

La obesidad y la salud mental: una intersección olvidada

Ann y. Du, Ana S. Ayala y Daniel Hougendobler^{†1}

En septiembre de 2011, la Asamblea General de Naciones Unidas convocó a una reunión de alto nivel que culminó con una decisiva declaración política, que consideró que las enfermedades no transmisibles representan un gran desafío para el desarrollo social y económico, en particular para países en desarrollo. La declaración destaca cómo estas enfermedades podrían crear serios impedimentos para el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de los países. Este artículo estudia las iniciativas legales y de políticas públicas a nivel regional e internacional, analizando cómo abordan la relación entre obesidad y salud mental.

El artículo, primero, analiza brevemente las investigaciones ya existentes sobre los vínculos entre salud mental y obesidad. Luego,

[†] Ann Y. Du es candidata a J.D 2015 en la Universidad de Georgetown en los Estados Unidos. Ana S. Ayala es asociada del *O'Neill Institute for National and Global Health Law* de la Universidad de Georgetown. Daniel Hougendobler es becario de ese instituto. El *O'Neill Institute* es el centro líder en el uso del derecho como herramienta para desarrollar soluciones innovadoras a los problemas de salud pública en Estados Unidos y en otros países del mundo. Los trabajos del instituto fueron frecuentemente citados en las discusiones legislativas sobre reforma de salud en los Estados Unidos. Asimismo, el instituto asiste técnicamente a legisladores en diversas jurisdicciones.

¹ Los autores también quisieran expresar su agradecimiento a las asistentes de investigación, Emily Wong y Diya Uberoi por sus invaluable aportes a la edición y publicación de este artículo.

estudia los diversos documentos legales y de políticas públicas existentes a nivel regional e internacional que podrían servir como punto de partida para abordar la salud mental en el contexto de la obesidad. Finalmente, la discusión se centra en cómo los gobiernos y la comunidad internacional pueden beneficiarse de las iniciativas mundiales actuales en materia de salud, incluida la agenda de desarrollo post-2015 y el movimiento universal para la cobertura de salud. También sugiere distintas formas en las que los gobiernos nacionales pueden afrontar el problema a nivel doméstico.

Palabras clave: salud, políticas públicas, obesidad, salud mental, enfermedades no transmisibles, OMS, Cobertura Sanitaria Universal, Objetivos de Desarrollo Sostenible, ONU, Organización de las Naciones Unidas

I. INTRODUCCIÓN

En septiembre de 2011, la Asamblea General de Naciones Unidas convocó a una reunión de alto nivel que culminó con una decisiva declaración política, que consideró que las enfermedades no transmisibles (ENTs) representan un gran desafío para el desarrollo social y económico, en particular para países en desarrollo.² Reconociendo el impacto de las enfermedades no transmisibles en el desarrollo, la declaración destaca cómo estas enfermedades podrían crear serios impedimentos para el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de los países –lamentablemente, ninguno de los ODMs hace foco en las ENTs–. Como los ODMs expiran en el 2015, los activistas de la salud están luchando por un mayor reconocimiento de las ENTs en la agenda post-2015.

Mientras que las ENTs se han convertido en una prioridad en la agenda global de salud de 2015, se le ha prestado muy poca atención, tanto en la investigación como en la política, a los vínculos entre obesidad y salud mental. A pesar de que es necesaria más investigación médica para comprender los contornos de la relación entre salud mental y obesidad, los estudios llevados a cabo sugieren fuertemente una relación. Sin embargo, la legislación, las políticas públicas y los programas existentes aún no están al día con las investigaciones. Una política de

² A.S. Res 66/2, Doc. de ONU. A/RES/66/2 (24 de enero de 2012).

salud efectiva debe surgir de todos los niveles de gobierno: doméstico, regional e internacional. En este artículo, estudiamos las iniciativas legales y de políticas públicas a nivel regional e internacional, analizando cómo abordan la relación entre obesidad y salud mental. Como conclusión, pedimos mayor acción en todos los niveles de gobierno y sugerimos formas en las que los gobiernos podrían mejorar sus esfuerzos para combatir las implicancias de la obesidad en la salud mental.

La sección II analiza brevemente las investigaciones ya existentes sobre los vínculos entre salud mental y obesidad. Luego, la sección III estudia los diversos documentos legales y de políticas públicas existentes a nivel regional e internacional que podrían servir como punto de partida para abordar la salud mental en el contexto de la obesidad. En la sección IV, la discusión se centra en cómo los gobiernos y la comunidad internacional pueden beneficiarse de las iniciativas mundiales actuales en materia de salud, incluida la agenda de desarrollo post-2015 y el movimiento universal para la cobertura de salud. También sugiere distintas formas en las que los gobiernos nacionales pueden afrontar el problema a nivel doméstico.

II. EL VÍNCULO MÉDICO ENTRE OBESIDAD Y SALUD MENTAL

Existe literatura científica fuertemente sugerente, aunque incompleta, que vincula la obesidad con las enfermedades mentales –en particular, con la depresión–. A pesar de que es necesaria más investigación, parece probable que (al menos en algunas poblaciones) la relación causal tenga dos direcciones: las enfermedades mentales pueden derivar en un mayor riesgo de obesidad y la obesidad puede, a su vez, derivar en enfermedades mentales. En algunas personas, podría darse en un sentido único o podría no haber ninguna relación. Esta sección provee un breve análisis de parte de la literatura científica en la materia.

Varios estudios han hallado una relación entre obesidad y salud mental en la población adulta en general, incluyendo hombres y mujeres. Por ejemplo, una revisión de quince estudios diferentes ha demostrado que la obesidad está relacionada con la depresión y la depresión con la obesidad.³ En Noruega, una mayor masa corporal fue asociada con

³ Floriana S. Lupino et al., *Overweight, Obesity and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies*, 67 ARCH. GEN. PSYCHIATRY. 220 (2010). doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2.

depresión tanto en mujeres como en hombres.⁴ En el Condado de Alameda, California, un estudio en hombres y mujeres de más de cincuenta años demostró una correlación significativa entre la obesidad y la depresión, pero no demostró una correlación en el otro sentido.⁵ La obesidad extrema en hombres y mujeres ha estado notablemente vinculada a la depresión en la población europea y afro-americana.⁶ Asimismo, otro robusto estudio sobre aproximadamente 4.300 adultos británicos demostró que las enfermedades mentales se correlacionaban con la obesidad (pero no viceversa). También demostró que en casos en los que la enfermedad mental era crónica o repetida, el riesgo de obesidad era significativamente mayor.⁷

Sin embargo, hay evidencia contradictoria. Por ejemplo, un estudio sistemático reveló “una débil evidencia” de que la obesidad derivara en depresión.⁸ A pesar de esto, el conjunto de estudios parece mostrar cierta correlación, en particular en algunas subpoblaciones.

Las mujeres podrían verse especialmente afectadas por la relación entre la obesidad y la salud mental, particularmente por la depresión causada por la obesidad. Un gran estudio prospectivo ha mostrado una relación bidireccional en mujeres de mediana y avanzada edad.⁹ En este estudio, 66.000 enfermeras del Reino Unido fueron encuestadas periódicamente entre 1996 y 2006.¹⁰ Luego de controlar diversas variables de confusión, se concluyó que existía una relación bidireccional estadísticamente significativa.¹¹ Un estudio internacional sobre cinco continentes reflejó una relación estadística modesta, aunque significativa, entre la obesidad y las enfermedades mentales en mujeres,

⁴ Ottar Bierkeset et. al., *Association of Adult Body Mass Index and Height with Anxiety, Depression, and Suicide in the General Population: The HUNT Study*, 167, *AMJ. Epidemiology*, 193 (2008).

⁵ Floriana S. Luppino, et al. *Prospective Association between Obesity and Depression: Evidence from the Alameda County Study*, 4. *Int. J. Obesity*- 514, 514-521 (2003).

⁶ C. Dong et al. *Relationship of obesity to depression: A Family-based Study*, *Int. J. Obesity*, 790, 790-795 (2004).

⁷ Mika Kivimaki, et al., *Common Mental Disorder and Obesity: Insight from Four Repeat Measures over 19 Years: Prospective Whitehall II Cohort Study*, *British Med. J.* 339 (2009).

⁸ E. Atlantis & M. Baker, *Obesity Effects on Depression: Systematic Review of Epidemiological Studies*, 32 *Int. J. Obesity* 881 (2008) (un estudio de rutina concluye que es necesaria una mayor investigación debido a que los estudios existentes no son decisivos).

⁹ A Pan, et al., *Bidirectional Association Between Depression and Obesity in Middle-aged and Older Women*, *Int. J. Obesity* 595 (2012), doi:10.1038/ijo.2011.111.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

pero no en hombres.¹² Otro estudio halló una relación entre la obesidad severa y la depresión también en mujeres, pero no en hombres.¹³

Varios estudios también han mostrado un vínculo en niños y adolescentes, poblaciones que podrían ser especialmente vulnerables. Se ha demostrado una conexión entre obesidad infantil y enfermedades mentales.¹⁴ Otro estudio ha demostrado, estadísticamente, un aumento significativo de depresión y ansiedad en mujeres adolescentes obesas.¹⁵

También existen evidencias de que el estatus socioeconómico y la educación pueden guardar relación con el desarrollo de la depresión a raíz de la obesidad. Sin embargo, la literatura no logra llegar a un acuerdo para determinar si son más susceptibles aquellos de menor o de mayor estatus socioeconómico.¹⁶

Aunque aún no se comprenden bien los mecanismos causales, los investigadores han propuesto varias posibilidades sobre cómo opera la relación entre obesidad y enfermedades mentales. Primero, algunos desórdenes biológicos pueden causar tanto enfermedades mentales como obesidad.¹⁷ Asimismo, la depresión se asocia frecuentemente con la conducta sedentaria, lo que incrementa las probabilidades de obesidad.¹⁸ Algunos medicamentos para tratar desórdenes mentales también se asocian con el aumento de peso.¹⁹ Ciertos desórdenes biológicos pueden afectar la salud mental y están asociados con la obesidad, por ejemplo determinados desequilibrios hormonales.²⁰ Las personas obesas pueden sufrir un estigma real o percibido, o sufrir de baja autoestima debido a su imagen corporal.²¹ De la misma manera, la depresión puede derivar en menor apoyo social, lo cual puede conducir a

¹² K.M Scott et al., *Obesity and Mental Disorders in the General Population: Results from the World Mental Health Surveys*, 32 *Int. J. Obesity* 192 (2008).

¹³ C.U. Onyike, et al., *Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey*, 158 *Am. J. Epidemiology* 1139 (2003).

¹⁴ Paul A. Tiffin et al., *Modelling the Relationship between Obesity and Mental Health in Children and Adolescents: Findings from the Health Survey for England*, 5 *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health* (2007).

¹⁵ Sarah E. Anderson et al., *Adolescent Obesity and Risk for Subsequent Major Depressive Disorder and Anxiety Disorder: Prospective Evidence*, 69 *Psychosomatic Med.* 740 (2007).

¹⁶ Sarah Markowitz et al., *Understanding the Relation between Obesity and Depression: Causal Mechanisms and Implications for Treatment*, 15 *Clinical Psychology Science & Practice* 1 (2008).

¹⁷ Kivimaki, *supra* nota 7.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*

²¹ Markowitz, *supra* nota 16.

la obesidad o exacerbarla.²² También existe evidencia de que las dietas frecuentes, y el fracaso en lograr los objetivos deseados, puede guardar relación con la depresión.²³

Resulta sumamente necesario realizar más investigaciones sobre la relación entre la obesidad y las enfermedades mentales, en particular entre algunas subpoblaciones, en regiones distintas a los Estados Unidos o Europa, y acerca de otras enfermedades mentales además de la depresión. Sin embargo, hasta ahora la literatura sugiere fuertemente un vínculo entre la obesidad y la depresión, especialmente en los Estados Unidos y Europa.

III. HERRAMIENTAS INTERNACIONALES

Los esfuerzos legales y de políticas públicas a nivel internacional han quedado atrás en comparación con las investigaciones en el campo de la obesidad. Esta sección analiza las herramientas legales y de políticas públicas desarrolladas a nivel internacional que podrían ayudar a determinar la relación entre la obesidad y las enfermedades mentales.

La Asamblea Mundial de la Salud (AMS) es el órgano de decisión plenaria de la OMS, pero sus resoluciones son generales y no proveen políticas específicas para que adopten los estados. Sin embargo, la AMS ha emitido varias resoluciones sobre salud mental y obesidad. De hecho, ha emitido una resolución que reconoce la relación directa entre salud mental y ENTs, y llama a los estados a “incluir expresamente a la salud mental en sus políticas públicas, agendas de investigación y planes, generales y prioritarios, incluidas las enfermedades no transmisibles”.²⁴ Esta resolución refleja la toma de consciencia por parte de los estados de la necesidad de comprender y combatir estas cuestiones en forma colectiva, en lugar de seguir percibiéndolas como desafíos separados para la salud. Sin embargo, las resoluciones de la AMS no son legalmente vinculantes y funcionan más como llamados para actuar que como guías de implementación de políticas públicas. Por ejemplo, la Resolución 65.4 de la AMS insta al Director General a presentar un Plan de Acción de Salud Mental, que luego fue implementado por la Resolución 66.8 en el 2013,

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*

²⁴ World Health Org. Secretariat, *Draft Comprehensive Mental Health Action Plan 2013—2020*, WHO Doc. A66/10 Rev.1, pág. 11 (May 16, 2013).

pero las recomendaciones de políticas públicas substantivas están incluidas en el plan de acción y no en la resolución.²⁵

La OMS ha adoptado un documento base sobre la prevención de las ENTs y otros tres documentos que abordan las enfermedades mentales. Sin embargo, aún no ha emitido una resolución que vincule a ambas, aunque las disposiciones en los informes relevantes hacen referencia a la relación causal entre ellas, si bien a veces en términos generales. El Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 (un seguimiento al plan de acción 2008-2013 con el mismo nombre) fue adoptado en el 2013 por la AMS a través de la resolución 66.10.²⁶ Si bien el plan de acción original 2008-2013 sólo mencionaba a la salud mental en una nota al pie, el plan de acción 2013-2020 hace varias referencias a la salud mental, incluyendo en las recomendaciones de políticas públicas secciones para la Secretaría y los estados miembros.²⁷ La versión actualizada reconoce que “los desórdenes mentales son una causa importante de morbilidad y contribuyen a la carga mundial de las enfermedades no transmisibles” y que “pueden ser precursores o desarrollarse como consecuencia de una enfermedad no transmisible o surgir como resultado de efectos interactivos”.²⁸ La resolución insta a los estados a centrarse en la prevención de ENTs y establecer programas de control para las poblaciones en riesgo, incluidas personas con “discapacidades psicológicas”.²⁹ A su vez, alienta a los estados a implementar un plan exhaustivo de salud mental que podría incluir políticas tales como la ampliación de los tipos y de la calidad de los servicios brindados, el establecimiento de políticas públicas que requieran de profesionales de recursos humanos y de personal formados especialmente para tratar cuestiones relativas a la salud mental, así como mejoras en la eficiencia de la distribución de los servicios de salud mental.³⁰

Los principales documentos de la OMS que abordan la salud mental son el Conjunto de Guías Sobre Servicios y Políticas de Salud Mental, el

²⁵ Comprehensive Mental Health Action Plan 2013—2020, WHO World Health Assembly, 66th Session, WHA66.8 (May 27, 2013).

²⁶ W.H.A. Res. 66.10, 66th Sess., WHA66/2013/REC/1 (May 27, 2013).

²⁷ Ver World Health Org., Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013—2020 (2013).

²⁸ *Ibid.*, pág. 58

²⁹ *Ibid.*, pág. 23

³⁰ *Ibid.*, págs. 39-43,58.

Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de 2008 y el Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Además de estos programas basados en políticas públicas, la OMS publicó en 2005 el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental.³¹ El Instrumento de Evaluación fue diseñado como una herramienta estándar para que utilicen todas las oficinas regionales al recopilar y analizar información relevante. Esta herramienta resulta esencial para que los estados puedan estudiar y comparar datos utilizando un criterio estandarizado.

Las directivas de la OMS no sólo se limitan a los gobiernos. Entre el 2003 y el 2007, la OMS publicó el Conjunto de Guías Sobre Servicios y Políticas de Salud Mental, una serie de documentos diseñados para todos los actores interesados, incluidos activistas, centros de investigación y miembros de la sociedad civil.³² Este conjunto de medidas tiene como objetivos “desarrollar políticas públicas y estrategias exhaustivas para mejorar la salud mental de las poblaciones”, “proveer servicios eficaces para aquellos que los necesitan y reincorporar en todos los ámbitos de la vida social a las personas con desórdenes mentales, mejorando su calidad de vida”.³³ El primer módulo presenta información de contexto sobre la situación actual de la salud mental a nivel global y describe algunos factores sociales y económicos que influyen en las cuestiones de salud mental.³⁴ Reconoce la necesidad de que la comunidad internacional dé respuestas en los ámbitos económico, legal y gubernamental y desarrolla los pasos necesarios para planear, financiar e implementar un programa para mejorar la salud mental en los países.³⁵ El segundo módulo agrega más detalle al método propuesto para desarrollar planes y programas más eficientes, y el tercer módulo se centra en la creación de mecanismos de evaluación y monitoreo.³⁶ En lugar de sugerir políticas públicas

³¹ World Health Org., Assessment Instrument for Mental Health Systems, WHO/MSD/MER/05.2 (2005).

³² Ver World Health Org., Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Policy, Plans and Programmes (2005); World Health Org., Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health (2003); World Health Org., Mental Health Policy and Service Guidance Package: Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health (2003).

³³ World Health Org., Mental Health Policy and Service Guidance Package: The Mental Health Context (2003).

³⁴ WHO, Mental Health Policy, *supra* nota 31.

³⁵ WHO, Mental Health Context, *supra* nota 31 págs. 6-8, 22-23, 30-34.

³⁶ WHO, Mental Health Policy, *supra* nota 31; World Health Org., Mental Health Policy and Service Guidance Package: Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans (2007).

específicas, el conjunto de normas busca exponer los pasos necesarios para crear y actualizar un programa nacional de salud mental de alta calidad. A pesar de que, en su conjunto, los documentos proveen un enfoque integral para abordar la cuestión de la salud mental, carecen de las necesarias referencias a la obesidad. Para que disminuya la tasa de enfermedades mentales, es necesario que los documentos aborden también las políticas públicas en materia de obesidad.

El Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de 2008 fue diseñado para aumentar el capital financiero y humano destinado a combatir los problemas de salud mental.³⁷ Resulta central a la publicación una tabla que enumera las intervenciones más exitosas sobre los ocho desórdenes mentales principales.³⁸ La tabla también incluye sugerencias de políticas públicas que podrían ser adaptadas y tomadas por los estados según la situación social y económica de cada uno.³⁹ Asimismo, el Programa de 2008 instó a la comunidad internacional a desarrollar un marco para monitorear y evaluar las políticas implementadas por los estados para aumentar la rendición de cuentas.⁴⁰ También impulsó la formación de un mecanismo para identificar a los estados más necesitados de mejoras y la creación de normas de intervención diseñadas específicamente para cada uno de esos estados, sobre la base de los recursos disponibles y las condiciones más apremiantes de cada país.⁴¹ Este enfoque específico en cada país es necesario para producir cambios, aunque inicialmente puede resultar más costoso. A largo plazo, es probable que este enfoque se torne más eficaz dado que reconoce que, para tener éxito, no todos los países deben implementar todas las recomendaciones propuestas para combatir los problemas de salud mental. En lugar de ello, impulsa la adopción de políticas públicas relevantes en función de las circunstancias de cada país.

Finalmente, el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 es la resolución más reciente de la OMS en materia de la salud mental.⁴² Divide

³⁷ World Health Org., mhGAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorder, pág. 4 (2008).

³⁸ Estas ocho enfermedades principales incluían la depresión, la esquizofrenia y otros desórdenes psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los desórdenes causados por el consumo de alcohol y drogas ilegales y los desórdenes mentales en niños. *Ibid.*, págs. 11-12 (2008).

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*, pág. 21 (2008).

⁴¹ *Ibid.*, pág.13 (2008).

⁴² WHO, *supra* nota 27.

sus recomendaciones según el tipo de actor: los estados miembros, la Secretaría y las organizaciones nacionales e internacionales aliadas; aunque muchas veces se superponen las políticas públicas de las distintas categorías. El plan insta a los estados miembros a aumentar el número de planes nacionales y monitorear su implementación; a colaborar con los principales actores relevantes, incluidas las familias de quienes padecen enfermedades mentales; y a asegurarse de que haya presupuesto y recursos suficientes para ser destinados a superar este desafío.⁴³ El plan también promueve varias políticas públicas normativas como la implementación de leyes que contemplen la disparidad, la discriminación y la estigmatización que suelen acompañar a los problemas de salud mental.⁴⁴ El plan insta a la Secretaría a compilar una serie de las mejores prácticas de distintos estados para difundirlas en la comunidad internacional y aumentar así el flujo de ideas innovadoras, lo cual resulta vital para que los estados y las regiones puedan acceder a una mayor cantidad de información.⁴⁵

A. Tratados Internacionales de Derechos Humanos

De los varios tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas, sólo dos remiten a cuestiones sobre salud mental u obesidad, pero ninguno aborda la conexión entre ambos. El primero es la Convención sobre los Derechos del Niño. El artículo 24(c) establece que los estados deben incluir en el marco de la atención primaria de la salud el “suministro de alimentos nutritivos y agua potable” para los niños.⁴⁶ Además, la Convención insta a los estados a proteger la salud mental de los niños respecto de los medios de comunicación y en situaciones en las que el niño es puesto bajo la responsabilidad de autoridades para su protección y tratamiento.⁴⁷ El Comité de los Derechos del Niño publicó el comentario general 7 en el 2005 para profundizar sobre las disposiciones de la Convención. El párrafo 27 aborda las disposiciones iniciales del artículo 27, que requieren que los estados provean acceso a una nutrición adecuada para reducir el potencial de obesidad o de estilos de vida no

⁴³ *Ibid.*, págs. 15-26.

⁴⁴ *Ibid.*, pág. 10.

⁴⁵ *Ibid.*, pág. 23.

⁴⁶ Convención sobre los Derechos del Niño, Art. 24(c), 20 de noviembre, 1989, 1577 U.N.T.S. 3, 28 I.L.M. 1448.

⁴⁷ *Ibid.* arts. 17, 25.

saludables.⁴⁸ Sin embargo, la Convención es vinculante solamente para los Estados que la han firmado y ratificado.

El segundo tratado es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que garantiza el “derecho a un nivel de vida adecuado”, incluyendo los “principios sobre nutrición”.⁴⁹ A pesar de que el pacto no se refiere a la obesidad, sí reconoce la importancia de la nutrición y la dieta para un estilo de vida sano. Asimismo, el PIDESC garantiza el derecho de cada individuo al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.⁵⁰ Este reconocimiento de la necesidad de apoyar la salud mental, al igual que la física, es un avance significativo, aunque sólo haya una breve referencia al respecto en el tratado.

Aunque es bienvenido el hecho de que órganos como la OMS y la ONU hayan producido numerosos documentos sobre obesidad y salud mental, éstos son por sí solos insuficientes para combatir las crecientes crisis. Además, ninguna institución ha creado aún un marco o plan de acción con pautas para abordar el vínculo causal entre ambos factores, lo cual es necesario para lograr avances con cualquiera de ambas cuestiones.

IV. INSTRUMENTOS REGIONALES

A nivel regional, las oficinas de la OMS cumplen y pueden seguir cumpliendo un rol importante para determinar la relación entre la obesidad y la salud mental. A pesar de ello, vale la pena señalar que las políticas públicas y los planes de acción han cambiado mucho en términos de contenido, enfoque, objetivos y efectividad general. Esta sección provee una visión general de los instrumentos legales y de políticas públicas que han desarrollado las seis oficinas regionales de la OMS. También analiza hasta qué punto las ENTs amenazan a cada región y si cada una de ellas aborda el problema de la obesidad y la salud mental de forma correcta.

A. África

El continente africano enfrenta muchos desafíos que no se presentan en el resto de los continentes. Un problema fundamental es la falta de investigación y evidencia para apoyar el desarrollo de políticas públicas

⁴⁸ Comisión Sobre los Derechos del Niño, Comentario General nro. 7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia. Ses. 40. 12-30 septiembre, 2005, CRC/C/GC/7/Rev.1, en 12 (20 de septiembre de 2006).

⁴⁹ Res. A.G. 2200A, U.N. GAOR, 21st Sess., Supp. No. 16, U.N. Doc. A/6316, art. 11 (1966).

⁵⁰ *Ibid.*, art. 12.

eficientes en la región. La Oficina Regional para África (AFRO por sus siglas en inglés) reconoce la escasez de evidencia médica suficiente, especialmente en el campo de la salud mental.⁵¹ Por ejemplo, aunque el 12,5% de la población mundial padece enfermedades mentales, la oficina estima que la tasa para el continente africano es similar, o que puede estar entre el 20 y 30%.⁵² Las oficinas regionales difieren también en la definición de “salud mental”. La Oficina para África incluye el abuso de alcohol y tabaco en su definición de desorden mental, pero la mayoría de las oficinas no lo hacen.⁵³ Las principales enfermedades mentales que afectan al continente africano son la epilepsia, la depresión, el trastorno por estrés postraumático, la esquizofrenia y lo que la Oficina llama el “desorden mental común”.⁵⁴

AFRO tiene menos publicaciones sobre enfermedades mentales que las otras oficinas regionales. No hay resoluciones ni planes para combatir la obesidad. Esto puede deberse a varios motivos. Muchas veces la obesidad es concebida erróneamente como una “enfermedad de ricos” que no es una prioridad para una zona que sigue enfrentando altos niveles de pobreza y hambruna y muy altas tasas de enfermedades infecciosas. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que el continente africano, especialmente en los países más urbanizados como Sudáfrica, también enfrenta una creciente crisis de obesidad.⁵⁵ Por ejemplo, un estudio publicado en el 2009 estimó que entre el 20% y el 50% de la población urbana en África padece de sobrepeso u obesidad.⁵⁶ Sobre la base de estudios realizados en siete países africanos, esta investigación demostró que el porcentaje de la población con sobrepeso u obesidad aumentó en alrededor de un 35% entre 1992 y el 2005, y la cifra continuará aumentando en los próximos años.⁵⁷ Además de lidiar con altas tasas de pobreza y desnutrición, la región debe ahora combatir

⁵¹ World Health Org.: Reg'l Office for Africa, Regional Strategy for Mental Health 2000-2010, AFR/RC49/9, pág. 4 (2000).

⁵² *Ibid.* pág. 5 (2000).

⁵³ *Ibid.* pág. 6 (2000).

⁵⁴ *Ibid.*, págs. 4-6 (2000).

⁵⁵ *Megan Power, More South African Adults Now Die from Obesity Than from Poverty*, Health Systems Trust, (3 de octubre de 2004), disponible en: <http://www.hst.org.za/news/more-south-african-adults-now-die-obesity-poverty>

⁵⁶ Abdhalah K Ziraba, Jean C Fotso & Rhouné Ochako, *Overweight and Obesity in Urban Africa: A Problem of the Rich or the Poor?*, BioMed Central Public Health (15 de diciembre, 2009), disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/465>

⁵⁷ *Ibid.*

el creciente problema de la obesidad, la llamada “carga doble de enfermedad”, que acosa a muchos países de bajos y medianos ingresos. Además, la región enfrenta otra serie de problemas urgentes relacionados con la salud, como heridas de combate, catástrofes naturales y crecientes disturbios civiles, los cuales desvían la atención de las enfermedades crónicas.⁵⁸

AFRO ha realizado varios esfuerzos respecto de la salud mental, aunque la mayoría están enfocados en la relación con la violencia, el alcohol y el abuso de sustancias.⁵⁹ La oficina ha realizado el Estudio sobre el Sistema de Salud Mental en Eritrea y una serie de guías sobre salud mental y el apoyo psicosocial en situaciones de emergencia, lo cual demuestra que la región ha decidido priorizar las cuestiones de salud mental en relación con zonas de conflicto y post conflicto.⁶⁰ El documento más minucioso de la región es la Estrategia Regional para la Salud Mental 2000-2010 (*Regional Strategy for Mental Health 2000-2010*).⁶¹ Mientras que la estrategia reconoce que la región africana enfrenta desafíos que otras regiones no enfrentan, algunas de las disposiciones principales son similares a las de planes de otras regiones, incluido el fomento de la participación de las comunidades locales y socios relevantes, el fomento de la educación pública y el incremento de la contribución financiera para aumentar la investigación y la capacidad de trabajo.⁶² Sin embargo, este documento tiene algunas características particulares, como el escaso hincapié en el empoderamiento de individuos con problemas mentales, a lo que los estudios de la OMS le atribuyen una importancia significativa.

B. Las Américas

Las ENTs son la principal causa de muerte en las Américas⁶³ –son responsables del 70% de la mortalidad en América Latina y el Caribe y se estima que su existencia en la región aumentará–.⁶⁴ El aumento de las

⁵⁸ WHO, *supra* nota 51, págs. 8-9.

⁵⁹ Ver publicaciones– *Mental Health, Violence and Injuries*, who. (7 de marzo del 2015), <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/mental-health-violence-and-injuries/mvi-publications.html>

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ WHO, *supra* nota 51.

⁶² *Ibid.*

⁶³ 65th Sess., Sept. 30-Oct. 4, 2013, CD52/7/Rev. 1, párr. 2 (Sept. 9, 2013).

⁶⁴ *Las enfermedades no transmisibles en la región de las Américas: Todos los sectores de la sociedad pueden ayudar a resolver el problema*, Asociación Panamericana de la salud (2011), http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16160&Item

ENTs está estrechamente vinculado a la creciente tasa de obesidad y sobrepeso, especialmente en los sectores carenciados. El 62% de la población padece sobrepeso y el 26% de obesidad. De hecho, la presencia de obesidad y sobrepeso es la mayor entre las distintas regiones y se ha duplicado entre 1980 y el 2008.⁶⁵ La región también enfrenta altas tasas de enfermedades mentales. Las tasas de enfermedades mentales varían del 18,7% al 24,2% en las Américas y estudios recientes demuestran que la depresión es la enfermedad mental predominante en la región –y afecta a dos veces más mujeres que hombres.⁶⁶ Dado este panorama, las Américas se beneficiarían con significativas intervenciones que no sólo aborden la cuestión de la creciente obesidad sino que también garanticen que se le preste la atención necesaria a las enfermedades mentales relacionadas con la obesidad, especialmente en las poblaciones más vulnerables.

Información reciente revela que entre el 20% y el 25% de los niños menores de 19 años en América Latina padecen sobrepeso u obesidad. Por ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) –la oficina regional de la OMS en las Américas– y la autoridad de salud pública de la Organización de los Estados Americanos (OEA) han dedicado especial atención a este grupo poblacional. En octubre del 2014, el Consejo Directivo de la OPS⁶⁷ aprobó el Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad de la Niñez y la Adolescencia, que establece distintas acciones a ser realizadas en el transcurso de los próximos cinco años: 1) promover la lactancia materna; 2) mejorar la alimentación saludable y la actividad física en las escuelas; 3) establecer impuestos a la comida chatarra y restricciones a su comercialización; 4) garantizar un mayor acceso a los espacios recreativos y a los alimentos nutritivos.⁶⁸ Sin embargo, el plan no aborda el problema de la salud mental.

El hecho de que el plan de acción de la OPS sobre obesidad infantil no mencione la salud mental como un posible problema no significa que el mismo carezca de potencial para promover mayor atención sobre el asunto. Por el contrario, desde los ochenta, la OPS ha realizado

[id=270&lang=en](#); Fernando G. De Maio, *Understanding Chronic Non-communicable Diseases in Latin America: Towards an Equity Based Research Agenda*, 7 *Globalization and Health* 4 (2011).

⁶⁵ PAHO, *supra* nota 64, párr. 13.

⁶⁶ PAHO, *supra* nota 64, párrs. 8-9.

⁶⁷ Se trata del órgano encargado de fijar las políticas públicas y las prioridades para la Organización Pan Americana de la Salud.

⁶⁸ Pan American Health Organization (PAHO), 66th Sess., 29 Sept.- 3 Oct., 2014, CD53/9/Rev. 21 (3 Oct., 2014).

importantes avances en el área de la salud mental y esta experiencia puede impulsar esfuerzos para tratar exhaustivamente la cuestión de la obesidad y las condiciones subyacentes de salud mental. La OPS, por ejemplo, ha sido un actor influyente en la promoción y reforma de prácticas psiquiátricas en la región. Como parte de su trabajo en el área, en 1990, la OPS dirigió profesionales de la salud mental, abogados de derechos humanos y legisladores nacionales para desarrollar una serie de estándares psiquiátricos basados en principios de derechos humanos conocidos como Declaración de Caracas.⁶⁹ Esta declaración fue descripta como un “hito histórico” por su llamado a reformar el cuidado psiquiátrico hospitalario para hacerlo más descentralizado y acorde a las necesidades de cada paciente.⁷⁰ A esto le siguieron informes similares que se basaron en los mismos principios y continuaron promoviendo la salud mental, incluidos los Principios de Brasilia.⁷¹

En octubre del 2014 el Consejo Directivo aprobó el Plan de Acción sobre Salud Mental.⁷² Sin embargo, en este caso, el Consejo reconoce la necesidad de “un abordaje integral de la salud física y enfatiza los vínculos entre lo físico y lo psicosocial en el proceso de la salud y la enfermedad”. Se refiere a las ENTs en general enfatizando que “las enfermedades, ya sean transmisibles o no trasmisibles, aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales”.⁷³ Sin embargo, si bien el Plan destaca a la depresión e incluso la vincula con la diabetes, no se la relaciona directamente con la obesidad. Esto indica que hay un importante vacío que debe ser llenado.

Teniendo en cuenta la falta de atención sobre este asunto, vale la pena señalar que el Proyecto de Salud Mental, la unidad técnica de la OPS sobre salud mental, actualmente se ubica en el Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Con la tarea de promover, coordinar e implementar “actividades de cooperación técnica dirigidas a fortalecer las capacidades nacionales para desarrollar políticas, planes, programas y servicios”, tendría sin dudas un rol clave para promover mayor acción

⁶⁹ Declaración de Caracas, Conferencia Regional para la Reestructuración del Cuidado Psiquiátrico en América Latina (14 de noviembre, 1990).

⁷⁰ PAHO, *supra* nota 68.

⁷¹ Principios de Brasilia: “Principios Rectores en el Desarrollo del Cuidado de la Salud Mental en América”, Conferencia Regional sobre Reforma del Servicio de Salud Mental 7 -9 de noviembre del 2005.

⁷² PAHO, *supra* nota 68.

⁷³ *Ibid.*

de parte de los gobiernos, así como de la OPS en sí misma para trabajar en esta intersección.⁷⁴

C. Mediterráneo oriental

Al igual que en las Américas, la obesidad es un problema creciente en el Mediterráneo Oriental.⁷⁵ Estudios recientes han demostrado que en esta zona, la tasa de obesidad en mujeres adultas está aumentando particularmente rápido, a pesar de que las tasas de obesidad estén creciendo en todos los grupos etarios y para ambos sexos.⁷⁶ Como en el resto del mundo, los investigadores entienden que cambios en la dieta – en particular el consumo de comidas rápidas, bebidas azucaradas y comidas altamente calóricas y similares– son la principal razón para el rápido aumento de la obesidad en la zona.⁷⁷ Como resultado, ha habido una oleada de documentos legales y de políticas públicas sobre la obesidad en el mediterráneo oriental.

La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (EMRO por sus siglas en inglés) ha aprobado varias resoluciones relativas a las ENTs y a la nutrición, demostrando su compromiso por superar este desafío mundial en materia de salud pública.⁷⁸ Sin embargo, estas resoluciones no son vinculantes para los estados y contienen pocas recomendaciones substantivas. La mayoría de las recomendaciones políticas proviene, en cambio, de planes de acción y programas publicados por las oficinas regionales.

Además de estas resoluciones, EMRO aprobó un plan general para abordar las ENTs, así como otros dos más dirigidos a la nutrición y la dieta. El Plan de Acción para la Prevención y el Control de Enfermedades No Transmisibles (*Plan of Action for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the Eastern Mediterranean*) en el mediterráneo oriental propone seis objetivos y enumera estrategias que los gobiernos, la OMS y sus socios internacionales deberían adoptar para lograr cada uno de esos objetivos. Estos objetivos incluyen dar mayor

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ *Obesity*, World Health Org. (March 7, 2015), <http://www.emro.who.int/health-topics/obesity/>

⁷⁶ *Ibid.*; Abdulrahman O. Musaiger, *Overweight and Obesity in Eastern Mediterranean Region: Prevalence and Possible Causes*, 2011 J. Obesity 407237 (2011).

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Ver WHO Res. EM/RC50/R.6, Reg'l Comm. for the E. Mediterranean, 50ª Ses. (Oct. 2003); WHO Res. EM/RC52/R.7, Reg. Comm. for the E. Mediterranean, 52ª Ses. (Sept. 2005); WHO Res. EM/RC/52/R.8, Reg. Comm. for the E. Mediterranean, 52ª Ses. (Sept. 2005).

importancia a las ENTs en materia de salud pública, fortalecer la legislación nacional destinada a combatir las ENTs, promover estrategias para prevenir los principales factores de riesgo, aumentar la investigación para la prevención y las medidas de control, promover la asociación con otros interesados y monitorear el desarrollo de las tendencias de las ENTs entre y a través de las regiones.⁷⁹

Asimismo, EMRO ha desarrollado el Marco para la Implementación de la Estrategia Global sobre Dieta, Actividad Física y Salud Mental en la Región del Mediterráneo Oriental (*Framework for the Implementation of the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Mental Health in the Eastern Mediterranean Region*), un documento que aborda específicamente los factores que llevaron al aumento de la tasa de obesidad.⁸⁰ Este proyecto incluye principios rectores que la OMS adoptó en su Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud Mental, como el desarrollo de estrategias que involucren a más actores interesados, la promoción de cambios de políticas públicas basados en evidencia científica y el aumento la conciencia cultural.⁸¹ Este marco insta a los estados a desarrollar directivas sobre nutrición y actividad física, a reforzar los planes nacionales y regionales en consonancia con las estrategias de otras regiones, a mejorar la planificación urbana, a procurar recursos para su implementación, a promover la alianza con otros actores interesados y a emprender campañas para la educación y la concientización pública.⁸² Esta estrategia pone particular énfasis en involucrar a otros actores, en especial ciertos sectores clave del sector privado que juegan un rol importante, tales como departamentos de marketing y la industria del alcohol.⁸³ Nuevamente, el hecho de que no se mencione la salud mental como factor relevante es un grave error.

En comparación con el Marco, el Plan de Acción de la Estrategia Regional para la Nutrición 2010-2019 provee una serie de

⁷⁹ World Health Org.: Reg'l Office for the E. Mediterranean, Plan of action for the prevention and control of noncommunicable diseases in the Eastern Mediterranean Region, WHO EM/NCD/067/E, en 11-23 (2011).

⁸⁰ World Health Org., Framework for the implementation of the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health in the Eastern Mediterranean Region (2010).

⁸¹ *Ibid.*, págs. 8-9.

⁸² *Ibid.*, págs. 10-18

⁸³ *Ibid.*, págs. 13-14

recomendaciones más específicas según cada región.⁸⁴ La región del mediterráneo oriental enfrenta un serio desafío: epidemias simultáneas de obesidad y desnutrición.⁸⁵ Tanto la obesidad como la desnutrición pueden acarrear consecuencias persistentes en la salud, incluidas ENTs. El Plan detalla objetivos específicos con los que espera cumplir para el 2019 y propone diversas estrategias para lograrlos.⁸⁶ La mayoría de ellos son similares a los que se encuentran en instrumentos mundiales: requerir mayor compromiso político para combatir estos problemas, crear una campaña de educación pública, promover la investigación y asegurar el suministro adecuado y seguro de alimentos.⁸⁷ Sin embargo, una característica inusual de este plan de acción es la “propuesta 2”, que se centra específicamente en la protección de mujeres y niños por tratarse de los grupos más vulnerables de la sociedad.⁸⁸

EMRO ha puesto menor énfasis en la salud mental. La mayoría de los documentos en esta materia remiten al abuso de alcohol o de sustancias. Sin embargo, EMRO ha publicado una resolución que trata los crecientes problemas de salud mental que afronta la región.⁸⁹ La resolución insta a los estados a implementar las políticas públicas recomendadas en el documento de Sistemas de Salud Mental en la Región del Mediterráneo Oriental (*Mental Health Systems in the Eastern Mediterranean Region*) y a incluirlos formalmente en sus legislaciones.⁹⁰ También pide a los estados que aumenten la investigación sobre salud mental, apoyen el desarrollo de capacidades y divulguen el conocimiento sobre esta área.⁹¹ El documento sobre Sistemas de Salud Mental en la Región del Mediterráneo Oriental adopta un enfoque más holístico sobre el asunto, enfatizando la conexión entre la salud mental y áreas relacionadas, como la justicia penal, la educación, el empleo y los derechos humanos.⁹² También pone especial énfasis en el acceso igualitario, el cual favorece la

⁸⁴ World Health Org.: Reg'l Comm. for the E. Mediterranean, Regional strategy on nutrition 2010-2019 and Plan of action (2011).

⁸⁵ *Ibid.*, págs. 5, 7-8.

⁸⁶ *Ibid.*, págs. 11-14.

⁸⁷ *Ibid.*, págs. 12-14, 15.

⁸⁸ *Ibid.*, págs. 12.

⁸⁹ WHO Res. EM/RC58/R.8, Reg'l Comm. for the E. Mediterranean, 58ª Ses. (Oct. 2011).

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Ver World Health Org.: Reg'l Comm. for the E. Mediterranean, Mental health systems in the Eastern Mediterranean Region: Report based on the WHO assessment instrument for mental health systems, EMRO Technical Publication Series 37 (2010).

justicia social.⁹³ El instrumento enumera siete elementos clave: implementar un método más económico para proveer el servicio, mejorar la fuerza de trabajo, asegurar una mejor distribución de los recursos, implementar legislación más efectiva, incrementar el financiamiento para programas de salud mental y promover mejor liderazgo y gobernanza.⁹⁴

A pesar de que la región no presenta tasas de obesidad tan altas como las de Europa o las Américas, debe adoptar medidas para desarrollar programas que detengan el creciente problema de la obesidad y combatan la desnutrición. También se beneficiaría adoptando herramientas que abordaran la conexión entre salud mental y obesidad a fin de poder combatir ambos problemas eficientemente.

D. Europa

La Oficina para Europa fue una de las primeras en reconocer que la obesidad era un problema importante. Información de la Unión Europea muestra que el porcentaje de la población que padece obesidad o sobrepeso ha estado creciendo de forma constante por lo menos desde los 90.⁹⁵ Se estima que entre el 30% y el 70% de la población adulta padece sobrepeso, mientras que entre el 10% y el 30% es obesa.⁹⁶ En respuesta a este creciente problema, la Oficina para Europa ha dado a conocer numerosos informes basados en evidencia y ha generado múltiples sugerencias de políticas públicas. Ha puesto un énfasis considerable en combatir tanto las cuestiones de salud mental como la obesidad. Sus metas de políticas públicas respecto de la obesidad consisten en monitorear los factores médicos y sociales que provocan obesidad, desarrollar programas que los traten y reducir la presencia de dichos factores.⁹⁷

La Oficina ha sido autora de numerosos planes, programas y resoluciones sobre obesidad. El Plan de Acción para la Implementación de la Estrategia Europea para la Prevención y el Control de Enfermedades no Transmisibles 2012-2016 analiza explícitamente la relación entre

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ *Ibid.*, págs. 41-43.

⁹⁵ *Data and Statistics*, World Health Org. Reg'l Office for Europe (2015), <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ *Ibid.*

ENTs y salud mental.⁹⁸ Sin embargo, la estrategia sólo abarca las principales ENTs: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. El principal instrumento legal en la región que aborda la obesidad es la Carta Europea contra la Obesidad.⁹⁹ Hasta ahora, la Oficina para Europa es la única que ha redactado un documento específico sobre obesidad, en contraposición con otros documentos que sólo abordan las ENTs o la nutrición en forma general. La Carta sugiere la participación de todos los actores interesados, incluidos todos los niveles de gobierno, el sector privado, la sociedad civil e incluso los medios de comunicación.¹⁰⁰ Esta establece que la colaboración entre los distintos sectores es necesaria para hallar una respuesta a la creciente tasa de obesidad.¹⁰¹ El informe también detalla seis medidas prioritarias para prevenir la obesidad: apoyar un comienzo saludable para los niños, asegurar la provisión sustentable de comida saludable, proveer información completa a los consumidores, desarrollar programas para promover la actividad física y disminuir el consumo de alcohol, reforzar las recomendaciones sobre nutrición y desarrollar mecanismos de implementación y de control.¹⁰² Asimismo, como guía para la creación de políticas públicas efectivas, la Carta insta a los estados a revisar la Carta Europea contra la obesidad de la OMS, el Plan de Acción Europeo sobre Alimentación y Nutrición de la OMS y el Libro blanco de la Unión Europea: Estrategia Europea para los Problemas de Salud Relacionados con la Alimentación, el Sobrepeso y la Obesidad.¹⁰³

Los objetivos de la Oficina para Europa sobre salud mental son disminuir el estigma asociado a las enfermedades mentales, tratar el problema de la desinstitucionalización, promover las decisiones individuales y la recuperación, entender las enfermedades mentales como causa o efecto de otras enfermedades, desarrollar legislación con enfoque en derechos humanos y asegurarse de que las medidas tomadas sean rentables en términos costo-beneficio.¹⁰⁴ La Oficina estimó que

⁹⁸ World Health Org.: Reg'l Office for Europe, Action Plan for the Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016, pág. 5 (2012)

⁹⁹ Ver World Health Org.: Reg'l Office for Europe, European Charter on Counteracting Obesity (2006).

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ *Ibid.* pág. 4

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ *Ibid.*

¹⁰⁴ *Obesity: Policy*, World Health Org.: Reg'l Office for Europe (2015), <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/policy>

aproximadamente el 27% de la población adulta experimentó algún desorden mental durante el último año, lo que equivale a 83 millones de personas afectadas solamente en Europa.¹⁰⁵ Según la Oficina, “los desórdenes mentales son la principal causa de enfermedades crónicas que afectan a la población europea”.¹⁰⁶

La Oficina Regional emitió un documento basado en estadísticas titulado *Prácticas y Políticas para la Salud Mental en Europa* que se compone de una serie de gráficos y tablas que enumeran las políticas públicas y los programas existentes en cada estado miembro.¹⁰⁷ Todos los estados miembros excepto cuatro han implementado al menos un plan de salud mental y 29 países han adoptado legislación sobre salud mental.¹⁰⁸ El documento principal, que sirvió como guía, fue el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental, que fue creado por la Resolución EUR/RC63/R10.¹⁰⁹ El plan de acción esboza políticas públicas para que los estados miembros incorporen a su legislación y describe con gran especificidad los programas y las estrategias para implementarlas con éxito. Estas políticas incluyen desarrollar programas de prevención del suicidio, promover la dignidad de los individuos y una imagen positiva de sí mismos, extender los planes de salud mental y hacerlos accesibles a toda la población, asegurarse que el personal en el área de salud mental esté adecuadamente preparado, aumentar la calidad del cuidado médico, trabajar más coordinadamente con organizaciones que defiendan las mismas cuestiones, así como patrocinar investigaciones y esfuerzos de difusión de información.¹¹⁰

E. Sudeste asiático

El Sudeste Asiático se caracteriza por sus bajas tasas de obesidad y es la región donde la OMS registra menor cantidad de personas con sobrepeso u obesidad.¹¹¹ A modo de comparación, el porcentaje de la población que padece sobrepeso es cuatro veces mayor en la región

¹⁰⁵ WHO, *supra* nota 98.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ World Health Org.: Reg'l Office for Europe, *Policies and Practices for Mental Health in Europe* (2008).

¹⁰⁸ *Ibid.*, pág. 14

¹⁰⁹ WHO, Res. EUR/RC63/R10, Reg'l Com. para Europe, 63ª Ses. (Sept. 2013).

¹¹⁰ World Health Org.: Reg'l Office for Europe, *European Mental Health Action Plan*, págs. 4-15 (2013).

¹¹¹ *Global Health Observatory (GHO) Data: Obesity*, World Health Org. (2015), http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/

panamericana que en la del sudeste asiático.¹¹² Por lo tanto, no sorprende que la Oficina para el Sudeste Asiático no haya publicado ningún documento que aborde la obesidad de forma directa. Sin embargo, ha creado un marco legal que aborda las ENTs en general, el cual sugiere a los estados aumentar la capacidad institucional y las contribuciones financieras, desarrollar mecanismos de monitoreo y promover una mayor capacidad de detección y mayor calidad de tratamiento de enfermedades en los sistemas médicos.¹¹³

La salud mental también ha sido un tema de baja prioridad en la zona del sudeste asiático.¹¹⁴ Hay poca legislación nacional sobre esta cuestión en los estados del sudeste asiático y se destina alrededor de un 2% del presupuesto a la salud mental en la mayoría de los países de la zona.¹¹⁵ La Oficina para el Sudeste Asiático ha publicado un solo documento sobre salud mental, apuntado a lidiar con las consecuencias del tsunami del 2004 que devastó la región.¹¹⁶ Las políticas públicas están orientadas a tratar los problemas de salud mental que surgieron a raíz de los tsunamis, terremotos y otras catástrofes naturales.¹¹⁷

En general, la región del sudeste asiático debe poner mayor énfasis en atender temas relacionados con la obesidad y las enfermedades mentales. En comparación con las otras oficinas regionales, ésta ha dedicado la menor cantidad de recursos y de atención al tratamiento de estas cuestiones. La región se vería beneficiada con un análisis minucioso de las recomendaciones de los instrumentos mundiales y con la aplicación de todas las políticas públicas pertinentes.

F. Pacífico oeste

Al igual que otras regiones compuestas predominantemente por países en desarrollo, la región del Pacífico Oeste ha enfrentado últimamente crecientes niveles de obesidad. Esto se debe, en parte, al reemplazo de las dietas tradicionales por alimentos procesados. Al menos diez países insulares del pacífico oeste presentan una tasa de

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ Ver World Health Org.: Reg'l Office for Se. Asia, *Noncommunicable Diseases in the South-East Asia Region* (2011).

¹¹⁴ Ver Albert Maramis, et al., *Mental Health in Southeast Asia*, 377 *Lancet* 700 (2011).

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ World Health Org.: Reg'l Office for Se. Asia, *WHO Framework for Mental Health and Psychosocial Support after the Tsunami* (2005).

¹¹⁷ *Ibid.*

obesidad del 50% o mayor.¹¹⁸ Al mismo tiempo, la región presenta altas tasas de desnutrición y de déficit de micronutrientes.¹¹⁹ A diferencia de algunas oficinas regionales que han clasificado a la obesidad como ENT, la Oficina del Pacífico Oeste la ha incluido dentro de la categoría de nutrición.¹²⁰ La forma más usual de combatir la obesidad en la región es a través de una estrategia basada en el mercado que consiste en fomentar o desalentar el consumo de determinadas comidas o bebidas a través de reglamentaciones financieras y comerciales. Por ejemplo, varios estados han implementado los así llamados “impuestos del pecado”, es decir, impuestos a la comida no saludable cuya recaudación es utilizada para crear programas que promuevan una dieta sana y el ejercicio físico.¹²¹

Esta oficina regional, en comparación con otras, ha adoptado un enfoque más jurídico para combatir la obesidad. Sus dos documentos principales sobre la cuestión están directamente orientados al uso de legislación para combatir la obesidad. El primero de ellos, *El Uso de la Legislación Local en la Lucha contra la Obesidad (Using Domestic Law in the Fight Against Obesity)*, sugiere tres formas de regulación: controles en los precios en la industria alimenticia tales como aranceles, subsidios e impuestos; barreras para la entrada al mercado de ciertos alimentos y la implementación de advertencias en las etiquetas de algunos productos.¹²² La guía se centra en el uso de mecanismos de mercado para controlar la entrada y el consumo de ciertos alimentos y tiene una sección sobre cumplimiento de los acuerdos de la OMC.

El segundo documento creado por la Oficina es la *Intervención Legislativa para Prevenir y Disminuir la Obesidad en los Países Insulares del Pacífico (Legislative Interventions to Prevent and Decrease Obesity in Pacific Island Countries)*, que sugiere la adopción de políticas públicas por parte de los estados miembros y la evaluación de su factibilidad y efectividad.¹²³ Muchas de estas políticas públicas también están basadas

¹¹⁸ *Bulletin of the World Health Organization: Pacific Islanders Pay Heavy Price for Abandoning Traditional Diet*, World Health Org. (March 9, 2015), <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/10-010710/en/>

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ *Ver Programs and Special Initiatives*, World Health Org.: Western Pacific Region (March 9, 2015), <http://www.wpro.who.int/entity/en/>

¹²¹ Ver David Clarke y Tim McKenzie, *Nutrition: Legislative Interventions to Prevent and Decrease Obesity in Pacific Island Countries: Rep. Prepared for WHO Western Pacific Reg'l Office* (18 de Julio del 2007).

¹²² World Health Org.: Reg'l Office for the W. Pac., *Using Domestic Law in the Fight Against Obesity: An Introductory Guide for the Pacific*, págs. 11-14 (2003).

¹²³ Clarke, *supra* nota 121.

en el mercado y en el comercio; por ejemplo, prohibir la comida no saludable o establecer impuestos sobre ésta, subsidiar las alternativas saludables, regular las prácticas de etiquetado y publicidad y restringir las opciones de comida para los niños.¹²⁴ Esta publicación ofrece más prácticas sociales y de desarrollo en comparación con el documento anterior, tales como la promoción de campañas para incentivar una alimentación más sana y la realización de actividad física en los colegios y en la sociedad en general, y el aumento de la cooperación con grupos activistas regionales e internacionales.¹²⁵

Las publicaciones sobre salud mental de la Oficina del Pacífico Oeste están en su mayoría relacionadas con los esfuerzos de rehabilitación, la prevención del suicidio y al abuso de alcohol y otras sustancias.¹²⁶ Pocos de los documentos publicados abordan la salud mental como un problema en sí mismo. El informe principal sobre salud mental fue publicado en el 2002 y, por lo tanto, no está tan actualizado como los de otras regiones. La Estrategia Nacional para la Salud Mental (*Regional Strategy for Mental Health*) sugiere dos enfoques.¹²⁷ En primer lugar, el enfoque intersectorial propone juntar a varias agencias para colaborar en la prevención y el tratamiento de enfermedades.¹²⁸ En segundo lugar, el enfoque integrador busca juntar a las familias, comunidades y grupos activistas para combatir el problema de manera colectiva.¹²⁹ El documento insta a los estados miembros a incrementar la actividad sobre este asunto, mejorar la provisión de servicios a nivel local y nacional, concientizar sobre este brindado apoyo extra a los sectores más vulnerables, implementar legislación para combatir los factores que causan enfermedades mentales, promover una cultura de investigación y difusión de información e implementar un programa específicamente para la prevención del suicidio.¹³⁰

Además, algunos ministros de salud de la región crearon la Red de Salud Mental de las Islas del Pacífico de la OMS en el 2007, en respuesta

¹²⁴ Este tipo de impuestos son generalmente conocidos como “impuestos del pecado” por ser sobre comidas, bebidas o bienes considerados perjudiciales.

¹²⁵ Clarke, *supra* nota 121, págs. 12-17.

¹²⁶ *Mental Health and Injury Prevention: Publications and documents*, World Health Org.: W. Pac. Region (9 de marzo del 2015), <http://www.wpro.who.int/mnh/documents/en/>

¹²⁷ World Health Org.: W. Pac. Region, *Regional Strategy for Mental Health*, pág. 6 (2002).

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ *Ibid.*, pág. 15

a este problema emergente.¹³¹ Aunque no todos los estados se han unido a la red, esta logró cierto progreso. La red estableció una infraestructura operacional y de toma de decisiones y ha publicado numerosos planes y marcos abordando directamente los factores regionales desde su formación.¹³²

G. Un panorama variado

Este estudio de iniciativas existentes revela una falta de conciencia general sobre la relación entre obesidad y salud mental, lo cual lleva a muchas autoridades sanitarias a no tener en cuenta la necesidad de diseñar políticas públicas que integren ambas cuestiones. Existen numerosas y variadas oportunidades para que aquellos a cargo de diseñar políticas públicas puedan promover mayores esfuerzos para deshacer el enfoque hasta ahora diferenciado en obesidad por un lado y salud mental por otro.

Como ha realizado más avances que muchas de las oficinas regionales sobre estas cuestiones respecto de la creación de planes de acción, programas, instrumentos y otros materiales para el tratamiento de la obesidad y la salud mental, la OMS está bien posicionada para liderar el asunto. Además de formular sus propias políticas y guías, la OMS puede también crear oportunidades para las oficinas regionales, especialmente para las oficinas de aquellas regiones que enfrentan mayores niveles de obesidad, fortaleciendo sus posibilidades de generar impacto en los territorios. En el mismo sentido, las oficinas regionales que han logrado llevar a cabo mayores avances en la materia o al menos en relación con la obesidad o la salud mental deben ayudar a guiar los esfuerzos de las otras oficinas regionales. Por ejemplo, EMRO ha progresado significativamente en la creación de iniciativas que aborden la obesidad en forma directa. Por otra parte, la OPS también ha hecho importantes avances en materia de salud mental. El hecho de que la OMS ya reconozca el vínculo entre ambas cuestiones abre un amplio camino para crear oportunidades para las oficinas regionales, a fin de que estas puedan identificar las mejores prácticas y crear nuevas iniciativas para tratar el problema.

Sobre la base de los vacíos mencionados, la siguiente sección analiza distintas formas en las cuales la salud mental puede ser incluida en

¹³¹ WHO Pac. Islands Mental Health Network, WHO Pacific Islands Mental Health Network – Framework (2007).

¹³² *Ibid.*

estrategias en materia de obesidad, presentes o futuras, a nivel internacional, regional y nacional.

V. RECOMENDACIONES

Actualmente, la comunidad internacional se encuentra en un momento de numerosos cambios a gran escala en el desarrollo de políticas de salud, volcándose al menos teóricamente hacia un sistema basado en la equidad y en los derechos humanos con el movimiento emergente hacia la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y la creación de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODSs) post 2015. Estos movimientos han abierto grandes oportunidades para que activistas en materia de salud puedan tomar acción y promover cambios significativos. La siguiente sección provee dos grupos de recomendaciones. Primero, propone recomendaciones para la OMS y sus oficinas regionales que son necesarias para que la OMS reafirme su rol de liderazgo en los temas de salud. En segundo lugar, enumera recomendaciones para que los gobiernos implementen a nivel doméstico.

A. La capitalización del movimiento global hacia el acceso a la salud y a la justicia

1. *Cobertura Sanitaria Universa (CSU)*

La CSU busca obtener mejores resultados de salud a través de la promoción de sistemas de salud que aseguren a todos los individuos servicios de salud de calidad y económicamente accesibles.¹³³ Se entiende que está basado en el “acceso universal, oportuno y efectivo a los servicios” y que “requiere la determinación e implementación de políticas públicas con un enfoque multisectorial para abordar los factores determinantes de la salud y promover el compromiso de toda la sociedad en el fomento de la salud y el bienestar”.¹³⁴ Basada en la equidad y el derecho a la salud, como lo indica la Constitución de la OMS, esta iniciativa hace especial hincapié en las necesidades de los sectores carenciados y de otras poblaciones vulnerables, incluyendo niños y mujeres.

Los actuales esfuerzos universales para promover la CSU reflejan una grave preocupación por la inequidad en el área de la salud alrededor del

¹³³ Ver Pan American Health Organization (PAHO), 66th Sess., Sept. 29-Oct. 3, 2014, CD53/5/Rev. 2 (2 de octubre de 2014).

¹³⁴ *Ibid.*, párr. 6

mundo. Teniendo en cuenta la gran carga económica que imponen los servicios médicos a las personas en todo el mundo y la necesidad de reformar el sistema de financiamiento de la salud, la OMS publicó una resolución en el 2005 que instaba a los gobiernos a realizar la transición hacia la CSU.¹³⁵ Le siguió el informe del 2010 de la OMS Financiamiento de los Sistemas de Salud: el Camino hacia la Cobertura Universal, que proporciona una orientación sobre cómo los países “pueden modificar sus sistemas financieros para acercarse más rápidamente a la cobertura universal y sostener ese logro”.¹³⁶ Esta publicación puso en marcha lo que se ha convertido en un movimiento mundial para promover servicios de salud asequibles y de calidad.

Este llamado para asegurar el acceso equitativo al cuidado de la salud recibió el importante apoyo de la Asamblea General de Naciones Unidas. En diciembre del 2012, este órgano publicó una resolución que vinculaba la salud mental con el desarrollo y declaró a la CSU una prioridad para el desarrollo sostenible.¹³⁷ Otros actores importantes, como el Banco Mundial, UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco Interamericano de Desarrollo, la Fundación Rockefeller, y la Bill and Melinda Gates Foundation, también se han unido a los esfuerzos globales por incorporar la CSU.

La CSU se presenta como un camino natural para abordar la carga financiera que la obesidad y las enfermedades mentales vinculadas a ella representan para los individuos afectados y para los sistemas sanitarios de los países. Considerando que los sectores carenciados y las poblaciones vulnerables corren mayor riesgo de padecer obesidad, es necesaria una mayor promoción para asegurar que la agenda de la CSU reconozca, a nivel internacional, regional y doméstico las implicancias de la obesidad en la salud mental y aborde adecuadamente las necesidades de las poblaciones afectadas. Si este tema no es incorporado a la agenda, estaríamos ignorando un importante factor que aumenta el costo de los sistemas sanitarios de los países, especialmente de las regiones que enfrentan crecientes tasas de obesidad, como las Américas y el Mediterráneo Oriental.

¹³⁵ World Health Assembly, Res. 58.33, 58.33, Ses. 58 Doc. A58/20 (25 de mayo 2005).

¹³⁶ World Health Organization, Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, pág. ix (2010).

¹³⁷ G.A. Res. 67/81, U.N. GAOR, 67ª Ses., U.N. Doc. A/RES/67/81 (14 de marzo de 2013).

2. *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODSs)*

Reconociendo que los actores más importantes deben jugar un papel principal en la agenda para establecer y lograr los objetivos de desarrollo internacional, las Naciones Unidas encabezaron el proyecto ODMs, que buscaba combatir las ocho enfermedades más serias que la comunidad internacional enfrentaba en ese momento.¹³⁸ Como los ODMs expirarán a finales del 2015, las Naciones Unidas han formado un grupo de trabajo que actualmente solicita propuestas para los ODSs por parte de actores relevantes, un conjunto de objetivos globales diseñados para reemplazar los ODMs.¹³⁹ Las ODSs combinarán los objetivos de las ODMs existentes con los objetivos post ODMs, y harán hincapié en los asuntos que deben ser prioritarios en los próximos años. Los distintos actores han propuesto muchos objetivos, incluyendo organizaciones intergubernamentales, instituciones de políticas públicas e investigación, ONGs y gobiernos. Estos objetivos abarcan una variedad de temas, incluyendo la promoción de los derechos humanos, la reducción de la pobreza, la protección del medioambiente y de la biodiversidad, la adopción de mayores asociaciones público-privadas, el mejoramiento del sistema sanitario y el planeamiento urbano.¹⁴⁰

La comunidad internacional se encuentra negociando el próximo conjunto de objetivos de gran notoriedad que los estados alrededor del mundo se comprometerán a alcanzar. Se espera que uno de los objetivos esté enfocado en la promoción de la salud y que contenga al menos un sub-objetivo enfocado en las ENTs, en el cual se subsumirán muy probablemente la obesidad y la salud mental.

Los ODSs son importantes porque establecen la agenda global para el desarrollo. Los activistas pueden aprovechar estas negociaciones para presionar para que se incluyan determinados sub-objetivos vinculados bajo el encabezado de las ENTs, aplicables tanto a la salud mental como a la obesidad. Estas negociaciones desarrollarán invariablemente métodos para crear estándares, parámetros de medición e implementar guías para aumentar la responsabilidad del estado en el cumplimiento de los

¹³⁸ *We Can End Poverty: Millennium Development Goals and Beyond 2015*, United Nations (2015), <http://www.un.org/millenniumgoals/>

¹³⁹ Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals, U.N. GAOR, 67ª Ses., U.N. Doc. A/67/L.48/Rev.1 (15 de enero, 2013).

¹⁴⁰ *Statements by Topic: Sustainable Development Goals*. United Nations Dept. of Econ. and Soc. Affairs: Sustainable Development: Knowledge Platform (9 de abril de 2015), <https://sustainabledevelopment.un.org/index.php?menu=1573>.

objetivos. Resulta crucial que la comunidad internacional afronte el creciente problema de las ENTs de forma seria, ya que los países no pueden desarrollarse y prosperar sin poblaciones saludables.

B. Recomendaciones para la OMS y sus oficinas regionales

Existen numerosas medidas afirmativas que los diferentes actores internacionales pueden adoptar para afrontar la lucha contra la obesidad y los problemas de salud mental. Todos los involucrados deben actuar en todos los niveles gubernamentales para que las medidas sean efectivas. Esta sección ofrece sugerencias a la OMS a nivel global y regional.

Primera recomendación: ampliar el desarrollo de documentos emblemáticos sobre salud mental y obesidad. La OMS debería desarrollar sus documentos sobre salud mental y obesidad de dos formas. Primero, las políticas públicas que abordan la conexión entre salud mental y obesidad deberían ser incorporadas a ambos planes de acción de manera que los documentos puedan interpretarse conjuntamente. Segundo, la OMS debería ampliar las recomendaciones de políticas públicas generales que se encuentran en sus documentos, sobre la base de investigaciones prácticas. Más específicamente, debería armar una lista de las mejores prácticas de los estados, considerando las recomendaciones del *Advocacy Toolkit on NCDs* creado por la *NCD Alliance*. El manual, a pesar de estar orientado a grupos activistas y de la sociedad civil, ofrece una perspectiva importante sobre las políticas nacionales y regionales para aumentar la prevención y el control de ENTs.¹⁴¹

La OMS ya ha compilado una lista de las mejores prácticas en el “Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental” del 2008, pero aún debe elaborar un informe sobre obesidad o ENTs en general. Al elaborar esta guía para las ENTs, la OMS debería tener en cuenta tanto el prototipo establecido por el “Programa de acción para superar las brechas en salud mental del 2008” como el documento de “Políticas y Prácticas para la Salud Mental en Europa”, publicado por la Oficina para Europa. Este último contiene estadísticas generales sobre la cantidad de estados que adoptaron ciertas políticas públicas y programas en la región y muestra cuáles estados adoptaron las políticas.¹⁴² Las listas abarcan

¹⁴¹ *NCD Alliance Post 2015 Advocacy Toolkit*, NCD Alliance (9 de abril, 2015), <http://ncdalliance.org/ncd-alliance-post-2015-advocacy-toolkit>

¹⁴² WHO, *supra* nota 109

una gran variedad de reglas y políticas vinculadas a la salud mental, como el acceso a programas de extensión, la proporción de camas disponibles para los pacientes en las instalaciones de salud de la comunidad, disponibilidad de servicios especiales para jóvenes y requisitos exigidos a psiquiatras según estándares nacionales.¹⁴³ Para lograr reunir toda la información, la Oficina para Europa llevó a cabo un estudio sobre los recursos y el personal asignado, programas disponibles y legislación sobre problemas de salud mental.¹⁴⁴ A todos los países de la región se les dio la opción de completar la encuesta online o en soporte papel.¹⁴⁵ La Oficina también asignó representantes que pudiesen proveer apoyo adicional y aclarar las instrucciones para todos los estados que participaban en la encuesta.¹⁴⁶ Aunque la Oficina no verificó todas las respuestas de cada encuesta, sí verificó los datos de otros estudios llevados a cabo por la OMS y pidió a los estados que fundamentaran las afirmaciones cuestionables.¹⁴⁷

Aunque la guía creada por la OMS debería basarse en el modelo utilizado por la Oficina de Europa, debería también llevar la iniciativa un paso más adelante. Para cada política sugerida, debería presentar evidencia científica que la fundamente y las observaciones de estados que hayan adoptado políticas similares, como ocurre en el “Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental” del 2008. Esto permitiría a los estados aprender de las experiencias de otros y asegurarse de que se ejecuten las regulaciones más eficaces. El documento debería ser enviado a las oficinas regionales y a los estados en particular. Como las oficinas regionales están en mejor posición para comprender las necesidades de sus zonas, éstas tienen la obligación de analizar la información para identificar qué recomendaciones son adecuadas para sus regiones. Deberían tomar acciones afirmativas para alentar a los estados a implementar políticas públicas que aborden específicamente su situación, proveyendo apoyo económico y técnico.

Asimismo, la OMS debería incentivar a los estados para que regularmente lleven a cabo estudios para evaluar la eficiencia de las políticas públicas adoptadas, a fin de asegurarse que sean desechadas

¹⁴³ *Ibid.*, págs. 66, 72, 78, 105.

¹⁴⁴ *Ibid.*, págs 6.

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ *Ibid.*

¹⁴⁷ *Ibid.*

aquellas que resulten redundantes. De esta manera, se permitiría a los gobiernos reenfocar sus recursos y esfuerzos a programas más efectivos y beneficiosos. También debería desarrollarse un mecanismo de retroalimentación para que los estados puedan compartir sus éxitos y fracasos, implementando políticas públicas junto con el resto de la comunidad internacional. Si bien las guías de la OMS deben ser escritas, el campo debe mantenerse dinámico y rodeado de un diálogo continuo entre estados y expertos a medida que los expertos y los gobiernos creen y adopten regulaciones para mejorar la salud pública.

Segunda recomendación: desarrollar una red de información compartida. La OMS debería crear una red de información compartida entre oficinas regionales y estados. Esta red permitiría a los gobiernos, al personal de salud y a las instituciones de investigación compartir información relevante sobre investigaciones recientes, legislación existente y pendiente y sobre la eficiencia de las políticas públicas existentes, en la medida de lo posible. La OMS podría crear esta red sobre la base de redes ya existentes, ya que hay varias redes científicas ya en funcionamiento. Por ejemplo, el *Heart, Lung and Blood Institute* de los Estados Unidos y el *United Health Group* han colaborado para la formación de una red de once centros en alrededor de treinta países que apuntan a compartir información sobre la lucha contra las ENTs en países en vías de desarrollo.¹⁴⁸ Esta red se centra más en compartir datos de control e información médica, aunque también es necesaria una red para compartir análisis legales y de políticas públicas.

La red principal de intercambio de información para el control y la prevención de la obesidad es *PreventObesity.net*.¹⁴⁹ Sin embargo, esta red se centra predominantemente en la obesidad en los Estados Unidos. Por lo tanto, la mayoría de los colaboradores son instituciones y organizaciones en los Estados Unidos cuyo trabajo consiste en dar apoyo a la población del país.

Los expertos alrededor del mundo tendrían la posibilidad de juntar sus conocimientos sobre cómo combatir la obesidad a través de una plataforma que facilite el libre intercambio de ideas e información entre los interesados. Esta estrategia tiene dos beneficios. En primer lugar, aumenta la eficiencia de las experimentaciones médicas en este campo ya

¹⁴⁸ Richard Smith, *A Global Research Network for Non-Communicable Diseases*, 383 *Lancet* 1446 (2014).

¹⁴⁹ *About Us*, Prevent Obesity (9 de abril de 2015), <http://www.preventobesity.net/about-us>

que disminuye la cantidad de investigaciones repetidas. En segundo lugar, permite a cada estado aprender de los éxitos y los fracasos de otros, ya que les daría acceso a las políticas públicas de estados que permitieron a estados de condiciones similares superar los obstáculos efectivamente.

Ya existen algunas versiones de estas redes de intercambio de información en otras áreas del derecho global de la salud. Un claro ejemplo es el campo de las enfermedades infecciosas, sobre el cual hay muchas redes que comparten información sobre el esparcimiento geográfico, la incidencia y el número de muertes causadas por estas enfermedades.¹⁵⁰ Estas redes ayudan a los expertos en salud a rastrear el avance de una enfermedad a través de una población o de las fronteras. Asimismo, facilitan a los políticos la creación de estrategias para combatir los brotes. Muchas de estas redes son dirigidas por organizaciones no gubernamentales o centros de investigación como *ProMED-mail*, *Global Influenza Surveillance Network* y *Global Polio Eradication Initiative*. Otras son dirigidas por países específicos, como el *Biological Threat Reduction Program*, que fue fundado por el Departamento de Defensa de los Estados Unidos y el *Global Disease Detection Program*, establecido por el *Center for Disease Control*. Otras son consideradas parte de la OMS, como el *Global Influenza Surveillance Network* y el *Global Outbreak Alert and Response Network*.

Una de las ventajas principales de las redes para enfermedades infecciosas es que permiten la transmisión en tiempo real de información crucial para la contención de una bacteria o virus que se expanda rápido. Aunque esta inmediatez no sea necesaria para el caso de la obesidad o de la salud mental, que son enfermedades de largo plazo, el intercambio oportuno de información es también importante. La OMS debe implementar una red de intercambio de información para promover la lucha contra los problemas de salud mental y la obesidad. Aunque la OMS actualmente tiene una red llamada NCDnet, su objetivo se limita a implementar el Plan de Acción para ENTs, sin abordar otros problemas también relacionados con las ENTs de manera más general.¹⁵¹ Asimismo, los principales actores de la red son la OMS, sus oficinas regionales y ONGs. Nuestra propuesta apunta a una red más amplia que involucre a

¹⁵⁰ Penny Hitchcock et al., *Challenges to Global Surveillance and Response to Infectious Disease Outbreaks of International Importance*, 5 *Biosecurity and Bioterrorism* 206 (2007).

¹⁵¹ *About NCDnet*, World Health Org. (9 de abril, 2015), <http://www.who.int/ncdnet/about/en/>.

los principales actores interesados y que incluya establecimientos de investigación, gobiernos nacionales y miembros de la sociedad civil.

Tercera recomendación: ampliar las iniciativas que abordan directamente la conexión entre obesidad y salud mental. Aunque se han hecho avances en el estudio sobre la relación entre obesidad y la salud mental por separado, aún queda mucho por hacer para abordarlas de manera conjunta. Para enmendar esto, la OMS debería realizar un estudio sobre la relación entre la obesidad y la salud mental. Es necesaria una mayor profundización en el estudio de estos fenómenos para poder desarrollar un conjunto de políticas públicas efectivas para combatirlos. Las oficinas regionales también deberían realizar estudios para determinar las necesidades específicas de cada región. Por ejemplo, la Oficina para el Sudeste Asiático y la OPS probablemente quieran dedicar parte de sus recursos a analizar cómo la creciente popularidad de la comida rápida y el alejamiento de las dietas tradicionales han impactado en la tasa de obesidad, y cuál es el impacto de esto en la salud mental.

Además, la OMS y sus oficinas deberían impulsar más iniciativas que apunten a la relación entre la obesidad y las enfermedades mentales, independientemente de la dirección de la causalidad. Hasta ahora, todos los instrumentos y guías de políticas públicas a nivel internacional y regional apuntan a combatir las cuestiones de manera separada. Sin embargo, como hay una clara conexión entre ambos temas, es necesaria una estrategia para abordarlos de manera conjunta. Por ejemplo, la OMS debería tomar medidas ya sea a través de la guía mencionada en la Recomendación Uno o a través de un programa separado para alentar a los estados a implementar legislación que asegure que los profesionales de la salud están entrenados adecuadamente en todos los campos relevantes. Es decir, que psiquiatras y asesores de salud mental deberían entrenarse obligatoriamente para reconocer y entender los problemas nutricionales que podrían derivar en obesidad o en otros estilos de vida poco saludables. Mientras que la tendencia mundial es hacia la especialización, las distintas áreas de la salud pública están tan interrelacionadas que todos los factores deben ser tenidos en cuenta para combatir estos problemas.

Cuarta recomendación: implementar políticas que busquen proteger a los sectores vulnerables. Finalmente, las oficinas regionales deberían asegurarse de que todos los instrumentos sobre salud mental y obesidad incluyan disposiciones que garanticen mayor protección a las poblaciones vulnerables. Muchos de los instrumentos regionales, planes

de acción y programas que abordan estas cuestiones contienen disposiciones que sugieren a los estados implementar regulaciones que apunten especialmente a los sectores de la población en riesgo, como los jóvenes, las mujeres y las minorías. Por ejemplo, el Plan de Acción Global sobre ENTs de la OMS insta a los estados a fortalecer a las comunidades y pone particular énfasis en las poblaciones vulnerables haciendo hincapié, por ejemplo, en el acceso de jóvenes y ancianos a la prevención y a tratamientos de las ENTs.¹⁵² Estos son los sectores de la población más frecuentemente marginados y menos capaces de acceder a un cuidado sanitario adecuado y los órganos nacionales y regionales están obligados a garantizar que estas necesidades sean satisfechas.

C. Recomendaciones para los gobiernos nacionales

Los estados cumplen el papel más importante en la disminución de la incidencia entre obesidad y de enfermedades mentales y en quebrar el vínculo entre ambas. Mediante el fortalecimiento de la legislación y de las políticas públicas, la mejora de los sistemas de salud y de la implementación de campañas de salud pública, los estados pueden combatir la obesidad y los desórdenes mentales asociados a ésta, así como quebrar la relación entre obesidad y enfermedades mentales. Los estados deben intervenir para que las recomendaciones nacionales y regionales hagan una diferencia. Asimismo, las negociaciones de las ODSs y el movimiento hacia la CSU están generando un momento particularmente oportuno para que los estados reevalúen sus marcos legales y de políticas públicas.

Primera recomendación: fortalecer la legislación y las políticas públicas para mejorar el control de la obesidad y de la salud mental. Los estados deberían aprobar leyes y crear políticas públicas para prevenir ambos problemas de forma independiente. Como hemos mencionado, la OMS y sus órganos regionales han desarrollado una amplia gama de directivas y de herramientas que los estados pueden utilizar para diseñar legislación, reglas y guías adecuadas. Los estados también cumplen un papel importante al vincular ambos temas. El documento de las mejores prácticas de la OMS, sugerido más arriba, será una guía importante para que los estados puedan identificar sus falencias y diseñar legislación y políticas públicas de forma más eficiente.

¹⁵² WHO, *supra* nota 27, pág. 24.

Segunda recomendación: equipar los sistemas de salud para abordar mejor el vínculo entre la obesidad y las enfermedades mentales. El primer paso debería consistir en financiar investigaciones para que exista una mejor comprensión del vínculo entre obesidad y salud mental a nivel nacional. Los estados tal vez deseen realizar estudios por sí mismos o financiar a universidades, ONGs o instituciones privadas para que los hagan. Debe prestarse especial atención a los estudios que miden el impacto en subpoblaciones, como mujeres, jóvenes, personas de distinto nivel socioeconómico o de educación, minorías raciales y étnicas, etc.

Sobre la base de los resultados de estos estudios y de las recomendaciones de la OMS y de sus oficinas regionales, los estados deberían desarrollar o actualizar los protocolos y las directivas médicas nacionales para hacer que los profesionales y las instituciones médicas puedan asistir más eficientemente a quienes se encuentren en riesgo de co-morbilidad. Los protocolos y las directivas deberían tomar en cuenta todos los riesgos que las subpoblaciones podrían enfrentar. Los estados deberían incorporar estas herramientas a la educación médica a fin de lograr que los futuros médicos puedan atender mejor a sus pacientes.

Tercera recomendación: implementar campañas de salud pública para aumentar la concientización. Finalmente, los estados y los gobiernos locales deberían llevar a cabo campañas de salud pública para aumentar la conciencia sobre la relación entre las enfermedades mentales y la obesidad. Una de estas campañas, por ejemplo, podría ser consistir en la desestigmatización de la salud mental y la obesidad en el público en general, buscando que cada paciente afectado con una de ellas esté alerta en relación a los síntomas de la otra. Otra campaña podría estar orientada a los proveedores de salud en todos los niveles, a quienes los protocolos y guías médicas podrían ayudar a reconocer y tratar mejor la co-morbilidad.

VI. CONCLUSIÓN

El mundo ha comenzado a entender la enorme carga que implican la obesidad y las enfermedades mentales en forma independiente, aunque no se le ha prestado la atención suficiente a investigar el vínculo entre ambas –e incluso menos a desarrollar estrategias legales y de políticas públicas que aborden este vínculo. Encarar este vínculo de manera eficiente no será una tarea simple. Requerirá de acción a nivel internacional, regional, nacional y local, así como de la integración de dos

áreas de la medicina y de políticas sanitarias que usualmente no se superponen.

Sin embargo, los frutos de un acercamiento colaborativo podrían ser importantes. A nivel individual, la ruptura del vínculo podría aliviar significativamente el sufrimiento de las personas que hoy tienen padecimientos tanto físicos como mentales. A nivel poblacional, una respuesta efectiva podría disminuir la incidencia tanto de la obesidad como de las enfermedades mentales, creando como resultado sociedades más saludables, felices y productivas.