

Boletín de Vigilancia
**Enfermedades No Transmisibles
y Factores de Riesgo**

Febrero 2016

**Obesidad: Determinantes, epidemiología y
su abordaje desde la salud pública**



**Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
y Factores de Riesgo Nro. 8**

**Obesidad: Determinantes, epidemiología y su abordaje
desde la salud pública.**

ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.
COMPONENTE: VIGILANCIA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud

Dr. Jorge Lemus

Secretario de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria

Dr. Néstor Pérez Baliño

Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos

Dra. Marina Kosacoff

Director de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Sebastián Laspiur

Participaron en este número

Dra. Carolina Begué; Dra. Mariana Galante; Dra. Magalí Gaudio; Lic. Lucila Goldberg; Lic. Ana King;
Lic. Mariel Míguez; Lic. Victoria O'Donnell

Revisores

Lic. Nieves Ortega Díaz

Revisión final

Dr. Sebastián Laspiur

Febrero 2016

DIRECCIÓN POSTAL

Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles

Ministerio de Salud de la Nación

Av. 9 de Julio 1925, Piso 9º

(C1073ABA) Cdad. Autónoma de Buenos Aires, República

www.msal.gob.ar/ent

INDICE

Prefacio	Pág. 6
1. Determinantes de la obesidad	Pág.7
2. Epidemiología de la obesidad y el sobrepeso en Argentina	Pág.13
3. Intervenciones poblacionales para la prevención y control de la obesidad y sobrepeso	Pág.22
4. Ejes de acción para abordar la obesidad en niños y adolescentes	Pág.32

Prefacio

Los Boletines de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) tienen como objetivo difundir información relacionada a las ENT y sus factores de riesgo, con el fin de priorizar problemáticas y colaborar en la planificación y asignación de los recursos sanitarios destinados a su prevención. Están dirigidos a decisores de salud y áreas de epidemiología, tanto a nivel nacional como provincial.

El propósito del presente boletín es abordar la problemática de la obesidad desde la mirada de la salud pública. En el primer artículo se desarrollan los determinantes de la obesidad, haciendo especial hincapié en los socioculturales. En el segundo artículo se propone realizar una descripción epidemiológica sobre factores de riesgo, morbilidad y mortalidad relacionados a problemas de peso corporal. En el tercer artículo se analiza la evidencia disponible y las experiencias de algunos países en materia de intervenciones poblacionales para la prevención y control de la obesidad y sobrepeso. Finalmente, el último artículo describe los ejes de acción para abordar la obesidad en niños y adolescentes y las políticas que se llevan a cabo en nuestro país.

1. Determinantes de la obesidad

El acto de alimentarse en los individuos cumple una función biológica vital como también una función social esencial (1). Es el resultado de la interacción de diversos factores condicionantes: a) biológicos, que responden a las necesidades y capacidades del organismo; b) ecológicos-demográficos, que son aquellos factores que refieren a la cantidad y la calidad de los alimentos que se pueden producir; c) tecnológicos-económicos, aquellos que refieren a los circuitos de producción y distribución de los alimentos; d) sociopolíticos, aquellos que condicionan el acceso a los alimentos según clases, sectores o grupos sociales; y e) culturales: aquellos sistemas de representaciones sociales que determinan con quién, cómo y qué se debe comer según sectores, edades, géneros (2).

La alimentación representa entonces una categoría fundamental para comprender el comportamiento humano ya que fija un conjunto de reglas que se delimitan en función de una naturaleza que hay que preservar y a la que conviene conformarse (3). Cada sociedad establece un sistema de normas culturales para la clasificación y combinación de los alimentos, que delimitan y permiten discernir, en un tiempo y cultura determinadas, aquello que es considerado comida de aquello que no, fijando entonces quién puede comer qué, la manera “correcta” de hacerlo, los horarios establecidos y cómo combinar los alimentos (4).

De este modo quedan delimitadas las dimensiones sociales de la alimentación, las cuales deben analizarse en forma conjunta con la dimensión subjetiva o con el factor individual, es decir con aquello propio de cada individuo y de cómo este interioriza, en la práctica cotidiana,

lo sociocultural en función de su historia, su sociedad y su tiempo (**Cuadro 1.1**). Precisamente la obesidad constituye uno de los principales “estigmas sociales”, con el consiguiente costo psicológico individual que implica, como lo son la disminución de la autoestima, el trastorno de la imagen propia y del concepto de sí mismo, el aumento de la ansiedad y depresión entre otros afectos disfóricos. Así, el estudio de la alimentación integra análisis y presupuestos de distintas disciplinas.

La perspectiva histórica juega un papel importante para interpretar cómo ha sido el acto alimentario en el pasado y poder así indagar en sus raíces buscando algunos antecedentes que colaboren en la interpretación del fenómeno actual. Las transiciones alimentarias son el resultado de la evolución de los sistemas o patrones de alimentación y de los cambios en los modelos de producción y consumo de alimentos, como también de la evolución de los conocimientos científicos y técnicos sobre la alimentación y nutrición, así como también de las políticas de nutrición, y de los factores socioculturales que determinan las conductas alimentarias.

Actualmente, el sistema alimentario “postindustrial” está marcado por el incremento del consumo de alimentos producidos y procesados mecánicamente, conservados para su comercialización a mediana y gran escala. Las transformaciones sociales, económicas y demográficas ocurridas en los últimos treinta años han incidido en la modificación de los parámetros alimentarios y, como consecuencia, en el incremento de patologías relacionadas con la alimentación (obesidad, sobrepeso, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer) (2) (4) (6).

La globalización del mercado que promueve el consumo excesivo de bebidas azucaradas y de productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional, fue identificada como el mayor motor de la epidemia de obesidad.

CUADRO 1.1: VEINTE USOS DE LOS ALIMENTOS

La comida no se usa solo para comer

- Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo
- Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios
- Demostrar la naturaleza, profundidad y extensión de las relaciones sociales
- Proporcionar un enclave de actividades comunitarias
- Expresar amor y cariño
- Expresar individualidad
- Proclamar la distinción de un grupo
- Demostrar la pertenencia a un grupo
- Hacer frente al stress psicológico o emocional
- Señalar un status social
- Proveer recompensas y castigos
- Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento
- Manifestar y ejercer poder político y económico
- Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas
- Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales
- Manifestar experiencias emocionales
- Manifestar piedad o devoción
- Simbolizar seguridad
- Expresar sentimientos morales

Fuente: Baas, M. Wakefield, L. y Kolasa, K. Community Nutrition and Individual Food Behaviour. Burgess Press. Minnesota, 1979.

La globalización del mercado que promueve el consumo excesivo de bebidas azucaradas y de productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional, fue identificada como el mayor motor de la epidemia de obesidad (7). La regulación (o no) de los mercados, las políticas sociales y económicas, la entrada de la mujer al mercado laboral, los regímenes impositivos y el nivel de desigualdad social establecen las condiciones en las que los individuos, instituciones y empresas operan, constituyendo determinantes distales de la obesidad. Por otro lado, la cultura culinaria, los sistemas de transporte, el diseño arquitectónico del ambiente, las oportunidades de actividades recreativas, la cultura en cuanto a la estética corporal, entre otros, cons-

tituyen moduladores que acentúan o atenúan el efecto de dichos determinantes distales (8) (9). En este sentido, algunos autores definen a la obesidad como el resultado de personas respondiendo normalmente al contexto obeso-génico en el que se encuentran inmersas (7).

La evidencia científica respalda la asociación entre el aumento de peso corporal y el consumo de productos ultraprocesados, la ingesta habitual de bebidas azucaradas y la actividad física insuficiente (10). Si bien es indudable el beneficio que aporta a la salud la realización de actividad física, los dos primeros han sido descritos como los determinantes clave de la obesidad (11). **(Cuadro 1.2 y 1.3)**

Los productos ultraprocesados son formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas. La mayoría no contienen, o contienen una proporción muy baja de alimentos enteros. Típicamente son altamente calóricos, con un alto contenido de azúcares libres, sal y grasas y un bajo contenido de fibras y micronutrientes. Ejemplos de este tipo de productos son las hamburguesas, snacks, pizza congelada, galletitas, golosinas, bebidas azucaradas, entre otros. Tienen varias ventajas comerciales por sobre los alimentos frescos, perecederos y mínimamente procesados ya que se trata de productos durables, agradables al paladar y listos para consumir. Su consumo ha aumentado rápidamente a nivel global, y en regiones como América Latina están desplazando los patrones alimentarios establecidos (13).

En Argentina, como en el resto de los países de la región, el desarrollo de la industria de los alimentos favoreció la segmentación del mercado de acuerdo con el nivel de ingresos, ofreciendo productos masivos, de baja calidad y con mayor contenido en grasa y azúcares, a la vez que siguió ofertando alimentos artesanales y de alta calidad para los sectores de ingresos altos (2). La oferta de productos agroindustriales ricos en carbohidratos refinados y grasas saturadas no beneficia la salud de la población ya que producen un mayor aporte calórico que el requerido, a expensas de calorías pobres nutricionalmente. Estos condicionantes de la dieta junto con el desarrollo de hábitos poco saludables producto de la creciente urbanización (como una baja o nula actividad física), factores genéticos, y aspectos socio-ambientales (como la ausencia de instalaciones deportivas y de recreación en espacios públicos, entre otros) influyen y condicionan la presencia y el grado del sobrepeso y/o de la obesidad (2) (6).

Algunos autores definen a la obesidad como el resultado de personas respondiendo normalmente al contexto obesogénico en el que se encuentran inmersas.

CUADRO 1.2

Para gastar las calorías que aporta:	Es necesario:	%VD
1 combo grande de hamburguesa + papas fritas + bebida azucarada en marca líder de comida rápida (1320 kcal - 66% VD%)	andar bicicleta con intensidad moderada 4 horas y media	66%
1 botella de 600 ml de gaseosa azucarada (240 kcal - 12% VD%)	levantar pesas 1 hora y 5 minutos	12%
6 galletas con chispas de chocolate (266 kcal - 7% VD%)	hacer estiramiento durante 1 hora y 40 minutos	7%
2 porciones de pizza (480 kcal - 25% VD%)	hacer gimnasia aeróbica 1 hora	25%
1 café con leche y 2 medialunas (580 kcal - 29% VD%)	hacer natación intensiva 1 hora y 10 minutos	29%
7 patitas de pollo congeladas (380 kcal - 19% VD%)	escalar 1 hora	19%
1/4 kilo helado de crema granizada (950 kcal - 48% VD%)	correr intensamente 1 hora y 40 minutos	48%

*VD%: porcentaje del valor diario de una dieta de 2000 kcal. Fuente: Elaboración propia en base a datos del CDC (12)

CUADRO 1.3. BEBIDAS AZUCARADAS

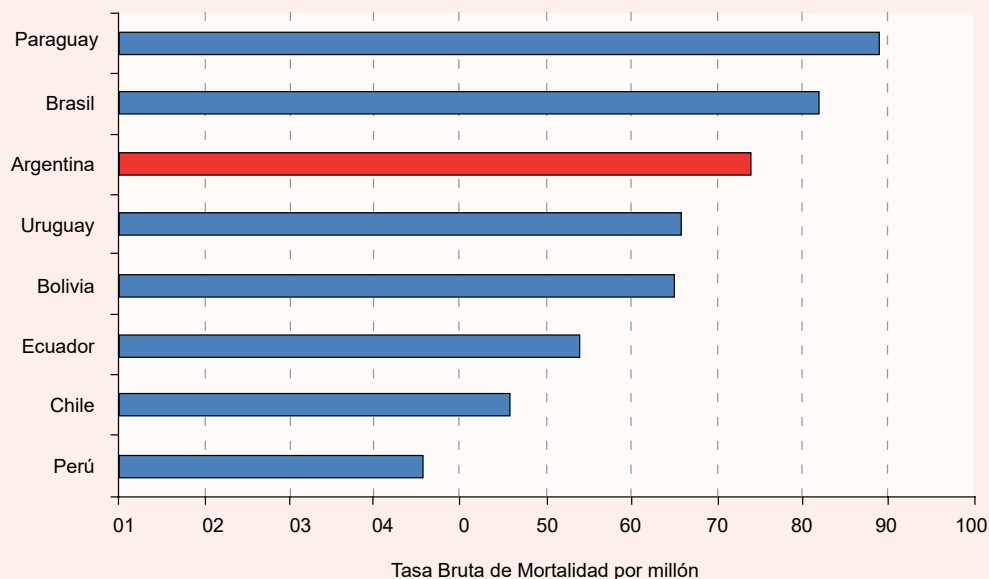
Existe vasta evidencia acerca de la asociación entre el consumo de bebidas azucaradas y enfermedad cardiovascular, diabetes, síndrome metabólico y muerte (14) (15) (16) (17). En comparación con quienes consumen menos de 1 vaso de bebida azucarada al mes, en aquellos que consumen 2 o más vasos diariamente:

- el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 aumenta un 26% (14)
- el riesgo de síndrome metabólico aumenta un 20% (14)
- el riesgo de enfermedad coronaria aumenta un 35% (15)

Por otro lado (17):

- Se estima que en el año 2010 el consumo de bebidas azucaradas causaron en el mundo 184.000 muertes: 133.000 debido a diabetes, 45.000 debido a enfermedades cardiovasculares y 6.450 debido a algunos tipos de cáncer.
- La mayor cantidad de estas muertes ocurrieron en la región de América Latina y Caribe (47.585 muertes).
- En Argentina, por cada millón de adultos, 74 mueren por consumir bebidas azucaradas.
- Argentina se encuentra entre los países con mayor mortalidad atribuida al consumo de bebidas azucaradas de la región.
- En nuestro país, el consumo per cápita de bebidas elaboradas por la compañía más grande de gaseosas, en el año 2011, fue de 80 litros: 2,5 veces mayor al consumo del año 1991 y 1,5 veces mayor al del 2001 (18).

TBM por millón (adultos) por bebidas azucaradas en países de la región, año 2010



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Singh et al; 2015.

Finalmente, cabe señalar la gran influencia del marketing para generar necesidades y hábitos de consumo en las sociedades actuales tan mediatizadas, como producto del aumento de las redes de comunicación y del desarrollo de tecnologías cada vez más complejas, efectivas y baratas. A través de las publicidades se crean representaciones generalmente asociadas a una imagen ideal que moldea los comportamientos de las personas (19). Una gran problemática de las sociedades actuales es que los mensajes que las publicidades reflejan, generalmente no se corresponden con las recomendaciones elaboradas desde la salud pública. Si bien la ingesta de productos ultraprocesados en pequeñas cantidades no es dañino para la salud, su sabor intensificado (a través de sal, azúcares libres, grasas y otros aditivos) y las estrategias de marketing agresivas y sostenidas, hacen que el consumo modesto sea improbable (13).

El entendimiento de los determinantes multidimensionales de la obesidad resulta fundamental para poder elaborar intervenciones efectivas dirigidas al individuo a fin de generar hábitos saludables, pero aun más para establecer políticas que modifiquen el contexto obesogénico que constituye el principal condicionante de esta epidemia.

Referencias

1. Fischler, Claude. El (H) omívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama, 1995.
2. Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. Aguirre, Patricia. Manuel Peña y Jorge Bacallao (eds.) La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública. Publicación científica N° 576. Washington, D.C.: OPS. 2000 [último acceso 2].
3. Foucault, Michelle. Historia de la sexualidad 2– El uso de los placeres. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2003.
4. Aguirre, Patricia. Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Claves para todos. Buenos Aires: Capital Intelectual, 2004.
5. Dolto, Françoise. La imagen inconsciente del cuerpo. s.l.: Paidós, 1986.
6. Construcción sociocultural de la obesidad. Dávila Lara, Guadalupe Jazmín. 3, México D.F: s.n., 2006, Revista Salud Urbana.
7. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TT-K, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. The Lancet. 385(9985):2400-9
8. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Swinburn, Boyd A], y otros. Lancet 2011; 378: 804–14.
9. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. Wilkinson RG, Pickett KE. Soc Sci Med 2006;62: 1768–84.
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. [En línea] 2014. <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/09/Plan-de-Accion-para-la-Prevencion-de-la-Obesidad->

en-la-Ninez-y-la-Adolescencia.pdf.

11. Changes in Diet and Lifestyle and Long-Term Weight Gain in Women and Men. Dariush Mozaffarian, Tao Hao, Eric B. Rimm, et al., N Engl J Med 2011;364:2392-404.

12. Centers for disease control and prevention. Division of nutrition, physical activity and obesity. [En línea] http://www.cdc.gov/healthyweight/physical_activity/#howMany.

13. OPS - OMS. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. [En línea] 2015. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7698>.

14. Sugar sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type-2 diabetes: a meta-analysis. Malik VS, Popkin BM, Bray G, Despres J-P, et al. Diabetes Care 2010; 3(11):2477-2484.

15. Sweetened beverage consumption and risk of coronary heart disease in women. Fung, Teresa T, Malik, Vasanti y Rexrode, Kathryn M, et al. Am J Clin Nutr. 2009;89:1037-42.

16. Sugar-sweetened beverage, sugar intake of individuals and their blood pressure: INTERMAP study. Brown, Ian J, y otros. Hypertension. 2011;57(4): 695-701.

17. Estimated Global, Regional, and National Disease Burdens Related to Sugar-Sweetened Beverage Consumption in 2010. Singh, Gitanjali M., Micha, Renata y Shahab Khatibzadeh, et al. 8, 25 de 08 de 2015, Circulation., Vol. 132, págs. 639-66.

18. Coca-Cola. PER CAPITA CONSUMPTION OF COMPANY BEVERAGE PRODUCTS. [En línea] [Citado el: 31 de 07 de 2015.] <http://assets.cocacola.com/b2/9a/cdcd7b7541a3b25e2dfb0c665c37/2011-per-capita-consumption.pdf>.

19. Boltanski, Luc. Los usos sociales del cuerpo. Buenos Aires: Ediciones Periferia, 1975.

2. Epidemiología de la obesidad y el sobrepeso en Argentina

La utilización de datos en salud pública ayuda a conocer el estado de situación con respecto a determinadas enfermedades, detectar cambios a través del tiempo, identificar grupos de riesgo, priorizar problemáticas y colaborar en la planificación y asignación de los recursos sanitarios (1).

Siguiendo estos lineamientos, en el presente capítulo se exponen los resultados sobre factores de riesgo, morbilidad y mortalidad relacionados a problemas de peso corporal. La finalidad es definir y destacar la relevancia de la obesidad como problema mayor dentro de la salud pública, en el contexto nacional e internacional. Asimismo, con el objetivo de identificar grupos de riesgo y de facilitar la planificación, se utilizan datos demográficos para analizar y determinar en qué segmentos de la población se presentan las mayores prevalencias de la epidemia.

Métodos

En el capítulo se muestran los resultados de prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad según los datos de las 3 ediciones de la Encuesta de Factores de Riesgo (ENFR) y de la última Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE).

Para determinar los indicadores de exceso de peso, sobrepeso y obesidad en ambas encuestas se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC), a partir del autoreporte de peso y altura, dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

El indicador de sobrepeso es definido en la

ENFR como el porcentaje de personas con IMC igual o superior a 25 e inferior a 30. En adolescentes este indicador se define considerando a aquellos estudiantes con IMC a más de un desvío estándar y a menos de dos desvíos estándar de la mediana para sexo y edad. En cuanto al indicador de obesidad, en la ENFR se define como el porcentaje de personas con IMC igual o superior a 30. En la EMSE este indicador se define como la prevalencia de estudiantes con IMC a más de dos desvíos estándar de la mediana para sexo y edad. En ambas encuestas, el indicador exceso de peso se construye con la suma de la prevalencia de sobrepeso y de obesidad.

Se muestran también a continuación indicadores sobre consumo de frutas y verduras, entre otros indicadores de alimentación, y realización de actividad física. En todos los casos se realizaron comparaciones según ediciones y sexo y, para el caso de la ENFR, según grupos de edad.

Además, en los casos en los que resultó factible, se realizaron comparaciones regionales. Con respecto a los datos sobre adolescentes, las comparaciones entre países se vieron facilitadas con la implementación de la EMSE, que es estandarizada, es decir, todos los países la implementan con los mismos indicadores y la misma edad de corte en la población estudiada. Por el contrario, para el caso de la población adulta, las comparaciones se resultaron más difíciles dado que los resultados fueron recabados con herramientas específicas de cada país, con indicadores y poblaciones muchas veces disímiles.

Asimismo, se generaron modelos de regresión logística para identificar el efecto independiente sobre la obesidad de distintas variables demográficas presentes en la ENFR tales como: edad (como variable continua), ingreso total del

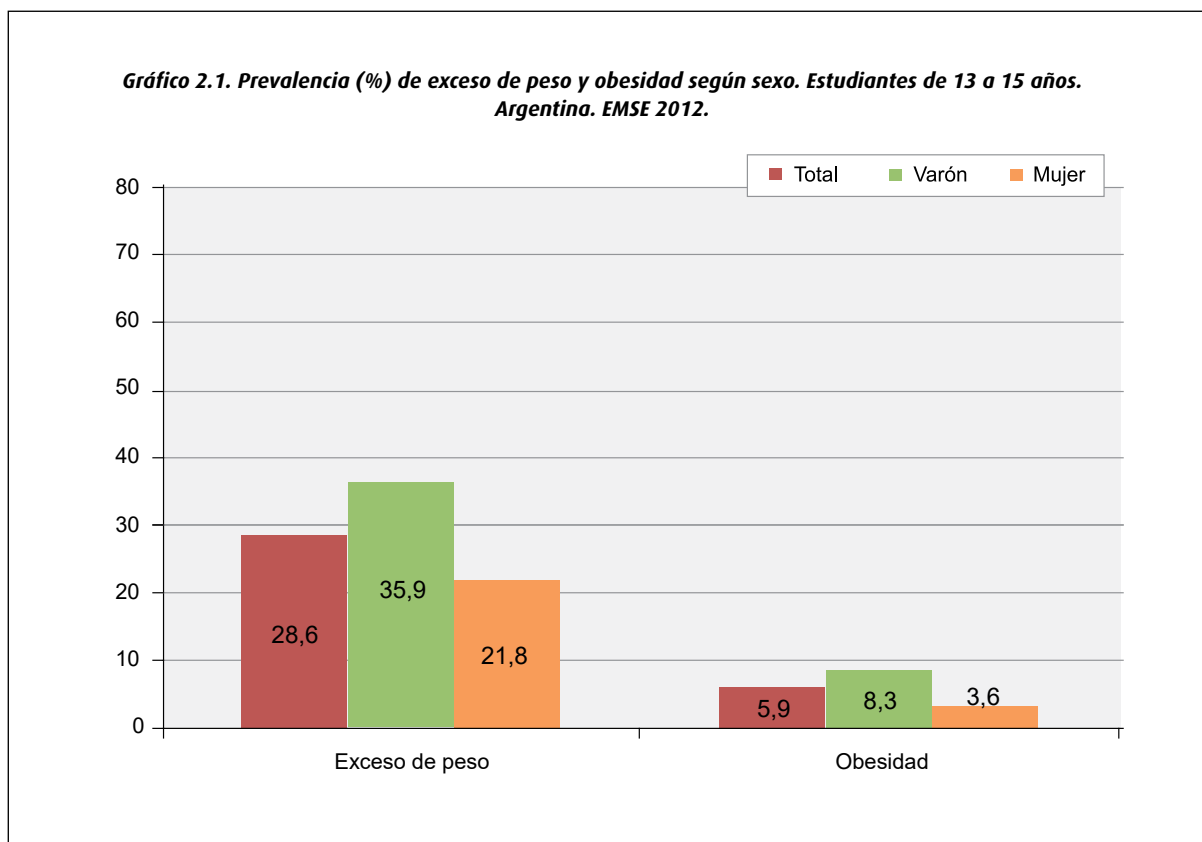
hogar por unidad consumidora (quintiles), nivel educativo, situación conyugal, condición de actividad y cantidad de horas trabajadas. Se excluyeron del análisis aquellas variables que no presentaron relación significativa ($p < 0.1$) con el indicador obesidad, en el análisis univariado. Se decidió realizar un modelo para cada sexo teniendo en cuenta que la bibliografía muestra un impacto diferencial de estas variables para varones y mujeres (1).

Con respecto a la mortalidad por obesidad, se incluyen estimaciones a nivel mundial y a nivel local. Además, se realizó un análisis sobre el impacto en términos de mortalidad del ascenso

de la obesidad en el último periodo, utilizando la plantilla EpiGear con método RR shift (2), y del consumo de bebidas azucaradas (3).

Resultados

La prevalencia de sobrepeso en estudiantes de 13 a 15 años según lo relevado por la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) 2012 fue de 22,7% mientras que la de prevalencia de obesidad fue de 5,9%, sin cambios con respecto a la encuesta anterior. Esto significa que un 28,6% de los estudiantes evidenció, al momento del relevamiento, exceso de peso. Tanto el exceso de peso como la obesidad fueron mayores en varones (35,9% y 8,3% respectivamente) que



Fuente: Elaboración propia en base a datos EMSE 2012

en mujeres (21,8% y 3,6% respectivamente) **(Gráfico 2.1)**.

Con respecto a la alimentación, el 17,6% de los estudiantes declaró consumir frutas y verduras al menos 5 veces durante los últimos 30 días, sin diferencias entre sexos. En contrapartida, el 48,1% reportó consumir habitualmente al menos 2 veces al día bebidas azucaradas durante los últimos 30 días y un 6,8% consumió en lugares de comida rápida al menos 3 días durante los últimos 7, sin diferencias entre sexos.

En cuanto a la realización de actividad física, el 16,7% de los estudiantes declaró haber estado activo al menos 60 minutos por día durante los últimos 7 días. Los varones tuvieron valo-

res mayores de este indicador que las mujeres (21,2% y 12,4% respectivamente). Por otro lado, un 50,3% evidenció sedentarismo, siendo este indicador más frecuente en mujeres (53,4%) que en varones (47,1%)¹.

En relación con otros países de la región es posible notar que, luego de Chile, Argentina es el país con uno de los niveles más altos de obesidad y de exceso de peso; así mismo se encuentra tercero en el consumo de bebidas azucaradas entre estudiantes, luego de Uruguay y Chile. Es posible observar también que ningún país de los analizados tiene menos de 20% de prevalencia de exceso de peso, lo cual demuestra el carácter regional y global de los problemas de peso corporal **(Tabla 2.1)**.

Tabla 2.1. Prevalencia (%) de obesidad, exceso de peso y consumo de bebidas azucaradas según país. Estudiantes de 13 a 15 años. EMSE.

País	Año	Obesidad	Exceso de peso	Bebidas azucaradas
Perú	2010	2,9	20,2	53,6
Uruguay	2012	7,0	27,2	69,4
Argentina	2012	5,9	28,6	65,9
Bolivia	2012	4,6	21,7	63,1
Chile	2013	16,7	44,8	68,0

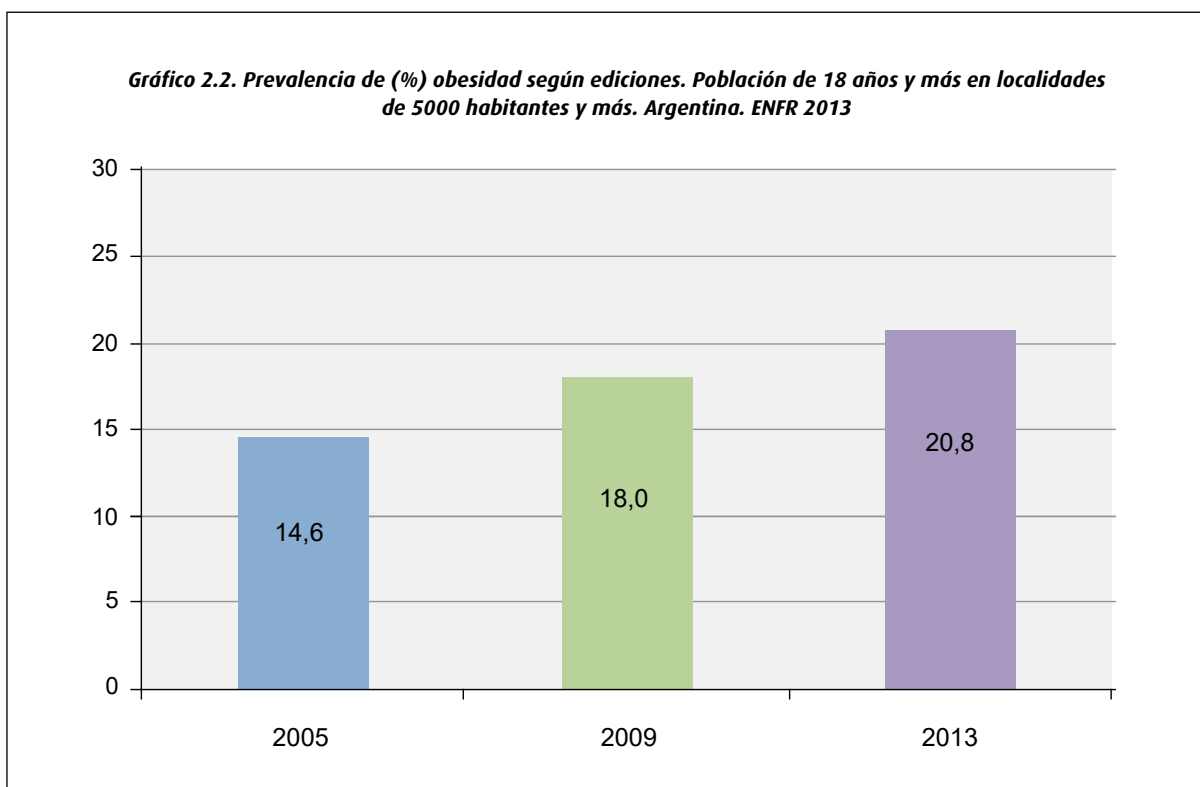
1. En el contexto de la EMSE, sedentarismo se define como haber pasado 3 horas o más viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como leer un libro o chatear, en un día típico y fuera del horario escolar.

Con relación a la población de 18 años y más, y de acuerdo a datos de la 3era Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2013, la prevalencia de exceso de peso fue de 57,9%, mientras que en 2009 el valor había sido de 53,5% y de 49,1% en 2005. Este indicador se compone de un 37,1% de personas con sobrepeso y un 20,8% de personas con obesidad. A continuación se muestran los resultados para ambos indicadores de manera diferenciada.

La prevalencia de sobrepeso se ubicó en 37,1%. No evidenció diferencias con respecto a la edición 2009 pero sí respecto de la edición 2005 (34,4%). El valor fue mayor entre varones (43,3%) que entre mujeres (31,3%) y entre los de mayor edad (con un máximo de 42,6% en

el grupo de 65 años y más) con respecto al grupo de 18 a 24 años (25,4%). Asimismo, las personas con nivel educativo "hasta primario incompleto" (41,8%) reportaron mayor prevalencia que aquellas con "secundario completo y más" (35,4%). Con respecto al nivel de ingreso total del hogar por unidad consumidora no se reportaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes quintiles.

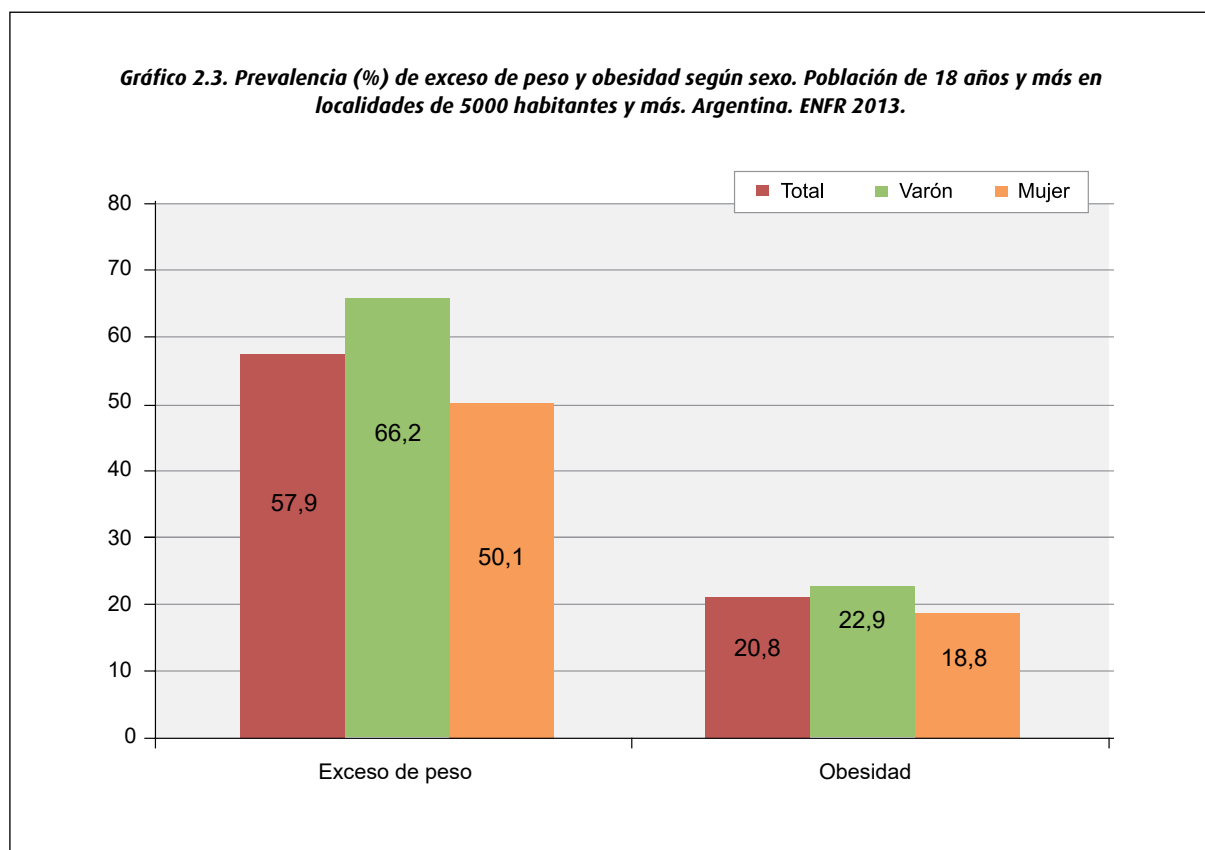
La prevalencia de obesidad, por su parte, fue del 20,8% en la 3era edición de la ENFR 2013. Esto implicó un aumento del 15,6% con respecto a la edición 2009 (prevalencia de 18,0%) y del 42,5% con relación a la edición 2005 (prevalencia de 14,6%) (**Gráfico 2.2**). El indicador de obesidad, como el de exceso de peso, fue



Fuente: Elaboración propia en base a datos ENFR 2005,2009 y 2013.

mayor entre varones (22,9%) que entre mujeres (18,8%) (**Gráfico 2.3**) y entre las personas con mayor edad (con un máximo de 29,6% en el grupo de 50 a 64 años) con respecto a los más jóvenes (7,7%). La población con nivel educativo “hasta primario incompleto” presentó una prevalencia mayor de obesidad (28,1%) que el grupo con “secundario completo y más” (17,0%). No se evidenciaron diferencias entre los distintos quintiles de ingreso por unidad consumidora.

Con respecto a la prevalencia de actividad física baja, en 2013 se evidenció en el 54,7% de la población, siendo este valor mayor entre las personas de 65 años y más (67,6%) y entre las de nivel educativo bajo (63,3%). No se presentaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por quintil de ingreso total del hogar por unidad consumidora.



Fuente: Elaboración propia en base a datos ENFR 2013.

En la **Tabla 2.2** se muestran los resultados de algunos países de la región en términos de prevalencia de obesidad y de exceso de peso. Es posible notar la diferencia en la población de estudio y herramienta entre los países de la región.

Al analizar los factores que se asocian con la obesidad se observa que en el caso de los varones, la chance de padecer esta condición aumentó a mayor edad (OR: 1,02 con $p < 0,001$). Asimismo, la chance fue mayor entre aquellos que se encontraban en pareja con respecto a

Tabla 2.2 Prevalencia (%) de obesidad y exceso de peso según país de la región. Población y fuente específica de estudio.

País	Fuente	Año	Población de estudio	Obesidad	Exceso de peso
Argentina	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo	2013	18 años y más	20,8	57,9
Brasil	Vigitel	2014	18 años y más	17,9	52,5
Chile	Encuesta Nacional de Salud	2009-2010	15 años y más	25,1	64,6
Ecuador	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)	2011-2013	19 a 59 años	-	62,8
Paraguay	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo	2011	15 a 74 años	22,8	57,6
Paraguay	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo	2011	15 a 74 años	22,8	57,6
Perú	ENAHOCENAN	2009-2010	30 a 59 años	-	62,3
Uruguay	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo	2008	15 a 64 años	24,8	64,7

Las personas en pareja tuvieron mayor chance de padecer obesidad que aquellas sin pareja.

los que se encontraban sin pareja (OR 1,76, $p > 0,001$) y entre aquellos que declararon trabajar más de 45 horas semanales con respecto a los que refirieron no tener trabajo (OR: 1,14, $p < 0,05$) (Tabla 2.3).

Al igual que los varones, la chance de padecer obesidad de las mujeres aumentó con la edad (OR: 1,02 $p < 0,001$). Asimismo fue mayor en aquellas con pareja (OR: 1,69 $p < 0,001$) y en el quintil más bajo de ingreso con respecto al más alto (OR: 1,69, $p < 0,001$). Con respecto al nivel

Tabla 2.3. Determinantes socioeconómicos de obesidad en varones. Población de 18 años y más en localidades de 5000 habitantes y más. Argentina. ENFR 2013.

Modelo obesidad	Odds Ratio	(IC 95%) lim inf	(IC 95%) lim sup	p>t
Edad	1,02	1,01	1,02	<0,001
<i>Ingreso en quintiles</i>				
1	0,85	0,64	1,12	0,24
2	1,06	0,84	1,34	0,63
3	0,85	0,66	1,09	0,19
4	1,04	0,83	1,30	0,76
5	1,00			
<i>Nivel de instrucción</i>				
Hasta primario incompleto	1,30	0,96	1,77	0,09
Primario completo y secundario incompleto	1,29	1,09	1,53	<0,001
Secundario completo y más	1,00			
<i>Situación conyugal</i>				
Unido o casado	1,76	1,45	2,13	<0,001
Sin cónyuge	1,00			
<i>Horas de trabajo semanales</i>				
Menos de 35	1,17	0,89	1,54	0,26
Entre 35 y 45	1,08	0,86	1,36	0,50
Más de 45	1,41	1,10	1,82	0,01
No trabaja	1,00			

educativo, tanto para las personas con “Hasta primario incompleto” como para aquellas con “Hasta secundario incompleto” la chance de padecer obesidad fueron mayores que para las personas con “Secundario completo y más” (OR: 1,58 y 1,49 respectivamente con $p < 0,001$) (Tabla 2.4).

En nuestro país, y en el mundo, no existen fuentes de datos primarias sólidas para estimar la mortalidad por obesidad. Esto se debe a que, siendo la obesidad una causa de muerte distal, es difícil que se identifique en los instrumentos de recolección a la hora de su certificación.

A pesar de ello, mediante estimaciones realizadas por la OMS, es posible estimar que cada año

fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas en el mundo como consecuencia del exceso de peso. Asimismo, se estima que gran parte de la carga de enfermedades no transmisibles pueden atribuirse al exceso de peso como el caso de la diabetes (44%) y las cardiopatías isquémicas (23%), y entre el 7% y el 41% de la carga de ciertos tipos de cánceres (4).

Debido a la alta prevalencia del exceso de peso, de sus efectos perniciosos en la salud y del desafío que presenta su control, las políticas orientadas a detener su avance son fundamentales. En este sentido, se supone que si la prevalencia de sobrepeso y obesidad se hubiera mantenido en valores como los observados en el 2005, en el año 2013 se hubieran evitado el 5,5% de

Tabla 2.4. Determinantes demográficos de obesidad en mujeres. Población de 18 años y más en localidades de 5000 habitantes y más. Argentina. ENFR 2013.

Modelo obesidad	Odds Ratio	(IC 95%) lim inf	(IC 95%) lim sup	p>t
Edad	1,02	1,01	1,02	<0,001
<i>Ingreso en quintiles</i>				
1	1,68	1,31	2,16	<0,001
2	1,44	1,13	1,85	<0,001
3	1,41	1,09	1,81	0,01
4	1,14	0,88	1,48	0,31
5	1,00			
<i>Nivel de instrucción</i>				
Hasta primario incompleto	1,58	1,23	2,04	<0,001
Primario completo y secundario incompleto	1,49	1,26	1,77	<0,001
Secundario completo y más	1,00			
<i>Situación conyugal</i>				
Unido o casado	1,69	1,45	1,97	<0,001
Sin cónyuge	1,00			

En Argentina durante el año 2010 murieron 74 personas por millón por consumir bebidas azucaradas.

las muertes ocurridas en adultos en Argentina, implicando cerca de 18.000 fallecimientos².

Por otro lado, de acuerdo a un estudio publicado en 2010 (5), el sobrepeso/obesidad en Argentina implicaron durante ese año una pérdida de 596.704 Años de Vida Saludables.

Con relación a las muertes por obesidad y sus determinantes, un estudio estimó que en Argentina durante el año 2010 murieron 74 personas por millón por consumir bebidas azucaradas (3).

2. Para estimar la cantidad de muertes y porcentaje del total en adultos que se hubieran evitado en 2013 si se hubiera mantenido la prevalencia de obesidad y sobrepeso en los niveles observados en 2005 se calculó la Fracción Atribuible Poblacional (FAP) utilizando la plantilla de Excel EpiGear (utilizando el método RR shift) en base a la publicación de Stephen Vander Hoorn, et al. (2) Se consideró la variable índice de masa corporal según datos de la 3°ENFR-2013 y el riesgo relativo de muerte por cualquier causa según lo presentado por World Obesity (6). Una vez obtenida la FAP, se la multiplicó por la cantidad de muertes en mayores de 18 del año 2013 en Argentina.

Referencias

1. Sex-stratified socio-economic gradients in physical inactivity, obesity and diabetes: evidence of short term changes in Argentina. Linetzky, B., De Maio, F., Ferrante, D., Konfino, J., Boissonnet, C. Buenos Aires: Springer, 2012, Vol. Int. J Public Health. DOI 10.1007/s00038-012-0371-z.
2. Categorical versus continuous risk factors and the calculation of potential impact fractions. Barendregt, Jan J y Veerman, Lennert J. 64, Queensland: J Epidemiol Community Health, 2010.
3. Global SSB-related morbidity and mortality. al., Singh et. Boston: Circulation, 2015. 10.1161.
4. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. [En línea] Centro de Prensa - Organización Mundial de la Salud, enero de 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
5. Elgart, Jorge, y otros. Obesidad en Argentina: Epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. Revista Argentina de Salud Pública Vol. 1, N°5. [En línea] diciembre de 2010. <http://zoonosis.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/obesidad-en-argentina.pdf>.
6. World Obesity. Estimates of relative risk of disease per unit of BMI. The DYNAMO-HIA Project. [En línea] World Obesity Federation. <http://www.worldobesity.org/what-we-do/policy-prevention/projects/eu-projects/dynamohiaproject/estimatesrrperunitbmi/>.

3. Intervenciones poblacionales para la prevención y control de la obesidad y sobrepeso

La epidemia de obesidad es un fenómeno mundial del que Argentina no está exenta. En nuestro país 4 de cada 10 adultos tiene sobrepeso y 2 de cada 10, obesidad. Este problema de salud se encuentra en claro aumento tanto en adultos como en etapas más precoces de la vida (1) (2). Tal es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su "Plan de acción global para la prevención y control de enfermedades no transmisibles" estableció como meta para el año 2020 un freno en la tendencia creciente de la prevalencia de obesidad (3).

El abordaje de la epidemia obesidad

La prevención y control de la obesidad y sobrepeso requieren de acciones multisectoriales de gran escala. De hecho, un pilar importante es que todas las políticas públicas tengan en cuenta su impacto en salud (denominadas en inglés políticas health in all). Algunas dicotomías simples en las que se ha basado la discusión sobre cuál es el abordaje más apropiado de la epidemia de obesidad incluyen las causas individuales vs ambientales, responsabilidad personal vs colectiva, demanda vs oferta de alimentos saludables y no saludables, regulación del estado vs autoregulación de la industria, procesos "de arriba hacia abajo" vs "de abajo hacia arriba", determinantes distales vs proximales, tratamiento vs prevención, entre otros. Sin embargo, el abordaje de esta problemática requiere propuestas superadoras de este tipo de dicotomías, que consideren la complejidad de los determinantes (4).

Uno de los tópicos que la sociedad en su conjunto (gobiernos nacionales, organizaciones no

gubernamentales, sociedad civil y académica) debe discutir es el rol del sector privado (en particular la industria de los productos ultraprocesados y bebidas azucaradas) en esta misión. De no tomarse una posición al respecto, la auto-regulación de la industria de alimentos es el abordaje por defecto. Este enfoque, defendido por la propia industria, traslada la responsabilidad a las decisiones de individuos supuestamente informados. La prevalencia creciente de la obesidad en un mundo donde éste ha sido el escenario, evidencia que el control de esta epidemia requiere necesariamente de otra estrategia (5).

Otro abordaje posible es la colaboración público-privado que en ocasiones puede ser útil como punto de partida para futuras regulaciones. Un ejemplo frecuente de esta estrategia es la reformulación de la composición de ultraprocesados para hacerlos más saludables. El beneficio de la reformulación es más evidente en países de ingresos altos en donde el consumo de ultraprocesados es elevado y el mercado está ya saturado de este tipo de productos. En los países de ingresos bajos o medios, el consumo de ultraprocesados es aún bajo y constituyen actualmente el target de la industria alimentaria. Es por ello que la reformulación en dichos países debe ser acompañada de otras medidas (monitoreo, regulaciones, restricciones en la publicidad y promoción) para evitar que el beneficio de la estrategia sea neutralizado por el reemplazo de alimentos frescos o mínimamente procesados (6).

El tercer modelo de acción se basa en la regulación del estado. Las experiencias hasta el momento existentes parecen indicar que esta estrategia debe estar necesariamente presente en la lucha contra la obesidad (5). En un documento reciente, la Organización Mundial de

Las experiencias hasta el momento parecen indicar que la regulación del estado debe estar necesariamente presente en la lucha contra la obesidad.

la Salud y la Organización Panamericana de la Salud pusieron en manifiesto que las tendencias actuales en la producción y consumo de productos ultra-procesados, y los aumentos correspondientes en el índice de masa corporal, probablemente se pueden revertir mediante regulaciones y otras acciones como las establecidas para el tabaco y alcohol (7). Las distintas intervenciones basadas en regulación se desarrollan más adelante.

Por otro lado, las estrategias de prevención y control de la obesidad por parte de organismos públicos requieren tanto de un abordaje dirigido al individuo como a la población. Las intervenciones que tiene como fin motivar cambios individuales tienen como limitantes importantes su sustentabilidad y asequibilidad, pero son apropiadas cuando se aplican a individuos de alto riesgo. Ejemplos de este tipo de estrategias son los programas educativos y el marketing social. Éste último, que ha sido utilizado crecientemente en salud pública en las últimas décadas, se basa en la aplicación de los principios y técnicas del marketing comercial para diseñar e implementar programas para promover cambios de comportamientos voluntarios con el fin de mejorar su bienestar personal y el de la sociedad (8). Por su parte, las estrategias poblacionales se basan casi siempre en políticas de estado. Sus ventajas radican en no depender de la voluntad de los individuos ya que tienen como objetivo revertir las características de entornos obesogénicos y suelen ser más sostenibles en el tiempo. Sin embargo, en general tienen un grado de dificultad política en su implementación típicamente mayor (4).

Una de las barreras para hacer frente a la epidemia de obesidad es la escasa concientización del problema por parte de la sociedad y por lo tanto una limitada demanda de acciones en

el sector. Algunas estrategias para poner en la agenda social esta problemática incluyen la mejora en la comunicación e información sobre la obesidad y sus consecuencias, hacer públicos los costos que a la sociedad genera esta condición, la presencia de un estado receptivo y el empoderamiento de la ciudadanía, entre otros (9). Un ejemplo de este tipo de acciones lo constituye la Alianza por la salud alimentaria en México. Se trata de un consorcio de organizaciones civiles y académicas que incluyen desde asociaciones de derechos del consumidor hasta grupos de defensa de los derechos de los niños. Este consorcio generó gran atención de los medios de comunicación, contribuyó a poner en debate la necesidad de acciones inmediatas y ejerció una gran presión social en los poderes ejecutivos y legislativos para la toma de medidas para la lucha contra la obesidad (10).

Un marco conceptual interesante para orientar las acciones es el NOURISHING framework, creado por el World Cancer Research Fund International. Este marco conceptual identifica tres grandes dominios de acción: el entorno alimentario, el sistema de alimentos (producción y suministro de alimentos) y el cambio de comportamiento alimentario (11).

La evidencia

La evidencia existente en cuanto a la efectividad de las acciones para mejorar los hábitos alimentarios, controlar y prevenir la obesidad y sus consecuencias en salud es escasa.

Además, en su mayoría proviene de estudios realizados en países de altos ingresos con contextos alimentarios diferentes al nuestro. Por otro lado, la dificultad metodológica para evaluar la efectividad de políticas públicas conlleva a que la evidencia disponible (sobre todo la de alto grado) en general se limite a intervencio-

Las estrategias de prevención y control de la obesidad por parte de organismos públicos requieren tanto de un abordaje dirigido al individuo como a la población.

CUADRO 3.1 - NOURISHING

Dominio	Área de intervención	Ejemplo
Entornos alimentarios	Regulación del etiquetado y de mensajes explícitos e implícitos	Etiquetado visible y claro con información acerca de contenido calórico y listado de nutrientes, distinciones en góndolas y menús, regulación de mensajes referentes salud y contenido nutricional
	Oferta alimentos saludables y su estandarización en instituciones públicas y otros ámbitos	Programas de promoción de frutas y verduras en instituciones educativas, laborales y servicios sanitarios, sistemas de recompensa, diseño de entornos favorables para la elección de alimentos saludables
	Medidas económicas para mejorar el acceso e incentivos para el consumo de alimentos saludables	Subsidios a alimentos saludables, precios promocionales en puntos de venta, impuestos a productos poco saludables, precios por unidad equivalente
	Restricción de la publicidad y otras formas de promoción	Restricción de la publicidad, promoción y auspicio de productos poco saludables dirigido a niños
	Mejora en la calidad de alimentos	Reformulación de la producción de alimentos para reducir el contenido de sal y grasas, eliminación de grasas trans, disminución de la densidad calórica de alimentos procesados, límites en el tamaño de las porciones
	Incentivos y regulaciones para crear un entorno saludable de establecimientos de venta de alimentos	Incentivos para locales de venta de alimentos saludables ubicados en áreas desfavorecidas, restricciones en la planificación de locales comida rápida, promociones en locales de comida
Sistemas de alimentos (producción y suministro de alimentos)	Utilizar la cadena de abastecimiento de alimentos y acciones intersectoriales para garantizar la coherencia con salud	Incentivos en la cadena de abastecimiento para la producción, adquisición de alimentos por parte de instituciones públicas a través de cadenas "cortas" de abastecimiento, consideración de las consecuencias en salud de todas las políticas públicas, gobernanza en la articulación multisectorial
Comunicación para el cambio del comportamiento	Concientización e información sobre alimentación y nutrición	Educación basada en guías alimentarias, campañas masivas de comunicación, marketing social, campañas comunitarias
	Asesoramiento nutricional en servicios sanitarios	Asesoramiento en centros de salud a población de alto riesgo, soporte telefónico, guías de práctica clínica para profesionales de la salud con intervenciones efectivas en nutrición
	Educación y capacidades en nutrición	Proveer en la currícula escolar educación nutricional y habilidades para cocinar o producir alimentos, programas de salud en los trabajos

nes educacionales o que tienen como objetivo cambios individuales del comportamiento. La exigencia en la cantidad y calidad de evidencia para la implementación de estrategias a nivel de políticas públicas no puede ser asemejada a la requerida para intervenciones médicas, si bien es necesario su monitoreo y evaluación una vez implementadas.

Una revisión sistemática publicada recientemente evaluó el nivel de evidencia de distintos dominios de acción (12):

- **Campañas de comunicación y educación a nivel nacional, comunitario o en escuelas.** Con un nivel de evidencia intermedio, este tipo de estrategias parece ser efectiva para aumentar el conocimiento y consumo de alimentos saludables. Sólo en algunos estudios aislados se observó una reducción del peso y otros factores de riesgo cardiovasculares. La evidencia sugiere que este tipo de estrategia es efectiva y sostenible cuando las campañas se mantienen durante muchos años, se focalizan en algún producto en particular y utilizan múltiples medios de comunicación y educación. Las estrategias que abordan varios factores de riesgo o comportamientos a la vez son menos efectivas.
- **Etiquetado:** Existe evidencia limitada que señale que el etiquetado o estrategias de provisión de información (incluyendo datos de nutrientes en las etiquetas de los paquetes de alimentos o bebidas, iconos o etiquetado frontal simplificado, información sobre el contenido calórico en puntos de venta—por ejemplo establecimientos de comidas), tengan efectos significativos en cambios de comportamiento alimen-

tario de los consumidores, especialmente a largo plazo. La efectividad podría verse limitada porque las personas dedican poco tiempo a la selección de alimentos, por la complejidad del etiquetado que requiere cierto nivel de entendimiento, y porque aquellos que leen las etiquetas ya constituirían personas con conductas alimentarias saludables. Sin embargo, algunos experimentos naturales evidenciaron que este tipo de estrategias podría influenciar a la industria a reformular los productos para hacerlos más saludables.

- **Estrategias económicas** (subsidios, impuestos y otros incentivos económicos):
 - *El precio de los alimentos (impuestos y subsidios):* Algunos autores proponen que por cada impuesto a un producto poco saludable se debe implementar un subsidio a uno saludable.

La evidencia indica que el cambio en el precio de los alimentos y bebidas podría alterar el consumo e incluso parece tener efecto en la reducción de factores de riesgo relacionados con la dieta y eventos clínicos. El efecto del aumento del precio es proporcional al cambio en el precio relativo: impuestos bajos no tendrían un impacto significativo en la demanda; aumentos más importantes (de al menos 10%) parecen ser necesarios para modificar el consumo. Existe evidencia de alto grado para decir que los subsidios en alimentos saludables como frutas y verduras son efectivos para aumentar su consumo, aunque esta información proviene de estudios realizados en el hemisferio norte. En algunos estu-

La evidencia indica que el cambio en el precio de los alimentos y bebidas podría alterar el consumo e incluso parece tener efecto en la reducción de factores de riesgo relacionados con la dieta y eventos clínicos.

Existe evidencia consistente que pone en manifiesto que la publicidad televisiva destinada a niños influencia sus preferencias.

dios se observó que poblaciones vulnerables parecen ser más sensibles a este tipo de intervención.

- *Políticas de Agricultura:* Datos provenientes de Estados Unidos sugieren que cambios en los subsidios al sector agrícola producirían cambios marginales en la disponibilidad de alimentos, precios y hábitos alimentarios de la población. Sin embargo, un esfuerzo sostenido durante varias décadas que modifique tanto las políticas de agricultura y de otros sectores para crear una infraestructura que facilite la producción, transporte y comercio de alimentos saludables podrían tener un impacto importante a largo plazo.
- *Incentivos económicos a personas con obesidad o sobrepeso por bajar de peso:* la evidencia sugiere que este tipo de estrategias no son efectivas.
- **Cambios en el entorno escolar y laboral:**
 - *Estrategias en escuelas:* Existe evidencia de alto grado que sustenta que intervenciones en escuelas con componentes múltiples apuntados a mejorar la dieta y aumentar el nivel de actividad física son efectivos para reducir el índice de masa corporal de los estudiantes. Varios estudios sugieren, con un grado menor de evidencia, que estrategias de educación en huerta, programas de frutas y verduras, cambios en el entorno en comedores y kioscos (como limitar el acceso a bebidas azucaradas o productos poco saludables) y

la provisión de agua o frutas podrían ser efectivos para mejorar los conocimientos y actitudes con relación a los alimentos, mejorar el consumo de frutas y verduras, disminuir el consumo de bebidas azucaradas y reducir el índice de masa corporal.

- *Estrategias en el ámbito laboral:* Si bien la evidencia es limitada y plausible de sesgos, la provisión de información nutricional en los comedores de establecimientos laborales combinados con cambios en el entorno (acceso a alimentos y bebidas) podrían tener consecuencias en el hábito alimentario de las personas.
- **Cambios en el entorno local de alimentos**

La investigación acerca de la efectividad de este tipo de intervenciones para reducir la obesidad y riesgo cardiovascular y para disminuir las desigualdades en salud es prometedora aunque relativamente reciente. Algunos estudios parecen sugerir que la accesibilidad a comercios de alimentos como supermercados, verdulerías, restaurantes de comida rápida, etc., y la disponibilidad de alimentos saludables/poco saludables dentro de los comercios, podría influenciar la elección de alimentos de los individuos y podría tener consecuencias en los factores de riesgo cardiovascular.
- **Restricciones directas y mandatos**
 - *Restricciones a la publicidad destinada a niños:* Existe evidencia consistente que pone en manifiesto que la publicidad televisiva destinada a niños influencia sus preferencias y el

consumo de productos poco saludables y bebidas azucaradas, y por lo tanto su restricción se asume efectiva. La restricción de otro tipo de publicidad, de auspicios y obsequios fue menos estudiada.

- *Restricciones a componentes de alimentos:* Por ejemplo la restricción del uso de grasas trans o aceite de palma para la elaboración de productos procesados o la regulación del límite máximo permitido en el contenido de sal de algunos alimentos. Estas medidas pueden acompañarse del reemplazo del componente poco saludable por otro saludable (por ejemplo, reemplazo de aceite de palma por aceite de soja). Este tipo de estrategias parece ser altamente efectivas para mejorar la dieta de la población, aunque con un grado de evidencia medio.

Las experiencias

La implementación de políticas para prevenir y controlar la obesidad puede orientarse a partir de experiencias en otros países. A continuación se presentan algunas estrategias llevadas a cabo por países de la región y barreras a las que se enfrentaron, con acento en aquellas orientadas a mejorar la alimentación de la población. Las acciones relacionadas con servicios sanitarios se presentan en otro capítulo de este boletín.

México

México es uno de los países con mayor prevalencia de obesidad del mundo, pero también es el país que ha tomado al momento más medidas en la lucha contra la obesidad y sobrepeso. Entre ellas se destacan:

- Publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a niños: Esta regulación prohíbe la publicidad de productos que no cumplan con los criterios nutrimentales especificados, aplicando a tv en ciertos horarios en donde los niños están más expuestos y a cine en películas aptas para todo público. La ley entró completamente en vigor en enero de 2015.
- Etiquetado frontal de alimentos y bebidas no alcohólicas: En la cara frontal de los envases de alimentos y bebidas se debe indicar la cantidad de energía (Kcal) que aporta el producto así como el porcentaje que representa la cantidad contenida de grasas saturadas, otras grasas, azúcares totales y sodio en relación a una dieta diaria promedio de 2000 kcal (establecida para adultos). La ley entró en vigor en junio de 2015.
- Distintivo nutricional: Los alimentos y bebidas no alcohólicas que cumplan con criterios nutrimentales establecidos pueden portar de manera voluntaria un distintivo en sus envases otorgado por la Secretaría de salud. Este distintivo identifica al alimento o bebida como saludable. Ley en vigor desde junio 2015.
- Expendio y distribución de alimentos y bebidas en escuelas: Se establece que los refrigerios entregados en la escuelas deben constituirse por frutas y verduras, leguminosas, cereales integrales y agua potable, a excepción de los días viernes en los que se puede vender productos procesados. Ley en vigor desde 2014.
- Impuestos a bebidas azucaradas y elementos con alta densidad energética: Se trata de un impuesto de alrededor del 10% a las bebidas que contengan azúcares agregados y de alrededor de 8% en el caso de los alimentos con densidad caló-

rica elevada (igual o mayor a 275kcal por cada 100 gramos). Las bebidas lácteas están exentas de esta medida. En vigor desde enero 2014.

Este paquete de acciones ha recibido críticas por parte de la sociedad civil y científica de México. Una de las mayores críticas es que los criterios nutrimentales establecidos son demasiado laxos y por lo tanto algunos alimentos que son ricos en azúcar, sal o grasas saturadas poseen un distintivo de comida saludable o pueden ser publicitados para niños (**Cuadro 2.2**). Por otro lado los criterios nutrimentales que guían el distintivo y la publicidad difieren de aquel considerado para gravar impuestos.

Ecuador

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador publicó a fines de 2013 el reglamento de etiquetado de alimentos de consumo humano, el cual otorgaba a las empresas un plazo de un año para implementar la medida. El Reglamento exige que los envases de alimentos y bebidas no alcohólicas deben incluir un semáforo nutri-

cional, que indique la concentración de azúcar, sal y grasas. La alta concentración se indica con una barra roja; la concentración media, con una barra amarilla; y la concentración baja, con una barra verde. Los valores de referencia para determinar los niveles de concentración se basan en parámetros internacionales. Si el alimento no contiene alguno de esos componentes, podrá decirlo. Este semáforo puede ser incluido en el panel principal o secundario del envase, en una superficie de entre el 6,5% y el 20% de la etiqueta, de acuerdo con sus características.

El Reglamento indica también que los paquetes de azúcar, grasas animales y sal deben incluir el en vez el siguiente mensaje en sus etiquetas: "Por su salud reduzca el consumo de este producto".

El Ministerio de Salud Pública, a través de su entidad adscrita Agencia de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), es el responsable de la verificación del cumplimiento de la normativa.

CUADRO 2.2

Imagen y nivel de corte (gramos de azúcar por cada 100 gramos de producto) utilizado en el etiquetado en Dinamarca, Ecuador, Chile y México"

Dinamarca	Ecuador	Chile	México
			
≤5g	≥15g	≥16,7g	≤30g

Chile

A partir de junio de 2016 se pondrá en vigencia la ley de etiquetado que dispone que todos los envases de productos alimenticios que estén sobre los límites establecidos como recomendables, deberán estar rotulados con la frase "ALTO EN", sobre un fondo negro. Esta distinción deberá estar ubicada en la cara principal de la etiqueta.

Por otro lado el reglamento prohíbe la venta en todas las escuelas de alimentos "ALTOS EN", así como su publicidad en canales de expresión dirigidos a menores de 14 años o a través de juguetes o regalos que incentiven a el consumo de estos alimentos. También, se desarrolló una guía para la implementación de kioscos saludables en escuelas, así como programas para promover la alimentación saludable.

El etiquetado original proponía un rótulo con la leyenda "EXCESO DE", el cual tuvo que ser modificado tras la objeción de la asociación gremial AB Chile, que reúne a 18 empresas chilenas y multinacionales de bebidas y productos comestibles industria de alimentos en la Contraloría.

Perú

Perú aprobó y publicó a mediados de 2013 una Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes, encontrándose aún supeditada su vigencia a la aprobación de su reglamento por el Ministerio de Salud.

Se trata de una ley que aborda múltiples estrategias como la prohibición de la venta de alimentos procesados con alto contenido de azúcar, sal o grasas saturadas en establecimientos escolares, la incorporación de advertencias sanitarias en dichos alimentos, la restricción de la publicidad de alimentos dirigida a niños y adolescentes, la implementación del Observa-

torio de Nutrición en el Ministerio de Salud, la incorporación de programas de promoción de hábitos alimentarios saludables a la currícula escolar y así como la promoción de la actividad física en escuelas, entre otras.

Tras una fuerte oposición de diferentes grupos del sector de los alimentos, la implementación de esta Ley queda supeditada a la aprobación de su reglamento, que a la fecha no ha sido aprobado.

Brasil

Brasil tiene una fuerte política de promoción de la lactancia materna y un código riguroso que regula el marketing de leches de fórmula infantiles. También tiene una guía alimentaria sólida con recomendaciones claras.

En el año 2010 la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) emitió la Resolución N°24/2010 para regular la oferta, propaganda, publicidad, información y otra prácticas relacionadas cuyo objetivo era la divulgación y promoción comercial de alimentos de alto contenido de azúcar, grasas saturadas, grasas trans, sodio y bebidas de bajo valor nutricional. La propuesta original, que había sido sometida a consulta pública en el 2006, sufrió grandes modificaciones resultando en un documento menos restrictivo y detallado desde el punto de vista reglamentario, especialmente en relación con lo concerniente al público infantil. Y aún así, impulsado por la Asociación Brasileña de la Industria de Alimentos (ABIA), dicha resolución fue declarada inválida hasta la fecha con la justificación que Anvisa sólo tiene poder para hacer cumplir la legislación pero no tiene competencia para innovar en el sistema legal mediante la creación de nuevas normas.

Otras acciones realizadas en este país son: (a)

Acciones
multisectoriales
de gran escala son
necesarias para hacer
frente a la epidemia
de obesidad como
problema mayor de
salud pública.

el programa de escuelas saludables (escuelas comprometidas a trabajar distintos temas de salud en semanas específicas del año, entre ellas cuentan con una semana dedicada a la obesidad); (b) una línea de cuidados de atención básica; y (c) la atención de las personas con exceso de peso en gimnasios saludables, en articulación con las unidades básicas de atención, que cuentan con un equipo interdisciplinario de apoyo a la salud nutricional.

Uruguay

Uruguay tiene una ley fuerte de prevención de obesidad y sobrepeso y enfermedades asociadas dirigida a población infantil y adolescente que asiste a establecimientos escolares.

De acuerdo a dicho marco legal, el Ministerio de Salud Pública confeccionó un listado de grupos de alimentos y bebidas nutritivamente adecuados en base a criterios técnicos y evidencia científica. La ley prohíbe la publicidad en establecimientos escolares de los alimentos y bebidas no incluidas en el listado, incluyendo carteles, muestras gratis, logotipos en materiales escolares, premios, etc). Por otro lado, dispone que los puestos de venta de los centros educativos deben promover la inclusión en su oferta de alimentos y bebidas que integren el listado de alimentos y bebidas recomendados (al menos 6 de cada 10 de los alimentos disponibles para la venta deben ser de los recomendados).

Por otro lado, el Ministerio de Educación y Cultura incluirá en el sistema educativo el tema de los hábitos alimenticios saludables, estimulará el consumo de agua potable y la realización de actividades físicas. El Ministerio de Educación y Cultura coordinará con el Ministerio de Salud Pública, la Administración Nacional de Educación Pública y los organismos que corresponda,

la supervisión y fiscalización de la aplicación de la normativa en los centros educativos del país.

Argentina

Argentina es el tercer país del mundo libre de grasas trans (junto con Suiza y Dinamarca). Se trata de una regulación que determina una restricción el contenido de los ácidos grasos trans de producción industrial el cual no debe ser mayor al 2% del total de grasas en aceites vegetales y margarinas y ni mayor al 5% del total de grasas en el resto de los alimentos. La ley entró en vigencia en diciembre de 2014.

Además se renovaron las guías alimentarias argentinas cuya gráfica y mensajes principales ya están disponibles.

Asimismo, algunas provincias disponen de leyes subnacionales sobre kioscos escolares saludables con niveles dispares de implementación.

Por último, en Argentina existe la ley que obliga a las obras sociales y empresas de medicina de prepaga a brindar cobertura a los trastornos alimentarios como la obesidad, si bien ésta aún no se encuentra reglamentada.

Conclusión

El aumento en el peso corporal es un problema mayor de salud pública que se encuentra en claro ascenso. El aumento del consumo de bebidas azucaradas y productos ultraprocesados es un determinante clave de esta problemática. Acciones multisectoriales de gran escala son necesarias para frenar esta tendencia. Las estrategias poblacionales propuestas o que están siendo puestas en marcha en algunos países, con mayor o menor grado de evidencia, son: la regulación del precio mediante impuestos y

subsidios, etiquetado y advertencias sanitarias, regulación de la promoción (publicidad, patrocinio y obsequios) dirigida a niños y adolescentes, mejoras en el entorno alimentario escolar y laboral, mejoras en el entorno alimentario local en relación al acceso, cambios en los componentes de los productos procesados y bebidas (menos sal, azúcar, grasas saturadas), campañas de comunicación o educación, políticas económicas dirigidas al sector agrícola, entre otras. Una de las preguntas que los gobiernos nacionales, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y académica deben discutir es cuál es el rol del sector privado (en particular la industria de los productos ultraprocesados y bebidas azucaradas) en la prevención y control de la obesidad. Por último, es necesario destacar la importancia de la vigilancia para la evaluación y monitoreo de las acciones implementadas.

Referencias

1. Ministerio de Salud de la Nación. 3° Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. [En línea] 2013. <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales>.
2. Ministerio de salud de la Nación. 2° Encuesta mundial de salud escolar. [En línea] 2012. <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales>.
3. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. [En línea] 2013. [Citado el: 02 de 07 de 2015.] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1.
4. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. Roberto, Christina A, Swinburn, Boyd y Hawkes, Corinna. The Lancet. <http://dx.doi.org/10.1016/>.
5. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. Moodie, Rob, y otros. Lancet. 2013 Feb 23;381(9867):670-9.
6. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. Moodie, Rob, y otros. Lancet. 2013 Feb 23;381(9867):670-9.
7. OMS-OPS. Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública. [En línea] 2014. [Citado el: 01 de 07 de 2015.] <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/10/Consumo-de-alimentos-y-bebidas-ultra-procesados-en-America-Latina.pdf>.
8. Social marketing in public health. Bryant, Carol A. y Grier, Sonya. 04 de 10 de 2004, Annu. Rev. Public Health.
9. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. Huang, Terry, y otros. Lancet. 2015 Jun 13;385(9985):2422-31.
10. Alianza por la salud alimentaria. [En línea] [Citado el: 02 de 07 de 2015.] <http://alianzasalud.org.mx/>.
11. World Cancer Research Fund International. NOURISHING framework. [En línea] [Citado el: 02 de 07 de 2015.] <http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework>.
12. Population Approaches to Improve Diet, Physical Activity and Smoking Habits. A Scientific Statement From the American Heart Association. Mozaffarian, Dariush, y otros. Circulation. 2012 Sep 18;126(12):1514-63.

4. Ejes de acción para abordar la obesidad en niños y adolescentes

La obesidad en niños y adolescentes es un problema cada vez más frecuente en el campo de la salud. Tal es así que está alcanzando proporciones epidémicas en nuestra región (1).

En Argentina, la Encuesta Mundial de Salud Escolar realizada en 2012 evidenció que la prevalencia de obesidad en estudiantes de 13 a 15 años fue de 5,9% y que la prevalencia de exceso de peso (obesidad y sobrepeso) fue de 28,6%. Asimismo, la prevalencia de obesidad en niños de 6 meses a 6 años medida en nuestro país en el año 2005 fue de 10,4% (2).

Si bien en Latinoamérica conviven la desnutrición y el exceso de peso, en la mayoría de nuestros países prevalecen las políticas para la lucha contra la desnutrición (2). Las medidas de prevención y control de la obesidad infantil son también necesarias, no sólo por su alto impacto económico y social sino además porque el riesgo de padecer obesidad en la adultez aumenta cuanto más temprana es la edad de comienzo de esta condición (3). Asimismo, la obesidad tiene consecuencias adversas para la salud en las fases iniciales de la vida dado que aumenta el riesgo de padecer asma, diabetes tipo 2, apnea del sueño y enfermedades cardiovasculares (4). Estas enfermedades, a su vez, afectan el crecimiento y el desarrollo psicosocial durante la adolescencia generando discriminación, baja autoestima, exclusión social y depresión y, con el tiempo, comprometen la calidad de vida y la longevidad (5) (6).

La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas establece el derecho de los niños y las niñas al goce del grado máximo de salud que se pueda alcanzar (7). Para asumir

este compromiso, los estados y la sociedad debemos tomar las medidas necesarias para hacer frente a la epidemia de la obesidad.

Estrategia de respuesta a la obesidad infantil

En respuesta a esta epidemia, la OMS plantea como meta detener el aumento de la obesidad en niños y adolescentes. La propuesta se centra principalmente en transformar el ambiente obesogénico actual en oportunidades para promover un consumo mayor de alimentos nutritivos y un aumento de la actividad física. Para ello se establecen cinco líneas de acción estratégicas (8):

Línea de acción estratégica 1: Atención primaria de la salud y promoción de la lactancia materna y alimentación saludable

El objetivo es incluir en los servicios de atención de la salud la promoción de la alimentación saludable según las guías alimentarias nacionales basadas en los alimentos, así como otras actividades relacionadas con la prevención de la obesidad.

En nuestro país se actualizaron en 2015 las “Guías alimentarias para la población argentina” (10), las cuales incluyen recomendaciones basadas en la evidencia para una alimentación saludable en personas mayores de 2 años de edad. Estas guías implican una mejora en cuanto a la prevención de la obesidad ya que contemplan la realidad epidemiológica actual, en la cual el exceso de peso prevalece ante la desnutrición. Fueron dirigidas a la población general y su implementación es facilitada mediante la utilización de tecnologías como aplicaciones para celulares o videos, siendo estrategias de difusión especialmente útiles en jóvenes.

Desde la Dirección Nacional de Maternidad e

La estrategia de respuesta a la obesidad infantil de la OMS se centra principalmente en transformar el ambiente obesogénico actual en oportunidades para promover un consumo mayor de alimentos nutritivos y un aumento de la actividad física.

Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, se publicaron diversos documentos con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud y la nutrición en la población infantil. Las “Guías alimentarias para la población infantil” cuentan con dos versiones para su implementación, una de ellas orientada a equipos de salud y otra a familias y cuidadores. La publicación “Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en atención primaria de la salud” aporta herramientas para la atención clínica y el abordaje comunitario de la epidemia de obesidad. Por último, se publicó un recetario para bebés con el objetivo de acompañar a la familia en la elección de las mejores opciones en relación con los alimentos sólidos que, a partir del sexto mes, deben complementar la lactancia materna (11).

Por otro lado, existe en nuestro país un marco legal de promoción y la concientización pública acerca de la importancia de la lactancia materna, así como la regulación sobre pautas de funcionamiento para centros de lactancia materna en establecimientos asistenciales. Además, desde el Ministerio de Salud de la Nación se fomenta, a través de manuales, la presencia en lugares de trabajo y universidades de “espacios amigos de la lactancia”, donde el personal y las estudiantes que estén amamantando puedan acceder a extraer y conservar leche materna (10).

Línea de acción estratégica 2: Mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y actividad física en establecimientos escolares

El objetivo es lograr que los programas nacionales de alimentación escolar, así como los sitios de venta de alimentos y bebidas en las escuelas, cumplan con las normas o reglamentaciones que promueven el consumo de alimentos saludables y de agua, y restrinjan la disponibili-

dad de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.

Las políticas dirigidas a la prevención y control de la obesidad infantil en escuelas deben basarse principalmente en la promoción de entornos saludables en lugar de estrategias educativas exclusivas. Existen experiencias recientes en países de la región que garantizan el acceso a alimentos saludables y agua potable y limitan la oferta de productos procesados tanto en kioscos como en comedores escolares, con resultados potencialmente exitosos.

Las estrategias para garantizar el acceso a la alimentación en comedores escolares fueron impulsadas en nuestro país en el año 2001, cuando la crisis socioeconómica era una amenaza en términos de desnutrición infantil. Actualmente, se requiere repensar estas acciones para orientarlas a la problemática surgente de obesidad infantil.

Si bien a nivel jurisdiccional existen iniciativas de mejoramiento de entornos de nutrición en escuelas, aún faltan directivas claras desde el nivel nacional respecto de la alimentación escolar para, de este modo, homogeneizar la oferta de alimentos saludables así como limitar el acceso a productos nocivos.

En relación con la educación física, desde el Ministerio de Educación se crearon los Centros de Actividades Juveniles que funcionan dentro de las escuelas fuera del horario escolar. Esta estrategia tiene como fin desarrollar propuestas de extensión formativa para estudiantes de nivel secundario entre las que se encuentran las actividades deportivas (12).

Asimismo, un acuerdo alcanzado en el Consejo Federal de Educación entre el Ministerio Nacio-

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se fomenta la presencia en lugares de trabajo y universidades de “espacios amigos de la lactancia”, donde el personal y las estudiantes que estén amamantando puedan acceder a extraer y conservar leche materna.

Una de las líneas estratégicas de acción contra la obesidad infantil establece involucrar a instituciones pertenecientes a sectores tanto gubernamentales como no gubernamentales.

nal de Educación, las provincias y la Ciudad de Buenos Aires, permitió establecer Núcleos de Aprendizajes Prioritarios, conformándose una base común para la enseñanza para los distintos niveles escolares en todo el país. Aunque entre ellos se encuentra definida como prioritaria la educación física, no se establece la carga horaria curricular mínima recomendada (13).

Línea de acción estratégica 3: Políticas fiscales y reglamentación de la publicidad y etiquetado de alimentos

Como objetivos se propone (a) ejecutar políticas para reducir el consumo infantil y adolescente de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional; (b) establecer reglamentos para proteger a la población infantil y adolescente frente al efecto de la promoción y la publicidad de las bebidas azucaradas, la comida rápida y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional; y (c) elaborar y establecer normas para el etiquetado del frente del envase que promuevan las elecciones saludables al permitir identificar los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional de manera rápida y sencilla.

A diferencia de unos pocos países de la región y el mundo, en Argentina no existen aún estrategias fiscales destinadas a desalentar el acceso a bebidas azucaradas o productos ultraprocesados. Si bien la efectividad de este tipo de acciones para disminuir el consumo de dichos productos está siendo estudiada, parece ser una medida clave en la lucha contra la obesidad y otras enfermedades cardiovasculares (10).

A pesar de que en nuestro país existen normativas acerca de la publicidad y sponsorío, no hay regulaciones destinadas específicamente a la publicidad de alimentos dirigida a niños, ni tampoco restricciones en la publicidad de ali-

mentos que tengan en cuenta criterios nutricionales como ocurre en otros países (10).

En relación con el etiquetado, la regulación Argentina contempla dos tipos de rotulados nutricionales de alimentos envasados: el rotulado obligatorio y el complementario. El primero establece la enumeración normalizada del valor energético y del contenido de nutrientes de un alimento. Se deben informar las calorías por porción del alimento así como el contenido del valor energético y porcentaje de valores diarios de cada uno de los siguientes nutrientes: carbohidratos, proteínas, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans, fibra alimentaria y sodio. Por otro lado, la regulación establece pautas para la información nutricional complementaria (y no obligatoria) que afirme, sugiera o implique que un producto posee propiedades nutricionales particulares (12). En comparación a los avances realizados en otros países en referencia al rotulado como estrategia de control y prevención de la obesidad, nuestra regulación aún tiene aspectos a mejorar como la inclusión de rotulados más fáciles de interpretar, la manifestación de calorías totales del envase, inclusión del azúcar en forma obligatoria, entre otros.

Línea de acción estratégica 4: Otras medidas multisectoriales

Como objetivo se establece involucrar a instituciones pertenecientes a sectores tanto gubernamentales como no gubernamentales. También se dispone el mejoramiento del acceso a los espacios recreativos urbanos, como los programas de ciclovías recreativas.

El Ministerio de Desarrollo Social proporciona educación alimentaria nutricional a las familias mediante capacitaciones, publicaciones y distintos materiales de difusión que contemplan temas como la alimentación saludable en dife-

rentes etapas de la vida, rotulado, hábitos saludables y alimentos tradicionales, entre otras temáticas. Asimismo, junto al Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), el programa pro Huerta promueve la puesta en marcha de huertas familiares, escolares y comunitarias brindando recursos -semillas, frutales, animales de granja y herramientas- y capacitación así como asesoramiento para la comercialización de eventuales excedentes. Por otro lado, junto con al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, se acompaña a organizaciones comunitarias que brindan servicios alimentarios a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad. Por último, desde el Proyecto Familias y Nutrición se busca fortalecer la nutrición de cada familia desde la educación, la comunicación y los vínculos mediante capacitación a organizaciones comunitarias y a personal de los centros de desarrollo infantil con materiales educativos, entre otras estrategias (17).

También desde el Ministerio de Desarrollo social se realizan varias iniciativas mediante las cuales se promueve el acceso equitativo al deporte: se brinda asistencia económica, asesoramiento legal y capacitación en gestión a clubes de barrio; se crearon Polos de Actividad Física y Deportiva destinados a niños, jóvenes, personas con discapacidad y adultos mayores; se organizan cada año los Juegos Evita con el objetivo de que niños, niñas, jóvenes y adultos mayores de todo el país desplieguen sus habilidades deportivas y artísticas; y se crearon Ligas Deportivas Comunitarias las cuales constituyen redes integradas de clubes de barrio y asociaciones civiles sin fines de lucro con el fin de fomentar el desarrollo humano y la inclusión social de niños y adolescentes a través de la actividad física (17).

Por su parte, el Instituto Nacional de Tecnología

Industrial (INTI) lleva adelante diversas estrategias relacionadas con el mejoramiento de la alimentación. Entre ellas se destacan la reformulación de alimentos para hacerlos más saludables y capacitaciones dirigidas a escuelas y productores sobre alimentación saludable (18).

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, como parte de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, a través del Plan Nacional Argentina Saludable, existe una importante campaña de comunicación para estimular la realización de actividad física. En conjunto con el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, se realizan acciones en la comunidad como el diseño y promoción de estrategias para fomentar la actividad física en ambientes de trabajo y estudio. Por otra parte, se diseñó en 2013 el “Manual Director de Actividad física de la República Argentina” orientado a decisores locales tanto de salud como de otros sectores, que contiene herramientas para implementar intervenciones involucrando a la atención primaria de la salud y a la comunidad en su conjunto (10).

Línea de acción estratégica 5: Vigilancia, investigación y evaluación

El objetivo es fortalecer los sistemas de información de los países para que los datos sobre las tendencias y los determinantes de la obesidad, desglosados por al menos dos estratificadores de la equidad, estén disponibles sistemáticamente para la adopción de decisiones políticas.

En nuestro país existen varias encuestas poblacionales que aportan información sobre la obesidad y aspectos relacionados, en niños y/o adolescentes. Entre ellas se pueden destacar:

- Encuesta Mundial de Salud Escolar: realizada en dos ocasiones hasta la fecha (2007 y 2012).

Esta encuesta aporta información sobre la población de jóvenes escolarizados de 1ro a 3er año del secundario. (Ministerio de Salud de la Nación y Center of Disease Control and Prevention - CDC)

- Encuesta Nacional de Nutrición y Salud: llevada a cabo en el 2005. Entre otros temas, proporciona información sobre el estado nutricional de niños, niñas, mujeres embarazadas y en edad fértil (Ministerio de Salud de la Nación)

- Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: realizada en 2013. Además de otros datos, ofrece información sobre los comportamientos de las mujeres respecto a la lactancia (Ministerio de Salud de la Nación e Instituto de Estadísticas y Censos – INDEC).

- Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares: las últimas ediciones fueron realizadas en 2004-2005 y en 2012-2013. Releva datos sobre gastos en los hogares, entre ellos consumo en alimentos y bebidas (INDEC).

Conclusión

La prevalencia de obesidad en niños y adolescentes es un problema importante de salud pública en nuestro país. Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer en términos de políticas públicas para hacer frente a esta problemática. Si bien no hay evidencia científica robusta acerca de la efectividad e impacto de las intervenciones a seguir, existen líneas de acción estratégicas claras recomendadas por la OPS/OMS. Algunos países de la región ya han comenzado a desarrollar acciones de fondo para dar respuesta a la epidemia de obesidad infantil siguiendo estos ejes. A pesar de que en Argentina se han implementado algunas intervenciones, éstas deberían profundizarse y reorientarse siguiendo dichas líneas de acción.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la prevención de la obesidad ben la niñez y la adolescencia. [En línea] 2104. [Citado el: 02 de 06 de 2015.] <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/09/Plan-de-Accion->
2. Minsiterio de Salud de la Nación. ENNYS (ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICIÓN Y SALUD) Y ENCUESTAS NACIONALES DE LACTANCIA MATERNA. [En línea] 2005. [Citado el: 10 de 10 de 2015.] <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/ennys.html>.
3. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. Rivera, JA, y otros. 2014, Lancet Diabetes Endocrinol, Vol. 2, págs. 321-32.
4. Incidence of childhood obesity in the United States. Cunningham SA, Kramer MR, Venkat Narayan KM. 5, 2014, N Engl J Med, Vol. 370, págs. 403-411.
5. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, et al. 2005, Circulation, Vol. 111, págs. 1999-2012.
6. Michaud P-A, Suris JC, Viner R. OMS. The adolescent with a chronic condition: epidemiology, developmental issues and health care provision. [En línea] [Citado el: 02 de 07 de 2015.] http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595704_eng.pdf.
7. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershov RC, et al. 2005, N Engl J Med, Vol. 352, págs. 1138-1145.
8. UNICEF. Convención sobre los derechos del niño. [En línea] [Citado el: 10 de 10 de 2015.]

<http://www.unicef.org/argentina/spanish/7.-Convencionsobreloderechos.pdf>.

9. OMS-OPS. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia 2014-2019. [En línea] 2014. [Citado el: 01 de 07 de 2015.] <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/09/Plan-de-Accion-para-la-Prevencion-de-la-Obesidad-en-la-Ninez-y-la-Adolescencia.pdf>.

10. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. [En línea] 2015. [Citado el: 10 de 10 de 2015.] <http://www.msal.gob.ar/ent/>.

11. —. Dirección de Maternidad e Infancia. Nutrición. [En línea] 2015. [Citado el: 10 de 10 de 2015.] <http://www.msal.gob.ar/dinami/index.php/publicaciones-para-equipos-de-salud/nutricion>.

12. Ministerio de Educación. Educación Secundaria. Centros de Actividades Juveniles. [En línea] [Citado el: 10 de 11 de 2015.] <http://www.me.gov.ar/curriform/mascaj2.html>.

13. —. Áreas Curriculares. Núcleos de Aprendizajes Prioritarios. [En línea] [Citado el: 14 de 10 de 2015.] <http://www.me.gov.ar/curriform/nap.html>.

14. Population Approaches to Improve Diet, Physical Activity and Smoking Habits. A Scientific Statement From the American Heart Association. Mozaffarian, Dariush, y otros. *Circulation*. 2012 Sep 18;126(12):1514-63.

15. Gómez, Paula, y otros. Impacto del marketing de alimentos y bebidas dirigidos a niños en Argentina. [En línea] 2013. [Citado el: 10 de 10 de 2015.] http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/programa_resumenes.pdf.

16. Ministerio de Agricultura, ganadería y Pesca. Guía de rotulados para alimentos envasa-

dos. [En línea] 2013. [Citado el: 02 de 11 de 2015.] http://www.alimentosargentinos.gov.ar/contenido/publicaciones/calidad/Guias/GRotulado_2013_Dic.pdf.

17. Ministerio de Desarrollo Social. Políticas Sociales. Familia Argentina. [En línea] [Citado el: 04 de 11 de 2015.] <http://www.desarrollosocial.gob.ar/pnsa>.

18. Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI). [En línea] [Citado el: 04 de 11 de 2015.] <http://www.inti.gob.ar/>

Boletín de vigilancia N°8

Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo

Febrero 2016



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Av. 9 de julio 1925 (C1073ABA) - CABA - República Argentina
Teléfono: (54-11) 4379-9000 / Web: www.msal.gov.ar

Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles
Teléfono: 4379-9271
www.msal.gov.ar/ent
vigilanciaent@msal.gov.ar