

Obesidad y salud pública

Estrategias políticas para combatirla

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la salud mundial está transformándose.

Las enfermedades no transmisibles están reemplazando a las transmisibles en número de casos

y en mortalidad. Asimismo, la tradición culinaria local o regional se transforma rápidamente y se globaliza, al tiempo que la actividad física decrece y las poblaciones envejecen cada vez más. Más de mil millones de adultos de todo el mundo presentan sobrepeso y 300 millones enferman con obesidad mórbida. La obesidad, por tanto, se ha convertido en un problema de salud pública que necesita urgentes medidas políticas para combatirlo.

Por primera vez, estudios clínicos evidencian que el 46% de la mortalidad mundial guarda relación con problemas complejos derivados de aspectos tan simples como la dieta y el ejercicio.

Por otro lado, la pérdida de peso resulta difícil y aun más su mantenimiento. La mayoría de los pacientes obesos no se adhieren al consejo higiénico dietético propuesto por el médico; la mayoría de quienes se adhieren no alcanza el peso que le corresponde en su adelgazamiento y la mayoría de quienes finalmente logran adelgazar vuelve a engordar con el paso del tiempo.

Aunque en España no nos encontramos en los niveles de prevalencia de obesidad de Estados Unidos, nuestro país se encuentra entre los tres europeos con mayor obesidad infantil. En España, actualmente, el 7% del gasto sanitario global se destina a combatir la obesidad.

MONTSE VILAPLANA

FARMACEUTICA COMUNITARIA.
MÁSTER EN NUTRICIÓN Y CIENCIAS DE LOS ALIMENTOS.



Debemos tener en cuenta que la obesidad no es un problema de los obesos, sino del conjunto de la sociedad. Esto implica que debemos abordar el problema como una estrategia de salud pública en la que debe primar la prevención. Y es especialmente en el ambiente doméstico donde se desarrolla la promoción de los buenos hábitos de salud. La principal comida del día en todo esquema nutricional correcto es el desayuno, que se prepara en casa. También las escuelas desempeñan un papel esencial en la promoción de buenos hábitos de salud, pero el ambiente doméstico es todavía más decisivo que las escuelas.

También se ha demostrado que alargar la lactancia materna más allá de los seis meses tiene un efecto favorable en la prevención de obesidad, y hay que insistir a clínicas y hospitales para que estimulen la lactancia materna tras el parto.

Las leches adaptadas pueden sustituir la composición de la leche materna, pero no el acto de amamantar. Cuando el bebé llora no es sólo porque tenga hambre o sueño. Si le acostumbramos a enchufarle un chupete, un biberón con agua azucarada o con leche sustitutiva empezamos a gestar la futura obesidad, a sustituir con comida una demanda de afecto o de ternura.

Por otro lado, curar la obesidad mórbida es posible y necesario, pero es más importante intervenir en la preobesidad, evitar que los ciudadanos y ciudadanas engorden. En realidad, intervenir en zona de bajo riesgo (IMC de 25-30 kg/m²) resulta más rentable que hacerlo en zona de medio riesgo (30-40) o de riesgo elevado (más de 40). Pero lo que ocurre es que se interviene más donde menos rentable resulta.

Curar la obesidad mórbida es posible y necesario, pero es más importante intervenir en la preobesidad, evitar que los ciudadanos y ciudadanas engorden

Alimentos calóricos desde un punto de vista sociocultural

Es interesante valorar la obesidad desde un punto de vista sociocultural. Por ello, nos puede ayudar tomar una perspectiva comparativa y conocer las diferentes funciones y valoraciones de la comida y del comer en otras culturas o en otras épocas. Esto puede proporcionar alguna luz sobre las contradicciones de nuestra sociedad en general y sobre el problema de la obesidad en particular

El azúcar

El apetito específico por el sabor azucarado parece claramente ser un rasgo de fuerte componente innato. Se da en otras muchas especies además del hombre y se puede pensar que pudo ser seleccionado en un medio en el que los azúcares de absorción rápida eran relativamente escasos y los alimentos de sabor azucarado constituían una fuente ventajosa de calorías rápidamente movibles.

El sabor azucarado es una señal innata de calorías y el umbral de saciedad es más alto para los alimentos azucarados que para los demás. Esto estaría explicado por el hecho de que, en numerosas culturas, se consumen alimentos azucarados al final de las comidas: incluso hartos, se dispone todavía de un apetito para el dulce.

Ahora bien, el azúcar ha sido un producto escaso durante casi toda la historia. Hasta el siglo XVIII, el azúcar fue un producto escaso, exótico, de lujo. Nadie lo consumía de un modo habitual. Hasta finales de la Edad Media, sus usos fueron muy restringidos.

En tiempos de Enrique IV, el azúcar se despachaba todavía en las farmacias. Lo vendían por onzas y hacía falta querer comprar la salud a cualquier precio para sufragar los gastos de este remedio imaginario. Además, su uso como medicamento lo desacreditaba como alimento y lo colocaba en la categoría de las drogas sospechosas. En el reinado de Luis XIV, el azúcar era todavía un género de lujo que se evitaba prodigar. Circulaba, sobre todo, como un regalo, siempre muy bien aceptado.

No fue hasta el siglo XIX en que los usos del azúcar aumentaron y se diversificaron de modo paralelo al propio aumento de su producción.

El azúcar entró en un gran número de preparaciones salubres, muy apropiadas para las necesidades de los enfermos, los niños y los ancianos. Numerosos platos eran más nutritivos y más apetitosos gracias al azúcar. Su papel en la cocina fue el de un condimento universal. Como corrector de la acidez y de la amargura, contribuyó a regularizar el uso del café, el té, el chocolate y todas las bebidas calientes o refrescantes. Endulzaba las frutas muy amargas, mejoraba los vinos flojos, ayudaba a preparar los licores. Sus propiedades antisépticas fueron utilizadas para elaborar conservas y mermeladas. En definitiva, se convirtió en un ingrediente que se prestaba a todo tipo de combinaciones y en las que el gusto, sinónimo de dulzor, se combinaba con el placer. Después de 1900, el consumo de azúcar se duplicó.

La apetencia de azúcar junto con los intereses socioeconómicos condujo a un desajuste, una ruptura de la congruencia entre la apetencia por el azúcar y las capacidades metabólicas, cada vez más solicitadas.



Nos hallamos ante una especie de paradoja crítica de la evolución biocultural: la demanda biológica ha cumplido el papel de motor, según parece, y determinados desarrollos económicos sociohistóricos han tendido a satisfacerla. Pero estos desarrollos han llegado a una medida tan considerable que el dispositivo biológico del azúcar amenaza desde ahora en adelante a aquello que antes protegía.

El apetito biológico de azúcar y su disponibilidad ilimitada actual son la principal causa de su gran consumo hoy. Así, todos los controles socioculturales que antes podían contribuir a regular el consumo, se hallan notablemente debilitados por la civilización moderna.

Este fenómeno contribuyó, sin duda, al conjunto o a una parte de las enfermedades llamadas de civilización ligadas a la nutrición: el exceso de azúcar, que representa un aporte calórico importante y de absorción rápida a la vista del escaso gasto energético del ciudadano sedentario, conduce a un peso excesivo y a la obesidad, en sí misma factor de riesgo o de agravamiento en la etiología de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, además de la extensión de la caries dental.

La carne

La atracción de la mayor parte de las poblaciones por las proteínas de la carne responde también a determinantes biológicos. El hombre construye su escala de preferencias de los alimentos en función del carácter más o menos positivo de sus efectos sobre el cuerpo. Así, al igual que otros mamíferos, las características sensoriales de los alimentos son asociadas a las consecuencias metabólicas de la ingestión. Entre las especies evolucionadas, como los mamíferos, es innata la capacidad de asociar el gusto, el olor e incluso el aspecto visual de una sustancia a las señales metabólicas que siguen a su ingestión y, consecuentemente, a las propiedades nutricionales de los alimentos. Dado que las carnes procuran fuertes y largas sensaciones de saciedad, a causa de la dificultad de asimilar los aminoácidos, se prefieren a los productos vegetales por todas las poblaciones que buscan la saciedad.

Muchas culturas conceden un gran valor a la carne y aseguran que sin ella se quedan con hambre por más verduras que hayan ingerido. Un dicho popular sentenciaba: «Verduras y legumbres no dan más que pesadumbres; la carne, carne cría y da alegría». Lo que resulta muy claro si su apetito es por las proteínas o por la grasa, la sal o, en muchas ocasiones, las festividades que acompañan al consumo de carne.

En buena medida, el apetito de carne extendido por la práctica totalidad del mundo es, en realidad, un anhelo de carne rica en grasa. Esto obedece al hecho de que la carne magra debe complementarse con sustancias ricas en calorías para impedir que los aminoácidos se transformen en energía, en lugar de en las proteínas

necesarias para el desarrollo muscular. Dicho de otro modo, la carne rica en grasas evita la necesidad de alternar los bocados de carne con los de mandioca o de fruta.

Antes de la aparición de los métodos industriales de cebar al ganado vacuno, los cerdos y los pollos con cereales, harina de pescado, hormonas del crecimiento y antibióticos, el problema con la mayoría de las carnes estribaba en que eran demasiado magras para conseguir el efecto de ahorro de proteínas. En la actualidad, una res muerta se compone en un 30% o más de grasa. Por contraste, un estudio de 15 especies diferentes de herbívoros africanos en estado salvaje reveló que los cadáveres contenían un promedio de apenas un 3,9% de grasa.

Se sabe que el consumo de lípidos resulta indispensable para el organismo (nuestro cerebro está compuesto de un 50% —la sustancia gris— a un 70% —la sustancia blanca— de lípidos). Los ácidos grasos mantienen la fluidez de las membranas y así aseguran la transmisión de la información. Las grasas, por desempeñar un papel esencial en la construcción y el buen funcionamiento del cerebro, resultan indispensables durante todo el período de crecimiento, pues los lípidos representan una importante fuente de energía, ya que 1 g de lípido aporta 9 kcal; desempeñan un papel esencial en el funcionamiento de nuestras células; aportan ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles (A, D, E y K), que no podemos fabricar y que están ligadas a los cuerpos grasos, y las grasas contribuyen a las cualidades de palatabilidad de los alimentos y transportan los aromas, confiriendo cualidades de untuosidad a nuestras comidas.



Se sabe que el consumo de lípidos resulta indispensable para el organismo (nuestro cerebro está compuesto de un 50% —la sustancia gris— a un 70% —la sustancia blanca— de lípidos)



Prevalencia de la obesidad en España

Como datos de prevalencia en España, los últimos estudios realizados consultados, podemos afirmar que:

- La obesidad aumenta en dirección norte-sur y alcanza sus máximos en la zona nordeste.
- En los últimos años, la obesidad ha aumentado tanto en la población adulta como en la niñez y la juventud, pero especialmente en la niñez.
- La obesidad afecta especialmente a las clases sociales de nivel más bajo y de menor formación cultural.

Tendencias en el consumo de los alimentos

En los últimos 30 años, la ingesta energética por parte de la población española ha aumentado de manera significativa: ha pasado de 2.770 kcal per capita y día en 1970 a 3.421 en 2003. Se puede afirmar que este aumento se debe a una mayor ingesta en el consumo de grasas, que pasó de 91 a 157 g. Con ello se ha conseguido de media desequilibrar nuestra dieta en gran manera, puesto que la contribución de los lípidos a la dieta pasó del 30% del valor calórico total al 41%.

Tendencias en la práctica de la actividad física

En lo que respecta a la práctica de ejercicio físico, en la población infantil, el 90% de los niños de entre uno y cinco años ven la televisión en su tiempo libre todos los días o casi todos los días, y el 44,9 % de ellos dedica cada día una o dos horas a ver la televisión. Se observa también que el 71,8% de los adultos de entre 25 y 60 años no realizan ninguna actividad deportiva. Además, el 42,5% de los adultos mayores de 15 años se declaran ser sedentarios en su tiempo libre, especialmente el grupo de las mujeres, según la Encuesta Nacional de Salud de 2001.

Ejercicio y actividad física

Cambiar la planificación y políticas de transporte

Esto significa que las autoridades que planean las políticas de transporte deberían apoyar el uso del transporte público en detrimento del privado y favorecer las condiciones para caminar y montar en bicicleta con más frecuencia y a mayores distancias. Se debería intentar que todos los escolares pudieran efectuar sus traslados a la escuela a pie, así como plantear el uso de las calles para los peatones y para usos sociales más que para los vehículos y su aparcamiento.

Mejorar las instalaciones deportivas comunitarias

Desarrollo y mejora de las instalaciones deportivas y recreativas, así como las instalaciones deportivas de escuelas.

Recursos de vigilancia de la actividad física

El problema para vigilar que la práctica de la actividad física sea la adecuada es que no todo el mundo dispone de recursos para ello. Sería interesante poder dotar de recursos de monitorización a las personas (como podrían ser los podómetros para que un paciente sepa si ha caminado lo suficiente o si necesita hacer más ejercicio). Se sabe que estos equipos de monitorización facilitan el control sobre el comportamiento sedentario.

En los últimos 30 años, la ingesta energética por parte de la población española ha aumentado de manera significativa: ha pasado de 2.770 kcal per capita y día en 1970 a 3.421 en 2003



Suministro y demanda de alimentos

Controlar las ventas de alimentos en instituciones públicas

En escuelas, instituciones públicas u hospitales se debería evitar el suministro de alimentos ricos en grasas, bollería y bebidas dulces. Esto se suele realizar a través de máquinas expendedoras de alimentos. Los controles podrían actuar para asegurar que los dispositivos de los puntos de venta tan sólo dispensarán alimentos saludables.

Subsidios en alimentos saludables

Los alimentos más saludables podrían gozar de un subsidio para bajar sus precios y así hacerlos más accesibles.

Impuestos en alimentos que promueven la obesidad

Para desincentivar la compra de alimentos calóricos o de alto contenido en grasas o azúcares se les podría aplicar una tasa o impuesto.

Controles en la composición de productos alimentarios procesados

Los estados podrían controlar, por ejemplo, algunos alimentos procesados indicando cantidades mínimas de fruta en mermeladas y de carne en salchichas o fijar los límites de grasa y sal agregadas a algunos alimentos.

Incentivos para mejorar la composición de los alimentos

Los alimentos con menos grasa, hidratos de carbono y azúcares y con menor densidad energética podrían estar incentivados por el gobierno. Unos mayores requisitos en el etiquetado también podrían ayudar.

Incentivos para proveedores que proporcionen menús saludables

Cada vez más, el consumidor come más fuera de casa. Debería de ofrecérsele la posibilidad de opciones de comidas más sanas, con salsa y condimentos bajos en calorías y grasas. Se debería favorecer que la restauración incorpore prácticas culinarias más sanas, como retirar la grasa de la carne antes de la cocción o permitir a los consumidores agregar sus propios condimentos (como las salsas) en lugar de incorporarlas en la preparación.

Iniciativas informativas

Controles de publicidad de alimentos y bebidas

Especialmente de los alimentos destinados u orientados a los niños, sobre todo durante la emisión de programas infantiles, y al uso de famosos y personajes de estos programas para la publicidad y promoción de bebidas y productos alimentarios.

Etiquetado de información nutricional obligatorio

Por ejemplo, un sistema de semáforo podría indicar los alimentos de alta densidad calórica, los de media y los de baja. De esta forma, el consumidor conocería cuáles pueden ser los efectos de aquel alimento sobre su salud. La información nutricional contenida en los envases también debería ser más legible.

Control del uso de términos de comercialización

Las condiciones por las que un alimento se denomina *light*, *lite* o *diet* deben estar estrictamente reguladas. Un producto que contenga alguno de esos términos en su etiquetado debería significar para el consumidor una información nutricional clara.

Iniciativas educativas y de investigación

Mejorar la formación de los profesionales sanitarios en la prevención y el diagnóstico de la obesidad

Si mejoramos la formación de los profesionales sanitarios, también mejoraremos su eficacia a la hora de prevenir, diagnosticar o asesorar sobre los riesgos de la obesidad.

Mejorar la educación en salud

Habría que precisar con claridad los riesgos de salud asociados a la obesidad a través de folletos, conferencias, así como en actividades individuales y comunitarias, y en diversos medios de comunicación.

Más investigación en obesidad

No sólo acerca de la obesidad en sí, sino también acerca de las ventajas de la actividad física, patrones de dieta y estilos de vida. También habría que realizar estudios acerca de la dificultad en el control del peso.

Incluir alimentos y salud en el currículum escolar

En la edad escolar es cuando se instauran los hábitos dietéticos que conformarán el resto de la vida. Es entonces cuando se debe aprender y apreciar las pautas dietéticas saludables, como preparar un alimento en la cocina y como interpretar un etiquetado y la publicidad de un alimento.

Innovaciones tecnológicas

Incrementar el uso de medicación para el control del peso corporal

Cada vez más aparecen nuevos fármacos coadyuvantes en el uso de las terapias para el tratamiento de la obesidad. Son fármacos que pueden actuar limitando la absorción de la grasa dietaria o bien para bloquear a los receptores que intervienen en el apetito. Otros favorecen la sensación de saciedad.

Incrementar el uso de grasas sintéticas y edulcorantes artificiales

Hay cada vez más sustitutos sintéticos de grasas y edulcorantes artificiales. Con ello conseguimos rebajar el valor calórico del alimento final. Los gobiernos podrían incentivar su uso fijando unos límites máximos de uso permitidos para estos productos.

Reformas institucionales

Política agrícola común

Evitando la sobreproducción de alimentos ricos en calorías y grasas.

Crear un organismo gubernamental que coordine políticas en obesidad

Este organismo podría ser el encargado de marcar los objetivos a nivel estatal para la reducción y la incidencia de la obesidad y evaluar la eficacia de las iniciativas políticas.

Las políticas de control de la obesidad, tal y como hemos visto, pueden ser muchas y muy variadas, puesto que los criterios políticos a la hora de tratar el tema de la obesidad también son muchos. Algunas opciones gozan de mayor popularidad, aunque no son siempre las de mayor eficacia (tabla 1).

Plan NAOS

El plan Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) es una estrategia, elaborada desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, que recoge los

Tabla 1. Grado de aceptación de las políticas para el abordaje de la obesidad

Políticas más populares	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir alimentos y salud en el currículo escolar • Mejorar la educación en salud para el público en general • Mejorar la formación a los profesionales de salud • Proveer incentivos a proveedores para que suministren menús saludables • Mejorar las instalaciones deportivas comunitarias
Políticas más efectivas y de menos costo	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir alimentos y salud en el currículo escolar • Control de la composición de productos alimentarios procesados • Proveer incentivos para mejorar la composición de alimentos • Mejorar la educación en salud para el público en general • Incrementar la investigación en la prevención y tratamiento de la obesidad
Políticas menos populares	<ul style="list-style-type: none"> • Impuestos en alimentos que promueven la obesidad • Subsidios a los alimentos saludables • Reforma de la política agrícola común • Cambiar la planificación y las políticas de transporte • Incrementar el uso de grasas sintéticas y edulcorantes artificiales

criterios de prevención que se deben implementar en la sociedad española con la finalidad de mejorar los hábitos sanitarios y aumentar la práctica de la actividad física, poniendo un especial énfasis en la población infantil.

NAOS abarca tres ámbitos: el familiar, el escolar, el empresarial y el sanitario. Abordaremos los ámbitos familiar y escolar por ser campos en los que el farmacéutico comunitario ha estado históricamente involucrado, por formación nutricional y sanitaria.

Ámbito familiar y comunitario

La familia, como primera transmisora de los mensajes nutricionales, debe tener unos conocimientos básicos sobre alimentación saludable que permitan la elaboración de menús variados y equilibrados. El decálogo que se muestra en la tabla 2 ha demostrado su impacto positivo en el desarrollo de hábitos alimentarios saludables.

La familia, como primera transmisora de los mensajes nutricionales, debe tener unos conocimientos básicos sobre alimentación saludable que permitan la elaboración de menús variados y equilibrados



Ámbito escolar

- Incluir en la formación académica conocimientos y habilidades relativos a la alimentación y la nutrición. Estas nociones pueden estar comprendidas en asignaturas específicas (ciencias naturales, sociales y educación física) así como también formando parte de otros contenidos (educación para la ciudadanía, etc.). Esta medida requiere una acción normativa impulsada desde el Ministerio de Educación y Ciencia y las comunidades autónomas.
- Reforzar mediante talleres o actividades extraescolares la iniciación de los escolares en el mundo de la cocina y la gastronomía, aprendiendo a comprar alimentos, prepararlos y cocinarlos. De este modo, se estimularán comportamientos positivos que favorezcan la aceptación y el desarrollo de unos hábitos alimentarios saludables, con una perspectiva de igualdad de género.
- Incluir en los cursos de formación del profesorado materiales didácticos y orientaciones sobre alimentación y nutrición, y su incidencia sobre la salud, así como de la importancia de practicar regularmente actividad física.
- Potenciar las acciones educativas en colaboración con otros sectores, como las asociaciones de padres de alumnos, empresas de restauración colectiva, fundaciones, etc.
- Promover la práctica frecuente de actividad física y deporte en el colegio, ampliando el horario de uso de las instalaciones escolares con programas de actividades deportivas durante los fines de semana, fomentando que los niños acudan andando o en bicicleta al colegio, contactando con deportistas para que participen en talleres sobre deporte, etc.

En el ámbito escolar merece una mención aparte el comedor, en la medida en que debe constituir la expresión práctica de los objetivos señalados en el plan de educación nutricional del centro. El comedor escolar desempeña un papel primordial, ya que el 20% de los niños realiza, durante cinco días a la semana, su comida principal en el centro de enseñanza, porcentaje que aumenta hasta el 32% en el grupo de edad de dos a cinco años. Esta circunstancia no sólo influye en el establecimiento de los hábitos alimentarios del niño, sino que, además, condiciona su estado nutricional.

Las acciones en el ámbito del comedor escolar son las siguientes:

- Se elaborará una norma sobre los comedores escolares. En esta norma, impulsada desde el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia y las comunidades autónomas, se abordarán los requisitos que deben cumplir los menús que se ofrezcan en los comedores escolares.

Tabla 2. Decálogo de NAOS para el desarrollo de unos hábitos saludables en el ámbito familiar

- Cuanta mayor variedad de alimentos haya en la dieta, mayor garantía de que la alimentación es equilibrada y de que contiene todos los nutrientes necesarios
- Los cereales (pan, pasta, arroz, etc.), las patatas y las legumbres deben constituir la base de la alimentación, de manera que los hidratos de carbono representen el 50-60% de las calorías de la dieta
- Se recomienda que las grasas no superen el 30% de la ingesta diaria, debiendo reducirse el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos trans.
- Las proteínas deben aportar el 10-15% de las calorías totales, y se debe combinar proteínas de origen animal y vegetal
- Se debe incrementar la ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas hasta alcanzar, al menos, 400 g/día (es decir, consumir como mínimo cinco raciones al día de estos alimentos)
- Moderar el consumo de productos ricos en azúcares simples, como golosinas, dulces y refrescos
- Reducir el consumo de sal, de toda procedencia, a menos de 5 g/día, y promover la utilización de sal yodada
- Beber entre uno y dos litros de agua al día
- Nunca prescindir de un desayuno completo, compuesto por lácteos, cereales (pan, galletas, cereales de desayuno...) y frutas, al que debería dedicarse entre 15 y 20 min de tiempo. De esta manera, se evita o reduce la necesidad de consumir alimentos menos nutritivos a media mañana y se mejora el rendimiento físico e intelectual en el colegio
- Involucrar a todos los miembros de la familia en las actividades relacionadas con la alimentación: hacer la compra, decidir el menú semanal, preparar y cocinar los alimentos, etc.

- Se informará mejor a los padres de los contenidos de los menús, para facilitar que complementen en casa los alimentos que ya se han consumido en el centro educativo. Para propiciar mejoras en la alimentación de los escolares, se ha suscrito un convenio con las principales empresas de restauración colectiva, asociadas en la Federación Española de Asociaciones Dedicadas a la Restauración Social (FEADRS). Estas empresas se comprometen a:
 - No utilizar en la fritura aceites ricos en ácidos grasos saturados (aceites de palma, palmiste y coco) o en ácidos grasos *trans*, sustituyéndolos por otros más saludables.
 - Utilizar sal yodada en las zonas que tengan déficit de yodo, indicadas por las autoridades sanitarias.
 - Realizar talleres para los niños para fomentar las medidas educativas destinadas a la promoción de una alimentación variada y equilibrada.

En los colegios, la oferta alimentaria se completa, en algunos casos, con productos que pueden adquirirse en máquinas expendedoras. Al tratarse de un sistema de autoservicio, se da el riesgo de que los niños abusen



del consumo de alimentos con un alto contenido energético pero un bajo valor nutricional, desequilibrando su alimentación.

Para que la oferta a los escolares a través de las máquinas expendedoras permita una elección más saludable, se ha firmado un convenio con la Asociación Nacional Española de Distribuidores Automáticos (ANEDA), en el que se establecen los siguientes compromisos:

- No se ubicarán máquinas expendedoras en las zonas donde puedan tener fácil acceso a ellas los alumnos de la enseñanza infantil y primaria.
- Se eliminará la publicidad de las máquinas para no incitar al consumo de determinados productos, siendo sustituida por adhesivos que incluyan mensajes que promocionen una alimentación saludable.
- Deberán incluir productos que favorezcan una alimentación equilibrada (agua mineral, bebidas con bajo contenido en azúcar, frutas, galletas, etc.), en detrimento de los que tienen un alto contenido en sal, azúcar o grasas.
- Se publicará una guía de buenas prácticas, dirigida a los profesionales del sector de la distribución automática, donde se defina qué productos no deberían incluirse en las máquinas de los colegios y los que deberían sustituirlos.
- Se elaborará una guía para una nutrición adecuada en los centros de enseñanza, a través de máquinas *vending* para su difusión en los colegios a través de asociaciones de padres de alumnos.

Ámbito sanitario

Los profesionales del Sistema Nacional de Salud desempeñan un papel protagonista en la prevención de la obesidad. Por ello, reviste suma importancia la sensibilización de los profesionales de atención primaria respecto a la importancia del sobrepeso y, en particular, de la obesidad como enfermedad crónica, que debe requerir la misma atención que otras, como diabetes o hipertensión arterial. La detección sistemática del sobrepeso y la obesidad debería formar parte inexcusable de la exploración general de cualquier paciente, como lo es la toma de la presión arterial o la frecuencia cardíaca. Esta detección debería abordarse desde la consulta de cualquier médico, sea de atención primaria, especializada, laboral, deportiva, etc. Asimismo, las oficinas de farmacia, dietistas, enfermeros o personal sanitario relacionado con estos pacientes pueden servir de ayuda para derivar a los posibles pacientes a la atención médica. La prevención de la obesidad deberá iniciarse en la infancia, a través de la promoción de hábitos saludables en atención primaria. En este objetivo fundamental se contará con los consejos generales de colegios oficiales de médicos y de farmacéuticos, sociedades de médicos

de atención primaria, asociaciones de enfermeros, de pediatras, dietistas y nutricionistas, etc. Estas asociaciones han expresado su deseo de sumarse a la estrategia. Es importante destacar la mención que hace el Ministerio de Sanidad y Consumo del papel del farmacéutico como agente de salud en el control de la obesidad.

Las acciones en este ámbito son las siguientes:

- Promover entre los médicos de atención primaria que se formulen, en la consulta, las preguntas necesarias para la detección a tiempo del riesgo de obesidad y se facilite a los pacientes consejos básicos sobre alimentación y ejercicio físico.
- Realizar campañas periódicas de detección temprana de sobrepeso y obesidad. El cálculo del índice de masa corporal (IMC), a partir de la medición del peso y la altura, es el indicador más aceptado en la comunidad científica para reconocer si un sujeto presenta exceso de peso.
- Realizar estrategias informativas y de ayuda para prevenir la obesidad en los grupos que sean más susceptibles de experimentar una rápida ganancia de peso: individuos en proceso de deshabitación tabáquica, toma de fármacos que incrementen el apetito, mujeres en situación de embarazo, lactancia y menopausia, poblaciones inmigrantes y grupos desfavorecidos, etc.
- Promover la lactancia materna en los centros de atención primaria.
- Identificar y seguir a los niños potencialmente en riesgo: obesidad en los padres, sobrepeso o bajo peso al nacimiento, hijos de madres diabéticas o fumadoras durante el embarazo, o que hayan tomado medicamentos como glucocorticoides, antiepilépticos, anti-depresivos y antipsicóticos, etc. ■

La detección sistemática del sobrepeso y la obesidad debería formar parte inexcusable de la exploración general de cualquier paciente, como lo es la toma de la presión arterial o la frecuencia cardíaca

Bibliografía general

- Contreras J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Form Contin Nutr Obes.* 2002;5(6):275-86.
- Estrategia NAOS: invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Coiman; 2005.
- Gutiérrez-Fisac JL, Royo-Bordonada MA, Rodríguez F. Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de la obesidad. *Gaceta Sanitaria.* 2006 (20):48-58.
- Varo JJ, Martínez-González MA, Martínez JA. Prevalencia de obesidad en Europa. *Anales Sis San Navarra.* 2002;25(supl I):103-8. www.consumaseguridad.com