

La obesidad: una mirada más allá de la nutrición

Laura Inés González Zapata

ND, Doctora en Salud Pública por la Universidad de Alicante
Profesora de la Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia
laurag@pijaos.udea.edu.co

Tradicionalmente los aspectos relacionados con la desnutrición y el hambre, han constituido el tema nutricional prioritario sobre el cual se han establecido argumentos, posicionamientos y acciones, por parte de las instituciones políticas y gubernamentales tanto nacionales como internacionales. Sin embargo, los cambios en el medioambiente social que viene determinando el estilo de vida de la sociedad contemporánea, trae consigo un proceso de malnutrición, mezcla de desnutrición y exceso de peso, que requieren con urgencia de la reorientación de la intervención social y política (1). Aspecto de la salud pública actual en la que se manifiesta también en la noción de Baumann de las precariedades del exceso, que se refiere a la superación del eje clásico de análisis en nutrición de escasez-abundancia y que es congruente con la velocidad cada vez mayor de los cambios y los considerables márgenes de imprevisión que conllevan (2).

Cabe destacar que aunque según estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO), en el 2001-03 había 854 millones de personas subnutridas a escala mundial (3) (820 millones en los países en desarrollo, 25 millones en los países en transición y 9 millones en los países industrializados), el grupo internacional de

acciones sobre la obesidad (IOTF) Organización Mundial de la Salud (OMS) (4, 5), estima que entre 1,3-1,7 mil millones de personas sufren la condición de exceso de peso (sobrepeso/obesidad), siendo este el primer momento en la historia en que la prevalencia global de exceso de peso, supera la población en estado de déficit nutricional. Lo que llevó al reconocimiento de la obesidad por parte de la OMS en 1997 como una epidemia global de devastadoras consecuencias (6). La obesidad podría acortar el promedio de esperanza de vida entre 2-5 años en toda una generación, lo cual, de ocurrir, resultaría en el primer retroceso en la esperanza de vida, desde que los datos empezaron a ser recolectados en 1900 (7). Para el 2020, se estima que dos terceras partes de la carga global de enfermedad serán atribuibles a enfermedades crónicas no transmisibles, la mayoría de ellas fuertemente asociadas al exceso de peso corporal (8).

En la búsqueda de una explicación ante esta epidemia, han sido más ampliamente aceptados los argumentos que se refieren a la ganancia de peso determinada por un balance personal positivo entre el consumo y gasto energético. Pero este argumento aunque eventualmente convincente.

En la explicación del sobrepeso u obesidad individual, es quizás insuficiente para explicar el súbito y

continuo incremento de la obesidad poblacional a nivel global, especialmente durante los últimos 30 años (9, 10), así como el patrón de desigualdad por género y clase social que suele encontrarse en todos los países. Por tanto, los debates se han polarizado entre quienes favorecen una explicación basada en la conducta del individuo (11), y quienes la plantean en términos de determinantes sociales más estructurales (12).

Para caracterizar mejor esta situación, vale la pena retomar algunos elementos contemporáneos: El entorno alimentario actual esta caracterizado por una oferta abundante de alimentos, baratos, de alta densidad energética y en porciones de gran tamaño (13), lo que unido a la baja práctica de actividad física, y un estilo de vida sedentario, constituyen un entorno "obesogénico" sin cuya intervención las altas tasas de obesidad persistirán y seguramente se sigan incrementando (1). La creciente mercantilización de la alimentación y el proceso de transición nutricional intervienen en la cadena alimentaria desde múltiples factores que pasan por la producción, tipo y sistemas de producción, disponibilidad, condiciones de oferta y demanda, oportunidad de compra, hasta los sitios y tipo de consumo de alimentos (14). Factores que a su vez han pasado de ser gestionados desde el ámbito doméstico y desde el sector público al sector privado.

También es importante reflexionar sobre los resultados de diversos estudios que sugieren que los patrones de consumo alimentario, así como los problemas de obesidad y dietas inadecuadas varían de acuerdo con la edad, nivel educativo y región (15), y es relevante considerar que no todos los alimentos o preparaciones son igualmente saludables, y conllevan en si mismas una carga social diferente en sectores específicos de la población.

Un abordaje más profundo pone de manifiesto la importancia de la inequitativa distribución social de los factores que respaldan la obtención de un peso saludable. El patrón epidemiológico de la obesidad implica que las estructuras sociales afectan la distribución desigual del peso corporal (16), al respecto se ha demostrado que el área de residencia es un importante predictor del IMC en mujeres adultas pero no en hombres, respaldando la necesidad de focalizar sobre el mejoramiento del entorno local para reducir

las inequidades socioeconómicas en relación con el sobrepeso y la obesidad (17).

Los determinantes sociales de la obesidad son insuficientemente comprendidos y el conocimiento de la efectividad de las acciones emprendidas, o a emprender, es claramente incompleto. Sin embargo es cada vez más contundente el hecho de que el marco legal de los países y regiones, constituye el espectro en el que se forman las condiciones circunstanciales y ambientales que determinan tanto la ingestión dietética como la práctica de actividad física a nivel poblacional, es decir, la epidemia de obesidad como resultante de la política legislativa, y por tanto constituyéndose su prevención en una responsabilidad pública (18, 19, 20, 21).

En respuesta a esta situación se han generado diversas propuestas que incluyen desde las medidas informativas, controles a la publicidad, promoción de alimentación saludable en las escuelas, impuestos o subsidios en alimentos, entre otras. Los conocimientos sobre el tema evidencian resultados exitosos en la obtención de mejoras en el corto plazo en la dieta, actividad física y peso corporal, pero muy pocas, si acaso alguna, ha logrado alcanzar cambios sostenibles. Lograr y mantener un peso saludable en el entorno actual, requiere por tanto la implicación de políticas sinérgicas desde diversos sectores.

Por todo lo anterior resulta evidente que la alimentación, y la obesidad como problema de salud pública, esta determinada por la confluencia de poderosas fuerzas económicas, medio ambientales y culturales que promueven la ganancia de peso en la población (22, 23). El aumento gradual en las tendencias observadas en las tasas poblacionales de obesidad, especialmente a partir de las últimas dos décadas del siglo XX (24), pone así de manifiesto la capacidad de estas fuerzas externas para saturar el equilibrio natural en la regulación biológica del balance energético. Por tanto, carece de sentido esperar que el carácter epidémico alcanzado pueda ser revertido por estrategias basadas exclusivamente en la promoción de un cambio conductual del individuo. La naturaleza epidémica de este problema significa que es necesario considerar en su resolución el rol que juegan los cambios sociales y económicos (9, 10, 25, 26, 27).

Sin embargo, el reconocimiento y abordaje de la obesidad desde la salud pública y actividad legislativa es aún incipiente (28, 29). La incorporación de la obesidad en la agenda política ha sido un proceso lento, caracterizado por la falta de evidencias suficientes para su intervención, y seguido por un denso vacío entre el conocimiento técnico-científico y la toma de decisiones políticas (30, 31). Además, y a pesar del deseo manifiesto para que los gobiernos se impliquen en la lucha contra la obesidad (28, 32) los acercamientos realizados son aún muy tímidos, tal como se aprecia en los planteamientos expuestos por los organismos internacionales, como el planteado por la Comisión Europea, al referirse a la promoción de dietas saludables y actividad física (33).

El hecho de que la relación entre nutrición y políticas públicas, y en especial, el problema de la obesidad sea tan

escasamente abordado, podría deberse a causas que van desde el desconocimiento, la culpabilización del individuo, hasta la compleja red de interacciones que desde diversos ámbitos e intereses económicos y políticos enmarcan el perfil alimentario (21, 28). La nutrición, y sus consabidas expresiones patológicas, derivadas tanto del déficit como del exceso, aún no se encuentran en la centro del debate público y como consecuencia nos encontramos en un proceso en que las instituciones públicas apenas están empezando a decidirse por una respuesta en términos de políticas-. Las patologías nutricionales tales como la obesidad, caen en un vacío político enmarcado por un contexto en el que cabe preguntarse ¿Qué hace falta para que los líderes políticos como vinculantes entre la población y el gobierno, asuman, se responsabilicen de la carga social derivada de la malnutrición, y actúen en consecuencia?.

REFERENCIAS

1. Prentice A. The emerging epidemic of obesity in developing countries. *Internat J Epidemiol.* 2006;35:93-99.
2. Castiel LD, Alvarez-Dardet C. Las tecnologías de la información y la comunicación en salud pública: las precariedades del exceso. *Rev Esp Salud Publica [online].* 2005;79;331-37. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000300002&lng=es&nrm=iso.
3. FAO. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2006. La subnutrición en el mundo. Roma; 2006; p. 8-13. <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/009/a0750s/a0750s02.pdf>.
4. European Association for the Study of Obesity. Obesity in Europe. The case for action. London: International Obesity Task Force; 2002.
5. WHO. Global database on body mass index. <http://www.who.int/bmi/index.jsp>.
6. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva; 2000. WHO Technical Report Seris N° 894.
7. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershov RC, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med.* 2005;352:1138-45.
8. Chopra M, Galbraith S, Darnton-Hill I. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. *Bull WHO.* 2002;80:952-8.
9. Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes.* 2004;28:S2.
10. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint FAO/WHO Expert consultation. Geneva; 2003. Technical report series N° 916.
11. Ashton D. Food advertising and childhood obesity. *J R Soc Med.* 2004;97:51-2.
12. Lang T. The public health impact of globalization of food trade. In: Shetty P, McPherson K, eds. *Diet, nutrition and chronic disease: lessons from contrasting worlds.* London: Wiley; 1997; 173-86.
13. Hawkes C. Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Global Health.* 2006;2:1-18.

14. Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes.* 2004;28:S2.
15. Martinez JA, Kearney JM, Kafatos A, Paquet S, Martínez-González MA. Variables independently associated with self reported obesity in the European Union. *Public Health Nutr.* 1999;125-33.
16. Friel S, Chopra M, Satcher D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ* 2007;335:1241-1243.
17. King T, Kavanagh AM, Jolley D, Turrell G, Crawford D. Weight and place: a multilevel cross-sectional survey of area-level social disadvantage and overweight/obesity in Australia. *Int J Obes.* 2006;30:281-7.
18. Nestle M. Food marketing and childhood obesity: a matter of policy. *N Engl J Med.* 2006;354:2527-9.
19. Sanz de Galdeano A. The obesity epidemic in Europe. Sanz De Galdeano A. The obesity epidemic in Europe. IZA Discussion Paper Nº 1814. Bonn; 2005.: <http://ssrn.com/abstract=840745>.
20. Alderman J, Smith JA, Fried EJ, Daynard RA. Application of Law to the childhood obesity epidemic. *J Law Med Ethics.* 2007;35:90-112.
21. Kim S, Popkin BM. Understanding the epidemiology of overweight and obesity. A real global public health concern. *Int J Epidemiol.* 2006;35:60-7.
22. WHO. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for responses. Copenhagen; 2007. <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1305e.pdf>
23. Rosengren A, Lissner L. The sociology of obesity. *Front Horm Res.* 2008;36:260-70.
24. International obesity task force. Global obesity prevalence in adults. London; 2005. <http://www.iotf.org/database/GlobalAdultsAugust2005.asp>
25. Hill JO, Peters JC, Wyatt HR. The role of public policy in treating the epidemic of global obesity. *Clin Pharmacol Ther.* 2007;81:772-5.
26. Flegal MK, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA.* 2002;288:1723-27.
27. Gutierrez-Fisac JL, Royo-Bordonada MA, Rodríguez-Artalejo F. Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de obesidad. *Gac Sanit.* 2006;20:48-54.
28. Mello M, Studdert D, Brennan TA. Obesity: the new frontier of public health law. *N Engl J Med.* 2006;354:2601-10.
29. Lang T, Rayner G. Overcoming policy cacophony on obesity. An ecological public health framework for policymakers. *Obes Rev.* 2007;8:165-81.
30. Marmot M. Evidence based policy or policy based evidence?. *Br Med J.* 2004;328:906-7.
31. James WPT, Rigby N, Leach R. The obesity epidemic, metabolic syndrome and future prevention strategies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2004;11:3-8.
32. Levkoe CZ. Learning democracy through food justice movements. *Agric Human Values.* 2006;23:89-98.
33. Commission of the European Communities. Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases. Brussels; 2005. Green paper, COM(2005) 637.