertos de la OMS (International Obesity Task Force†) desarrolló estándares de IMC para la población pediátrica basados en los mismos puntos de corte. Posteriormente, éstos se trasladaron a su equivalente para cada edad, con el beneficio adicional de ser utilizables internacionalmente<sup>27,28</sup>

Para determinar si un niño o niña presentan sobrepeso u obesidad, se describen múltiples métodos, actualmente los tres países han incorporado en sus estándares las recomendaciones de la OMS para evaluar el crecimiento de los niños y jóvenes desde los 0 a los 19 años de edad.

---

†Internacional Obesity Task Force. Ver glosario de términos.

En cuanto a los niños entre los 0 y los 5 años, el organismo mundial lanzó en el año 2006, los patrones de crecimiento infantil<sup>29</sup>, que es uno de los pocos patrones que incluye mediciones en lactantes, lo que permite una detección muy precoz de este tipo de trastornos alimentarios.

Para los niños y jóvenes de 5 a 19 años, la OMS ha elaborado datos de referencia sobre el crecimiento entre los 5 y los 19 años. Esos parámetros son una reconstrucción de la referencia de 1977 del NCHS de la OMS y utiliza los datos originales del NCHS, pero complementados con los datos arrojados de la muestra de menores de 5 años utilizada para elaborar los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

## **5.2. DE LA SALUD INTERNACIONAL.**

Rodríguez<sup>30</sup> retoma a Fee E, historiadora de la salud pública, estableciendo que los inicios de la salud internacional se remontan a la medicina tropical como parte de las acciones destinadas a mantener saludables a las fuerzas y expediciones exploradoras inglesas y francesas. Igualmente señala que el término de Salud Internacional fue popularizado por la Fundación Rockefeller con la creación de la Comisión de Salud Internacional en 1913 y luego con la creación del Instituto para Investigaciones médicas. Se afianza la responsabilidad de la popularización de la Salud Internacional sobre la Fundación Rockefeller, porque tras la I Guerra Mundial, la fundación despliega toda una serie de ayudas orientadas a la salud pública, genera un sistema de becas para formar recurso humano en salud, así como de preparación de expertos internacionales en política sanitaria.

En sus inicios, la salud internacional se refería sobre todo, al control de epidemias a través de las fronteras entre las naciones. Posteriormente, la Salud Internacional se asoció al desarrollo de programas de salud en países pobres a través de la Cooperación internacional. En las Escuelas, Institutos y Universidades del primer mundo el primer concepto de Salud Internacional que se manejó fue el de salud de los subdesarrollados, instituciones de prestigio llegaron a ampliar su definición a la de la salud de las poblaciones marginadas del propio país.

Durante el siglo XIX se celebraron una cantidad considerable de conferencias internacionales sobre la lucha contra las enfermedades que culminaron con la creación de la OMS en el año 1948.

Franco<sup>31</sup> describe un enfoque clásico de la salud internacional que en su comienzo estuvo altamente determinado por el modelo biomédico donde la atención estaba dirigida al control epidémico y de las enfermedades infecto-contagiosas sobre las zonas fronterizas y más adelante se le abre paso a un nuevo modelo de salud

pública donde la Salud Internacional se aboca a la salud de los países subdesarrollados o con economías en transición a través de la Cooperación internacional. En 1992, Ferreira citado por Franco (2010) estableció que posteriormente, la introducción del neoliberalismo en el campo de la salud internacional, determinó variaciones en el modelo de salud pública; más adelante se introdujo el enfoque global, donde la salud se posiciona como un asunto global introduciendo ese concepto de *la salud global* acercándose a una nueva reflexión de carácter teórico que aún se sigue estructurando.

Como bien se manifiesta en el “libro verde de la salud internacional”<sup>32</sup> comprender qué es la salud internacional es un asunto complejo, puesto que su abordaje varía según los autores y su posición en los medios nacionales o internacionales nace de los paradigmas sobre la naturaleza de la sociedad internacional y en las relaciones que las naciones establecen entre sí. Sin embargo, existe un concepto predominante donde La Salud Internacional se concibe como el conjunto de las interacciones sanitarias que ocurren a escala global, en cuyo quehacer es necesario delimitar las acciones a partir de los espacios que establecen el relacionamiento entre dos o más Estados (asuntos bilaterales, subregionales, regionales o globales).

De acuerdo con el Modelo Conceptual de Salud Internacional (2010)<sup>1</sup> y considerando que de la relación y la negociación entre los Estados se generan los acuerdos y tratados de diverso orden, la salud internacional también estudia sus procesos de formulación y sus implicaciones para los países, reconociendo las tensiones, intereses y posiciones, y el proceso mismo de su vigencia. La salud internacional aborda la cooperación internacional y la diplomacia en salud, ambas alineadas y consideradas dentro de la política exterior.

Propone Muñoz<sup>33</sup> que a la salud internacional le interesa identificar conceptualmente categorías como la cooperación internacional, las relaciones internacionales, **el comercio internacional**<sup>‡</sup>, la política exterior, la gobernanza en salud, los bienes públicos globales y que además se configuran como categorías de análisis para la salud internacional profesional y disciplinariamente. La misma autora afirma que la salud internacional posee “pilares fundamentales como: la diplomacia internacional, la política exterior, la cooperación internacional y las relaciones internacionales (...) que la constituyen y conforman su razón de ser en términos de posibilidades de producción y acción como saber específico sobre la salud, diferenciándola de la salud pública en el ámbito nacional”<sup>33</sup>

De otro lado, el “libro verde” de la salud internacional establece que la salud internacional se sitúa en una dimensión más pragmática cuando se fija espacios geográficos de referencia, lo que equivale entonces a las actividades sanitarias entre dos o más países, pero existe otra división de orden socioeconómico lo que revela que la salud internacional se asocia al tema sanitario de los países

---

<sup>‡</sup> Subrayas propias.

subdesarrollados o con economías en transición, propuesta que se sustenta en los valores de la humanidad hacia el derecho universal a la salud, de donde se coligen prácticas de cooperación internacional en pro de mejorar el estado de salud de los países en vías de desarrollo.

Existe otro concepto menos frecuente de salud internacional que relaciona la salud internacional con las actividades sanitarias que surgen de acuerdos entre dos o más Estados, para la búsqueda de un beneficio mutuo.

### **5.2.1. Salud Internacional y el comercio.**

Tradicionalmente se ha descrito que el comercio internacional ha impactado la salud de los pueblos, tal y como se describe en los antecedentes históricos donde era un asunto de interés para la salud internacional protegerse y controlar las enfermedades infecciosas, las enfermedades tropicales y las epidemias en la dinámica de intercambio de las fronteras donde el intercambio comercial siempre ha estado presente. El comercio internacional “se presenta como un aspecto clave de la globalización que ha establecido un vínculo cada vez más estrecho con la salud, Sin duda, la importación y exportación de alimentos, medicamentos y productos de consumo humano produce grandes desafíos higiénicos sanitarios de orden nacional e internacional.”<sup>34</sup>

Como lo expone Franco citado por Tamayo JH, “la globalización y el comercio internacional son los dos determinantes que mayor pesan para el futuro desarrollo de la sociedad y de la salud mundial”<sup>35</sup>

Dentro de los grandes desafíos de la salud global, se encuentran las enfermedades emergentes y reemergentes dentro de las cuales está la obesidad cuyo abordaje ha sido parco, y hoy día requiere dimensionarse más ampliamente.

Respecto al comercio internacional no se puede dejar de mencionar el Reglamento Sanitario Internacional cuyo propósito es “proteger contra la diseminación de los riesgos de la salud pública y contra la propagación de enfermedades”<sup>35</sup> evitando brotes epidemiológicos que afecten el comercio y los negocios internacionales.

En ese mismo sentido, el complejo médico industrial es de suma importancia al analizar el comercio desde la perspectiva de la salud internacional, ya que es un generador de inequidades de acceso y va en contravía de los derechos humanos y la justicia social pues su prioridad no es más que la rentabilidad y la mercantilización de la salud.

**5.2.2. Salud internacional y Cooperación.** La cooperación internacional es la relación que se establece entre dos o más países, organismos u organizaciones de la sociedad civil, con el objetivo de alcanzar metas comunes, hace parte de la política exterior de los países y su fin último es servir de instrumento para favorecer el desarrollo a través del fortalecimiento de capacidades que le permitan a cada país reconocer sus potencialidades para hacer uso de ellas en favor propio y el de la región. La Cooperación Internacional tiene el reto de apoyar el desarrollo económico y social de los países con economías en transición.

La globalización y la adopción de ciertos modelos de desarrollo económico y comercial, han instaurado una serie de desafíos para la salud internacional, tales como la explotación desmesurada de los recursos naturales, el cambio climático, la ruralidad vs las migraciones, el urbanismo acelerado, la insostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios, el hambre, y las pandemias dentro de las que se destaca la obesidad, cuyo abordaje requiere situar el tema en la agenda internacional porque desafiando las tradicionales formas de cooperación que se ha dado entre las naciones.

Múltiples han sido las estrategias que se han desarrollado para atacar la epidemia de la obesidad alrededor del mundo, sin embargo no han sido efectivas, se observa que muchas carecen de coordinación y de soporte en otros sectores diferentes a salud y a educación. Así mismo, “organizaciones multilaterales como la OMS, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) han tomado las riendas de la salud mundial, en medio de alianzas de poder y transformación del mundo”<sup>36</sup>

En la cooperación internacional para la salud se han producido importantes cambios en los últimos años. Los hechos más importantes han sido el incremento en el número de actores nacionales y transnacionales (estatales y no estatales) y la generación de una compleja interacción entre dichos actores, así como el surgimiento de nuevos mecanismos organizacionales ad hoc que hacen efectiva dicha interacción, en la que se aprecia, cada vez con más claridad, una tendencia hacia la participación del sector privado empresarial y corporativo y organizaciones de la sociedad civil.<sup>37</sup>

Son diversas las organizaciones civiles y no gubernamentales y organismos internacionales que intentan contribuir con la solución del creciente problema de obesidad en la región. Ellas han construido alianzas importantes para levantar la voz de protesta frente a las amenazas actuales, la violación de los derechos de los niños y las niñas y las inequidades sanitarias pero además para proponer salidas a la encrucijada actual, a través de evidencia científica, conferencias, recomendaciones y análisis de expertos, entre muchas otras acciones.

A continuación se presentan algunas experiencias de Cooperación Internacional para el abordaje de la epidemia de Obesidad que ataca gravemente la vida de los niños y niñas alrededor del mundo entero, no todas las que aquí se describen se enmarcan en las definiciones de la cooperación internacional propiamente dicha

pero se ajustan en el interés de detener o disminuir la prevalencia de la obesidad desde diferentes ámbitos como lo son el desarrollo, la academia y el desarrollo investigativo y la educación a los consumidores.

**5.2.2.1. Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo APNUDE.** Es una iniciativa regional que promueve la articulación entre los países y la coordinación intersectorial. Fue integrada en julio de 2008 por quince organismos de las Naciones Unidas con el compromiso de erradicar el hambre y la malnutrición, y mejorar la salud. La Alianza considera que existen determinantes sociales, como el analfabetismo, la discriminación, la falta de acceso a servicios de salud de calidad, la debilidad del componente laboral, la carencia de servicios de salud de calidad de amplia cobertura y la inseguridad alimentaria que son tanto o más decisivos que los factores alimentarios o nutricionales que afectan a cada individuo.

Su enfoque refleja el peso que tienen los llamados determinantes sociales sobre las condiciones de vida de la población. Por tanto, la misión de la Alianza es posicionar este nuevo enfoque de desarrollo en los decisores políticos, operadores de intervenciones y academia que buscan reducir y controlar los problemas de malnutrición, hambre y salud.<sup>38</sup>

**5.2.2.2. El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU)** es un órgano intergubernamental creado hace 40 años por los ministros de Salud de la Región Andina con el propósito de hacer de la salud un espacio para la integración, desarrollar acciones coordinadas para enfrentar problemas comunes y contribuir a garantizar el derecho a la salud. El ORAS CONHU está dirigido por la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) y cuenta con una Secretaría Ejecutiva permanente con sede en la ciudad de Lima. Sus principales aliados estratégicos son las Agencias del sistema de Naciones Unidas.

Lidera el Plan Andino para la erradicación de la Malnutrición Infantil, que cuenta con un Comité Subregional Andino para la Erradicación de la Malnutrición Infantil en julio del 2007, con apoyo de UNICEF cuyo principal centro de interés ha sido establecer un Diagnóstico de la Situación de la Desnutrición y un Análisis de la Capacidad de Producción de Micronutrientes en laboratorios públicos y privados de los países miembros del organismo (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela). A partir de 2012 impulsa el Plan Andino para la prevención de la Obesidad y el Plan Estratégico de la Subregión Andina para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas no transmisibles 2012-2016. Un aspecto clave de estos dos últimos planes es que la Comisión Técnica de ENT trabaja en el desarrollo e implementación de un sistema de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles y sus determinantes, en el marco de la “Estrategia Regional y Plan de Acción con Enfoque Integrado sobre la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas de OPS/OMS” y en concordancia con el “Plan Quinquenal 2011-2015 de UNASUR Salud”.

Son metas del Plan de Acción con Enfoque Integrado sobre la Prevención y control de las ECNT las siguientes:

En 2015 se habrán incorporado en el **plan andino de seguridad y soberanía alimentaria y nutricional regulaciones para el comercio de alimentos** que sigan las recomendaciones de la OMS en cuanto a contenidos de: **sal, grasas trans, azucares libres, grasas saturadas y persevantes**

En 2015 se habrán incorporado en el **plan andino de seguridad y soberanía alimentaria y nutricional regulaciones para el etiquetado de alimentos** que sigan las recomendaciones de la OMS en cuanto a contenidos de: **sal, grasas trans, azucares libres, grasas saturadas y persevantes, entre otras.**

En 2015 se habrá incorporado en el **plan andino de seguridad y soberanía alimentaria y nutricional regulaciones para la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños y niñas**, que sigan las recomendaciones de la OMS teniendo en cuenta las normas de protección al consumidor de cada país.

Para el 2015 los países andinos dispondrán de un **mecanismo que les permita consensuar su participación como bloque en el Codex Alimentarius.**

En 2015 se habrá incorporado en el **plan andino de seguridad y soberanía alimentaria y nutricional regulaciones para los alimentos industrializados**, con restricciones para aquellos con nivel igual o superior a 0,6g por 100g o ml de Grasas trans, nivel igual o superior a 400mg de sodio por 100g o ml , más de 15g de azúcar por 100g o 7,5g por 100ml., nivel igual o superior a 5g de grasas saturadas por 100g o 2,5g por 100ml, en la forma comercial del producto a la venta.

Establecer mecanismos armonizados de **monitoreo subregional del cumplimiento del código de comercialización de los sucedáneos de la leche materna** como un aspecto prioritario en el plan de seguridad y soberanía alimentaria

En 2015 los países andinos disponen de un marco armonizado subregional que **considere a los sucedáneos de la leche materna como medicamentos**, en el marco del cumplimiento de esta normativa.<sup>39</sup>

**5.2.2.3. La Estrategia Global sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS.** La estrategia aborda dos de los principales factores de riesgo de las *enfermedades no transmisibles, a saber, el régimen alimentario y las actividades físicas, además de complementar la labor* que la OMS y los países han emprendido o realizan desde hace largo tiempo en esferas relacionadas con la nutrición, como la desnutrición, las carencias de micronutrientes y la alimentación del lactante y del niño pequeño. La Estrategia Mundial tiene los siguientes objetivos principales:

- Reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles asociados a un régimen alimentario poco sano y a la falta de actividad física mediante una acción

de salud pública esencial y medidas de promoción de la salud y prevención de la morbilidad.

- Promover la conciencia y el conocimiento generales acerca de la influencia del régimen alimentario y de la actividad física en la salud, así como del potencial positivo de las intervenciones de prevención.
- Fomentar el establecimiento, el fortalecimiento y la aplicación de políticas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física, que sean sostenibles, integrales y hagan participar activamente a todos los sectores, con inclusión de la sociedad civil, el sector privado y los medios de difusión.
- Seguir de cerca los datos científicos y los principales efectos sobre el régimen alimentario y la actividad física; respaldar las investigaciones sobre una amplia variedad de esferas pertinentes, incluida la evaluación de las intervenciones; y
- Fortalecer los recursos humanos que se necesiten en este terreno para mejorar y mantener la salud<sup>40</sup>.

**5.2.2.4. Federación Mundial de Obesidad: World Obesity Federation.** La Federación Mundial de Obesidad, se conocía anteriormente como la *Internacional Obesity Task Force (IOTF)*. Esta organización representa a los miembros profesionales de las comunidades científicas, médicas y de investigación de más de 50 asociaciones de obesidad regionales y nacionales. Su misión es “liderar y conducir los esfuerzos globales para reducir, prevenir y tratar la obesidad”<sup>41</sup>. Colabora ampliamente con la OMS y participa con otras organizaciones internacionales de salud y los gobiernos nacionales para crear conciencia y ayudar a desarrollar soluciones a la epidemia mundial de la obesidad.

Entre muchos otros aspectos la Federación ofrece becas para cursos intensivos que cubren aspectos relacionados con el manejo de la obesidad y el sobrepeso dirigido a los profesionales que atienden esta población. Estos profesionales son entrenados y certificados como expertos en el tema de la obesidad. Dicho entrenamiento se denomina Escuela “SCOPE” cuya sigla en inglés es (Specialist Certification for Obesity Professional Education).

**5.2.2.5. La Conferencia Panamericana de Obesidad (PACO)**<sup>42</sup>. Han sido tres consecutivas, celebradas en Aruba en 2010, 2011 y 2012, dedicadas especialmente a el análisis y desarrollo investigativo a beneficio de la población infantil. Su objetivo principal es Identificar medidas efectivas para promover la actividad física y la alimentación saludable en Las Américas.

Determinar las mejores vías para el trabajo en proyectos regionales en la prevención de la obesidad infantil, incluyendo la sostenibilidad de la serie de Conferencias Panamericanas sobre Obesidad con especial atención la Obesidad Infantil.

Los participantes de la Conferencia han sido de los países Anguilla, Argentina, Aruba, Barbados, Belice, Chile, Costa Rica, Colombia, Cuba, Curazao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, México, Montserrat, Nicaragua, Surinam, St. Kitts y Nevis, Estados Unidos de América y Uruguay.

- 5.2.2.6. Weight-control Information Network (WIN)<sup>43</sup>.** La red de información de control de peso proporciona información actualizada con base científica sobre control de peso, obesidad, actividad física y nutricional relacionado con el público en general, profesionales de la salud, los medios de comunicación. Hace parte del Instituto de Diabetes, enfermedades digestivas y del riñón en Bethesda, Maryland.
- 5.2.2.7. La Alianza por la Salud Alimentaria<sup>44</sup>.** Agrupa un conjunto de asociaciones civiles, organizaciones sociales y profesionales preocupados por la epidemia de sobrepeso y obesidad en México, que afecta a la mayor parte de la población, y la desnutrición, que impacta a un alto porcentaje de las familias más pobres, así como los riesgos que presentan estas realidades para la población y la viabilidad sanitaria y financiera de ese país. Su compromiso está en demandar al Poder Ejecutivo y Legislativo el reconocimiento efectivo de los derechos de la infancia y a la alimentación, el agua y la salud, mediante el desarrollo e implementación urgente de una política integral de combate a la epidemia de obesidad y a la desnutrición.
- 5.2.2.8. El Poder del Consumidor<sup>45</sup>.** Esta asociación trabaja en la defensa de los derechos de las y los consumidores en México, mediante el estudio de productos, servicios y políticas públicas, la vigilancia del desempeño de las empresas, campañas públicas, la identificación de opciones favorables para los consumidores y la denuncia de las prácticas que afectan sus derechos. Su principal labor es educativa y promotora de hábitos sanos en la comunidad. Sin embargo son múltiples los estudios ejecutados por esta organización que hacen aportes importantes a la academia y el manejo de la crisis actual de obesidad.
- 5.2.2.9. La Plataforma Estratégica contra el Sobrepeso y la Obesidad (ContraPESO).**<sup>46</sup> Es una alianza de más de 40 Organizaciones de la Sociedad Civil que busca unir esfuerzos para incidir en políticas públicas que den solución a los altos índices de sobrepeso y obesidad registrados en México. Está integrada por más de diez áreas preocupadas por esta problemática, convencidas de que el sobrepeso y la obesidad pueden reducirse con políticas públicas que fomenten un ambiente propicio para la toma de decisiones saludables.
- 5.2.2.10. Empresas por la Infancia<sup>47</sup>.** Empresas por la Infancia (ExI) es una iniciativa generada por Fundación Arcor, Save the Children y UNICEF, que desde el año 2006 desarrolla acciones con el objetivo de movilizar en el sector privado prácticas de Responsabilidad Social Empresaria (RSE) desde la perspectiva de los derechos de la Infancia (RSE-I). Desde el 2006 trabajan en la sensibilización, investigación y construcción de conocimiento en temas de RSE y derechos del niño. Su objetivo principal es promover en las empresas el trabajo desde la Perspectiva de los Derechos del Niño, la cual consiste en trabajar en el Principio Número 1: “Todas las empresas deben respetar y promover los derechos del niño”. Su trabajo se hace en tres líneas de acción: -La Investigación y producción de conocimientos vinculados a la RSE. -La

### **5.2.3. El Comercio como Determinante Internacional de la Salud.**

Según la OMS, “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”<sup>48</sup>.

Así es como los problemas sanitarios son atribuibles a condiciones que no solo son de naturaleza biológica, sino que ahondan en circunstancias de orden socioeconómico y cultural de las poblaciones. Reconocerlo es un paso importantísimo para resolver las agudas brechas sociales e inequidades en salud de las personas, porque su intervención puede arrojar resultados favorables como lo demuestra la experiencia de países desarrollados, esto valida el hecho de que la salud debe ser considerada en todas las políticas públicas, porque es parte fundamental del desarrollo humano. Sin embargo, desentrañar los elementos de la estructura social que condicionan la presencia de un fenómeno, no es tarea sencilla porque los métodos no son claros y fácilmente comprensibles, se enfrentan a las concepciones que se tienen del desarrollo y de los mecanismos que se requieren poner en marcha para alcanzarlo.

Muchos son los postulados que defienden la necesidad de trabajar alrededor del tema de los determinantes sociales de la salud, uno de ellos es La Carta de Ottawa<sup>49</sup> que permitió entender que la salud es un problema integral determinado por un conjunto de factores sociales y ambientales, reconociendo como factores determinantes de la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, un ecosistema estable, los ingresos, la justicia social, la equidad y los recursos sostenibles que pueden generar inequidades y brechas sociales que por definición son injustas y evitables. La carta a su vez propone seis acciones estratégicas que soportan la planeación de la intervención en salud y son: el establecimiento de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables a la salud, reforzamiento de la acción comunitaria y la participación de la población, desarrollo de aptitudes y habilidades personales, la reorientación de los servicios de salud e irrumpir en el futuro.

La conferencia de Ottawa insta a la OMS y los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los escenarios apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

La carta de Ottawa posiciona junto a la Comisión de los DSS el tema de la promoción de la salud, y a ella se suman otros postulados sociales importantes como la Carta de Bangkok<sup>50</sup> donde se establecen las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado, precisamente mediante la promoción de la salud.

En ese mismo sentido, han sido definidos en los últimos 10 años por diferentes grupos de trabajo como determinantes internacionales de la salud, el financiamiento externo, el terrorismo, el papel de los organismos internacionales, las fronteras, las enfermedades emergentes, los cambios climáticos y/o globales, las leyes extraterritoriales, la globalización del comercio, la comunicación, el papel de los bancos, la globalización neoliberal, los acuerdos supranacionales, la legislación internacional, el comercio internacional, el manejo de la información, las decisiones de gobierno, el rol de los productores de medicamentos y el control sanitario internacional.<sup>51</sup>

Muchos son los determinantes directos o indirectos de la obesidad infantil. En el apartado de resultados se observan en relación con la fuerza determinante del comercio, sin embargo aquí se relacionan algunos de relevancia para explicar la influencia de los modelos de desarrollo neoliberales y su principal subcategoría de análisis: *el comercio*, en función del fenómeno de la obesidad infantil.

El primero de ellos es *la pobreza*, que se comporta como una determinante del acceso a los alimentos y expresa ampliamente la relación existente entre inseguridad alimentaria y obesidad, debido a que en los hogares pobres se destina mayor gasto en alimentos de alta densidad energética, de menor precio porque tienen una mayor capacidad para generar saciedad.

Liberona Y Et al.<sup>52</sup> encontraron una asociación de la obesidad con la inseguridad alimentaria, afirmando que los niños de nivel socioeconómico alto ostentan un mejor patrón alimenticio que los niños de estrato bajo. Así mismo, Ortiz L y colaboradores<sup>24</sup> informan que la inseguridad alimentaria se relaciona con mayor riesgo de sobrepeso en escolares, lo cual se puede deber a que en los hogares en los que se experimenta se adquieren más alimentos de bajo costo y alta densidad energética.

*La tasación y regularización de los precios de los alimentos*, hace cada vez más asequibles, productos no sanos (ultraprocesados, grasas trans, gaseosas y otras bebidas azucaradas, frituras empaquetadas y toda clase de comida “chatarra”) que además de ser disponibles, fáciles de encontrar, son más baratos y agudizan la determinación que ejercen para sufrir de sobrepeso y obesidad.

Ambos trastornos alimentarios no aparecen solos, en ninguno de los casos, siempre se acompañan de otros trastornos referidos a la imagen corporal, la autoestima, el auto-reconocimiento, la vulnerabilidad a sufrir de acoso escolar y toda una gama de

afectaciones para la salud mental de los niños y las niñas, lo cual agrava la situación por la cual cursa un niño con este padecimiento.

*La urbanización y el adentramiento a una nueva ruralidad*, hacen referencia a cambios que la globalización ha permitido instaurar, aportando nuevas formas de concebir el espacio, el orden de las ciudades, el territorio. Además se conectan con fenómenos sociales de difícil comprensión y abordaje como las migraciones y el desplazamiento forzado que se instalan indefectiblemente en la dinámica social de las naciones, y promueven otras formas de relación entre los individuos, los sectores, el campo y la ciudad.

El *sedentarismo* que no solo depende de la decisión individual sino de la adecuación de los espacios y los modos de vida de las personas, tiene que ver con el incremento de uso de los transportes de motor que no requieren de actividad física sostenida, como las motocicletas y los automóviles y de igual modo con la apropiación de nuevas tecnologías, entre esas, la educación virtual que aparece como una opción en un momento en el que la humanidad dedica muchas más horas a trabajar y los encuentros de aprendizaje asincrónico cobran relevancia, ganan adeptos. Así mismo “la inseguridad en las calles junto con la ausencia de lugares públicos recreativos y de escenarios deportivos, han ido creando ambientes físicos y sociales no aptos para incentivar el desarrollo de la actividad física”<sup>53</sup>

*La inseguridad y las alteraciones del orden público* impiden que los niños y las niñas hagan uso de parques y sitios de encuentro al aire libre, favoreciendo el sedentarismo y la transformación y adopción de hábitos que, poco a poco, eliminan de su repertorio de recursos, el juego tradicional y los deportes practicados en el contexto de barrio que incluyen actividades como caminar, saltar y correr.

*El maltrato infantil y la violencia intrafamiliar*, también se describen como determinantes relacionadas con la obesidad. Ante estas condiciones o contextos de vulneración de los derechos, los niños y las niñas son susceptibles de desarrollar trastornos de ansiedad y trastornos alimentarios entre los que se destaca la acción de “comer en exceso”, incrementando el riesgo de sufrir de sobrepeso y obesidad. Braham, E<sup>54</sup> apoya esta afirmación indicando que la violencia física o psicológica es un condicionante para padecer depresión y ansiedad en la infancia, y que uno de los síntomas descritos de ambas patologías es comer excesivamente, apareciendo en escena la temida obesidad.

*Los cambios tecnológicos*, además de ser un factor que permite vehiculizar los mecanismos publicitarios más sofisticados, también han introducido nuevas formas de intervención para obesidad y sobrepeso. Gracias a ellos se han desarrollado métodos radicales que se abstraen de la promoción y la prevención en salud y el enfoque de atención primaria. En la onda mercantilista y de tecnificación de los servicios incorporan otras estrategias que incrementan los costos de la atención:

cirugías estéticas, medicamentos de difícil financiamiento, o de comercialización ilegal, así como otras que ofrecen fórmulas mágicas que suprimen *el estrés, los kilos de más, la falta de belleza* y perpetúan las inequidades porque aunque no se circunscriben a una élite o clase, la población pobre también los demanda.

La *inserción de la mujer en el mercado laboral*, aparece como otro resultado de los modelos de desarrollo neoliberales. La mano de obra femenina es mal paga o se remunera inequitativamente en relación a la masculina, por esta razón las mujeres trabajan muchas más horas sin abandonar las labores del hogar por la que no obtienen remuneración alguna. Esta situación precisa discusiones muy profundas en términos de la división de las tareas y responsabilidades del hogar, puesto que a las mujeres se les responsabiliza de las pautas de crianza, el cuidado y la salud de los niños, por ende, de su alimentación y crecimiento favorables y en ese sentido, hacen uso de los ofrecimientos del comercio que hábilmente propone alternativas a la falta de tiempo, como lo son los alimentos procesados para calentar en el microondas, las bebidas azucaradas, los embutidos y enlatados, entre otros productos que se relacionan con el hecho de eliminar la actividad física del repertorio de actividades rutinarias, insertando otras como el ver televisión, jugar juegos de video o pasar el tiempo en las redes sociales y la internet en general.

Algunos estudios detallan que la *percepción materna del estado nutricional de sus hijos* se comporta como un factor determinante para la obesidad infantil, los estudios realizados por Bracho F y Ramos E(2007)<sup>55</sup>, así como los de Lara B y colaboradores(2011)<sup>56</sup> concluyen que las creencias y valores, el nivel educativo de la madre, el desconocimiento del tema de sobrepeso y obesidad y la resistencia al hecho de aceptar que su hijo presenta malnutrición promueven una percepción inadecuada del sobrepeso y la obesidad en los hijos, lo que definitivamente se relaciona con la demora en el diagnóstico y las intervenciones inoportunas.

De otro lado y profundizando la movilización que *el comercio* tiene como fuerza determinante del fenómeno de la obesidad, se encuentra el hecho de que los mecanismos de regulación de *la invasión publicitaria y comunicativa* son escasos, pese a que existen algunos esfuerzos en los 3 países en estudio; sin embargo, es una constante que la lucha contra las grandes multinacionales y trasnacionales de la industria alimentaria es desigual, en términos de los recursos financieros que sustentan a la industria y de los que carece el ciudadano común, inscrito en una nación moldeada por el capitalismo desenfrenado, que lo desempodera y mantiene el mito de la democratización del poder, con falsas ideas de progreso y redistribución de la riqueza.

### **5.3. MODELO CONCEPTUAL DE LA SALUD INTERNACIONAL.**

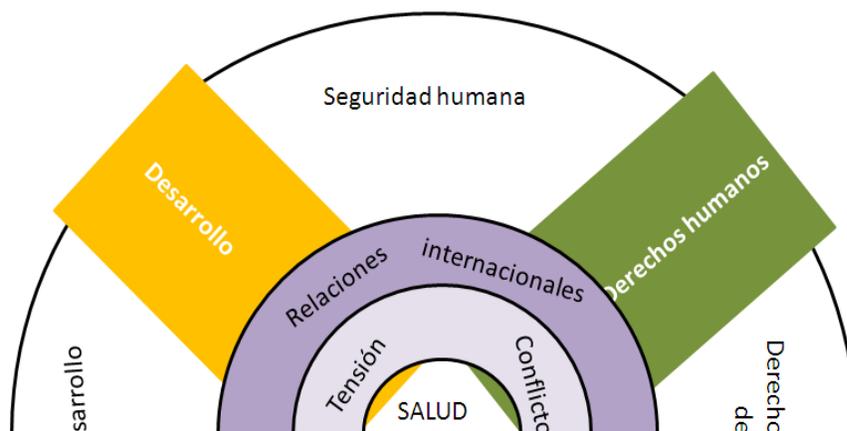
El Modelo Conceptual de Salud Internacional MCSI desarrollado por el Programa de Líderes en Salud Internacional de la Organización Panamericana de La Salud, asume un enfoque modelista, donde los modelos se definen como “objetos abstractos que se encuentran estructurados en un conjunto de elementos que a su vez están interrelacionados”. En detalle el Programa de Líderes en Salud Internacional expresa:

El modelo conceptual de Salud Internacional responde a una corriente de pensamiento que se guía por la búsqueda de la salud como un derecho y por la reducción de las inequidades sociales, donde las posiciones políticas se integran en una estructura jerárquica que representa las interrelaciones definidas entre un eje central, dos fuerzas transversales y cuatro fuerzas motoras. El eje central es la salud, definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En esta estructura, el modelo implica la garantía del derecho a la salud, cuyo propósito final es la equidad en salud.

La fuerza transversal, entendida también como un condicionante, está constituida por aquellos elementos que están siempre implícitos en el análisis de un tema de salud pública bajo la perspectiva de salud internacional. En este caso, las dos fuerzas transversales corresponden a las tensiones, los conflictos o los acuerdos que se presentan al interior del Estado y entre los Estados (los cuales limitan o favorecen el relacionamiento entre los mismos) y las relaciones internacionales, definidas como el escenario donde los Estados dirimen decisiones y concretan acciones con base en intereses comunes y en el bienestar de las poblaciones.

Las fuerzas motoras están conformadas por aquellos elementos que pueden tener un mayor impacto en la garantía del derecho a la salud y en el logro de la equidad: los modelos de desarrollo, el comercio, la cooperación internacional y la diplomacia en salud”<sup>1</sup>

La siguiente Figura (Figura 1.) muestra la forma del MCSI. En el centro se encuentra la meta: *salud para todos con equidad*. Los rectángulos indican las fuerzas motoras o determinantes. Los círculos representan las fuerzas transversales que por su continuidad están presentes en todas las relaciones de la salud. Entre las fuerzas motoras aparecen cuatro campos de trabajo de sumo interés para la salud internacional: Seguridad Humana, Salud y Desarrollo, Derecho Internacional de la Salud y Seguridad Sanitaria.



**Figura 1. Representación gráfica Modelo Conceptual de Salud Internacional <sup>1</sup>**

En la siguiente tabla se contemplan las definiciones operativas de las fuerzas motoras y las fuerzas transversales propuestas por el MCSI como unidades de análisis para el abordaje de temas de salud, bajo la perspectiva de la salud internacional.

**Tabla 1. Definición de las fuerzas motoras y transversales del MCSI. <sup>1</sup>**

FUERZAS		DEFINICIÓN OPERATIVA
TRANSVERSAL	Conflictos	En el ámbito de la salud internacional son entendidos como las situaciones que generan tensiones y distensiones, que afectan o potencian según su forma de resolución de forma positiva o negativa la salud y la calidad de vida de grupos poblacionales.
	Relaciones Internacionales	Es una disciplina académica de la ciencia política que se orienta al estudio de las relaciones de Estados entre sí mismos y con otras unidades que componen el sistema internacional, incluyendo los organismos internacionales, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y las multinacionales.
MOTORAS	Comercio	Es una práctica para propiciar el crecimiento económico, el trabajo y satisfacer las necesidades de los grupos humanos. Se entiende por comercio a la actividad socioeconómica consistente en la compra y venta de bienes y servicios, sea para su uso, para su venta o para su transformación.
	Modelos de Desarrollo	Los modelos de desarrollo corresponden a las concepciones políticas sobre la pertenencia de los medios de producción y las formas de redistribución de los ingresos, lo cual diferencia a los países. Por tanto dependen de la legislación adoptada, el sistema de atención a la salud que se aplique, el orden de la agricultura para la provisión de alimentos en función de la nutrición, la vivienda, el acceso al agua potable, la política de migraciones, el adecuado saneamiento, las condiciones de trabajo saludables y seguras, la salud ambiental y las políticas para la utilización del medio ambiente y los recursos naturales.
	Derechos Humanos	Son de acuerdo con diversas filosofías jurídicas, aquellas libertades, facultades, instituciones o requerimientos relativos a bienes primarios o básicos, que incluyen a toda persona por el simple hecho de su condición humana para la garantía de una vida digna. Los derechos humanos son inherentes a la persona, irrevocables, inalienables, intransmisibles e irrenunciables. Por definición, son universales e igualitarios, así como incompatibles con los sistemas basados en la superioridad de una casta, raza, pueblo, grupo o clase social determinados.

## 6. METODOLOGÍA.

Se realizó una revisión documental intencionada, integrativa, no sistemática. En esta revisión se consideró la fuerza motora del modelo conceptual de salud internacional denominada “comercio” como categoría central.

Dada la complejidad del abordaje del comercio, se definieron unas subcategorías que permitieran presentar el análisis y resultados de forma ordenada, así:

- *Subcategoría 1. Acuerdos comerciales*
- *Subcategoría 2. Consumo*
- *Subcategoría 3. Multinacionales*
- *Subcategoría 4. Comunicaciones, Marketing y Publicidad.*

Para la búsqueda de la información se tuvieron en cuenta textos completos de acceso libre, escritos en inglés o español, publicados entre 01 de enero de 2003 a 31 de diciembre de 2013.

Las búsquedas fueron realizadas en libros de texto de referencia en salud internacional, en las bases de datos Google y Google Académico, LILACS MEDLINE y SciELO, así como en las páginas oficiales de las encuestas de salud y nutrición de México, Chile y Colombia.

Los descriptores primarios usados para la búsqueda de la información están asociados a 3 grupos temáticos definidos previamente y se combinaron entre sí con una o más palabras claves de la tercera columna de la tabla que sigue a continuación:

**Tabla 2. Grupos temáticos y descriptores utilizados en las búsquedas.**

Grupo temático	Descriptor primario	Descriptor secundario: palabra clave	
Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil	“Obesidad Infantil”  y  ”Sobrepeso infantil”	“Colombia” “Chile” “México” “prevalencia” “tendencia” “Índice de masa corporal”	“Colombia ” “Chile” “Mexico” “Prevalence” “Trend” “BMI” “Health Survey”

		<i>"Encuesta de salud"</i> <i>"Encuesta de nutrición"</i> <i>"niños"</i> <i>"lactante"</i> <i>"lactancia"</i> <i>"infancia"</i> <i>"0-12 años"</i>	<i>"Nutrition Survey"</i> <i>"Children"</i> <i>"Infant"</i> <i>"Breastfeeding"</i> <i>"Childhood"</i> <i>"0-12 years"</i>
Salud internacional y comercio.	"Salud internacional"  y  "Comercio"	<i>"acuerdos comerciales"</i> <i>"libre comercio"</i> <i>"marketing"</i> <i>"hábitos"</i> <i>"relaciones internacionales"</i> <i>"consumo"</i> <i>"comunicaciones"</i> <i>"anuncios"</i> <i>"publicidad"</i> <i>"globalización"</i> <i>"multinacional"</i> <i>"modelo de desarrollo"</i>	<i>"trade agreements"</i> <i>"free trade"</i> <i>"marketing"</i> <i>"habits"</i> <i>"international relations"</i> <i>"Consumption"</i> <i>"communications"</i> <i>"announcement"</i> <i>"Advertising"</i> <i>"globalization"</i> <i>"Multinational"</i> <i>"development model"</i>
Cooperación Internacional	"Cooperación Internacional"	<i>"Cooperación Internacional"</i> <i>"prevención"</i> <i>"políticas públicas"</i> <i>"cooperación en obesidad"</i>	<i>"International Cooperation"</i> <i>"Prevention"</i> <i>"Public policy"</i> <i>"cooperation in obesity"</i>

Posteriormente la información se sometió a un análisis crítico donde se hizo lectura de los textos encontrados y se seleccionaron los documentos de pertinencia para los propósitos de la monografía. Los elementos de análisis fueron consignados en tablas para cada país que fueron comparadas para establecer afinidades, relaciones, o contradicciones.

Los resultados fueron caracterizados con el Modelo Conceptual de la Salud Internacional, para lo cual se ejecutó el primer nivel de análisis de acuerdo con el método establecido por el modelo, examinando la relación de la fuerza motora "Comercio" y sus categorías, con el fenómeno de la *Obesidad Infantil* en Chile, México y Colombia.

Finalmente, se construyeron dos tablas de síntesis de la evidencia encontrada así: **Una tabla con las variables: *tipo de estudio, nombre de la publicación, título, autores, objetivo, métodos, resultados y conclusiones.*(Anexo3)** Y una segunda tabla con los siguientes datos: *autor y año, tipo de estudio, población, variables, resultados, comentarios y calidad* (

Anexo 4).

### **Aspectos Éticos.**

Esta monografía es un estudio sin riesgo por tratarse de “un estudio descriptivo donde se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”<sup>57</sup>.

Sustenta este trabajo un profundo compromiso con la divulgación de la magnitud del problema que afecta considerablemente la vida de niños y niñas de los países en estudio.

## 7. RESULTADOS.

Para efectos aplicativos del MCSI, se partió de la reinterpretación del mismo. La figura 2 muestra cómo el comercio ejerce una influencia que se dirige hacia el eje central donde se encuentra ubicado el fenómeno en estudio: Obesidad infantil. Esto no significa que la salud, la equidad y los derechos se desplacen sino que constituyen los ideales que dan sostenibilidad al Modelo.

Las fuerzas transversales **Tensiones y Conflictos o Acuerdos** se ubican en las esferas alrededor del centro en dos escalas, una primera escala que refiere la influencia de esas fuerzas transversales al interior del país y otra escala mayor, a la determinación de las mismas entre Estados, de donde se infiere la necesidad de observar las **Relaciones Internacionales** pues son el escenario donde se establecen los acuerdos, se dirimen los conflictos y se proponen acciones concretas en pro del bienestar de la población.

Las flechas amarillas vinculan ambas flechas de color café expresando la determinación que el comercio ejerce en los procesos de salud-enfermedad, en este caso en la obesidad infantil.

En este orden de ideas, el MCSI describe unos campos de acción frente a los cuales la salud internacional puede hacer aportes sustanciales desde su comprensión frente al desarrollo de la salud internacional como disciplina y desde la praxis, son ellos: la seguridad humana, salud y desarrollo, derecho internacional de la salud y la seguridad sanitaria. Haciendo una reinterpretación del modelo, todos esos campos se pueden entender como unas unidades propias o categorías de análisis de un proceso aun mayor, denominado **salud – equidad y derechos humanos**.

Si bien el MCSI contempla los derechos humanos como otra fuerza motora o determinante, se considera que estos deben ser apreciados dentro del ideal que se persigue y que consolida las luchas de los pueblos: la salud como bien de valor público y que más que una fuerza motora constituye un desafío de la salud global entendiendo la salud como bien público y que debe considerarse y tenerse en cuenta en todas las políticas públicas.

El modelo conceptual permite dimensionar varios niveles de análisis. En el primer nivel que atiende esta monografía, se encuentra la relación de las fuerzas motoras del modelo con el resultado esperado, que para este caso es la comprensión del fenómeno emergente de obesidad infantil en México, Chile y Colombia, aclarando que este resultado se encuentra mediado por las tensiones y conflictos que suceden

en el escenario internacional, pero también al interior de cada nación, luchas propias, de identidad sociocultural y sellos diferenciadores entre los países.

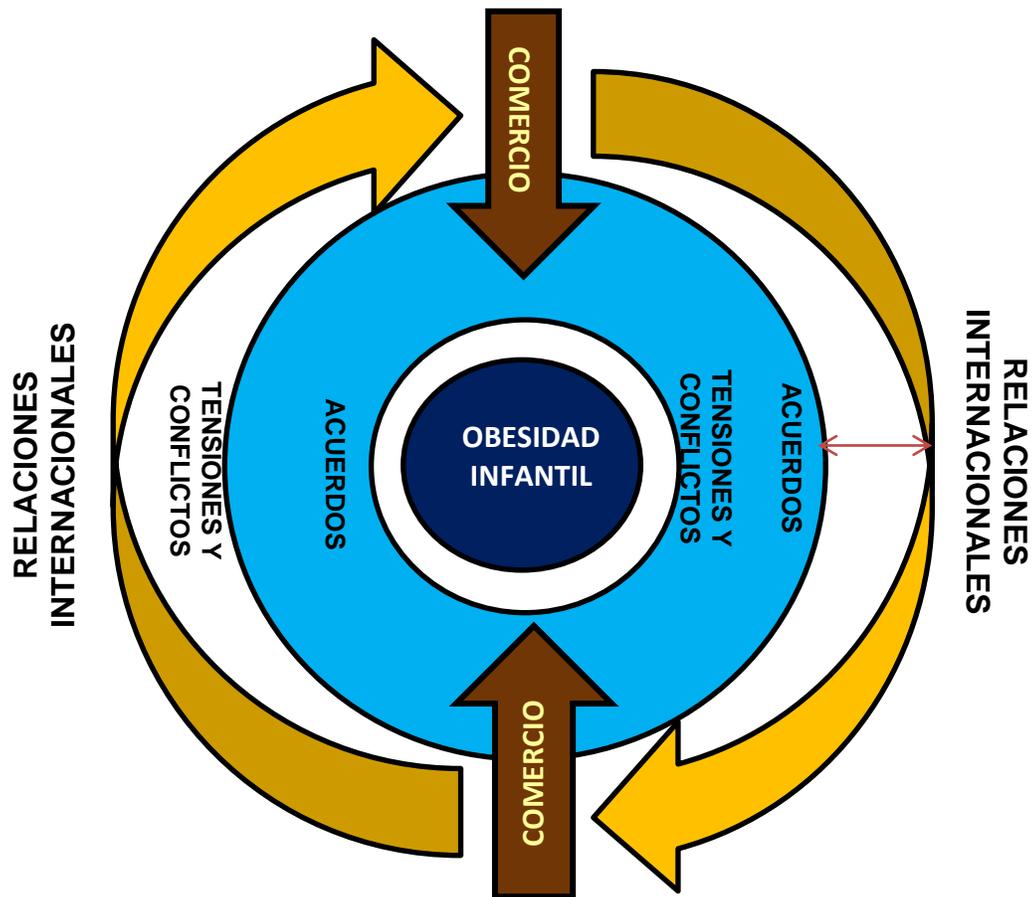


Figura 2. Esquema de Adaptación propia del Modelo Conceptual de Salud Internacional.

## 7.1. PREVALENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL EN MÉXICO, CHILE Y COLOMBIA.

**7.1.1. Obesidad Infantil en México.** Respecto a la situación mexicana, desde la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006, es decir en un lapso de tiempo de 7 años aumentó la prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años en un 77%, y en las niñas en un 47% a nivel nacional. Posteriormente en cuanto al sobrepeso y la obesidad, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 mostró que los niños en edad escolar de ambos sexos, de 5 a 11 años, presentaron una prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012 de 34.4%, es decir 19.8% para sobrepeso y 14.6% para obesidad.

En la siguiente figura, se observa que las cifras combinadas de sobrepeso y obesidad en escolares de ambos sexos, se mantiene en aumento en los últimos años reportados por la ENSANUT 2012.

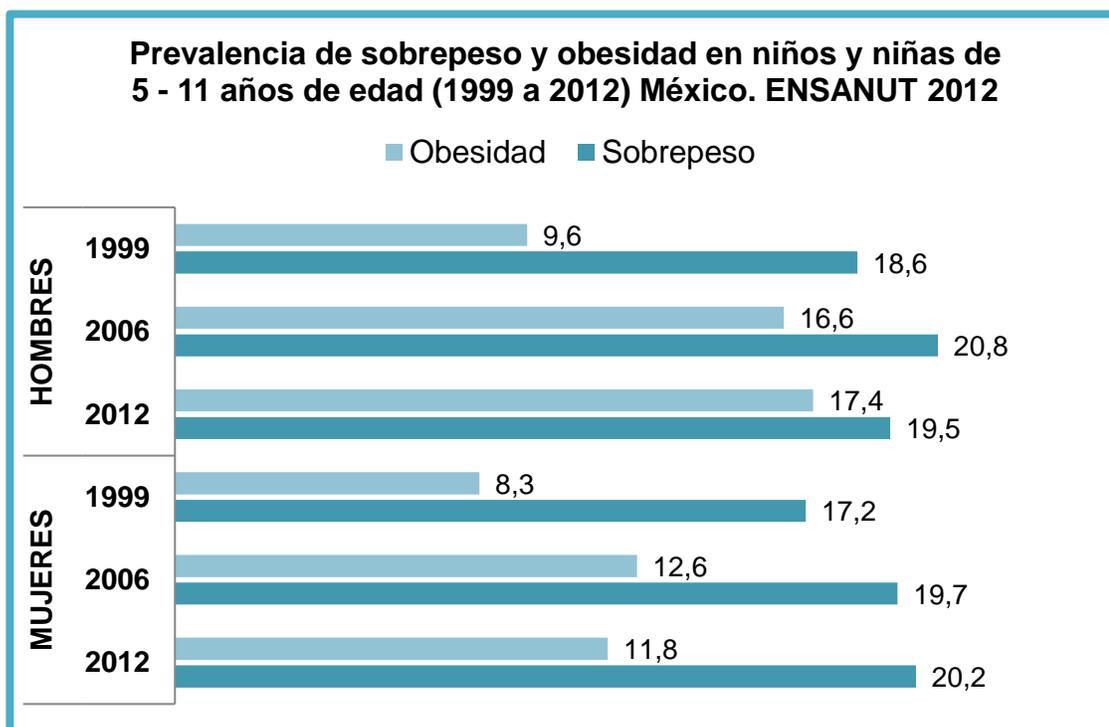
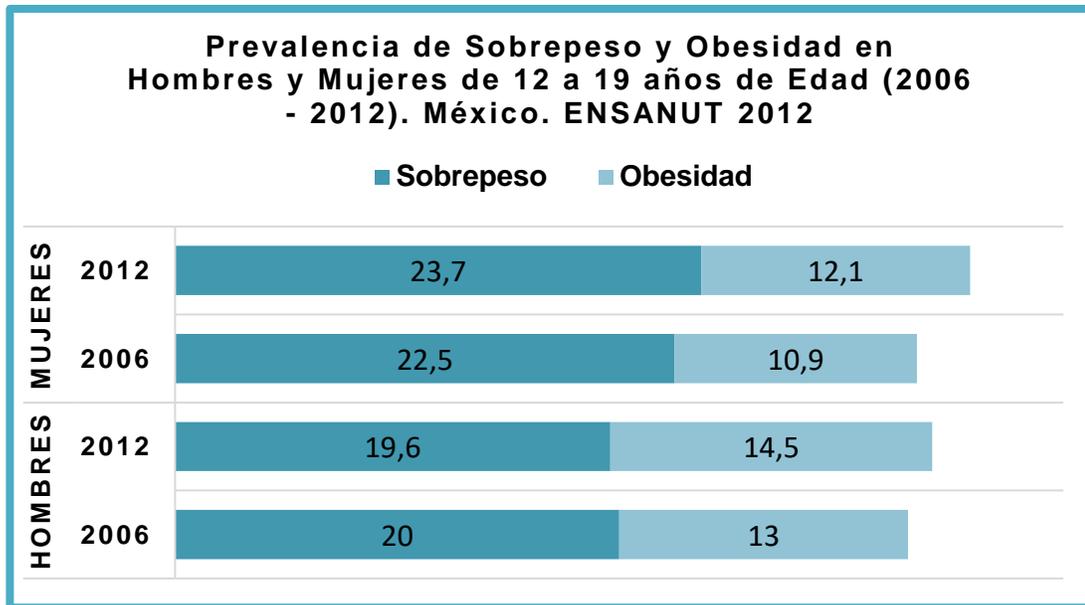


Figura 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 5 - 11 años de edad (1999 a 2012) México. ENSANUT 2012.

De acuerdo a la ENSANUT 2012, 35% de los adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad. Uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad.

Entre 2006 y 2012 el aumento combinado de sobrepeso y obesidad fue de 5% para los sexos combinados, es decir, 7% para el sexo femenino y 3% para el masculino, tal y como se expresa en la siguiente Figura:



**Figura 4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres de 12-19 años de edad (1999 a 2012) México. ENSANUT 2012.**

Las cifras arrojadas por la ENSANUT, indican que el período comprendido entre 1999 y 2006, el sobrepeso y obesidad en el grupo de los 5 a los 11 años de edad, es decir, de los niños en plena etapa escolar, se incrementó de 18.8% a 26%, además la mayor prevalencia se situó en la ciudad de México y los estados del norte del país. Sin embargo hasta el 2008 la obesidad no había sido reconocida como enfermedad.

A propósito del sobrepeso y la obesidad infantil en México, Meléndez G. dice:

Se ha descrito que el sobrepeso y la obesidad infantil se pueden estudiar desde la perspectiva epidemiológica, considerando que los niños y niñas son el huésped, los vectores son: la dieta, la actividad física y el ambiente (...) y ejercen una influencia sobre el individuo. En lo que al huésped respecta se pueden identificar factores genéticos, biológicos y de ajuste fisiológico que van a jugar un papel en la generación de obesidad en la etapa escolar del niño. Los vectores, que como en epidemiología

transmiten la enfermedad son la dieta, el sedentarismo o falta de actividad física. El ambiente juega un papel importante en el desarrollo de la obesidad infantil; hay ambientes que favorecen el desarrollo de obesidad y se conocen como ambientes obesogénicos, puede ser el ambiente del hogar.<sup>58</sup>

**7.1.2. Obesidad Infantil en Chile.** El Ministerio de Salud Chileno, reporta semestralmente información nutricional de niños menores de 6 años, que se controlan en el sistema sanitario público, los que representan al 65% del total de niños de esa edad en el país, la brecha se sitúa en la población afiliada al régimen privado, pues de este grupo no se tiene información que permita comparar con la información pública.

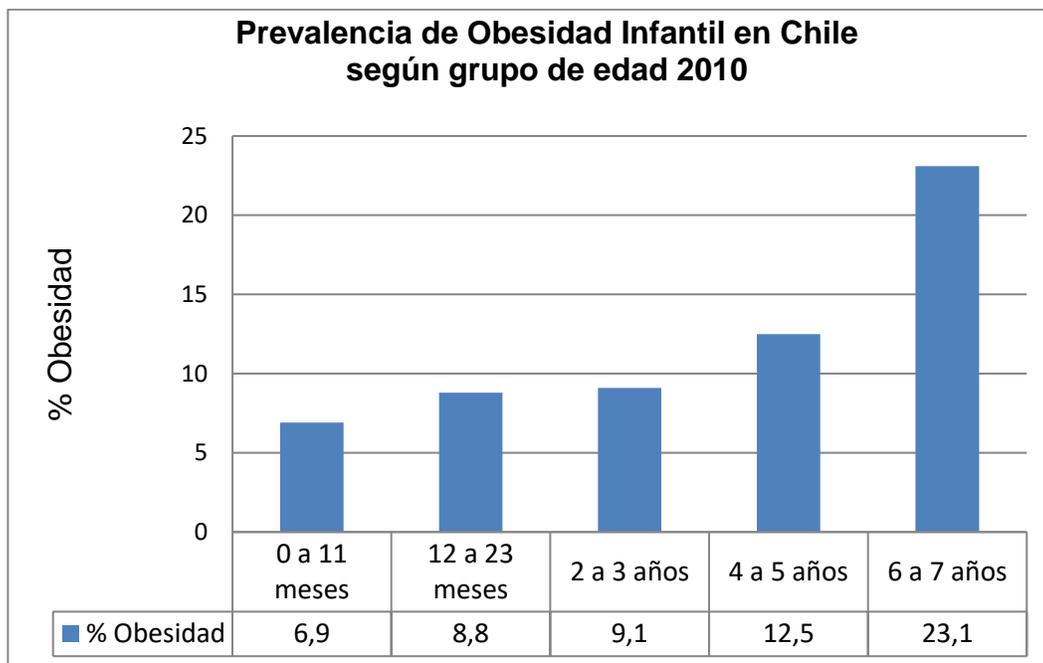
De acuerdo a las cifras nacionales chilenas, de diciembre del 2010 existe un 9,6% de niños con obesidad (relación peso-talla superior a 2 desviaciones estándar (DE) de la referencia OMS, a lo cual se agrega un 22,6% con sobrepeso (relación peso-talla entre 1 y 2 DE), sin embargo la prevalencia de obesidad no está distribuida de manera uniforme a lo largo del país, fluctuando entre 7,5% en Antofagasta y 14,6% en Aysén.

Los datos reflejan que la prevalencia de obesidad en los menores de 6 años ha ido incrementando en la última década, aunque con tendencia a la estabilización en los últimos años. La cifra de los últimos cuatro años se basa en la nueva referencia OMS, lo que determinó un aumento en la prevalencia cercano al 30%, por lo cual no es comparable con años anteriores.

La prevalencia de obesidad se mantiene relativamente constante desde los primeros meses de vida hasta los 3 años, con cifras cercanas al 8%. A partir de esa edad, se produce un aumento importante de la prevalencia, la que casi se triplica en los niños que ingresan a educación básica (Figura 4). Ello refleja que esta etapa es un período crítico, de alta incidencia, donde debieran centrarse los esfuerzos de prevención y control.

La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas de Chile (JUNAEB), realiza anualmente un censo de peso y talla en los niños que ingresan a enseñanza básica en el sector público de educación (alrededor de 200 mil niños). Es en esta población que el sobrepeso y obesidad supera el 40% y muestra una fuerte tendencia creciente en los últimos 10 años. No sólo ha aumentado la frecuencia del problema, sino también su intensidad al incrementarse en más del 60% los casos con obesidad sobre 3 desviaciones estándar.

La prevalencia es relativamente similar por sexo, sin que exista una mayor prevalencia en mujeres como se observa en edades superiores. Al igual que en otros indicadores existe una desigual distribución geográfica, lo que permite identificar regiones de mayor riesgo como por ejemplo la de Aysén y Magallanes<sup>59</sup>.



**Figura 5. Prevalencia de Obesidad Infantil en Chile según grupo de edad 2010.**



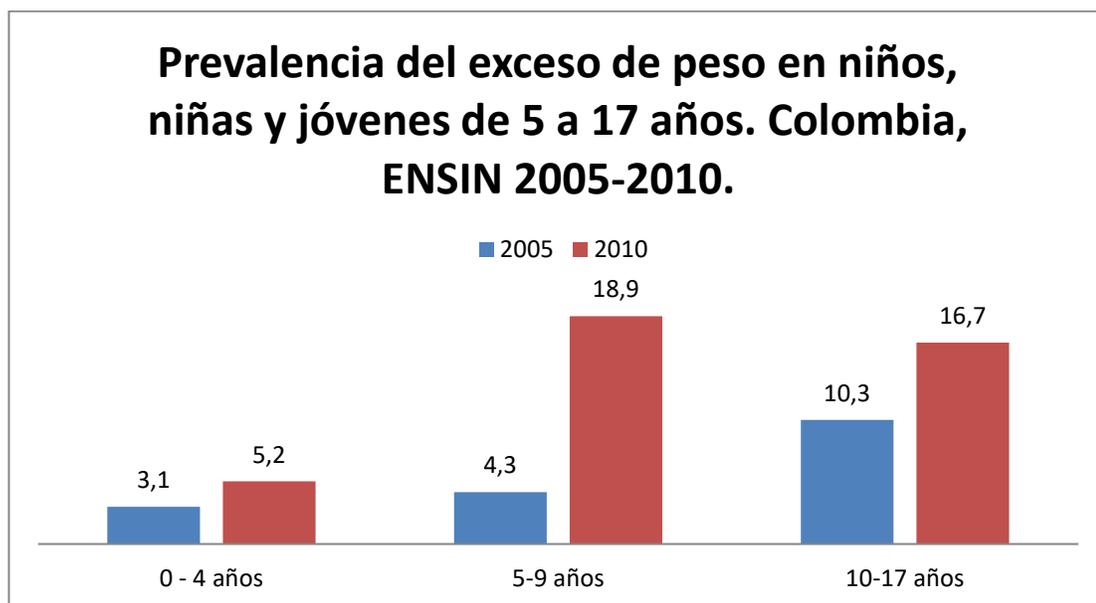
**Figura 6. Prevalencia de Obesidad en Escolares de Primero Básico de Escuela pública chilena 2002-2010.**

**7.1.3. Obesidad Infantil en Colombia.** Respecto a la situación en Colombia, la ENSIN 2010<sup>6</sup> reportó que el 5.2% de los niños y niñas menores de 5 años se encuentra en el rango de +2 DE, el 1,0% en el rango de +3 DE y el 20.2% en el rango de +1 DE y -2 DE. Además de ello no se evidenciaron diferencias considerables por sexo. Para el 2005 la prevalencia de exceso de peso de los niños y niñas entre los 0 y 4 años fue de 3.1%.

El 17.5% de los niños y adolescentes entre los 5 y los 17 años presentan sobrepeso u obesidad, esto corresponde a uno de cada 6 niños y jóvenes colombianos. El exceso de peso es mayor en el área urbana que en el área rural.

En el grupo de niños y niñas de 5 a 9 años de edad la prevalencia de exceso de peso es de 18.9% y en niños y niñas de 10 a 17 años es de 16.7%. Al analizar únicamente la obesidad, se observó que ésta es más frecuente en niños y niñas de 5 a 9 años que en los de 10 a 17 años y que las niñas son más afectadas por el sobrepeso y los niños por la obesidad. En el 2005 la prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 5 a 9 años ascendió a 4.3% y en los niños, niñas y jóvenes de 10 a 17 años fue de 10.3%.

Al comparar el comportamiento del exceso de peso entre el año 2005 y el 2010 con los datos de la ENSIN, se observó un incremento de cerca de 4 puntos porcentuales (3,8) a nivel nacional para los niños, niñas y jóvenes de 5 a 17 años, con un IMC por encima de +1 DE, con cambios más marcados en los niños de 8 y 9 años (6 puntos porcentuales).



**Figura 7. Prevalencia del exceso de peso en niños, niñas y jóvenes de 5 a 17 años. Colombia, ENSIN 2005-2010**

## 7.2. PERIODOS DE RIESGO DURANTE LA ETAPA INFANTIL.

Para efectos de favorecer la comprensión y abordaje del periodo infantil tomado entre los 0 y los 12 años de edad, se realizó una división por periodos o momentos claves durante la infancia, que a su vez ostentan momentos de riesgo para desarrollar obesidad o sobrepeso, y son los siguientes:

-*La primera infancia*, que abarca el período de la lactancia, la ablactación y la adaptación a la alimentación complementaria que se extiende hasta los 2 años de edad aproximadamente.

-*La segunda infancia* tiene dos momentos, uno que inicia a los 2 años y se extiende hasta los 5 años y el que inicia allí hasta los doce años y coincide con el ingreso a la etapa escolar.

**7.2.1. Momento 1. Primera Infancia.** Respecto a la primera infancia ha sido ampliamente documentado y comprobado a nivel mundial, que la leche materna es el alimento ideal para los recién nacidos, gracias a sus potentes aportes para un desarrollo sano. Por lo tanto, garantizar la lactancia materna de los niños que nacen, se constituye en un primer momento para la seguridad alimentaria de los individuos desde todos sus ejes de análisis (Anexo2) más de los beneficios inmediatos para el niño, la lactancia contribuye a mantener una buena salud durante toda la vida.

La OMS informa que a largo plazo, los adultos que de pequeños tuvieron lactancia materna suelen tener una tensión arterial más baja, menos colesterol y menos tasa de sobrepeso, obesidad y diabetes tipo 2<sup>60</sup>.

En concordancia con lo anterior, según Meléndez<sup>61</sup>, La duración de la lactancia materna influye en la aparición de obesidad infantil hasta el punto de que el niño que no es amamantado tiene el doble de riesgo para sufrir sobrepeso. Si la lactancia es superior a los 12 meses, se puede decir que existe un factor protector para los niños. (Anexo3.)

Por ello, La OMS recomienda que todas las mujeres tengan derecho a una licencia de maternidad de 16 semanas como mínimo, para que puedan descansar y lactar a sus hijos sin mayores restricciones.

Es importante entonces dentro del período de *la primera infancia* observar cuál es la situación de la Lactancia Materna en México, Chile y Colombia.

México, Argentina y otros países de Latinoamérica, aún no se ajustan al mandato de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)<sup>62</sup> que plantea como mínimo 14 semanas de licencia de maternidad. Colombia adoptó la recomendación con la promulgación de la Ley 1468 de junio 30 de 2011<sup>63</sup> extendiendo la licencia de

maternidad de 12 a 14 semanas y en Chile, gracias a la Ley 20.545 del 17 de octubre de 2011<sup>64</sup>, la situación es mucho más favorable para las familias y recién nacidos puesto que la licencia para amamantar incorpora un permiso parental que abarca hasta las 24 semanas. Con esta acción, el país chileno propone y logra establecer una política de protección social muy fuerte y de alto valor público frente a la protección de los niños y las niñas garantizando la cercanía de la madre y del padre al período designado y recomendado para la lactancia materna exclusiva, como factor protector para la prevención de la malnutrición. Es un ejercicio prospectivo que interviene el escenario adverso en un escenario de oportunidad para disminuir la doble carga de enfermedad por malnutrición (desnutrición-obesidad).

No obstante, los indicadores reportados por los 3 países alrededor de la lactancia materna (LM), no son favorables y están lejos de la recomendación internacional de la OMS.

En Colombia, los resultados generales de 2010, han mostrado variaciones muy importantes hacia la pérdida de los logros alcanzados en la última década. El indicador de lactancia materna exclusiva se encontró en el promedio general del país en 2.2 meses para el año 2005, sin embargo para el 2010, los logros se perdieron, alcanzando un resultado de 1.8 meses de edad, lejos aún de la recomendación internacional de 6 meses de Lactancia Materna Exclusiva.

En lo que respecta a la duración total de la lactancia materna, los logros se mantuvieron en 14,9 meses, teniendo en cuenta que la recomendación de la OMS es de 24 meses o más. En cuanto al inicio de la lactancia materna según los datos de la ENSIN 2005 el 97.1% de las mujeres colombianas inició el amamantamiento de su hijo al nacer, pero en el 2010, lo hicieron el 96%, así mismo un 4% de las madres no amamantó.

**Tabla 3. Duración de lactancia materna total y lactancia materna exclusiva en meses, en niños menores de tres años de edad, Colombia 1995, 2000, 2005 y 2010.**

Duración lactancia materna total (meses)				Duración lactancia materna exclusiva (meses)			
1995	2000	2005	2010	1995	2000	2005	2010
11.3.	13.1	14.9	14.9	0.5	0.72	2.2	1.8

Fuente: ENDS 2010

En el caso de México, los datos de la ENSANUT 2012, reportan que la duración de la lactancia materna en México, oscila en un promedio de 10 meses. Según las

cifras arrojadas en las tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012 los promedios han sido 9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente.

En lo que respecta a la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses bajó drásticamente entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y en zona rural descendió a la mitad (36.9% a 18.5%), de igual modo disminuyó la continuidad al año y a los dos años. (TABLA 2)

Al 5% más de niños menores de seis meses se les suministra fórmula láctea y aumentó el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua. Esto es negativo porque inhibe la producción láctea e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales.

**Tabla 4. Porcentaje de niños amamantados con Lactancia Materna Exclusiva y Duración de lactancia materna total en meses, México, 1999, 2006, 2012.**

Duración lactancia materna total (meses)			Duración lactancia materna exclusiva (porcentaje)		
1999	2006	2012	1999	2006	2012
9.7	10.4	10.2	Sin dato	22.3	14.5

Fuente: ENSANUT 1999-2006-2012

En el caso de Chile, la lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad cursaba un alza sostenida desde el año 1993 hasta el 2005, según mediciones realizadas por la Comisión de Lactancia Materna del Ministerio de Salud Chileno, sin embargo, en el último año, la prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses, ha observado una tendencia al estancamiento.

Mientras en 1993 el 16% de los niños y niñas recibían lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida, la proporción aumentó a 46% en la última encuesta. En la actualidad un 20% de los niños no está recibiendo lactancia exclusiva, proporción que se ha mantenido durante más de una década.

**Tabla 5. Situación de la Lactancia Materna en Chile, México y Colombia.**

PAÍS	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	DURACIÓN TOTAL	LICENCIA MATERNIDAD	INSTRUMENTO ESPECÍFICO POLÍTICA PÚBLICA A FAVOR DE LA LACTANCIA MATERNA	HORA LACTANCIA
COLOMBIA	1.8 Meses	14.9 meses	14 semanas	El Principal instrumento es el Plan decenal de LM 2010 – 2020. Obligación de inclusión en las IPS <sup>§</sup> públicas de la estrategia IAMI de UNICEF (Instituciones amigas de la mujer y la infancia)	1 hora al día durante los primeros 6 meses
MÉXICO	Es medida en términos porcentuales 14.5%	10.2 meses	6 semanas preparto 6 semanas postparto	Se hizo la adaptación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre (HAMyM) en todos los hospitales públicos.	Dos descansos extras de ½ hora C/U
CHILE	Es medida en términos porcentuales 46%	36% reciben LM con 12 meses de edad	24 Semanas	CONALMA (Comisión Nacional de LM) Programa Nacional de Salud en la Infancia	1 hora al día por los dos primeros años
OMS	El organismo recomienda LME hasta los 6 meses de edad	Recomienda que la duración total de la LM sea de 24 meses	Sugiere un mínimo de 16 semanas para la licencia de maternidad		
OIT			Recomienda un mínimo de 14 semanas de licencia de maternidad		

En este mismo período de la primera infancia, se da la alimentación complementaria que cubre desde los 6 (seis) a los 24 (veinticuatro) meses de edad, al acompañar a la leche materna cuando ésta no cumple por sí sola con los requerimientos nutricionales y finaliza hacia los dos años cuando el niño o niña reciben la misma alimentación que consume el resto de la familia, en este período se incrementa la vulnerabilidad nutricional de niños y niñas hacia ambos extremos, el de la desnutrición y el de la obesidad, en ocasiones esto se debe a que la alimentación complementaria suministrada al infante no es suficiente o adecuada y frente a qué, cómo y cuánto comer ha habido muchos pronunciamientos y poco consenso. La OMS y UNICEF desarrollaron en 2002 la Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y el niño pequeño<sup>65</sup> con el fin de generar un instrumento político de carácter internacional capaz de dar respuesta a la problemática dada por la doble

<sup>§</sup> IPS Institución Prestadora de Servicios de Salud.

carga que genera la malnutrición infantil (desnutrición-obesidad) en el mundo y especialmente en los países más pobres. Ambos organismos recomiendan continuar amamantando los niños después de iniciar una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad, sin embargo, alrededor del inicio de la alimentación complementaria hay diversos mitos que observan un gran asiento cultural y ponen en riesgo la salud de los niños y las niñas; en muchos casos, la ablactación comienza incluso mucho antes de los 6 meses.

En el caso particular de México, por ejemplo, en su norma NOM-008-SSA2-1993, para el Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, se recomienda iniciar otros alimentos diferentes a la leche materna a partir de los 4 meses, afectando potencialmente el logro de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. De otro lado, se encuentra el hecho de que las prácticas adoptadas alrededor de la alimentación complementaria son inapropiadas y esto se da por desconocimiento de padres y cuidadores y por la influencia del comercio en la adopción de hábitos insanos.

**7.2.2. Momento 2. La Segunda Infancia.** Respecto a la segunda infancia, se contemplan dos momentos claves, un primer momento que antecede el ingreso del niño a la etapa escolar y va desde los 2 a los 6 años y un segundo momento que se inicia a partir de las 6 años y se extiende hasta los 12 años, todos a su vez cursan por riesgos propios de cada etapa.

Dos décadas después de la celebración de La Conferencia Internacional sobre Nutrición adelantada por la OMS y la FAO en Roma en el año 1992, la FAO, publicó “El Estado de las Guías Alimentarias basadas en alimentos en América Latina y el Caribe”<sup>66</sup> donde México, Chile y Colombia fueron invitados a participar del estudio junto a otros 29 países, pero de estos tres, solo Chile y Colombia respondieron afirmativamente a la invitación. Los objetivos claves de las guías alimentarias para la población mayor de 2 años, han sido los de promover la adopción de hábitos saludables de alimentación y particularmente se señala en muchos países su valor en la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Pese a la existencia de las guías alimentarias en el mismo documento se señala que “la diseminación de información (en este caso de los mensajes de las guías) por sí misma no logra un gran impacto en la adopción de hábitos alimentarios saludables”<sup>66</sup>

De otro lado, en lo que respecta al ingreso a la escuela, es importante anotar que los registros de prevalencia de obesidad infantil son más comunes en los niños en etapa escolar entre los 5 y los 11 años de edad, lo que es indicativo de la necesidad de instaurar políticas públicas para la atención de este grupo en particular, igualmente es importante observar qué ocurre con los niños entre los 2 y 5 años,

incluso para determinar si existe una brecha en el diagnóstico o en los instrumentos de control del crecimiento del niño y la niña en los países en estudio.

Se ha descrito que la escuela constituye un ambiente obesogénico por ser propagadora de hábitos alimentarios insanos, sobre todo en lo que tiene que ver con la oferta de productos disponibles en la tienda escolar.

### **7.3. CATEGORÍA COMERCIO.**

***"El ejecutivo del Estado moderno no es otra cosa que un  
Comité de administración de los negocios de la burguesía"  
Karl Marx.***

El ideal de esta relación *comercio-salud* es la capacidad que esta fuerza motora tiene para otorgarle un carácter privilegiado a la salud, en términos de mejorar el acceso a los servicios, la tecnología y los medicamentos a la población, tras la reducción y eliminación de brechas e inequidades que permitan alcanzar la justicia social y el goce pleno de los derechos humanos.

Esta relación moviliza a la academia y a la salud internacional a pensarse en los desarrollos conceptuales y discusiones de alto nivel que se deben sostener para garantizar relaciones comerciales justas entre los pueblos, y que no vayan en detrimento de la soberanía de los Estados, de su cultura y subculturas, de sus recursos naturales, de la salud de sus habitantes, de los derechos humanos, ese deberá ser el papel fundamental de la Organización Mundial del Comercio (OMC) sin embargo su historia habla de su interés porque los países reduzcan sus obstáculos al comercio, para permitir que las corrientes comerciales fluyan con mayor libertad.

En el mundo entero, existen vívidos ejemplos de un comercio que ha desconocido los derechos de las personas y le ha entregado el control y regulación de su papel a las potencias económicas a nivel mundial y por ende a las multinacionales.

Junto a la globalización económica se observa también la globalización de las políticas internacionales de salud. En los últimos años, nuevos actores como el Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio, algunas multinacionales (por ejemplo, las de la industria farmacéutica) y nuevos filántropos (como la Fundación Gates) han entrado en el ruedo y han relegado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a un segundo plano. Todo ello ha contribuido a fomentar una mentalidad neoliberal en el campo de la salud, donde muy pocos y poderosos actores se encargan de establecer la agenda. Esto ha originado una manera de formular políticas de salud en línea con una ideología que favorece el crecimiento económico y la ayuda internacional como objetivos en sí mismos, en lugar de fomentar la redistribución de los recursos y el logro de la equidad.

<sup>67, 68</sup>

En ese mismo sentido, los acuerdos comerciales internacionales han permitido la reducción de aranceles, en tránsito hasta la eliminación total de los mismos, donde la tasación de los precios de los alimentos en el marco de dichos acuerdos son de carácter netamente comercial, favorecen el bolsillo de los consumidores y determinan el acceso a alimentos importados, baratos, ricos en azúcares, sal y grasas trans, así como de otros productos poco saludables como el tabaco, el alcohol, los alimentos ultraprocesados con alta palatabilidad\*\* y un marketing capaz de acercar a la ciudadanía a estándares de felicidad fabricados por la maquinaria industrial capitalista.

Así mismo, los países en desarrollo se ven sometidos al brazo de esta influencia hegemónica al punto de impedir que los gobiernos limiten el libre acceso a estos productos e incluso intervengan en la calidad de la información provista a los consumidores en lo que se refiere al etiquetado. Pero esto no sucede en un marco tranquilo y pacífico, la ciudadanía reconoce que la soberanía está en juego y sobresalen tensiones y conflictos serios como los desplazamientos, los éxodos rurales que muchas veces desencadenan en conflictos de una connotación social muy fuerte, las luchas populares quieren reivindicar la soberanía.

México, Chile y Colombia, se encuentran ubicados en la región de las Américas. Sus recursos humanos, naturales, así como su biodiversidad y posición geográfica han generado intereses de dimensiones económicas, políticas, sociales y relacionales de otros países y multinacionales sobre ellos, posibilitando acuerdos y negociaciones de orden internacional que no han sido del todo positivas para sus pobladores.

Los tres países hacen parte de la Organización Mundial del Comercio (OMC) que es un organismo importantísimo en la gestión de acuerdos, en el arbitraje de las tensiones y en el éxito de negociaciones de comercio internacional.

---

\*\* Palatabilidad: es la cualidad de ser grato al paladar un alimento. Esta cualidad depende de las propiedades organolépticas del alimento como, por ejemplo, su sabor, olor, vista.



**Figura 8. Subcategorías de análisis de la fuerza motora “Comercio”**

Como se mencionó anteriormente, este análisis del comercio se desarrollará a través de subcategorías, como sigue:

### **7.3.1. Subcategoría 1. Acuerdos Comerciales.**

La liberalización del Comercio en México inicia con el ingreso al GATT<sup>††</sup> a mediados de los años ochenta y posteriormente se consolida con la suscripción del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) en su sigla en español o North America Free Trade Agreement (NAFTA) en su sigla en Inglés) del que México hace parte desde el 1º de enero de 1994. “El NAFTA ha mostrado efectos negativos sobre la salud, el ambiente y la sociedad”<sup>69</sup>.

México ha sido un país reconocido por su amplia tradición agrícola, de la que obtenía un sinnúmero de productos cultivables, sin embargo en la última década se ha convertido en un país netamente importador de productos que anteriormente le estaban asegurados, podía autoabastecerse y exportar productos tales como el maíz (su grano básico), la papa, el algodón y el arroz.

Posteriormente con la incursión de las multinacionales de la agroindustria y los agroquímicos se ha introducido el cultivo de maíz transgénico desplazando las variedades nativas de maíz, lo que ha desencadenado una situación altamente **conflictiva** y de vital importancia para el país; en primer lugar por la posible pérdida de biodiversidad agrícola a la que está expuesto el territorio mexicano, y en segundo lugar por la generación de problemáticas sociales como lo son *el desempleo, las migraciones* del campo a la ciudad, pues los agricultores mexicanos comunes no contemplan la infraestructura y tecnificación que otros países y multinacionales ostentan y que gracias al libre mercado hoy pueden poner en marcha en otros

<sup>††</sup> GATT Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio.

países, lo que en últimas ha derivado en los *desplazamientos* de quienes sufren la desprotección del Estado y la falta de reconocimiento de los derechos de la población rural. Estos desplazamientos no son de carácter voluntario en su gran mayoría, la *violencia* media el conflicto, hasta el punto de generar éxodos hacia la centralidad y hacia el vecino país, siendo los más afectados las comunidades indígenas y los campesinos.

De acuerdo con Oliver De Schutter<sup>\*\*</sup> “la contaminación genética por el flujo de polen y las prácticas humanas de intercambio de semillas haría prácticamente imposible mantener la coexistencia de las variedades nativas con el maíz transgénico” lo que de nuevo pone en tela de juicio la soberanía alimentaria.

En el año 2009, el gobierno mexicano, autorizó las primeras siembras experimentales de maíz transgénico. Actualmente ha otorgado 161 permisos a las empresas de transgénicos, situación que pone en riesgo de contaminación los maíces nativos, amenaza a campesinos y a consumidores, comprometiendo la soberanía alimentaria. Además de maíz transgénico, en México se están sembrando cientos de hectáreas de algodón que han contaminado al algodón silvestre y miles de hectáreas de soya transgénica provocando la contaminación de miel con polen transgénico. No se necesitan más evidencias del riesgo que correrá el maíz con la siembra de maíz transgénico. Al dar estos permisos, las autoridades están ignorando el principio precautorio, que obliga a detener la comercialización de productos potencialmente nocivos, hasta que se haya demostrado plenamente su inocuidad, es decir, que no causan algún daño<sup>70</sup>.

Esta situación está lejos de mostrar caminos para su resolución, debido a que la regulación no es cumplida y los gobiernos son complacientes con las multinacionales que se apropian de las semillas y los terrenos cultivables, promoviendo que los campesinos y trabajadores del campo migren hacia las ciudades, puesto que no tienen un rango de competitividad posible porque las multinacionales de las semillas transgénicas monopolizan el mercado, o porque como se dijo anteriormente, sencillamente son expulsados de sus tierras.

Con la entrada en vigor del TLCAN se produjeron cambios significativos en el mercado nacional de alimentos en dos sentidos: se amplió introduciendo alimentos antes inexistentes o que resultaban solamente accesibles para los hogares de ingreso alto por las tarifas a la importación; y se modificó en términos de desplazamiento o modificación de alimentos previamente existentes, como respuesta a la competencia externa y la reasignación de los recursos productivos<sup>71</sup>

Respecto a la apertura comercial,

---

<sup>\*\*</sup> Olivier De Schutter, Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la alimentación, desde mayo de 2008.

Se señala que la existencia de economías abiertas a la importación, entre otros productos, de alimentos industrializados hipercalóricos con importantes contenidos de grasas y azúcares y bajos en carbohidratos no refinados, ha producido cambios en los patrones alimentarios propiciando el incremento del sobrepeso y la obesidad en amplios segmentos poblacionales. Al mismo tiempo, se advierte que el deterioro de los ingresos económicos ha influido en que las familias adopten nuevas estrategias de gasto familiar que obedecen también, en buena medida, a la imitación de patrones externos y a la acción persuasiva que ejercen las empresas alimentarias a través de la publicidad. La importancia de este último factor, ha sido ampliamente reconocida en la etiología del sobrepeso y la obesidad infantil y en el desarrollo futuro de un conjunto de enfermedades crónicas<sup>72</sup>.

En Colombia, el asunto no es muy distinto y con pasos agigantados camina el mismo sendero por el cual ha transitado el pueblo mexicano. “La dieta de los habitantes colombianos se encuentra en plena transición, los hábitos alimentarios dependen cada vez más del suministro comercial de comida y de su producción industrial. Este cambio va de la mano de los procesos de urbanización, lo que conlleva una ruptura de las tradiciones alimentarias que caracterizaron a generaciones anteriores. Hoy se consumen menos productos primarios, de origen agrícola y animal, lo cual tiene consecuencias nutricionales en la población”<sup>73</sup> La sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, comunidades campesinas e indígenas reclaman un debate público para sentar su posición frente a la introducción de transgénicos en sus territorios.

En octubre de 2005, 170 cabildos de las comunidades indígenas Zenúes de Córdoba y Sucre, declararon el resguardo indígena de San Andrés de Sotavento “Territorio Libre de Transgénicos”. Esta decisión es de trascendental importancia, puesto que los Zenúes amparados en los derechos constitucionales sobre su territorio, están ejerciendo la defensa sobre su biodiversidad y soberanía alimentaria, que se ve fuertemente amenazada por los cultivos agroindustriales principalmente de maíz y algodón que rodean su territorio. Igualmente, muchas organizaciones indígenas y campesinas para defender la soberanía alimentaria frente a los transgénicos, están promoviendo y fortaleciendo los sistemas productivos y de alimentación tradicionales, basados en el manejo de la biodiversidad y la producción agroecológica. También se están articulando alianzas entre las organizaciones rurales con otros sectores de la sociedad, para la promoción del debate público, la difusión de información y la implementación de estrategias y acciones frente a los transgénicos<sup>74</sup>

Los tratados de libre comercio han permitido que ingresen a los países, una cantidad de productos cuyo acceso era limitado por los altos precios, sin embargo y gracias a la reducción y eliminación de aranceles se sitúan en los mercados a precios reducidos, otorgándole a los consumidores un acercamiento asertivo al incrementar su poder adquisitivo.

Así mismo, al suscribir el TLC con Estados Unidos, Colombia se comprometió en una de sus cláusulas a adherir a una serie de leyes sobre el tema de propiedad

intelectual, entre las que se destaca el Convenio UPOV 91. Este convenio fue abordado en La ley 1518 de abril 23 de 2012 del Congreso Nacional "Por medio del cual se aprueba el Convenio Internacional para la protección de las Obtenciones Vegetales, UPOV 1991". Una Ley que posteriormente fue declarada inexecutable por el Tribunal Constitucional de Colombia, por no ser consultada con la sociedad y especialmente con las poblaciones rurales directamente más afectadas.

Una de las principales consecuencias del tratado suscrito con los EEUU ha sido la sanción de esta norma, que establece los alcances de la propiedad intelectual de las semillas y tiene repercusiones muy grandes en la agricultura y la conservación de la biodiversidad.

Igualmente, "en México, Chile y Perú los cultivadores de abejas están protestando ante sus gobiernos por los perjuicios que han causado los grandes cultivadores de maíz transgénico en la producción de sus mieles, que ahora son rechazadas en los mercados europeos. Varios países de Europa negaron a la multinacional Monsanto el acceso a su territorio del maíz transgénico MON810 por sus efectos en la salud humana y por la devastación causada en la población de abejas contaminadas con su polen. China suspendió la venta de arroz transgénico"<sup>75</sup> lo que necesariamente muestra un ejercicio de soberanía al que latinoamerica no puede ser ajena.

Con respecto a Chile, Mendoza<sup>76</sup> indica que las modificaciones de los hábitos alimenticios coinciden a su vez con las mejoras en el poder adquisitivo, la estructura del gasto promedio de los hogares chilenos ha experimentado en términos relativos una fuerte reducción del peso de los alimentos en relación al gasto total, pero a la vez un aumento en el gasto absoluto. Según las Encuestas Nacionales de Presupuestos Familiares de los períodos 2006-2007<sup>77</sup>, 2009-2010<sup>78</sup>, los chilenos tienen mayor capacidad de compra, principalmente en los grupos de menores ingresos, los que tienden a aumentar el consumo de alimentos de alto contenido energético.

### **7.3.2. Subcategoría 2. Consumo.**

*"...Hoy no existe una forma de vida universalizable que se pueda oponer a la hegemonía del consumo, los shopping-centers, la mercantilización de la vida en todas sus formas. Se configuró una nueva subjetividad que acepta como "natural" que todo se compre y se venda entre los seres humanos"*  
Fernández N.

Este aspecto del comercio, no aparece de forma aislada en la dinámica local e internacional, sino que de igual modo, tiene sustento en los cambios globales y la liberalización de mercado, de donde se derivan cambios en los patrones de

consumo de las regiones, principalmente por una tasación de precios que favorece el acceso a los productos procesados, bebidas azucaradas, gaseosas y otros alimentos con altos niveles de azúcar, grasas y sal, contribuyendo con la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los tres países. Esta dinámica del comercio es corroborada con los resultados dados por la ENSANUT en 1999, 2006 y 2012 donde México presentó el mayor crecimiento en sobrepeso y obesidad a nivel mundial y así mismo lo han demostrado los recientes datos de la END 2012(Chile) y la ENSIN 2010 (Colombia).

Uno de los **conflictos** más serios alrededor del comercio local es la distancia que tienen la sociedad mexicana, chilena y colombiana frente a la práctica del amamantamiento, permitiendo la entrada de sucedáneos de la leche materna y otros alimentos industrializados para bebés que se han asociado a la gran pandemia de sobrepeso y obesidad.

Los niños y sus familias consumen productos para bebé desde mucho antes de su nacimiento, entre los que se destacan las fórmulas lácteas y otros sucedáneos de la leche materna, en contravía de lo promulgado por las propias políticas públicas suscritas al interior de los tres países (Ver TABLA 3). Todo esto, plantea un dilema ético frente a la vida, un asunto de la vulneración de los derechos humanos, de la justicia social, de la salud como bien público. En principio es importante visualizar cómo la lactancia materna permite que todo niño goce de equidad y seguridad alimentaria porque su acceso no se limita a una clase social, y lastimosamente la industria y la comercialización desmedida aparecen con paradigmas en contra, instalando necesidades que la humanidad no tiene realmente y sus diversas técnicas de mercadeo lo hacen parecer así.

Durante el primer año de vida, el lactante inicia la formación de hábitos alimentarios que serán difíciles de modificar posteriormente. “Los bebés se han convertido en uno de los más grandes negocios ofreciéndoles productos que realmente no necesitan y que ponen en riesgo su salud, en donde la industria de sucedáneos y el Estado juegan un papel clave al incumplir las regulaciones nacionales e internacionales”<sup>79</sup> en materia de publicidad y etiquetado, pero aún más en términos de la falta de garantías y del NO rotundo a los derechos de los niños y las niñas a la alimentación y la salud, íntimamente ligados por razones ampliamente documentadas. Uno de los instrumentos fundamentales que dicta el deber ser de las cosas, es el Código Internacional de Sucesáneos de la Leche materna<sup>80</sup>, aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud de 1981 con el fin de proteger y fomentar el amamantamiento. El Código insta a los gobiernos a incorporar el código en sus recursos normativos, refiere que los establecimientos que atienden niños en especial los sanitarios, ni los profesionales de la salud deben fomentar el uso de sucedáneos, mucho menos entregar muestras gratis a las madres y familias para estimular la compra de los mismos, entre muchas otras pautas, hoy en día desatendidas por todos los actores.

La práctica de la lactancia materna no es exclusivamente diseñada para personas pobres, también para quienes no lo son, por los múltiples beneficios de la leche materna comprobados a nivel científico, sin embargo, los conocedores del tema indican que esta constituye una posibilidad que es desestimada por las naciones en desarrollo que en términos de la supervivencia lo requieren aún más que los países desarrollados.

(...) en el caso de los bebés de las naciones en desarrollo, la lactancia natural debe ser una práctica imperativa, ya que su supervivencia depende de las propiedades inmunológicas de la leche materna. Para ellos, los sucedáneos no son solamente inferiores, sino que pueden provocarles enfermedades o incluso la muerte. Las familias pobres preparan con frecuencia un sucedáneo sobrediluido y caro. Sin embargo, pese a los llamamientos de la comunidad internacional y la existencia de un código de prácticas desde hace 16 años, las compañías continúan comercializando sus productos de forma deshonesta en los países en desarrollo.<sup>81</sup>

Los peligros que ofrece una enfermedad como la obesidad a los niños y las niñas de los países en estudio, son muchos, y su afectación se traduce al entorno familiar, a la escuela, al barrio.

En México, Chile y Colombia pese a que existen normas oficiales de etiquetado, la industria omite información que fácilmente induce al error en la elección. Existen numerosas revisiones alrededor de todo el mundo que sugieren que la práctica correcta del amamantamiento puede prevenir la aparición de la obesidad y otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes.

Así, el abandono de patrones de alimentación tradicionales y la adopción de consumo de alimentos de alto valor energético se ha favorecido en el medio escolar y familiar, lo que ha posibilitado el incremento de la obesidad y la aparición de enfermedades en la infancia cuando siempre fueron consideradas enfermedades propias de la adultez.

Por otra parte, el consumo de comida rápida o chatarra es otro asunto de notable interés para este análisis. Ramos N y Colaboradores<sup>82</sup> buscaron la relación que existe entre el frecuente consumo de comida rápida y la obesidad en niños escolares mexicanos, pudiendo determinar que la asociación si existe y que se hace más evidente en el sexo femenino. Además, encontraron una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad incluso mayor que la reportada para la población general mexicana. En ese mismo sentido, Levi y colaboradores<sup>83</sup> estudiaron 11.415 niños de 7 a 11 años del medio rural y urbano donde "se encontró que al igual que en otros países, los niños mexicanos se ven expuestos a una cultura "pago-ahorro" es decir, pague menos y obtenga más, por lo que resulta más barato ser obeso"

Cuando los precios son bajos se convierten en un factor determinante para el consumo (**tasación de precios**), sin embargo los costos son bajos para el consumidor en un principio, pues finalmente se encarecen, lo que se refleja en una

demanda mayor de servicios de salud, en el ausentismo laboral, en las enfermedades psicológicas, físicas y demás efectos de la obesidad. Es por esto que algunos países han colocado impuestos a los alimentos que se consideran no sanos, impuestos que no parecen ser una medida honesta en la lucha contra la obesidad, lo cual es una **tensión** claramente propiciada por las grandes multinacionales dueñas de la comida. México y Chile lo han hecho, han intentado regular; en el primer caso, la reforma fiscal del 2014 gravó con una tasa de 8% el precio de venta de un grupo de alimentos no básicos con alta densidad calórica como frituras, confitería, dulces, alimentos preparados a base de cereales, entre otros y redefinieron los productos básicos de la canasta familiar, sin embargo excluyeron el pan de dulce de la canasta básica de alimentos<sup>84</sup> generando una controversia enorme en la industria panadera tradicional y en la ciudadanía, quienes afirman que esta medida le abrió más espacio a las multinacionales de la comida chatarra que hábilmente disponen del reemplazo de este producto y más aún, de las estrategias necesarias para fijarlo dentro de las preferencias de los consumidores.

Por su parte, Chile hizo lo propio con un intenso trabajo para “La Ley contra la comida chatarra”, que pretendía regular su venta en establecimientos educativos y etiquetaría los alimentos altos en sal, grasas y azúcar, de tal modo que todos los ciudadanos lo entendieran, sin embargo, una vez fue aprobada quedó condicionada a un reglamento que determinaría su aplicación y que tal y como se ha presentado estaría desvirtuando el propósito de la norma.<sup>85</sup>

Por otra parte, el ingreso al ámbito escolar por parte de los niños y las niñas, permite que éstos se enfrenten a nuevos hábitos alimentarios que en muchas ocasiones no son saludables. Como lo exponen Macías y otros<sup>86</sup> “la escuela asume un rol fundamental en la promoción de factores protectores en cuestión de hábitos alimentarios”. Obviamente la escuela se ha configurado en un **ambiente obesogénico**, pero es el mismo escenario que podría convertirse en ambiente protector de los derechos de los niños y las niñas y un ambiente favorable al desarrollo, sin embargo, esto no es así, pese a que gran parte de las acciones de promoción y prevención escolar están a cargo de la institución educativa y en cabeza de los profesores a través de las áreas de ciencias naturales y educación física, sin que dichas acciones logren modificar el ambiente mismo en el que se desarrollan conductas habituales sobre qué, cómo y cuánto comen los menores.

En Colombia se ha trabajado de manera local en las tiendas escolares saludables. En esta estrategia se educa a las directivas, cuerpo docente y tenderos sobre cómo brindar una mejor oferta alimentaria para los estudiantes, pero la experiencia de la operatividad como tal de dichas tiendas no ha sido favorable, suelen referirse dificultades como “ganamos menos”, “no son rentables”, “a los niños no les gustan las frutas y el yogur”. De otro lado, la estrategia carece de vigilancia por parte de la

administración pública, no es obligatoria, por lo que queda a la disposición de directivas de las instituciones educativas, su inclusión dentro de sus proyectos.

Así mismo, pensar en el ambiente escolar como un ambiente de riesgo exige evaluar la oferta y la demanda al interior del entorno, fue así como al analizar la oferta de las tiendas escolares, un estudio colombiano<sup>87</sup> realizado en 12 tiendas encontró que el 100% de las tiendas escolares involucradas en el estudio disponía de productos empaquetados, dulces y refrescos; el 91,6%, jugos procesados; 58,3%, paletas y empanadas; y 50%, gaseosas. Las frutas o verduras no se ofrecían en ninguna de las tiendas estudiadas. El 81% de los escolares consumieron alimentos durante el descanso. Los alimentos que los estudiantes compraron con mayor frecuencia en la tienda escolar fueron: dulces (42,2%), productos empaquetados, paletas/helados en una proporción del 24,63% para cada producto, reiterando lo anteriormente dicho sobre el ambiente de riesgo que comporta la escuela y su oferta alimenticia.

En Chile, también se ha implementado la estrategia de los Kioscos saludables; al respecto, Bustos N y colaboradores<sup>88</sup> evaluaron los patrones de consumo de alimentos de los escolares chilenos y encontraron dentro de las barreras para la compra de alimentos sanos, factores tales como el aroma, el sabor, la baja disponibilidad y el alto precio.

Alrededor de la obesidad, se corre el riesgo de pensar que solo se ponen a la venta alimentos para que sean consumidos en exceso, sin embargo es central comprender que el comercio le apuesta al consumo desmedido, de tal modo que hoy en día todo se consume, formas de vida e ideales de belleza, se consumen representaciones, empaques agradables, medicamentos y recetas mágicas para bajar de peso, los mismos medicamentos para el tratamiento de las ECNT, y un ilimitado arsenal de productos y opciones. Podría pensarse que la obesidad es un negocio redondo, mientras persiste la enfermedad, persisten todos los negocios alrededor del problema, sin embargo a modo de tensión que está a punto de estallar en conflicto se encuentra el hecho de la incapacidad de sostener los costos de la enfermedad, de la incapacidad, de la problemática en su conjunto.

**7.3.3. Subcategoría 3. Multinacionales.** El término *multinacional* es de uso común para referirse a empresas que no solo operan en sus países de origen sino que se trasladan a otros países, bien sea para procesar, producir, vender o todas las anteriores acciones, en otras naciones. Su filosofía tiene un concepto global, se proyectan consiguiendo mercados a nivel mundial, para posicionar sus servicios y productos y las políticas actuales de libre mercado, les favorecen. Políticas que para muchos concededores de los intrincados procesos macroeconómicos son dictadas por estas empresas porque tienen el poder, incluso por encima de quienes se han

considerado las potencias a nivel mundial y por encima del valor de los Estados nacionales.

Existen argumentos a favor de este tipo de empresas y otros argumentos en contra de sus operaciones. Los principales argumentos a favor, se centran en la capacidad que tienen las multinacionales de generar empleo en el país en el que se establecen, además de ello, en el caso de los restaurantes de comida rápida, se estima que su presencia en determinadas localidades otorga un status elevado, dota de prestigio a la región por lo cual atraen el turismo.

Múltiples posiciones en contra desatan las multinacionales que comercializan agroquímicos y semillas transgénicas por su relación con el deterioro de las tierras aptas para el sembrado, (explicadas en la subcategoría 1) y otras comercializadoras de bebidas azucaradas por sus prácticas que deterioran el medio ambiente y, contaminan al agua. Un ejemplo clásico, es el caso de la Multinacional Coca-Cola Company denominada "la gran depredadora del agua"<sup>89</sup> por algunos artículos de opinión.

La bebida favorita del mundo o "la leche del capitalismo", acumula demandas y sanciones en diversos países derivados de graves hechos de contaminación, malas prácticas laborales y uso de aguas no autorizados. En la fase de producción, la compañía utiliza casi tres litros de agua por cada litro de producto terminado. Las aguas desechadas constituyen contaminantes, que la multinacional deposita en lugares protegidos, como ocurrió en Colombia, situación por la cual, fue multada en Agosto pasado, por la Secretaría Distrital del Ambiente, de la Alcaldía Mayor de Bogotá, al demostrarse que habían descargado sus desechos en el humedal de Capellanía, en la zona de Fontibón. El hecho es considerado atentatorio contra un área de especial importancia y protección ecológica. El proceso por contaminación del Humedal Capellanía tiene su origen en la caducidad del permiso de vertimientos otorgado a la multinacional por cinco años y la no autorización de la Secretaría de Ambiente para renovar este permiso. Posteriormente, mediante visitas técnicas fue verificado el estado de la red de alcantarillado de Coca Cola y la realización de descargas industriales, evidentemente no autorizadas. (...) Y como si fuera poco, la bebida en cuestión, junto con consumir agua en exceso no aporta ningún elemento nutritivo, al contrario, al contener altas concentraciones de azúcar, es uno de los principales contribuyentes de la obesidad que afecta cada vez en mayor medida a nuestras poblaciones del tercer mundo, generando por otra parte, problemas dentales.<sup>90</sup>

Así mismo, señala Fayanás E,<sup>89</sup> que en México esta compañía desarrolla prácticas similares a las descritas anteriormente, donde explotan de forma muy irracional el acuífero más rico existente en la zona de San Cristóbal de las Casas, en el estado de Chiapas. Coca cola sistemáticamente, consigue acallar o minimizar sus malas prácticas ambientales porque ejerce una gran presión sobre los medios porque estos se sostienen con base en la publicidad.

Otro tema de interés es que las multinacionales venden comida chatarra bajo publicidad engañosa, lo que se profundiza en la siguiente categoría, de tal modo

que se observan como una amenaza constante en la perpetuación de ambientes obesogénicos que determinan ampliamente el consumo y por ende el desarrollo de patrones equívocos que se hacen habituales y de difícil corrección.

El mundo actual se enfrenta a un fenómeno llamado Globalización, que por decir lo menos es inevitable, avasallador y está gestándose desde comienzos del siglo XX y cada vez adquiere mayor fuerza. De acuerdo con Fernández P.<sup>91</sup> lo que procede es plantear una permanente negociación entre Estado y empresariado de modo que el primero permanezca siendo lo suficientemente fuerte como para regular una parte significativa de la vida económica y social, sin embargo, el papel de las multinacionales ha cursado por una historia totalmente desalentadora para las naciones en estudio, a pesar de que haya habido leves mejoras en los indicadores de desarrollo de los 3 países.

Se ha entendido que la globalización es “la apertura de las fronteras a las exigencias del mercado mundial; pero esta apertura no es equilibrada dada la desigualdad existente entre los diferentes países, esta apertura no es otra cosa que sumir en la dependencia total a las naciones pobres, convendría pensar cómo se da este fenómeno entre estos tres países de las Américas tan cercanos en sus modelos de desarrollo y prácticas comerciales”<sup>92</sup>.

Según la Revista Semana<sup>93</sup>, para el año 2009 unas cien empresas mexicanas, se habían instalado en Colombia, entre las que son de interés para este análisis, se encuentran: La empresa panificadora BIMBO, Coca-Cola Company quienes compraron por 92 millones de dólares la empresa de aguas Brisa, la firma operadora de restaurantes Alsea adquirió el 85% del capital de Dominalco, empresa colombiana que opera la cadena Domino's Pizza. De igual manera, en el mismo año Colombia ocupó el tercer lugar de destino de la inversión directa chilena en el exterior.

Las grandes corporaciones de bebidas azucaradas, alimentos ultra-procesados y restaurantes de comidas rápidas, han desarrollado elaboradas estrategias de mercadeo que contemplan, no solo mensajes publicitarios sino, además, disminución de precios y disponibilidad de sus productos, con el fin de garantizar el reconocimiento y lealtad de marca por parte de la población infantil, aumentando así su consumo compulsivo<sup>94</sup>

En México, Chile y Colombia cada vez más empresas estadounidenses ocupan sus territorios, han aumentado su presencia en toda la gama de producción y procesamiento de alimentos, así como en la oferta de restaurantes y en la venta de comida rápida, con la cual transformaron el (patrón alimentario) y provocaron un incremento en las tasas de obesidad. Igualmente, México se convirtió en uno de los mercados más grandes de comida rápida de Latinoamérica: McDonald's tiene más de 500 puntos de venta<sup>95</sup> distribuidos por todo el país.

“La presencia de empresas multinacionales con poderosos intereses económicos y que actúan en diferentes países y sectores del mercado, es la señal más evidente de la globalización de la economía. Sus intereses frecuentemente entran en conflicto con los intereses de los estados nacionales o, cuando menos, con la clase trabajadora de los diferentes países en que actúan”<sup>96</sup>

#### **7.3.4. Subcategoría 4. Comunicaciones, Marketing y Publicidad.**

La globalización ha logrado un impacto impresionante porque trasciende cualquier límite posible, atraviesa las fronteras, de ese modo, los cambios tecnológicos de las dos últimas décadas han permitido la introducción de cambios en las formas comunicativas y de información que impactan de manera contundente todas y cada una de las actividades humanas, abre escenarios de actuación que anteriormente eran insospechados, ofrecen nuevas perspectivas para el intercambio social, cultural, comercial, económico y académico. Es precisamente detrás de las TICs que se generan juegos de poder orientadores de las prácticas de consumo en el entorno global, y no solo de alimentos, porque se consumen cosas, ideas, métodos, medicamentos, insumos, fórmulas médicas para adelgazar, entretenimiento: juegos de video, redes sociales. Los medios de comunicación adquieren un poder que trascendió lo local, es global.

Frente al fenómeno de la obesidad infantil, el universo de posibilidades que ofrecen el marketing y la publicidad impactan de manera especial la vida de los niños y las niñas en todo el mundo. “Además su impacto es mayor sobre los niños que sobre los adultos, puesto que la niñez es un período caracterizado por el desarrollo y el fortalecimiento de su identidad, carácter y análisis crítico”<sup>97</sup> lo que revela cuestiones profundas sobre la afectación a los derechos de protección de los niños y las niñas. Es por esta razón que las empresas deben tener un cuidado especial a la hora de dirigir sus comunicaciones a los niños o de elaborar comunicaciones que no estando dirigidas a ellos pueden ser vistas o escuchadas por ellos. Esto es, deben evitar promocionar entre los niños productos que pueden ser dañinos, e impedir la distribución de publicidades con mensajes discriminatorios, violentos, con estereotipos distorsionados de la familia, el rol de la mujer y la imagen corporal, entre muchas otras cosas.

Pese a que existe relevante evidencia científica respecto a los efectos nocivos del consumo excesivo de bebidas azucaradas como gaseosas, jugos y refrescos procesados, la industria de bebidas se ha valido de estrategias de marketing y publicidad para seguir liderando el mercado. Para Gómez L. et al<sup>98</sup>. las corporaciones transnacionales de las gaseosas y los jugos procesados responden con uniforme silencio ante esta evidencia científica y han puesto en marcha cuidadosos cabildeos para frustrar cualquier intento regulatorio por parte de los gobiernos. Paralelamente, prometen limitar su publicidad dirigida a niños y

reaseguran a sus consumidores que sus productos son buenos y aun mejores si se acompañan de movimiento corporal, para lo cual destinan millonarias sumas a programas, estudios e iniciativas en el área de la actividad física en América Latina.

La academia ha determinado los 12 años, como punto de inflexión, en el cual el niño ha desarrollado su conducta como consumidor, y puede efectivamente reconocer el contenido de la publicidad y puede desarrollar un pensamiento crítico acerca de ella. “Sin embargo, pese a que se considere que los niños entre 6 y 12 años en líneas generales comprenden el carácter persuasivo de la publicidad, se les debe proteger y tomar medidas adecuadas a su edad dado a que esta capacidad crítica puede no haberse desarrollado<sup>99</sup>

La manera como se estimula el consumo sin temor a fallar en el cometido es la publicidad, por lo que esta se ha convertido en un “propagador de patrones alimentarios urbanos, insanos y con escasos nutrientes, pues engatusados con imágenes publicitarias de familias felices, jóvenes divertidos y regalos, las cadenas de comida rápida atraen a las capas sociales con menor poder adquisitivo, que aceptan como alimentos, productos deleznable”<sup>100</sup>

El abanico de técnicas de mercadotecnia incluye la publicidad; los patrocinios; la inserción de anuncios de los productos; la promoción por distintos medios valiéndose de personas famosas, mascotas u otros personajes que representan una marca y son populares entre los niños; sitios web; envasado, rotulado y anuncios desplegados en los puntos de venta; mensajes de correo electrónico y de texto por el teléfono celular; actividades filantrópicas vinculadas con oportunidades para promover una marca; las llamadas «técnicas virales»; y la propagación de boca en boca. La promoción de alimentos dirigida a los niños es en la actualidad un fenómeno mundial y tiende a ser plural e integrada, además de que se vale de innumerables conductos y mensajes<sup>101</sup>

El uso de los medios electrónicos, redes sociales, internet, juegos interactivos, en línea, etcétera, se convierten en otro factor de riesgo o determinante de la obesidad puesto que aseguran un estilo de vida sedentario que muchas veces se relaciona con el consumo de alimentos de alta densidad energética o chatarra.

Rodríguez R, tras analizar una serie de estudios experimentales de la OMS y la Kaiser Family Foundation que tratan de la obesidad y los medios, concluye:

Existe una relación evidente entre la exposición del niño a los diversos medios de comunicación y el desarrollo de la obesidad y que, cuanto más tiempo le dedique a los medios, más notorias son las posibilidades de desarrollar la obesidad y que la misma permanezca en la adultez si no se atiende a tiempo. Se deduce que los mecanismos participantes en este proceso pueden ser tanto la inactividad física que promueve el uso de los medios, como también el papel de los anuncios de publicación que apuntan a niños cada vez más pequeños y promueven el consumo de alimentos hipercalóricos a través de diversos caminos<sup>102</sup>.

Olivares, S y colaboradores.<sup>103</sup> efectuaron un estudio para determinar la actitud de los niños ante la promoción comercial de alimentos y bebidas, en tres ciudades chilenas. La falta de actividad física, el consumo frecuente de alimentos de alta densidad energética y la promoción comercial de este tipo de alimentos han sido reconocidos entre los factores que aumentan el riesgo de obesidad. De igual modo, la OMS ha relatado la asociación que existe entre la promoción con las preferencias alimentarias y el consumo de alimentos, y han identificado a la escuela como una poderosa cadena para promocionar alimentos a los niños. Este estudio no solo es demostrable en el país Chileno puesto que la mayoría de los procesos educativos y estrategias adelantadas en estas naciones contemplan la escuela porque se ha convertido en un factor de riesgo, promotor de ambientes obesogénicos inundados de comida chatarra.

En ese mismo sentido se sabe que la publicidad está inmersa en toda la cotidianidad de los infantes, no hay escenario posible donde no haya contacto con ella, ambientes virtuales, televisión, radio, escuela, amigos. La posibilidad de asociar personajes infantiles con juguetes y alimentos cambió los escenarios de habitual actuación de la publicidad. Cabe anotar en este análisis que entre los países en estudio la influencia de los miedos es exactamente igual, puesto que los intentos de regulación son pobrísimos o recientes (Ver anexo 1.) en términos de que no pasan de dictar normas alrededor del etiquetado de productos pero las empresas de alimentos procesados han sabido valerse de diversas estrategias para burlar las normas con especificaciones que no son claras para el común de compradores.

Pérez D, Rivera J y Ortiz L.<sup>104</sup> evaluaron la publicidad relacionada con alimentos, transmitida en los 11 canales gratuitos de televisión de la Ciudad de México, entre julio y octubre de 2007, rastreando información sobre factores tales como la duración de los comerciales, los productos anunciados, el valor nutrimental de los alimentos anunciados, y las estrategias publicitarias utilizadas, encontrando que la publicidad de alimentos fue mayor durante los programas infantiles que durante la programación dirigida a la audiencia general (25.8 vs. 15.4%). Los alimentos anunciados con mayor frecuencia fueron dulces y bebidas y cereales con azúcar añadida. Igualmente, los alimentos anunciados en programas infantiles tuvieron mayor contenido de calorías, grasa y carbohidratos. Las estrategias publicitarias más utilizadas fueron las promociones y la asociación de productos con emociones positivas. Esta investigación evidenció la necesidad de contar con un sistema de regulación efectiva de la publicidad dirigida a niños y adolescentes porque pese a la existencia de reglamentación alrededor de la publicidad transmitida en televisión, la medición mostró su incumplimiento.

En México, el Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión establece que la publicidad debe ocupar como máximo 18% del tiempo total de transmisión y la Ley Federal de Radio y Televisión menciona el deber de los medios de comunicación de "propiciar el desarrollo armónico de la niñez". En la Ley General de Salud se menciona que la "publicidad no deberá inducir a hábitos de alimentación nocivos". La Ley Federal

de Protección al Consumidor señala que en México uno de los principios básicos de las relaciones de consumo es la protección de los ciudadanos contra la publicidad engañosa y abusiva, definiendo a ésta como "...aquella que pudiendo o no ser verdadera, induce a error o confusión por la forma inexacta, falsa, exagerada, parcial, artificiosa o tendenciosa en que se presenta."<sup>104</sup>

De otro lado y como lo expone Borrero Y<sup>105</sup>, en muchos casos se identifica globalización con neoliberalismo o con globalización económica; sin embargo la globalización debe explorarse en todas sus dimensiones de análisis: económica, política, social y cultural. Aunque son fenómenos distintos tienden a confundirse o a asociarse, por lo que conviene entender que la globalización es un fenómeno histórico resultado del desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, entre otros avances de orden científico que han generado cambios sustanciales en los modos de vida de los habitantes del mundo y ello ha sido conveniente para el modelo hegemónico actual.

Según Santos A,<sup>71</sup> México modificó su estrategia de desarrollo económico e inició un proceso de reformas estructurales basadas en la liberalización comercial y la apertura a la competencia internacional, la desregulación y privatización de su economía a principios de los años ochenta y por recomendación del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional. De allí surgieron las políticas comerciales de apertura y liberalización que supusieron modificaciones importantes en la estructura productiva y de mercado en el país.

Chile se convirtió en 2010 en el primer miembro pleno de la OCDE en Sudamérica, el segundo en América Latina y el tercero del hemisferio sur debido al reconocimiento en los avances económicos de las últimas décadas, al desarrollo social y a la fuerte reestructuración institucional. México pertenece a la OCDE desde 1994 y Colombia ha formalizado su interés en hacer parte de la organización pero aún no cuenta con la acreditación.

El consumo de los alimentos no solo fluctúa en relación al precio, sino que se ve influenciado por los estados de placer y comodidad del individuo y los colectivos, relacionados a su vez con otros factores impuestos por las dinámicas socioculturales dictadas por los modelos de desarrollo, de donde se desprenden las dinámicas propias del mercado laboral y la adopción de nuevos estilos de vida.

Así es como las preferencias y elecciones de consumo varían, actualmente se busca obtener soluciones "cómodas", que faciliten la vida, que permitan que el tiempo rinda, por lo que las bebidas gaseosas, las comidas preparadas, las bebidas azucaradas, los embutidos, enlatados y congelados ocupan la dieta.

De otro lado, son más las mujeres que hacen parte de la fuerza productiva de las naciones y que deben resolver una división constante entre las tareas del hogar y el trabajo, tanto como los malos salarios y otras inequidades de género. En el caso

de México, la Licencia de Maternidad, no acoge la recomendación de la OIT de asegurar un mínimo de catorce semanas a las madres y sus recién nacidos. Colombia recientemente pasó de 12 a 14 semanas de licencia y Chile realmente en una postura clara por la garantía de los derechos de los niños y de la mujer valida una licencia que puede ir hasta los 6 meses con un nuevo programa denominado posnatal parental, además de garantizar la hora de lactancia hasta los dos años. Esa decisión de orden político, social y económico es una respuesta interesante en términos de que se distancia de las prácticas neoliberales comunes. Como ya se dijo la práctica del amamantamiento es un factor protector para la malnutrición por defecto y por exceso.

Tal vez la postura chilena permite repensar el modelo de desarrollo imperante, las tendencias de la obesidad infantil solo variarían si se interviene el grupo infantil desde la gestación porque los hábitos son de mucho arraigo y son difíciles de cambiar cuando ya se han instalado indefectiblemente en la vida de los niños y sus familias, revertir dichas tendencias es un reto para la salud pública local y claramente para la salud de la región.

Desligar los modelos de desarrollo del comercio es prácticamente un imposible, sin embargo puede decirse que las prácticas del libre mercado han desencadenado fenómenos como la urbanización, la incursión de la mujer en el mercado laboral, la delegación del cuidado de los hijos a personas adultas mayores o cuidadores inexpertos o que no denotan interés por la vigilancia nutricional de los menores,

Las patologías alimentarias son asimétricas y complejas como lo es la globalización y su máximo exponente el neoliberalismo. (...) Así, por una parte tenemos una Anorexia “que come nada” y una bulimia y obesidad que intenta llenar con comida un vacío imposible de llenar. El vacío y la nada como alimentos de nuestro tiempo (Yosifides, 2006). ¿No hacen las personas con bulimia llenarse y vaciar el estómago, en el circuito que va del atracón al vómito o purga? ¿No se reproduce acaso con ello, el circuito al que empuja el neoliberalismo de comprar y descartar, de llenarse rápidamente para sentirse vacío?<sup>106</sup>

## 8. DISCUSIÓN.

***“Se trata de construir otra hegemonía, un nuevo bloque de poder en América Latina, que deje definitivamente atrás el neoliberalismo y pueda pensar en la posibilidad de otro mundo posible” Sader.***

A través del Modelo Conceptual de Salud Internacional se pudo hacer el análisis de un problema que trasciende las fronteras nacionales de cada uno de los países en estudio y se constituye en un asunto desafiante para la salud internacional.

La literatura alrededor del Modelo Conceptual que se referencia, plantea que éste constituye uno de varios acercamientos para el abordaje de temas de salud internacional, cuya construcción ha sido permanente, gracias a las contribuciones de participantes del Programa de Líderes en Salud Internacional, sus tutores y docentes, lo que permite a los especialistas en formación y a los académicos de la salud pública, plantearse la posibilidad de seguir haciendo aportes para su consolidación como un verdadero instrumento de validez científica.

Si bien para el análisis se hizo una reinterpretación del modelo que permitiera seleccionar tan solo 1 fuerza motora y una transversal, fue precisamente a través del modelo que pudieron definirse las categorías de análisis ordenado, de la vasta información recolectada y junto con la fuerza transversal dimensionar el carácter internacional del abordaje de la obesidad infantil.

Sin embargo, es prudente afirmar que cada subcategoría constituye en sí misma una línea de trabajo de investigación en la que valdría la pena ahondar, puesto que los límites de este trabajo monográfico imposibilitan la observancia y rigurosidad detallada de todos los procesos que subyacen a cada una de ellas, de tal modo que se presentan los hechos más relevantes que se relacionan con los hallazgos documentales de la malnutrición por exceso en los tres países.

El comercio, definitivamente establece condiciones sociales que se traducen en consecuencias para la salud de los pueblos, por lo que es necesario, precisar discusiones que recomienden las transiciones hacia un comercio justo, lo que se detalla como un desafío de la salud internacional y/o global. Pero es tal vez un mayor desafío, armonizar los intereses de los actores que están alrededor del tema de las relaciones comerciales en el contexto de la globalización y que de algún modo, dan

sustento a la malnutrición y agudizan las brechas e inequidades sociales. Es decir, que existe un fenómeno asociativo hacia la protección de la vida, tensiones y conflictos expresados a través de luchas diversas hacia la protección del medio ambiente, la defensa de los derechos humanos –niños, niñas, jóvenes, mujeres, trabajadores, en fin, todo un movimiento que se opone a las prácticas establecidas por el mercado, muchas veces a través de actos simbólicos que se siguen instalando como oportunidades de cambio, como fuerzas contrahegemónicas y que pese a ser una lucha desigual, es una lucha que moviliza y estructura cambios, incluso en los actores económicos de poder como la industria alimentaria y las multinacionales. Un ejemplo burdo es la oposición reciente de algunos consumidores a tomar bebidas gaseosas que generó la producción de bebidas con menos azúcar o light, y especialmente la introducción del té listo para el consumo facilitando la vida y cargado de mensajes que promocionan la adopción de estilos de vida saludable que asocian al consumo de este tipo de productos, situación que no pasa de ser otra jugada anticipada de las dueñas de la comida.

El ORAS-CONHU se pronuncia estableciendo una serie de metas a través de los planes andinos para luchar contra la malnutrición y las ECNT, con aspectos que son claves para movilizar reformas sustanciales en la región. La salud internacional tal vez debiera valerse de la fuerza global de las comunicaciones para posicionar estos acuerdos en la agenda pública regional y por qué no decirlo, global.

Los datos aquí presentados indican que habría un incremento del sobrepeso y obesidad infantil en la mayoría de los países de América Latina y esto debe ser motivo de preocupación por la fuerte asociación con obesidad en el adulto, hipertensión, dislipidemias, enfermedades respiratorias y desórdenes psicosociales generando costos como ya se ha mencionado impagables y que obligan a repensar en la forma cómo se concibe la salud y la necesidad de atender a las recomendaciones de acoger a la atención primaria, que más allá de la retórica exige de compromiso de los Estados para adoptar con dinamismo modelos de atención sanitarios que anticipen la enfermedad, promuevan la salud y prevengan la enfermedad, reto grande el de modificar las prácticas cotidianas que se contraponen al poderío de la industria farmacéutica y todo el complejo médico industrial.

Las Cartas de Ottawa y Bangkok resaltan la importancia de la participación y el empoderamiento ciudadano, y es a través de dicho empoderamiento como la sociedad en su conjunto se puede y debe alzar frente al Modelo imperante y el comercio sin límites, en una postura contrahegemónica o mejor aún en la conformación de una “nueva hegemonía” donde los derechos del hombre y el valor de la vida sean el centro de las actuaciones de cualquier tipo. Tergiversar el orden amañado o impuesto por el modelo neoliberal en los tres países, implica que el poder y el dinero no sean el centro de las discusiones y requiere de cambios sustanciales que ofrezcan las bases para un comercio consciente del entorno ambiental y social.

Los determinantes sociales son modificables, a través de políticas de valor público capaces de responder a las aspiraciones colectivas, sin embargo esto es cada vez más difícil, porque existen infraestructuras y maquinarias fastuosas con las que es complejo competir y esas estructuras las sostienen los medios de comunicación.

Al establecer subcategorías para examinar la categoría macro del COMERCIO se puede establecer que todas las decisiones a escala humana son susceptibles de generar afectación en la salud de las poblaciones, por lo que es necesario entender que la salud debe estar presente en todas las políticas. Así mismo, la revisión del modelo neoliberal en los tres países permite visualizar un fenómeno de globalización imparable que debe ser usado a favor de la consolidación de mejores prácticas en torno a este tema.

Como se pudo observar en el análisis documental, la pobreza, la inseguridad alimentaria, la inserción de la mujer en el mercado laboral, el sedentarismo, la publicidad y las comunicaciones dirigidas a niños y niñas, entre otros, son factores determinantes de la obesidad infantil, necesariamente ligados o a su vez determinados por las fuerzas motoras de Comercio y los Modelos de Desarrollo que tienen una relación de dependencia importante pese a que en el MCSI sean unidades de análisis distintas, su interacción es prácticamente indivisible, mantienen una relación de interdependencia.

Los modelos de desarrollo son instrumentos orientadores de las políticas públicas instauradas en razón al contexto global o la dinámica de las relaciones internacionales propias de una nación. Chile, México y Colombia han adoptado premisas del modelo económico neoliberal que a su vez se manifiestan en la política económica de cada nación, donde el comercio es una fuerza medular.

Así, de acuerdo con el modelo neoliberal, los tres países orientan sus políticas económicas hacia la eliminación de los controles de precios, la desregulación de los mercados de capital, la reducción de barreras comerciales y a la privatización del sector servicios.

En lo que respecta a las estrategias de intervención adelantadas en los tres países, casi todos los objetivos o pretensiones recaen en la voluntad individual para introducir cambios en los hábitos de consumo y la actividad física, si bien de eso se tratan todas las campañas educativas orientadas a la prevención, es importante que las estrategias vinculen los organismos del mismo gobierno, y la empresa privada porque la coordinación interministerial e intersectorial es una herramienta de vital importancia para adelantar cambios estructurales en la sociedad de consumo actual. Esa vinculación que se propone no es aquella que se deja permeable por la industria de la comida y las bebidas a través de apoyo financiero que les permita mantener su vigencia y controlar el ejercicio legislativo hacia la protección del

consumidor en contravía de sus intereses. Campañas que invitan a la población a vivir mejor, a alimentarse sanamente, a moverse más, deben estar sustentadas en cambios estructurales como las políticas agrícolas y pecuarias para la soberanía y seguridad alimentaria, las políticas de comercio exterior especialmente en el tema arancelario y de subsidios, la construcción de espacios para el deporte y la recreación, la iluminación de escenarios, la intervención en el tema de la seguridad, la garantía de una canasta alimentaria básica para cada familia con la respectiva educación para su administración y mejor aprovechamiento, entre muchos aspectos. Así mismo los mecanismos para la reducción de la pobreza extrema como las transferencias monetarias condicionadas usadas por los tres países: *Chile solidario*, *Oportunidades en México* y *Familias en Acción en Colombia*, deben ser sometidas a un sistema de monitoreo y evaluación al interior de las familias para alcanzar los beneficios que se estiman.

Finalmente, se puede deducir que esta enfermedad es un círculo vicioso, en el que la industria invierte miles de millones de dólares para perpetuar el estado mórbido y seguir vendiendo, no importa qué, ni cómo, la postura es mercantilista y avasalladora, se venden estándares de belleza, pastillas para adelgazar, productos para moldear el cuerpo, medicamentos para combatir las enfermedades en las que deriva la obesidad, se venden cirugías estéticas, bariátricas, *Reality's Show con el drama de los obesos o los anoréxicos*, en fin, un círculo que no se rompe fácilmente y precisamente ese constituye uno de los más grandes desafíos de la salud internacional en el presente siglo.

De acuerdo con lo anterior, Borrero Y, manifiesta:

El denominado complejo médico industrial, como paradigma ha privilegiado tratar la enfermedad antes que la salud, la enfermedad antes que los pacientes, los síntomas antes que las causas. Este modelo medicalizado impacta fuertemente la atención en salud, al incrementar las intervenciones innecesarias, en especial cirugías y atención especializada, asunto que beneficia más a la industria médica que a los pacientes. Asimismo, aumenta los costos de la atención en salud y provoca mayores niveles de dependencia de los individuos frente a los servicios de salud.<sup>105</sup>

Ciertamente, el especialista en salud internacional debe propender por serios ejercicios de cooperación, el panorama desolador de los tres países alienta una asociación sur-sur que podría consolidar un bloque de región, porque cabe anotar que hasta ahora los encuentros académicos y de analistas liderados por la sociedad civil, las ONGs, los gobiernos, la Organización Panamericana de la Salud, la FAO, El PMA, es decir por un gran número de actores de los sistemas internacional y nacional, siguen siendo tímidos, no porque sean tímidos los esfuerzos o los hallazgos, sino porque han sido incapaces de situar el tema como es debido en la agenda internacional a través de acuerdos, negociaciones comerciales y la política exterior, tal y como se propuso la Conferencia Panamericana sobre obesidad, celebrada en Aruba durante tres años consecutivos en 2011, 2012 y 2013 que como

se mencionó en el apartado de la cooperación hicieron en sus tres versiones, un especial énfasis en la obesidad infantil.

El papel de La Cooperación Internacional en este intrincado proceso de atención a las determinantes de la obesidad infantil, es profundamente retador, exigente y necesario, por lo que se ha de considerar el llamado hecho por los diferentes organismos para incluir el tema en escenarios de negociación de alto nivel, en los objetivos de la política exterior de cooperación para el desarrollo de los Estados, lo que no solo se circunscribe al establecimiento de acuerdos de orden comercial y tasación de precios de los alimentos, sino en otros ámbitos en los que es necesario intervenir, como en la formación de talento humano, en el diseño y puesta en marcha de políticas agrícolas, educativas, recreativas y sanitarias, aprovechando los avances en otras estrategias de integración y redes de servicios a través de e-salud (TICs) y la telemedicina así como los desarrollos específicos alrededor de mejores prácticas diplomáticas, de abogacía y negociación.

## 9. CONCLUSIONES.

***“Y el anónimo inventor del trueque sobresale sobre la nube de economistas que trabajan para lograr una teoría científica que justifique algo tan inhumano como el neoliberalismo” José Saramago.***

La obesidad infantil es una entidad multifactorial que deriva en un grupo de enfermedades crónicas incrementando los costos sanitarios, que en la actualidad son imposibles de subsidiar. Esto sitúa su abordaje como uno de los principales desafíos sanitarios de los últimos tiempos, lo que obliga a indagar en los factores que contribuyen a su prevalencia y tendencia al alza, para establecer los mecanismos de intervención desde diferentes sectores del desarrollo.

La definición de subcategorías de análisis contribuyó ampliamente al entendimiento de la categoría medular y permitió demostrar que El comercio constituye una determinante internacional de la prevalencia de obesidad infantil en Chile, Colombia y México durante la última década. Esta influencia es ejercida y sostenida, gracias a las dinámicas propuestas por el modelo de desarrollo neoliberal en términos de los cambios estructurales que posiciona en la economía sobre la pertenencia de los medios productivos y la redistribución de los ingresos.

La revisión documental demuestra que durante las dos últimas décadas se dieron cambios en los hábitos alimentarios y la actividad física de la población, especialmente del grupo infantojuvenil y que dichos cambios se pueden asociar a la influencia ejercida por dos fuerzas claves que son: Los Modelos de desarrollo y El comercio.

En Colombia, la obesidad infantil es un evento que no ha alcanzado a dimensionarse como ya lo hicieron en México y Chile, con el agravante de que el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) es deficiente y no ha sido adoptado por la totalidad de gobiernos subnacionales. La eliminación del evento malnutrición del proceso regular de notificación al sistema de vigilancia epidemiológica: SIVIGILA, influyó en la caída de los logros obtenidos en algunos departamentos frente a la adopción de los patrones de crecimiento de OMS acogidos por Colombia en 2010 a través de la Resolución 2121 específicamente en lo que respecta al reporte oportuno al sistema de vigilancia epidemiológica<sup>107</sup> puesto

que aún no se había logrado la migración al SISVAN. Si bien Colombia cuenta con la información que entrega la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional cada quinquenio, la información del SIVIGILA es inmediata y permite que los actores del sistema general de seguridad social en salud, actúen de manera oportuna, de acuerdo con sus competencias, ya que los eventos asociados a la malnutrición bien sea por defecto o por exceso son asuntos de interés en salud pública, cuyo abordaje debe ser integral desde los prestadores, aseguradores, autoridad sanitaria, entidades de protección y restitución de derechos y claramente el sector educativo y la familia.

Los desarrollos académicos y estratégicos (planes y programas) en materia de obesidad infantil en Chile y México son amplísimos, aunque hasta el momento no se presentan los resultados esperados porque la prevalencia sigue siendo alta y con tendencia al alza. Además se establece que la relación de vecindad que tiene México con Estados Unidos (EEUU) hace parte del problema, algunos autores señalan que la cultura de la comida rápida estadounidense ha migrado hacia el sur del país, es decir, hacia México y otros autores afirman que la responsabilidad es de las empresas de bebidas con azúcar añadida que EEUU produce y comercializa. Pero esta pregunta por quién es responsable del fenómeno epidémico es insustancial sino se formula para determinar cómo enfrentarlo mancomunadamente.

Respecto a Chile la consideración más relevante es la que establece que los cambios en la conducta y hábitos alimenticios coinciden con las mejoras en el poder adquisitivo lo que modifica la capacidad de compra de los grupos de menores ingresos, incrementando el consumo de alimentos altamente energéticos.

Al establecer comparativos entre los 3 países, la literatura abordada exhibe tensiones y conflictos marcados en México y Colombia frente a la seguridad y soberanía alimentaria de las naciones, en un ejercicio que se opone a los dictámenes de las relaciones comerciales internacionales. Son bastos los movimientos locales y *glocales* en contra de las latentes amenazas de las multinacionales que controlan la venta de agroquímicos y que a través de convenios y acuerdos comerciales se adueñan de la propiedad intelectual de las semillas y poco a poco eliminan los pequeños productores en una cadena de acontecimientos generadores de inseguridad alimentaria, que como se vio anteriormente, constituye un factor de riesgo para la obesidad.

Se pudo establecer que considerar o no que un niño padece sobrepeso u obesidad es una condición ligada a la percepción de padres y cuidadores sobre las representaciones de la salud y la enfermedad, donde es común asociar el sobrepeso o la gordura con el hecho de estar sano, situación que deriva en diagnósticos e intervenciones tardías donde los hábitos se hacen mayormente difíciles de modificar, por lo que la educación, la promoción de estilos de vida saludables cobra validez en la intervención. La industria publicitaria es experta en

modificar las percepciones, instala paradigmas de belleza, conceptos sobre estar saludables y los padres y cuidadores no están exentos de esta influencia.

La regulación del uso de las TICs que orientan la decisión y elección de consumo de los niños, niñas y adolescentes con estrategias de marketing y publicidad en los programas y páginas web infantiles no alcanza a protegerlos de la influencia ejercida por los medios, ya que las restricciones establecidas se hacen con base en la programación infantil y su franja horaria, dejando abierta la publicidad en programas de corte familiar como las telenovelas, reality show, y otro tipo de programas de los que los niños hacen parte. Conviene entonces comprender que las comunicaciones tienen un poder que no se ha estudiado cabalmente y que el tema de la legislación en este aspecto debe considerar variables como la expuesta. En este mismo sentido, es relevante enunciar cómo la industria alimentaria y la de bebidas azucaradas, se caracteriza por ejecutar un intenso lobby que les permita perpetuar las malas prácticas y peor aún evitar que los Estados legislen en favor de los consumidores

El escenario global actual parece haber eliminado las fronteras entre países por lo que se genera una **transferencia de riesgos** insospechada en el marco de transiciones demográficas, nutricionales y epidemiológicas que atacan de manera inequitativa los países en desarrollo, y especialmente a las mujeres y los niños, niñas y jóvenes.

## 10.RECOMENDACIONES

***“Es urgente sentar las bases de un comercio que considere el entorno, tanto ambiental como social, para hacer frente a los extremos del clima y a la inequidad en el acceso a los alimentos. Como consumidores tenemos la responsabilidad y el poder de fomentar un sistema económico sustentable y de obligar a las empresas a volverse sustentables”.***

***Green peace***

Posicionar en la agenda internacional las metas propuestas para el 2015 por el ORAS-CONHU respecto a la regulación del comercio de alimentos, frente al control de la comercialización (disposición, empaquetado, distribución y publicidad) de los productos poco saludables, establecer lineamientos claros para la publicidad de alimentos y bebidas para niños, la participación como bloque en el Codex alimentarius, las medidas de seguridad y soberanía sobre las regulaciones para los alimentos industrializados, el monitoreo al cumplimiento del código internacional de sucedáneos de la leche materna y a su consideración como medicamentos.

Garantizar el fortalecimiento de la atención primaria para la orientación nutricional y la prevención del sedentarismo en las escuelas y al interior de las familias, en sintonía con ambientes saludables que promuevan el deporte, la actividad física y la convivencia, para ello pueden aprovecharse otras campañas sanitarias ya previstas en el ámbito nutricional como son las escuelas saludables y las transferencias monetarias condicionadas que operan en los tres países.

Regular el uso de las TICs para orientar la decisión y elección de consumo de los niños, niñas y adolescentes como estrategia de marketing en los programas infantiles y las páginas infantiles comúnmente visitadas por los menores.

Convocar a los ministerios de telecomunicaciones de cada país para que a través de las TICs se realicen campañas y estrategias comunicativas sobre la orientación alimentaria saludable, ojalá igual de agresivas que las de la industria alimentaria gran promotora del sedentarismo y los malos hábitos.

***“Reforzar la cultura del amamantamiento y defenderla enérgicamente de la cultura del biberón”<sup>108</sup>*** donde adquieren importancia las estrategias de comunicación y campañas de apoyo y vigilancia a la lactancia en todos los sectores de la sociedad y la lucha contra los impedimentos a la lactancia en los sistemas de salud, el trabajo, las instituciones educativas, los escenarios de recreación y al interior de las comunidades.

Incluir dentro de los planes de desarrollo nacionales iniciativas en pro de la lactancia materna y el peso saludable, otorgándoles carácter de prioridad nacional transversal a todos los ministerios y sectores del desarrollo.

Promover la participación de líderes nacionales en el Programa de formación de líderes en salud internacional y asegurar que a través de la OPS se establezca una línea de investigación en este ámbito en el puedan participar los tres países bajo el marco de la Cooperación Sur-Sur.

Implementar políticas sanitarias coordinadas entre los ministerios de salud, educación, deporte, agricultura y comunicaciones para darle una atención integral e integradora a la situación problemática y disminuir la prevalencia de la obesidad infantil en México, Chile y Colombia y esto no se logra en el papel, deben darse compromisos serios, puesto que se observan regulaciones que así lo establecen pero que no se dan en la práctica por lo que situar el tema en la agenda internacional, logrará la verificación de estos compromisos.

Es realmente importante que la academia revise las transiciones nutricional y epidemiológica de los tres países que si bien han mejorado los indicadores de mortalidad infantil asociada a la desnutrición y el hambre, hoy día afrontan otros riesgos como la obesidad y el síndrome metabólico que incrementan la mortalidad a edades tempranas, y hay que atenderlo con el mismo grado de compromiso que los asuntos que tienen que ver con la malnutrición por defecto y cuyos costos son impagables hoy día.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica a nivel nutricional deben ser estrictamente fortalecidos y sometidos a la auditoría de organismos supranacionales que movilicen la atención y buenas prácticas para avanzar en el combate a la epidemia.

Conviene rescatar en la planeación estratégica y prospectiva los mejores escenarios para disminuir los indicadores de sobrepeso y obesidad mundialmente y especialmente en México, Chile y Colombia, teniendo en cuenta las recomendaciones de los cinco principios promulgados en la Declaración de París<sup>109</sup> para regular las acciones entre países donantes y receptores pero que además de ello pueden adoptarse y adaptarse como metodología aplicada a las realidades territoriales internas (Apropiación, Armonización, Alineamiento, Gestión Basada en Resultados y Mutua Responsabilidad).

Postular una nueva revisión del Modelo Conceptual de salud internacional donde se consideren los aspectos que se presentaron en esta monografía respecto a la interacción de las fuerzas motoras y los posibles niveles jerárquicos que permitirían acercamientos pertinentes a los fenómenos internacionales en estudio,

especialmente frente a la definición de las fuerzas motoras que son apreciadas como valores asociados a la salud

Establecer alianzas estrategias o aprovechar las que están activas para situar el tema de obesidad en la agenda política internacional.

Así mismo, la Facultad Nacional de Salud Pública podría convocar a los tres países a través de los proyectos nacionales y de región desarrollados por el Programa de Líderes en Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud, quienes podrían fungir como expertos intermediarios para alentar la asociación, en procura de generar ejercicios de cooperación y participación más allá de los procesos académicos y de entrenamiento propuestos por el programa.

El tema de la obesidad no solo atañe a las facultades formadoras del talento humano en salud, es un tema capaz de vincular a toda la universidad en su conjunto, quien pese a su papel en la transformación del entorno sigue haciendo abordajes desintegrados, con discursos que no conversan entre sí y que hacen inalcanzables los objetivos sanitarios de diverso orden.

La universidad, y especialmente este programa está en la capacidad de denunciar los conflictos de intereses que suscitan las alianzas inicuas entre Estado e Industria, donde los financiamientos ofrecidos por esta última para acciones sanitarias de carácter colectivo, no hacen otra cosa distinta, que posicionar sus marcas y emitir mensajes contradictorios a la población general.

Finalmente se reitera que este análisis y el panorama desolador que se observó, debe constituirse en el motor, para alentar una asociación sur-sur que podría consolidar un bloque de región en las Américas.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al doctor Luis Eliseo Velásquez Londoño, por asumir el compromiso de acompañar este ejercicio monográfico con respeto e interés.

Al equipo docente de la Especialización en Salud Internacional en cabeza del Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel, por sus contribuciones al desarrollo óptimo de la Primera Cohorte de Especialistas en salud internacional de la Facultad Nacional de Salud Pública.

A la profesora Isabel Cristina Posada por su trabajo inspirador.

Al programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” 2013, por sus inconmensurables aportes a mi formación profesional.



## ANEXOS

**Anexo1. Normatividad y guías vigentes alrededor de la Atención a la Obesidad y las ECNT. En México, Chile y Colombia. Procesamiento propio.**

CHILE	MÉXICO	COLOMBIA
<b>GUÍAS DE ATENCIÓN</b>		
<p>Decreto No. 44 publicado el 31 de enero de 2007. Apruébense las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la Ley No. 19.966 que establece el Régimen General de Garantías en Salud.</p>	<p>NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.</p>	<p>Resolución No. 412 de 25 de febrero de 2000. Establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.</p> <p>-Guía para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años.</p> <p>-Guía para la detección de las alteraciones del adulto joven de 10 a 29 años.</p>

<p>Anexo al Decreto No. 44 publicado el 31 de enero de 2007. Programa para la prevención de enfermedades crónicas: Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital.</p>	<p>NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica establece que son de notificación semanal los casos de HTA, DM, enfermedades isquémicas del corazón, entre otras.</p>	<p>Resolución No. 4003 del Ministerio de la Protección Social de 21 de octubre de 2008 publicada el 23 de octubre de 2008: Adopta el Anexo Técnico “Actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 en personas de 45 años o más afiliados al régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno”, que hace parte integral de la presente resolución.</p>
<p>Decreto No. 145 del 19 de diciembre de 2003 publicada el 9 de junio de 2003. Crea Consejo Asesor en Alimentación y Nutrición. Ministerio de Salud.</p>	<p>NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad</p>	<p>Acuerdo No. 395 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de 1 de octubre de 2008: Aprueba la inclusión de servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, en el esquema de subsidio pleno, para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial en los grupos poblacionales de mayor riesgo.</p>
<p>Resolución No. 556 del 3 de octubre de 2005 publicada el 21 de septiembre de 2005. Normas técnicas sobre directrices nutricionales que indica la declaración de propiedades saludables de los alimentos. Ministerio de Salud.</p>	<p>NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y Educación para la Salud en materia alimentaria</p>	<p>Decreto No. 2.771 del 30 de julio de 2008. Crea la comisión inter-sectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física.</p>
	<p>NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.</p>	<p>Ley 1355 de octubre 14 de 2009, Por medio de la cual se define la obesidad y las ECNT asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan</p>

		medidas para su control, atención y prevención
<b>OTRAS NORMAS RELACIONADAS</b>		
Decreto No. 977 del 13 de mayo de 1997 publicado el 6 de agosto de 1996. Reglamento Sanitario de los Alimentos. Ministerio de Salud.	Ley General de Salud, Capítulo III: Enfermedades no transmisibles. Febrero 7 de 1984	Acuerdo No. 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social de 1998. Establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Ley No. 18.966. 03 de septiembre de 2004. Establece el Régimen General de Garantías en Salud.	NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica establece que son de notificación semanal los casos de HTA, DM, enfermedades isquémicas del corazón, entre otras.	Resolución No. 5.109 de 29 de diciembre de 2005 del Ministerio de la Protección Social. Establece el reglamento técnico sobre los requisitos de rotulado o etiquetado que deben cumplir los alimentos envasados y materias primas de alimentos para consumo humano.
	NOM-051-SCFI/SSA-2010, "Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados. Información comercial y sanitaria	Decreto 3249 del 18 de septiembre de 2006. Reglamenta la fabricación, comercialización, envase, rotulado o etiquetado, régimen de registro sanitario, de control de calidad, de vigilancia sanitaria y control sanitario de los suplementos dietarios, se dictan otras disposiciones y se deroga el Decreto 3636 de 2005
		Decreto 3249 del 18 de septiembre de 2006.

		Reglamenta la fabricación, comercialización, envase, rotulado o etiquetado, régimen de registro sanitario, de control de calidad, de vigilancia sanitaria y control sanitario de los suplementos dietarios, se dictan otras disposiciones y se deroga el Decreto 3636 de 2005
	NOM-051-SCFI/SSA-2010, "Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados. Información comercial y sanitaria	Decreto No. 2.771 del 30 de julio de 2008. Crea la comisión inter-sectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física
	NOM-051-SCFI/SSA1-2010, "Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas pre-ensvasados. Información comercial y sanitaria.	Resolución 2508 de 2012 " "Por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que deben cumplir los aceites y grasas de origen vegetal o animal que se procesen, envasen, almacenen, transporten, exporten, importen y/o comercialicen en el país, destinados para el consumo humano y se dictan otras disposiciones".

**Anexo2. Relaciones de la Lactancia Materna con los ejes de política y dimensiones de la seguridad alimentaria y nutricional.<sup>110</sup>**

DIMENSIONES SAN	EJE DE POLÍTICA	DESCRIPCIÓN DEL EJE	LACTANCIA MATERNA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
-----------------	-----------------	---------------------	---

Dimensión de los medios económicos	Disponibilidad de los Alimentos	Es la cantidad de alimentos con que se cuenta en los ámbitos nacional, regional y local. Está relacionada con el suministro suficiente de éstos frente a los requerimientos de la población y depende fundamentalmente de la producción y la importación. Está determinada por la estructura productiva (agropecuaria o agroindustrial), los sistemas de comercialización internos y externos, los factores productivos (tierra, crédito, agua, tecnología y recurso humano), las condiciones ecosistémicas (clima, recursos genéticos y biodiversidad), las políticas de producción y comercio y las tensiones sociopolíticas (relaciones económicas, sociales y políticas entre actores).	Desde que se nace y hasta los seis meses de vida, la lactancia materna de forma exclusiva cumple todas las exigencias de la seguridad alimentaria y nutricional. La leche materna tiene una disponibilidad permanente, pues entre más se amamanta, más suficiencia y estabilidad hay en su suministro
	Acceso	Es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país. Sus determinantes básicos son los niveles de ingresos, la condición de vulnerabilidad, las condiciones socio-geográficas, la distribución de ingresos y activos (monetarios y no monetarios) y los precios de los alimentos.	En términos de acceso, no exige ningún gasto a la familia; su consumo es el deseable, es oportuno y, sin duda alguna, se encuentra en las mejores condiciones de calidad e inocuidad posibles
Dimensión de calidad de vida y fines del bienestar (capacidad de las personas de transformar los alimentos)	Consumo	Se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con su selección, las creencias, las actitudes y las prácticas. Sus determinantes son la cultura, los patrones y los hábitos alimentarios, la educación alimentaria y nutricional, la información comercial y nutricional, el nivel educativo, la publicidad, el tamaño y la composición de la familia.	En términos de consumo, las decisiones familiares e institucionales que acompañan el crecimiento y desarrollo de los y las menores de dos años de edad deben sustentarse en el mantenimiento de la lactancia hasta los 24 meses y en una alimentación complementaria adecuada. Nuevamente aquí se centra la prevención y mitigación de los riesgos que aparecen nutricionalmente para los menores de dos años, por decisiones inadecuadas frente al consumo alimentario

	Aprovechamiento biológico	Se refiere a cómo y cuánto aprovecha el cuerpo humano los alimentos que consume y cómo los convierte en nutrientes para ser asimilados por el organismo. Sus principales determinantes son: el medio ambiente, el estado de salud de las personas, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, agua potable, saneamiento básico y fuentes de energía	Sus contenidos y ventajas biológicas están demostradas científicamente y corresponden exactamente a las necesidades de los seres humanos. Ninguna leche industrial puede reemplazar la leche materna en el cumplimiento y garantía de seguridad alimentaria y nutricional en los menores de seis meses. El no contar con una alimentación adecuada en estos años influye negativamente en el desarrollo inmunológico de los niños y niñas, en su capacidad de respuesta a las enfermedades, en su frecuencia y gravedad. Además, se altera el aprovechamiento biológico de los alimentos, por los círculos de enfermedad - desnutrición.
Aspectos relacionados con la calidad e inocuidad de los alimentos	Calidad e inocuidad de los alimentos	Se refiere al conjunto de características de los alimentos que garantizan que sean aptos para el consumo humano, que exigen el cumplimiento de una serie de condiciones y medidas necesarias durante la cadena agroalimentaria hasta su consumo y aprovechamiento, asegurando que una vez ingeridos no representen un riesgo (biológico, físico o químico) que menoscabe la salud. No se puede prescindir de la inocuidad de un alimento al examinar la calidad, dado que la inocuidad es un atributo de la calidad. Sus determinantes básicos son la normatividad (elaboración, promoción, aplicación y seguimiento); la inspección, vigilancia y control; los riesgos biológicos, físicos y químicos, y la manipulación, conservación y preparación de los alimentos.	La garantía de la calidad e inocuidad de los alimentos que empiezan a ser introducidos de forma gradual durante esta etapa de la vida constituye un factor central de definición de estrategias sociales de gestión de riesgos que aparecen desde el comienzo de la vida.

Fuente: Colombia. Plan decenal de Lactancia Materna 2010-2020

**Anexo3. Estudios que relacionan la lactancia materna como factor protector a la obesidad. Síntesis de evidencia I.**

TIPO	NOMBRE PUBLICACIÓN	TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Boletín electrónico	IBFAN – ALC	Informe sobre Lactancia Materna N° 6	Liese AD, Hirsh T, Von Mutius E, Keil U, Leupold W, Weiland SK.	Evaluar si la lactancia materna se asocia con el sobrepeso frecuente en los niños pre-adolescentes	Estudio transversal con niños de 9 a 10 años que asisten a cuarto grado, en Dresde (n= 1046) y Múnich (n = 1062). Cuestionario amplio que incluye la historia detallada lactancia que fue llenado por los padres de los niños. Estudio realizado entre 1995/1996	Se observó una prevalencia significativamente menor en el sobrepeso entre niños amamantados en contraste con los niños que no fueron alimentados con leche materna. Los niños alimentados con leche materna fueron sustancialmente menos propensos a tener sobrepeso a los 9-10 años y (OR 0.55, IC del 95%: 0,41 hasta 0,74). Los resultados se atenúan ligeramente después del ajuste de la nacionalidad, estatus socio-económico, número de hermanos, padres fumadores (OR 0.66, IC del 95%: 0,52 a 0,87). Una duración más larga en general y la duración de la lactancia materna exclusiva se asoció significativamente con la disminución de la prevalencia del exceso de peso.	Los resultados ponen de manifiesto la importancia y el posible potencial preventivo de la nutrición temprana en el desarrollo de sobrepeso en los niños. Ambos comportamientos alimentarios adquiridos por los efectos metabólicos de la lactancia, pueden contribuir a la asociación inversa observada de la lactancia materna y el sobrepeso en los niños.

Electronical Journal	JAMA. The Journal of the American Medical Association	Risk of overweight among adolescents who had been breast fed as infants.	Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA, Berkey CS, Frazier AL, Rockett HR, Field AE, Colditz GA	Examinar el grado en que la condición de sobrepeso entre los adolescentes está asociado con el tipo de alimentación infantil (leche materna vs fórmula infantil) y la duración de la lactancia materna.	Encuesta a 8.186 niñas y 7.155 niños, con edades entre 9 y 14 años. Estudio de cohorte nacional de la dieta, la actividad y el crecimiento. Cuestionario complementario a sus madres. Estudio prospectivo.	En los primeros 6 meses de vida, 9.553 sujetos (62%) fueron alimentados sólo o principalmente con leche materna, y 4.744 (31 %) fueron en su mayoría alimentados con fórmula infantil. Un total de 7.186 sujetos (48%) fueron amamantados durante al menos 7 meses, mientras que 4.613 (31%) fueron amamantados durante 3 meses o menos. En las edades de 9 a 14 años, 404 mujeres (5 %) y 635 varones (9 %) tenían sobrepeso. Entre los sujetos que habían sido alimentados con leche materna exclusiva o predominante, en comparación con los que sólo o principalmente se alimentan con fórmula, la probabilidad proporcional (OR por sus siglas en inglés) para exceso de peso fue de 0,78 (intervalo de confianza del 95 % [IC], 0,66-0,91), tras ajustar por edad, el sexo, la madurez sexual, el consumo de energía, el tiempo viendo la televisión, la actividad física, índice de masa corporal de la madre, y otras variables que reflejan los factores sociales, económicos y de estilo de vida. En comparación con los sujetos que habían sido amamantados durante 3 meses o menos, los que habían sido amamantados durante al menos 7 meses tuvieron una OR ajustada para el exceso de peso de 0,80 (IC 95 %, 0,67 a 0,96). El momento de la introducción de alimentos sólidos, fórmula infantil o leche de vaca no estuvo relacionado con el riesgo de tener sobrepeso.	Una duración más prolongada de la lactancia materna se asocia a una mayor protección contra la obesidad
Boletín electrónico	Pubmed.gov PubMed - Medline Biblioteca Nacional de Medicina EEUU	Lactancia Materna y Obesidad: estudio transversal.	Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, Von Mucio E.	Discutir la importancia potencial de los diferentes componentes de la leche humana para la reducción en el riesgo de sobrepeso y obesidad.	Estudio de corte transversal	Hallaron que la prevalencia de obesidad en niñas y niños que nunca fueron amamantados era 4,5% en comparación con el 2,8% en niñas y niños que habían sido amamantados. Se observó una clara reducción de la obesidad de acuerdo con el tiempo en que estas niñas y niños fueron amamantados, es decir 3,8%, 2,3%, 1,7% y 0,8% para la lactancia materna durante 2 meses, 3 a 5 meses, 6 - 12 meses y más de 12 meses, respectivamente. Las niñas y los niños	El efecto preventivo de la lactancia materna se convierte en un importante argumento para la promoción de la lactancia materna en los países industrializados, ya que es una protección adicional para disminuir los riesgos de sobrepeso y obesidad.

						que habían sido amamantados presentaron un riesgo de sobrepeso un 20% menor; si habían sido amamantados durante seis meses, esta cifra era de 35%; asimismo. Se observaron efectos más pronunciados en cuanto a la obesidad, correspondientes a 25% y 43% respectivamente.	
Revista	The Lancet. <a href="http://www.thelancet.com">www.thelancet.com</a>	Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity	Armstrong J, Reilly JJ	Poner a prueba la hipótesis de que la lactancia materna se asocia con un menor riesgo de obesidad ya que, según los investigadores, la evidencia no es concluyente.	Revisión rutinaria por el visitador médico a la edad de 6-8 semanas como parte del programa de vigilancia de la salud del niño	Las niñas y los niños que habían sido amamantados presentaban una incidencia de obesidad un 30% menor.	La lactancia materna se asocia con una reducción en el riesgo de la obesidad infantil. La lactancia materna es una estrategia que tiene muchos beneficios, además de un posible efecto protector sobre el riesgo de obesidad en el futuro

## Anexo 4. Síntesis de evidencia II.

AUTOR Y AÑO TIPO ESTUDIO (CARACTERÍSTICAS)	POBLACIÓN	VARIABLES RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIOS	CALIDAD
<p>Ortiz L Acosta M; Nuñez AE; Peralta N; Ruiz Y</p> <p>2007</p> <p>Investigación transversal, observacional y analítica</p>	<p>Muestra (n=768 escolares) por conveniencia de 6 primarias (públicas y privadas) de la ciudad de México</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad Alimentaria,</li> <li>• Inseguridad Moderada</li> <li>• Inseguridad Severa</li> <li>• IMC</li> <li>• Consumo</li> </ul>	<p>La tasa más alta de sobrepeso se observó en los niños de hogares donde existía inseguridad alimentaria severa (15.8%), seguida por la de los niños que experimentaban moderada (10.4%), finalmente la tasa más reducida se observó en los que experimentaban seguridad alimentaria (6.9%), este patrón no se modificó después de ajustar por edad, sexo y estrato socioeconómico. Los escolares con inseguridad alimentaria tuvieron mayor consumo de cereales con grasa y de alimentos salados y dulces de alta densidad energética.</p>	<p>La inseguridad alimentaria se relaciona con mayor riesgo de sobrepeso en escolares, lo cual se puede deber a que en los hogares en los que se experimenta se adquieren más alimentos de bajo costo y alta densidad energética.</p>	
<p>Bonvecchio A; Safdie M; Monterrubio EA; Gust, T Villalpando S Rivera, JA.</p> <p>2009</p> <p>Estudio descriptivo</p>	<p>Se tomaron las Encuestas de Salud y nutrición México 1988, 1999 y 2006</p> <p>El número de hogares incluidos en la encuesta fueron 13.326, 17.716 y 48.304 para el 1988, 1999, y las encuestas de 2006, respectivamente</p>	<p>Índice de masa corporal</p>	<p>Las prevalencias de SP y O son altas en niños de todas las edades, particularmente en niños de edad escolar y adolescentes, estratificados por regiones, estado socioeconómico, áreas urbanas, rurales y grupo étnico.</p> <p>La prevalencia de SP y O en 2006 fue de 26.3% en el grupo de entre 2 a 18 años de edad, 16.7% en preescolares (niños entre 2 a 4 años), 26.2% (niños de 5 a 11 años) y 30.9% en adolescentes (12 a 18 años), usando la clasificación de The International Obesity Task Force (IOTF).</p> <p><i>Nota: Niños en edad escolar y adolescentes masculinos no fueron medidos en 1988, por lo tanto, las comparaciones de estos grupos de edad sólo incluyen 1999 y 2006</i></p>	<p>Se observa una tendencia de sobrepeso y obesidad en aumento en niños de edad escolar y adolescentes, para todos los subgrupos de población.(AU)</p>	<p>Se calcularon los intervalos de confianza del 95% para las proporciones, se utilizó El Test Wald para estimar diferencias entre grupos y modelos logísticos. Se calcularon los errores estándar de ajustar con el módulo de STATA SVY</p>

<p>Calvillo, A. Cabada X, García K</p> <p>2013</p> <p>Estudio Descriptivo de tipo cuali-cuantitativo.</p>	<p>29 productos distribuidos entre fórmulas lácteas y alimentos para bebé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido nutricional</li> <li>• etiquetado</li> <li>• publicidad</li> </ul>	<p>El porcentaje de azúcares encontrado en las fórmulas lácteas analizadas fue del 28 al 54% y el promedio de la cantidad de azúcares disponibles fue de 41%.</p> <p>El porcentaje de azúcares añadidos en los alimentos para bebés fue del 14 al 100% y el promedio del contenido de azúcares fue de 52%.</p> <p>100% de fórmulas analizadas contenían sodio, un producto excedió el doble de lo establecido en la norma oficial.</p> <p>Los productos que se ofrecían como "cereales" en realidad fueron "harinas refinadas". Ninguno de los productos cumplió con el mínimo de fibra acorde a la norma oficial Mexicana.</p>	<p>Se requiere de una política integral de combate a la obesidad en dónde se regule a la publicidad y las violaciones por parte de la industria. Es obligación del Estado proteger a la población del engaño publicitario y de productos poco saludables que ponen en riesgo su salud, especialmente a los niños. Es de carácter imperativo la protección de la lactancia materna ya que es derecho tanto del infante como de la madre.</p>	
<p>Lamus F, Díaz D Rincón C, Huertas ML</p> <p>2011</p> <p>Estudio Descriptivo</p>	<p>Se tomaron los datos de la ENDS (Encuesta de Demografía y Salud) Colombia 1995, 2000, 2005 y 2010.</p>	<p>Índice de talla para la edad (T/E) Índice de masa corporal (IMC)</p>	<p>Para los niños de 3 meses a 5 años, se pudo observar que el retraso en la talla ha ido disminuyendo, pasando de 20,3% en 1995 a 12,7% en 2010.</p> <p>La Desnutrición por IMC presentó una disminución significativa entre 1995 y 2010, pasando de 1,5 a 0,8%, y</p> <p>La prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad presentó valores entre 23,2% en 2005 y 30,1% en 2010</p>	<p>Se encontraron distintas expresiones de la transición nutricional en Colombia: mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en ambos subgrupos respecto a desnutrición, una prevalencia creciente y acelerada de obesidad en el grupo de mujeres en edad fértil, asociación del estado nutricional con marcadores potenciales de actividad física sedentaria y estado nutricional relacionado con algunas variables sociodemográficas.</p>	
<p>Liberona Y. Engler V Castillo O Villaruel L Rozowski J</p> <p>2008</p> <p>Estudio transversal.</p>	<p>1732 niños de ambos sexos de 9 a 12 años de edad de 50 y 60 básico de 18 establecimientos educacionales de la ciudad de Santiago, Chile</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso,</li> <li>• Talla,</li> <li>• Pliegue tricipital</li> <li>• Pliegue subescapular</li> <li>• Nivel socioeconómico</li> <li>• Ingesta de nutrientes</li> </ul>	<p>La prevalencia de malnutrición por exceso fue de 40 por ciento, siendo más importante en hombres de los estratos socioeconómicos de menores ingresos. Encontramos un mayor consumo de proteínas y grasas totales en el nivel socioeconómico más alto, mientras que el nivel de menores ingresos tuvo una mayor ingesta de carbohidratos. Tanto hombres como mujeres presentaron una adecuación superior al 75 por ciento en todos los macronutrientes con excepción de la fibra.</p>	<p>El estudio arrojó una elevada prevalencia de malnutrición por exceso en ambos sexos con un mejor patrón de alimentación en los niños de nivel socioeconómico alto.(AU)</p>	<p>El material empleado para recopilar la información sobre la ingesta de nutrientes mostró subregistro en los niños con sobrepeso y obesidad</p>

<p>Lara B, Flores Y, Alatorre MA, Sosa R, Cerde RM</p> <p>2011</p> <p>Estudio transversal</p>	<p>325 diadas madre-hijo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción materna (PM) adecuada del peso del hijo</li> <li>• PM inadecuada del peso del hijo</li> <li>• IMC</li> <li>• Niño emparentado</li> <li>• Niño no emparentado</li> </ul>	<p>84 de 100 madres de niños con SP-OB no percibieron adecuadamente el peso del hijo. El 97.5% percibió el SP-OB de Niños no emparentados y el 83.1% percibió la imagen con SP-OB con riesgo de salud. .</p>	<p>Este hallazgo coincide con otros estudios que señalan que las creencias y valores, nivel educativo materno, sexo del hijo, desconocimiento de una definición del SP-OB o el hecho de no aceptar que el hijo presenta SP-OB pueden ser factores que influyen en la PM no adecuada del SP-OB del hijo.</p>	<p>El índice de masa corporal medido del hijo fue el estándar de oro.</p>
<p>Ramos N, Marín J, Rivera S, Silva</p> <p>2006</p> <p>Estudio descriptivo de tipo cuali-cuantitativo</p>	<p>202 niños y niñas de 9 a 12 años en una escuela primaria,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Talla</li> <li>• Frecuencia de consumo</li> </ul>	<p>Más del 50% de los niños estudiados cursan con sobrepeso u obesidad, sobretodo en el sexo masculino. Se encontró asociación entre la ingesta de Comida Rápida (CR) y el grado de obesidad, más evidente en el sexo femenino. El riesgo de presentar sobrepeso u obesidad en sujetos con alta ingesta de CR es de 3.0.</p>	<p>Implementar medidas para disminuir la ingesta de comida rápida, ya sea a través de maniobras educativas en el niño, su familia y sus maestros y en el control sobre el tipo de alimentos que consumen, podría dar lugar a un descenso en el número de niños con problemas de sobrepeso y obesidad.</p>	
<p>Levi S, Rivera DJ, Ramírez SC</p>	<p>11.415 niños de 5 a 11 años de edad</p>		<p>Se encontró una prevalencia global del 27 %. La mayor prevalencia de obesidad (38.6 %) se encontró en los niños de 5 a 6 años de edad comparado con el 21% de niños entre los 7 y los 11 años de edad.</p>	<p>Según esto, los niños mexicanos se ven expuestos a una cultura "pago-ahorro" es decir, pague menos y obtenga más, por lo que resulta más barato ser obeso <i>Nota: Este estudio presentado en un Congreso, no se encontró completo pero si se halló referenciado en otros textos donde la información reportada es la misma.</i></p>	

**Fuentes:** Organización Mundial de la Salud. Recopilación de Normas sobre Prevención y Control de Enfermedades Crónicas En América Latina: Obesidad, Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares. OMS Washington D.C. 2009. *Diario Oficial México, Diario Oficial Colombia.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

---

<sup>1</sup> Guerrero E, Auer A, Godue C- Organizadores. Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde”. Washington: OPS; 2010.

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N°311. Mayo de 2014. OMS [Internet]. [Consultado 2014 mayo 15]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

<sup>3</sup> World Health Organization. Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting. ". [Internet] Ginebra: Publications of the World Health Organization; 2009 [Consultado 2014 mayo 15] Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf>

<sup>4</sup> Chile. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Estudios y encuestas poblacionales 2009-2010; [Internet]. Santiago: Minsal: 2010 [Consultado 2014 mayo 26]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

<sup>5</sup> México. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012; México: INSP 2012. [Internet] [Consultado 2013 mayo 27] Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

<sup>6</sup> Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010; Bogotá: ICBF 2011. [Internet]. [Consultado 2013 mayo 27]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1/ENSIN2010/LibroENSIN2010.pdf>

<sup>7</sup> Fundación Chile, Fundación de la Familia, Elige Vivir Sano, Collect GFK. Chile saludable. Oportunidades y Desafíos de Innovación, [Internet] [Consultado 2013 mayo 30] Disponible en: <http://www.fch.cl/wp-content/uploads/2012/11/ESTUDIO-CHILE-SALUDABLE-VOLUMEN-I.pdf>

<sup>8</sup> Yañez, J. Obesidad, Diabetes y Tributación. [Internet]. [Consultado 2013 mayo 29]. Disponible en: <http://www.cetuchile.cl/images/docs/obesidad.pdf> Pág.4

<sup>9</sup> Rodríguez, GJ. Situación Nutricional en México. En: Tercer foro del grupo de trabajo en Pobreza Alimentaria de la CNDS. México, 2011 Sep 07. México: Instituto

---

Nacional de Nutrición Salvador Zubirán; 2011.p.1-18 [Internet]. [Consultado 2013 mayo 26]. Disponible en: [http://www.nl.gob.mx/pics/pages/sdsocial\\_gtpobreza\\_base/salvadorzubiran.pdf](http://www.nl.gob.mx/pics/pages/sdsocial_gtpobreza_base/salvadorzubiran.pdf).

<sup>10</sup>Proexpansión. Consumo de gaseosas: ¿Existe una relación con la Obesidad y la Diabetes? [Internet] Junio, 2014 [Consultado: 2015 Enero 03] Disponible en: <http://proexpansion.com/en/articulos/346-consumo-de-gaseosas-existe-una-relacion-con-la-obesidad-y-la-diabetes>

<sup>11</sup> Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005; Bogotá: ICBF 2006. [Internet]. [Consultado: 2013 mayo 27]. Disponible en: [http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1/ENSI N2005/LIBRO\\_2005.pdf](http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1/ENSI N2005/LIBRO_2005.pdf)

<sup>12</sup> Robles Acevedo M. El proyecto Anti-obesidad Peso EH de universitarios Hidalguenses al reconocimiento internacional. [Internet]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [Consultado: 2014 marzo 20]. Disponible en: <http://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n1/e4.html>

<sup>13</sup> World Health Organization. Marketing Food to Children: The Global Regulatory Environment [Internet]. Switzerland: WHO; 2004. [Consultado 2013 mayo 27]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591579.pdf>

<sup>14</sup> Frenk J, Gómez-Dantés O. La Globalización y la Nueva Salud Pública. Salud Pública México [revista en la Internet]; 2007 Abr [consultado 2014 Feb 28]; 49 (2): 156-164. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000200011&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200011&lng=es)

<sup>15</sup> Peña M, Bacallao J. Obesity among the poor: an Emerging problema in Latin America and the Caribbean. In: Obesity Poverty and a New Public Health Challenge. Pan American Health Organization.

<sup>16</sup> Nehgme J, Carrillo J, Vargas C. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Hipertensión Arterial en Adolescentes Chilenos entre 15 y 17 años. Un Estudio Basado en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Ministerio de Salud, Chile. [Internet] [Consultado 2014 febrero 26] Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/HTA-en-Adolescentes-Trabajo-in-extenso-v3.1.pdf>

<sup>17</sup> Colombia, Congreso de la República. Ley 1355 de octubre 14 de 2009, Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Bogotá: El Congreso; 2009.

---

<sup>18</sup> Colombia. Instituto Nacional del Deporte COLDEPORTES. Plan Decenal del Deporte, la Recreación, la educación física y la actividad física para el desarrollo humano, la convivencia y la paz 2009-2019. Bogotá; 2009 [Internet]. [Consultado 2013 mayo 30]. Disponible en: <file:///C:/Users/Propietario/Downloads/PLAN%20DECENAL%20COLDEPORTES.pdf>

<sup>19</sup> Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2771 de 2008, por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física. Diario Oficial 47.066 (julio 30 de 2008).

<sup>20</sup> Moreno Esteban B., Monereo Megías S., Álvarez Hernández J. Obesidad: la epidemia del siglo XXI. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2003 Feb [Consultado 2014 Nov 15]; 18(1): 51-51. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112003000100008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000100008&lng=es).

<sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. [Internet]. 2009 [Consultado 2013 mayo 30]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-ac911s.pdf>

<sup>22</sup> Achor MS, Benítez NE, Brac ES, Barslund SA. Obesidad Infantil. Rev. posgrado Vía. Cátedra Med. 2007 Abril; 168: 34-38.

<sup>23</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile. Moreno, M. Diagnóstico de Obesidad y sus Métodos de Evaluación. En: Boletín Escuela de Medicina, Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo. [Internet]. Santiago: Universidad Católica de Chile; 1997. [Consultado 2014 febrero 28]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad03.html>

<sup>24</sup> Kaufer-Horwitz M, Toussaint G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet]. 2008 Diciembre; 65(6): 502-518 [consultado 2014 mayo 25] Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000600009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600009&lng=es).

<sup>25</sup> Cabrera Ramos R, Tariatcuri M. Obesidad Infantil en Preescolares, un problema de salud pública. [Internet] [Consultado 2013 mayo 25] Disponible en: [http://www.colectivoeducadores.org.ar/cd\\_6to\\_encuentro/pages/pdf/eje\\_4/pdf\\_4\\_mexico/M090.pdf](http://www.colectivoeducadores.org.ar/cd_6to_encuentro/pages/pdf/eje_4/pdf_4_mexico/M090.pdf)

---

<sup>26</sup> Hodgson, M. Obesidad Infantil. [Internet] [Consultado 2013 mayo 25] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/obesidad.html>

<sup>27</sup> Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85:660-7. [Internet] [Consultado 2013 mayo 26] Disponible en: [http://www.who.int/growthref/growthref\\_who\\_bull\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull_es.pdf?ua=1)

<sup>28</sup> Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320:1240-3 [Consultado 2013 mayo 26] Disponible en: [http://h4l.edu.pt/download/cole%20et%20al%202000\\_BMJ.pdf](http://h4l.edu.pt/download/cole%20et%20al%202000_BMJ.pdf)

<sup>29</sup> Organización Mundial de la Salud. Patrones del crecimiento infantil. OMS. [Internet] [Consultado 2013 mayo 25] Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

<sup>30</sup> Rodríguez, M. De La Salud Individual A La Salud Global: En La Búsqueda de Un Mundo Mejor. [internet] [Consultado 2013 abril 20] Disponible en: <http://www.elagora.org.ar/site/documentos/Ponencia-Isabel-Rodriguez.pdf>

<sup>31</sup> Franco Giraldo A, Borrero Y, Muñoz N, Valencia M, Pérez E, Arroyave, I. Et.al. De la salud internacional a la salud global: contextos, estrategias y perspectivas. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2012.

<sup>32</sup> Organización Panamericana de la Salud. Salud Internacional: un Debate Norte-Sur. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 95. Washington DC: OPS; 1992.

<sup>33</sup> Muñoz Franco N. Tensión epistemológica en la salud pública internacional: aproximaciones para un debate. En: Franco Giraldo A. De la salud internacional a la salud global, contextos, estrategias y perspectivas. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2012. p.12-21.

<sup>34</sup> Pérez Tamayo E. Políticas públicas globales de salud: escenarios de configuración y pape de los diferentes actores. En: De la salud internacional a la salud global, contextos, estrategias y perspectivas. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2012. p.32-39.

<sup>35</sup> Tamayo Acevedo, JH. Los nuevos desafíos de la salud global. En: Franco Giraldo A. De la salud internacional a la salud global, Contextos, estrategias y perspectivas. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2012. p. 58-69

---

<sup>36</sup> Valencia Arredondo, M. La Cooperación Internacional como herramienta para alcanzar la salud global. En: Franco Giraldo A. De la salud internacional a la salud global, contextos, estrategias y perspectivas. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2012. p.26-31

<sup>37</sup> Organización Panamericana de la Salud. La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud. 48<sup>o</sup> Consejo Directivo 60<sup>a</sup> sesión del Comité Regional OPS. Washington D.C. 2008

<sup>38</sup> Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo [Internet] Perú: APNUDE [Consultado: Marzo 5 2013] Disponible en: [http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/?page\\_id=31](http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/?page_id=31)

<sup>39</sup> Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. Plan Estratégico de la Subregión Andina para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT) 2012-2016. [Consultado 2014 febrero 20]. Disponible en: [http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Plan\\_SubRegiona\\_ENT.pdf](http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Plan_SubRegiona_ENT.pdf)

<sup>40</sup> Organización Mundial de La Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Internet] [Consultado: 2014 Marzo 5] Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf?ua=1)

<sup>41</sup> World Obesity Federation [Internet] Londres [Consultado: 2014 Marzo 5] Disponible en: <http://www.worldobesity.org/>

<sup>42</sup> Pan American Conference on Obesity. [Internet] Oranjestad [Consultado: 2014 Marzo 5] <http://www.paco.aw/paco3conference-sp.php>

<sup>43</sup> Weight-Control Information Network [Internet] Bethesda [Consultado: 2014 Marzo 5] Disponible en: <http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-communication-programs/win/Pages/default.aspx>

<sup>44</sup> Alianza por la Salud Alimentaria.org.mx Internet] México [Consultado: 2014 Marzo 5] Disponible en: <http://alianzasalud.org.mx/>

<sup>45</sup> El poder del consumidor [Internet] México [Consultado: 2014 Marzo 5] Disponible en: <http://elpoderdelconsumidor.org>

<sup>46</sup> La Plataforma Estratégica contra el Sobrepeso y la Obesidad (ContraPESO). [Internet] México [Consultado: 2014 Marzo 5] Disponible en: <http://www.contrapeso.org/category/sobrepeso-y-obesidad/>

<sup>47</sup> Empresas por la Infancia.org [Internet] [Consultado: Marzo 5 2013] Disponible en: <http://www.empresasxlainfancia.org/>

---

<sup>48</sup> World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. [Internet] 2008 [Consultado: Marzo 5 de 2014] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf)

<sup>49</sup> Panamerican Health Organization. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. [Internet] [Consultado: Marzo 5 2013] Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

<sup>50</sup> Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. [Internet] Agosto 2005 [Consultado: Marzo 5 2013] Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)

<sup>51</sup> Álvarez Pérez A, García Fariñas A, Romero Placeres M, Álvarez Toste M. Los determinantes internacionales del estado de salud de la población. Su abordaje a la luz de la Batalla de Ideas. [Internet] [Consultado: Marzo 5 de 2013] Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45\\_3\\_07/hie01307.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45_3_07/hie01307.pdf)

<sup>52</sup> Liberona Y, Engler V, Castillo O, Villarroel L, Rozowski J. Ingesta de Macronutrientes y prevalencia de malnutrición por exceso en escolares de 5º y 6º Básico de distinto nivel socioeconómico de la región metropolitana Rev. chil. nutr. [revista en la Internet]. 2008 Sep [consultado 2013 Dic 26]; 35(3): 190-199. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182008000300004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000300004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000300004>

<sup>53</sup> García L, Ospina J. Imaginarios de las personas en situación de discapacidad en torno a la actividad física. Rev. Cienc. Salud. [Internet]. 2008 Agosto [Consultado 2015 Enero 02]; 6(2): 51-63. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-72732008000200005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732008000200005&lng=en).

<sup>54</sup> Braham E. Obesidad Infantil: la armadura contra el maltrato. [Internet]. 2014 Enero [Consultado 2015 Enero 03] Disponible en: <https://medicodelalma.wordpress.com/>

<sup>55</sup> Ortiz L, Acosta MN, Núñez AE, Peralta N, Ruiz Y. En escolares de la Ciudad de México la inseguridad alimentaria se asoció positivamente con el sobrepeso. Rev. invest. clín. [Internet]. 2007 Feb. [Consultado 2014 Enero 28]; 59(1):32-41 Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-83762007000100005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762007000100005&lng=es)

---

<sup>56</sup> Bracho F, Ramos E. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso?. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2007 Feb [consultado 2014 Enero 18]; 78(1): 20-27. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062007000100003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000100003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000100003>.

<sup>57</sup> Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución N° 008430 del 04 de octubre de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Diario oficial, 46506 (Oct 4 1993)

<sup>58</sup> International Life Sciences Institute. Meléndez, G. Obesidad Infantil en México. Magnitud del Problema y Determinantes que la Favorecen en la Escuela y en la Casa [internet]. México D.F: Fundación Mexicana para la Salud. [Consultado 2014 febrero 20]. Disponible en: [http://www.ilsimexico.org/tourils/Obesidad Infantil en Mexico.pdf](http://www.ilsimexico.org/tourils/Obesidad%20Infantil%20en%20Mexico.pdf)

<sup>59</sup> Atalah E. Epidemiología de La Obesidad en Chile. Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

<sup>60</sup> Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N°342 de Julio de 2010. OMS. [Internet] [Consultado 2013 mayo 25] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/va>.

<sup>61</sup> International Life Sciences Institute. Meléndez, G. Obesidad Infantil en México. Magnitud del Problema y Determinantes que la Favorecen en la Escuela y en la Casa [internet]. México D.F: Fundación Mexicana para la Salud. [Consultado 2014 febrero 20]. Disponible en: [http://www.ilsimexico.org/tourils/Obesidad Infantil en Mexico.pdf](http://www.ilsimexico.org/tourils/Obesidad%20Infantil%20en%20Mexico.pdf)

<sup>62</sup> Organización Internacional del Trabajo. Convenio 183 Sobre la Protección de la Maternidad [internet]. Ginebra: OIT; 2000. [Consultado 2014 febrero 26]. Disponible en: [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C183](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183)

<sup>63</sup> Colombia, Congreso de la República. Ley 1468, Por medio de la cual se modifican los artículos 236, 239, 57, 58 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 48116 (Junio 30 de 2011).

<sup>64</sup> Chile, Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. Ley 20.545, Por medio de la cual se modifican las normas de protección a la maternidad, e incorpora el permiso de postnatal parental". Diario oficial de Chile (octubre 17 de 2011).

---

<sup>65</sup> Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y El Niño Pequeño. Ginebra: UNICEF; 2003. [Internet]. [Consultado 2014 febrero 26]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9243562215/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9243562215/es/)

<sup>66</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El Estado de las Guías Alimentarias basadas en alimentos en América Latina y el Caribe. [Internet] [consultado 2014 Mayo 08]; Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i3677s.pdf>.

<sup>67</sup> San Sebastián M, Hurtig A, Breilh J, Peralta A. El Movimiento de Salud de los Pueblos: salud para todos ya. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2005 Julio 18(1):45-49. [consultado 2014 Mayo 08]; Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000600008&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000600008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000600008>.

<sup>68</sup> Valencia M. La Cooperación Internacional como Herramienta para alcanzar la Salud Global. En: Franco Giraldo A. De la salud internacional a la salud global: contextos, estrategias y perspectivas. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2010; Pág 28.

<sup>69</sup> Franco Giraldo A. Salud global: Política pública, derechos sociales y globalidad. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2010.

<sup>70</sup> GREEN PEACE. ¿Y tú... sabes lo que comes? Guía de Transgénicos y consumo responsable. 3ª edición. Septiembre de 2012. Pág. 5. [Internet] [Consultado: 2014 Febrero 28] Disponible en: <http://3inz7fo7irtr3thr14bu4z11y3.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/guia-de-transgenicos.pdf>

<sup>71</sup> Santos A. Efectos de la apertura comercial de la economía mexicana en el consumo de alimentos de los hogares urbano-populares, 1992-2010. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México D.F: 2012 [Internet] [Consultado: 2014 Febrero 03] Disponible en: [http://www.flacso.edu.mx/biblioiberoamericana/TEXT/MCS\\_XVIII\\_promocion\\_2010-2012/Santos\\_A.pdf](http://www.flacso.edu.mx/biblioiberoamericana/TEXT/MCS_XVIII_promocion_2010-2012/Santos_A.pdf)

<sup>72</sup> Cardaci D. Obesidad infantil en América Latina: un desafío para la promoción de la salud. En: Global Health Promotion. Septiembre 2013 vol. 20 no. 3 80-82[Internet] [Consultado: 2014 Mayo 10]

---

<sup>73</sup> El tiempo. Gordura sin aranceles. En Editorial: El Tiempo. 2012 junio 01. [Internet] [Consultado 2014 Feb 01] Disponible en: [http://www.eltiempo.com/opinion/editoriales/ARTICULO-WEB-NEW\\_NOTA\\_INTERIOR-11917342.html](http://www.eltiempo.com/opinion/editoriales/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-11917342.html)

<sup>74</sup> Sindicato Nacional de Trabajadores del Sistema Agroalimentario. Monsanto y los cultivos transgénicos en Colombia. Grupo semillas, Febrero 2007 [internet] [consultado 2014 Feb 01] Disponible en: <http://www.sinaltrainal.org/index.php/otras-iniciativas/tribunal-permanente-de-los-pueblos/tpp-sesi%C3%B3n-colombia/audiencia-biodiversidad/184-monsanto-y-los-cultivos-transgenicos-en-colombia>

<sup>75</sup> Hoyos J. ¿De quién son las semillas? El Colombiano 2012 Junio 02; Sección: Negocios. [Internet] [Consultado 2014 noviembre 01] Disponible en: <http://www.elcolombiano.com/de-quien-son-las-semillas-BVEC-184445>

<sup>76</sup> Mendoza V Carolina, Pinheiro F Anna Christina, Amigo C Hugo. Evolución de la Situación Alimentaria en Chile. Rev. chil. nutr. [revista en la Internet]. 2007 Mar [consultado 2014 Feb 01]; 34(1):62-70. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182007000100007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000100007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182007000100007>.

<sup>77</sup> Chile. Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares 2006-2007 Disponible en: [http://www.ine.cl/canales/base\\_datos/otras\\_bases\\_datos.php](http://www.ine.cl/canales/base_datos/otras_bases_datos.php)

<sup>78</sup> Chile. Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares 2009-2010 Disponible en: [http://www.ine.cl/canales/base\\_datos/otras\\_bases\\_datos.php](http://www.ine.cl/canales/base_datos/otras_bases_datos.php)

<sup>79</sup> Cabada X, Calvillo A, García K. La Alimentación Industrializada del Lactante y el Niño Pequeño. El Nuevo Meganegocio. México D.F: El Poder del Consumidor; 2013. [Internet] [Consultado 2014 febrero <sup>26</sup>]. Disponible en: [http://alianzasalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/02/Alimentaci%C3%B3n-industrializada-lactante-ni%C3%B1o-peque%C3%B1o\\_VF.pdf](http://alianzasalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/02/Alimentaci%C3%B3n-industrializada-lactante-ni%C3%B1o-peque%C3%B1o_VF.pdf)

<sup>80</sup> World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva Switzerland WHO; 1981 [Internet] [Consultado 2014 febrero 26]. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/files/nutrition\\_code\\_english.pdf](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf)

<sup>81</sup> Barrington S. Los lactantes por encima de los negocios. *En: El Progreso de las Naciones* Nueva York. Unicef, 1997 UNICEF.

---

<sup>82</sup> Ramos N, Marín J, Rivera S, Silva Y. Obesidad en la población escolar y la relación con el consumo de comida rápida. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2006 Mar [consultado 2014 Enero 09]; 15(55): 9-12. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000300002&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000300002>

<sup>83</sup> Levi S, Rivera DJ, Ramírez SC. Sobrepeso y Obesidad en la Población Escolar Mexicana. Libro de resúmenes del IX Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública [PDF].

<sup>84</sup> Diario Oficial de la Federación, México. [Internet] [Consultado 2014 enero 19]. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5328463&fecha=30/12/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5328463&fecha=30/12/2013)

<sup>85</sup> Chile. Senado de la República de Chile. Noticias Publicado el 07/06/2013. [Internet]. [Consultado 2013 Julio 10] Disponible en: [http://www.senado.cl/prontus\\_senado/site/artic/20130607/pags/20130607094451.html](http://www.senado.cl/prontus_senado/site/artic/20130607/pags/20130607094451.html)

<sup>86</sup> Macías A, Gordillo L, Camacho E. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev. chil. nutr.* [revista en la Internet]. [consultado 2013 Dic 06]; 2012 Sep 39(3): 40-43. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-5182012000300006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-5182012000300006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006>.

<sup>87</sup> Velandia N; Cárdenas L; Agudelo N. ¿Qué Ofrecen las Tiendas Escolares y qué consumen los estudiantes durante el descanso? Estudio en la Ciudad de Tunja, 2009. *Hacia promoc. Salud* 2011 Julio [Internet]. [consultado 2014 Feb 09]; 16(1): 99-109. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772011000100008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772011000100008&lng=en)

<sup>88</sup> Bustos N, Kain J, Leyton B, Vio F. Cambios en el patrón de consumo de alimentos en escolares chilenos con la implementación de un kiosco saludable. *ALAN* [revista en la Internet]. 2011 Sep [consultado 2014 Enero 20]; 61(3): 302-307. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222011000300010&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000300010&lng=es)

<sup>89</sup> Fayanás, E. Coca cola: La gran depredadora del agua. *Nueva Tribuna*. 26 Abril 2011 [Internet] [Consultado. 2014 enero 23] Disponible en: <http://www.nuevatribuna.es/articulo/medio-ambiente/coca-cola-la-gran-depredadora-de-agua/20110426104813053759.html>

---

<sup>90</sup> Ecocosas. 18 de Julio de 2012. [Internet] [Consultado. 2014 enero 23] Blog. <http://ecocosas.com/eg/las-10-multinacionales-mas-peligrosas-del-mundo/>

<sup>91</sup> Fernández, P. Globalización, Neoliberalismo, Trasnacionalización. Blog Sociología Política. Disponible en: <http://pabloraulfernandez.blogspot.com/2009/06/globalizacion-neoliberal-crecimiento-y.html>

<sup>92</sup> Arteaga Basurto C. Notas sobre la globalización. En: Acevedo Alemán J, Trujillo Pérez M, López Saucedo M. La Problemática de los grupos vulnerables. Visiones de la realidad. Tomo II. Coahuila: Universidad Autónoma de Coahuila; 2012. p.10-18

<sup>93</sup> Revista Semana. Arremetida Azteca. [sitio Web] [Consultado: 2014 enero 16] Disponible en: <http://m.semana.com/economia/articulo/arremetida-azteca/102622-3>

<sup>94</sup> KIENYKE.COM. El 94% de la publicidad promueve alimentos no saludables. 2013 Agosto 2 [Internet] [Consultado 2014 marzo 01] Disponible en: <http://www.kienyke.com/historias/publicidad-enemiga-de-la-buena-alimentacion/>

<sup>95</sup> La Jornada. Sociedad y Justicia. Obesidad: Regalo del TLCAN a México, 'La Jornada', 6 de abril del 2012. [Internet] [Consultado 2014 marzo 01] Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2012/04/06/sociedad/036n1soc>

<sup>96</sup> Marchiorí Buss P. Salud Internacional: Aproximaciones a Conceptos y Prácticas. En: Salud Internacionl: Un Debate Norte-Sur. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 95. Washington DC: OPS; 1992.

<sup>97</sup> Empresas por la Infancia. Comunicación, Marketing e Infancia. Recomendaciones para empresas en la promoción de prácticas hacia los niños, niñas y adolescentes. Argentina, noviembre de 2013. [Internet] [Consultado: 2014 marzo 01] Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/monitoreo\\_RSE\\_Comunicacion-Marketing-e-Infancia..pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/monitoreo_RSE_Comunicacion-Marketing-e-Infancia..pdf)

<sup>98</sup> Gómez L, Jacoby E, Ibarra L, Lucumí D, Hernández A, Parra D et al. Patrocinio de programas de actividad física por parte de la industria de bebidas azucaradas: ¿salud pública o relaciones públicas?. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2011 Abril [consultado 2015 Enero 06]; 45(2): 423-427. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000200022&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200022&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000200022>.

---

<sup>99</sup> World Federation Advertisers. Food and beverage advertising to children. When is a child a child? July 2007 [Internet] [Consultado: 2014 march 01] Disponible en: [http://www.wfanet.org/pdf/adv\\_papers/when\\_is\\_a\\_child\\_a\\_child.pdf](http://www.wfanet.org/pdf/adv_papers/when_is_a_child_a_child.pdf)

When is a child a child?

<sup>100</sup> ¿Cómo nos envenenan? La seguridad alimentaria en manos de las multinacionales. [Internet] [Consultado: 2013 julio 03] Disponible en: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=83370>

<sup>101</sup> Organización Mundial de la Salud. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Ginebra, Suiza 2010: OMS; 2010. [Internet] [consultado 2014 febrero 22] Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243500218\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243500218_spa.pdf)

<sup>102</sup> Rodríguez R. La obesidad infantil y los medios electrónicos de comunicación. Artículo de revisión. Medigraphic [revista en la Internet] Agosto 2006 [consultado 2014 Feb 03]. VIII (2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isq-2006/isq062g.pdf>

<sup>103</sup> Olivares S; Lera L; Mardones M; Araneda J; Bustos N, Olivares M et al. Investigación Promoción de alimentos y preferencias alimentarias en escolares chilenos de diferente nivel socioeconómico. ALAN [revista en la Internet]. 2011 Jun [consultado 2014 Feb 03]; 61(2): 163-171. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222011000200008&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000200008&lng=es)

<sup>104</sup> Pérez D, Rivera J, Ortiz L. Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? Salud pública Méx [Internet]. 2010 Abril [consultado 2014 mayo 26]; 52(2):119-126. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-6342010000200003&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-6342010000200003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342010000200003>.

<sup>105</sup> Borrero Ramírez, Y. Contexto para la investigación y la praxis de la salud global. En: Franco Giraldo A. De la salud internacional a la salud global: Contextos, estrategias y perspectivas. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2010; p.1-11.

<sup>106</sup> Valles Huerta L. Patologías Alimentarias de la Globalización: Obesidad y Bulimia. En: Acevedo Alemán J, Trujillo Pérez M, López Saucedo M. La Problemática de los grupos vulnerables. Visiones de la realidad. Tomo II. Coahuila: Universidad Autónoma de Coahuila; 2012. p.47-52

---

<sup>107</sup> Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2121 de junio 9 de 2010, Por medio de la cual se adoptan los Patrones de Crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud, OMS, en el 2006 y 2007 para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 47744 (18 de junio de 2010).

<sup>108</sup> UNICEF. Alimentación del Lactante y el niño pequeño. Declaración de Innocenti del 2005. 15to. Aniversario de la Declaración de Innocenti sobre la Protección, la Promoción y el Fomento a la Lactancia Materna. UNICEF [Internet] [consultado 2014 febrero 28] Disponible en: [http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration\\_sp\\_p.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_p.pdf)

<sup>109</sup> Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y programa de acción de Accra. [Internet] 2008 [consultado 2013 mayo 28] Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/34580968.pdf>

<sup>110</sup> Colombia, Ministerio de la Protección Social. Convenio de cooperación técnica y financiera No. 233 de 2009 entre el Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. Primera edición, Agosto de 2010. Bogotá: El Ministerio; 2010. Págs. 78-80