

UN GORDO PROBLEMA

SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL PERÚ



PERÚ

Ministerio
de Salud

Salud
Nueva
Actitud



UN GORDO PROBLEMA

SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL PERÚ

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Un gordo problema: Sobrepeso y obesidad en el Perú / Ministerio de Salud – Lima: Ministerio de Salud; 2012.

21 p.; ilus.; graf.

OBESIDAD / DESNUTRICIÓN / SOBREPESO / TRASTORNOS NUTRICIONALES / BEBIDAS GASEOSA, efectos adversos / PROGRAMAS Y POLÍTICAS DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN / CONTROL Y FISCALIZACIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS / ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS / ACTIVIDAD MOTORA / ESTILO DE VIDA SEDENTARIO

Hecho el Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2012-05370

Un gordo problema: sobrepeso y obesidad en el Perú

Participaron en la elaboración técnica de este documento:

Luis Revilla Tafur (Dirección General de Epidemiología- Ministerio de Salud)

Cristina Alvarado García (Dirección General de Epidemiología – Ministerio de Salud)

Doris Álvarez Dongo (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-Instituto Nacional de Salud)

Carolina Tarqui Mamani (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición - Instituto Nacional de Salud)

Guillermo Gómez Guizado (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición - Instituto Nacional de Salud)

Enrique Jacoby Martínez (Organización Panamericana de la Salud)

Ivonne Bernui Leo (Universidad Nacional Mayor de San Marcos)

Miguel Campos Sánchez (Universidad Peruana Cayetano Heredia)

Maria Inés Sanchez-Griñan Caballero (Ceres Nutrir)

© MINSA, mayo 2012

Ministerio de Salud del Perú

Despacho Viceministerial

Av. Salaverry No. 801, Lima 11 - Perú

Teléf.: (51 1) 315-6600

www.minsa.gob.pe

webmaster@minsa.gob.pe

Primera edición: mayo 2012

Tiraje: 2,000 unidades

Impreso por: Editorial Impenta Sanchez SRL: Jr. Moquegua 416-113 -Lima / Telf.: 426-1727

Versión digital disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1830.pdf>

PRESENTACIÓN

No es alarmista sostener que el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles (hipertensión, diabetes y enfermedad coronaria) afectan significativamente a los peruanos. No somos una excepción: se trata de un fenómeno mundial y su incremento está relacionado directamente con la elaboración de productos alimentarios industrializados, algunos de cuyos componentes son dañinos para la salud. Pero otro factor es el sedentarismo, es decir, la falta de ejercicios físicos, sobre todo entre los pobladores de las grandes ciudades. No olvidemos, además, que las enfermedades derivadas del sobrepeso y obesidad ocasionan enormes pérdidas económicas al Estado, a las empresas y especialmente a los pacientes.

Como alertamos en el presente documento, uno de los sectores donde más se pone en evidencia esta epidemia es el de las mujeres en edad fértil, en 1996 ya afectaba en un 43%, y el año pasado más de la mitad (51%) se encontraba en esa condición; tampoco los escolares se quedan atrás: según la Encuesta de Salud Escolar (2010) un 23% tiene exceso de peso. Otro dato relevante es que el sobrepeso y la obesidad ya han penetrado en uno de cada tres hogares pobres del país. Adicionalmente los niños menores de cinco años presentan altas tasas de anemia nutricional. El fenómeno de la desnutrición se cruza entonces con el del sobrepeso y la obesidad.

Para decirlo de otro modo: desnutrición infantil, anemia, sobrepeso y obesidad tienen un factor preponderante que es el consumo de alimentos de baja calidad nutricional, creando una situación de doble carga de enfermedad -desnutrición y obesidad-, mientras, por otro lado, se ha acentuado un patrón no saludable de alimentación caracterizado por un elevado consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono simples, de bebidas gaseosas y de la denominada comida “chatarra”. Paradójicamente, esto ocurre en un contexto en el que nuestra gastronomía, elaborada con insumos naturales y saludables, goza de una extraordinaria reputación por su variedad y exquisitez.

Este es el espejo en el que nos reflejamos hoy y el Ministerio de Salud está vigilante de dichos problemas nutricionales abordándolos de manera integral, multidisciplinaria e intersectorial. Para ello propone incluir cambios en los patrones de alimentación, actividad física y sugerencias en la legislación respecto a la publicidad o al incremento de los precios de los alimentos procesados.

La investigación científica es otro campo fundamental para encontrar soluciones. Con esa finalidad publicamos el presente documento y hemos organizado la Conferencia Internacional: “Nutrición y Obesidad: Nuevas evidencias, ideas emergentes y políticas públicas”, en el que han participado prestigiosos científicos de EEUU, Brasil, Chile y México, para sensibilizar a la opinión pública sobre una epidemia que poco se menciona y sin embargo ya ha ingresado en muchos hogares peruanos.

Lima, Mayo 2012

Alberto Tejada Noriega
Ministro de Salud







Una nueva pandemia recorre el mundo. No contamina, no es transmisible, y lo que es peor, a pesar de ser visible, no le prestamos atención, acaso porque nos hemos familiarizado con su presencia en las escuelas, calles, transporte público y centros laborales, incluso entre nuestros familiares y amigos. Y sin embargo el mal se nos revela en toda su dimensión.

Es la pandemia del sobrepeso, que hoy afecta en el mundo a mil millones de personas -una quinta parte de los cuales son niños-, y el de la obesidad, que ya alcanza a casi 500 millones. Y sigue creciendo acelerada e incontrolablemente como alerta la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, para la cual, en apenas los próximos tres años habrá 2 mil 300 millones de seres humanos con sobrepeso y 700 millones de obesos² con la consiguiente amenaza de su salud y calidad de vida. En efecto, el peso en exceso está asociado a enfermedades crónicas como hipertensión arterial, males cardíacos, diabetes y ciertos tipos de cáncer³ que adicionalmente ocasionan altísimos costos económicos de salud individual y familiar.

Para combatirlo, los países europeos gastan 2.8% de su presupuesto de salud, lo que equivale al 0,6% del producto interno bruto (PIB) de algunos de ellos⁴; en los EE. UU., en 2008 se estimó que los gastos en salud relacionados al sobrepeso y obesidad alcanzaron US\$ 147 mil millones⁵ y los adultos obesos gastan un estimado de US\$ 1.429 al año más que aquellos con un peso normal⁶. Un dato tan alarmante como ese es que casi el 70% de las bancarrotas anuales del gigante del norte están relacionados con males de salud⁷. En el Perú, ahora considerado un país de ingresos medios, en 2010 los costos directos (de salud) e indirectos (pérdidas económicas y de calidad de vida) se estiman en 2 mil 200 millones de dólares.

Como todos los organismos de salud del mundo reconocen, esta epidemia de sobrepeso tiene su origen en los modernos -y malos- comportamientos alimenticios, en los que prevalecen cantidad y no calidad, el abuso del azúcar y grasa saturada, entre

otros componentes de los alimentos procesados⁸ y las bebidas gaseosas. Agreguemos a ello las intensas e ininterrumpidas campañas de publicidad, que favorecen su consumo, como hacían los productores de tabaco y alcohol hasta hace pocos años. Y es que la industrialización de la agricultura y la globalización y su gran rentabilidad han catapultado el desarrollo vertiginoso de alimentos de pobre valor nutritivo, conocidos como “comida chatarra”. Otro factor que contribuye a la epidemia de obesidad es el entorno ambiental urbano, que predispone al sedentarismo por el predominio del transporte motorizado y a la reducción progresiva del espacio público y de plazas y parques para el encuentro de ciudadanos.

La elaboración de alimentos hipercalóricos y procesados industrialmente amenazan también con sustituir a los alimentos naturales, reduciendo así la diversidad necesaria en una alimentación saludable. No solo eso: este desplazamiento de los alimentos naturales conspira asimismo contra las tradiciones culinarias y la comida casera que no puede prescindir de ellos. Este desplazamiento ya ha ocurrido en EEUU y Gran Bretaña, entre otros países desarrollados, donde el mercado es dominado por alimentos procesados, con pobre valor nutritivo y que concentra entre el 60%-70% de todos los alimentos⁹.

Esa no parece ser la situación del Perú donde supuestamente la participación de alimentos naturales en la alimentación diaria es aún proporcionalmente superior al de los productos procesados. Además, el “boom” de la comida peruana, con altísima exposición en los medios, puede resumirse en cuatro logros: ha consolidado en el imaginario colectivo nuestra identidad plural, pues la comida peruana es el aporte de diversas culturas; se ha convertido en una oportunidad laboral para miles de jóvenes, de manera especial de los sectores pobres, que hoy estudian en numerosas academias para atender un mercado cada vez más amplio; el reconocimiento mundial de su calidad y variedad ha reforzado la autoestima nacional; y finalmente, la incorporación otros agentes económicos como los agricultores ha activado una extensa cadena de valor.

1 OBESOS Y DESNUTRIDOS: DOS CARAS DE LA MISMA MONEDA

Puede ser que el optimismo respecto al futuro nacional sea un estado de ánimo muy recurrente en los últimos tiempos; sin embargo, ningún peruano es ajeno a la certeza de que la mala distribución de la riqueza mantiene condiciones ominosas que, por ejemplo, se reflejan en las deficiencias nutricionales y enfermedades infecciosas presentes en las zonas rurales y pobres, de manera casi general, y particularmente en la población materno-infantil. Pero hoy la contradicción redibuja otro fenómeno en el que coexisten sectores sociales de bajos recursos con una creciente prevalencia de sobrepeso/obesidad y varias enfermedades no transmisibles asociadas, así como la anemia.

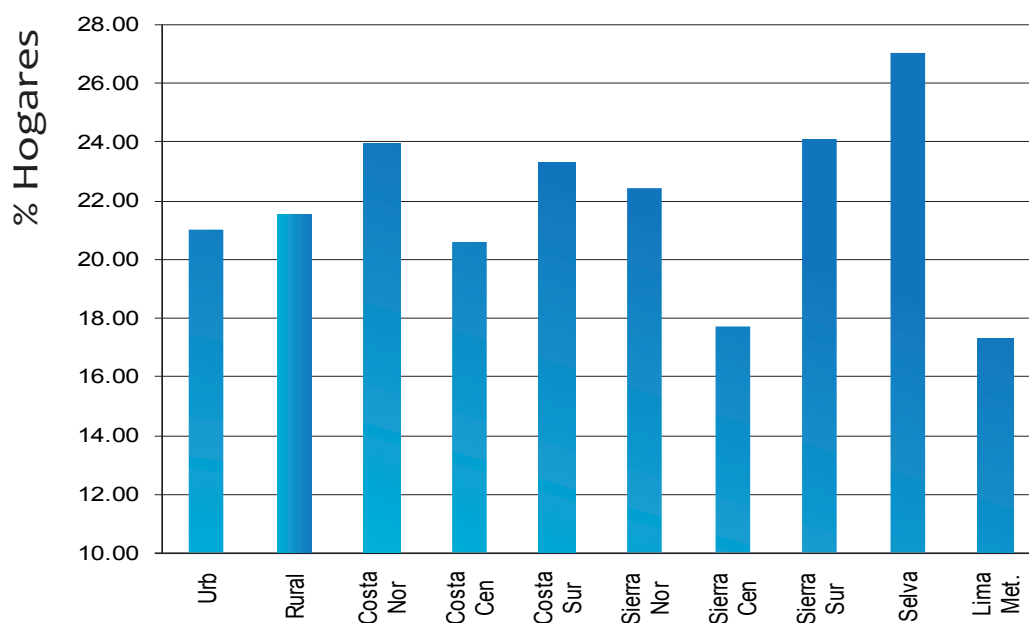
Las cifras revelan que el Estado peruano hizo esfuerzos sostenidos por reducir la desnutrición infantil, que conlleva también la limitación intelectual y la estatura reducida en la mayoría de edad, entre 1984 y 1995, aunque hubo un estancamiento entre 1996-2006, lo que motivó intensos debates y su incorporación en la agenda pública nacional, más allá del ámbito de los especialistas en salud y nutrición. La socialización del problema dejó como resultado que en el quinquenio 2006-2011 se notasen avances importantes de un 24% a 16% de reducción de la desnutrición entre los niños,

debido, entre otras medidas aplicadas, a la intervención del Programa Articulado Nutricional, que replicó las evidencias de intervenciones internacionales efectivas¹⁰, estableciendo prioridades según momentos críticos del ciclo de vida, tales como el periodo de crecimiento prenatal o intrauterino y el periodo entre los 0 y 36 meses.

Pero las tasas de desnutrición siguen siendo muy elevadas, como ya se mencionó, en las zonas rurales y aisladas del país. El revés de la moneda es que simultáneamente sobrepeso y obesidad se incrementan en las zonas urbanas. Entre las mujeres ambos fenómenos han aumentado desde 1996, cuando había un 43%, a un 51%, en 2009, según la investigación de ENDES¹¹. Esta fuente afirma además que desde 1990 hasta 2009, estamos hablando de dos décadas, el incremento es de medio punto porcentual por año y que la tendencia es similar en todo el país, aunque entre las más afectadas se encuentran, previsiblemente, las más pobres (38.4%) y en mayor proporción las mujeres sin educación (54.9%).

Paradójicamente esta situación coexiste con altas tasas de anemia nutricional, de manera especial en menores de cinco años y mujeres en edad fértil. En uno de cada cinco hogares peruanos hoy conviven un niño anémico y una mujer con sobrepeso, y la región donde es mayor esta perniciosa coexistencia corresponde a la selva (ver gráfico), aunque, a decir verdad, el patrón es relativamente homogéneo a nivel nacional¹².

Gráfico No. 1
Perú: Coexistencia de sobrepeso y anemia en hogares (hogares con mujeres con sobrepeso y con uno o más niños menores de 5 años con anemia - ENAHO IV Trimestre 2007. Perú)



Fuente: Informe CENAN/INS Análisis ENAHO IV Trimestre 2007
Elaboración: CERES NUTRIR



Este es el contexto en el que el Ministerio de Salud tiene que elaborar una agenda de política pública que, por un lado, reduzca las tasas de desnutrición y mortalidad materno-infantil, y por otro lado, atienda la novedosa demanda de discapacidades y muerte por efecto de las enfermedades no transmisibles asociadas a la obesidad y al sobrepeso¹³. Actuar en ambos frentes implica reconocer que un eje crítico es la alimentación de calidad, factor determinante y común a los dos problemas citados, cuyos patrones nutricionales exigen un control simultáneo, sin poner en riesgo la atención que debe prestarse a la desnutrición infantil.

2 CONVIVIENDO CON LA EPIDEMIA EN CASA

Los menores de cinco años

Desde 1984 existen fuentes que investigan el estado nutricional de los menores de cinco años, como la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, la serie del Monitoreo de Indicadores Nutricionales, las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDES) y las Encuestas Nacionales de Hogares (ENAHO). Aunque hay observaciones respecto a los marcos de referencia entre las escalas establecidas por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los EEUU (NCHS en inglés) y las de la OMS, que aún impiden su homologación, lo cierto es que el análisis de ENDES, realizado por el INEI, consigna que en 1992 el sobrepeso y obesidad de los niños de 0 a 5 años era de 5.1%¹⁴; en 1996, de 5.5%; y en el 2000, de 6.5%. La encuesta de ENAHO¹⁵, para el primer trimestre 2008, mostró una disminución leve en la última cifra mencionada a 4.8% y contrariamente Pajuelo y colaboradores, a partir de datos del Monitoreo Nacional

de Indicadores Nutricionales (MONIN)¹⁶, del 2007-2010, mostró un incremento a 6.%¹⁷. También en este caso, aunque las cifras mayores recaen en la población infantil de los sectores no pobres (8.4%), es evidente que el sobrepeso y la obesidad no hacen exclusiones en los niños de sectores sociales pobres del país (5.8%) según el módulo nutricional de la ENAHO 2008.

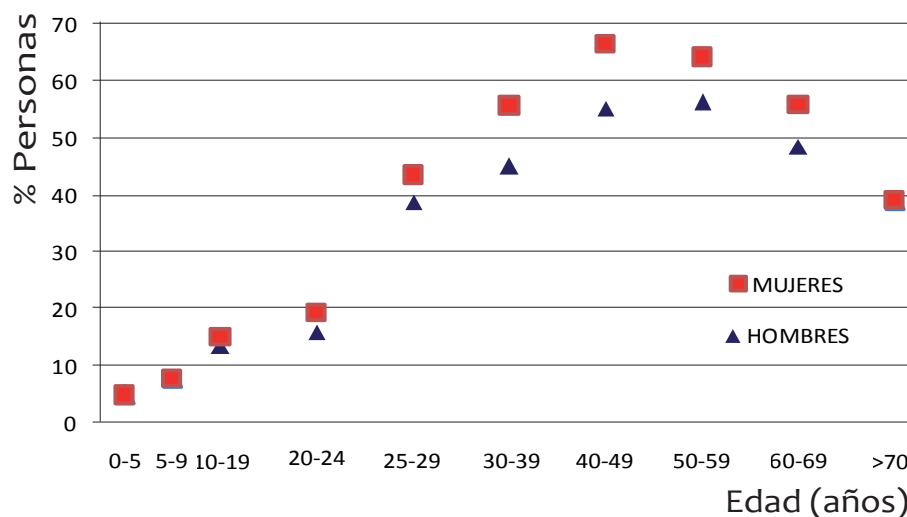
Escolares y adolescentes

Los menores comprendidos entre los 5 a 9 años (etapa denominada de “crecimiento estable”), que ya tienen en la escuela otro ámbito de socialización y de asimilación de nuevos patrones de comportamientos nutricionales, marcan el inicio de una cadena de vulnerabilidad frente a la oferta alimentaria no nutricional. Los datos del módulo nutricional de la Encuesta Nacional de Hogares (2008) señalan que el sobrepeso comprendía a un 7.8% según la referencia NCHS¹⁸. Entre los adolescentes de 10 a 19 años (etapa en que se manifiestan procesos que influyen en el tamaño, forma y composición del organismo) el sobrepeso y la obesidad era del 13.5% en hombres y del 15% en mujeres (ENAHO 2008).

En la Encuesta Global de Salud Escolar (2010)¹⁹ se reporta que el 20% y 3% de los escolares de secundaria presentan sobrepeso y obesidad, respectivamente. Al margen de que el muestreo debe relativizarse, en la medida que solo ofrece datos relacionados con escolares de escuelas estatales, no deja de ser revelador que algo más de un tercio de los entrevistados declaró comer frutas dos veces al día; menos del 10%, que consumía hortalizas una vez al día; un 54% consumía una o más bebidas gaseosas en el mismo periodo y el 10.7% se alimentaba con comida rápida tres días a la semana.

Gráfico 2

Perú: Proporción de hombres y mujeres con exceso de peso según edad - ENAHO I Trimestre. 2008



Fuente: INS-CENAN INFORME Perfil Nutricional y Pobreza en el Perú ENAHO 1ER TRIMESTRE 2008.

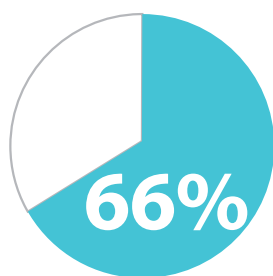
Obesidad en niños de 0 a 5 y 5 a 9 según escala NCHS; riesgo de obesidad de 10 a 24 años según OMS. Tech. Rep. Series 854, 1995; sobrepeso y obesidad en mayores de 24 años OMS Tech. Rep. Series 894, 1997. Elaboración: CERES NUTRIIR.

La combinación gaseosas-“fast food” incita a varias interpretaciones. Una es la económica, vale decir la decisión de los padres de preparar loncheras con productos procesados (que son más baratos y les ahorra tiempo), o de proporcionarles dinero a sus hijos para que adquieran sus alimentos en los quioscos o puntos de venta cercanos a los centros de estudios. ¿Qué tanto influye en esta decisión la publicidad mediática de los alimentos procesados? Numerosos estudios afirman que la estrategia de mercadeo de las grandes corporaciones de alimentos procesados es invertir en publicidad, especialmente en horarios de programas infantiles y adolescentes, quienes, como se sabe, inducen a sus padres a adquirir los productos que desean. Los mensajes son invariablemente los mismos: los niños potencian algunos de sus atributos intelectivos y/o físicos si consumen determinados productos. Un reciente trabajo de Perú-Concertv²⁰ sostiene que en el horario infantil el 66% de la publicidad es de comida chatarra (6 minutos por hora), calculándose que un niño está expuesto a los avisos hasta 22 minutos diarios de publicidad. ¿Cuán eficaz es la publicidad frente a las recomendaciones de los padres y maestros? Salta a la vista que cala poderosamente.

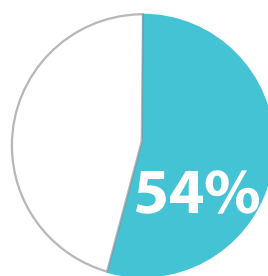




Gráfico 3
Número de spots publicitarios no saludables en los programas más vistos de niños



de **spots en programas** para niños son de alimentos no saludables



de **spots publicitarios** son de alimentos no saludables

14 spots por hora

En los **30 programas más vistos por niños entre 11 - 17 años** se han emitido 44 spots de alimentos no saludables al día.

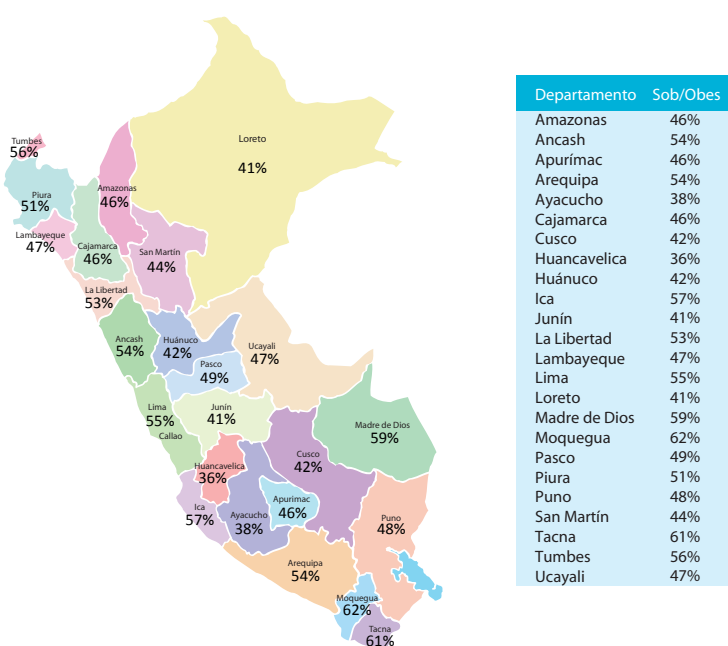
Fuente: Alexander Chiu Werner - Sarita Florián Mar/2012

Entre los adultos

Donde definitivamente la epidemia de la globalización alcanza proporciones catastróficas es en el grupo de los adultos mayores de 25 años, en el que encontramos que, a los 40 años, un 66% de mujeres y 55% de hombres padecen de sobrepeso y obesidad²¹. Y como en los anteriores grupos de edad, familias pobres y no pobres están afectadas, incluso por zonas geográficas. Ciertamente hay otras evidencias lamentables: 38 mujeres de cada 100, procedentes de hogares del quintil más pobre, de lejos han desbordado su peso²².

El mapa siguiente muestra cifras regionales sobre la tasa de sobrepeso y obesidad entre las mujeres, lo cual explica más instructivamente que el tema de este trabajo no puede relativizarse ni eludirse en las agendas públicas y privadas cuando todas las alarmas ya están activadas desde hace muchos años.

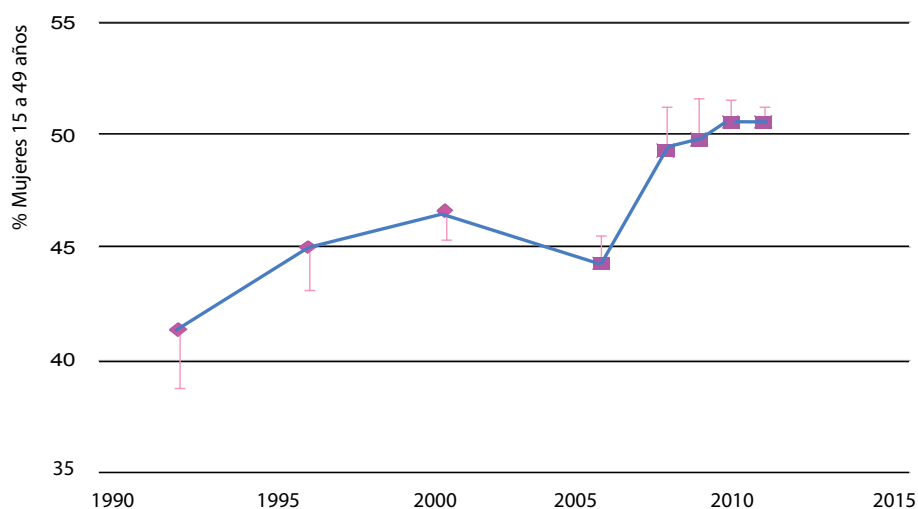
Gráfico 4
Prevalencia sobrepeso/obesidad en mujeres según departamentos del Perú



Fuente: ENDES 2009 Cuadro 10.13 Estado de nutrición de las mujeres, según características seleccionadas- pag.239.
Elaboración: CERES NUTRIR

Gráfico 5

Perú: Tendencia en exceso de peso en mujeres en edad fértil en los últimos 20 años



Fuente: INEI - ENDES (Datos publicados ENDES y generados por MCS) Elaboración: MSGC/MCS.
Sobrepeso y Obesidad definido según índice de masa corporal ≥ 25 mujeres no gestantes

Será importante analizar el patrón de aumento en la proporción de mujeres que presentan exceso de peso en el país entre el 2005 y 2010, ya que pareciera similar al que ocurre en países como el Reino Unido o Canadá, referido por Wang²³ y Sassi²⁴.

incluyen a las enfermedades de la vesícula biliar, hígado graso, apnea del sueño y osteoartritis²⁵. El Ministerio de Salud ha estimado recientemente que la quinta parte de toda la carga por enfermedad para la población peruana, en 2011 correspondió a las que tuvieron como consecuencia el sobrepeso y la obesidad, equivalente a alrededor del 19% del PBI nacional²⁶.

3 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES

Como se ha mencionado, el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de adquirir una amplia gama de enfermedades crónicas: representan alrededor del 44% de la carga de enfermedad de diabetes, el 23% de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y 41% de algunos cánceres (OMS). Otras co-morbilidades asociadas a la obesidad

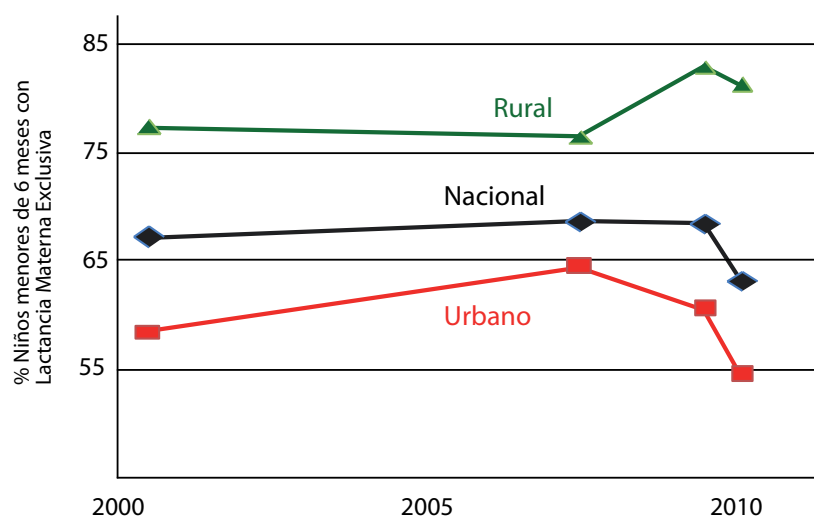
La característica más común entre la deficiencia nutricional, especialmente de micronutrientes y la obesidad, es que reposa en una insuficiente calidad de la alimentación, más que en la cantidad de los alimentos consumidos. Esta es una característica generalizada a toda la sociedad, incluyendo a los sectores pobres, donde coexisten, como ya explicamos, en un mismo hogar, la desnutrición infantil y la anemia con la obesidad y el sobrepeso. Un primer factor alimentario de riesgo se percibe en el comportamiento





de la lactancia materna exclusiva que en la población peruana aparentemente muestra una situación crítica con tendencias al decrecimiento y por eso necesita ser fortalecida con estrategias de promoción, como ocurrió entre 1992 y 2007, cuando los indicadores mejoraron. Lamentablemente los años subsiguientes no presentaron la misma tendencia, como se observa en el primer semestre de 2010, a nivel nacional: el 63% de las niñas y niños recibe lactancia materna exclusiva, pero desde el 2007 esa cifra se ha reducido a nivel nacional y de manera especial en el área urbana, que fue de 68.7% y 64%, respectivamente²⁷.

Gráfico 6
Perú: Tendencia en el patrón de Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses



Fuente: ENDES 2000 - 2007 - 2009 - 1er Trim. 2010
Elaboración: CERES NUTRIIR

Simbólicamente la lactancia alude al hogar y este es aún la representación espacial de uno de los aportes culturales más importantes de la especie humana: la alimentación, alrededor de la cual se han desarrollado muchos procesos de aprendizaje, además de reforzar los lazos afectivos. Sin embargo, cada vez es más rutinario comer fuera de casa, al punto que se calcula un gasto de alrededor del 30% del presupuesto familiar en alimentos fuera del hogar con el agregado que si este es un patrón de consumo inadecuado y nos expone a mayores riesgos de salud y nutrición.

Ya sea en el campo o en la ciudad, adultos y niños peruanos están comiendo inapropiadamente, lo cual sugiere que, entre los factores comunes, la calidad de la comida, la composición de la alimentación y la naturaleza de los alimentos juegan un rol particular. Estudios de alimentación infantil identifican que si bien es alta la proporción de madres que ofrecen lactancia exclusiva hasta los primeros 6 meses, también hay un inadecuado consumo de alimentos de calidad (ricos en hierro) asociado a altas tasas de anemia infantil a partir de la misma edad. Solo uno de cada cinco niños de 6 a 36 meses recibiría una alimentación recomendable (22.2%)²⁸, lo cual se acentúa en la zona rural pobre donde la frecuencia de consumo de productos alimentarios de origen animal, por ejemplo, es limitada.

Los alimentos y la preparación de la comida también son parte de la salud pública y de nuestra cultura. Pero la tendencia a culturizarnos “nutricionalmente” va opacando la importancia de conocer la procedencia

de los alimentos y nuestra diversidad biológica, que apuesta por nuestra cultura culinaria, variada y nutrida de diferentes legados. Ella reproduce nuestra plural identidad, como se comprueba en la preparación de “platos” domésticos, recurriendo a diversos insumos naturales y/o enteros de la tierra y el mar, adecuándose a las estaciones y alternando muchas formas de intercambio de alimentos entre pisos ecológicos. Nuestro país cuenta con una gran biodiversidad y oferta alimentaria, pero preocupa que el importante patrón de consumo de bebidas gaseosas y posiblemente una importante proporción de consumo de alimentos procesados, no saludables, estén generando un problema de salud pública. Es pues urgente proteger las tradiciones alimentarias que podrían correr el riesgo de desaparecer.

Por otro lado, como se sabe, la oferta alimentaria urbana del país es mayor y más variada que en las zonas rurales, incluyendo productos que no son ni peruanos, ni saludables, ni naturales, ni sabrosos. Y ha creado un patrón de comportamiento que se puede resumir en una frase: evitar “perder el tiempo”, mientras se almuerza conversando, ya sea en familia o con amigos, en un ambiente cada vez más obesogénico, sobreexpuestos a una publicidad multimillonaria de alimentos no saludables, orientada a estimular la demanda de la llamada “comida chatarra”.

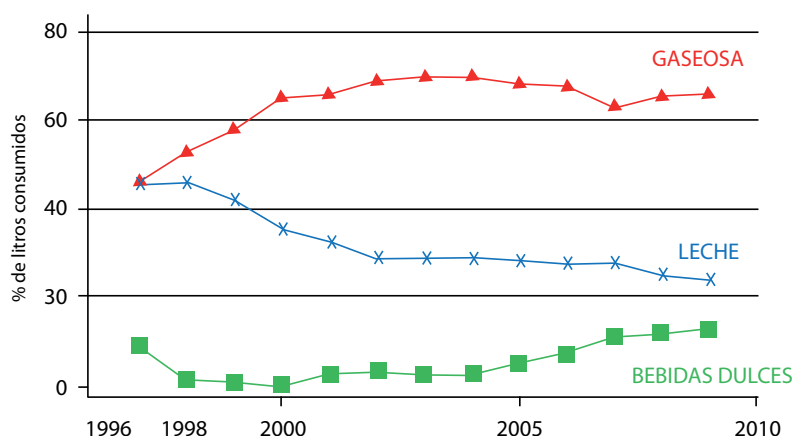
¿Cómo lograr el reposicionamiento de nuestra comida casera, sana y de prácticas saludables que nos permita mejorar nuestra calidad y expectativa de vida?

Este es el reto actual, de allí que debemos aprovechar el prestigio y la aceptación de la comida peruana como un valor agregado estratégico para luchar contra la mala nutrición.

4 BEBIDAS GASEOSAS Y ALIMENTOS PROCESADOS

Por otra parte, hay evidencias de un aumento considerable en el consumo de bebidas gaseosas a nivel nacional, comparado con la reducción en el consumo de leche a nivel nacional²⁹. Es claro que nuestro organismo no reconoce las calorías que consumimos en forma líquida y por eso ingerir de 300 a 500 calorías de más en un día es un riesgo, ya que las bebidas azucaradas producen diabetes, enfermedades cardiovasculares, incrementan el peso y son un serio problema de salud pública³⁰.

Gráfica No. 7
Consumo de bebidas gaseosas vs leche en el Perú



Fuente: Brownell K, Jacoby E y colaboradores. 2012. Datos no publicados

Igualmente, recientes estudios científicos proponen que entre los factores más importantes, relacionados con el sobrepeso y la obesidad, se encuentra el patrón de consumo de alimentos procesados³¹, en los cuales las empresas realizan una exorbitante inversión de mercadeo que, por ejemplo, ningún Ministerio de Salud del mundo podría siquiera igualar. Y todas las evidencias confirman que el mercadeo de los productos de la industria alimentaria y de bebidas gaseosas cambia la conducta de compra y consumo en la población, en particular, y de manera crítica en la población infantil.

Monteiro asegura que los alimentos ultra procesados, por su naturaleza, tienden a dañar la calidad nutricional de la alimentación e incrementan el riesgo a las enfermedades crónicas. Además, su consumo aumenta el riesgo de una mayor ingesta de sal, agregada durante el procesamiento de los alimentos, situación sobre la cual los consumidores no son alertados³².

La encuesta global de escolares señala que el 54% de los que cursan estudios entre el segundo y cuarto año refieren haber consumido bebidas gaseosas una o más veces al día; comida rápida, tres días; o más durante la semana, el 11%. Mientras que solo uno de cada 10 reconoce que ingirió cinco o más veces al día frutas y verduras. Solo alrededor de un tercio de los estudiantes consume frutas dos o más veces al día.

Aun cuando se cuenta con datos limitados y antiguos sobre el patrón de consumo de frutas y verduras en la población peruana, en la ciudad de Cajamarca, en 1991³³, se documentó que solo el decil de mayores recursos consumía la cantidad recomendada por la OMS, en tanto que el 90% restante de los miembros del hogar no alcanzaba a consumir ni la mitad. Asimismo, recientes estimaciones, referidas en la encuesta de hogares del 2010³⁴, admiten un severo desabastecimiento de productos de origen animal para la población infantil, comprobándose que solo el 10% de las fuentes proceden de alimentos de alta calidad proteica, como el pescado o las carnes, y ricos en hierro, y el resto de fuentes vegetales. El patrón de consumo de alimentos procesados, así como el de verduras y frutas, también constituye un factor de riesgo para la salud y nutrición de los distintos grupos de edad de la población. De esta manera, cabe la suposición de que ella está predispuesta al desarrollo de sobrepeso y obesidad y enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes.

5 LOS EXCESOS DE LA GLOBALIZACIÓN

Ya casi nadie duda que el proceso de globalización ha afectado significativamente las condiciones de vida de la población mundial y de manera particular la de nuestro continente, en el que se aprecia una gran presencia de alimentos ultra-procesados en la dieta cotidiana, estimulada además por una enorme campaña de mercadeo. Solo en publicidad de alimentos dirigida a niños y adolescentes, los Estados Unidos gastan anualmente alrededor de 1,6 mil millones dólares³⁶ y en todo el continente se invierten 25 mil millones de dólares, mientras que los ministerios de Salud apenas cuentan con 300 millones de dólares para atender, entre muchas de sus actividades, las enfermedades que ocasiona la dieta inducida por la industria alimentaria³⁷.

Otros desbalances han surgido en estos últimos años, como los reajustes de algunos precios que se han vuelto inaccesibles para los consumidores. Al respecto, Drewnowski³⁸ mostró que en un periodo de una década y media el costo de las frutas y verduras había aumentado en un 118%, el de pescado en un 77% y el de los cereales en un 75%, mientras que el de las grasas había aumentado solo en un 35% y el de las bebidas gaseosas en un 20%. Este desequilibrio obviamente determina la capacidad de los hogares de adquirir alimentos saludables.



La situación de desnutrición infantil en zonas rurales y el aumento en el sobrepeso y la obesidad en el país plantean un reto que debe enfrentarse también con una adecuada difusión de información sobre régimen alimentario y nutrición. Desde las entidades de salud pública, aún es muy limitada su actuación en un campo donde la publicidad comercial predomina con el riesgo de constituirse en el mecanismo educativo para la población, como lo señalan Jacoby y Hawkes³⁹.

6 ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

Al analizar la distribución espacial de la población no debe perderse de vista las diferencias ecológicas, socio-económicas y culturales determinantes de la ocupación del territorio peruano. En 1940 la población del Perú era de 6 millones 207 mil, de los cuales el 65% aproximadamente residía en la zona rural y un 35% en la zona urbana. Desde entonces la tasa de crecimiento

fue en aumento, de manera especial en las ciudades costeras, como consecuencia de las migraciones rurales. El último censo de población y vivienda del 2007 indica que la población era de 27 millones de personas, reflejando una tasa de crecimiento elevada en áreas urbanas, en comparación con las rurales. La población urbana en 1940 era de 2.2 millones y ha aumentado 10 veces al 2007, que fue de 20.8 millones. Se calcula que en 1990 el 41.8% vivía en ciudades, mientras que entre 1950 y 1970 la población en estas grandes urbes constituía tan solo un 25.8% y 35.7%, respectivamente⁴⁰. Esta población mayoritariamente rural y físicamente activa, hoy es cada vez más urbana y sedentaria, que en poquísima proporción cumple las recomendaciones de actividad física mínima.

La Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socio-económicos y Culturales relacionados con las enfermedades crónicas degenerativas⁴¹, indica que el 40% de los encuestados hace poca actividad física (vida sedentaria) ya que realiza su trabajo usualmente sentado. Estudios hechos en ciudades de América Latina muestran que dos tercios de las personas que cumplen con los treinta minutos de actividad física moderada al día, lo consiguen por medio de actividades rutinarias de transporte⁴².

La inactividad física y el sedentarismo están asociados a un amplio rango de enfermedades, incluyendo a la obesidad⁴³. Los avances en la tecnología y transporte son considerados factores claves que explican el aumento de inactividad en la población⁴⁴. El más amplio uso de tecnología en diversas actividades ocupacionales también puede relacionarse con la obesidad, sin olvidar que está creando cada día más actividades de entretenimiento sedentarias, tales como ver televisión, usar computadoras, entretenerse con video juegos, etc., que conducen a una menor actividad física. También es probable que la dependencia de diversas formas motorizadas de transporte incrementen los niveles de sedentarismo, reemplazando formas activas como caminar o montar bicicleta.



Lamentablemente en la población escolar se observa el mismo cuadro de sedentarismo. La Encuesta Global de Salud Escolar del 2010 indica que solo 2 de cada 10 estudiantes tiene actividad física cinco días o más durante la semana, según lo recomienda la OMS, y un tercio prefiere las actividades sedentarias como ver televisión, jugar en la computadora, conversar por el “chat” tres o más horas al día. Dietz y colaboradores⁴⁶ refieren la asociación entre el “tiempo de pantalla” con la obesidad infantil y adulta. Cuanto más tiempo permanecen frente a la pantalla, los niños se exponen a las campañas televisivas de alimentos no saludables, dado que hasta el 70% de la publicidad en Lima, durante horario familiar, corresponde a la promoción de bebidas, dulces y snacks⁴⁷.

Al mismo tiempo, a nivel nacional las escuelas han recortado las actividades de educación física y recreo, estimándose que en el último año solo el 2% de los escolares tuvieron clase de educación física, al menos tres veces por semana. Adicionalmente, son menores las oportunidades de caminar o ir en bicicleta a la escuela, debido al diseño de las ciudades y la distancia a la escuela. El transporte en una ciudad como Lima, que además es caótica y muy contaminante, definitivamente está limitando la actividad física.

7 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA COMBATIR LA ACTUAL EPIDEMIA

En la actualidad los problemas de salud, derivados del sobrepeso y la obesidad, como la hipertensión, la diabetes, la ceguera, las cardiopatías y el incremento de diversos tipos de cáncer, han penetrado en todos los segmentos sociales del país. Este reconocimiento, además de la coexistencia de los referidos males con los de la desnutrición infantil, nos obliga no solo a mirarnos en un espejo indeseable para la salud de la población, sino a adoptar políticas públicas contra la mala alimentación y la falta de ejercicios físicos.

Ciertamente, es un enorme desafío porque se trata de crear condiciones y oportunidades para asegurar la disponibilidad y el acceso de la



población a los productos naturales, con los que pueda garantizar una alimentación de calidad, aunque hay que aceptar que aquí también se ponen en juego otros factores como la elección individual y los entornos ambientales y socioeconómicos. Encontrar la convergencia de todos estos componentes para impedir que la epidemia no trasmisible de la modernidad siga avanzando obliga al Estado, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, a encontrar soluciones que comprometen a muchos sectores, a las instituciones privadas y por supuesto a toda la población.

En la fotografía de este momento, podríamos decir que ya hay algunas alertas y medidas que deberíamos fortalecer.

a. Incrementar la lactancia materna

La lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y su continuación combinada a los primeros alimentos, hasta los 2 años de vida, es lo óptimo para el crecimiento y desarrollo ideal de los niños y los protege contra la obesidad y las enfermedades crónicas en la edad adulta. El estancamiento y hasta retroceso en el patrón de la lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses, según las encuestas nacionales, está ocurriendo con una penetración simultánea, muy agresiva, de productos infantiles y leches maternizadas industriales. Poner en práctica el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna bastaría como requerimiento mínimo de salud pública, como lo es atender la desnutrición infantil, salvaguardando las intervenciones del estratégico Programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal, de presupuesto por resultados, desde la gestación hasta los primeros 36 meses de un niño.

b. Ofrecer solo alimentos saludables en los colegios

El colegio debe ser el espacio saludable para los niños y adolescentes donde se promueva la alimentación saludable y la actividad física. En la actualidad es alarmante que en la mayoría de ellos exista una presencia casi hegemónica de los alimentos procesados





y bebidas gaseosas y además haya desaparecido la Educación Física. Esto último, obviamente, ya anticipa el compromiso de los sectores Salud con Educación para encontrar un punto de concordancia vinculante por el cual los escolares deben cumplir con un horario obligatorio y diario de ejercicios. Es deseable que el Sector Educación aliente sobre el conocimiento de los alimentos sanos y peruanos y ofrezca, como parte de la currícula, cursos o talleres para promover habilidades en la preparación de comidas. Por otro lado, recordemos que entre las recomendaciones de la OMS se advierte que el consumo diario de productos vegetales (frutas, hortalizas, granos integrales, legumbres y frutas secas) no debe ser menor de 400 gms diarios, moderando de esta manera el consumo de alimentos procesados con alto contenido de azúcar, grasas saturadas y sal.

c. Restringir la publicidad de alimentos procesados

Existe consenso mundial liderado por la OMS que la publicidad de alimentos chatarra o procesados influyen las preferencias, demandas y consumo de alimentos de los niños. Tal consenso se extiende al hecho de que esa publicidad debe ser controlada, sobre todo con medidas efectivas y con la intervención de la acción regulatoria del mercado. Existen acuerdos internacionales que apoyan lo dicho. Primero, el acuerdo de la Asamblea Mundial de la Salud del 2010 y la propuesta de un grupo de expertos reunidos por la OPS en Mayo del 2011. En el Perú la publicidad de alimentos chatarra es elevada como lo atestigua un estudio reciente de ConcorTV (2012). Una medida ya aplicada al consumo de alcohol y tabaco ha sido la restricción de su difusión en los horarios de programas televisivos dirigidos a niños y adolescentes sin que haya contravenido las disposiciones en este campo. Por el contrario, le corresponde también a Salud, concordando con el Consejo Consultivo de Radio y Televisión (ConcorTV), y como parte de un conjunto multisectorial, convocar a las empresas para crear un patronato público-privado que proponga acciones permanentes de responsabilidad social.

Por otra parte, es urgente la adopción de las Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud⁴⁸ sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños. Se deben desplegar esfuerzos para garantizar que los niños de todas partes del Perú estén protegidos contra el impacto de este tipo de publicidad de alimentos procesados ricos en grasas saturadas, ácidos grasos del tipo trans, azúcares libres y sal y puedan crecer y desarrollarse en un entorno favorable para su alimentación sana, que ayude a mantener un peso adecuado. Es importante asimismo concretar el diseño de políticas que reduzcan su exposición a mensajes sobre estos alimentos. Tales políticas deben promover también que los entornos, como guarderías, escuelas, centros pre escolares, lugares de juego, consultorios, servicios de atención de salud y espacios de actividades deportivas o culturales sean saludables y acaten estas recomendaciones. El rol de los Ministerios de Salud y Educación, así como otros

sectores en articulación con los gobiernos regionales y locales, es crucial en la definición de esta política. Igualmente, la necesidad de contar con un mecanismo de vigilancia de su



cumplimiento que incluya claras sanciones y un mecanismo de presentación de quejas.

d. Mantener nuestra cultura culinaria

Definitivamente, como ya se ha mencionado en este documento, el Perú cuenta con un extraordinario activo en materia gastronómica y diversidad alimentaria cada vez más creciente, justificado por su calidad y variedad. Es necesario un amplio estudio que incluya una revisión bibliográfica detallada de las publicaciones y otras acciones de los últimos años (libros, artículos, entrevistas, programas televisivos y radiales, las numerosas ferias como Mistura que se han realizado), que permita explicar el significado socioeconómico y cultural que ha puesto en escena a muchos actores, directos e indirectos, desde el agricultor, pescador, criador y hasta recolector hasta el consumidor final. Sin embargo, a menudo olvidamos que el actor principal de este “boom” son los productos naturales y peruanos, lo que nos conduce a referirnos a las políticas agropecuarias, de pesca y medio ambiente que debe mantener y fomentar el Estado. Asegurar el desarrollo de la agricultura y granjas familiares locales, que se practica entre las comunidades y asociaciones rurales del país, ya es una clara medida para mejorar la seguridad alimentaria y nutricional. Otro sería aplicar tasas impositivas más altas o incrementar el precio de la comida chatarra que obviamente desmotivaría a los consumidores a favor de un alimento sano y nutritivo.

Sin embargo, el desarrollo de cultivos locales y familiares está aún muy focalizado, por eso es una obligación generalizar experiencias exitosas en el abastecimiento continuo de alimentos naturales y enteros. Citamos aquí la promoción de huertos escolares, comunales y de los Yachachiqs, cuyos aportes alientan el emprendimiento de los productores, al aplicar tecnologías productivas que abastecen el mercado con hortalizas y animales menores, en la sierra, y frutos y peces, en la selva y en la costa, y son demostraciones de una objetiva inclusión social. Por la misma razón es preciso mantener un equilibrio en la propiedad de la tierra, asumiendo que

la mayor parte de los alimentos consumidos por los peruanos proviene de las chacras y granjas de los pequeños y medianos productores y no de las grandes propiedades dedicadas a la agroexportación o al monocultivo. Según el Instituto CEPES (Centro Peruano de Estudios Sociales), el 66% de nuestra alimentación es natural -papa, cereales, leguminosas, verduras y frutas- cultivadas en esos espacios rurales; y solo el 28% son alimentos procesados -pan, leche, azúcar, fideos, gaseosas, etc.- producidos por las grandes empresas.

e. Abrir más espacios públicos

Dos terceras partes del mundo viven en grandes ciudades y eso parece, por el momento, irreversible. Una expresión de la coexistencia masificada es el sedentarismo puesto que todas las condiciones que constituyen la habitabilidad urbana son virtualmente adversas a las antiguas prácticas de obligación física de desplazamiento. El transporte motorizado, la planificación de las ciudades pensadas en función de este tipo de locomoción, y no como espacios de tránsito o de recreación peatonal, en especial en los países latinoamericanos; los hábitos impuestos por la tecnología de ver televisión, trabajar sentado frente a una computadora o, en el caso de niños y adolescentes, permanecer durante muchas horas afirmando sus habilidades motoras y de concentración con los “videogames”, son expresiones propias de esas limitaciones que abonan a crear más condiciones favorables para que la epidemia del sobrepeso y la obesidad siga creciendo. En nuestro caso, contrariar un destino de peruanidad obesa, víctima de hipertensión o diabetes, significa para el Estado repensar también multisectorialmente en un diseño de ciudad con espacios más verdes y amplios, con ciclovías construidas en todos los distritos, libres del tránsito motorizado, con la creación de nuevas estrategias para diseñar programas permanentes de competencia física y de prácticas deportivas.

Para finalizar, frente a una epidemia, que no es una profecía apocalíptica, sino una constatación cotidiana, debemos insistir en que el Ministerio de Salud necesita fortalecer su liderazgo convocando también a expertos, nacionales e internacionales, para tener nuevos instrumentos científicos y generar información adicional sobre estos males. Es un hecho que no se trata de un asunto exclusivamente médico, sino que necesita del concurso de otros agentes y de la propia población. Tratándose de un complejo asunto de prioridad pública, la movilización en torno al sobrepeso y la obesidad se impone como tarea impostergable y de inmediata acción.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ International Obesity Taskforce. Obesity the global epidemic. 2010 [citado 2011 Dic. 14]; Disponible de: <http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>
- ² World Health Organization. 2000. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Technical Report Series. 2000; 894:i-xii, 1-253. Epub 2001/03/10.
- ³ International Association for the Study of Obesity (IASO). About Obesity. [citado 2011 dic 04]; Disponible de: <http://www.iaso.org/policy/aboutobesity/>
- ⁴ Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Nocon M, Willich SN. Long-term effectiveness of interventions promoting physical activity: a systematic review. Prev Med. 2008;47(4):354-68. Epub 2008/08/05
- ⁵ Finkelstein EA, Trogdon JG, Cohen JW, Dietz W. Annual medical spending attributable to obesity: payer-and service-specific estimates. Health Aff (Millwood). 2009;28(5):w822-31. Epub 2009/07/29
- ⁶ Center for Disease Control, CDC. Obesity: Halting the epidemic by making health easier. At a Glance 2011.
- ⁷ Jacoby y Pardo. 2010. Ciudades del automóvil, obesidad y cambio climático: se alinean las crisis y también las soluciones. Serie "Discusiones contemporáneas" Documento No. 1 Slow Research www.SlowResearch.org. Bogotá, Agosto
- ⁸ Monteiro C. 2010. The big issue is ultra-processing. World Nutrition, November 2010, 1, 6: 237-259. Obtainable at www.wphna.org
- ⁹ Monteiro C. 2010. Op Cit
- ¹⁰ Horton R. 2008. Maternal and child undernutrition: an urgent opportunity. The Lancet, Volume 371, Issue 9608, Page 179, 19 January 2008
- ¹¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2009. Lima
- ¹² CENAN, INS. 2008. Resultados preliminares de análisis de ENAHO. 2007 IV Trimestre CENAN-INEI. El Módulo Nutricional de la ENAHO forma parte de un convenio entre el INEI y el INS-CENAN del año 2007 para recoger datos que permitan conocer la situación nutricional en todos los miembros del hogar, que se inicia en el IV Trimestre de la Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO del año 2007 y se continua en trimestres posteriores. Los datos citados corresponden al IV trimestre del 2007 y primer trimestre 2008, cuyo análisis toma en cuenta las ponderaciones muestrales del INEI.
- ¹³ Ministerio de Salud. Plan Estratégico de Salud 2011-2015: Las políticas públicas y la promoción de salud. Lima, Perú 12 octubre, 2011
- ¹⁴ Usando en todos los casos la comparación con la escala NCHS
- ¹⁵ Centro Nacional de Alimentación y Nutrición / Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Encuesta Nacional de Hogares 1er Trimestre 2008. http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/o/5/jer/encu_vigi_cenan/PerfilNutricionalpobrezaENAHO2008.pdf
- ¹⁶ Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN) Lima
- ¹⁷ Pajuelo-Ramirez J, Miranda-Cuadros M, Campos-Sanchez M, Sanchez-Abanto J. [Prevalence of overweight and obesity among children under five years in Peru 2007-2010]. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2011; 28(2):222-7. Epub 2011/08/17. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años en el Perú 2007-2010.
- ¹⁸ NCHS: Centro Nacional de Estadística de Salud de los EEUU.
- ¹⁹ Ministerio de Salud. 2011. Encuesta Global de Salud Escolar 2010. Lima Perú.
- ²⁰ ConcorTV. Consejo Consultivo de Radio y Televisión. 2011. Análisis de la publicidad de alimentos no saludables en la televisión peruana. Lima.

- ²¹ Centro Nacional de Alimentación y Nutrición – Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2008. Op Cit
- ²² Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2009. Op Cit
- ²³ Wang WYC, McPherson K, Tarsh T, et al. Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. The Lancet Volume 378, Issue 9793, Pages 815 - 825, 27 August 2011
- ²⁴ Sassi F., Devaux M., Cecchini M., Rusticelli E. 2009. The obesity epidemic: Analysis of past and projected future trends in selected OECD countries. OECD Working Papers No. 45. OECD publishing. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-obesity-epidemic-analysis-of-past-and-projected-future-trends-in-selected-oecd-countries_225215402672
- ²⁵ International Obesity Taskforce. 2010. Op Cit
- ²⁶ Documento de Trabajo. Garavito Miguel. 2011. Vice Ministerio de Salud. Lima-Perú
- ²⁷ OPS-UNICEF. La Lactancia Materna en el Perú y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna – Reglamento de Alimentación Infantil en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto. Lima, 2011.
- ²⁸ CENAN. MONIN. Indicadores del Programa Articulado Nutricional Fuente: Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales MONIN 2008-2010-CENAN-DEVAN
- ²⁹ Brownell K, Jacoby E, y colaboradores 2012. Datos no publicados
- ³⁰ Jacoby E. 2011. Consulta Regional para mejorar la nutrición en la región de las Américas. 16-18 Nov 2011. OPS-FAO, Perú
- ³¹ Monteiro C. 2010. Op Cit
- ³² Brown IJ, Tzoulaki I. et al 2009. Salt Intakes around the world: implications for public health. Int. J. Epidemiol. 2009; 38:791-813. Citado en WHO/PAHO Regional Expert Group for Cardiovascular Disease Prevention through Population-wide Dietary salt reduction. Improving Public Health by Optimizing Sodium and Iodine Intakes. Washington DC Meeting April 2011
- ³³ Sanchez-Griñan. M. y Galarreta V. 1991. Análisis de datos de consumo aparente de alimentos a partir de Encuesta de Hogares en la ciudad de Cajamarca. Instituto de Investigación Nutricional-Instituto Nacional de Estadística. Lima
- ³⁴ Aldana U. Análisis de consumo adquirido de alimentos: “Bases para la Elaboración del Programa Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Lima Metropolitana.” Informe Preliminar marzo 2012. Municipalidad Metropolitana de Lima – Banco Mundial.
- ³⁵ Anon. Nutrition Science: Time to start again. [Editorial] World Nutrition. November 2010 1(6):230-6.
- ³⁶ Federal Trade Commission. Marketing food to children and adolescents: a review of industry expenditure, activities, and self-regulation. A Federal Trade Commission Report to Congress. Washington, D.C. : Federal Trade Commission; 2008.
- ³⁷ Jacoby E. 2011. OPS-FAO - Consulta Regional para mejorar la nutrición en la región de las Américas. 16-18 Nov 2011, Peru.
- ³⁸ Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. The American Journal of Clinical Nutrition. 2005;82(1 Suppl):265S-73S. Epub 2005/07/09.
- ³⁹ Jacoby E. y Hawkes C. 2008. Agricultura y políticas alimentarias pueden promover una mejor salud y reducir la carga de enfermedad crónica no transmisible en las Américas. 5ª reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos. Rio de Janeiro, 10 junio 2008.
- ⁴⁰ INEI. <http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0005/CAP-34.htm>
- ⁴¹ Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. 2006. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas Degenerativas. CENAN-INS. Lima Perú



⁴² Pratt M., Jacoby E. and Neiman A. 2004. Promoting physical activity in the Americas. Food and Nutrition Bulletin Vol 25 No. 2

⁴³ Bell, A. Colin, Keyou ge, and Popkin B. The road to obesity or the path to prevention: motorized transportation and obesity in China. Obes Res. 2002;10:277–283.

⁴⁴ Hill JO, Peters JC. Environmental contributions to the obesity epidemic. Science. 1998;280:1371–4. Citado en: Bell, A. Colin, Keyou ge, and Popkin B 2002. Op Cit

⁴⁵ Ministerio de Salud. 2011. Encuesta Global de Salud Escolar Op Cit

⁴⁶ Dietz WH, Gortmaker SL. Preventing obesity in children and adolescents. Annu Rev Public Health. 2001;22:337-53. Epub 2001/03/29

⁴⁷ Carbajal D, Cuba J. Análisis del valor nutricional de la publicidad televisiva en horario familiar de Lima Metropolitana: Consejo Consultivo de Radio y Televisión del Perú; 2011

⁴⁸ Organización Mundial de la Salud. 2010. Conjunto de Recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Ginebra, Suiza

Contenido

Presentación	5
1. Obesos y desnutridos: dos caras de la misma moneda	8
2. Conviviendo con la epidemia en casa	9
Los menores de cinco años	9
Escolares y adolescentes	9
Entre los adultos	11
3. Deficiencias nutricionales	12
4. Bebidas gaseosas y alimentos procesados	14
5. Los excesos de la globalización	14
6. Actividad física y sedentarismo	15
7. Políticas públicas para combatir la actual epidemia	16
a. Incrementar la lactancia materna	16
b. Ofrecer solo alimentos saludables en los colegios	16
c. Restringir la publicidad de alimentos procesados	17
d. Mantener nuestra cultura culinaria	17
e. Abrir más espacios públicos	18
Referencias bibliográficas	19



Av. Salaverry N° 801 - Lima 11
INFOSALUD: 0800 - 10828

www.minsa.gob.pe