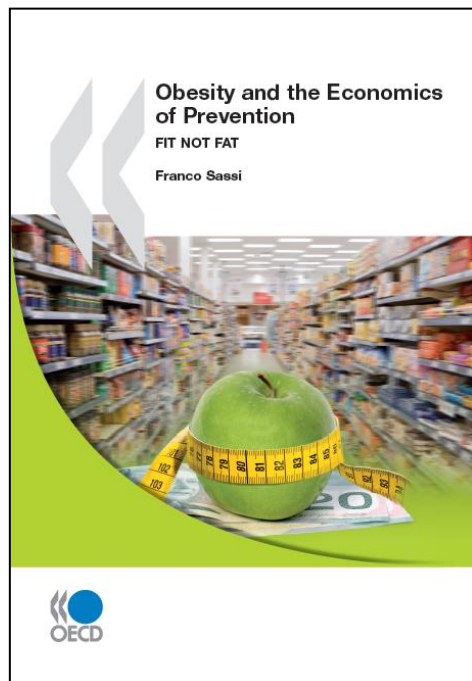


## LA OBESIDAD Y LA ECONOMÍA DE LA PREVENCIÓN

### OBESITY AND THE ECONOMICS OF PREVENTION: FIT NOT FAT



**El Nuevo informe de la OCDE examina la escala y las características de la actual epidemia de obesidad, los respectivos papeles e influencias de las fuerzas de mercado y gobiernos, y el impacto de las intervenciones para abordar la obesidad.**

**El informe presenta por primera vez análisis y comparaciones de los datos disponibles más detallados sobre la obesidad de 11 países de la OCDE. Incluye un análisis único de la salud e impacto económico de un rango de intervenciones contra la obesidad en 5 países, llevado a cabo conjuntamente por la OCDE y la Organización Mundial de la Salud.**

**Los Ministros de Salud discutirán este informe cuando se reúnan en la OCDE los días 7 y 8 de octubre de 2010 en París.**

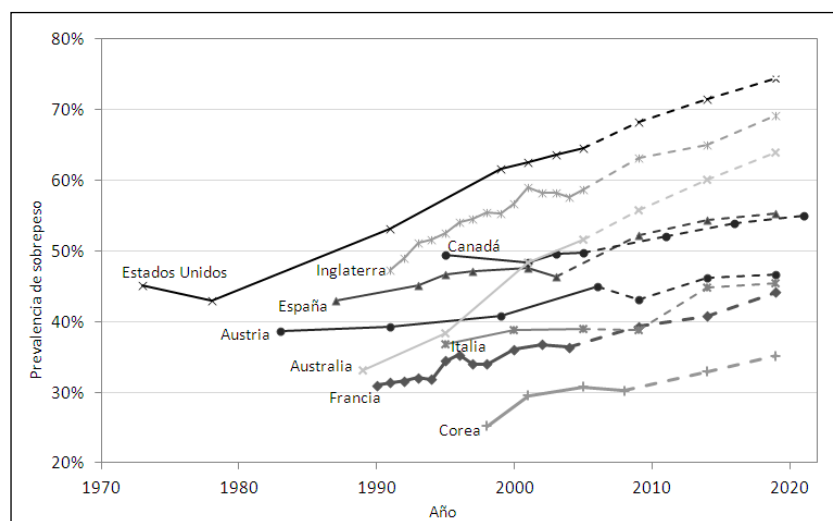
La obesidad se está convirtiendo en el enemigo público número uno en cuestión de salud en la mayoría de los países de la OCDE. Las personas severamente obesas mueren 8 a 10 años antes que las de peso normal, al igual que los fumadores. Cada 15 kilogramos extras aumentan el riesgo de muerte temprana aproximadamente 30%. En diez países europeos, las investigaciones muestran que la obesidad duplica las probabilidades de no poder vivir una vida activa normal.

La obesidad es costosa, y es una carga para los sistemas de salud. A lo largo de sus vidas, los gastos de atención médica para personas obesas son por lo menos 25% mayores que para gente de peso normal y aumentan rápidamente mientras más gordos se vuelven.

Sin embargo, la reducción en la esperanza de vida es tan grande que la gente obesa incurre en costos menores de atención médica sobre el curso de su vida (13% menos, según un estudio holandés) que aquellos de peso normal – pero más que los fumadores, en promedio. Se estima que la obesidad es responsable de 1% a 3% del total de gastos de atención médica en la mayoría de los países (5% a 10% en Estados Unidos) y que los costos aumentarán rápidamente en los próximos años debido a las enfermedades relacionadas con la obesidad.

**¿Cuáles son las tendencias de la obesidad – pasado y futuro?**

Hasta 1980, menos de 1 de cada 10 personas eran obesas. Desde entonces, las tasas se han duplicado o triplicado en muchos países y en casi la mitad de los países de la OCDE 1 de cada 2 personas es ahora considerada con sobrepeso u obesa. Si las tendencias recientes continúan, las proyecciones sugieren que más de 2 de cada 3 personas tendrán sobrepeso u obesidad en al menos algunos países de la OCDE en los próximos 10 años (figura abajo).



La altura y el peso han estado incrementando desde el siglo XVIII, debido a que el ingreso, educación y condiciones de vida han mejorado gradualmente. Mientras que los aumentos de peso eran benéficos para la salud y longevidad de nuestros ancestros, un número alarmante de gente ha cruzado ahora la línea más allá de la cual más aumentos son peligrosos.

### ¿A quién afecta la obesidad y cuáles son los impactos sociales?

Las mujeres son obesas más a menudo que los hombres, pero las tasas de obesidad en

hombres han estado aumentando más que en mujeres en la mayoría de los países de la OCDE.

La obesidad es más común en gente pobre y de nivel educativo bajo. En varios países de la OCDE, las mujeres de baja educación tienen 2 a 3 veces más probabilidades de tener sobrepeso que las más educadas, pero las disparidades para los hombres son más pequeñas o inexistentes.

Las disparidades sociales también se presentan en los niños (y niñas) en Inglaterra, Francia y Estados Unidos, pero no en Corea.

Los niños que tienen al menos un padre obeso tienen 3 a 4 veces más probabilidades de ser también obesos. Esto es en parte genético, pero los niños generalmente comparten las malas dietas y formas de vida sedentaria de sus padres, influencias que

han jugado un papel importante en el esparcimiento de la obesidad.

La mala salud va de la mano con los malos prospectos de trabajo para mucha gente obesa. Las empresas prefieren contratar candidatos de peso normal en lugar de gente obesa, en parte debido a expectativas de menor productividad. Esto contribuye a un diferencial de empleo y salario – en Estados Unidos, más del 40% de mujeres blancas severamente obesas están desempleadas, comparadas con poco más de 30% para todas las mujeres. La gente obesa gana hasta 18% menos que la gente de peso normal. Necesitan faltar más días al trabajo, demandan más

beneficios por invalidez, y tienden a ser menos productivos en el trabajo que la gente de peso normal. En los países del norte de Europa, la gente obesa tiene hasta 3 veces más probabilidades de recibir pensiones de invalidez, y en Estados Unidos tienen 76% más probabilidades de sufrir invalidez a corto plazo. Cuando se suman las pérdidas de producción a los costos de atención médica, la obesidad equivale a más de 1% del PIB en Estados Unidos.

### **¿Cómo se convirtió la obesidad en un problema?**

No existe una razón única que explique la epidemia de la obesidad. Más bien, una serie de cambios – inofensivos ellos mismos – han causado una catástrofe de acción retardada. El aumento en el suministro de alimentos, combinado con cambios significativos en la producción de los mismos y un sofisticado uso constante de promoción y persuasión han cortado dramáticamente el precio de las calorías y han aumentado enormemente la disponibilidad de los platillos preparados. Al mismo tiempo, las condiciones cambiantes de vida y trabajo hacen que menos gente prepare comidas tradicionales a partir de ingredientes crudos. Menos actividad física en el trabajo, más mujeres en el mercado laboral, mayores niveles de estrés e inseguridad en el trabajo, y jornadas laborales más largas son todos factores que contribuyen directa o indirectamente a los cambios de forma de vida que causan la epidemia de obesidad.

Las políticas gubernamentales también han contribuido, inadvertidamente. Por ejemplo los subsidios (en agricultura) y los impuestos que afectan los precios de los alimentos; las

políticas de transporte que fomentan el uso de automóviles privados y hacen caminar al trabajo una rareza; las políticas de planeación urbana que hacen los largos desplazamientos al lugar de trabajo una necesidad, y conducen a la creación de áreas urbanas marginadas sin tiendas de comestibles verdes, muchos establecimientos de comida rápida, y pocos jardines de recreo e instalaciones deportivas.

### **¿Qué pueden hacer los gobiernos y los mercados para fomentar una salud mejor?**

Los gobiernos pueden ayudar a la gente a cambiar su estilo de vida haciendo disponibles nuevas opciones saludables o haciendo las ya existentes más accesibles y asequibles. Alternativamente, pueden usar la persuasión, educación e información para hacer las opciones saludables más atractivas. Este enfoque es más costoso y más difícil de realizar y monitorear. Un enfoque más duro, a través de reglamentación y medidas fiscales, es más transparente pero afecta a todos los consumidores indiscriminadamente, así que puede tener costos políticos y de bienestar social. Puede también ser difícil de organizar y hacer cumplir y tener efectos regresivos.

Un examen de las políticas nacionales de la OCDE y otros países de la UE muestra que los gobiernos están aumentando los esfuerzos para fomentar una cultura de alimentación saludable y vida activa. La mayoría tienen iniciativas dirigidas a los niños en edad escolar, como cambios en los alimentos servidos en las escuelas y máquinas expendedoras, mejores instalaciones para actividades físicas, y educación en salud. Muchos también diseminan directrices de la nutrición y mensajes de fomento a la salud

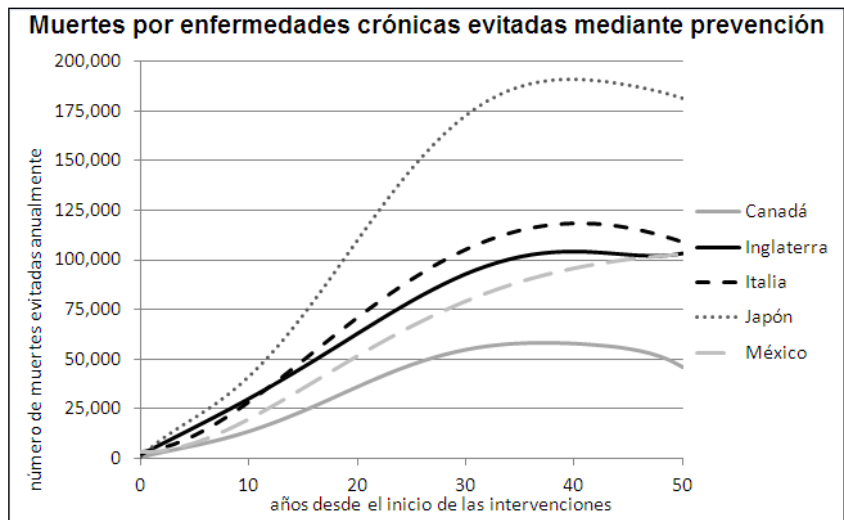
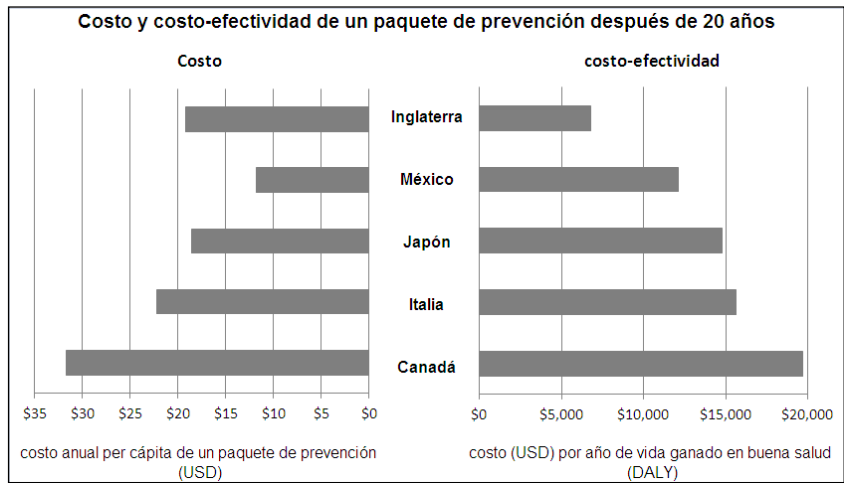
como alentar el “transporte activo” - andar en bicicleta y caminar - y recreación activa. Los gobiernos se resisten a utilizar reglamentaciones y medidas fiscales debido al complejo proceso regulatorio, a los costos de aplicación, y la probabilidad de confrontación con las industrias dominantes.

El sector privado, incluyendo patrones, las industrias de alimentos y bebidas, farmacéutica y deportiva juegan también un papel. Los gobiernos están exigiendo que la industria de alimentos y bebidas tome medidas: reformular la producción de alimentos para evitar ingredientes particularmente malsanos (como las grasas saturadas y la sal en exceso); reducir el tamaño de porciones excesivas y proporcionar alternativas de menús saludables; limitar la publicidad, particularmente a grupos vulnerables como los niños; e informar a los consumidores respecto al contenido de los alimentos.

**¿Qué intervenciones funcionan mejor y a qué costo?**

Las acciones gubernamentales para abordar la obesidad – educación en salud y promoción, reglamentación y medidas fiscales, y consejos de estilo de vida de los médicos de familia – son una mejor inversión que muchos tratamientos actualmente proporcionados por los sistemas de salud de la OCDE.

Combinando estas intervenciones en una estrategia de prevención comprensiva, destinada a distintos grupos de edades y determinantes de la obesidad, proporcionaría una solución asequible y rentable, aumentando significativamente las mejoras de salud en comparación con acciones aisladas.



El precio de atacar la obesidad sería tan bajo como \$12 USD per cápita en México, \$19 USD en Japón e Inglaterra, \$22 USD en Italia y \$32 USD en Canadá (figura superior a la derecha). Esto representa una pequeña fracción de los gastos en salud en esos países, y una pequeña proporción del 3% de los presupuestos de salud que los países de la OCDE gastan hoy en día en prevención. Una

estrategia comprensiva prevendría, cada año, 155,000 muertes por enfermedades crónicas en Japón, 75,000 en Italia, 55,000 en México y 40,000 en Canadá (figura inferior a la derecha). Retardaría o prevendría el comienzo de enfermedades crónicas, reduciendo la invalidez y mejorando la calidad de vida. La intervención más efectiva en este paquete corresponde a los consejos individuales de los médicos de familia, aunque la reglamentación gubernamental, impuestos y subsidios pueden generar mejoras de salud a costos mucho menores.

Las intervenciones dan a la gente años extras de vida saludable, reduciendo los costos de atención médica. También significan, sin embargo, que la gente viva más tiempo con años de vida añadidos en los grupos de edad más avanzada, incrementando la necesidad de atención médica. El resultado es que las políticas de prevención efectiva de la obesidad no reducen en gran medida los gastos totales en salud y podrían, cuando mucho, generar reducciones en el orden de 1% del gasto total para las principales enfermedades crónicas. Dicho esto, el objetivo principal de la prevención es mejorar la salud y longevidad de la población, y nuestros resultados muestran que la intervención gubernamental puede ser efectiva.

**¿Podemos esperar un futuro de gente en forma, no con sobrepeso?**

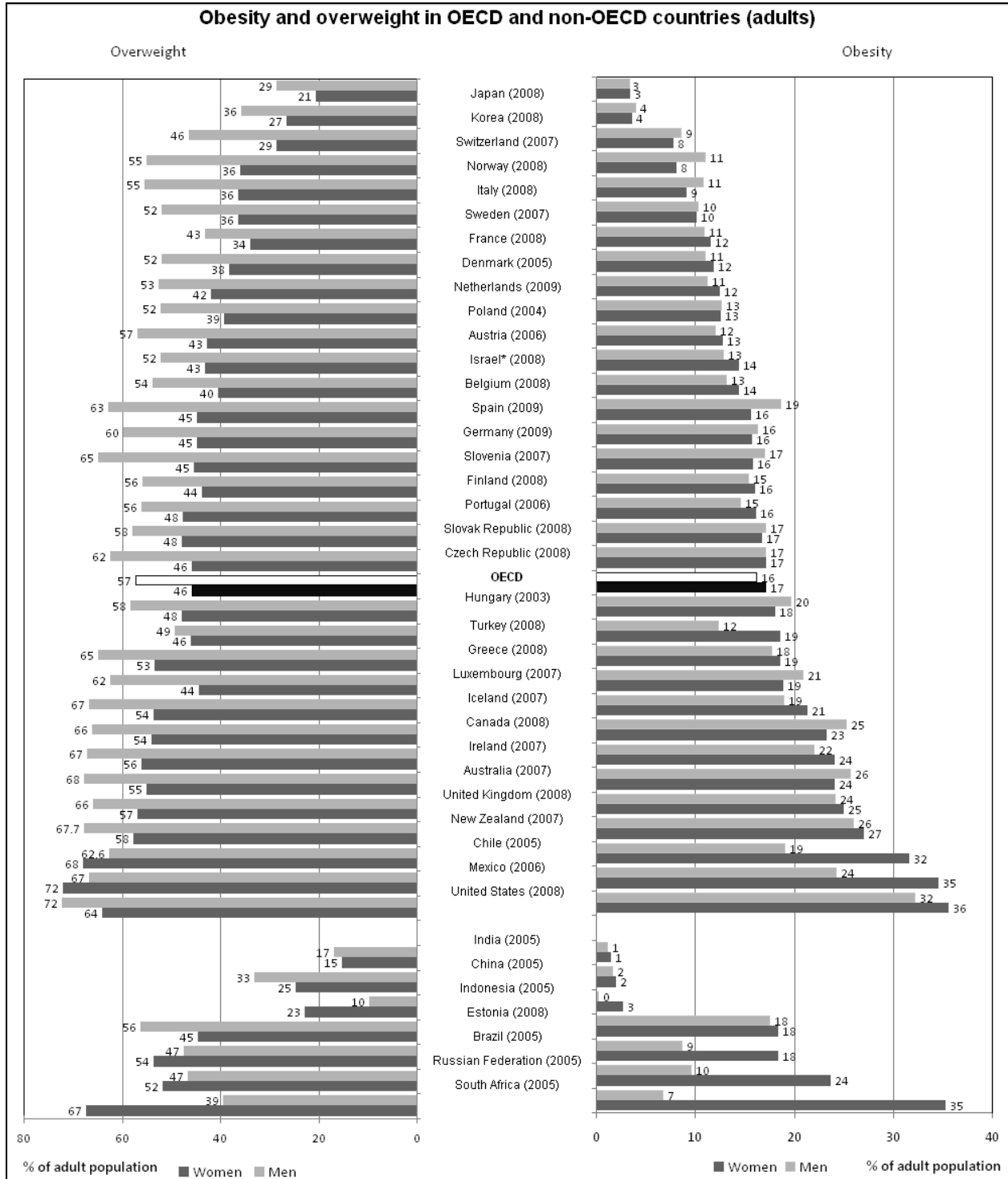
Así como no hay un solo factor responsable por la obesidad, tampoco hay una cura mágica para la misma. Hace veinte años el epidemiólogo Geoffrey Rose estimaba que reduciendo el peso promedio en una población por tan poco como 1.25% (menos de 900 gramos para una persona de 70 kg) el número de personas obesas disminuiría un cuarto. Desafortunadamente, ninguna de las estrategias hasta ahora ha podido, por sí sola, alcanzar siquiera ese pequeño logro. Una estrategia efectiva de prevención debe combinar fuerzas complementarias: enfoques poblacionales – campañas de promoción de salud, impuestos y subsidios, o reglamentación gubernamental – con enfoques individuales como consejos de médicos de familia, para cambiar lo que la gente percibe como la norma en comportamiento saludable.

Adoptar un enfoque de “intereses múltiples” es un curso de acción sensato – los gobiernos retienen el control de las iniciativas para prevenir enfermedades crónicas y alientan el compromiso y contribuciones del sector privado. La lucha contra la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas exigirá la cooperación completa de todas las partes involucradas. Pero al existir múltiples intereses contradictorios se requiere un compromiso, y habrá perdedores. El fracaso impondría pesadas cargas a las futuras generaciones.

## **Resumen de hechos clave respecto a la obesidad y la economía de la prevención**

- Una de cada 2 personas es hoy en día tiene sobrepeso o es obesa en casi la mitad de los países de la OCDE. Se proyecta que las tasas incrementen aún más y en algunos países 2 de cada 3 personas serán obesas en los próximos 10 años.
- Una persona obesa incurre costos de salud 25% mayores que una persona de peso normal. La obesidad es responsable de 1-3% del total de los costos de salud en la mayoría de los países de la OCDE (5-10% en Estados Unidos).
- Una persona severamente obesa es propensa a morir 8-10 años más pronto que una persona de peso normal.
- Las mujeres de baja educación tienen 2 a 3 veces más probabilidades de tener sobrepeso que aquellas con altos niveles de educación, pero casi no hay disparidad entre los hombres.
- Los salarios de la gente obesa son hasta 18% menores que los de la gente de peso normal.
- Los niños que tienen al menos un padre obeso tienen 3 a 4 veces más probabilidades de ser obesos.
- Una estrategia comprensiva de prevención evitaría, cada año, 155,000 muertes por enfermedades crónicas en Japón, 75,000 en Italia, 70,000 en Inglaterra, 55,000 en México y 40,000 en Canadá.
- El costo anual de dicha estrategia sería de \$12 USD per cápita en México, \$19 USD en Japón e Inglaterra, \$22 USD en Italia y \$32 USD en Canadá. El costo por año ganado a través de la prevención es menor a \$20,000 USD en estos 5 países.

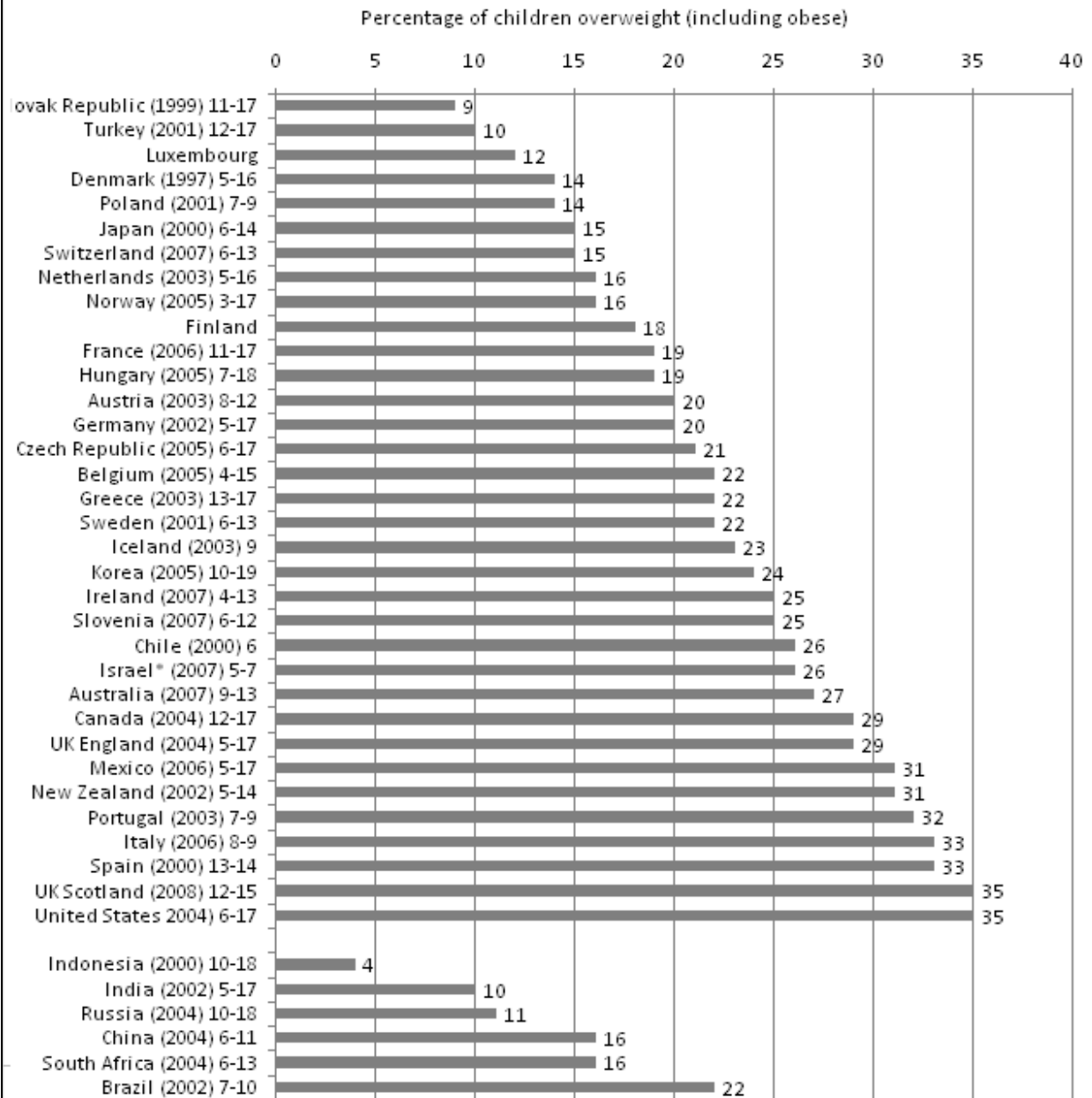
## Tasas de obesidad en la OCDE y otros países



Note: For Australia, Canada, Czech Republic, Ireland, Japan, Korea, Luxembourg, Mexico, New Zealand, Slovak Republic, United Kingdom and United States, rates are based on measured, rather than self-reported, body mass index (BMI).

Source: OECD Health Data 2010, and WHO Infobase for Brazil, Chile, China, India, Indonesia, Russian Federation and South Africa.

### Child overweight in OECD and non-OECD countries



Source: Figures for Finland and Luxembourg from World Health Organisation Health Behaviour in School Children (HBSC) 2005-06 survey (self-reported weight and height of 11-year-old children), and from latest available national surveys of children in which weight and height were measured for other countries.



## Contactos

### *Oficina de prensa de la OCDE*

Helen Fisher

☎ +33-1-4524 8097 ✉ [helen.fisher@oecd.org](mailto:helen.fisher@oecd.org)

### *División de Salud de la OCDE*

Mark Pearson – Jefe de División

☎ +33-1-4524 9269 ✉ [mark.pearson@oecd.org](mailto:mark.pearson@oecd.org)

Franco Sassi – Economista de Salud Senior y autor principal del informe

☎ +33-1-4524 9239 ✉ [franco.sassi@oecd.org](mailto:franco.sassi@oecd.org)

Michele Cecchini – Analista de Políticas de Salud y coautor

☎ +33-1-4524 7857 ✉ [michele.cecchini@oecd.org](mailto:michele.cecchini@oecd.org)

Marion Devaux – Estadista y coautor

☎ +33-1-4524 8261 ✉ [marion.devaux@oecd.org](mailto:marion.devaux@oecd.org)

Isabelle Vallard – Secretaria de la División de Salud

☎ +33-1-4524 1961 ✉ [isabelle.vallard@oecd.org](mailto:isabelle.vallard@oecd.org)

## Vínculos útiles

Portal del libro: [www.oecd.org/health/fitnotfat](http://www.oecd.org/health/fitnotfat)

División de Salud de la OCDE: [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)

Proyecto de la economía de prevención de la OCDE:

[www.oecd.org/health/prevention](http://www.oecd.org/health/prevention)

Ministerial de Salud de la OCDE, 7-8 de octubre de 2010:

[www.oecd.org/health/ministerial](http://www.oecd.org/health/ministerial)