

ESTUDIO:

# PERCEPCIONES SECTORIALES DEL COSTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ

septiembre de 2019



**Autoras:**

Morgan Kennedy  
Maya-Lhanze Lama

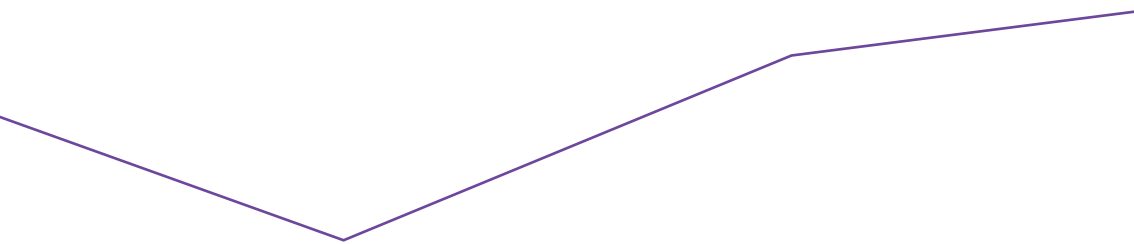
**Apoyo Trabajo de Campo:**

Gabriela Terán

**Editoras:**

Maria Teresa Nogales  
Jhanira Rodriguez





ESTUDIO:

# PERCEPCIONES SECTORIALES DEL COSTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ

septiembre de 2019

**Autoras:**

Morgan Kennedy  
Maya-Lhanze Lama

**Apoyo Trabajo de Campo:**

Gabriela Terán

**Editoras:**

Maria Teresa Nogales  
Jhanira Rodriguez



# INTRODUCCIÓN

Hoy, alrededor del mundo, el sobrepeso y la obesidad se presentan como amenazas para la salud pública, la productividad económica y la estabilidad política.<sup>i</sup> Hasta el 2016, el 39% de personas mayores de 18 años registraban sobrepeso y 13% obesidad.<sup>ii</sup> “Desde 1980, la prevalencia de la obesidad se ha duplicado en más de 70 países y ha aumentado de manera continua en la mayoría de los demás países”.<sup>iii</sup>

Hace tan sólo 50 años, se estimaba que el número de personas viviendo con desnutrición alcanzaba hasta un 25% de la población mundial; hoy se registra dos veces más personas con sobrepeso y obesidad que personas desnutridas.<sup>iv</sup> El incremento alarmante de la tasa de obesidad en las últimas tres décadas ha llevado a que se esté enfrentando una epidemia de salud pública y un problema de inseguridad alimentaria a nivel mundial. Se resalta que la creencia de que un aumento en la obesidad es equivalente a mayor seguridad alimentaria y mejor nutrición es un mito que acrecienta los riesgos en la salud de la población.

La epidemia global del sobrepeso y la obesidad se genera por un sinfín de factores entre los cuales se destacan la urbanización acelerada, cambios en los patrones de consumo de alimentos y la integración mundial de los mercados. En muchos casos, la obesidad también está asociada con estilos de vida cada vez más sedentarios y un alto consumo de alimentos ultra procesados con alto contenido de grasas, azúcares, aceites y granos refinados. El desbalance entre la ingesta y

el gasto de energía provocan que, tanto países desarrollados como países en vías de desarrollo, presenten incrementos en los porcentajes de personas con sobrepeso y obesidad, entre todos los grupos socioeconómicos.

Los factores vinculados al peso de las personas están relacionados en gran medida a influencias socioeconómicas,<sup>v</sup> demográficas,<sup>vi</sup> culturales<sup>vii</sup> y estilos de vida.<sup>viii</sup> Si bien en algunas sociedades y culturas un cuerpo relleno refleja riqueza y salud, en otras es visto como poco atractivo o indeseable.<sup>ix</sup> Ciertamente, los efectos y estereotipos respecto al peso y la salud varían en diferentes entornos; por ejemplo, en entornos con antecedentes persistentes o recientes de inseguridad alimentaria y desnutrición es posible que los cuerpos más voluminosos se asocien con una mayor capacidad económica y acumulación de riqueza. En este sentido, muchos países en vías de desarrollo comparten la creencia que *un niño gordo es un niño sano*.<sup>x</sup>

Entre los factores de riesgo para las Enfermedades No Transmisibles (ENTs), identificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentran el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, la reducida ingesta de frutas y verduras. El año 2015, el alto Índice de Masa Corporal (IMC) contribuyó a cuatro millones de muertes vinculadas a enfermedades cardiovasculares y diabetes.<sup>xi</sup> Las condiciones asociadas, al igual que el debilitamiento general de las funciones cognitivas y motoras relacionadas con la obesidad y el sobrepeso, implican un alto costo para la sociedad y la economía mundial.<sup>xii</sup> En México, por ejemplo, la obesidad es la carga social más cara<sup>xiii</sup> y demanda aproximadamente 2,5% del PIB; Brasil invierte un monto similar.<sup>xiv</sup>

Un estudio sobre la relación entre nivel socioeconómico y obesidad encontró que al incrementar el Producto Global Bruto (PGB), la carga de la obesidad en cualquier país en vías de desarrollo se acentúa entre personas con bajo nivel socioeconómico.<sup>xv</sup> Sin embargo, esta tendencia varía según el lugar de residencia dentro de un país. En las áreas urbanas de países de ingresos bajos y medios, los grupos de nivel socioeconómico alto tienden a ser los primeros en registrar una alta prevalencia de obesidad mientras que, cuando aumenta el PIB de un país, la carga de la obesidad se traslada a grupos de menor nivel socioeconómico y a las áreas rurales.<sup>xvi</sup>

La evidencia que se presenta en América Latina revela poca consciencia sobre la problemática. En este sentido, la obesidad no se percibe como una amenaza a la calidad de vida hasta que genera dolor y debilidad.<sup>xviii</sup> Sin embargo, existen avances; por ejemplo, según la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016* de México, "más del 95% de los participantes vinculaban la obesidad con diabetes, el 80% con cáncer y más del 95% con hipertensión, enfermedades cardíacas y embolias. Lo significativo es que el 97% reconoció la obesidad como algo *grave o muy grave*".<sup>xix</sup>

Se resalta que, en América Latina la prevalencia de obesidad entre jóvenes está entre las más altas del mundo. Una de cada cinco personas menores de 20 años registra sobrepeso u obesidad y el 43% de personas mayores de 15 años están clasificadas como inactivas. Esto da paso a que Latinoamérica sea la región más inactiva del mundo.<sup>xx</sup> En la región, México, Chile, Colombia y Brasil son los países con mayor prevalencia de obesidad; en México más del 30% de la población adulta es considerada obesa,<sup>xxi</sup> siendo este uno de los porcentajes más altos a nivel mundial. En el caso boliviano, el Ministerio de Salud informó que hasta el año 2017, el 42,7% de la población nacional ya registraba sobrepeso u obesidad.<sup>xxiii</sup>

En vista de la magnitud de la epidemia del sobrepeso y la obesidad, se considera necesario elaborar estudios locales que permitan conocer el estado de situación y la multidimensionalidad de estas temáticas. Con miras a garantizar bienestar para la población, será necesario identificar tendencias, percepciones, vivencias reales y todos los impactos que genera convivir con una enfermedad que tiene repercusiones a largo plazo. El presente documento se constituye en un estudio preliminar y cualitativo, mediante el cual se identifican percepciones sectoriales acerca del sobrepeso y la obesidad en el municipio de La Paz. A lo largo de su elaboración, se hizo evidente que existe una escasez importante de datos cuantitativos, que son fundamentales para todo proceso de toma de decisión incluyendo la elaboración de políticas públicas, procesos de planificación e inversiones de toda índole. Por ello, la necesidad de continuar realizando e incentivando futuros estudios en esta temática. Estos esfuerzos permitirán impulsar acciones integrales orientadas a mejorar la seguridad alimentaria.

## Objetivos del Estudio

El estudio se enfoca en documentar percepciones sobre los factores, costos y desafíos vinculados al sobrepeso y la obesidad en el municipio de La Paz, centrándose en los impactos que se generan sobre la salud y la economía. Los objetivos del estudio son:

- Detallar las consecuencias y los factores asociados con la creciente epidemia del sobrepeso y la obesidad en el municipio de La Paz.
- Conocer diferentes percepciones sociales acerca del sobrepeso y la obesidad.
- Identificar si el sobrepeso y la obesidad se consideran un problema entre diferentes actores.
- Describir algunos desafíos para generar mayor conciencia ciudadana y acción gubernamental en torno al sobrepeso y la obesidad.

## Metodología

Para la recolección, sistematización y análisis de los datos se utilizaron diferentes técnicas que responden al carácter sociológico-cualitativo de la investigación. Las herramientas utilizadas fueron diseñadas para facilitar el acercamiento a los sectores estudiados. Los instrumentos aplicados fueron:

- **Investigación bibliográfica:** análisis de la información y datos de documentos relacionados a la temática del sobrepeso y la obesidad para comprender el contexto general y el panorama mundial a través de diferentes perspectivas.
- **Entrevistas estructuradas:** aplicación de cuestionario de preguntas abiertas, adaptadas a diferentes grupos de actores, para obtener información de primera mano basada en la experiencia del entrevistado. Se realizaron 33 entrevistas con personal de los tres niveles de salud pública, personal clínico, nutricionistas, organizaciones no gubernamentales, pacientes con diabetes, investigadores, funcionarios del gobierno local y líderes comunitarios.



- **Análisis de la información:** análisis en base a la estructuración y sistematización de los datos registrados y clasificados que aporten al propósito u objetivo del estudio.
- **Reflexión interna:** socialización y reflexión de los resultados con el equipo de investigación para el análisis y la formulación de recomendaciones.

# DESARROLLO DEL ESTUDIO

La creciente prevalencia de enfermedades crónicas asociadas con el sobrepeso, la obesidad y la necesidad de tratar estas condiciones, ejercen mucha presión sobre el sistema de salud pública y la sociedad en su conjunto. Se resalta que existe una relación entre niveles del Índice de Masa Corporal (IMC)<sup>1</sup> y gastos en servicios de salud; es decir, en cuanto mayor el nivel de IMC, mayores son los gastos en servicios de salud.<sup>xxiv</sup> Sin duda, cuando aumenta la población enferma, los servicios deben adaptarse para atender la demanda y las necesidades.

Los costos pueden ser categorizados como directos, indirectos y personales. Los costos directos incluyen aquellos recursos que se destinan al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad. Los costos indirectos son aquellos vinculados con la pérdida de productividad y posibles ingresos, afectando tanto a la economía del hogar como al sistema económico. Los costos personales son aquellos que tienen un impacto directo sobre la calidad de vida del individuo incluyendo los efectos psicosociales y económicos.

## Costos Directos:

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo significativos para las ENTs incluyendo la diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, trastornos musculoesqueléticos y algunos tipos de cáncer. Estas implican costos direc-

---

<sup>1</sup> Según lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad se definen a través del IMC. Medidas entre 25 y 29 kg/m<sup>2</sup> manifiestan sobrepeso mientras que medidas superiores e iguales a 30 kg/m<sup>2</sup> evidencian obesidad.

tos sustanciales para el sistema de salud pública porque las enfermedades crónicas requieren tratamientos de largo plazo para mejorar el funcionamiento cotidiano de las personas y su calidad de vida. Por ello, el aumento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en un país requiere de mayor inversión, tanto en recursos económicos como humanos.<sup>xxv</sup>

En este contexto, el sistema de salud debe adaptarse para atender una mayor población de pacientes a tiempo de dotar medicamentos con mayor frecuencia o en dosis mayores y proveer servicios de manera más frecuente ya que los pacientes requieren de un monitoreo continuo a sus signos vitales. Esto lleva a un aumento en el gasto para productos farmacéuticos como también en recursos humanos.<sup>xxvi</sup> También se deberán prever recursos para adquirir nuevos equipos o maquinarias, incluyendo camas hospitalarias, sillas de ruedas, sillas con inodoro y andadores.<sup>xxvii</sup>

Estudios estiman que en los países andinos (Bolivia, Colombia y Perú), la atención de servicios de salud destinados a atender a pacientes con obesidad, diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia requerirá aproximadamente el 25% del presupuesto que se destina a la salud pública.<sup>xxviii</sup> Se resalta que a pesar de la creciente prevalencia de ENTs, no se deberá ignorar que existen otras enfermedades agudas que también requieren de una inversión continua para garantizar el bienestar de la ciudadanía. El acumulado de gastos se presenta en un contexto complejo ya que, actualmente, los sistemas de salud tienden a contar con recursos limitados.

## Costos Indirectos:

Las comorbilidades<sup>2</sup> asociadas al sobrepeso y la obesidad tienen serias implicancias para la productividad y, por ende, sobre los ingresos. Las personas que viven con sobrepeso u obesidad se ubican en el cuartil más bajo de cognición, inteligencia, memoria lógica y fluidez verbal general.<sup>xxix</sup> Igualmente, tienden a registrar tasas de mortalidad más altas. Al año 2018, las ENTs fueron la causa de muerte de 41 millones de personas por año, equivalente al 71% de las muertes.<sup>xxx</sup>

---

<sup>2</sup> La comorbilidad es un término que se utiliza para describir la presencia simultánea de más de una enfermedad en una persona.

Por otro lado, la pérdida de productividad y el ausentismo influyen en el mercado laboral. La literatura sobre esta temática revela que personas con sobrepeso u obesidad pueden percibir salarios más bajos en comparación a sus colegas delgados.<sup>xxxii</sup> Asimismo, un estudio realizado en Chile identificó que los trabajadores obesos son aproximadamente seis veces más costosos que los trabajadores con un peso normal.<sup>xxxiii</sup> En cuanto a los años de vida sana perdidos por muerte prematura o por vivir con una discapacidad, se utiliza la medida Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD). Alrededor del mundo, del total del AVAD vinculado específicamente a la obesidad, el 71% está relacionado con muertes prematuras y el 29% con discapacidad.<sup>xxxiii</sup>

### Costos Personales:

A lo largo del tiempo, van aumentando los costos personales como resultado de una vida con sobrepeso u obesidad. Si bien muchos costos se traducen en gastos económicos, también existen un sinnúmero de consecuencias vinculadas con la disminución del funcionamiento físico y social. Estas consecuencias generan impactos sobre la calidad de vida de las personas y suelen tener impactos psicológicos importantes.

Los costos económicos de la propia persona pueden incluir aquellos asociados con obtener un seguro de salud, adquirir insumos para lidiar con una menor capacidad física (ej: andador o silla de ruedas), demandar nuevas cosas por tener mayor tamaño corporal (ej: comprar nueva vestimenta), u otros.<sup>xxxiv</sup> Paralelamente, puede existir discriminación laboral hacia personas con sobrepeso u obesidad, acompañado por una estigmatización social ante la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a ella. La estigmatización a menudo va acompañada de la auto-estigmatización por vergüenza. Estudios han demostrado que una mala imagen corporal y baja autoestima, trastornos de atracón compulsivo, depresión, ansiedad y trastornos psicológicos son comunes entre personas obesas y, al igual que los trastornos metabólicos relacionados con la obesidad, tienden a concentrarse en las personas más vulnerables.<sup>xxxv</sup>

## ENTREVISTAS SECTORIALES

Para este estudio se realizaron 33 entrevistas a diferentes actores del sector salud (público y privado), control social y entidades de la sociedad civil. Del total de entrevistados: seis fueron nutricionistas, cuatro empleados de centros de salud (director, administrador, jefe de enfermería de un centro y nutricionista a nivel de Red), tres endocrinólogos, un cardiólogo, un nefrólogo, un pediatra, tres directores de hospitales municipales, tres representantes de organizaciones no gubernamentales, tres servidores públicos, dos líderes comunitarias, cinco pacientes mujeres que pertenecen a grupos de apoyo local para personas con diabetes y enfermedades no transmisibles y un epidemiólogo académico que investiga tendencias de sobrepeso y obesidad y enfermedades no transmisibles en Bolivia (Ver Anexo 1: Detalle de Entrevistas Realizadas).

Los entrevistados pertenecían a las siguientes instituciones: Secretaría Municipal de Salud del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (GAMLPA), Consejo Social Municipal de Salud (COSOMUSA) de Cotahuma, Unidad de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Vivir Con Diabetes, Prosalud, Sociedad Católica San José, Caja Petrolera de Salud, Caja Nacional de Salud, Hospital Obrero, Instituto Nacional del Tórax, Hospital del Niño, Hospital de Clínicas, Hospital La Paz, Hospital Municipal de Cotahuma, Hospital Municipal Los Pinos, Hospital Municipal La Merced, Red de Salud No. 1 Suroeste – Cotahuma; Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES), Centros de Salud de los Macrodistrictos de Cotahuma y Max Paredes.

### Cuadro 1. Resumen de Entrevistas

Nutricionistas .....	6
Especialistas o Directores de Segundo y Tercer Nivel .....	9
Personal de Centros de Salud de Primer Nivel.....	4
Pacientes con Diabetes .....	5
Investigadores .....	1
Organizaciones.....	3
Líderes Comunitarios & Gob. Locales .....	5
<b>TOTAL.....</b>	<b>33</b>

Los hallazgos expuestos a continuación, reflejan las opiniones, conocimientos y experiencias específicas de las personas que fueron entrevistadas:

#### a) Nutricionistas

Los nutricionistas entrevistados trabajan en diferentes entornos y en diferentes niveles de atención. A pesar de las diferencias, todos consideran que la alimentación de las personas que viven en La Paz está mayormente influenciada por la conveniencia, el costo de los alimentos y la falta de información sobre cómo alimentarse de manera sana y saludable. Indican que la dieta paceña es rica en carbohidratos y tiende a estar caracterizada por el consumo de *alimentos pesados*, es decir aquellos que llenan el estómago. Consideran que la mayoría de las personas consume lo que es barato y lo que está al paso. Los médicos entrevistados de todos los niveles del sistema público de atención en salud y los pacientes caracterizaron la dieta local en términos similares.

Sin duda, la comida más accesible equivale a comida rápida y frita que está disponible en las calles o cerca de fuentes de trabajo. En el caso de la oferta de los *agachaditos*, alimentos

que no se catalogan como comida rápida, estos tienden a ofrecer carne con una combinación abundante de carbohidratos (arroz, chuño, papa, yuca o choclo) y poco o nada de verdura. Esta dieta alta en carbohidratos es adecuada para la vida en el campo y/o para habitantes urbanos que, por sus rutinas diarias y demandas laborales, realizan un alto gasto de calorías en el día. No obstante, el ciudadano tiende a adoptar un estilo de vida más sedentario por lo que consumir muchos carbohidratos y alimentos procesados ocasiona una rápida subida de peso. Asimismo, resaltan que muchos de los alimentos consumidos diariamente tienen conservantes y aditivos químicos que generan impactos negativos en la salud. Los entrevistados también enfatizaron la necesidad de educar a la población sobre dietas sanas y equilibradas, especialmente a padres y madres de familia.

*“La gente piensa que las papas fritas con mayonesa son saludables. No lo son. Son productos químicos, como un plástico”.*

---

Catalina de la Barra, Jefe de Unidad de Nutrición. Hospital La Paz.

Además de no contar con suficiente información sobre una buena alimentación, la modernización y la creciente migración al área urbana han llevado a cambios en los hábitos y la cultura alimentaria de la población. Las personas que viven en ciudades tienden a consumir más comida chatarra y menos comida hecha en casa. Esta situación se da en todas las edades. Muchos escolares, por ejemplo, vuelven a una casa vacía porque sus padres están trabajando. En estos casos, no tienen quien les prepare una comida nutritiva lo que propicia el consumo de alimentos procesados, poco o nada nutritivos y/o alimentos accesibles en la calle. Los y las entrevistadas también señalan que el estrés es un factor casi invisible, que lleva al consumo masivo de alimentos azucarados, salados y grasosos.

## **b) Personal y Responsables o Encargados de los Centros de Salud de Primer Nivel**

Una misión fundamental de los centros de salud de primer nivel es trabajar en la prevención de enfermedades; respon-

sabilidad compartida por todos los centros de salud a nivel nacional. Actualmente, los esfuerzos de prevención deben considerar la transición epidemiológica y concentrar mayores esfuerzos en las nuevas enfermedades que están surgiendo. Por ejemplo, la mayoría de personas son diagnosticadas con diabetes cuando su visión ya se ha deteriorado o después de un shock metabólico o un coma diabético.

Todos los actores entrevistados manifiestan que las personas no consideran al sobrepeso o la obesidad como preocupaciones o condiciones que ameritan una visita médica. En este sentido, la falta de atención preventiva y de controles regulares pueden deberse a una variedad de factores económicos, sociales y culturales, entre ellos: el costo de atención para personas sin seguro médico, escasa información del sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo, la inconveniencia de visitar un centro médico y, entre otros, el poco conocimiento sobre la importancia de la salud preventiva.

Según las entrevistas realizadas, las actividades vinculadas a nutrición están diseñadas para cumplir con lo estipulado en la política nacional *Desnutrición Cero*, centrada en la alimentación y la provisión de suplementos de vitaminas a niños menores de 5 años. Si bien los centros de salud implementan algunos programas, ferias y talleres centrados en temas nutritivos y de promoción de salud, los esfuerzos actuales muestran ser insuficientes para generar un impacto real en la educación.

Los nutricionistas que trabajan a nivel de la Red Macrodistrital deben visitar diferentes centros de salud. En muchos casos su presencia e impacto en la comunidad y los centros de salud son afectados por el escaso apoyo técnico y la carga de responsabilidades que implica trabajar a nivel de una red. De esta manera, los centros de salud de primer nivel, a menudo, implementan talleres sobre alimentación sana y nutritiva en sus salas de espera; aprovechando la alta concurrencia de personas en los días de pago del Bono Juana Azurduy y/o Juancito Pinto.

Es evidente que se requiere generar confianza en los centros de salud y difundir mayor información entre la ciudadanía acerca de cómo utilizar adecuadamente los servicios prestados. No obstante, este trabajo es complejo debido a los pocos recursos económicos y humanos. A pesar de que los médicos y el personal de enfermería de los centros de primer nivel



tienen la obligación de realizar visitas domiciliarias, las personas entrevistadas del área indican que este trabajo no es factible por temas de tiempo y capacidad. En este contexto, es fundamental fortalecer los *puntos de vida*<sup>3</sup> para generar capacidad entre vecinos para llevar a cabo iniciativas informativas y educativas y para generar puntos accesibles para la implementación de exámenes médicos básicos. Este enfoque comunitario es útil, sobre todo, en barrios donde existe una fuerte presencia de comercio informal, incluyendo todo tipo de mercados.

### c) Especialistas y Directores en Hospitales de Segundo y Tercer Nivel

Los especialistas y los directores de hospitales de segundo y tercer nivel de la Caja Nacional de Salud y la Caja Petrolera de Salud coinciden en que la prevención tiene que estar enfocada en el primer nivel de atención para evitar que las condiciones de salud empeoren y requieran atención costosa de segundo y tercer nivel. Indican que muchos pacientes no siguen la ruta crítica de las consultas médicas, generando desorganización en el sistema y un mal uso de los servicios de salud.

Los centros de salud están diseñados para ser el primer punto de contacto entre la ciudadanía y personal médico. La mayoría ofrecen consultas y exámenes generales para tratar problemas de salud a bajo costo (5,00 Bs. comparado con 20,00 Bs. o más por consulta en un hospital público de segundo o tercer nivel). También buscan evitar el congestionamiento en los centros de mayor nivel que atienden casos más complejos. Sin embargo, en muchos casos las personas van directamente a buscar atención en hospitales de segundo o tercer nivel sin haber pasado por un centro de salud. En este sentido, es necesario informar que cuando se asiste a un centro de salud y el caso es crítico, la persona puede ser transferida a los otros niveles.

---

<sup>3</sup> *Puntos de vida* es una iniciativa de salud comunitaria de un centro de primer nivel para mejorar el contacto directo con la comunidad. La idea es involucrar a los vecinos en actividades de sensibilización y educación y en la medición de indicadores básicos de salud. Por ejemplo, los médicos y el personal de enfermería utilizan una mesa en un mercado o un parque del barrio para comunicarse con los vecinos.

Los médicos entrevistados destacaron los altos costos de las enfermedades crónicas asociadas con el sobrepeso y la obesidad. Resaltan que las enfermedades crónicas son extremadamente costosas y generan cargas asociadas con tratamientos, estrés, dolor y, en algunos casos, discapacidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad afectan la productividad, la capacidad laboral, la autoestima y la movilidad física, social y económica.

*“Es muy costoso tratar la diabetes porque es crónica y duradera. Alguien puede vivir entre 40 y 50 años con la enfermedad y necesitará pruebas periódicas, consultas, medicamentos y procedimientos”.*

---

Edson Valencia, Nutricionista y Responsable de “Vivir con Diabetes”

Muchos especialistas y trabajadores de hospitales indican que el sistema de salud no logrará cubrir la demanda de una población cada vez más obesa y crónicamente enferma. Este panorama exigirá mayor cantidad de médicos, infraestructura, medicamentos, tratamientos, programas de promoción de salud y cobertura de seguros. A pesar de que muchos profesionales clínicos indican que se está logrando atender a la población actual con los recursos existentes, no se debe ignorar que existe preocupación acerca del futuro. Todas las personas entrevistadas consideran que la obesidad deberá ser una prioridad, tanto en financiamiento como en servicios. Además, resaltan que es necesario mejorar esfuerzos de prevención y promoción de la salud, enfatizando factores de comportamiento individual relacionados al estilo de vida y la alimentación.

En el municipio de La Paz, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas (ej: diabetes e hipertensión) van incrementando rápidamente y los hospitales no tienen la misma capacidad para atender estos casos. Por ejemplo, los nuevos hospitales municipales de Los Pinos y Cotahuma están equipados y cuentan con nuevas infraestructuras. No obstante, otros hospitales públicos requieren de nuevas infraestructuras o remodelaciones, equipos actualizados y especializados y la asignación de más ítems de salud por parte del SEDES, dependiente del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz (GADLP).

Cuando los hospitales no tienen capacidad de responder a la demanda, tienen la opción de derivar a pacientes a hospitales privados y cubrir los costos asociados mediante convenios suscritos. Por ejemplo, pocos hospitales ofrecen hemodiálisis a pesar de la creciente demanda por este servicio. El Hospital Obrero, por ejemplo, ofrece hemodiálisis las veinticuatro horas del día, pero aun así no abastece la demanda y debe derivar pacientes a hospitales de convenio como ser al Hospital Arcoíris o al Hospital Nuestra Señora de La Paz.

#### **d) Pacientes con Diabetes que Asisten a Grupos de Apoyo**

Las entrevistas realizadas a pacientes que viven con diabetes confirman que la mayoría de las personas que viven en La Paz no buscan atención médica a menos que se sientan enfermas. Por ello, la atención preventiva es poco usual. También comentan que falta información y difusión acerca de los riesgos y las consecuencias vinculadas al sobrepeso y la obesidad, por lo que es fundamental que las personas obtengan mejor y mayor información acerca de la importancia de la prevención y los impactos de una mala alimentación; en especial para evitar mayores costos económicos y de salud.

Los pacientes indican que no se preocuparon por su peso hasta que empezaron a tener complicaciones y a enfermarse. Al parecer, también existe desinformación sobre el diagnóstico de enfermedades crónicas y poca o mala información sobre cómo vivir con una enfermedad crónica y dónde encontrar apoyo. La educación en temas de salud es importante para todos e imprescindible para personas con enfermedades crónicas. Pacientes con diabetes cuentan que tuvieron que aprender a convivir con sus nuevas condiciones de salud y conocer sus limitaciones en cuanto al consumo de ciertos alimentos. Asimismo, los pacientes de grupos de apoyo indicaron que una vez diagnosticada la diabetes, recién comprendieron cómo su dieta tiene un impacto directo sobre su salud. Desde entonces, van aprendiendo cómo tener una vida sana para controlar su enfermedad y mantenerse estables en el tiempo.

Adoptando cambios en el estilo de vida y practicando la medicina preventiva es posible controlar y/o disminuir el impacto de una enfermedad crónica. Sin embargo, una vez avanzada,

una enfermedad crónica requerirá mayor cantidad de medicamentos y tratamientos. En el caso de la diabetes, los costos para recibir atención privada pueden llegar hasta 3.500,00 Bs. mensuales, incluyendo exámenes de laboratorio, consultas y medicamentos. Desde luego, los costos serán mucho menores para las personas que cuentan con seguro médico debido a que este cubre un porcentaje de los gastos; sin embargo, se resalta que gran porcentaje de la población no cuenta con un seguro privado. De esta manera, los impactos y el estrés que generan estos costos en las personas y sus familias variarán según la condición socioeconómica de cada paciente y su entorno.

Así también, se resalta que el acceso a hospitales públicos de cualquier nivel es limitado. Los pacientes deben acudir desde muy temprano (4:00 am o ir a dormir un día antes) para conseguir ficha. En el Hospital La Paz, por ejemplo, la atención para especialidades médicas se realiza únicamente en el turno de la mañana ya que el resto del día sólo funciona la sala de emergencias. A pesar de que esta rutina es extenuante para los pacientes, es inevitable si se requiere atención y provisión de medicamentos.

Complementariamente al sistema de salud, organizaciones locales han conformado grupos de apoyo para personas que viven con diabetes. Estos son gratuitos y ofrecen un refrigerio saludable a los miembros. Mediante visitas realizadas para este estudio, se observó que existe una menor participación de varones, un reflejo, posiblemente, de factores socioculturales. Las mujeres tienden a ser de edad media y de la tercera edad, sobre todo con hijos mayores. En este contexto y a futuro, será importante identificar los motivos por los que existe poca participación de varones y cómo ampliar el servicio de grupos de apoyo para que sean más inclusivos.

## e) Líderes Comunitarios y Gobierno Local

Cada macrodistrito del municipio cuenta con un Consejo Social Municipal de Salud (COSOMUSA), una directiva conformada por líderes comunitarios quienes hacen efectiva la implementación de la Gestión Participativa en Salud.<sup>4</sup> Estos

---

<sup>4</sup> Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Municipal en Salud [https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/g\\_dgps\\_upsymms\\_p382.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/g_dgps_upsymms_p382.pdf)

Consejos deben fungir como articuladores entre la comunidad, los centros de salud y la Dirección Municipal de Salud. También se encargan de hacer un seguimiento regular a los centros de salud de primer y segundo nivel de su macrodistrito, exigiendo el cumplimiento de la normativa vigente y los programas de salud del municipio.

A pesar de la existencia de políticas de Estado y programas municipales de sensibilización y promoción de estilos de vida saludables, es evidente que no se cuentan con recursos económicos y humanos suficientes para ampliar el alcance de los esfuerzos hacia toda la población. Se resalta que el gobierno nacional viene enfocando sus esfuerzos hacia la reducción de la desnutrición y en años recientes ha buscado adoptar políticas que abordan la alimentación de manera más integral; sin embargo, las acciones de regulación y monitoreo aún son deficientes.

El 2016, Bolivia promulgó la Ley 775 de Promoción de Alimentación Saludable. No obstante, aún no se cuenta con la reglamentación y se ha avanzado poco en su aplicación. La ley establece “lineamientos y mecanismos para promover hábitos alimenticios saludables en la población boliviana, a fin de prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta”.<sup>xxxvi</sup> Los componentes claves de la ley son la “promoción de buenos hábitos alimenticios y la promoción de actividad física, la reglamentación de la publicidad sobre alimentos y bebidas no alcohólicas, y la reglamentación del etiquetado de los alimentos y las bebidas no alcohólicas”.<sup>xxxvii</sup> Si bien las personas entrevistadas apoyan esta ley, indican que hay preocupación sobre la capacidad de implementar acciones que logren su cumplimiento.

Es importante notar que a pesar de que el presupuesto para salud es escaso, el GAMLP ha introducido programas para abordar la nutrición a través del sistema educativo; por ejemplo, mediante la provisión de la Alimentación Complementaria Escolar, la implementación de huertos escolares y la promoción del Recreo Saludable para promover el consumo de alimentos sanos al menos un día a la semana.

*“Es importante que los estudiantes comprendan de dónde provienen los alimentos y respeten su nutrición”.*

---

Gabriela Aro, Jefe de Unidad de Alimentación Complementaria Escolar. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz

La prioridad en la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad es afectada por la falta de recursos. El personal entrevistado del GAMLP indica que el gobierno central cubre menos de la mitad del presupuesto que se requiere para el sector salud. A estos, se suman los retos que existen en torno al funcionamiento de los centros de salud y la red local. Por ejemplo, mediante el SEDES, el GADLP asigna los ítems y es responsable directo de los médicos. Paralelamente, el GAMLP es responsable de velar por la infraestructura, garantizar acceso a servicios básicos y asignar al personal no médico. La escasa comunicación entre las instancias de gobierno genera falta de coordinación; por ejemplo, se reporta que, en casos extremos los centros de salud no cuentan con personal médico durante varias horas o incluso días.

## **f) Organizaciones No Gubernamentales**

Muchas organizaciones no gubernamentales en el municipio implementan acciones centradas en el desarrollo comunitario y programas para la juventud. Educadores y trabajadores comunitarios enfatizan la importancia de la educación y el acceso a oportunidades de salud. Están convencidos que lo invertido en prevención constituye un uso eficiente de recursos. Si se garantizaría la promoción de la salud y los servicios de calidad, la población y el gobierno ahorrarían dinero.

Es importante notar que, alrededor del mundo, los jóvenes y niños han reducido sus actividades deportivas y recreativas por diversas causas, en especial a raíz de un mayor uso de tecnologías.<sup>xxxviii</sup> En este contexto, muchas personas consideran que esta población debe ser priorizada en el diseño de intervenciones en nutrición porque la obesidad en años de crecimiento y desarrollo es un indicador de obesidad y otros problemas de salud en la edad adulta. Médicos y nutricionistas confirman que, si bien los efectos de la obesidad en

la niñez pueden causar dificultades respiratorias y efectos psicológicos a causa de acoso, los problemas de salud más crónicos se pronuncian más adelante.

*“Los niños ya no corren... están sentados en la silla frente a la tele. No tienen energía”.*

---

Delia Poma. Directora del Centro Integral Santa María de Alpacoma.  
Sociedad Católica San José.

Las entrevistas realizadas con organizaciones no gubernamentales también resaltaron las diferencias que existen entre barrios de la ciudad incluyendo: diferencias de ingresos, problemas de salud, acceso a oportunidades saludables y atención de salud. En muchos casos, no existe acceso garantizado a alimentos de calidad y/o nutritivos. En este sentido, el costo y la disponibilidad de alimentos influyen de manera fundamental sobre la conducta del consumidor. A pesar de estas diferencias, la mayoría de los entrevistados reportó que la cultura de consumir alimentos rápidos y fritos es evidente en todos los barrios y zonas de la ciudad. Lo que varía es el precio de los mismos.

### **g) Investigadores**

Según el investigador entrevistado, es difícil cambiar el comportamiento de las personas y por lo tanto, no es suficiente implementar acciones educativas para cambiar hábitos de consumo y estilos de vida. Profesionales clínicos capacitados en epidemiología reconocen que la publicidad y normas culturales influyen sobre las decisiones del consumidor. Por ello, la importancia de generar entornos que promuevan y faciliten el consumo de alimentos saludables y oportunidades para la actividad física. En este contexto, estrategias como el impuesto a las bebidas azucaradas pueden ser beneficiosas para crear entornos propicios.

En general, faltan datos actualizados sobre la obesidad y el sobrepeso, incluyendo sus causas y efectos. Sin estadísticas actuales sobre las enfermedades crónicas asociadas con la obesidad y al sobrepeso, será difícil elaborar políticas e implementar las acciones correspondientes.

*“Bolivia es un país de oportunidades. Si se lleva a cabo una acción concertada, podemos prevenir los efectos sobre la salud observados en el norte global. Sin embargo, si mantenemos el status quo, este problema seguirá creciendo, y para 2025 ó 2030, veremos una explosión de enfermedades crónicas para lo cual no estaremos preparados”.*

---

Armando Pérez Cueto, Profesor. Universidad de Copenhague.



## Costos directos, indirectos y personales frente a mayor sobrepeso y obesidad



### DIRECTOS



Estrés sobre el sistema de salud



Mayor gasto público

### INDIRECTOS



Impacto sobre la economía y  
reducción de la productividad

### PERSONALES



Menos recursos para otras  
necesidades personales



Efectos psicológicos y  
menor calidad de vida



Costo de medicamentos y  
tratamientos

## DESAFÍOS:

Combatir la epidemia de la obesidad es un desafío a nivel mundial. Las personas, sobre todo aquellas que viven en situaciones desfavorables, enfrentan diferentes limitaciones estructurales, sociales, financieras y otras al tomar decisiones acerca de su alimentación. Se resalta que, para gozar de una buena alimentación, es esencial consumir alimentos de calidad. En este sentido, es importante discernir entre alimentos nutritivos y aquellos con alto contenido calórico con poco o ningún valor nutricional.

El reto del sobrepeso y la obesidad se debe abordar desde diferentes perspectivas y con múltiples estrategias debido a que las iniciativas aisladas que no tienen una mirada integral han demostrado ser poco efectivas. En este sentido, es necesario contar con servicios integrales de salud en los que profesionales de diferentes disciplinas trabajen juntos. Estos equipos deben estar compuestos, por ejemplo, por nutricionistas, psicólogos, endocrinólogos, cardiólogos, epidemiólogos y sociólogos, entre otros. Contar con una diversidad de profesionales asegurará que los servicios se presten desde diferentes miradas y brinden mayor diversidad de información, opciones de apoyo y tratamientos diferenciados. Sin duda, las enfermedades crónicas son costosas y tienen diversos efectos sobre las personas que las padecen y su entorno.

- **Pocos recursos para salud:** El municipio de La Paz, al igual que otros municipios, no cuenta con fondos suficientes para optimizar la prestación de servicios de salud. A pesar de que existen seguros o subsidios de salud para niños menores de 5 años, mujeres en gestación y personas

de la tercera edad, un porcentaje importante de la población no cuenta con seguro médico para someterse a los tratamientos que requiere.

- **No se prioriza la prevención del sobrepeso y la obesidad:** Las políticas nacionales actuales siguen enfocadas en prevenir y disminuir la desnutrición. Se requiere diseñar e implementar acciones inmediatas para atender a la población que vive con sobrepeso u obesidad. Se evidencia un déficit de acciones de prevención orientadas a toda la población. Estas deberán adoptar estrategias diferenciadas por grupo demográfico.
- **Déficit de datos actualizados:** En una mayoría de casos, solo se recopilan datos de mujeres y niños menores de 5 años; sin embargo, se requieren datos de todos los grupos demográficos para conocer el estado de situación y dimensionar la magnitud de la problemática. Los datos son esenciales para diseñar políticas públicas y estrategias de acción e inversión. Es necesario identificar factores de riesgo, la demanda actual de servicios y estimar la demanda que enfrentará a futuro el sector de salud.
- **Falta de organización y articulación en la ruta crítica del sistema de salud:** La variabilidad de personal, horarios y servicios entre los centros de salud dificulta la implementación de programas de prevención en el municipio. La falta de coordinación entre niveles de gobierno genera obstáculos en los canales de comunicación, lo que influye negativamente sobre el servicio que se brinda a la ciudadanía. Será necesario generar mecanismos que faciliten la coordinación inter-institucional.
- **Falta de conocimiento acerca de los impactos del sobrepeso y la obesidad:** Los hábitos de consumo y las rutinas físicas son influenciadas, en gran medida, por el contexto urbano y estereotipos sociales. Las tendencias hacia el sobrepeso y la obesidad demuestran que aún se desconoce el impacto negativo que pueden tener los malos hábitos de alimentación. Así también, la ciudadanía desconoce, en gran medida, las implicancias para la salud, la economía y otros que conllevan el sobrepeso y la obesidad. Es necesario impulsar un diálogo nacional acerca de cómo abordar la sensibilización ciudadana en estas temáticas.

- **Falta de estructuras y entornos propicios para promover los hábitos saludables:** Existe una oferta masiva de alimentos fritos, altos en grasa y de alto contenido en azúcar. A su vez, estos productos están ampliamente disponibles, son económicamente asequibles y socialmente aceptables. Se resalta que la publicidad alienta el consumo cotidiano de productos poco saludables. Será necesario que las entidades públicas y privadas busquen mecanismos para promover la oferta de alimentos saludables.

# BUENAS PRÁCTICAS EN ÁMERICA LATINA

## **Impuestos sobre alimentos y bebidas**

*(Implementado en México)*

Para desincentivar el consumo de alimentos chatarra y bebidas altamente azucaradas, muchos países están adoptando nuevas tasas de impuestos para incrementar el precio de alimentos con bajo contenido de nutrientes. Esta decisión fue adoptada para que la comida chatarra no sea tan accesible económicamente. Se estima que un incremento en el precio de la comida rápida puede alentar la compra de alimentos sanos.

En enero de 2014, el Ministerio de Finanzas de México implementó un impuesto sobre bebidas endulzadas con azúcar (BEA). Estudios preliminares identificaron que un incremento del 10% en el precio, llevó a una reducción del 11% en el consumo de estos productos. Ese mismo año, estudios de hogares y de ventas nacionales señalaron una reducción del 6% en el consumo de BEA. Un año más tarde, se registró una reducción del 9% en ventas.<sup>xxxix</sup> Se resalta que México ha instituido un impuesto del 8% para alimentos con alta densidad calórica que se aplica a cada 100 gramos después de las 275 calorías.

## **Restricciones en el mercadeo, la publicidad y la venta de alimentos no saludables**

*(Implementado en Chile)*

Chile ha implementado varias políticas, incluyendo una reglamentación más estricta sobre la publicidad de alimentos. Estas medidas se han tomado con el fin de reducir la exposición a alimentos no saludables, sobre todo entre niños. El país ha

adoptado un enfoque integral que reglamenta la publicidad y todas las estrategias de mercadeo de alimentos incluyendo: diseño de envases, mecanismos de promoción, formas y ubicación de exposición de alimentos no saludables en lugares de expendio.

Las leyes buscaron abordar los entornos infantiles y de la niñez (escuelas, guarderías, parques infantiles) como también los entornos familiares (centros comerciales, programas de televisión, etc.) debido a que las personas están expuestas a publicidad en diferentes contextos. En este sentido, las restricciones se deben aplicar en escuelas como también en televisión, películas, videojuegos y servicios de internet.<sup>xi</sup> Si bien existió una oposición fuerte por parte de la industria alimentaria, el gobierno de Chile no dio paso a los reclamos debido a la necesidad de tomar medidas vinculadas a mejorar la salud pública.

### **Prohibición de grasas trans**

*(Implementado en Argentina)*

Una mayor ingesta de grasas trans está asociada con un mayor riesgo a desarrollar enfermedades coronarias, mismas que son responsables de 500.000 muertes anuales alrededor del mundo. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a eliminar las grasas trans en todos los alimentos hasta el año 2030.<sup>xi</sup> La entidad considera que eliminar los ácidos grasos de tipo trans (AGT) del suministro de alimentos es una de las mejores intervenciones para mejorar la salud pública, especialmente en países de ingresos bajos y medios.<sup>xiii</sup>

Existen políticas que determinan la eliminación de AGT en Argentina, Chile, Brasil, Costa Rica y México. En Argentina, las enfermedades coronarias son la principal causa de mortalidad y representan cerca del 10% de todas las muertes. En este contexto, el año 2004, el gobierno dio lugar a la reformulación voluntaria de productos en la industria alimentaria mediante el cual el 70% de empresas dio lugar a modificaciones en la elaboración de sus productos. El 2008, el gobierno determinó una nueva medida y ordenó que el contenido de AGT en los alimentos no podía ser superior al 2% de las grasas totales de aceites vegetales y margarinas para consumo directo y superior al 5% de las grasas totales en otros alimentos. En el

marco de esta política, se estima que en Argentina, cada año, se previenen entre 301 y 1.517 muertes, 5.237 enfermedades coronarias y entre 5.237 y 26.394 AVAD.<sup>xiv</sup>

## **Etiquetado nutricional**

*(Implementado en Ecuador y Chile)*

El etiquetado nutricional es un medio para informar a la ciudadanía del contenido nutricional de productos y alimentos, con miras a alentarla a tomar decisiones más informadas. En Ecuador, desde el año 2015, complementariamente al etiquetado tradicional, se ha adoptado el uso de un semáforo mediante el cual se utilizan los tres colores del semáforo para indicar niveles de grasas, grasas saturadas, azúcares y sodio en alimentos procesados. El semáforo se aplica en cumplimiento a recomendaciones nutricionales estipuladas por la OMS.

En Chile, el Ministerio de Salud, ha normado el uso de sellos octogonales de advertencia. Similarmente al semáforo, los sellos indican si un producto alimenticio excede las cantidades de grasas saturadas, azúcares, sodio y calorías que son permitidas por recomendaciones nutricionales. El símbolo es de color negro y contiene los siguientes mensajes, según corresponde: alto nivel de grasas saturadas, alto nivel de azúcares, alto nivel de sodio, y alto nivel de calorías.<sup>xv</sup>

## **Programas de actividad física a nivel comunitario e individual**

*(Implementado en Colombia y Brasil)*

En América Latina, Colombia fue el primer país en impulsar las Ciclovías Recreacionales y las Calles Abiertas que dieron lugar a iniciativas centradas en cerrar las calles, temporalmente al tráfico, para que la ciudadanía pueda gozar de las vías para hacer ejercicio, manejar bicicleta, caminar, correr y/o jugar. El acceso seguro a las calles facilitó que las personas se apropien del espacio público para realizar actividades físicas. Estas iniciativas han demostrado una buena relación costo-eficacia y por ello, el modelo ha sido reproducido en 461 ciudades de América Latina.<sup>xvi</sup>

En Brasil, la ciudad de Sao Paulo diseñó el programa *Agita*, una estrategia de intervención comunitaria a gran escala que promueve la actividad física.<sup>xvii</sup> El programa nació debido a que en esta ciudad, la mortalidad por enfermedades cardiovascu-

lares era más elevada que el promedio nacional de 300.000 muertes por año, equivalente a una muerte cada dos minutos. El programa se implementó mediante alianzas institucionales y los medios de comunicación. Esta ha sido replicada en otros Estados de Brasil y recientemente se viene promoviendo en otros países. La OMS destaca este programa como un modelo replicable y ha sido motivo de mención en los Informes sobre la Salud Mundial.<sup>xlviii</sup>





# ANEXO 1: DETALLE DE ENTREVISTAS REALIZADAS

- Anónimo. Administradora. Centro de Salud de 1er Nivel, Cotahuma. Entrevista realizada el 12 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Anónimo. Enfermera. Centro de Salud de 1er Nivel, Cotahuma. Entrevista realizada el 18 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Aro, Gabriela. Jefe Unidad de Nutrición y Alimentación Complementaria Escolar. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Entrevista realizada el 18 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Cabezas, Álvaro. Director Hospital de 2do Nivel de Los Pinos. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Entrevista realizada el 5 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Carrasco, Martin. Director Hospital de 2do Nivel de Cotahuma. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Entrevista realizada el 13 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Córdova, Ricardo. Endocrinólogo. Hospital La Paz. Entrevista realizada el 6 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- De La Barra, Catalina. Jefe de la Unidad de Nutrición. Hospital La Paz. Entrevista realizada el 12 de julio del 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- De Moura, Leonirdo. Asesor en Enfermedades No Transmisibles. Organización Panamericana de la Salud. Entrevista realizada el 5 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Espejo, De Ramos. Paciente 2. Hospital La Paz. Entrevista realizada el 11 de julio de 2018 por Fundación Alternati-

vas. La Paz, Bolivia.

- Huaricollo, Lidia. Nutricionista. Hospital Prosalud. Entrevista realizada el 4 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Hurtado, Verónica. Secretaria Municipal de Salud. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Entrevista realizada el 20 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Jordán De Guzmán, Magdalena. Directora de la Carrera de Nutrición y Dietética. Universidad Mayor de San Andrés. Entrevista realizada el 3 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Jurado, Delia. Nutricionista. Instituto Nacional del Tórax. Entrevista realizada el 3 de Julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Lahor, Jorge. Educador. Clínica CIES. Entrevista realizada el 11 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- López, Ignacio. Endocrinólogo. Hospital de Clínicas. Entrevista realizada el 3 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Maldonado, David. Endocrinólogo. Caja Nacional de Salud. Entrevista realizada el 2 de Julio e 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Medrano, Bertha. Nutricionista Red N°. 1 de Salud. Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. Entrevista realizada el 19 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Mollinedo, Johnny. Director. Centro de Salud de 1er Nivel "El Rosal", Cotahuma. Entrevista realizada el 20 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Oliden, Christian. Nefrólogo. Caja Nacional de Salud. Entrevista realizada el 3 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Paciente 1. Grupo de Apoyo Clínica CIES. Entrevista realizada el 17 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Paciente 2. Grupo de Apoyo Clínica CIES. Entrevista realizada el 17 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Paciente 3. Grupo de Apoyo Clínica CIES. Entrevista realizada el 17 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Pereira, Chrstian. Director de Salud. Gobierno Autónomo

- Municipal de La Paz. Entrevista realizada el 20 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
- Pérez – Cueto, Armando. Profesor. Universidad de Copenhague. Entrevista realizada el 6 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
  - Poma, Delia. Directora del Centro Integral Santa María de Alpacoma. Sociedad Católica San José. Entrevista realizada el 10 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
  - Rodríguez, Susana. Jefe Unidad de Nutrición. Hospital del Niño. Entrevista realizada el 9 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
  - Salinas, Ximena. Directora. Hospital de 2do Nivel de La Merced. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Entrevista realizada el 18 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia
  - Sandoval, Andrés. Cardiólogo. Hospital La Paz. Entrevista realizada el 18 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
  - Sanjines, Miriam. Presidenta. Comité Social Municipal de Salud Cotahuma. Entrevista realizada el 13 de junio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
  - Silva, María Susana. Paciente 1. Hospital La Paz. Entrevista realizada el 11 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia
  - Torres, Gabriela. Pediatra. Caja Petrolera de Salud. Entrevista realizada el 6 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
  - Valencia, Edson. Nutricionista y Responsable de “Vivir con Diabetes”, Av. Busch 1599 esq. Pasoskanki. Entrevista realizada el 2 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.
  - Velásquez, Teresa. Vicepresidenta. Comité Social Municipal de Salud Cotahuma. Entrevista realizada el 13 de julio de 2018 por Fundación Alternativas. La Paz, Bolivia.

# REFERENCIAS

- i Hamel R. & Black E. (2018). Weighing the Risk of Obesity in Low- and Middle-Income Countries. Center for Strategic and International Studies. Washington, DC. <https://www.csis.org/analysis/weighing-risk-obesity-low-and-middle-income-countries>
- ii Organización Mundial de la Salud (2018). Obesity and overweight. Fact Sheet. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- iii The GBD Obesity Collaborators (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 377 (1), pp. 13-27. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1614362>
- iv Organización Mundial de la Salud (2018). Obesity and overweight. Fact Sheet. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- v Temporelli, K. & Viego, V. (2015). Malnutrición: impacto de los hábitos, variables constitutivas y condiciones socioeconómicas en la población adulta urbana en Argentina. *Revista Ciencias de la Salud*. Vol. 13(2), pp.165-176. <https://www.redalyc.org/pdf/562/56238625003.pdf>
- vi Malo-Serrano, et al. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*. Vol. 78(2), pp. 173-178. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832017000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832017000200011&script=sci_arttext)
- vii Lobera, et al. (2008). Percepción de la obesidad y cultura. *Nutrición Hospitalaria*. Vol. 23(6), pp. 624. <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226729019.pdf>
- viii Martínez, et al. (2002). Causas de obesidad. *Anales Sis San Navarra*. Vol. 25(1), pp. 17-27. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/18784/1/SisSanNav2002%2825%29.pdf>
- ix Ocampo, et al. (2017). Association Between Body Mass Index and Depression in Adolescent Women. *International Journal of Morphology*, Vol.35(4), pp.1547-1552.
- x Gupta N., Goel K, Shah P., Misra A. (2012). Childhood Obesity in Developing Countries: Epidemiology, Determinants, and Prevention. *Endocrine Review*. Vol. 33(1), pp. 48-70.
- xi The GBD Obesity Collaborators (2017). Health Effects of Overweight and

- Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 377 (1), pp. 13-27. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1614362>
- xii EAE Business School (2019). ¿Cuál es el coste económico de la obesidad? Sitio web. <https://www.eaprogramas.es/blog/cual-es-el-coste-economico-de-la-obesidad>
- xiii Hamel R. & Black E. (2018). Weighing the Risk of Obesity in Low- and Middle-Income Countries. Center for Strategic and International Studies. Washington, DC. <https://www.csis.org/analysis/weighing-risk-obesity-low-and-middle-income-countries>
- xiv Hamel R. & Black E. (2018). Weighing the Risk of Obesity in Low- and Middle-Income Countries. Center for Strategic and International Studies. Washington, DC. <https://www.csis.org/analysis/weighing-risk-obesity-low-and-middle-income-countries>
- xv Monteiro C. A., Moura E. C., Conde L. W., Popkin B. M. (2004). Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Vol. 82 (12), pp. 940-946. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15654409>
- xvi Swinburn, et al. (2011). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*. Vol. 378, pp. 804-814. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21872749>
- xvii Sodexo Institute for Quality of Life (2016). The social and economic costs of obesity in Latin America: a call to action. <https://www.sodexo.com/files/live/sites/com-wwd/files/02%20PDF/Reports/201801-Latam-Obesity-Costs.PDF>
- xviii Sodexo Institute for Quality of Life (2016). The social and economic costs of obesity in Latin America: a call to action. <https://www.sodexo.com/files/live/sites/com-wwd/files/02%20PDF/Reports/201801-Latam-Obesity-Costs.PDF>
- xix Sodexo Institute for Quality of Life (2016). The social and economic costs of obesity in Latin America: a call to action. <https://www.sodexo.com/files/live/sites/com-wwd/files/02%20PDF/Reports/201801-Latam-Obesity-Costs.PDF>
- xx Cominato, et al. (2018). Obesity Prevention: Strategies and Challenges in Latin America. *Current Obesity Reports*. Vol. 7, pp. 97-104. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29737493>
- xxi OCDE (2015). Obesity among adults. Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing. París. [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2015-en.pdf?expires=1533846047&id=id&accname=guest&checksum=8001109E8478A14442ECC4734D22CDB](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-en.pdf?expires=1533846047&id=id&accname=guest&checksum=8001109E8478A14442ECC4734D22CDB).
- xxii DiBonaventura, et al. (2018). Obesity in Mexico: prevalence, comorbidities, associations with patient outcomes, and treatment experiences. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. Vol. 11, pp. 1-10.
- xxiii Perez, Wilma (2017). Cuatro de cada 10 bolivianos tienen sobrepeso u obesidad. *Periódico La Razón Digital*. Bolivia. [http://www.la-razon.com/sociedad/salud-obesidad-bolivia\\_0\\_2785521431.html](http://www.la-razon.com/sociedad/salud-obesidad-bolivia_0_2785521431.html)
- xxiv Cai, L., Lubitz, J., Flegal, K. M., & Pamuk, E. R. (2010). The predicted effects of chronic obesity in middle age on medicare costs and mortality. *Medical care*. pp. 510-517. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20473195>

- xxv Seidell, J. C. (1998). Societal and personal costs of obesity. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. German Society of Endocrinology and German Diabetes Association. Vol. 106, pp. 7-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9792474>
- xxvi Tobin, L. & Sverha, J. (2016). Three ways obesity is affecting the entire healthcare system. Cardinal Health. Artículo. Sitio web. <https://www.cardinalhealth.com/en/essential-insights/obesity-and-our-healthcare-system.html>.
- xxvii Tobin, L. & Sverha, J. (2016). Three ways obesity is affecting the entire healthcare system. Cardinal Health. Artículo. Sitio web. <https://www.cardinalhealth.com/en/essential-insights/obesity-and-our-healthcare-system.html>.
- xxviii García-Rodríguez, J. F., García-Fariñas, A., Rodríguez-León, G. A., & Gálvez-González, A. M. (2010). Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública. *Salud en Tabasco*. Vol. 16(1), pp. 891-896. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Villahermosa, Mexico. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48719442006>
- xxix Hamel R. & Black E. (2018). Weighing the Risk of Obesity in Low- and Middle-Income Countries. Center for Strategic and International Studies. Washington, DC. <https://www.csis.org/analysis/weighing-risk-obesity-low-and-middle-income-countries>
- xxx Organización Mundial de la Salud (2018). Enfermedades no transmisibles: Datos y cifras. Nota de Prensa. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- xxxi Seidell, J. C. (1998). Societal and personal costs of obesity. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. German Society of Endocrinology and German Diabetes Association. Vol. 106, pp. 7-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9792474>
- xxxii Sodexo Institute for Quality of Life (2016). The social and economic costs of obesity in Latin America: a call to action. <https://www.sodexo.com/files/live/sites/com-www/files/02%20PDF/Reports/201801-Latam-Obesity-Costs.PDF>
- xxxiii Hamel R. & Black E. (2018). Weighing the Risk of Obesity in Low- and Middle-Income Countries. Center for Strategic and International Studies. Washington, DC. <https://www.csis.org/analysis/weighing-risk-obesity-low-and-middle-income-countries>
- xxxiv Seidell, J. C. (1998). Societal and personal costs of obesity. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. German Society of Endocrinology and German Diabetes Association. Vol. 106, pp. 7-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9792474>
- xxxv Dixon, J. B. (2010). The effect of obesity on health outcomes. *Molecular and Cellular Endocrinology*. Vol. 316 (2), pp. 104-108. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19628019>
- xxxvi Ley 775 de Promoción de la Alimentación Saludable (2016). Estado Plurinacional de Bolivia. [http://sea.gob.bo/digesto/CompendioI-M/98\\_L\\_775.pdf](http://sea.gob.bo/digesto/CompendioI-M/98_L_775.pdf)
- xxxvii Ley 775 de Promoción de la Alimentación Saludable (2016). Estado Plurinacional de Bolivia. [http://sea.gob.bo/digesto/CompendioI-M/98\\_L\\_775.pdf](http://sea.gob.bo/digesto/CompendioI-M/98_L_775.pdf)
- xxxviii Ruiz, R. D., & Castañeda, M. A. (2016). Relación entre uso de las nuevas tecnologías y sobrepeso infantil, como problema de salud pública. RqR

- Enfermería Comunitaria. Vol. 4 (1), pp. 46-51. [https://scholar.google-sercontent.com/scholar?q=cache:FTbD02iMpM8J:scholar.google.com/+Relaci%C3%B3n+entre+uso+de+las+nuevas+tecnolog%C3%A-Das+y+sobrepeso+infantil,+como+problema+de+salud+p%C3%BAblica&hl=es&as\\_sdt=0,5&as\\_ylo=2015](https://scholar.google-sercontent.com/scholar?q=cache:FTbD02iMpM8J:scholar.google.com/+Relaci%C3%B3n+entre+uso+de+las+nuevas+tecnolog%C3%A-Das+y+sobrepeso+infantil,+como+problema+de+salud+p%C3%BAblica&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2015)
- xxxix Perez-Escamilla, et al. (2017). Prevention of childhood obesity and food policies in Latin America: from research to practice. *Obesity Reviews*, Vol. 18 (Suppl. 2), pp. 28-38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28741904>
- xl Corvalan C., Reyes M., Garmendia M. L., Uauy R. (2013). Structural responses to the obesity and non-communicable diseases epidemic: the Chilean Law of Food Labeling and Advertising. *Obesity Reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. Vol. 14 (2), pp. 79-87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24102671>
- xli Organización Mundial de la Salud (2018). REPLACE: Trans Fat-Free by 2023. Sitio web. <http://www.who.int/nutrition/topics/replace-transfat>
- xlii Perez-Escamilla, et al. (2017). Prevention of childhood obesity and food policies in Latin America: from research to practice. *Obesity Reviews*, Vol. 18 (Suppl. 2), pp. 28-38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28741904>
- xliiii Perez-Escamilla, et al. (2017). Prevention of childhood obesity and food policies in Latin America: from research to practice. *Obesity Reviews*, Vol. 18 (Suppl. 2), pp. 28-38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28741904>
- xliv Perez-Escamilla, et al. (2017). Prevention of childhood obesity and food policies in Latin America: from research to practice. *Obesity Reviews*, Vol. 18 (Suppl. 2), pp. 28-38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28741904>
- xlv Cominato, et al. (2018). Obesity Prevention: Strategies and Challenges in Latin America. *Current Obesity Reports*. Vol. 7, pp. 97-104. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29737493>
- xlvi Perez-Escamilla, et al. (2017). Prevention of childhood obesity and food policies in Latin America: from research to practice. *Obesity Reviews*, Vol. 18 (Suppl. 2), pp. 28-38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28741904>
- xlvii Matsudo, et al. (2002). Promotion of physical activity in a developing country: The Agita Sao Paulo experience. *Public Health Nutrition*. Vol. 5 (1A), pp. 253-261. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12027292>
- xlviii Matsudo, et al. (2002). Promotion of physical activity in a developing country: The Agita Sao Paulo experience. *Public Health Nutrition*. Vol. 5 (1A), pp. 253-261. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12027292>








## Percepciones Sectoriales del Costo del Sobrepeso y la Obesidad en el Municipio de La Paz

/ Sobrepeso y Obesidad / Salud Pública / Seguridad Alimentaria / Enfermedades No Transmisibles / Costos / Sistema de Salud / Alimentación / Municipio de La Paz / Percepciones Sociales / Nutrición /

---



**ALTERNATIVAS**  
Cultivando Comunidades

Fundación Alternativas  
Calle Lisimaco Gutiérrez, No. 490  
Edificio De Luna, Oficina 5B  
Sopocachi, La Paz, Bolivia  
Tel: (+591) 2 2434711  
[www.alternativascc.org](http://www.alternativascc.org)  
 @Alternativascc

### AUTORAS:

Morgan Kennedy & Maya-Lhanze Lama, McGill University

### APOYO TRABAJO DE CAMPO:

Gabriela Terán Guachalla

### EDITORAS:

Maria Teresa Nogales & Jhanira Rodríguez, Fundación Alternativas

### DISEÑO, DIAGRAMACIÓN E ILUSTRACIÓN:

**wok** ideas.

Impreso en Bolivia  
Agosto 2019

*Esta publicación fue posible con el apoyo de la Cooperación Belga al Desarrollo y Louvain Coopération au Développement:*



**Bélgica**  
socio para el desarrollo

Implementado por



*Las opiniones que son expresadas en este documento no representan necesariamente las del Estado belga, ni los compromete de modo alguno.*



**Bélgica**

socio para el desarrollo

Implementado por



**ALTERNATIVAS**  
Cultivando Comunidades



**McGill**  
UNIVERSITY

Para acceder a una versión digital visita:

---

[www.alternativascc.org/es/publicaciones](http://www.alternativascc.org/es/publicaciones)