

2°

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud

ENNyS2

RESUMEN EJECUTIVO

SEPTIEMBRE | 2019

2°

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud

ENNyS2

RESUMEN EJECUTIVO

S E P T I E M B R E | 2 0 1 9



AUTORIDADES MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel Espinosa

Directora Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia

Dra. Diana Fariña

Directora Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles

Dra. Verónica Irene Schoj

Equipos técnicos y responsables¹ – Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Coordinación General de la Encuesta: Lic. Lucila Goldberg y Mag. Guadalupe L. Mangialavori

Diseño Metodológico y de herramientas de recolección: Dr. Enrique Abeyá, Dra. Carolina Begué, Dra. Cristina Cipolla, Dra. Gabriela De Roia, Lic. Ignacio Drake, Dra. Natalia Elorriaga, Lic. Gabriela Figueroa, Lic. Evelyn Gitz, Lic. Lucila Goldberg, Dra. Mariana Janjetic, Mag. Guadalupe L. Mangialavori, Hilario Moreno del Campo, Mag. Verónica Risso Patrón, Mag. María Julieta Rodríguez Cámara, Dr. Daniel Stecher y Lic. Mariela Tenisi.

Consistencia de la Información y análisis: Dra. Carolina Begué, Lic. Andrés Bolzán, Lic. Pablo Cadoche, Mag. José E. Carrizo Olalla, Lic. Brian Covaro, Dra. Natalia Elorriaga, Lic. Gabriela Figueroa, Ing. Nicolás Garrido, Luis Giolito, Lic. Lucila Goldberg, Lic. Laura Gutierrez, Analista Gerardo Ibarra, Mag. Guadalupe L. Mangialavori, Ing. Juan Shifres.

Supervisión del Recordatorio de 24 horas: Florencia Alegre, Yamila Almaraz, Andrea Delgadillo, Aylen González, Dra. Natalia Elorriaga, Mag. Guadalupe L. Mangialavori, Lic. Iris Romero y Florencia Ruggi.

Capacitación para el análisis de la distribución de la ingesta usual: Dra. Alicia Carriquiry.

Equipos de Comunicación: Lic. María del Carmen Mosteiro, Lic. Diego Rubio, Lic. Luciana Mercedes Zarza, Lic. Marcos Gutiérrez, Lic. Facundo Miranda y Lic. Agostina Fontana.

Diseño de la publicación: Agustina De la Puente, Solange Coste.

Trabajo de campo: Consultora KNACK Argentina S.A.: Director: Gerardo Adrogué; coordinadora general del operativo: Lic. Lucila Falus; coordinadora nacional del relevamiento: Lic. Claudia Czaczke; Lic. Mariel Masse-
ra: asistente en la coordinación del campo; coordinadora nacional del trabajo de campo de las nutricionis-
tas: Lic. Valeria Abajo; coordinadoras regionales en campo: Lic. Nadia Attie, Lic. Ana María Cáceres, Lic. Ana
Belén Cavasin, Lic. Yanina del Valle Balmaceda, Lic. María Florencia Orlando y Lic. Ana Soruco.

Trabajo de campo para mediciones bioquímicas: Fundación Bioquímica Argentina. Director: Dr. Claudio Duymovich; Coordinadora Nacional en Campo: Dra. Paula Valeria Zarina; otros colaboradores del equipo central: Dr. Marceolo Daniel Canala y Sr Carlos Emilio Rodríguez.

Diseño muestral: Lic. Augusto Horszowski.


Capacitaciones de equipos técnicos: Lic. Ana Biglieri, Dra. Natalia Elorriaga, Lic. Gabriela Figueroa, Lic. Claudia Lázaro, Mag. Guadalupe L. Mangialavori y Lic. Mariela Tenisi.

Redacción del Informe Ejecutivo: Dra. Carolina Begué, Mag. José E. Carrizo Olalla, Lic. Ignacio Drake, Dra. Natalia Elorriaga, Dra. Diana Fariña, Lic. Andrea Favieri, Lic. Gabriela Figueroa, Lic. Malena Gai, Lic. Lucila Goldberg, Lic. Eliana Hansen, Lic. Josefina Locatelli, Lic. Ana King, Mag. Guadalupe L. Mangialavori, Lic. Ma Eugenia Molinari, Mag. Victoria O'Donnell, Mag. Verónica Risso Patrón, Mag. María Julieta Rodríguez Cámara y Dra. Verónica Schoj.

Equipo de Presupuesto, Compras y Administración: Tec. Nancy Lorena Bravo, Lic. Nicolás Gómez Balsame-
lo, Cintia Jimenez.

Fuentes de Financiamiento: Esta encuesta recibió financiamiento de diversas fuentes: La etapa del trabajo de campo que incluyó las entrevistas y mediciones antropométricas fue financiada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a través del proyecto ARG 13/005 bajo el programa "Gobernanza y Gestión en Salud".

¹ Por orden alfabético

A thick blue line starts at the top left, dips down, and then rises towards the top right corner of the page.

La etapa de mediciones bioquímicas recibió financiamiento del Proyecto PROTEGER "Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles" BIRF 8508, Ministerio de Salud y Desarrollo de la Nación."

Agradecimientos

A UNICEF por su apoyo en las diferentes etapas del diseño y desarrollo de la encuesta, financiamiento de equipamiento complementario para el desarrollo del trabajo campo y financiamiento de un consultor para el análisis; a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por su cooperación técnica en el desarrollo de la encuesta y financiamiento de consultores para el análisis de los resultados; a la Dra. Grisel Adissi por su asesoría en el formato de los cuestionarios; a la Dra. Alicia Witriw por su colaboración en la elaboración de los materiales de capacitación en antropometría; a la Universidad Nacional de la Matanza por su apoyo en el desarrollo del Atlas Fotográfico Digital de Alimentos Argentinos (AFDAA), al equipo del Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan por la capacitación y estandarización antropométrica del equipo a cargo de la capacitación nacional; a la Federación de Graduados en Nutrición (FAGRAN), por su colaboración en el reclutamiento de nutricionistas de todo el país para que el trabajo de campo fuera posible; a la Dra. Mercedes De Onis (Representante argentina de OMS) por su asesoramiento en análisis de los datos antropométricos; y a los nutricionistas, encuestadores y bioquímicos de todo el país que realizaron la tarea con profesionalismo y compromiso.

2°

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNyS2

DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD
Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

DIRECCION NACIONAL DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA
PRINCIPALES RESULTADOS DE LOS INDICADORES PRIORIZADOS

RESUMEN EJECUTIVO

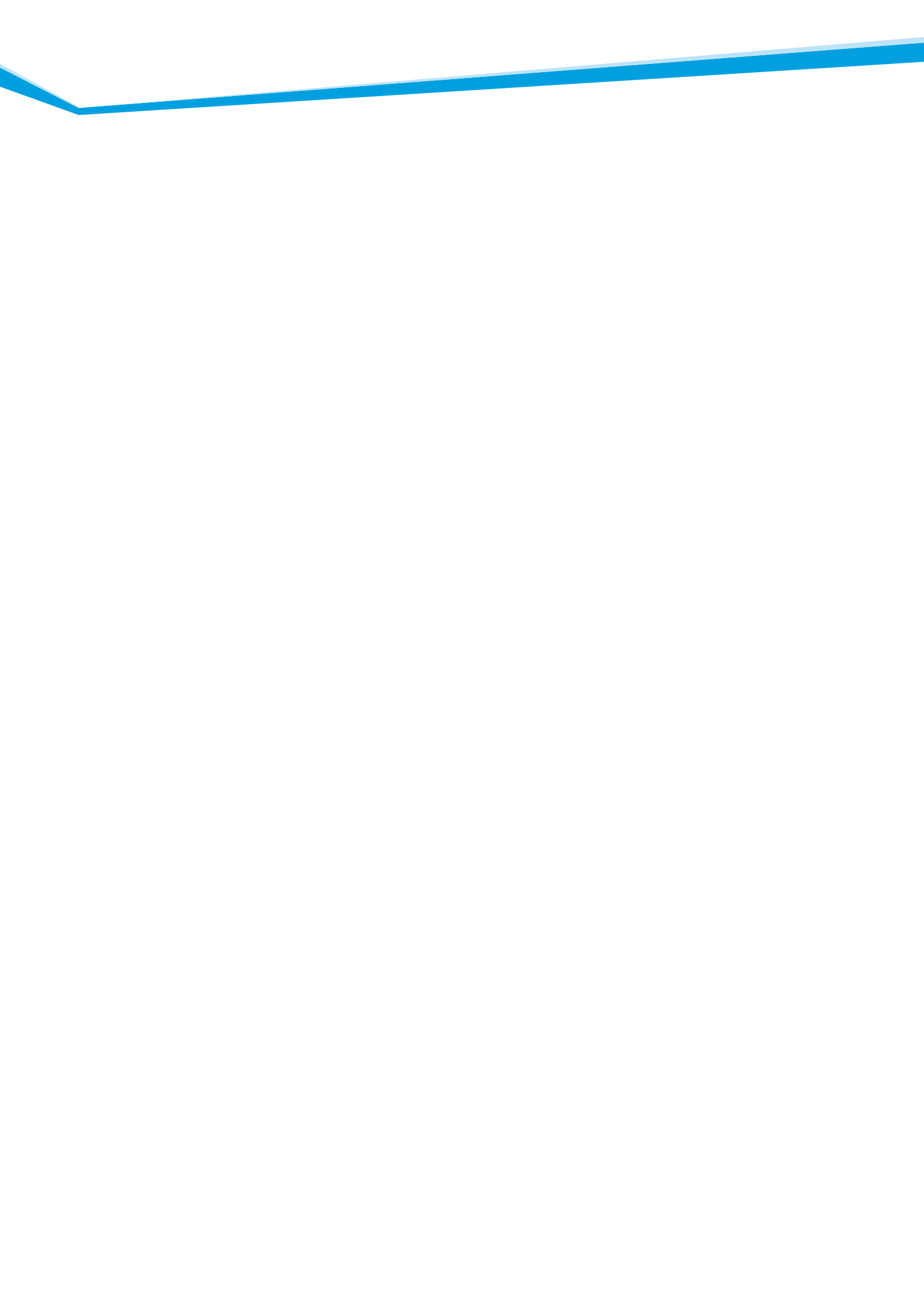
SEPTIEMBRE | 2019



Secretaría
de Gobierno
de Salud



Ministerio de Salud
y Desarrollo Social
Presidencia
de la Nación



2° ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICIÓN Y SALUD (ENNYs 2)

INDICADORES PRIORIZADOS. SEPTIEMBRE 2019

RESUMEN EJECUTIVO

Qué es La ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICIÓN Y SALUD (ENNYs 2)

La ENNYs es una encuesta nacional que proporciona información sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones, entre ellas la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, los hábitos alimentarios de la población argentina, la ingesta de alimentos y nutrientes a través de un recordatorio de 24 hs (R24H), y la lactancia materna. También indaga sobre alimentación en los entornos escolares, políticas alimentarias, etiquetado nutricional, publicidad de alimentos, y sobre otros temas relevantes de salud como actividad física, enfermedad celíaca y vacunas. Asimismo la encuesta aporta información sobre índices antropométricos (peso y talla) y otras variables objetivas y bioquímicas para evaluar el estado nutricional de la población, la ingesta de sodio y la función renal.

La primera ENNYs fue realizada entre los años 2004 y 2005 exclusivamente en la niños mayores de 6 meses a 5 años, embarazadas y mujeres en edad fértil, mientras que la ENNYs 2 realizada en 2018-2019 fue realizada en niños, niñas y adolescentes (NNyA) de ambos sexos de 0 a 17 años, y en adultos de ambos sexos de 18 años y más.

La ENNYs 2 constituye una herramienta fundamental para realizar un diagnóstico de la situación epidemiológica sobre el estado nutricional, los patrones alimentarios y hábitos de consumo en la población de NNyA y adultos que viven en la República Argentina, información indispensable para formular políticas públicas que den respuesta a esta problemática prioritaria en la agenda sanitaria, así como para monitorear el impacto de las políticas implementadas.

METODOLOGÍA

La ENNYs 2 es una encuesta representativa de los individuos residentes en hogares particulares de localidades urbanas de 5000 habitantes y más, en la República Argentina. Se trata de una **muestra probabilística estratificada por región y polietápica** en 4 fases de selección aleatoria, con arreglo proporcional a la población. La población estudiada fue dividida en **3 subgrupos poblacionales de estudio**, de cada uno de los cuales se extrajo una muestra con representatividad independiente: **Lactantes de 0 a 23 meses** (inclusive); **NNyA de 2 a 17 años** (inclusive) y **Adultos** varones y mujeres de 18 años y más.

La muestra garantizó la representatividad de las 6 regiones del país y a nivel nacional. El diseño muestral de la ENNYs 2 contempló que para cada una de las regiones fuera posible analizar información relativa a lactantes, NNyA y población adulta, con un error muestral siempre menor al 3% y considerando un intervalo de confianza del 95%. **La cantidad de casos efectivos en la ENNYs 2 fue de 21.358.**

La recolección de información fue electrónica en tablets, e implicó tres etapas: **Etapas 1:** aplicación de cuestionarios estructurados por autorreporte para cada subgrupo de edad e información sociodemográfica y recordatorio de 24 horas (R24H). **Etapas 2:** mediciones antropométricas según los grupos de edad. **Etapas 3:** mediciones bioquímicas de sangre y orina a una submuestra de cada grupo de edad con representatividad nacional.

Operativo de campo: para la aplicación del cuestionario, el R24H y las mediciones antropométricas se realizaron bajo la coordinación general de KNACK Argentina SA, consultora contratada mediante Licitación Pública Internacional; las determinaciones bioquímicas estuvieron a cargo de la Fundación Bioquímica Argentina, institución que también fue contratada mediante Licitación Pública. La supervisión técnica a lo largo de todo el trabajo de campo estuvo a cargo del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (DPSyCECNT) y la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DINAMIA).

Para cada indicador se informan los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) considerando el diseño de la muestra. No se realizan comparaciones con la Primera ENNyS realizada en 2004-2005, lo cual está previsto para el informe final.

RESULTADOS

Antropometría en NNyA de 0 a 17 años

Niños y niñas menores de 5 años (0-59 meses):

- La proporción de **bajo peso y emaciación** en la población de menores de 5 años fue de **1,7%** y **1,6%** respectivamente.
- La proporción de **baja talla** a nivel nacional fue de **7,9%**, con diferencias significativas por nivel de ingreso (primer quintil 11,5% vs. quinto quintil 4%).
- Utilizando la nueva metodología de la OMS 2019¹:
 - la proporción de **sobrepeso** en la población de menores de 5 años resultó de **10%**.
 - la proporción de **obesidad** en la población de menores de 5 años resultó de **3,6%**.
 - el **exceso de peso** estuvo presente en el **13,6%** de la población menor de 5 años.

NNyA de 5 a 17 años:

- La proporción de delgadez en esta población fue de **1,4%**.
- La proporción de baja talla a nivel nacional fue de **3,7%**, con diferencias significativas por nivel de ingreso (primer quintil 3,8% vs. quinto quintil 1,3%) .
- La proporción de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 17 años fue del **20,7%** y **20,4%** respectivamente.
- El exceso de peso estuvo presente en el **41,1%** de la población de 5 a 17 años.

1. Sobrepeso: IMC/E > 2DE y ≤ 3 DE; obesidad: IMC/E > 3 DE. Tener en cuenta que el presente indicador es diferente al utilizado en la ENNyS 1, de acuerdo a las recomendaciones recientes de la OMS 2019

El sobrepeso y la obesidad resultaron ser las formas más frecuentes de malnutrición en NNyA y se confirma su aumento en concordancia con otras encuestas, como la 3ra Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018, pronta a publicarse.

En el caso de la malnutrición por déficit, los datos indican que la prevalencia de emaciación, bajo peso y delgadez en todos los grupos es baja desde una perspectiva poblacional. La baja talla fue mayor en la población en situación de vulnerabilidad social para todas las edades.

En relación con otros estudios previos realizados en el país, se observa que la baja talla y el bajo peso se mantienen en valores relativamente estables y se relacionaron de manera inversa al nivel socioeconómico, no así el sobrepeso y la obesidad que fueron similares para todos los niveles de ingreso en NNyA.

Antropometría en adultos de 18 y más

- En la población adulta, la prevalencia de exceso de peso fue de **67,9%**.
- La prevalencia de **sobrepeso** en la población adulta fue de **34%**.
- La prevalencia de **obesidad** de la población adulta fue de **33,9%**, con diferencias significativas por nivel de ingreso (primer quintil 36,9% vs. quinto quintil 29%) .

La epidemia de sobrepeso y obesidad es la forma más frecuente de malnutrición y se confirma que continúa aumentando sostenidamente en Argentina. Esto está en concordancia con lo observado en la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, donde la prevalencia de exceso de peso fue de 66,1%, lo cual valida la calidad de la información recolectada. Ambas encuestas también coinciden en que aproximadamente la mitad de la población con exceso de peso se encuentra en rango de sobrepeso y la otra mitad en rango de obesidad.

Los grupos sociales de menores ingresos evidenciaron mayores índices de exceso de peso a expensas de mayor prevalencia de obesidad, que fue un 21% mayor en el quintil de ingresos más bajos respecto del más alto.

Lactancia Materna (LM)

- El **96,9%** de los niños iniciaron la lactancia materna al nacer.
- Más de la mitad de los niños (**56,5%**) fue puesto al pecho por primera vez en la primera hora de nacidos.
- Entre aquellos que no iniciaron LM, los principales motivos reportados por las madres fueron **“nunca pudo prenderse al pecho” (47,5%)**, **“nunca tuve leche” (28,9%)** y **“me lo indicó el médico por un problema de salud mío” (11,2%)**. Lamentablemente la **lactancia materna exclusiva (LME)** sólo estuvo presente en el **43,7% de los niños menores de 6 meses**.
- La frecuencia de LME resultó inferior a medida que aumentó la edad del lactante. Al momento de la encuesta el **10,7%** de los niños menores de 6 meses no recibía lactancia materna. La edad promedio de abandono de la LM fue de **6,3 meses**.
- Los principales motivos de abandono referidos fueron **“me quedé sin leche”, “el/la niño/a dejó solo/a”** y **“el/la niño/a se quedaba con hambre”**.

- El **72,3%** de las madres reportó amamantar al niño/a a libre demanda.
- El **6,4%** de los niños recibía leche de una nodriza.

El inicio de la LM presentó valores elevados. La proporción de LME en menores de 6 meses sigue siendo baja: en la ENNyS 2 fue del 43,7% y resulta comparable a la última encuesta nacional de lactancia ENaLac (54%). El principal motivo de abandono de la LM sigue siendo que la madre refiere haberse quedado sin leche.

Dos nuevas dimensiones estudiadas en la ENNyS 2 muestran que: el 6,4% de los niños y niñas había sido amamantado por una mujer diferente a la propia madre, con una prevalencia mayor en los hogares más desfavorecidos socioeconómicamente, aún siendo esta una práctica desalentada en nuestro país. Por otro lado, casi un 30% de los lactantes no son alimentados a libre demanda, que es una práctica fundamental para garantizar la correcta instalación y continuidad de la LM.

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos

- El **32,5%** de la población de 2 años y más refirió haber consumido frutas al menos una vez por día durante los últimos tres meses. Los encuestados del quintil más alto reportaron casi el doble de consumo de frutas que el quintil más bajo (**45,3% vs. 22,8%** respectivamente). El grupo de 13 a 17 años refirió un consumo de frutas frescas de **21,4%**, que resultó menor que el porcentaje del grupo de **2 a 12 años (36,3%)**, y al de **18 años y más (33%)**.
- El **37,8%** de la población reportó haber consumido verduras al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses. Entre los adultos de 18 años y más se observó mayor frecuencia de consumo (**40,8%**) respecto de los rangos de menor **edad (2 a 12, 29,6%, y 13 a 17 años, 32,4%)**.
- Entre los **lácteos recomendados, 4 de cada 10 individuos refirieron haber consumido leche, yogur y/o queso al menos una vez al día**, tomando como referencia los últimos tres meses. El consumo de leche, yogur y/o queso al menos una vez al día alcanzó a **6 de cada 10 niños en el grupo poblacional de 2 a 12 años**, mientras que entre adolescentes y adultos fue de **4 de cada 10**. Respecto de los quintiles de ingresos del hogar, se registró mayor consumo de leche, yogur y/o queso al menos una vez al día en el **quinto quintil (56,7%)** respecto del **primer quintil (34,6%)**.
- Entre las **carnes recomendadas, 5 de cada 10 individuos refirieron haber consumido carne roja, carne de ave y/o huevo al menos una vez al día**, tomando como referencia los últimos tres meses.
- El **25% de la población refirió haber consumido pescado fresco y/o enlatado al menos una vez por semana**. Los adolescentes de 13 a 17 años reportaron menor frecuencia de consumo (**16,5%**) respecto de los otros grupos etarios (alrededor del 25%). En el quintil más alto fue 2,5 veces mayor que la del quintil más bajo, (**39,5% vs 16%**, respectivamente).
- El **36,7% de la población refirió haber consumido bebidas artificiales con azúcar al menos una vez al día**, tomando como referencia los últimos tres meses. Entre los **NNyA se observó un porcentaje de consumo mayor (46%)** que entre los **adultos (32,9%)**. En los **dos quintiles más bajos (46,9% y 45,5% respectivamente)** los valores superaron al total nacional y fueron más de **2 veces mayores que el registrado en el quintil más alto (20,9%)**.
- El **17,2% de la población refirió haber consumido productos de pastelería, y/o facturas, galletitas dulces, cereales con azúcar al menos una vez al día**, tomando como referencia los últimos tres meses. En el grupo de **2 a 12 años se registró casi el doble de consumo de estos productos (27,8%)** respecto de la población adulta (**13,4%**).

- El 15,1% de la población refirió haber consumido productos de copetín (papas fritas, palitos de maíz, etc.) dos veces por semana o más, tomando como referencia los últimos tres meses. En los NNyA se observó mayor consumo de productos de copetín. En niños y niñas de 2 a 12 años el consumo casi triplicó al de los adultos (26,5% vs. 10,5% respectivamente). En el quintil más bajo de ingresos del hogar se evidenció un consumo de productos de copetín 2 veces mayor que en el quintil más alto (22% vs 10,5% respectivamente).
- El 36% de la población refirió haber consumido golosinas (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal, etc.) dos veces por semana o más, tomando como referencia los últimos tres meses. Así 6 de cada 10 niños de 2 a 12 años y 5 de cada 10 adolescentes de 13 a 17 años consumieron golosinas dos veces por semana o más. En estos grupos etarios se evidenció un porcentaje mayor respecto de la población adulta (casi 3 de cada 10).

En Argentina los cambios en los patrones de consumo de alimentos siguen la tendencia mundial, y atraviesan a todo el entramado social afectando especialmente a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

La proporción de población que refiere haber consumido diariamente los alimentos recomendados como frutas frescas y verduras, carnes, leche, yogur o quesos, se encuentra por debajo de las recomendaciones de consumo, siendo más marcado en algunos casos como frutas y verduras. Por el contrario, la proporción de la población que refiere consumir diaria o frecuentemente alimentos no recomendados como bebidas azucaradas, productos de pastelería, productos de copetín y golosinas, que poseen alto contenido de azúcar, grasas y sal y bajo valor nutricional, es alarmante.

Los datos confirman consistentemente que el consumo diario de alimentos saludables es significativamente menor en los grupos de niveles educativos bajos y en los de menores ingresos. Por el contrario los alimentos no recomendados se consumen más frecuentemente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad. Este gradiente socioeconómico se observa tanto en adultos como en niños.

Al comparar poblaciones según su edad, el patrón alimentario de NNyA es significativamente menos saludable que el de los adultos. Los NNyA consumen un 40% más de bebidas azucaradas, el doble de productos de pastelería o productos de copetín y el triple de golosinas respecto de los adultos. Este peor patrón alimentario entre los NNyA obedece probablemente a múltiples causas descriptas en la literatura, como un marketing dirigido a los niños, y entornos escolares obesogénicos, entre otros. Es, sin duda, un determinante que puede contribuir a explicar el crecimiento más acelerado de la epidemia de obesidad en los niños.

Publicidad y etiquetado de alimentos

- El 21,5% de los adultos responsables de niños y niñas de entre 2 y 12 años declaró que compró, al menos una vez en la última semana, algún alimento y/o bebida porque el niño lo vio en una publicidad.
- El 23,5% de la población de 13 años y más declaró que compró algún alimento y/o bebida en la última semana porque lo vio en una publicidad.
- Con relación a la lectura del etiquetado nutricional de productos envasados al momento de la compra, 3 de cada 10 individuos de 13 años y más declararon que en general leen la tabla de composición nutricional del envase de los productos que compran. Se observó una significativa diferencia entre quintiles, siendo 23,2% en el primer quintil y 37,5% en el quinto quintil.

- La mitad de las personas que leen generalmente la tabla nutricional de los productos que compra, declararon que frecuentemente o siempre la información les resulta comprensible.

Los resultados corroboran la influencia en el comportamiento de compra que tiene la publicidad promoción y patrocinio de los alimentos, observándose que una cuarta parte de los adultos refirió haber comprado un producto porque lo vio en una publicidad en la última semana.

También corroboran el efecto de influencia que la publicidad tiene en los niños, y como éstos solicitan a los padres y consiguen que éstos les compren productos que vieron en una publicidad.

En cuanto al etiquetado, solo un tercio de la población lee las etiquetas, y de ellos solo la mitad las entiende, lo cual implica que menos del 15% de la población estaría comprendiendo la información nutricional del envase. Esto demuestra que el sistema de información nutricional vigente en nuestro país no funciona adecuadamente para informar a la mayoría de los consumidores, siendo consistente con la evidencia internacional.

La población con menor nivel educativo e ingresos más bajos, lee aún menos las etiquetas de los productos, evidenciándose que los sistemas complejos de información nutricional vigentes son menos accesibles para la población en situación de mayor vulnerabilidad.

Entornos escolares

- **A 5 de cada 10 NNyA de entre 2 y 17 años, la guardería, jardín y/o escuela les proveyó algún alimento y/o bebida.** Los niños y niñas escolarizados de 2 a 12 años recibieron mayor provisión de alimentos y/o bebidas en los establecimientos educativos (**61,1%**) que los del grupo de 13 a 17 años (**36,2%**). En establecimientos de gestión estatal se evidenció mayor porcentaje de provisión de alimentos y/o bebidas (**62,8%**) respecto de las instituciones privadas (**18,6%**).
 - 2 de cada 10 estudiantes escolarizados reportaron que su institución siempre les provee **frutas frescas**.
 - 3 de cada 10 estudiantes escolarizados reportaron que la institución educativa siempre les provee **yogur, postres lácteos y/o leche**. Se observó mayor frecuencia en los establecimientos estatales (31,3%) con respecto a los privados (19,7%).
 - 6 de cada 10 estudiantes escolarizados reportaron que la institución educativa siempre les provee **agua** segura (sin el agregado de jugo, frutas, etc.). Este indicador se observó en una menor proporción en los establecimientos estatales (55,6%) respecto de los privados (70,6%).
 - Al **26,6% a veces o siempre se les provee bebidas con azúcar**. Se observó mayor frecuencia entre quienes asisten a un establecimiento de gestión privada (43,4%) respecto de quienes asisten a un establecimiento estatal (25,1%).
 - Al **71,2% de los NNyA escolarizados** la escuela le provee a veces o siempre **facturas, productos de pastelería, galletitas dulces y/o cereales con azúcar**.
- **8 de cada 10 estudiantes escolarizados de 6 a 17 años reportaron que la escuela posee un kiosco o buffet** donde se pueden comprar alimentos y/o bebidas. Se observó mayor porcentaje de este indicador en los establecimientos de gestión privada (89,4%) respecto de los de administración pública (74,7%).
- **4 de cada 10 NNyA escolarizados de 6 a 17 años en todo el país reportaron haber comprado algún alimento y/o bebida en el kiosco o buffet de la institución escolar a la que acuden, durante los últimos 7 días.**
 - En cuanto a la compra de productos en el kiosco y/o buffet en la última semana, **4 de cada 10 NNyA** escolarizados de entre 6 y 17 años que compraron algún alimento y/o bebida, reportaron haber comprado **bebidas con azúcar**.

- Se observó que **6 de cada 10 NNyA** escolarizados de entre 6 y 17 años compraron **golosinas** en el kiosco o buffet de la escuela durante la última semana.
- El **24,5%** de los NNyA escolarizados de 6 a 17 años compró **facturas, productos de pastelería, galletitas dulces y/o cereales con azúcar** en el kiosco o buffet de la escuela, durante los últimos 7 días.
- Asimismo, un **14,9%** reportó haber comprado **productos de copetín** durante la última semana.

La mayor frecuencia de provisión de alimentos se observa en la escuela primaria de gestión estatal.

Los datos indican que es muy baja la proporción de estudiantes que refieren la provisión diaria, por parte de las escuelas de alimentos recomendados como frutas y lácteos (21,5% frutas frescas y 30,3% yogur, postres lácteos o leches).

En el caso de la provisión de agua, las recomendaciones indican ofrecerla diariamente y en todo momento, pero sólo el 56,9% de los estudiantes reportaron que la escuela la ofrece siempre. Como contrapartida, es alta la proporción de estudiantes (mayor al 70%) que menciona la provisión de alimentos no recomendados por su elevado contenido de nutrientes críticos (como facturas, productos de pastelería, galletitas dulces y cereales con azúcar). Incluso 1 de cada 4 estudiantes refirió que la escuela provee bebidas azucaradas.

Por su parte, es elevada la proporción de los estudiantes (78,1%) que mencionan que la escuela posee kiosco o buffet. Los productos más comprados por los NNyA, tanto en la escuela pública como privada, son las golosinas y las bebidas azucaradas.

Los datos sobre los alimentos que se proveen y que se compran dentro de las escuelas confirman que los NNyA están expuestos a un entorno obesogénico que fomenta el consumo de alimentos y bebidas, que deberían consumirse muy esporádicamente. Asimismo, no se facilita de manera sistemática y mayoritaria la adopción de hábitos alimentarios saludables. Esta situación afecta tanto a escuelas de gestión estatal como privada y pone de manifiesto la necesidad de adecuar los marcos regulatorios nacionales y provinciales, para que los mismos se ajusten a los estándares internacionales.

POLÍTICAS ALIMENTARIAS EN MARCHA Y FUTUROS DESAFÍOS

Argentina cuenta con un conjunto de herramientas legales, normas y programas vinculados a políticas alimentarias. El derecho a la alimentación está consagrado en la Constitución Nacional a través de la ratificación de Argentina de numerosos tratados internacionales de derechos humanos, que explícitamente abordan el derecho a una alimentación adecuada. Sin embargo el corpus normativo vigente a nivel nacional y subnacional regula la temática de manera parcial y fragmentada, y las medidas no están basadas en estándares científicos internacionales que garanticen una alimentación saludable y prevengan la malnutrición en todas sus formas, especialmente el sobrepeso y la obesidad.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación en los últimos años ha desarrollado una intensa agenda de rectoría sanitaria para abordar la prevención del sobrepeso y obesidad y articularla con otros Ministerios Nacionales, las Provincias, el Congreso de la Nación, las Organizaciones Sociales y Académicas, los Organismos Intergubernamentales, OPS, UNICEF y FAO.

Bajo la órbita de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, se creó en **2016 el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad, a través de la Resolución 732/2016**. Además, esta dirección tiene a su cargo la coordinación de la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, organismo interministerial e intersectorial integrado por otras áreas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, otros actores gubernamentales, académicos y de la sociedad civil.

En 2016, la misma dirección publicó las **Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA)** y en **2018 se publicó el Manual de aplicación de las GAPA, ambas aprobadas por la Resolución 693/2019** y reconocidas como el estándar nacional para el diseño de políticas alimentarias, sean éstas educativas, regulatorias y otras.

Bajo la coordinación técnica del Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad, y en colaboración con la Comisión Nacional de Alimentación Saludable se elaboró y publicó en 2018 un **Manual de Recomendaciones sobre Etiquetado Frontal de Alimentos** que establece los estándares en base a la evidencia científica disponible, y recomienda la puesta en marcha de un etiquetado frontal de advertencia por ser el más efectivo para informar a los consumidores de forma clara, simple y rápida e influenciar los patrones de compra hacia alimentos más saludables, incluidos NNyA y personas de menor nivel de instrucción.

En 2019 a través de la **Resolución 996/2019 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social puso en marcha el Plan Nacional “ASI” (Alimentación Saludable en la Infancia)** de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad en NNyA que persigue como objetivos: 1) Educación alimentaria y nutricional, y de actividad física, 2) Campañas de comunicación y concientización 3) Mejora de la calidad nutricional de las políticas sociales alimentarias y promoción de sistemas alimentarios sostenibles y 4) Regulación de los entornos y productos alimenticios. El plan articula un conjunto de normas vigentes, estrategias e iniciativas, para potenciarlas y fortalecerlas.

El foco del plan es la prevención de la obesidad en la niñez y adolescencia y su implementación requiere articulación interministerial e intersectorial, incluyendo a las jurisdicciones provinciales y municipales, al poder legislativo y a las organizaciones académicas y de la sociedad civil. El plan plantea un paquete de medidas basadas en evidencia científica para garantizar el derecho a la alimentación saludable y detener la epidemia de obesidad. Se basa en principios como la perspectiva de derecho a la salud, la equidad por nivel socioeconómico, regional y de género, la coherencia política, la transparencia y el adecuado manejo de los conflictos de interés.

Los componentes 3 y 4 del plan resultan fundamentales para mejorar la situación de la malnutrición en la Argentina. El componente 3, entre otras soluciones, propone la articulación de las compras públicas con la producción fruti-hortícola de pequeña escala, facilitar el acceso a los mercados para los pequeños y medianos productores y agricultores familiares, y generar espacios de diálogo y articulación entre éstos y los gobiernos locales. La articulación de estas medidas permite, por un lado, promover el desarrollo económico local, sistemas alimentarios sostenibles y saludables y, por el otro, mejorar la seguridad alimentaria y la calidad de las políticas sociales alimentarias. En cuanto al componente 4, la regulación de entornos y productos es clave para revertir la tendencia actual. Las principales medidas recomendadas a nivel internacional, y que se plantean como parte del plan, son: la promoción de sistemas alimentarios sostenibles para mejorar la disponibilidad y asequibilidad de alimentos frescos como frutas y verduras, entre otros; el aumento del impuesto a las bebidas azucaradas; las prohibiciones integrales de publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas no saludables; el etiquetado frontal de alimentos; la regulación de los entornos escolares y la mejora de la calidad nutricional de las políticas sociales alimentarias, entre las principales.

En marzo de 2019 se publicaron las **Guías de Entornos Escolares Saludables**, que contienen recomendaciones para la implementación de políticas de prevención del sobrepeso y la obesidad en NNyA en instituciones educativas, aprobadas por Resolución 564/2019. Fueron elaboradas a partir de la colaboración entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Nación, y numerosas organizaciones científicas y académicas, en el marco de la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. Las guías en consonancia con los estándares internacionales establecen un conjunto de recomendaciones para guiar el proceso de sanción de leyes e implementación de programas efectivos para transformar los entornos obesogénicos actuales por entornos escolares saludables.



2°

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud

ENNyS2

INDICADORES PRIORIZADOS

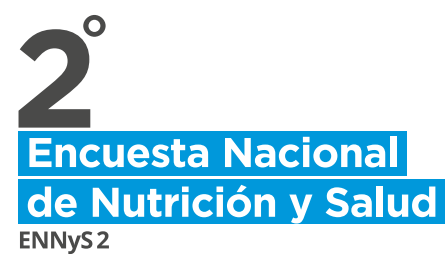
SEPTIEMBRE | 2019



Secretaría
de Gobierno
de Salud



Ministerio de Salud
y Desarrollo Social
Presidencia
de la Nación



AUTORIDADES MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel Espinosa

Directora Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia

Dra. Diana Fariña

Directora Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Dra. Verónica Irene Schoj

Equipos técnicos y responsables¹ – Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Coordinación General de la Encuesta: Lic. Lucila Goldberg y Mag. Guadalupe L. Mangialavori

Diseño Metodológico y de herramientas de recolección: Dr. Enrique Abeyá, Dra. Carolina Begué, Dra. Cristina Cipolla, Dra. Gabriela De Roia, Lic. Ignacio Drake, Dra. Natalia Elorriaga, Lic. Gabriela Figueroa, Lic. Evelyn Gitz, Lic. Lucila Goldberg, Dra. Mariana Janjetic, Mag. Guadalupe L. Mangialavori, Hilario Moreno del Campo, Mag. Verónica Risso Patrón, Mag. María Julieta Rodríguez Cámara, Dr. Daniel Stecher y Lic. Mariela Tenisi.

Consistencia de la Información y análisis: Dra. Carolina Begué, Lic. Andrés Bolzán, Lic. Pablo Cadoche, Mag. José E. Carrizo Olalla, Lic. Brian Covaro, Dra. Natalia Elorriaga, Lic. Gabriela Figueroa, Ing. Nicolás Garrido, Luis Giolito, Lic. Lucila Goldberg, Lic. Laura Gutierrez, Analista Gerardo Ibarra, Mag. Guadalupe L. Mangialavori, Ing. Juan Shifres.

Supervisión del Recordatorio de 24 horas: Florencia Alegre, Yamila Almaraz, Andrea Delgadillo, Aylen González, Dra. Natalia Elorriaga, Mag. Guadalupe L. Mangialavori, Lic. Iris Romero y Florencia Ruggi.

Capacitación para el análisis de la distribución de la ingesta usual: Dra. Alicia Carriquiry.

Equipos de Comunicación: Lic. María del Carmen Mosteiro, Lic. Diego Rubio, Lic. Luciana Mercedes Zarza, Lic. Marcos Gutiérrez, Lic. Facundo Miranda y Lic. Agostina Fontana.

Diseño de la publicación: Agustina De la Puente, Solange Coste, Emmanuel Filomena.

Trabajo de campo: Consultora KNACK Argentina S.A.: Director: Gerardo Adrogué; coordinadora general del operativo: Lic. Lucila Falus; coordinadora nacional del relevamiento: Lic. Claudia Czaczke; Lic. Mariel Massera: asistente en la coordinación del campo; coordinadora nacional del trabajo de campo de las nutricionistas: Lic. Valeria Abajo; coordinadoras regionales en campo: Lic. Nadia Attie, Lic. Ana María Cáceres, Lic. Ana Belén Cavasin, Lic. Yanina del Valle Balmaceda, Lic. María Florencia Orlando y Lic. Ana Soruco.

Trabajo de campo para mediciones bioquímicas: Fundación Bioquímica Argentina. Director: Dr. Claudio Duymovich; Coordinadora Nacional en Campo: Dra. Paula Valeria Zarina; otros colaboradores del equipo central: Dr. Marceolo Daniel Canala y Sr Carlos Emilio Rodríguez.

Diseño muestral: Lic. Augusto Hoszowski.


Capacitaciones de equipos técnicos: Lic. Ana Biglieri, Dra. Natalia Elorriaga, Lic. Gabriela Figueroa, Lic. Claudia Lázaro, Mag. Guadalupe L. Mangialavori y Lic. Mariela Tenisi.

Redacción del Informe Ejecutivo: Dra. Carolina Begué, Mag. José E. Carrizo Olalla, Lic. Ignacio Drake, Dra. Natalia Elorriaga, Dra. Diana Fariña, Lic. Andrea Favieri, Lic. Gabriela Figueroa, Lic. Malena Gai, Lic. Lucila Goldberg, Lic. Eliana Hansen, Lic. Josefina Locatelli, Lic. Ana King, Mag. Guadalupe L. Mangialavori, Lic. Ma Eugenia Molinari, Mag. Victoria O'Donnell, Mag. Verónica Risso Patrón, Mag. María Julieta Rodríguez Cámara y Dra. Verónica Schoj.

Equipo de Presupuesto, Compras y Administración: Tec. Nancy Lorena Bravo, Lic. Nicolás Gómez Balsamelo, Cintia Jimenez.

Fuentes de Financiamiento: Esta encuesta recibió financiamiento de diversas fuentes: La etapa del trabajo de campo que incluyó las entrevistas y mediciones antropométricas fue financiada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a través del proyecto ARG 13/005 bajo el programa "Gobernanza y Gestión en Salud".

¹ Por orden alfabético



La etapa de mediciones bioquímicas recibió financiamiento del Proyecto PROTEGER “Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles” BIRF 8508, Ministerio de Salud y Desarrollo de la Nación.”

Agradecimientos

A UNICEF por su apoyo en las diferentes etapas del diseño y desarrollo de la encuesta, financiamiento de equipamiento complementario para el desarrollo del trabajo campo y financiamiento de un consultor para el análisis; a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por su cooperación técnica en el desarrollo de la encuesta y financiamiento de consultores para el análisis de los resultados; a la Dra. Grisel Adissi por su asesoría en el formato de los cuestionarios; a la Dra. Alicia Witriw por su colaboración en la elaboración de los materiales de capacitación en antropometría; a la Universidad Nacional de la Matanza por su apoyo en el desarrollo del Atlas Fotográfico Digital de Alimentos Argentinos (AFDAA), al equipo del Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan por la capacitación y estandarización antropométrica del equipo a cargo de la capacitación nacional; a la Federación de Graduados en Nutrición (FAGRAN), por su colaboración en el reclutamiento de nutricionistas de todo el país para que el trabajo de campo fuera posible; a la Dra. Mercedes De Onis (Representante argentina de OMS) por su asesoramiento en análisis de los datos antropométricos; y a los nutricionistas, encuestadores y bioquímicos de todo el país que realizaron la tarea con profesionalismo y compromiso.

2°

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNyS2

DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD
Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

y

DIRECCION NACIONAL DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA
PRINCIPALES RESULTADOS DE LOS INDICADORES PRIORIZADOS

SEPTIEMBRE | 2019

La presente publicación fue escrita usando mayormente el masculino como genérico, para evitar la sobrecarga gráfica que implica indicar los diferentes géneros en cada nominación. Por favor, léase esto sólo como una simplificación gráfica, ya que promovemos la igualdad de género en todas sus manifestaciones.

ABREVIATURAS

CV: Coeficiente de Variación

DE: Desvío Estándar

DINAMIA: Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia

DNPSyCENT: Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles

ECV: Enfermedad Cardiovascular

EMSE: Encuesta Mundial de Salud Escolar

ENNyS 1: Primer Encuesta Nacional de Nutrición y Salud

ENNyS 2: Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud

ENT: Enfermedades No Transmisibles

FR: Factores de Riesgo

GAPA: Guías Alimentarias para la Población Argentina

GAPI: Guías Alimentarias para la Población Infantil

IC: Intervalo de Confianza

IC95%: intervalo de confianza del 95%

IMC: Índice de Masa Corporal

IMC/E: Índice de Masa Corporal para la edad

LI: límite inferior

LS: límite superior

LM: Lactancia Materna

LME: Lactancia Materna Exclusiva

LMP: Lactancia Materna Parcial

NNyA: Niños, niñas y adolescentes

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

O.S.: Obra Social

PROSANE: Programa Nacional de Salud Escolar

Plan ASI: Plan de Alimentación Saludable en la Infancia

PPP: Publicidad, Promoción y Patrocinio

Q o q: Quintil

R24H: Recordatorio de 24 horas

UC: Unidad Consumidora

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en Inglés United Nations Children's Fund)

OBJETIVOS GENERALES DE LA SEGUNDA ENCUESTA DE NUTRICIÓN Y SALUD (ENNYs 2)

- Describir el estado nutricional y de salud de la población, y de sus factores asociados (como actividad física, consumo de sodio), útiles para el diseño y evaluación de políticas y programas de salud.
- Caracterizar los hábitos y patrones de consumo alimentario de la población, tanto en niños como en adolescentes y adultos.
- Estimar la prevalencia de lactancia materna en la población de niños menores de 2 años de edad.
- Conocer la cobertura de los programas sociales de asistencia alimentaria.
- Estimar la cobertura de vacunación de la población, tanto en niños como en adolescentes y en adultos.
- Estimar la prevalencia de enfermedad renal crónica en adultos.

La ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICION Y SALUD (ENNYs 2) proporciona información válida, confiable y oportuna sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones, entre ellas la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, los hábitos alimentarios de la población argentina, la ingesta de alimentos y nutrientes a través de un recordatorio de 24 hs (R24H), y la lactancia materna. Asimismo releva información sobre índices antropométricos (peso y talla) y otras variables objetivas y bioquímicas para evaluar el estado nutricional de la población (anemia, sodio en orina, función renal). La encuesta también releva información sobre alimentación en los entornos escolares, políticas alimentarias, etiquetado nutricional, publicidad de alimentos, y dominios sobre otros temas relevantes de salud como actividad física, celiaquía y vacunas.

La primera ENNYs fue realizada entre los años 2004 y 2005 exclusivamente en la población materno-infantil y mujeres en edad fértil, mientras que la ENNYs 2 fue realizada en niños, niñas y adolescentes (NNyA) de ambos sexos de 0 a 17 años, y en adultos de ambos sexos de 18 años y más (1). El trabajo de campo de la encuesta se realizó en tres etapas. La primera consistió en un relevamiento utilizando un cuestionario adecuado a la edad del entrevistado y un recordatorio de 24 horas (R24H) siguiendo la técnica de múltiples pasos². Seguidamente, en la segunda etapa se realizaron mediciones antropométricas según la edad del sujeto, y en la tercera y última etapa en la que se realizó la toma de muestras para determinaciones bioquímicas³ (sangre y orina) para la evaluación de: anemia, déficit de micronutrientes (como ácido fólico y Vitamina B₁₂), sodio en orina y función renal.

El operativo de campo para la aplicación del cuestionario, el R24H y las mediciones antropométricas se realizó bajo la coordinación general de KNACK Argentina SA, consultora que ganó la Licitación Pública Internacional LPI N° 01/2018; las determinaciones bioquímicas estuvieron a cargo de la Fundación Bioquímica Argentina que ganó la Licitación Pública Nacional N°AR-MSAL-52278-NC-RFB; la supervisión técnica a lo largo de todo el proceso estuvo a cargo del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (DPSyCENT) y la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DINAMIA).

² El recordatorio de 24 horas es una técnica de recolección de datos que indaga sobre alimentos, bebidas y suplementos nutricionales ingeridos el día anterior a la entrevista.

³ El cuestionario, el R24H y las mediciones antropométricas se realizaron en toda la población mientras que las determinaciones bioquímicas solo se aplicaron a una submuestra.

INTRODUCCIÓN GENERAL

La malnutrición en todas sus formas es la principal causa de problemas de salud a nivel global (2). En la actualidad, las enfermedades no transmisibles (ENT) representan una de las mayores amenazas para la salud y el desarrollo humano en todo el mundo, especialmente en los países en vía de desarrollo, por sus consecuencias sanitarias, económicas y sociales. Uno de los principales factores de riesgo (FR) de las ENT, es la alimentación inadecuada, junto con el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol y la inactividad física. Estas enfermedades son mayormente prevenibles a través de políticas públicas que controlen los FR⁴.

Se estima que 1 de cada 5 muertes a nivel global son atribuibles a una alimentación inadecuada. Solo en 2017 en 195 países, y sin contar la obesidad, se produjeron 11 millones de muertes causadas por dietas inadecuadas, y entre las principales causas independientes se encontraron el alto consumo de sodio, el bajo consumo de frutas y el bajo consumo de granos enteros que ocasionaron mayormente muertes por enfermedad cardiovascular (ECV), cáncer y diabetes (3).

La alimentación inadecuada es también causa principal de exceso de peso. Entre los principales factores de riesgo del sobrepeso y la obesidad se encuentra la elevada ingesta energética a través de productos de bajo valor nutricional y elevado contenido de azúcar y grasas, la ingesta frecuente de bebidas azucaradas y la actividad física insuficiente (4).

Se estima que mueren alrededor de 4 millones de personas adultas al año en el mundo como consecuencia del sobrepeso y la obesidad. Asimismo, gran parte de la carga de las ENT puede atribuirse al exceso de peso, como es el caso de la diabetes, las cardiopatías isquémicas, y ciertos tipos de cánceres (5) (6). Existe vasta evidencia acerca de la asociación entre el consumo de bebidas azucaradas y ECV, diabetes, síndrome metabólico y muerte (7) (8) (9).

Asimismo, la ingesta de grasa total se relaciona con el índice de masa corporal (IMC) y el perfil lipídico (10). La alteración del perfil lipídico es un factor de riesgo para sufrir enfermedades cardio y cerebrovasculares, mientras que el consumo de ácidos grasos saturados es considerado factor de riesgo para la aparición de algunos tipos de cáncer (11). La ingesta de grasas trans industriales es causa probada de enfermedad ECV (12) (13) (14) (15).

La dimensión del problema de la obesidad es alarmante. En los últimos 40 años, la cantidad de personas obesas en el mundo se triplicó (16). En América Latina la proporción de personas adultas con sobrepeso y obesidad aumentó significativamente en las últimas décadas, siendo para el año 2018 de 57,7% y 23% respectivamente. El aumento de la obesidad ha impactado de manera desproporcionada en las mujeres: en más de 20 países de la región la tasa de obesidad femenina es diez puntos porcentuales mayor que la de los hombres (17).

En NNYA el crecimiento de este problema es crítico y tomó la dimensión de una epidemia. A nivel mundial un 20,6% de los niños y niñas entre 5-9 años y un 17,3% de los NNYA entre 10-19 años, tienen exceso de peso (18). En América Latina entre el 20% y el 25% del total de la población de NNYA, tiene sobrepeso y obesidad (18) (19).

El consumo excesivo de sodio, que mayormente proviene de alimentos procesados, es el FR para el desarrollo de hipertensión arterial y por tanto aumenta el riesgo de ECV, accidentes cerebrovasculares y cardiopatía coronaria en adultos (20) (21).

Existe una evidente modificación en el patrón de consumo alimentario (22) (23) (24) (25) producido en los últimos años a nivel global. La energía proveniente de productos ultraprocesados aumentó más de la mitad en detrimento del consumo de alimentos sin procesar o mínimamente procesados y, por ende,

⁴ Organización Mundial de la Salud. Es hora de actuar. Informe de la Comisión Independiente de alto nivel de la OMS sobre Enfermedades no Transmisibles. Ginebra, 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

de alimentos frescos y en preparaciones caseras. Los cambios en los patrones alimentarios obedecen a un conjunto de factores sociales, económicos, ambientales y demográficos que determinan los hábitos alimentarios de la población como: los modelos de producción de los alimentos, su disponibilidad, asequibilidad, formas de comercialización y marketing que han generado entornos obesogénicos.

Hasta hace algunos años este problema era descripto como propio de los países desarrollados, pero en la actualidad esta situación se modificó y la epidemia se extendió a gran velocidad a los países de bajos y medianos ingresos. La malnutrición, tanto el sobrepeso y la obesidad como la desnutrición, se asocia con la pobreza (4) (17) (26) (27) (28). Las prácticas alimentarias están determinadas no solo por la educación y el acceso al conocimiento, sino también por procesos múltiples y complejos con relación a aspectos económicos, a políticas regulatorias de los entornos y de los productos, a dimensiones socio-culturales, ambientales y demográficas, entre otras. (29)

Por su parte, la malnutrición por déficit y las carencias nutricionales también son causa de enfermedad. En este grupo se incluyen distintas clasificaciones antropométricas (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal) como también carencias por micronutrientes. En lo referido a malnutrición por déficit a nivel mundial, el 7,3% de los niños y niñas menores de cinco años sufre emaciación. A su vez, el retraso del crecimiento en ese grupo de edad ha disminuido un 10% en los últimos seis años aunque según datos del 2018 continúa afectando al 21,9%, con mayor frecuencia en Asia y África. Si bien la prevalencia de malnutrición por déficit está disminuyendo lentamente en relación con la meta establecida para el 2030, el sobrepeso y la obesidad están aumentando hoy en la mayoría de los países, señalando el hecho de que se requieren mayores esfuerzos para detener y revertir esta creciente epidemia (17). En relación con las carencias, el yodo, la vitamina A y el hierro son los más importantes en lo que se refiere a la salud pública a nivel mundial; sus carencias suponen una importante amenaza para la salud y el desarrollo de las poblaciones en todo el mundo, en particular para los niños, niñas y embarazadas de los países de ingresos bajos. (18)

A nivel global tanto la desnutrición clásica como el exceso de peso son abordados como manifestaciones de un mismo problema, estrechamente vinculado al sistema global de producción industrial de alimentos. En este sentido, la “seguridad alimentaria”, tal como lo definió la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, existe cuando “todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana”. (29)

El derecho a la salud y a la alimentación se encuentran indisolublemente unidos al constituirse en derechos básicos, sin los cuales no se puede alcanzar un nivel de vida digno. No obstante, el enfoque sobre el derecho humano a la alimentación y su relación con el derecho a la salud se ha modificado para incluir la perspectiva de alimentación adecuada y nutritiva, ampliando la concepción histórica que consideraba el derecho a la alimentación como una garantía de protección contra el hambre. El derecho a la alimentación adecuada está reconocido en diversos tratados internacionales, siendo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el que lo trata de forma más integral (30).

Frente a esta problemática sanitaria global, el tema se ha puesto en la agenda internacional. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) adoptados en 2015 instan a poner fin a la malnutrición en todas sus formas y para todas las personas en el año 2030 (31).

Los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras entidades establecen recomendaciones con relación a la implementación de políticas públicas para detener la malnutrición en todas sus formas y garantizar el derecho a una alimentación adecuada con especial énfasis en detener el crecimiento de la epidemia de sobrepeso y obesidad, así como también reducir el consumo de sodio, azúcar, grasas saturadas y grasas trans para prevenir las ENT. En este sentido, existe un conjunto de estándares internacionales basados en evidencia para la puesta en marcha de políticas públicas que garanticen el derecho a una alimentación saludable (4) (5) (32) (33). Las principales medidas recomendadas en estos instrumentos internacionales incluyen: la promoción de sistemas alimentarios sostenibles para mejorar la disponibilidad y asequibilidad de alimentos frescos como frutas

y verduras, entre otros; el aumento del impuesto a las bebidas azucaradas; las prohibiciones integrales de publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas no saludables; el etiquetado frontal de alimentos; la regulación de los entornos escolares y la mejora de la calidad nutricional de las políticas sociales alimentarias, entre las principales.

En Argentina, los patrones alimentarios han empeorado en las últimas décadas (34): el consumo de sodio y el de azúcar duplica el consumo máximo recomendado (35) (36); el consumo de frutas y verduras es muy bajo (37); el de bebidas azucaradas es de los más altos del mundo (38), lo cual lleva a que el problema del sobrepeso y la obesidad representen un grave problema de salud pública en el país, que hoy constituye la forma más prevalente de malnutrición.

A lo largo de los últimos años se identifica una preocupante tendencia creciente del sobrepeso y la obesidad en Argentina, en todos los grupos etarios y sociales, particularmente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad social lo que representa la concreción de la doble carga de la enfermedad en estos grupos sociales (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45). La ENNyS 2 constituye una herramienta fundamental para realizar un diagnóstico de la situación epidemiológica sobre el estado nutricional, los patrones alimentarios y hábitos de consumo en la población de NNyA y adultos, que viven en la República Argentina, información que resulta indispensable para formular políticas públicas que den respuesta a esta problemática prioritaria en la agenda sanitaria, así como para monitorear el impacto de las políticas implementadas.

APARTADO 1.

ASPECTOS METODOLÓGICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS

La ENNyS 2 es una encuesta representativa de los individuos residentes en hogares particulares de localidades urbanas de 5000 habitantes y más, en la República Argentina. Se trata de una muestra probabilística *estratificada* por región y polietápica en 4 fases de selección aleatoria, con arreglo proporcional a la población: una primera etapa de selección de aglomerados urbanos de población (formados por ciudades y/o localidades); una segunda instancia de selección de radios censales; la tercera fase de selección de hogares dentro de los radios censales y, por último, la etapa de selección de miembros a encuestar dentro de cada hogar.

A su vez, esta población fue dividida en 3 subgrupos poblacionales de estudio, de cada uno de los cuales se extrajo una muestra con representatividad independiente:

- Lactantes de 0 a 23 meses (inclusive).
- NNyA de 2 a 17 años (inclusive).
- Varones y mujeres de 18 años y más.

Así mismo, la muestra garantizó la representatividad de las 6 regiones del país:

- GBA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 24 partidos del Conurbano bonaerense.
- CENTRO: Resto de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe.
- NORESTE: Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones.
- NOROESTE: Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.
- CUYO: Mendoza, San Juan y San Luis.
- PATAGONIA: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Por lo tanto, el diseño muestral de la ENNyS 2 contempló que para cada una de las regiones fuera posible analizar información relativa a lactantes, NNyA y población adulta, con un error muestral siempre menor al 3% y considerando un intervalo de confianza del 95%. La cantidad de casos efectivos esperados a encuestar en los radios, por región y grupo etario fue la siguiente:

Casos efectivos esperados (según diseño y distribución previa)

Población por edades	GBA	CENTRO	NEA	NOA	CUYO	PATAG.	Subtotal
0-2 años	1200	1200	1200	1200	1200	1200	7200
2-17 años	1200	1200	1200	1200	1200	1200	7200
18 y más	1200	1200	1200	1200	1200	1200	7200
Subtotal	3600	3600	3600	3600	3600	3600	21600

Así, la cantidad de casos efectivamente relevados y disponibles para el procesamiento y análisis fue de 21.358.

Casos efectivamente encuestados (cuestionario general)

Población por edades	GBA	CENTRO	NEA	NOA	CUYO	PATAG.	Subtotal
0-2 años	892	953	1034	1064	974	846	5763
2-17 años	1165	1460	1319	1527	1437	1320	8228
18 y más	898	1262	1275	1354	1394	1184	7367
Subtotal	2955	3675	3628	3945	3805	3350	21.358

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN EN CAMPO

La información fue recolectada en tres fases o etapas diferentes:

- **Etapla 1:** consistió en la aplicación de cuestionarios estructurados por autorreporte donde se recabó toda la información brindada por los entrevistados utilizando dispositivos electrónicos (tablets). Para cada subgrupo poblacional de estudio se administró un cuestionario específico así como también se consignó información sociodemográfica mediante un único cuestionario por hogar. En esta fase también se realizó un Recordatorio de 24 horas siguiendo la metodología de múltiples pasos (46).
- **Etapla 2:** luego de recolectar la información referida por el encuestado (o por el adulto responsable en el caso de los menores de 13 años), se procedió a realizar mediciones antropométricas según los grupos etarios: en menores de dos años se relevó longitud, peso y perímetro cefálico, mientras que en el resto de la población se relevó talla y peso. Se utilizaron balanzas digitales, tallímetros, pediómetros portátiles y cintas métricas no extensibles.
- **Etapla 3:** abarcó el proceso de mediciones bioquímicas en las cuales se recolectó sangre y orina a una submuestra de cada grupo etario de análisis.

Tanto la recolección de los datos del cuestionario como del R24H y de las mediciones antropométricas, estuvieron a cargo de nutricionistas previamente entrenadas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación con el fin de lograr una metodología de recolección estandarizada. Las mediciones bioquímicas se realizaron en el hogar del encuestado y estuvieron a cargo de extraccionistas capacitados, para esta encuesta, por la Fundación Bioquímica Argentina. Las mismas fueron derivadas a los laboratorios provinciales para su procesamiento y análisis.

Toda la información recolectada referida a lactantes de 0 a 23 meses y niños y niñas de 2 a 12 años, fue respondida por el adulto responsable. A partir de los 13 años las entrevistas fueron respondidas por el individuo seleccionado.

El protocolo para la implementación de la ENNyS 2 se sometió a evaluación ética de la Comisión Nacional de Bioética, y recibió el aval del Comité de ética ad-hoc de la Dirección de Investigación para la Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. A nivel de los encuestados, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, para cada una de las etapas de la encuesta. En el caso de los menores de 16 años, se solicitó el asentimiento del menor y la firma del consentimiento informado de cada jefe de hogar o adulto responsable, que proveyó la información para la concreción de la entrevista y la realización de las mediciones antropométricas y/o bioquímicas.

CUESTIONARIOS

Se diseñó un cuestionario adaptado para cada uno de los grupos etarios en estudio, y un cuestionario sociodemográfico del hogar aplicado al jefe/a de hogar o adulto responsable.

El cuestionario sociodemográfico del hogar tuvo por objetivo relevar información respecto de las características de la vivienda y el hogar, y de cada uno de sus miembros. Se indagó para cada miembro: sexo, edad, relación de parentesco con el jefe/a, lugar de nacimiento y etnia, nivel educativo, y cobertura de salud. Se relevaron el ingreso total mensual del hogar, la condición de actividad laboral de los miembros mayores de 14 años, y la cobertura de planes alimentarios. Por último se indagó acerca de las características de la vivienda.

El cuestionario individual estuvo conformado por bloques temáticos comunes a los grupos etarios a partir de los 2 años: salud general, vacunación, celiaquía, actividad física, hábitos alimentarios y comensalidad, frecuencia de consumo por grupos de alimentos, y antropometría. Para los grupos de 2 a 12 y de 13 a 17 años se incluyó además un módulo sobre entornos escolares. Para el grupo de 0 a 23 meses se indagó sobre los antecedentes de embarazo y parto, vacunación durante el embarazo, lactancia materna, salud general del niño/a, celiaquía, hábitos alimentarios y comensalidad, historia alimentaria, entrega de leche de programas materno-infantiles, y antropometría.

Para esta publicación de avance se priorizaron indicadores para un primer análisis de los principales resultados de esta encuesta. Más adelante se publicará un Informe Final con la información del resto de los bloques temáticos incluidos en la ENNyS 2.

FACTORES DE EXPANSIÓN

Al tratarse de una muestra polietápica, el factor de expansión final de diseño se calculó como el producto de los factores de expansión de cada una de las etapas del diseño muestral:

$F_i F_i$ = inversa de la probabilidad de selección del aglomerado i

$F_{ij} F_{ij}$ = inversa de la probabilidad de selección del radio j en el aglomerado i

$F_{ijk} F_{ijk}$ = inversa de la probabilidad de selección del hogar k en el radio j en el aglomerado i

$F_{ijkp} F_{ijkp}$ = inversa de la probabilidad de selección de la persona p en el hogar k en el radio j en el aglomerado i

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La estructura de la población presentó la siguiente distribución sociodemográfica:

Región: como se describió previamente, incluye GBA (34,0%); Centro (32,3%); Noreste (11,7%); Noroeste (8,5%); Cuyo (7,1%) y Patagonia (6,4%) (Tabla 1.1).

Sexo: representado por Mujeres (52,2%) y Varones (47,8%) (Tabla 1.2).

Grupo de edad: se clasificó en: 0 a 23 meses (3,4%), 2 a 12 años (19,0%), 13 a 17 años (9,1%) y 18 años y más (68,5%) (Tabla 1.2).

Nivel educativo: debido a que se analizaron distintos grupos de edad, para el caso de los NNyA de 0 a 17 años se consideró el nivel educativo del jefe/a de hogar; para los adultos de 18 años y más se consideró el de la persona encuestada. Corresponde al máximo nivel de instrucción alcanzado y se categorizó en: hasta secundario incompleto (51,6%) y secundario completo o más (48,4%) (Tabla 1.2).

Cobertura de salud: se agrupó en cobertura de salud solo pública (quienes utilizan el sistema público de salud exclusivamente o tienen un programa o plan estatal de salud) (43,1%), y Obra Social o prepaga (quienes tienen PAMI/ obra social, prepaga ya sea a través del empleo o por contratación voluntaria y aquellos que tienen sólo servicio de emergencia médica) (56,9%) (Tabla 1.2).

Quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora (UC): en primer lugar se obtuvo el ingreso total del hogar por UC que resultó de la relación del ingreso total del hogar y la raíz cuadrada de la cantidad de miembros del hogar. Posteriormente se agruparon los hogares en quintiles según los ingresos por UC para cada región, y con estos se construyeron los quintiles totales nacionales. De este modo, se tuvo en cuenta la variabilidad de ingresos de cada región del país y que la asignación de rangos fuera más representativa (Tabla 1.2).

Tipo de establecimiento educativo: hace referencia al establecimiento al que asiste la población escolarizada de 2 a 17 años. Sus categorías son: asiste a un establecimiento estatal (76,4%) y asiste a un establecimiento privado (23,6%) (Tabla 1.3).

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En cada capítulo se describen los indicadores analizados. Cada indicador fue estimado para la población total y por las variables sociodemográficas anteriormente descriptas: región, sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de ingresos del hogar por UC. En los indicadores sobre entornos escolares se analizan, asimismo, los resultados por tipo de establecimiento educativo. Por otro lado, para cada indicador se informan los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) considerando el diseño de la muestra, y se describen las diferencias entre grupos al observarse significancia estadística. En el presente informe de resultados priorizados no se realizan comparaciones con la Primera ENNyS realizada en 2004-2005. Las razones de ello son múltiples: por un lado las poblaciones estudiadas no son comparables; mientras la ENNyS 1 incluyó solamente niños de 6 meses a 5 años y mujeres en edad fértil, la ENNyS 2 incluyó a toda la población de 0 a 17 años y adultos de 18 y más de ambos sexos. Por otra parte hay indicadores que han cambiado, por ejemplo la definición de exceso de peso para niños y niñas menores de 5 años de acuerdo a recomendaciones internacionales, por lo que una comparación directa no es posible, sin estandarizar el procesamiento de ambas encuestas, lo cual está planeado para el informe final.

Tabla 1.1: Distribución de la población por región. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC95%		Recuento Ponderado	Recuento Muestral	TABLA
			LI	LS			
Total		100,0	100,0	100,0	35849631	21358	
Región	GBA	34,0	31,1	37,1	12201004	2955	
	Centro	32,3	29,6	35,2	11577091	3675	
	NEA	8,5	7,6	9,5	3038518	3628	
	NOA	11,7	10,8	12,5	4178418	3945	
	Cuyo	7,1	6,5	7,7	2550026	3805	
	Patagonia	6,4	5,9	7,0	2304574	3350	

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior;

Tabla 1.2: Distribución de la población según características sociodemográficas.
Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

TABLA	Variables y categorías		%	IC95%		Recuento Ponderado	Recuento Muestral
				LI	LS		
	Total		100,0	100,0	100,0	35849631	21358
	Sexo	Mujer	52,2	51,0	53,4	18713435	11070
		Varón	47,8	46,6	49,0	17136196	10288
	Grupo de Edad	0 a 23 meses	3,4	3,2	3,6	1221545	5763
		2 a 12 años	19,0	18,2	19,8	6806296	5829
		13 a 17 años	9,1	8,5	9,7	3262241	2399
		18 o mas años	68,5	67,6	69,4	24559549	7367
	Nivel educativo ^a	Hasta secundario incompleto	51,6	49,5	53,7	18334320	11691
		Secundario completo o más	48,4	46,3	50,5	17200872	9468
	Cobertura de salud del encuestado	Solo pública	43,1	40,8	45,4	15388072	10501
		OS o prepaga	56,9	54,6	59,2	20295156	10757
	Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (bajo)	20,0	18,2	21,9	7169890	5111
		Q2 (medio-bajo)	20,0	18,6	21,4	7168469	4633
		Q3 (medio)	20,0	18,7	21,4	7169731	4029
		Q4 (medio-alto)	20,0	18,7	21,4	7172903	3899
		Q5 (alto)	20,0	18,1	22,0	7168638	3686

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintilo

^a En los menores de 18 años corresponde al jefe/a de hogar.

Tabla 1.3: Distribución de la población escolarizada de 2 a 17 años según tipo de establecimiento al que asiste. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

TABLA	Variables y categorías		%	IC95%		Recuento Ponderado	Recuento Muestral
				LI	LS		
	Total		100,0	100,0	100,0	8451525	6679
	Tipo de establecimiento educativo	Establecimiento estatal	76,4	73,8	78,8	6456903	5379
		Establecimiento privado	23,6	21,2	26,2	1994622	1300

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior;

APARTADO 2.

ANTROPOMETRÍA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 17 AÑOS.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad infantil constituyen uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI. Según la OMS, en el mundo unos 41 millones de niños y niñas menores de 5 años padecen de sobrepeso u obesidad, y el 80% vive en países en desarrollo. Si bien en algunos entornos las tasas se han estabilizado, en cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos (5). La obesidad puede afectar a la salud inmediata de los niños y niñas, al nivel educativo que pueden alcanzar y a la calidad de vida. Los niños y niñas con obesidad tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y presentan mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas (5).

En Argentina en el año 2004/5 se realizó la 1° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 1) que reflejó que el 31,5% de niños y niñas de 6 a 72 meses presentaba exceso de peso, de los cuales el 10,4% presentó obesidad (1).

Por otra parte, la 3ª Edición de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (3ª EMSE) aplicada a estudiantes secundarios del país muestra que dentro del grupo etario de 13 a 15 años hubo un incremento de casi 10 puntos porcentuales en el sobrepeso, desde la realización de la primera edición (24,5% EMSE 2007, 28,6% EMSE 2012 y 33,1% EMSE 2018). Asimismo, la obesidad en este grupo también se incrementó, casi duplicándose con relación a la primera edición (4,4% EMSE 2007, 5,9% EMSE 2012 y 7,8% EMSE 2018) (40) (41) (42). En la última edición de la encuesta se amplió la muestra de estudio y se relevaron datos de adolescentes de 16-17 años, que arrojan un 25,1% de sobrepeso y un 6,6% de obesidad.

La primera ENNyS reflejó una prevalencia de acortamiento (baja talla) del 8,0% en la población de 6 a 60 meses, a la vez que reveló que la emaciación presentaba prevalencias muy bajas desde una perspectiva poblacional (1,2%). Por otro lado, la EMSE mostró similares prevalencias de bajo peso en adolescentes de 13 a 15 entre la edición de 2012 y la de 2018 2,1% y 2,3% respectivamente evidenciando que el bajo peso no es una condición prevalente en la población urbana. (42).

Los distintos relevamientos presentan al sobrepeso y la obesidad como las formas más prevalentes de malnutrición en la población infantil, tanto a nivel mundial como en nuestro país. El cambio en los patrones nutricionales ha dado como resultado una situación epidemiológica respecto al estado nutricional de la población de NNyA, donde coexisten la malnutrición por déficit con la malnutrición por exceso (17) (47).

MÉTODOS

En este apartado se presentan resultados de indicadores antropométricos elaborados, utilizando mediciones directas de peso, talla y longitud corporal. Durante la visita en el hogar estos parámetros fueron medidos con una balanza electrónica con tara, un altímetro y un pediómetro respectivamente (todos marca SECA). En niños y niñas que no podían sostenerse de pie, el peso fue tomado con un adulto cargándolo en sus brazos utilizando la función tara (4), mientras que para la longitud corporal se registró hasta los 23 meses inclusive en decúbito supino.

La edad se calculó como la diferencia entre la fecha de nacimiento y la fecha de la entrevista. En todos los casos las medidas observadas se compararon con los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS de 0 a 5 años (48) (49) y con los valores de referencia propuestos por la misma organización para mayores de 5 años (49) utilizando los programas Anthro y Anthro Plus (50).

Para el grupo de menores de 24 meses, en este informe, se incluyeron los datos antropométricos de niños y niñas nacidos a término.

Los indicadores antropométricos evaluados fueron:

Peso para la edad: se evaluó en niños menores de 5 años. Este indicador refleja el peso corporal en relación con la edad, según el sexo. Se clasificó como “bajo peso” al peso para la edad, cuyo puntaje z se correspondió con un valor menor a -2 desvíos estándar (DE) de los Patrones de Crecimiento de la OMS, reportándose la proporción de casos con bajo peso.

Peso para la talla: se evaluó en niños menores de 5 años. Este indicador refleja el peso corporal en relación con la talla alcanzada según el sexo y se comparó con los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS. Se definió “emaciación” en los casos en que el puntaje z de peso para la talla se correspondió con un valor menor a -2 DE al comparar con los Patrones de crecimiento de la OMS reportándose la proporción de casos con emaciación.

Talla para la edad: se evaluó para todos los menores de 17 años. Este indicador refleja la talla alcanzada a una determinada edad, según sexo. Se definió como “baja talla” a los casos cuyo puntaje z se correspondió con un valor menor a -2 DE. Se reportó la proporción de casos con baja talla.

Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/E): se calculó para todos los menores de 17 años. Compara el peso corporal con la talla a través de la relación del peso en kilogramos dividido por la talla en metros elevada al cuadrado, según sexo y edad desagregado por mes y año según corresponda.

Para el grupo de 0 a 59 meses:

El valor obtenido fue comparado con los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS según edad y sexo, obteniéndose un puntaje z para cada caso. Se consideró:

- Sobrepeso: $IMC/E > 2 \text{ DE}$ y $\leq 3 \text{ DE}$
- Obesidad: $IMC/E > 3 \text{ DE}$

Se reporta la proporción de casos con sobrepeso y obesidad según este indicador. Tener en cuenta que los puntos de corte utilizados en este indicador, para la clasificación de sobrepeso y obesidad, son diferentes a los utilizados en la ENNyS 1. Según recomendaciones de la OMS (49).

Para el grupo de 5 a 17 años:

El valor obtenido fue comparado con los valores de referencia de la OMS según edad y sexo, obteniéndose un puntaje z para cada caso. Se consideró:

- Delgadez: $IMC/E < -2 \text{ DE}$
- Sobrepeso: $IMC/E > 1$ y $\leq 2 \text{ DE}$
- Obesidad: $IMC/E > 2 \text{ DE}$

Se reporta la proporción de casos con delgadez, sobrepeso y obesidad según este indicador.

RESULTADOS

A) Menores de 5 años

En la tabla 2.1 se muestran la proporción de bajo peso, baja talla, emaciación, sobrepeso, obesidad y exceso de peso en la población de menores de 5 años (0 a 59 meses):

- **Bajo peso y emaciación**

La proporción de bajo peso y emaciación en la población de menores de 5 años fue de 1,7% y 1,6% respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas por variables sociodemográficas.

- **Baja talla**

La proporción de baja talla a nivel nacional fue de 7,9% sin observarse diferencias estadísticamente significativas por región ni por sexo. La prevalencia de baja talla fue mayor para la población de niños y niñas cuyo/a jefe/a de hogar tenía hasta secundario incompleto (9,6%) en relación con la población con secundario completo o más (5,7%). Se observaron diferencias significativas por cobertura de salud, siendo mayor en la población que utiliza sólo el sistema público de salud (10,0%), con relación a los que tienen obra social o prepaga (5,2%). Se observaron también diferencias significativas en el quintil 4to (4%) y el 5to (4,0%) con respecto al 1er quintil de ingresos del hogar (11,5%).

- **Sobrepeso y obesidad**

La proporción de sobrepeso en la población de menores de 5 años resultó de 10,0%, con algunas diferencias por región. La Patagonia presentó una prevalencia de sobrepeso (15,2%) mayor al total nacional y al de las regiones de NEA (7,0%), NOA (8,8%) y Cuyo (8,6%). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas por sexo, nivel educativo, cobertura de salud ni quintil de ingresos del hogar.

La proporción de obesidad en la población de menores de 5 años resultó de 3,6%, con algunas diferencias por región. La región de NOA presentó una prevalencia del 6,1%, mayor al total nacional y a la región del GBA. No se identificaron otras diferencias estadísticamente significativas por sexo, nivel educativo, cobertura de salud ni quintil de ingresos.

El exceso de peso estuvo presente en el 13,6% de la población, con diferencias según región: la Patagonia presentó una prevalencia de exceso de peso (20,5%) mayor al total nacional. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas por sexo, nivel educativo, cobertura de salud ni quintil de ingresos.

B) Población de 5 a 17 años

En la tabla 2.2 se muestran la proporción de delgadez, baja talla, sobrepeso, obesidad y exceso de peso en la población de 5 a 17 años.

- **Delgadez**

La proporción de delgadez en esta población fue de 1,4% sin diferencias estadísticamente significativas por variables sociodemográficas.

- **Baja talla**

La proporción de baja talla a nivel nacional fue de 3,7% sin observarse diferencias estadísticamente significativas por región, sexo y cobertura de salud. La prevalencia de baja talla fue mayor para la población de NNyA cuyo/a jefe/a de hogar había alcanzado un nivel de educación hasta secundario incompleto (4,7%), que para aquellos con secundario completo o más (2,2%). Con respecto al quintil de ingresos se observó una mayor prevalencia de talla baja en el 1º, 2º y 3º quintil (3,8%, 5,4% y 4,1% respectivamente) con respecto al 5º quintil (1,3%).

- **Sobrepeso y obesidad**

La proporción de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 17 años fue del 20,7% y 20,4% respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas por región, sexo, nivel educativo, cobertura de salud ni quintil de ingresos para el indicador de sobrepeso; en el caso del indicador de obesidad, se observó mayor prevalencia de obesidad en los varones respecto de las mujeres. El exceso de peso estuvo presente en el 41,1% de la población de 5 a 17 años, con algunas diferencias regionales: la Patagonia presentó una prevalencia de exceso de peso (46,6%) mayor al total nacional. y la de NEA resultó menor (35,2%).

DISCUSIÓN

Los datos de antropometría en NNyA indican un escenario epidemiológico transicional en el que conviven situaciones de déficit y de exceso de peso respecto del estado nutricional antropométrico de la población. Sin embargo, tanto el sobrepeso como la obesidad resultaron ser las formas por lejos más prevalentes de malnutrición en NNyA.

En el caso de la malnutrición por déficit, los datos indican que la prevalencia de *emaciación, bajo peso y delgadez* en todos los grupos es baja desde una perspectiva poblacional, como ya se ha evidenciado en otro estudio nacional (45).

Vale aclarar que la ENNyS abarcó zonas urbanas de 5000 y más habitantes, con lo que pueden existir zonas no incluidas en el presente análisis que pueden tener características diferentes con respecto a esta temática.

La prevalencia de *baja talla* en menores de 5 años es de 7,9%, mientras que en el grupo de 5 a 17 años es de 3,7%. Cabe destacar que estas cifras son más altas en la población en situación de vulnerabilidad social para todas las edades, llegando a 11,5 % en el 1er quintil de ingresos en la población menor de 5 años. Se observa que la baja talla se mantiene en valores relativamente estables y no disminuye al ritmo deseable⁵, lo cual coincide con la tendencia mundial.

Por su parte, la prevalencia de sobrepeso y de obesidad es alarmante en la población infanto-juvenil (de 0 a 17 años), como viene mostrando la evidencia de estudios anteriores (28).

En el grupo de 5 a 17 años, donde más del 40% de los/as NNyA tienen exceso de peso, este indicador no presenta diferencias estadísticamente significativas por sexo, nivel educativo, cobertura de salud ni quintiles de ingresos. Algunos estudios previos realizados en nuestro país (51) encontraron una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes cuyos padres tenían menor nivel educativo. Según los resultados arrojados por esta misma encuesta (ver apartado 3) la obesidad en adultos estuvo claramente asociada a menor nivel de educación y menores ingresos del hogar, sin embargo esta tendencia no se evidenció en NNyA.

⁵ Programa Sumar, 2018 (Prevalencia de Baja Talla: en menores de 2 años 9.2% y de 2 a 5 años 6.8%), Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 1, 2005 (Prevalencia de Baja Talla en el grupo de 6 a 60 meses: 8%).

Con relación a estos resultados, la literatura internacional (17) (39) indica que aunque la relación entre el exceso de peso y el nivel socioeconómico está ampliamente documentada, esta asociación no es tan lineal como en el caso de la desnutrición.

Es así que, en los países desarrollados, la obesidad se considera como un problema que afecta más a las personas con un nivel socioeconómico más bajo; mientras que en los países en desarrollo, no siempre se evidencia que la obesidad afecta principalmente a los más vulnerables, ya que las características del proceso de transición epidemiológica están condicionadas por cambios socioeconómicos, y por el proceso de urbanización-modernización, entre otros aspectos (5) (32) (52). En este sentido, en los países en desarrollo la prevalencia de sobrepeso puede ser superior en los hogares con mayores niveles de ingresos, dependiendo de la progresión del desarrollo económico y la etapa de la transición nutricional que experimentan.

Una hipótesis posible, por lo tanto, de que no se hayan encontrado diferencias de exceso de peso por nivel socioeconómico en NNyA es que, la transición epidemiológica, que se ha completado en los adultos, se encuentra aún en proceso en los niños, niñas y adolescentes. Un análisis más profundo de este aspecto se publicará en el informe final de la ENNyS 2.

TABLA

Tabla 2.1: Prevalencia de bajo peso, baja talla, emaciación, sobrepeso, obesidad y exceso de peso en niños y niñas de 0 a 59 meses según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Bajo peso (P/E < -2DE)			Baja Talla (T/E < -2DE)			Emaciación (P/T < -2DE)			Sobrepeso (IMC/ E > 2DE y ≤ 3 DE)			Obesidad (IMC/E > 3 DE)			Exceso de peso (Sobrepeso+Obesidad)		
		%	LI	LS	%	LI	LS	%	LI	LS	%	LI	LS	%	LI	LS	%	LI	LS
Total		1,7*	1,0	2,8	7,9	6,6	9,4	1,6*	1,0	2,4	10,0	8,6	11,7	3,6	2,9	4,4	13,6	11,9	15,6
Región	GBA	2,4*	0,9	6,8	8,6	5,9	12,3	1,4*	0,4	4,6	10,3	7,5	14,0	1,7*	1,0	3,0	12,0	9,0	15,8
	Centro	0,6*	0,3	1,1	6,5	4,4	9,3	1,0*	0,4	2,3	10,4	7,5	14,3	4,0*	2,5	6,2	14,4	10,4	19,5
	NEA	1,4*	0,8	2,5	7,6	5,7	10,3	2,3*	1,3	4,1	7,0	5,6	8,6	4,5*	2,8	7,0	11,5	9,3	14,1
	NOA	2,2*	1,2	3,4	8,0	6,0	10,7	1,4*	0,8	2,5	8,8	7,2	10,6	6,1	4,5	8,2	14,9	12,3	17,9
	Cuyo	2,0*	1,2	3,4	11,2	8,0	15,3	3,3*	2,2	5,0	8,6	6,6	11,1	3,5*	2,1	5,7	12,1	9,5	15,2
Sexo	Patagonia	1,3*	0,6	2,8	7,1	4,9	10,1	2,2*	1,5	3,4	15,2	11,9	19,2	5,3	4,1	6,8	20,5	17,2	24,3
	Mujer	0,8*	0,5	1,2	7,1	5,5	9,0	1,0*	0,6	1,7	11,0	8,7	13,9	3,1	2,1	4,5	14,1	11,4	17,3
	Varón	2,5*	1,2	5,0	8,7	6,8	11,1	2,1*	1,2	3,7	9,1	7,5	11,0	4,0	3,2	4,9	13,1	11,1	15,3
Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	2,0*	1,0	4,0	9,6	7,6	12,1	1,1*	0,8	1,7	9,2	7,6	11,1	3,8	3,0	4,8	13,0	10,9	15,3
	Secundario completo o más	1,2*	0,7	1,8	5,7	4,4	7,2	2,2*	1,1	4,1	11,3	8,9	14,3	3,3	2,3	4,7	14,6	11,9	17,9
Cobertura de salud	Sólo público	2,2*	1,2	4,1	10,0	8,1	12,1	1,8*	1,2	2,6	9,0	7,4	11,0	3,7	3,0	4,7	12,8	10,8	15,0
	OS o prepaga	0,9*	0,5	1,6	5,2	4,0	6,6	1,3*	0,7	2,5	11,4	9,1	14,3	3,3	2,3	4,9	14,8	11,8	18,3
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	2,6*	1,0	6,8	11,5	8,4	15,7	1,3*	0,7	2,4	8,8	6,6	11,7	3,2	2,3	4,5	12,0	9,5	15,2
	Q2 (Medio-bajo)	1,5*	0,8	2,8	7,5	5,4	10,4	1,2*	0,7	2,3	8,4	6,7	10,5	3,2	2,3	4,6	11,6	9,5	14,2
	Q3 (Medio)	1,3*	0,7	2,5	7,6	5,9	9,8	1,2*	0,6	2,3	15,4	10,7	21,7	4,3*	2,8	6,4	19,7	14,9	25,7
	Q4 (Medio-alto)	1,0*	0,5	1,8	5,4	3,8	7,5	2,0*	0,9	4,6	10,2	7,3	14,1	3,9*	1,9	7,6	14,1	10,6	18,5
	Q5 (Alto)	1,0*	0,5	2,3	4,0	2,6	6,1	2,6*	1,0	6,8	8,9	6,1	12,7	3,6*	1,9	6,7	12,5	8,5	17,9

DE: Desvío estándar; IC95%: Intervalo de confianza del 95%; IMC/E: Índice de masa corporal para la edad; LI: Límite inferior, LS: Límite superior; OS: Obra Social; P/E: Peso para la edad; P/T: Peso para la talla; Q: quintil; T/E: Talla para la edad; UC: Unidad consumidora

* Coeficiente de variación mayor a 20%

TABLA

Variables y categorías		Delgadez			Baja talla			Sobrepeso			Obesidad			Exceso de peso		
		(IMC/E <-2DE)			(T/E <-2DE)			(IMC/E >1 y ≤ 2DE)			(IMC/E > 2DE)			(Sobrepeso+Obesidad)		
		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Total		1,4	1,1	1,8	3,7	3,0	4,5	20,7	19,4	22,1	20,4	18,3	22,7	41,1	39,3	43,0
Región	GBA	0,4*	0,1	1,6	4,7	3,2	6,9	20,3	17,3	23,7	23,8	18,5	30,1	44,1	39,7	48,6
	Centro	2,2	1,5	3,2	2,7	1,8	4,0	21,4	19,1	23,9	17,3	14,6	20,3	38,7	35,7	41,7
	NEA	1,4*	0,8	2,5	4,3	2,7	6,8	19,2	16,6	21,9	16,1	13,3	19,3	35,2	32,3	38,2
	NOA	2,3	1,6	3,3	2,7	2,0	3,6	19,6	17,6	21,7	22,0	19,7	24,5	41,6	39,0	44,2
	Cuyo	1,2*	0,7	2,1	5,3	3,9	7,2	22,2	20,0	24,7	18,4	15,7	21,4	40,6	36,9	44,5
Sexo	Patagonia	0,8*	0,4	1,8	1,8	1,1	3,0	22,0	18,9	25,5	24,6	21,0	28,6	46,6	43,4	49,8
	Mujer	0,8*	0,6	1,1	3,3	2,4	4,4	22,3	20,4	24,3	17,6	15,4	20,2	39,9	37,5	42,3
Nivel educativo jefe/a hogar	Varón	1,9	1,4	2,6	4,0	3,1	5,2	19,3	17,6	21,1	22,9	20,3	25,8	42,2	39,7	44,7
	Hasta 2° incompleto	1,2	0,9	1,7	4,7	3,7	6,0	20,1	18,3	22,0	21,1	19,0	23,4	41,2	38,9	43,5
Cobertura de salud	2° completo o más	1,6*	1,0	2,5	2,2	1,5	3,0	21,5	19,5	23,7	19,6	16,3	23,4	41,2	38,0	44,4
	Sólo público	1,2*	0,8	1,9	4,5	3,6	5,7	19,8	17,8	22,0	20,2	17,5	23,2	40,0	37,3	42,8
	O.S. o prepaga	1,5	1,1	2,2	2,8	2,0	3,9	21,6	19,9	23,4	20,8	18,3	23,5	42,3	39,9	44,9
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	1,6*	0,9	2,7	3,8	2,7	5,5	20	17,3	22,9	20,3	16,9	24,1	40,2	36,7	43,8
	Q2 (Medio-bajo)	0,9*	0,5	1,7	5,4	4,0	7,3	19,9	17	23,1	20,1	16,9	23,7	40,0	36,2	43,9
	Q3 (Medio)	1,2*	0,7	2,0	4,1	2,6	6,6	18,8	15,9	22,1	23,3	19,5	27,6	42,1	37,9	46,5
	Q4 (Medio-alto)	2,4*	1,4	4,0	2,4	1,4	4,0	23,0	19,6	26,8	19,7	16,2	23,7	42,7	38,3	47,1
	Q5 (Alto)	0,7*	0,3	1,6	1,3	0,7	2,3	23,1	19,5	27,1	18,4	14,1	23,7	41,5	36,1	47,1

DE: Desvío estándar, IC95%: intervalo de confianza del 95%, IMC/E: Índice de masa corporal para la edad, LI: Límite inferior, LS: Límite superior, O.S: Obra Social, Q: quintil, T/E: Talla para la edad, UC: Unidad consumidora
* Coeficiente de variación mayor a 20%

APARTADO 3.

ANTROPOMETRÍA POBLACIÓN ADULTA (18 AÑOS Y MÁS)

INTRODUCCIÓN

La obesidad en personas adultas es uno de los factores determinantes que explican el crecimiento de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo. Se atribuye al exceso de peso gran parte de la carga de ENT, principalmente en el caso de la diabetes, las ECV, accidentes cerebrovasculares y diversos tipos de cánceres (53) (54) (55).

En Argentina la 4ta Encuesta de Factores de Riesgo (ENFR) (37) reflejó que por mediciones antropométricas el 66,1% de los individuos tuvieron exceso de peso⁶. El sobrepeso se registró en el 33,7 % de los casos, mientras que en el 32,4% se evidenció obesidad. La tendencia de estos indicadores respecto de ediciones anteriores de la misma encuesta, indica que es ascendente y sostenida, en particular a expensas del aumento de la prevalencia de obesidad. Esto muestra un posible desplazamiento de la curva de peso de la población hacia mayores pesos, en donde una proporción de quienes tenían peso normal pasaron a la categoría sobrepeso, y que un número significativo de personas que tenían sobrepeso pasaron a la categoría de obesidad. Si bien en nuestro país esta epidemia se extiende en todos los grupos sociales, afecta especialmente a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

MÉTODOS

A partir de los datos obtenidos de las mediciones, se analizaron los indicadores de peso corporal de la población adulta (18 años y más) según mediciones antropométricas, teniendo en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC) calculado a partir de los registros de peso y altura.

Los indicadores antropométricos evaluados fueron: prevalencia de exceso de peso, surgido a partir de la sumatoria de los indicadores de sobrepeso y obesidad; prevalencia de sobrepeso, definido como el porcentaje de personas con IMC igual o superior a 25 Kg/m² e inferior a 30 Kg/m², y prevalencia de obesidad, definido como el porcentaje de personas con IMC igual o superior a 30 Kg/m².

RESULTADOS

En la población adulta, la prevalencia de exceso de peso fue de 67,9%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel educativo: entre aquellos con nivel educativo "hasta secundario incompleto" (73,8%) el indicador fue mayor respecto de aquellos con secundario completo y más (62,3%).

La prevalencia de sobrepeso en la población adulta fue de 34,0%. Se evidenció mayor prevalencia de sobrepeso en los varones (37,5%) con respecto a las mujeres (31,1%).

La prevalencia total de obesidad de la población adulta fue de 33,9%. Se observó mayor prevalencia en la región Patagónica (39,0%), siendo esta significativamente mayor al total nacional. Asimismo, en esta región la prevalencia de obesidad resultó ser mayor que la de sobrepeso.

⁶ Según el cálculo de índice de masa corporal por mediciones físicas.

Se evidenció que el grupo de menor nivel educativo alcanzado tuvo una prevalencia de obesidad 1,4 veces mayor que el segmento educativo más alto (39,8% vs 28,3%). En cuanto al quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora, se observó un gradiente descendente en la prevalencia de obesidad, siendo el valor del quintil más bajo 1,3 veces mayor con respecto al último quintil (36,9% vs 29,0%).

DISCUSIÓN

La epidemia de sobrepeso y obesidad es la forma más prevalente de malnutrición y se confirma que continúa aumentando sostenidamente en Argentina, en concordancia con lo que se observa en otras encuestas como la ENFR y con lo que ocurre a nivel mundial. En la 4ta ENFR la prevalencia de exceso de peso fue de 66,1% un valor muy cercano al 67,9% observado en la ENNyS 2, lo cual valida la calidad de la información recolectada en dos encuestas independientes. Ambas encuestas también coinciden en que aproximadamente la mitad de la población con exceso de peso se encuentra en rango de sobrepeso y la otra mitad en rango de obesidad, lo cual evidencia un corrimiento a la derecha de la curva de peso de la población. Esto se expresa, tal como muestra la evolución de la ENFR, con tasas relativamente estables del rango de sobrepeso y con un crecimiento muy preocupante de la población en rango de obesidad.

Los datos son alarmantes a lo largo y a lo ancho del país, en todos los grupos de edad y para todos los quintiles de ingresos. Sin embargo, y en concordancia con lo que muestra la tendencia en el país y en el mundo, los grupos sociales de menores ingresos evidenciaron mayores índices de exceso de peso a expensas de mayor prevalencia de obesidad, que fue un 21% mayor en el quintil de ingresos más bajos respecto del más alto.

Tabla 3.1: Prevalencia de sobrepeso, obesidad y exceso de peso en población de 18 años y más según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

VARIABLES Y CATEGORÍAS		EXCESO DE PESO			SOBREPESO			OBESIDAD		
		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
			LI	LS		LI	LS		LI	LS
Total		67,9	66,4	69,4	34,0	32,4	35,6	33,9	32,3	35,5
Región	GBA	67,4	64,3	70,4	35,3	32,2	38,6	32,1	28,8	35,6
	Centro	67,5	64,5	70,3	33,4	30,4	36,5	34,1	31,3	37,0
	NEA	67,5	64,1	70,8	31,9	29,4	34,4	35,6	32,3	39,1
	NOA	68,4	65,9	70,8	33,2	30,4	36,1	35,2	32,4	38,1
	Cuyo	70,0	66,9	72,8	36,9	33,9	40,1	33,0	29,7	36,6
	Patagonia	69,9	66,5	73,1	30,9	28,3	33,5	39,0	35,7	42,5
Sexo	Mujer	66,0	63,9	68,1	31,1	29,2	33,0	34,9	32,8	37,1
	Varón	70,1	68,0	72,2	37,5	35,1	40,1	32,6	30,2	35,1
Nivel educativo	Hasta secundario incompleto	73,8	71,6	75,8	34,0	31,8	36,3	39,8	37,8	41,8
	Secundario completo o más	62,3	60,0	64,5	34,0	31,9	36,2	28,3	26,2	30,4
Cobertura de salud	Solo pública	66,2	63,7	68,6	32,2	29,6	34,9	34,0	31,7	36,3
	OS o prepaga	69,0	66,9	71,1	35,2	33,0	37,4	33,8	31,5	36,3
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	67,6	64,0	70,9	30,6	27,1	34,3	36,9	33,0	41,0
	Q2 (Medio-bajo)	69,7	65,8	73,4	33,2	29,5	37,3	36,5	32,8	40,3
	Q3 (Medio)	69,7	65,7	73,4	35,4	31,9	39,1	34,3	30,7	38,0
	Q4 (Medio-alto)	69,9	66,5	73,0	35,7	32,5	39,1	34,2	31,0	37,4
	Q5 (Alto)	63,1	59,5	66,6	34,1	31,0	37,4	29,0	25,9	32,4

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintilo

APARTADO 4.

LACTANCIA MATERNA (LM)

INTRODUCCIÓN

La leche humana es considerada el primer alimento saludable y sus efectos sobre la salud de la población se manifiestan tanto a corto, como a mediano y largo plazo (56). Existe una vasta evidencia que demuestra los beneficios de la leche humana tanto desde la perspectiva nutricional como en su impacto sobre la salud integral del niño, contribuyendo al crecimiento, desarrollo, y protección contra enfermedades (57) (58) (59). La lactancia materna (LM) es considerada una de las intervenciones más costo-efectivas, desde la perspectiva de salud pública, para reducir la morbi-mortalidad infantil.

En función de todo lo expuesto, las recomendaciones nacionales e internacionales sobre LM son muy específicas, explicitando que la misma debe ser exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño/a y continuarse hasta los dos años de vida o más, en conjunto con alimentación complementaria (59) (60) (61).

METODOLOGÍA

El módulo de LM relevó información de la población de niños y niñas de 0 a 23 meses mediante un cuestionario realizado a la madre o al adulto responsable respetando el formato de la ENNyS 1 para maximizar la comparabilidad e incorporando nuevas dimensiones de estudio.

Las dimensiones analizadas para este informe fueron: inicio de la lactancia materna; inicio de la lactancia durante la primera hora de vida; motivos de no inicio de la lactancia materna; lactancia materna exclusiva y parcial y motivos de abandono y prácticas de lactancia materna. Para la estimación de la prevalencia de LM se relevó información sobre la ingesta del día anterior (pecho, líquidos, otras leches y alimentos).

Definiciones

- **Lactancia materna exclusiva (LME):** alimentación sólo con LM, excluyendo otros líquidos, leches y alimentos.
- **Lactancia materna parcial (LMP):** LM e ingesta de otros alimentos o leches.

RESULTADOS

Inicio de LM

En el país, el 96,9% de los niños iniciaron la LM sin observarse diferencias significativas según los factores sociodemográficos analizados (Tabla 4.1).

Más de la mitad de los niños (56,5%) fue puesto al pecho por primera vez en la primera hora de nacidos, siendo la región Patagónica (66,6%) la única con prevalencia más elevada en relación al valor nacional (Tabla 4.2).

Entre aquellos que no iniciaron LM, los principales motivos reportados por las madres fueron “nunca pudo prenderse al pecho” (47,5%), “nunca tuve leche” (28,9%) y “me lo indicó el médico por un problema de salud mío” (11,2%) (Tabla 4.3).

Lactancia Materna Exclusiva y Parcial en menores de 6 meses

La LME estuvo presente en el 43,7% de los niños menores de 6 meses, siendo las regiones de Cuyo (63,4%) y Patagonia (60,1%) las que presentaron mayores proporciones respecto del valor nacional. La frecuencia de LME resultó inferior a medida que aumentó la edad del lactante. No se observaron otras diferencias con relación al total nacional ni en función de las otras características socio-demográficas analizadas (Tabla 4.4). Por su parte, la LMP fue del 38,4% a nivel nacional siendo las regiones de Cuyo (25,7%) y Patagonia (27,5%) las que presentaron menor proporción de dicho indicador con respecto al total nacional (Tabla 4.5).

Abandono de LM en menores de 23 meses

Al momento de la encuesta solo el 10,7% de los niños no recibía lactancia materna, siendo la edad promedio de abandono de la LM de 6,3 meses. Los principales motivos de abandono referidos fueron “me quedé sin leche”, “el/la niño/a dejó solo/a” y “el/la niño/a se quedaba con hambre”. La distribución completa de los motivos de abandono para el conjunto de niños menores de 2 años se presenta en la tabla 4.6.

Prácticas en LM

El 72,3% de las madres reportó amamantar al niño/a a libre demanda, siendo el NOA (81,8%) la región con el porcentaje más alto de alimentación a libre demanda. Por otra parte, el 6,4% de los niños recibía leche de una nodriza al momento de la encuesta, con valores similares en todas las regiones; sin embargo, en los quintiles más bajos de ingresos y en hogares cuyo jefe/a tenía menor nivel educativo se identificaron proporciones más altas de niños alimentados por una mujer que no era su madre (Tabla 4.7).

DISCUSIÓN

El inicio de la lactancia materna en nuestro país presentó valores elevados (96,9%) y en línea con lo esperable comparando con el inicio de la lactancia encontrado en la primera edición de la ENNyS en el año 2005 (62) (94,5%) y en comparación con datos epidemiológicos mundiales (56). A su vez, el elevado porcentaje de inicio de la lactancia es coincidente con la valoración que tiene la población argentina sobre la importancia de la lactancia para la salud de los niños y las niñas (63).

El inicio de la lactancia materna antes de la primera hora de vida es una estrategia sanitaria de gran valor por su asociación con la disminución de la morbi-mortalidad neonatal (64) (65) y ese valor ha sido estudiado en las últimas encuestas Nacionales de LM (66) (67) encontrándose valores similares a la presente edición de la ENNyS 2 y a valores internacionales.

En cuanto a los motivos de no inicio de la LM debe prestarse atención a que el 47,5% refirió que el niño o niña nunca pudo prenderse. Dado que casi la totalidad de los partos en nuestro país se realizan en instituciones de salud, es un llamado de atención al sistema de salud que debe reforzar sus acciones para reducir este evento. Del mismo modo, es relevante que casi el 10% de las mujeres no haya iniciado la LM por elección propia ya que el deseo materno debe ser respetado siempre. Por su parte, los motivos de abandono de la LM resultan similares y en línea con lo observado en el 2005 persistiendo aún el motivo “me quedé sin leche” como primera causa de abandono.

La proporción de LME en menores de 6 meses no puede compararse con los valores del 2005 debido a que en aquella versión de la encuesta no se relevaron menores de 6 meses; sin embargo, el valor encontrado en la ENNyS 2 es menor al de la última ENaLac (66) (43,7% versus 54,0%), aunque se debe tener en cuenta las diferencias metodológicas de muestreo y recolección de datos. En cuanto a este indicador entre las regiones, es destacable la disparidad que en algunos casos supera los 14 puntos porcentuales remitiéndonos a la necesidad de revisar en detalle las políticas propias de cada región para reducir la brecha existente.

Finalmente, dos nuevas dimensiones estudiadas en la ENNyS 2 que permitirán a futuro un seguimiento en cuanto a las prácticas, han arrojado valores interesantes que requieren el compromiso del sector salud. Por un lado se observó que el 6,4% de los niños y niñas había sido amamantado por una mujer diferente a la propia madre aun siendo esa una práctica desalentada en nuestro país (con una prevalencia mayor en los hogares más desfavorecidos socioeconómicamente); y, por otro lado, aún casi un 30% de los lactantes no son alimentados a libre demanda siendo esta una de las prácticas que garantizan la correcta instalación y continuidad de la LM.

Tabla 4.1: Frecuencia de Inicio de la lactancia materna según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

TABLA	VARIABLES Y CATEGORÍAS		%	IC95%	
				LI	LS
	Total		96,9	96,1	97,5
	Región	GBA	97,7	96,1	98,7
		Centro	96,2	94,2	97,6
		NEA	95,5	94,1	96,5
		NOA	96,1	94,6	97,2
		Cuyo	97,7	96,2	98,6
		Patagonia	97,8	96,1	98,8
	Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	96,0	95,0	96,9
		Secundario completo o más	98,1	96,9	98,8
Cobertura de salud	Sólo público	96,1	95,1	97,0	
	O.S. o prepaga	97,9	96,7	98,6	
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	96,7	95,7	97,5	
	Q2 (Medio-bajo)	95,7	93,4	97,2	
	Q3 (Medio)	98,1	97,2	98,7	
	Q4 (Medio-alto)	96,6	93,5	98,3	
	Q5 (Alto)	98,2	96,9	99,0	

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; GBA: Gran Buenos Aires; LI: Límite inferior, LS: Límite superior; NEA: Noreste Argentino, NOA: Noroeste Argentino; OS: Obra Social; Q: quintilo; UC: Unidad consumidora

Tabla 4.2: Frecuencia de Inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida según condiciones sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

TABLA	VARIABLES Y CATEGORÍAS		%	IC95%	
				LI	LS
	Total		56,5	53,9	59,0
	Región	GBA	50,9	45,6	56,3
		Centro	59,7	54,8	64,5
		NEA	61,4	53,4	68,8
		NOA	52,6	48,3	56,7
		Cuyo	60,5	55,8	65,0
		Patagonia	66,6	62,7	70,3
	Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	56,2	53,3	59,0
		Secundario completo o más	56,5	53,2	59,8
Cobertura de salud	Sólo público	56,3	53,2	59,4	
	O.S. o prepaga	56,5	53,3	59,7	
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	56,2	52,3	60,0	
	Q2 (Medio-bajo)	54,7	50,5	58,8	
	Q3 (Medio)	56,7	52,3	61,0	
	Q4 (Medio-alto)	55,0	50,5	59,4	
	Q5 (Alto)	62,7	56,9	68,1	

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; GBA: Gran Buenos Aires; LI: Límite inferior, LS: Límite superior; NEA: Noreste Argentino, NOA: Noroeste Argentino; OS: Obra Social; Q: quintilo; UC: Unidad consumidora

Tabla 4.3: Motivos por los cuáles los niños y niñas menores de 2 años nunca fueron amamantados. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivo	%	TABLA
Nunca pudo prenderse	47,5	
Nunca tuve leche	28,9	
Me lo indicó el médico por un problema de salud mío	11,2	
No fue mi deseo amamantar	9,7	
Sabía que mi leche no iba a ser buena	4,1	
Preferí darle fórmula	3,9	
Me lo indicó el médico pero no me explicó el motivo	3,7	
Me lo indicó el médico por un problema de salud del niño/a	1,5	
Quería evitar que se me deformara el cuerpo	1,1	
No tuve quien me ayudara con la lactancia	0,9	

Tabla 4.4: Frecuencia de Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

VARIABLES Y CATEGORÍAS		%	IC95%	
			LI	LS
Total		43,7	39,2	48,2
Región	GBA	36,7	27,8	46,6
	Centro	45,9	36,0	56,1
	NEA	39,5	31,1	48,7
	NOA	36,5	30,8	42,7
	Cuyo	63,4	56,7	69,6
	Patagonia	60,1	54,5	65,4
Edad	Menos de 1 mes	65,8	53,5	76,3
	1 mes	52,6	43,2	61,8
	2 meses	41,5	33,5	50,0
	3 meses	43,5	35,2	52,3
	4 meses	38,3	31,9	45,1
	5 meses	31,4	24,6	39,2
Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	39,3	34,5	44,3
	Secundario completo o más	49,2	42,6	55,8
Cobertura de salud	Sólo público	41,4	36,5	46,5
	O.S. o prepaga	47,5	40,3	54,8
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	39,5	31,2	48,5
	Q2 (Medio-bajo)	38,4	30,6	46,8
	Q3 (Medio)	47,1	36,4	58,0
	Q4 (Medio-alto)	49,1	37,8	60,6
	Q5 (Alto)	45,2	33,8	57,2

TABLA

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; GBA: Gran Buenos Aires; LI: Límite inferior, LS: Límite superior; NEA: Noreste Argentino, NOA: Noroeste Argentino; OS: Obra Social; Q: quintilo; UC: Unidad consumidora

Tabla 4.5: Frecuencia de Lactancia Materna Parcial en menores de 6 meses según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

	VARIABLES Y CATEGORIAS %			IC95%	
				LI	LS
TABLA	Total		38,4	34,7	42,2
	Región	GBA	40,2	32,9	48,0
		Centro	37,9	30,0	46,6
		NEA	40,7	31,9	50,2
		NOA	47,7	41,6	53,9
		Cuyo	25,7	19,7	32,7
		Patagonia	27,5	22,6	33,0
	Edad	Menos de 1 mes	31,5	21,4	43,6
		1 mes	36,5	28,4	45,5
		2 meses	43,2	34,6	52,2
		3 meses	37,1	29,7	45,2
		4 meses	34,7	27,9	42,2
		5 meses	43,5	37,0	50,2
	Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	40,9	36,8	45,1
		Secundario completo o más	35,6	29,5	42,1
	Cobertura de salud	Sólo público	37,8	33,8	41,9
		O.S. o prepaga	39,5	32,8	46,6
	Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	40,9	31,2	51,4
		Q2 (Medio-bajo)	37,4	29,2	46,4
		Q3 (Medio)	37,6	28,3	48,0
		Q4 (Medio-alto)	42,3	29,4	56,3
		Q5 (Alto)	35,3	25,9	46,0

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; GBA: Gran Buenos Aires; LI: Límite inferior, LS: Límite superior; NEA: Noreste Argentino, NOA: Noroeste Argentino; OS: Obra Social; Q: quintilo; UC: Unidad consumidora.

Tabla 4.6: Motivos de abandono de Lactancia Materna en niños y niñas menores de 2 años.
ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivo	%	TABLA
Me quedé sin leche	26,2	
El/la niño/a dejó solo	17,1	
El/la niño/a se quedaba con hambre	16,5	
Tuve que salir a trabajar	10,8	
Era muy difícil amamantar y sostener mis otras tareas	10,2	
Mi leche no era buena	6,5	
Me lo indicó el médico por un problema de salud mío	6,4	
Quedé embarazada	5,3	
Se me lastimaron los pezones	5,2	
El/la niño/a no aumentaba de peso	4,2	
El/la niño/a empezó a morderme	2,3	
Me lo indicó el médico por un problema de salud del niño/a	2,2	
Me lo indicó el médico pero no me explicó el motivo	1,5	
Era la edad a la que dejó el anterior	1,5	
Me lo aconsejó un familiar o conocido/a	0,9	
Me lo sugirió otro miembro del equipo de salud (enfermera, puericultora, etc)	0,1	

IC: intervalo de confianza. GBA: Gran Buenos Aires, NEA: noreste Argentino, NOA: noroeste Argentino.

Tabla 4.7: Frecuencia de prácticas en Lactancia Materna según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

TABLA

VARIABLES Y CATEGORIAS		%	IC95%	
			LI	LS
Lactancia materna a libre demanda				
Total		72,3	68,9	75,5
Región	GBA	78,4	72,0	83,7
	Centro	66,8	58,5	74,2
	NEA	66,8	57,3	75,0
	NOA	81,8	76,3	86,2
	Cuyo	66,6	57,3	74,7
	Patagonia	63,2	52,9	72,3
Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	74,0	70,1	77,6
	Secundario completo o más	70,3	66,0	74,3
Cobertura de salud	Sólo público	72,7	68,5	76,6
	O.S. o prepaga	71,9	67,8	75,7
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	76,2	69,6	81,8
	Q2 (Medio-bajo)	73,9	67,6	79,4
	Q3 (Medio)	70,9	64,4	76,6
	Q4 (Medio-alto)	70,2	63,3	76,3
	Q5 (Alto)	76,0	67,6	82,8
Lactancia materna por nodriza				
Total		6,4	5,2	7,7
Región	GBA	7,1	5,0	10,1
	Centro	3,9	2,4	6,2
	NEA	5,2	3,0	8,9
	NOA	9,1	6,4	12,8
	Cuyo	6,0	3,4	10,2
	Patagonia	9,1	5,5	14,8
Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	8,3	6,6	10,3
	Secundario completo o más	3,6	2,6	4,9
Cobertura de salud	Sólo público	7,6	6,1	9,4
	O.S. o prepaga	4,5	3,2	6,2
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	9,1	6,4	12,6
	Q2 (Medio-bajo)	8,7	6,1	12,4
	Q3 (Medio)	3,9	2,0	7,5
	Q4 (Medio-alto)	5,2	3,2	8,4
	Q5 (Alto)	2,5	1,3	5,0

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; GBA: Gran Buenos Aires; LI: Límite inferior, LS: Límite superior; NEA: Noreste Argentino, NOA: Noroeste Argentino; OS: Obra Social; Q: quintilo; UC: Unidad consumidora

APARTADO 5.

FRECUENCIA DE CONSUMO POR GRUPO DE ALIMENTOS

INTRODUCCIÓN

El aumento del consumo de alimentos con alto contenido de azúcar, grasas y sodio ha sido determinado como uno de los factores causales del aumento del sobrepeso y obesidad.

Existe una evidente modificación en el patrón de consumo alimentario a nivel internacional y también en Argentina (22). En 15 años (1996/7-2012/3) en nuestro país, el consumo de energía proveniente de productos ultraprocesados aumentó un 53%, llegando a ser un tercio de la energía total consumida por la población en el día, en detrimento del consumo de alimentos sin procesar o mínimamente procesados, y por ende de comidas frescas y elaboradas en forma casera (34).

Las Guías Alimentarias para la población argentina (GAPA) establecen recomendaciones de consumo para cada grupo de alimentos en población mayor de 2 años (68).

En el presente capítulo se presentan los resultados de los patrones de consumo de alimentos de la población en base a un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos que permite evaluar los patrones alimentarios actuales en la población y contrastarlos con los estándares que fijan las GAPA.

MÉTODOS

En este módulo se analizó la frecuencia de consumo por grupos de alimentos en un mes (tomando como referencia los últimos tres meses), en la población de 2 años y más. Los indicadores desarrollados se agruparon en tres tablas de la siguiente manera:

Alimentos recomendados. Frutas y Verduras. Frecuencia de consumo de **frutas frescas** (solas y/o en preparaciones): porcentaje de la población que consumió frutas frescas al menos una vez al día; frecuencia de consumo de **verduras** (solas y/o en preparaciones, sin contar papa y batata): porcentaje de la población que consumió verduras al menos una vez al día.

Alimentos recomendados. Alimentos proteicos. Frecuencia de consumo de **leche, yogur y/o queso**: porcentaje de la población que consumió este grupo de alimentos al menos una vez al día; frecuencia de consumo de **carnes rojas** (por ejemplo de vaca, chivo, cordero), **carne de ave y/o huevos**: porcentaje de la población que consumió este grupo de alimentos al menos una vez al día; frecuencia de consumo de **pescado** fresco y/o enlatado: porcentaje de la población que consumió pescado fresco y/o enlatado al menos una vez por semana.

Alimentos no recomendados. Frecuencia de consumo de **bebidas artificiales con azúcar** (jugos en polvos y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc.): porcentaje de la población que las consumió al menos una vez al día; frecuencia de consumo de **facturas, productos de pastelería, galletitas dulces, cereales con azúcar**: porcentaje de la población que los consumió al menos una vez al día; frecuencia de consumo de **productos de copetín** (papas fritas, palitos de maíz, etc.): porcentaje de la población que consumió este grupo de alimentos al menos dos veces por semana; frecuencia de consumo de **golosinas** (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal, etc.): porcentaje de la población que consumió golosinas al menos dos veces por semana.

RESULTADOS

Frecuencia de consumo de FRUTAS FRESCAS (solas y/o en preparaciones). Al menos una vez al día (Tabla 5.1).

En base a los resultados de esta encuesta se observó que 3 de cada 10 individuos refirió haber consumido frutas frescas al menos una vez al día durante los últimos tres meses. El indicador fue menor en las regiones de NOA (23,3%), NEA (25,8%) y Cuyo (26,8%), respecto al total nacional.

El grupo etario de 13 a 17 años refirió un consumo de frutas frescas de 21,4%, que resultó menor que el porcentaje del grupo de 2 a 12 años (36,3%), y al de 18 años y más (33,0%), con una diferencia estadísticamente significativa. Se observó menor frecuencia de consumo de frutas frescas al menos una vez al día entre varones (29,3%) al compararlo con las mujeres (35,5%). Respecto del máximo nivel educativo alcanzado, los individuos con hasta secundario incompleto refirieron menor consumo de frutas (27,9%) al menos una vez al día durante los últimos tres meses. Aquellas personas con cobertura pública exclusiva de salud reportaron menor frecuencia de consumo de frutas (24,1%) que aquellos con obra social o prepaga (38,9%). En cuanto al indicador de quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora, los quintiles más altos fueron quienes reportaron mayor proporción de consumo de frutas al menos una vez al día. Se observó que la diferencia en el consumo de frutas frescas entre el último quintil y el primero, fue casi el doble (45,3% vs. 22,8% respectivamente).

Frecuencia de consumo de VERDURAS (solas y/o en preparaciones) sin contar papa y batata. Al menos una vez al día (Tabla 5.1).

El 37,8% de la población reportó haber consumido verduras al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses. . A nivel regional, en NEA se destacó mayor frecuencia de consumo respecto del total nacional.

En cuanto a la edad, entre los adultos de 18 años y más se observó mayor frecuencia de consumo (40,8%) respecto de los rangos de menor edad (2 a 12, 29,6%, y 13 a 17 años, 32,4%). Se observó mayor frecuencia de consumo de verduras entre quienes reportaron tener secundario completo o más (40,4%) respecto de quienes reportaron nivel educativo hasta secundario incompleto (35,2%). Asimismo, se evidenció mayor frecuencia de consumo entre aquellos con obra social o prepaga (40,8%) que entre aquellos con cobertura de salud pública exclusiva (33,8%). En los dos quintiles más altos de ingresos del hogar (aproximadamente el 44%) se observó mayor frecuencia de consumo de verduras respecto de los tres primeros (aproximadamente el 34%).

Frecuencia de consumo de LECHE, YOGUR y/o QUESO. Al menos una vez al día (Tabla 5.2).

Entre los alimentos proteicos que son recomendados, 4 de cada 10 individuos refirieron haber consumido leche, yogur y/o queso al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses.

Fue menor el porcentaje de consumo de estos productos en la región del NOA (23,5%), así como en Cuyo (30,4%) con relación al total nacional, registrándose en la primera una diferencia de casi la mitad que el total nacional (43,3%). En la región Centro se registró un valor superior al total nacional (49,1%).

El consumo de leche, yogur y/o queso al menos una vez al día alcanzó a 6 de cada 10 niños en el grupo poblacional de 2 a 12 años, mientras que entre adolescentes y adultos fue de 4 de cada 10. Fue menor el consumo de leche, yogur y/o queso al menos una vez por día entre aquellos con secundario incompleto (36,4%) con relación a quienes tenían secundario completo y más (50,6%). En cuanto a la cobertura de salud, el consumo de estos alimentos fue menor entre aquellas personas con cobertura pública exclusiva (35,2%) respecto de aquellos con obra social o prepaga (49,4%). Respecto de los quintiles de ingresos del hogar, se registró mayor consumo de leche, yogur y/o queso al menos una vez al día en el 5to quintil (56,7%) respecto del primer quintil (34,6%).

Frecuencia de consumo de CARNES rojas, carne de ave y/o huevo. Al menos una vez al día (Tabla 5.2).

Dentro del otro grupo de alimentos proteicos recomendados, 5 de cada 10 individuos refirieron haber consumido carne roja, carne de ave y/o huevo al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses. .

La región del NEA mostró mayor proporción de este indicador (66,0%), mientras que en Cuyo se observó la menor proporción (23,5%), con respecto al total nacional.

No se observaron diferencias en el consumo de este grupo de alimentos según el resto de los indicadores sociodemográficos analizados.

Frecuencia de consumo de PESCADOS (fresco y/o enlatado). Al menos 1 vez por semana (Tabla 5.2).

El 25,0% de la población refirió haber consumido pescado fresco y/o enlatado al menos una vez por semana..

En las regiones del norte del país (NOA y NEA) el consumo de pescado fue menor que el valor nacional, mientras que en Patagonia resultó mayor.

En cuanto a la edad de los entrevistados, los adolescentes de 13 a 17 años reportaron menor frecuencia de consumo (16,5%) respecto de los otros grupos etarios (alrededor del 25%). Aquellos individuos con nivel educativo más alto reportaron mayor consumo de pescado al menos una vez por semana (31,5%), respecto de quienes tenían hasta secundario incompleto (19,0%). Fue mayor la frecuencia de consumo entre aquellos con obra social o prepaga (29,5%) respecto de quienes reportaron cobertura pública exclusiva de salud (19,0%). En los dos quintiles más altos de ingresos del hogar se observó mayor proporción de consumo de pescado respecto de los tres primeros. Asimismo en el quintil más alto fue 2,5 veces mayor que la del quintil más bajo, con una diferencia estadísticamente significativa (39,5% vs 16,0%, respectivamente).

Frecuencia de consumo de BEBIDAS ARTIFICIALES CON AZÚCAR (jugos en polvos y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc.). Al menos una vez al día (Tabla 5.3)

El 36,7% de la población refirió haber consumido bebidas artificiales con azúcar al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses. No se identificaron diferencias a nivel regional.

Entre los NNYA se observó un porcentaje de consumo mayor (46,0%) que entre los adultos (32,9%), y respecto del promedio nacional. Los varones registraron un consumo mayor (40,2%) que las mujeres (33,6%).

En cuanto al nivel educativo, aquellos con secundario incompleto evidenciaron mayor consumo de bebidas azucaradas al menos una vez al día (43,4%) respecto de aquellos con mayor nivel educativo (29,5%). También se evidenció mayor porcentaje de consumo entre la población con cobertura pública exclusiva de salud (44,7%) respecto de quienes tenían obra social y prepaga (30,7%). En los tres primeros quintiles de ingresos del hogar se observó un mayor porcentaje de consumo de bebidas artificiales con azúcar, que entre los dos últimos. A su vez, en los dos quintiles más bajos (46,9% y 45,5% respectivamente) los valores superaron al total nacional y fueron más de 2 veces mayores que el registrado en el quintil más alto (20,9%).

Frecuencia de consumo de PRODUCTOS DE PASTELERÍA, FACTURAS, GALLETITAS DULCES, CEREALES CON AZÚCAR. Al menos una vez al día (Tabla 5.3)

El 17,2% de la población refirió haber consumido productos de pastelería, y/o facturas, galletitas dulces, cereales con azúcar al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses.

Se observó menor proporción de este indicador en las regiones del NEA (10,8%) y NOA (6,6%) respecto del total nacional, siendo el consumo en NOA 2,6 veces menor que a nivel nacional. En la región Cuyo (24,3%) se observó mayor consumo que el total nacional.

En el grupo de 2 a 12 años se registró casi el doble de consumo de estos productos (27,8%) respecto de la población adulta (13,4%). No se registraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis de los demás indicadores sociodemográficos.

Frecuencia de consumo de Productos de COPETIN (papas fritas, palitos de maíz, etc.). Dos veces por semana o más (Tabla 5.3)

El 15,1% de la población refirió haber consumido productos de copetín (papas fritas, palitos de maíz, etc.) dos veces por semana o más, tomando como referencia los últimos tres meses.

La región patagónica fue la única en la que se observó un valor menor al promedio nacional (10,7%).

En los NNYA se observó mayor consumo de productos de copetín. En niños y niñas de 2 a 12 el consumo casi triplicó al de los adultos 26,5% vs 10,5% respectivamente. En cuanto a la cobertura de salud, hubo mayor porcentaje de consumo entre aquellos con cobertura pública exclusiva de salud (19,8%) respecto de quienes tenían obra social o prepaga (11,5%). En el quintil más bajo de ingresos del hogar se evidenció un consumo de productos de copetín 2 veces mayor que en el quintil más alto (22,0% vs 10,5% respectivamente). No se evidenciaron diferencias según sexo y nivel educativo.

Frecuencia de consumo de GOLOSINAS (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal, etc.). Dos veces por semana o más (Tabla 5.3)

El 36,0% de la población refirió haber consumido golosinas (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal, etc.) dos veces por semana o más, tomando como referencia los últimos tres meses.

Con relación a los grupos etarios, 6 de cada 10 niños de 2 a 12 años y 5 de cada 10 adolescentes de 13 a 17 años consumieron golosinas dos veces por semana o más. En estos grupos etarios se evidenció un porcentaje mayor respecto de la población adulta (casi 3 de cada 10). Se observó asimismo un mayor consumo de golosinas en el quintil más bajo de ingresos del hogar (42,4%). No se registraron diferencias a nivel regional, ni en cuanto al sexo, nivel educativo ni la cobertura de salud.

DISCUSIÓN

En Argentina los cambios en las prácticas alimentarias siguen la tendencia mundial, y atraviesan a todo el entramado social afectando especialmente a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad (23).

En este sentido, los datos indican que la proporción de población que refiere haber consumido diariamente los alimentos recomendados como frutas frescas y verduras, carnes, leche, yogur o quesos se encuentra por debajo de las recomendaciones de consumo de las GAPA, siendo más marcado en algunos casos como frutas y verduras. Por el contrario, la proporción de la población que refiere consumir diaria o frecuentemente alimentos no recomendados por poseer alto contenido de azúcar, grasas y sal y bajo valor nutricional, es alarmante.

En consonancia con estudios anteriores, los datos confirman consistentemente que el consumo diario de alimentos saludables es significativamente menor en los grupos de niveles educativos bajos y en los de menores ingresos. Este gradiente socioeconómico se observa tanto en adultos como en niños. Es decir, los grupos en situación de mayor vulnerabilidad no solo comen menos alimentos frescos como frutas, verduras, lácteos y carne, sino que consumen mayor cantidad de alimentos con altos contenidos de azúcar, grasas y sal como bebidas azucaradas, productos de copetín, golosinas y productos de pastelería.

El gradiente socioeconómico de los patrones alimentarios en el que las personas en situación de mayor vulnerabilidad comen menos alimentos saludables y más alimentos ultraprocesados, es una variable que se evidenció consistentemente en numerosos indicadores de la encuesta, y que contribuye a explicar los mayores índices de obesidad en la población adulta de los quintiles más bajos.

Al comparar poblaciones según su edad, el patrón alimentario de NNyA es significativamente menos saludable que el de los adultos. Los NNyA consumen un 40% más de bebidas azucaradas, el doble de productos de pastelería o productos de copetín y el triple de golosinas respecto de los adultos. Este peor patrón alimentario entre los NNyA obedece probablemente a múltiples causas descriptas en la literatura, como el marketing dirigido a los niños, y entornos escolares obesogénicos, entre otros. Es, sin duda, un determinante que puede contribuir a explicar el crecimiento más acelerado de la epidemia de obesidad en los niños.

Tabla 5.1: Frecuencia de consumo de frutas frescas y verduras en población de 2 años y más según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018- 2019.

VARIABLES Y CATEGORIAS		FRUTAS FRESCAS			VERDURAS		
		Al menos una vez al día			Al menos una vez al día		
		%	IC 95%		%	IC 95%	
			LI	LS		LI	LS
Total		32,5	30,9	34,2	37,8	35,7	39,9
Región	GBA	34,8	31,8	37,9	37,7	33,4	42,1
	Centro	35,2	31,7	38,8	34,5	30,7	38,4
	NEA	25,8	22,7	29,1	54,2	47,1	61,1
	NOA	23,3	20,6	26,4	39,5	35,6	43,6
	Cuyo	26,8	23,2	30,8	29,5	25,2	34,2
	Patagonia	39,2	35,3	43,3	40,0	36,8	43,2
Grupos de edad	2 a 12 años	36,3	33,9	38,7	29,6	27,3	32,1
	13 a 17 años	21,4	18,8	24,2	32,4	28,8	36,1
	18 o mas años	33,0	31,1	34,9	40,8	38,5	43,1
Sexo	Mujer	35,5	33,6	37,4	41,8	39,2	44,4
	Varón	29,3	27,2	31,4	33,4	31,1	35,8
Nivel educativo ^a	Hasta secundario incompleto	27,9	25,9	30,1	35,2	32,5	38,0
	Secundario completo o más	37,5	35,4	39,8	40,4	38,1	42,8
Cobertura de salud	Solo pública	24,1	22,1	26,1	33,8	31,2	36,4
	OS o prepaga	38,9	36,9	41,0	40,8	38,4	43,2
Quintil de ingresos del hogar UC	Q1 (Bajo)	22,8	20,4	25,4	34,7	31,4	38,1
	Q2 (Medio-bajo)	25,7	22,8	28,8	32,9	29,8	36,1
	Q3 (Medio)	30,8	27,7	34,1	33,6	30,1	37,3
	Q4 (Medio-alto)	37,6	34,5	40,9	43,1	39,5	46,7
	Q5 (Alto)	45,3	41,9	48,8	44,6	41,0	48,3

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintilo

^aEn los menores de 18 años corresponde al jefe/a de hogar.

TABLA

TABLA

Tabla 5.2. Frecuencia de consumo de alimentos proteicos en población de 2 años y más según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

VARIABLES Y CATEGORÍAS	LECHE, YOGUR y/o QUESOS				CARNES ROJAS, CARNE DE AVE y/o HUEVO				PESCADOS (fresco y/o enlatado)			
	Al menos una vez al día				Al menos una vez al día				Al menos 1 vez por semana			
	%	LI	IC 95%	LS	%	LI	IC 95%	LS	%	LI	IC 95%	LS
Total	43,3	41,4	45,3	45,3	47,8	45,1	50,6	50,6	25,0	23,4	26,6	26,6
Región	GBA	45,8	41,6	50,1	44,2	38,7	49,8	49,8	28,2	24,7	32,1	32,1
	Centro	49,1	45,6	52,6	50,7	45,5	55,9	55,9	25,4	22,7	28,2	28,2
	NEA	48,7	44,0	53,4	66,0	58,0	73,1	73,1	19,0	16,0	22,5	22,5
	NOA	23,5	21,4	25,7	49,5	44,2	54,7	54,7	18,0	15,8	20,4	20,4
	Cuyo	30,4	26,7	34,3	23,5	19,4	28,2	28,2	20,6	17,6	24,0	24,0
Grupos de edad	Patagonia	44,4	41,0	47,7	52,8	48,6	56,9	56,9	31,0	28,1	34,1	34,1
	2 a 12 años	62,7	60,1	65,3	50,0	46,5	53,6	53,6	22,1	20,0	24,2	24,2
	13 a 17 años	43,4	39,9	46,9	49,2	45,2	53,2	53,2	16,5	14,3	18,9	18,9
	18 o más años	37,9	35,7	40,2	47,0	44,1	50,0	50,0	26,9	25,1	28,8	28,8
	Mujer	45,0	42,6	47,4	47,0	43,8	50,1	50,1	25,1	23,3	27,0	27,0
Sexo	Varón	41,5	39,1	44,0	48,8	45,8	51,7	51,7	24,8	22,8	27,0	27,0
	Hasta secundario incompleto	36,4	34,4	38,4	49,3	45,9	52,7	52,7	19,0	17,2	20,8	20,8
Nivel educativo ^a	Secundario completo o más	50,6	48,2	53,0	46,2	43,2	49,2	49,2	31,5	29,4	33,7	33,7
	Solo pública	35,2	32,9	37,5	47,9	44,6	51,2	51,2	19,0	17,1	21,1	21,1
Cobertura de salud	OS o prepaga	49,4	47,1	51,6	47,8	44,8	50,8	50,8	29,5	27,6	31,4	31,4
	Q1 (Bajo)	34,6	31,3	38,0	49,4	45,7	53,2	53,2	16,0	13,9	18,4	18,4
Quintil de ingresos del hogar UC	Q2 (Medio-bajo)	36,9	33,9	40,1	46,8	42,5	51,2	51,2	20,1	17,4	23,1	23,1
	Q3 (Medio)	40,0	36,7	43,4	47,5	43,1	52,0	52,0	20,0	17,9	22,3	22,3
	Q4 (Medio-alto)	48,1	45,1	51,1	47,9	43,8	52,1	52,1	28,9	25,8	32,1	32,1
	Q5 (Alto)	56,7	53,3	60,0	47,5	43,4	51,6	51,6	39,5	36,2	42,8	42,8

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintil
 *En los menores de 18 años corresponde al jefe/a de hogar.

Tabla 5.3. Frecuencia de consumo de alimentos no recomendados en población de 2 años y más según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

VARIABLES Y CATEGORÍAS		BEBIDAS CON AZÚCAR			FACTURAS y/o PRODUCTOS DE PASTERÍA		
		Al menos una vez al día			Al menos una vez al día		
		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total			LI	LS		LI	LS
Región	GBA	36,7	34,7	38,8	17,2	15,5	19,1
	Centro	39,3	35,4	43,3	17,4	15,0	20,1
	NEA	35,4	31,7	39,3	21,6	17,4	26,4
	NOA	31,1	26,5	36,1	10,8	7,9	14,4
	Cuyo	40,7	37,1	44,4	6,6	5,6	7,7
Grupos de edad	Patagonia	33,5	28,3	39,2	24,3	20,9	28,1
	2 a 12 años	33,6	29,9	37,4	13,2	11,2	15,6
	13 a 17 años	46,0	43,2	48,9	27,8	25,4	30,4
	18 o mas años	46,1	42,3	50,0	23,3	19,7	27,3
	Mujer	32,9	30,8	35,0	13,4	11,7	15,4
Sexo	Varón	33,6	31,4	35,9	16,0	14,0	18,1
	Hasta secundario incompleto	40,2	37,7	42,7	18,5	16,5	20,7
Nivel educativo	Secundario completo o más	43,4	40,9	45,9	17,4	15,3	19,7
	Solo pública	29,5	27,1	32,1	17,0	15,2	19,0
Cobertura de salud	OS o prepaga	44,7	42,1	47,3	17,1	15,2	19,2
	Q1 (Bajo)	30,7	28,5	33,0	17,2	15,2	19,5
	Q2 (Medio-bajo)	46,9	43,3	50,6	19,5	16,3	23,0
	Q3 (Medio)	45,5	42,1	48,9	19,3	16,3	22,8
	Q4 (Medio-alto)	39,1	35,6	42,8	15,6	13,4	18,1
Quintil de ingresos del hogar UC	Q5 (Alto)	31,7	28,1	35,5	17,5	15,0	20,4
		20,9	18,2	23,9	14,1	11,9	16,6

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintil
*En los menores de 18 años corresponde al jefe/a de hogar.

TABLA

Tabla 5.3. Frecuencia de consumo de alimentos no recomendados en población de 2 años y más según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

VARIABLES Y CATEGORÍAS		Productos de COPETIN				GOLOSINAS			
		Dos veces por semana o mas				Dos veces por semana o mas			
		%	IC 95%			%	IC 95%		
			LI		LS		LI		LS
Total		15,1	13,9		16,3	36,0	34,6		37,3
Región	GBA	15,5	13,6		17,7	36,5	33,9		39,2
	Centro	14,4	12,2		17,1	36,6	33,9		39,3
	NEA	18,1	13,5		23,7	34,6	31,3		38,1
	NOA	16,7	15,2		18,3	35,4	33,1		37,7
	Cuyo	13,3	11,1		15,9	32,9	29,5		36,4
	Patagonia	10,7	9,0		12,6	36,3	33,3		39,4
Grupos de edad	2 a 12 años	26,5	24,2		28,9	62,1	60,1		63,9
	13 a 17 años	25,9	22,9		29,1	52,5	49,3		55,7
	18 o mas años	10,5	9,3		11,7	26,6	24,9		28,3
Sexo	Mujer	14,4	13,1		15,7	37,2	35,4		39,1
	Varón	15,8	14,3		17,5	34,6	32,8		36,4
Nivel educativo	Hasta secundario incompleto	16,1	14,5		17,7	35,5	33,6		37,5
	Secundario completo o más	13,9	12,5		15,5	36,6	34,9		38,4
Cobertura de salud	Solo pública	19,8	17,8		21,9	36,6	34,8		38,6
	OS o prepaga	11,5	10,2		12,8	35,6	33,8		37,3
Quintil de ingresos del hogar UC	Q1 (Bajo)	22,0	19,6		24,6	42,4	39,5		45,3
	Q2 (Medio-bajo)	18,2	15,8		20,8	38,0	35,2		40,9
	Q3 (Medio)	12,9	11,0		15,0	31,1	28,7		33,7
	Q4 (Medio-alto)	12,0	10,3		13,9	33,7	30,9		36,5
	Q5 (Alto)	10,5	8,6		12,8	34,9	32,0		37,8

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintil

*En los menores de 18 años corresponde al jefe/a de hogar.

APARTADO 6.

PUBLICIDAD DE ALIMENTOS Y BEBIDAS Y COMPRENSIÓN DEL ETIQUETADO NUTRICIONAL

INTRODUCCIÓN

La publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas se caracteriza por concentrarse en la promoción de productos altos en azúcar, grasa y sodio y en general de bajo valor nutricional. Ha sido demostrado científicamente que el marketing de alimentos y bebidas aumenta su consumo y modifica los comportamientos y las percepciones de los consumidores, sobre todo en la población infantil (69) (70). Hay amplia evidencia respecto de la influencia negativa que tiene la publicidad de alimentos y bebidas no saludables en el conocimiento y la valoración de los mismos, las preferencias de consumo, la calidad de la dieta y la salud de los niños y niñas (71) (72) (73) (74).

La exposición a la publicidad, promoción y patrocinio (PPP) de alimentos y bebidas es alta en los NNyA de Argentina (75) (76). La recomendación internacional establece que la autorregulación carece de efecto y que solo una restricción amplia de la PPP de alimentos y bebidas no saludables es efectiva para reducir la exposición de la población al marketing, especialmente para proteger a los NNyA (77) (78) (79) (80) (81) (82).

Con relación al rótulo nutricional vigente, existe evidencia a nivel internacional que muestra que la información nutricional disponible en las tablas de composición nutricional no cumple adecuadamente la función de informar a la población, al ser difícil de encontrar y entender (83) (84) (85) (86). Esto hace que dicha información no sea utilizada por la población para evaluar cuán saludable es un producto, o para seleccionar los alimentos que consume diariamente (87) (88).

Para garantizar el acceso a una información veraz, simple y clara por parte de los consumidores, respecto del contenido nutricional de los alimentos y bebidas no alcohólicas, varios organismos internacionales han recomendado la implementación de un etiquetado frontal como política pública para la prevención del sobrepeso y obesidad (4) (5) (34) (89). El mismo es una información que se presenta de manera gráfica en la cara principal o frente del envase de alimentos y bebidas no alcohólicas, con el fin de advertir a los consumidores a cerca de la presencia de ciertos nutrientes críticos en exceso (como azúcar, grasa o sal) y ayudarlos a mejorar la toma de decisiones en relación con el consumo. Esta información es complementaria a la información nutricional y de ingredientes, pero no la reemplaza.

El objetivo de este módulo es describir la percepción de la población acerca de la influencia de la publicidad en los patrones de consumo y la comprensión del etiquetado nutricional vigente en el país.

MÉTODOS

Las preguntas sobre publicidad de alimentos fueron analizadas para la población de 2 a 12 años y de 13 años y más. Con el fin de caracterizar la compra de alimentos según el estímulo de alguna publicidad, se analizó el indicador de frecuencia de compra de alimentos según el estímulo publicitario en dos tablas con distintas poblaciones: porcentaje de adultos responsables de niños de 2 a 12 años que en los últimos 7 días ha comprado algún alimento porque su hijo/a de 2 a 12 años lo vio en alguna publicidad de TV, radio, revista, etc.; y porcentaje de la población de 13 años y más que en los últimos 7 días ha comprado algún alimento porque lo vio en alguna publicidad de TV, radio, revista, etc.

Las preguntas sobre etiquetado de alimentos envasados se analizaron para el grupo etario de adolescentes de 13 a 17 años y para el grupo de adultos de 18 años y más, con el fin de estimar la lectura y comprensión de la información que proveen los alimentos envasados en sus etiquetas, a partir de los siguientes indicadores:

Frecuencia de lectura de etiqueta del envase de alimentos: porcentaje de la población de 13 años y más que en general, cuando compra algún alimento envasado, lee la tabla de composición nutricional del envase.

Frecuencia de comprensión de la etiqueta del envase de alimentos: entre quienes leen la tabla de composición nutricional del envase de alimentos, el porcentaje que frecuentemente o siempre comprende la información.

RESULTADOS

Compra de algún alimento y/o bebida en la última semana, según publicidad, entre adultos responsables de niños de 2 a 12 años (Tabla 6.1).

El 21,5% de los adultos responsables de niños y niñas de entre 2 y 12 años declaró que compró, al menos una vez en la última semana, algún alimento y/o bebida porque el niño lo vio en una publicidad. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en este rango etario según las variables sociodemográficas analizadas.

Compra de algún alimento y/o bebida en la última semana, según publicidad, en la población de 13 años y más (Tabla 6.2).

El 23,5% de la población de 13 años y más declaró que compró algún alimento y/o bebida en la última semana porque lo vio en una publicidad. El indicador fue significativamente menor en el segmento etario de 13 a 17 años respecto del grupo etario de 18 años y más, en el cual se evidenció además un porcentaje mayor que el total nacional. En el resto de las variables sociodemográficas no se registraron diferencias estadísticamente significativas.

Lectura del etiquetado nutricional de los productos envasados al momento de la compra (Tabla 6.3)

Con relación a la lectura del etiquetado nutricional de productos envasados al momento de la compra, 3 de cada 10 individuos de 13 años y más declararon que en general leen la tabla de composición nutricional del envase de los productos que compran. No se evidenciaron diferencias significativas según regiones del país.

El grupo etario de 13 a 17 años declaró leer menos el etiquetado nutricional (19,1%) que la población adulta (29,7%). Fue mayor el porcentaje de quienes miran la tabla de composición nutricional entre las mujeres (30,9%) respecto de los varones (22,2%). En cuanto al nivel educativo, el porcentaje del indicador fue mayor entre aquellos con secundario completo y más (33,0%) respecto de aquellos con secundario incompleto (20,9%). Se evidenció así mismo mayor porcentaje de quienes miran generalmente la tabla de composición entre aquellas personas con obra social o prepaga (29,4%) respecto de quienes tenían cobertura de salud pública exclusiva (23,2%). Por último, se observó una significativa diferencia entre quintiles, siendo 23,2% en el quintil 1° y 37,5% en el quintil 5°.

Comprensión FRECUENTEMENTE o SIEMPRE de la información del etiquetado nutricional de los productos envasados (Tabla 6.4).

La mitad de las personas que leen generalmente la tabla nutricional de los productos que compra, declararon que frecuentemente o siempre la información les resulta comprensible. No se observaron diferencias estadísticamente significativas según las variables sociodemográficas analizadas.

DISCUSIÓN

Los resultados corroboran la influencia en el comportamiento de compra que tiene la publicidad de los alimentos, observándose que una cuarta parte de los adultos refirió haber comprado un producto porque lo vio en una publicidad solo en la última semana. También corrobora el efecto que la influencia de la publicidad tiene en los niños, y como éstos solicitan a los padres y consiguen que éstos les compren productos que vieron en una publicidad.

En nuestro país, no existe aún una regulación específica que restrinja la publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas no saludables para proteger el derecho a la salud, especialmente de NNyA.

En cuanto al etiquetado, solo un tercio de la población lee las etiquetas, y de ellos solo la mitad las entiende, lo cual implica que solo un 13% de la población estaría comprendiendo la información nutricional del envase. Esto demuestra que el sistema de información nutricional vigente en nuestro país no funciona adecuadamente para informar a la mayoría de los consumidores, siendo consistente con la evidencia internacional.

La población con menor nivel educativo e ingresos más bajos, lee aún menos las etiquetas de los productos, evidenciándose que los sistemas de información nutricional vigentes son menos comprensibles para la población en situación de mayor vulnerabilidad. Estos sistemas necesitan simplificarse a través de sistemas de etiquetado frontal simple y claro que demostraron ser comprendidos por NNyA, así como por personas de bajo nivel socioeconómico (90).

Tabla 6.1: Porcentaje de la población que compró alimento o bebida en la última semana porque su hijo de entre 2 a 12 años lo vio en alguna publicidad según características sociodemográficas del menor. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

TABLA

VARIABLES Y CATEGORÍAS		Compró alimento o bebida en la última semana porque su hijo de 2 a 12 años lo vio en alguna publicidad		
		%	IC 95%	
			LI	LS
Total		21,5	19,6	23,5
Región	GBA	24,7	20,8	29,0
	Centro	18,6	14,9	23,0
	NEA	25,5	20,0	32,1
	NOA	18,9	15,9	22,4
	Cuyo	19,9	15,8	24,9
	Patagonia	19,5	16,3	23,1
Sexo	Mujer	22,9	20,5	25,5
	Varón	20,2	17,6	23,2
Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	21,1	18,8	23,6
	Secundario completo o más	22,0	19,6	24,6
Cobertura de salud	Solo pública	21,2	18,7	24,0
	OS o prepaga	21,7	19,2	24,3
Quintil de ingresos del hogar UC	Q1 (Bajo)	22,3	19,3	25,6
	Q2 (Medio-bajo)	23,3	19,5	27,5
	Q3 (Medio)	21,2	17,4	25,6
	Q4 (Medio-alto)	21,4	17,8	25,5
	Q5 (Alto)	17,1	13,8	20,9

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintilo

Tabla 6.2: Porcentaje de la población de 13 años y más que compró alimento o bebida en la última semana porque lo vio en alguna publicidad según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

VARIABLES Y CATEGORÍAS		Compró alimento o bebida en la última semana porque lo vio en alguna publicidad		
		%	IC 95%	
			LI	LS
Total		23,5	20,9	26,3
Región	GBA	21,6	16,7	27,6
	Centro	20,6	15,7	26,5
	NEA	32,2	26,3	38,7
	NOA	27,2	23,1	31,6
	Cuyo	28,2	22,1	35,1
	Patagonia	22,0	17,7	27,0
Grupos de Edad	13 a 17 años	10,3	8,5	12,4
	18 o mas años	34,3	30,4	38,4
Sexo	Mujer	24,8	21,7	28,2
	Varón	21,8	18,1	26,0
Nivel educativo ^a	Hasta secundario incompleto	20,6	17,7	24,0
	Secundario completo o más	25,9	22,1	30,2
Cobertura de salud	Solo pública	23,4	19,5	27,8
	OS o prepaga	23,5	20,2	27,1
Quintil de ingresos del hogar UC	Q1 (Bajo)	20,3	15,4	26,3
	Q2 (Medio-bajo)	21,5	16,6	27,4
	Q3 (Medio)	24,2	19,2	30,0
	Q4 (Medio-alto)	25,4	20,1	31,5
	Q5 (Alto)	25,9	20,9	31,7

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintilo
^aEn los menores de 18 años corresponde al jefe/a de hogar.

Tabla 6.3: Porcentaje de la población de 13 años y más que lee la tabla de composición nutricional del envase al comprar algún alimento envasado, según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

TABLA	VARIABLES Y CATEGORÍAS		Lee la composición nutricional del envase		
			%	IC 95%	
				LI	LS
	Total		26,9	25,2	28,6
	Región	GBA	30,0	26,4	33,9
		Centro	25,9	22,8	29,4
		NEA	23,2	20,6	26,1
		NOA	27,2	24,8	29,7
		Cuyo	20,7	17,2	24,7
		Patagonia	25,4	22,7	28,3
	Grupos de edad	13 a 17 años	19,1	16,8	21,7
		18 o mas años	27,9	26,0	29,8
	Sexo	Mujer	30,9	28,7	33,1
		Varón	22,2	20,1	24,5
	Nivel educativo ^a	Hasta secundario incompleto	20,9	18,9	23,0
		Secundario completo o más	33,0	30,6	35,6
	Cobertura de salud	Solo pública	23,2	20,6	26,0
		OS o prepaga	29,4	27,3	31,6
	Quintil de ingresos del hogar UC	Q1 (Bajo)	23,2	20,0	26,8
		Q2 (Medio-bajo)	23,3	20,3	26,5
		Q3 (Medio)	22,1	19,3	25,0
		Q4 (Medio-alto)	26,7	23,4	30,2
		Q5 (Alto)	37,5	33,9	41,2

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintilo

^aEn los menores de 18 años corresponde al jefe/a de hogar.

Tabla 6.4: Porcentaje de la población de 13 años y más que lee la tabla de composición nutricional del envase al comprar algún alimento envasado y que frecuentemente o siempre les resulta comprensible esta información, según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

VARIABLES Y CATEGORÍAS		Frecuentemente o siempre le resulta comprensible la tabla de composición nutricional		
		%	IC 95%	
			LI	LS
Total		50,7	47,2	54,1
Región	GBA	53,3	46,5	59,8
	Centro	51,5	45,1	57,8
	NEA	46,5	40,7	52,5
	NOA	48,0	42,1	53,9
	Cuyo	37,8	29,2	47,2
	Patagonia	51,6	45,7	57,5
Grupos de edad	13 a 17 años	51,6	44,4	58,7
	18 o mas años	50,6	47,1	54,1
Sexo	Mujer	49,7	45,7	53,6
	Varón	52,3	46,9	57,6
Nivel educativo ^a	Hasta secundario incompleto	45,8	40,6	51,0
	Secundario completo o más	53,9	49,7	58,1
Cobertura de salud	Solo pública	49,5	44,5	54,5
	OS o prepaga	51,5	47,2	55,7
Quintil de ingresos del hogar UC	Q1 (Bajo)	52,7	44,6	60,6
	Q2 (Medio-bajo)	49,9	41,8	58,0
	Q3 (Medio)	44,8	36,9	53,0
	Q4 (Medio-alto)	43,9	37,2	50,9
	Q5 (Alto)	57,9	52,5	63,2

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintilo

^aEn los menores de 18 años corresponde al jefe/a de hogar.

APARTADO 7.

ENTORNOS ESCOLARES

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, y como consecuencia de numerosos cambios sociales, culturales y económicos, los NNyA crecen y se desarrollan de forma frecuente en entornos obesogénicos. Las principales características de este tipo de entornos tienen que ver con que fomentan el consumo excesivo de alimentos procesados altos en kilocalorías y nutrientes críticos como azúcares, grasas y sodio, además de ofrecer múltiples barreras para el consumo de alimentos saludables y para el desarrollo de actividad física, fomentando el comportamiento sedentario (91). En las últimas décadas la falta de regulación que promueva entornos más saludables favoreció el crecimiento del sobrepeso y la obesidad (4).

El entorno escolar no escapa a este contexto, y en Argentina los datos de la 3ra Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE 2012) dan cuenta de esta problemática: el 80,2% de las escuelas contaba con al menos un kiosco y la mayoría (91,4%) tenía disponibles productos de bajo valor nutricional (como bebidas azucaradas, golosinas, helados, snacks, galletitas dulces, etc.). Además, en más de la mitad de los kioscos (58,6%) se exhibían publicidades de gaseosas y sólo un 5,6% de las escuelas contaba con bebederos o dispensers de agua potable gratuita. Al mismo tiempo, el 81% de los adolescentes declaró ser insuficientemente activo y solo 1 de cada 4 escuelas ofrecía al menos 3 horas de clases semanales de educación física (41).

Para promover prácticas alimentarias saludables y detener el crecimiento del sobrepeso y la obesidad, la OMS y otros organismos internacionales (92) recomiendan la regulación de los entornos escolares con medidas basadas en la evidencia. Se encuentra ampliamente demostrado que la comercialización y provisión en las escuelas de alimentos y bebidas con altos niveles de azúcar, grasa, sal y bajo valor nutricional, influyen en las preferencias de consumo y en la adquisición de hábitos alimentarios en niños y niñas (93) (94) (95) (96).

Las preferencias alimentarias y los patrones de conducta de NNyA se desarrollan a edades muy tempranas y suelen persistir a lo largo de la vida. Además, los NNyA pasan una gran cantidad de horas en la escuela y esto hace que sea un escenario ideal de intervención para promover la adopción de un estilo de vida más saludable (97) (98) (99) (100). La evidencia muestra que estas intervenciones son efectivas para prevenir el sobrepeso y la obesidad, especialmente cuando son integrales (es decir que incluyen un conjunto de medidas simultáneas), cuando la regulación garantiza la oferta exclusiva de alimentos y bebidas saludables en la escuela, cuando la venta, oferta y marketing de bebidas azucaradas y otros productos altos en azúcar, grasa y sodio y bajo valor nutricional está prohibida dentro de la escuela, y cuando las medidas se acompañan de intervenciones educativas y las mismas se sostienen en el tiempo (101) (102) (103) (104) (105).

En base a la evidencia mencionada, los organismos internacionales como OMS/OPS recomiendan garantizar una oferta exclusiva de alimentos saludables en la escuela y que las instituciones educativas sean espacios libres de publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas.

Este capítulo describe la oferta alimentaria escolar y los patrones de compra y consumo de los niños, niñas y adolescentes en los kioscos escolares (91) (93).

MÉTODOS

Para indagar sobre la provisión de alimentos y/o bebidas que las instituciones educativas (guardería, jardín o escuela) proveen a NNyA se analizó la población de 2 años a 17 años; el análisis sólo hace referencia a aquellos productos que brindan las instituciones en el desayuno, almuerzo, merienda o colaciones (y no aquello que los NNyA puedan llevar desde su casa o comprar en el kiosco). Los indicadores que se analizaron son:

Provisión de alimentos y/o bebidas por parte de la guardería, jardín o escuela: porcentaje de la población de entre 2 y 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee algún tipo de alimento y/o bebida.

Provisión de frutas frescas: porcentaje de la población de entre 2 a 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee **siempre** frutas frescas (enteras, en ensaladas, jugos naturales, licuados, etc.).

Provisión de lácteos: porcentaje de la población de entre 2 a 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee **siempre** yogur, postres lácteos y/o leche.

Provisión de agua segura: porcentaje de la población de entre 2 a 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee **siempre** agua segura (sin el agregado de jugo, frutas, etc.).

Provisión de bebidas con azúcar: porcentaje de la población de entre 2 a 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee **siempre o a veces** bebidas con azúcar (jugos en polvo o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc.).

Provisión de facturas y/o productos de pastelería: porcentaje de la población de entre 2 a 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee **siempre o a veces** facturas, productos de pastelería, galletitas dulces o cereales con azúcar.

El apartado sobre kioscos escolares incluyó a la población escolarizada de entre 6 a 17 años. Para indagar sobre la compra en kioscos por parte de los NNyA se analizaron los siguientes indicadores:

Kiosco y/o Buffet en el entorno escolar: porcentaje de instituciones educativas (guardería, jardín o escuela) que poseen kiosco y/o buffet donde se pueda comprar alimentos y/o bebidas.

Compra de algún producto en Kiosco y/o Buffet en la última semana: porcentaje de la población de entre 6 a 17 años que compró algún alimento y/o bebida en el kiosco y/o buffet de la institución educativa a la que asiste.

Compra de bebidas con azúcar en Kiosco y/o Buffet en la última semana: porcentaje de la población de entre 6 a 17 años que compró en los últimos 7 días **bebidas con azúcar** (jugos en polvo o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc.) en el kiosco y/o buffet de la institución educativa a la que asiste.

Compra de productos de copetín en Kiosco y/o Buffet en la última semana: porcentaje de la población de entre 6 a 17 años que compró en los últimos 7 días **productos de copetín** (papas fritas, palitos de maíz, etc.) en el kiosco y/o buffet de la institución educativa a la que asiste.

Compra de golosinas en Kiosco y/o Buffet en la última semana: porcentaje de la población de entre 6 a 17 años que compró en los últimos 7 días **golosinas** (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal) en el kiosco y/o buffet de la institución educativa a la que asiste.

Compra de facturas, productos de pastelería, galletitas dulces o cereales con azúcar en Kiosco y/o Buffet en la última semana: porcentaje de la población de entre 6 a 17 años que compró en los últimos 7 días **facturas, productos de pastelería, galletitas dulces o cereales con azúcar** en el kiosco y/o buffet de la institución educativa a la que asiste.

RESULTADOS

Provisión de alimentos y/o bebidas por parte de la guardería, jardín o escuela a niñas, niños y adolescentes escolarizados, en el desayuno, almuerzo, merienda o colaciones (Tabla 7.1)

A 5 de cada 10 NNyA de entre 2 y 17 años, la guardería, jardín y/o escuela les proveyó algún alimento y/o bebida.

En la región de Cuyo (42,2%) se observó menor valor con respecto al total nacional.

Los niños y niñas escolarizados de 2 a 12 años recibieron mayor provisión de alimentos y/o bebidas en los establecimientos educativos (61,1%) que los del grupo de 13 a 17 años (36,2%). En establecimientos de gestión estatal se evidenció mayor porcentaje de provisión de alimentos y/o bebidas (62,8%) respecto de las instituciones privadas (18,6%).

Productos que la guardería, jardín o escuela provee SIEMPRE a los niños, niñas y adolescentes escolarizados, en el desayuno, almuerzo, merienda o colaciones (Tabla 7.2)

En cuanto a los productos que la guardería, jardín y/o escuela provee siempre en el desayuno, almuerzo, merienda o colaciones, se observó que:

- 2 de cada 10 estudiantes escolarizados reportaron que su institución siempre les provee **frutas frescas**. - 3 de cada 10 estudiantes escolarizados reportaron que la institución educativa siempre les provee yogur, postres lácteos y/o leche. Por otra parte, se observó mayor frecuencia entre los niños y niñas de 2 a 12 años (33,5%), respecto de los adolescentes (20,6%), y en los establecimientos estatales (31,3%) con respecto a los privados (19,7%).
- 6 de cada 10 estudiantes escolarizados reportaron que la institución educativa siempre les provee **agua** segura (sin el agregado de jugo, frutas, etc.). Este indicador se observó con menor proporción en la región de NOA (38,2%) respecto del valor nacional, y en los establecimientos estatales (55,6%) respecto a los privados (70,6%).

Productos que la guardería, jardín o escuela provee ALGUNAS VECES O SIEMPRE a los niños, niñas y adolescentes escolarizados, en el desayuno, almuerzo, merienda o colaciones (Tabla 7.3)

En cuanto a aquellos alimentos que la guardería, jardín y/o escuela provee a veces o siempre en el desayuno, almuerzo, merienda o colaciones, se observó que:

- Al 26,6% a veces o siempre se les provee bebidas con azúcar. La región patagónica (12,9%) registró un valor menor que el total nacional, así como Cuyo (14,1%) y NEA (15,4%). Entre los niños y niñas de 2 a 12 años se observó mayor frecuencia (30,1%) que entre los adolescentes (15,8%), así como también entre quienes asisten a un establecimiento de gestión privada (43,4%) respecto de quienes asisten a un establecimiento estatal (25,1%).
- Al 71,2% de los NNyA escolarizados la escuela les provee a veces o siempre facturas, productos de pastelería, galletitas dulces y/o cereales con azúcar. En NEA (46,2%) y Patagonia (54,3%) se registró menor porcentaje de este indicador respecto del total nacional.

KIOSCOS ESCOLARES

Presencia de kiosco y/o buffet en el entorno escolar (Tabla 7.4)

8 de cada 10 estudiantes escolarizados de 6 a 17 años reportaron que la escuela posee un kiosco o buffet donde se pueden comprar alimentos y/o bebidas. La Patagonia registró menor valor y la región de NEA mayor valor que el total nacional.

Los estudiantes de 13 a 17 años reportaron en mayor medida (82,7%) que su escuela poseía kiosco o buffet con respecto a los niños y niñas de 6 a 12 años (74,9%). Así mismo se observó mayor porcentaje de este indicador en los establecimientos de gestión privada (89,4%) respecto de los de administración pública (74,7%).

Compra de algún producto en Kiosco y/o Buffet en la última semana (Tabla 7.5)

Se observó que 4 de cada 10 NNyA escolarizados de 6 a 17 años en todo el país reportaron haber comprado algún alimento y/o bebida en el kiosco o buffet de la institución escolar a la que acuden, durante los últimos 7 días. La región del NOA registró un valor mayor y la región de GBA un valor

menor que el total nacional. No se observaron distinciones según el resto de las variables sociodemográficas analizadas.

Compra de productos en Kiosco y/o Buffet en la última semana (Tabla 7.6)

En cuanto a la compra de productos en el Kiosco y/o Buffet en la última semana, 4 de cada 10 NNyA escolarizados de entre 6 y 17 años que compraron algún alimento y/o bebida, reportaron haber comprado **bebidas con azúcar**. El NOA registró un valor mayor que el total nacional. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables sociodemográficas.

Se observó que 6 de cada 10 NNyA escolarizados de entre 6 y 17 años compraron **golosinas** en el kiosco o buffet de la escuela durante la última semana, siendo mayor entre los alumnos de entre 6 y 12 años (68,6%) que entre los adolescentes (50,7%).

El 24,5% de los NNyA escolarizados de 6 a 17 años compró **facturas, productos de pastelería, galletitas dulces y/o cereales con azúcar** en el kiosco o buffet de la escuela, durante los últimos 7 días. En la región de Cuyo (47,9%) se reportó un mayor porcentaje del indicador con respecto al total país, siendo aproximadamente el doble. Asimismo, los adolescentes de 13 a 17 años reportaron mayor compra de estos productos (31,4%) que los de menor edad (18,9%).

Asimismo, un 14,9% reportó haber comprado **productos de copetín** durante la última semana. Patagonia registró un valor menor al total país, aunque su CV fue mayor al 20%. No se evidenciaron diferencias estadísticas en el resto de las variables sociodemográficas.

DISCUSIÓN

Los datos indican que es baja la proporción de estudiantes que refieren la provisión diaria en las escuelas de alimentos recomendados como frutas y lácteos (21,5% frutas frescas y 30,3% yogur, postres lácteos o leches). En el caso de la provisión de agua las recomendaciones indican ofrecerla diariamente y en todo momento, pero sólo el 56,9% de los estudiantes reportaron que la escuela la ofrece siempre.

Como contrapartida, es alta la proporción de estudiantes (mayor al 70%) que menciona la provisión de alimentos no recomendados por su elevado contenido de nutrientes críticos (como facturas, productos de pastelería, galletitas dulces y cereales con azúcar). Incluso 1 de cada 4 estudiantes refirió que la escuela provee bebidas azucaradas.

Por su parte, es elevada la proporción de los estudiantes (78,1%) que mencionan que la escuela posee kiosco o buffet, y los productos más consumidos por los niños, tanto en la escuela pública como privada, son las golosinas y las bebidas azucaradas. De los NNyA que compraron en la última semana, el 60% compró golosinas, y el 44,6% compró bebidas azucaradas.

Los datos sobre los alimentos que se proveen y que se compran dentro de las escuelas confirman que los NNyA están expuestos a un entorno obesogénico que fomenta el consumo de alimentos y bebidas que deberían consumirse muy esporádicamente. Esta situación afecta tanto a escuelas de gestión estatal como privada y pone de manifiesto la necesidad de adecuar los marcos regulatorios nacionales y provinciales para que los mismos se ajusten a los estándares internacionales antes mencionados y a las Recomendaciones de las Guías de Entornos Escolares Saludables (GEES) Argentinas (101).

Tabla 7.1: Porcentaje de la población escolarizada de 2 a 17 años a quienes se les provee algún alimento o bebida en la guardería, jardín o escuela, según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

TABLA	VARIABLES Y CATEGORÍAS		Se les provee algún alimento/bebida		
			%	IC 95%	
				LI	LS
	Total		52,4	49,5	55,3
Región	GBA		54,6	49,7	59,5
	Centro		48,6	41,9	55,3
	NEA		55,2	49,5	60,9
	NOA		54,3	49,3	59,3
	Cuyo		42,2	36,6	48,1
	Patagonia		61,6	54,8	67,9
Grupos de edad	2 a 12 años		61,1	57,9	64,2
	13 a 17 años		36,2	31,8	40,8
Tipo de establecimiento educativo	Establecimiento estatal		62,8	59,7	65,8
	Establecimiento privado		18,6	15,3	22,5

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior.

TABLA

VARIABLES Y CATEGORÍAS		Frutas frescas			Yogur/postres lácteos/leche			Agua		
		la escuela provee siempre			la escuela provee siempre			la escuela provee siempre		
		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total			LI	LS		LI	LS		LI	LS
21,5		18,4	25,0	30,3	26,9	34,0	56,9	52,6	61,0	
Región	GBA	27,8	22,4	33,9	18,7	14,2	24,3	51,2	45,5	56,8
	Centro	26,8	19,6	35,5	40,4	32,7	48,5	69,7	58,7	78,8
	NEA	16,6 *	9,4	27,6	56,3	46,4	65,7	70,4	60,5	78,7
	NOA	7,9 *	5,2	11,9	14,1 *	8,9	21,6	38,2	29,3	47,9
	Cuyo	15,1 *	9,8	22,6	35,0	28,9	41,5	42,8	31,1	55,4
	Patagonia	7,0 *	4,2	11,2	36,0	25,5	48,1	60,3	49,1	70,5
	2 a 12 años	21,7	18,4	25,5	33,5	29,7	37,5	58,5	53,9	63,0
Grupos de edad		20,7	15,8	26,5	20,6	16,3	25,7	51,7	45,6	57,8
Tipo de establecimiento educativo	Establecimiento estatal	21,8	18,4	25,5	31,3	27,7	35,1	55,6	51,3	59,9
	Establecimiento privado	18,1 *	11,3	27,7	19,7	13,8	27,4	70,6	61,8	78,0

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior;

Tabla 7.2: Porcentaje de la población escolarizada de 2 a 17 años a quienes siempre se les provee frutas frescas, lácteos o agua (entre aquellos que la guardería, jardín o escuela les provee algún alimento o bebida), según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

TABLA

Tabla 7.3: Porcentaje de la población escolarizada de 2 a 17 años a quienes siempre o a veces se les provee bebidas con azúcar o productos de pastelería, (entre aquellos que la guardería, jardín o escuela les provee algún alimento o bebida), según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

VARIABLES Y CATEGORÍAS		Bebidas con azúcar (jugos en polvo o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas)			Facturas, productos de pastelería, galletitas dulces, cereales con azúcar		
		la escuela provee siempre o a veces			la escuela provee siempre o a veces		
		%	IC 95%		%	IC 95%	
			LI	LS		LI	LS
Total		26,6	23,7	29,8	71,2	67,6	74,5
Región	GBA	33,9	28,2	40,1	72,5	64,9	78,9
	Centro	24,9	19,2	31,6	78,6	71,2	84,5
	NEA	15,4	11,2	20,6	46,2	35,7	57,0
	NOA	32,8	25,9	40,5	72,4	65,7	78,2
	Cuyo	14,1	9,6	20,2	90,4	85,4	93,8
Grupos de edad	Patagonia	12,9	9,0	18,2	54,3	47,9	60,6
	2 a 12 años	30,1	26,6	33,8	73,3	69,3	77,0
	13 a 17 años	15,8	12,2	20,3	64,4	58,4	69,9
Tipo de establecimiento educativo	Establecimiento estatal	25,1	22,0	28,4	72,0	68,2	75,5
	Establecimiento privado	43,4	34,7	52,5	62,4	53,5	70,6

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior;

Tabla 7.4: Porcentaje de la población escolarizada de 6 a 17 años que reportaron que la escuela posee un kiosco y/o buffet donde comprar alimentos o bebidas según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

VARIABLES Y CATEGORÍAS		La escuela posee kiosco y/o buffet		
		%	IC 95%	
			LI	LS
Total		78,1	75,9	80,2
Región	GBA	73,9	69,2	78,1
	Centro	78,5	74,4	82,1
	NEA	87,0	83,1	90,1
	NOA	85,5	79,7	89,8
	Cuyo	77,7	70,2	83,8
	Patagonia	71,2	66,3	75,7
Grupos de edad	6 a 12 años	74,9	72,0	77,6
	13 a 17 años	82,7	79,7	85,4
Tipo de establecimiento educativo	Establecimiento estatal	74,7	72,0	77,2
	Establecimiento privado	89,4	86,6	91,8

TABLA

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior;

Tabla 7.5: Porcentaje de la población escolarizada de 6 a 17 años que compró algún producto en la última semana en el kiosco o buffet (entre aquellos que reportaron que la escuela posee un kiosco o buffet) según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

TABLA	VARIABLES Y CATEGORÍAS		Compraron algún producto en la última semana en el kiosco y/o buffet		
			%	IC 95%	
				LI	LS
	Total		37,9	34,7	41,3
	Región	GBA	28,0	22,5	34,2
		Centro	42,1	34,6	50,0
		NEA	42,4	35,5	49,7
		NOA	51,2	46,0	56,5
		Cuyo	33,4	27,4	39,9
		Patagonia	35,9	30,6	41,7
	Grupos de edad	6 a 12 años	37,2	33,6	41,0
		13 a 17 años	38,9	34,7	43,2
	Sexo	Mujer	38,6	34,5	43,0
		Varón	37,3	33,7	41,1
	Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	38,6	34,6	42,9
		Secundario completo o más	37,3	33,4	41,4
	Cobertura de salud	Solo pública	36,7	32,4	41,3
		OS o prepaga	39,0	35,3	42,7
	Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	42,7	36,6	49,1
		Q2 (Medio-bajo)	38,5	33,1	44,2
		Q3 (Medio)	34,4	29,5	39,6
		Q4 (Medio-alto)	31,9	27,1	37,1
		Q5 (Alto)	40,9	34,6	47,5
	Tipo de establecimiento educativo	Establecimiento estatal	38,2	34,5	42,0
		Establecimiento privado	37,2	32,1	42,7

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintilo

Tabla 7.6: Porcentaje de la población escolarizada de 6 a 17 años que compró algún producto en la última semana por grupo de alimentos (entre quienes compraron en el kiosco o buffet de la escuela), según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

TABLA													
VARIABLES Y CATEGORÍAS		Bebidas con azúcar			Productos de copetín			Golosinas			Facturas, productos de pastelería, galletitas dulces y/o cereales con azúcar		
		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
			LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS
Total		44,6	40,6	48,7	14,9	12,6	17,7	60,6	57,5	63,7	24,5	21,6	27,7
Región	GBA	43,3	31,5	55,9	16,1 *	9,7	25,7	53,2	44,7	61,4	19,0	12,8	27,3
	Centro	40,1	33,4	47,2	12,3	8,6	17,3	63,0	56,8	68,8	25,4	19,4	32,5
	NEA	43,0	36,9	49,3	17,9	13,5	23,3	61,3	54,8	67,5	21,7	16,7	27,7
	NOA	57,1	49,7	64,3	19,3	15,5	23,8	64,6	58,3	70,4	25,7	21,8	30,1
	Cuyo	49,2	42,4	56,0	15,5	10,6	22,1	61,7	55,4	67,7	47,9	40,8	55,2
	Patagonia	33,8	25,9	42,8	4,4 *	2,5	7,6	60,8	52,6	68,4	17,9	12,4	25,3
Grupos de edad	6 a 12 años	42,3	37,3	47,4	16,1	13,2	19,5	68,6	63,8	73,1	18,9	15,5	22,9
	13 a 17 años	47,5	42,3	52,7	13,5	10,4	17,3	50,7	46,0	55,3	31,4	26,8	36,5
Sexo	Mujer	41,5	36,1	47,0	16,5	13,3	20,2	64,6	60,3	68,7	25,0	21,5	28,8
	Varón	47,5	42,7	52,4	13,5	10,7	16,9	56,8	51,9	61,6	24,1	20,3	28,3
Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	45,2	39,5	51,0	16,3	12,8	20,5	64,1	58,9	68,9	23,3	19,2	28,1
	Secundario completo o más	43,8	39,3	48,3	13,2	10,5	16,5	56,1	51,6	60,6	25,9	21,4	30,9
Cobertura de salud	Solo pública	45,4	39,4	51,6	18,9	15,1	23,3	64,6	58,9	69,9	23,5	19,2	28,5
	OS o prepaga	44,1	39,6	48,7	12,0	9,4	15,1	57,4	53,5	61,2	25,3	21,2	29,8
	Q1 (Bajo)	43,4	35,9	51,2	16,1	11,9	21,4	66,7	58,7	73,8	19,7	14,6	26,0
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q2 (Medio-bajo)	47,0	39,4	54,7	17,7	12,7	24,2	57,0	49,8	64,0	28,7	21,2	37,5
	Q3 (Medio)	46,5	38,1	55,1	12,3 *	7,9	18,6	64,6	56,1	72,2	25,2	19,0	32,7
	Q4 (Medio-alto)	48,1	41,4	54,8	13,6	9,8	18,7	58,6	50,7	66,0	25,0	18,4	33,0
	Q5 (Alto)	38,0	30,2	46,6	13,0	8,9	18,4	52,4	45,1	59,6	26,3	20,6	33,0
Tipo de establecimiento educativo	Establecimiento estatal	45,6	41,1	50,1	16,9	14,0	20,2	63,4	59,1	67,5	24,2	21,0	27,8
	Establecimiento privado	41,8	35,9	48,0	9,6 *	6,3	14,3	52,8	46,0	59,4	25,3	19,0	32,7

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintil

CONCLUSIONES

- El sobrepeso y la obesidad constituyen el principal problema de malnutrición en la Argentina afectando a 4 de cada 10 NNyA y a casi 7 de cada 10 adultos, lo que representa una prioridad para la agenda de salud pública.
- En los adultos la obesidad es un 20% mayor en la población de ingresos mas bajos, lo cual confirma la asociación de la obesidad a la pobreza. Esta asociación no se observó en los niños, niñas y adolescentes, donde el sobrepeso y la obesidad afecta a todos los estratos socioeconómicos por igual.
- La desnutrición por carencia es baja comparada con otros países, y permanece estable respecto de estudios previos realizados en la Argentina (en población urbana).
- La lactancia exclusiva hasta los 6 meses permanece por debajo de la recomendación, no alcanzando el 50% de los niños.
- Los patrones alimentarios son inadecuados en general en toda la población y en todas las regiones. Los alimentos saludables se consumen muy por debajo de la recomendación de las GAPA y los alimentos no recomendados se consumen muy por encima de la recomendación de GAPA.
- Si bien los patrones alimentarios son inadecuados en toda la población, las personas de los quintiles más bajos (1 y 2) tienen patrones alimentarios francamente menos saludables que las de mayores ingresos.
- Los patrones alimentarios de los niños, niñas y adolescentes, son de menor calidad nutricional respecto de los adultos.
- La encuesta confirma la influencia de la publicidad en el comportamiento de compra de los adultos y adolescentes, y el efecto que la publicidad dirigida a los niños ejerce sobre el patrón de compra de sus padres o cuidadores.
- La población no usa, ni entiende las etiquetas de los alimentos. Solo un 13% de la población usa y entiende el etiquetado nutricional vigente.
- El entorno escolar alimentario continua siendo obesogénico, con una oferta baja o relativamente baja de alimentos recomendados y agua segura y con una oferta elevada de alimentos altos en azúcar, grasa y sal y baja calidad nutricional.
- EL kiosco esta presente en 8 de cada 10 escuelas de todo el país, y los chicos de todos los niveles socioeconómicos compran mayormente bebidas azucaradas y golosinas.

POLITICAS ALIMENTARIAS EN MARCHA Y FUTUROS DESAFIOS

Argentina cuenta con un conjunto de herramientas legales, normas y programas vinculados a políticas alimentarias. Como ya se ha mencionado, el derecho a la alimentación está consagrado en la Constitución Nacional a través de la ratificación de Argentina de numerosos tratados internacionales de derechos humanos. En cuanto a normativa nacional en relación al derecho a la alimentación, en el año 2003 se promulgó la Ley Nacional N° 25.724 que creó el Programa de Nutrición y Alimentación Nacional. Sobre la base de esta ley y su decreto reglamentario (N° 1018/2003) se lanzó en 2003 el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) -Hambre Más Urgente- en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social. Este Plan concibió a las políticas sociales con un enfoque de derechos. El PNSA tuvo como objetivo facilitar el acceso a la alimentación, para reducir la vulnerabilidad especialmente dirigido a niños de 0 a 5 años, embarazadas y adultos mayores de 70 años sin cobertura.

Ya en materia específica de prevención y tratamiento de la obesidad, en 2008 se sancionó la Ley Nacional de Trastornos Alimentarios N° 26.396/2008. Dicha ley, que fuera parcialmente vetada en oportunidad de su promulgación, no cumple con los estándares científicos recomendados para la prevención efectiva de la epidemia de obesidad ni prevé los mecanismos para garantizar su efectiva implementación y fiscalización. La única medida implementada de la referida ley N° 26.396 es la que surge de la sanción complementaria de la Resolución 742/2009 que incorporó al Programa Médico Obligatorio (PMO) la cobertura del tratamiento de la obesidad.

En cuanto a regulación de publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas no saludables, existen normas vigentes que establecen un marco general de protección de la salud en especial de los NNyA frente al marketing engañoso de productos. Tales son los casos de la Ley N° 26.522 de Servicios de Comunicación Audiovisual; la Ley N° 24.240 de Defensa al Consumidor; la Ley N° 22.802 de Lealtad Comercial y la disposición de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) 4980/2005. Sin embargo, no existe hasta el momento una normativa específica que tenga como objetivo regular la publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas no saludables para proteger el derecho a la salud.

En cuanto al etiquetado general y nutricional de los alimentos, el CAPÍTULO V del Código Alimentario Argentino (CAA) establece las normas para la rotulación y publicidad de los alimentos por Resolución Conjunta SPRyRS 149/2005 y SAGPyA 683/2005, que incorpora al Código Alimentario Argentino la Resolución del Grupo Mercado Común N° 26/03 – Reglamento Técnico MERCOSUR para Rotulación de Alimentos Envasados I y la Resolución del Grupo Mercado Común N° 46/03 de Reglamento Técnico MERCOSUR sobre rotulado nutricional de Alimentos Envasados II. La primera específica sobre rotulado general y la segunda establece las normas en cuanto a la información nutricional obligatoria del rotulado. La Información Nutricional Complementaria, conocida como “claims” es reglamentada a través de la Resolución GMC N° 01/12, armonizada en el ámbito del MERCOSUR. Esta normativa -incorporada al CAA por Resolución Conjunta N° 161 SPR el y 213 SAGyP el 11/06/2013, es obligatoria desde el 1° de enero de 2014 y la misma resuelve qué tipo de claims están permitidos en el rótulo de alimentos envasados. La regulación vigente no contempla medidas de etiquetado frontal de alimentos, ni establece la declaración obligatoria de azúcares, ni cumple con los estándares internacionales en materia de “Claims”, como para garantizar el acceso a información clara y sencilla por parte de los consumidores, advertir sobre la presencia de nutrientes críticos en exceso y promover patrones de compra y consumo más saludables.

Como se pudo observar, el marco normativo vigente en materia de prevención de sobrepeso y obesidad no se traduce hasta el momento en la aplicación de regulaciones efectivas e integrales para detener el crecimiento de la obesidad en el país, conforme establecen los estándares internacionales antes citados en la introducción, sino que regula de manera parcial y fragmentada algunas cuestiones vinculadas a la problemática de la malnutrición y la obesidad, que no llegan a resolver la tendencia creciente de sobrepeso y obesidad, por lo que la regulación en la materia continua siendo un desafío pendiente.

En cuanto a las políticas para reducir el consumo de sodio, luego de una política de varios años de continuidad

que impulsó la cartera sanitaria nacional y que incluyó la firma de convenios voluntarios con la Federación de Panaderos y con las Cámaras y Empresas de Alimentos para la reducción de sodio en alimentos procesados, en 2013 se sancionó la Ley Nacional N° 26905 que establece un paquete de medidas de promoción y de regulación del contenido de sodio de ciertos grupos de alimentos, así como medidas de etiquetado, para reducir el consumo de sodio.

Más recientemente se incorporaron dos modificaciones al Código Alimentario Argentino (CAA) a través de la Resolución conjunta 1/2018 y la Resolución conjunta 4/2019 que fijaron nuevas reducciones del contenido de sodio en ciertos grupos de alimentos e incorporaron nuevos alimentos industrializados a las metas de reducción, dando cumplimiento a la Ley 26.905.

Asimismo, se está implementando una estrategia con varias acciones para dar cumplimiento a los otros puntos de la ley: diseño de una capacitación a cámaras de gastronómicos, panaderos, hoteleros, escuelas de gastronomía, responsables de servicios de alimentación, empleados de restaurantes, hoteles y negocios gastronómicos; estrategias para el fortalecimiento de la fiscalización de la Ley, y desarrollo de mensajes de advertencia sanitaria sobre el riesgo del consumo excesivo de sodio a colocar en los envases de sal de mesa, conforme establece la Ley 26905.

En cuanto a las políticas de reducción del consumo de grasas trans, Argentina fue pionera en la región. En el año 2010 a través de las Resoluciones Conjuntas 137/2010 y 941/2010 se modificó la Ley 18284 del CAA incorporando el Artículo "155 tris" del CAA que limita el uso de grasas trans en alimentos industrializados. En 2018 se presentó una propuesta de modificación del mencionado artículo, que incluye a las materias primas e ingredientes en la restricción y límites máximos de grasas trans, para cerrar un vacío legal que había respecto a una interpretación ambigua del alcance de la norma en margarinas industriales, insumo esencial para productos artesanales como los de panadería. Dicha modificación se encuentra en trámite administrativo al momento de la presente publicación en septiembre de 2019.

En cuanto a lactancia materna, Argentina cuenta con un conjunto de programas e instrumentos legales, como por ejemplo la Ley 26.873 de Promoción y concientización de la LM, que protegen la lactancia mediante el cuidado del binomio madre-hijo desde diferentes aspectos. Entre las estrategias de abordaje se encuentra el Hospital y Centro de Salud amigo de la madre y el niño, una estrategia adoptada desde hace veinte años a partir de una propuesta de OMS/UNICEF, y cuyo objetivo es trabajar sobre las barreras institucionales en las maternidades que pudieran dificultar el adecuado desarrollo de la instalación de la LM. Otra estrategia, "Espacios amigos de la lactancia materna", consiste en la presencia de Centros de LM en todas las instituciones con internación pediátrica o neonatal, con el fin de acortar la brecha de inicio de la LM entre niños/as con bajo peso al nacer y los nacidos con 2500g y más. Atención a las familias - 0800 de LM.- tiene como finalidad acercar información a las familias y mejorar el acceso a los equipos de salud especializados: este 0800 funciona desde 2014 y es una línea telefónica gratuita de alcance nacional.

En el ámbito legal la protección de la mujer que amamanta está contemplada ya desde la Constitución Nacional (art.75 inc.23) (106), la protección del lactante en la Convención de los Derechos del Niño (92), y la protección de ambos durante el proceso del nacimiento en la Ley 25.929 (107), el cuidado posparto mediante licencias de maternidad, y descansos por lactancia en la Ley de Contrato de Trabajo (108), así como la protección frente a la comercialización inadecuada de sucedáneos en el Código Alimentario (109). La Ley Nacional 26.873 (110) de promoción y concientización pública de la LM promueve las Estrategias Hospital y Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño, la promoción de Espacios Amigos de la LM y de Centros de LM, entre otras, como medidas eficaces para proteger y promover la lactancia. Un hecho a destacar de la mencionada ley es la reglamentación de la misma (Decreto Reglamentario 22/2015) que estableció que el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna (CICSLM) debía realizarse hasta los dos años de vida del niño. Otro aspecto a destacar es la aceptación del CICSLM a través de la Resolución 54/1997 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y la inclusión del mismo dentro del artículo 1359 bis del CAA a través de la Resolución Conjunta 97/2007 y 301/2007 de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias y Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos.

Todos estos instrumentos de protección son necesarios pero no suficientes para garantizar una práctica adecuada de la lactancia ya que, además de la decisión personal, son numerosos los factores que pueden

interferir en la misma como las prácticas de los servicios de salud, la información recibida por las familias o los lugares donde las mujeres trabajan, y la ausencia de un marco regulatorio suficientemente robusto en materia de publicidad, promoción y patrocinio de los sucedáneos de la lactancia materna

En materia de prevención de sobrepeso y obesidad, en los últimos años, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social ha desarrollado una intensa agenda de rectoría sanitaria en el tema. Bajo la órbita de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (DNPSyCENT), se creó en 2016 el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad, a través de la Resolución 732/2016. La Dirección tiene a su cargo además la coordinación de la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y prevención de la Obesidad, organismo interministerial e intersectorial integrado por numerosos actores gubernamentales, académicos, así como organizaciones científicas y de la sociedad civil.

La DNPSyCENT publicó en 2016, las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) (68), y en 2018 se publicó el Manual de aplicación de las GAPA, ambas aprobadas por la Resolución 693/2019 (112) y reconocidas como el estándar nacional para el diseño de políticas alimentarias, sean éstas educativas, regulatorias y/u otras. La educación alimentaria es fundamental y se está llevando a cabo desde 2017 a través de diferentes estrategias presenciales, y desde 2019 con cursos virtuales en todo el país dirigidos a los equipos de salud del primer nivel de atención y otras audiencias.

En el año 2018, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DINAMIA), se conformó el panel de expertos para la actualización de las Guías Alimentarias para la Población Infantil (GAPI), que serán presentadas para fines de 2019 y cuyo eje central de trabajo es la promoción de la LM y de hábitos alimentarios adecuados para la población de menores de 2 años.

Bajo la coordinación técnica del Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad, se elaboró y publicó en 2018 un Manual de Recomendaciones sobre Etiquetado Frontal de Alimentos,(90) con el apoyo y participación de diversas organizaciones científicas y de la sociedad civil, y miembros de la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. Dicho documento establece los estándares en base a la evidencia científica disponible que recomienda la puesta en marcha de un etiquetado frontal de advertencia por ser el más efectivo para informar a los consumidores de forma clara, simple y rápida, influenciar los patrones de compra hacia alimentos más saludables y ser mejor comprendido por NNyA y personas de menor instrucción.

En materia de etiquetado frontal, desde 2018 se lleva a cabo una mesa de trabajo colaborativa entre la Ministerio de Salud y Desarrollo Social y el Ministerio de Producción y Trabajo, para discutir diferentes opciones de etiquetado frontal. Desde la DNPSyCENT se desarrollaron dos investigaciones para evaluar diferentes tipos de etiquetado frontal, que compararon el sistema de advertencia (octógonos negros con declaración de nutrientes críticos en exceso) contra un sistema GDA⁷ de colores (semáforo) y luego contra un GDA solo rojo. Ambos estudios mostraron la superioridad del sistema de advertencia en todos los dominios estudiados: visibilidad espontánea, captura de atención, claridad del mensaje, identificación de nutrientes críticos, comprensión del etiquetado frontal, percepción de riesgo, percepción de consumo e intención de compra, todo lo cual corrobora los hallazgos de la evidencia internacional y regional. (113)

En 2019 y a través de la Resolución 996/2019 (114) se puso en marcha el Plan Nacional “Así” (Alimentación Saludable en la Infancia), un Plan Nacional de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad en NNyA. Dicho plan está compuesto por 4 objetivos: 1) Educación alimentaria y nutricional y de actividad física, 2) Campañas de comunicación y concientización 3) Mejora de la calidad nutricional de las políticas sociales alimentarias y promoción del consumo de alimentos frescos a través de sistemas alimentarios sostenibles y 4) Regulación de los entornos y productos alimenticios.

El foco del plan es la prevención de la obesidad en la niñez y adolescencia, y su implementación requiere de articulación interministerial e intersectorial, incluyendo a las jurisdicciones provinciales y municipales y a las organizaciones académicas y de la sociedad civil.

⁷ GDA: del inglés Guideline Daily Amount (Guías de Cantidades Diarias))

El Plan plantea un paquete de medidas basadas en evidencia científica para detener la epidemia de obesidad y se basa en principios como la perspectiva de derecho a la salud, la equidad por nivel socioeconómico, regional y de género, la coherencia política, la transparencia y el adecuado manejo de los conflictos de interés.

Los componentes 3 y 4 del plan resultan fundamentales para mejorar la situación de la malnutrición en la Argentina. Respecto del Componente 3, el gran desarrollo de las políticas alimentarias en la Argentina, tanto a nivel nacional como provincial y local y su amplia cobertura poblacional brinda la oportunidad de implementar, en el marco del presente Plan Nacional, acciones articuladas entre distintos niveles jurisdiccionales para analizar la calidad nutricional de las políticas alimentarias existentes, revisar los pliegos de compras públicas, realizar análisis económicos y presupuestarios y promover diversas intervenciones para mejorarlas. Entre otras soluciones, se proponen la articulación de las compras públicas con la producción fruti-hortícola de pequeña escala, facilitar el acceso a los mercados para los pequeños/medianos productores y agricultores familiares y generar espacios de diálogo y articulación entre estos y los gobiernos. La articulación de estas medidas permite, por un lado, promover el desarrollo económico local, sistemas alimentarios sostenibles y saludables y, por el otro, mejorar la seguridad alimentaria y la calidad de las políticas sociales alimentarias.

En cuanto al componente 4 del Plan la regulación de entornos y productos es clave para revertir la tendencia actual de crecimiento de sobrepeso y obesidad. Las principales medidas recomendadas a nivel internacional y que se plantean como parte del Plan son: la promoción de sistemas alimentarios sostenibles para mejorar la disponibilidad y asequibilidad de alimentos frescos como frutas y verduras, entre otros; el aumento del impuesto a las bebidas azucaradas; las prohibiciones integrales de publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas no saludables; el etiquetado frontal de alimentos; la regulación de los entornos escolares y la mejora de la calidad nutricional de las políticas sociales alimentarias, entre las principales.

A través de la Resolución 1579/2019 (115) se aprobó el Convenio Marco de Adhesión de las Provincias al Plan Así, para la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil. El proceso de adhesión e implementación del Plan Nacional en todas las provincias del país es crítico para estandarizar políticas de calidad, sostenibles en el tiempo que permitan alcanzar los objetivos planteados en el plan

En marzo de 2019 se publicaron las Guías de Entornos Escolares Saludables: Recomendaciones para la implementación de políticas de prevención de sobrepeso y obesidad en NNyA en instituciones educativas, publicada por Resolución 564/2019 (116). Estas Guías fueron elaboradas a partir de la colaboración entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Nación, y numerosas organizaciones científicas y académicas en el Marco de la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. Su objetivo es establecer estándares para la regulación que modifiquen los entornos escolares obesogénicos y promuevan entornos saludables. Las guías, en consonancia con la evidencia internacional, establecen un conjunto de recomendaciones que, basadas en las mejores evidencias científicas disponibles, constituyen los estándares para guiar el proceso de sanción de leyes e implementación de programas efectivos para transformar los entornos obesogénicos actuales en entornos escolares saludables. En este marco, en junio de 2019, los ministros de Educación de todo el país, reunidos en la 93ª Asamblea del Consejo Federal de Educación, aprobaron la Resolución 350/2019 (117) del Consejo Federal de Educación que contempla la implementación de políticas en el ámbito educativo en base a las Guías de Entornos Escolares Saludables y a las GAPA.

El proceso de mejora regulatoria en materia de entornos escolares, tanto a nivel nacional como provincial resulta fundamental, dado que existen numerosas leyes de kioscos saludables o similares, que no cumplen con los estándares recomendados en las Guías de Entornos Escolares Saludables.

La misma situación se observa en materia de regulación de publicidad, promoción y patrocinio, donde la regulación es fundamental para proteger el derecho de NNyA. En este sentido, se están elaborando Guías con recomendaciones para la regulación del marketing de alimentos cuya publicación está prevista para fines de 2019.

En cuanto al tratamiento del sobrepeso y la obesidad, se encuentra en proceso de actualización la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad, publicada en 2014, cuya diseminación viene realizándose desde entonces en capacitaciones virtuales dirigidas al equipo de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), 2007.
Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>
2. Swinburn, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*. ISO 690. 2019
3. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2019; 393: 1958–72
4. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington D.C., USA, 2014. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000719cnt-2015-11_plan-of-action-child-obesity-spa.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. Ginebra: OMS, 2016. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf;jsessionid=055551D6F082B469C3A84ABCD34151F2?sequence=1
6. GBD 2015 Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017 Jul 6;377(1):13-27.
7. Malik VS, Popkin BM, Bray G, Despres J-P, et al. Sugar sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type-2 diabetes: a metaanalysis. *Diabetes Care* 2010; 3(11):2477-2484.
8. Fung, Teresa T, Malik, Vasanti y Rexrode, Kathryn M, et al. Sweetened beverage consumption and risk of coronary heart disease in women.. *Am J Clin Nutr*. 2009;89:1037–42.
9. Singh, Gitanjali M., Micha, Renata y Shahab Khatibzadeh, et al. Estimated Global, Regional, and National Disease Burdens Related to Sugar-Sweetened Beverage Consumption in 2010. *Circulation* 2015., Vol. 132, págs. 639-66.
10. Cabezas- Zabala CC, Hernández-Torres BC, Vargas-Zárate M: Aceites y grasas trans: efectos en la salud y regulación mundial. *Rev. Fac. Med*. 2016 Vol. 64 No. 4: 761-8
11. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización Mundial

- de la Salud. Grasas y aceites en la nutrición humana. Consulta FAO/OMS de expertos. Capítulo 11. Roma, 19-26 de octubre de 1993. Disponible en: <http://www.fao.org/3/v4700s/v4700s00.htm>
12. De Souza RJ, Mente A, Maroleanu A, et al. Intake of saturated and trans unsaturated fatty acids and risk of all cause mortality, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ* 2015; 351: h3978
 13. Lichtenstein AH. Dietary trans fatty acids and cardiovascular disease risk: past and present. *Current Atherosclerosis Reports* 2014; 16: 433, 7. Mozaffarian D and Clarke R. Quantitative effects on cardiovascular risk factors and coronary heart disease risk of replacing partially hydrogenated vegetable oils with other fats and oils. *Eur J Clin Nutr* 2009; 63 Suppl 2: S22-33
 14. Pan American Health Organization. Trans Fat Free Americas: Declaration of Rio de Janeiro. Washington, DC. Washington: PAHO; 2008 June 22.
 15. Wang Q, Afshin A, Yakoob MY, Singh GM, Rehm CD, Khatibzadeh S, et al.; Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). Impact of nonoptimal intakes of saturated, polyunsaturated, and trans fat on global burdens of coronary heart disease. *J Am Heart Assoc* 2016 Jan 20;5(1). pii: e002891. doi: 10.1161/JAHA.115.00289.
 16. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas varias. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>. Consulta 18/9/19
 17. FAO – OPS – WPF – UNICEF. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Desigualdad y Sistemas Alimentarios. Santiago de Chile, 2018. Disponible en: <http://www.fao.org/3/CA2127ES/CA2127ES.pdf>
 18. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el mundo 2018. Disponible en <http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>
 19. Organización Mundial de la Salud. [actualizada Febrero de 2018; acceso 10 de julio de 2019]. Obesidad y sobrepeso: nota descriptiva. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>. Ginebra: OMS; 2018.
 20. Organización Mundial de la Salud. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra, Suiza, OMS; 2009.

21. He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *J Hum Hypertens* 2002;16:761-70.
22. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf
23. FAO – OMS – OPS. (2017). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2016. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Santiago de Chile,
24. Vandevijvere, S., Chow, C. C., Hall, K. D., Umalia, E., Swinburn, B. A. (2015): “Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis”, *Bull World Health Organ*. 2015 Jul 1;93(7):446-56.
25. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra, OMS, 2004. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf.
26. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. [En línea] Centro de Prensa - Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
27. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin B. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review [en línea] *Bull World Health Organ*. 2004 Dec; 82(12): 940-946
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623095/pdf/15654409.pdf>
28. McLaren L. Socioeconomic Status and obesity [en línea]. *Epidemiol Rev* 2007; 29(1):29-48 Disponible en: <http://epirev.oxfordjournals.org/content/29/1/29.long>.
29. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. La nutrición y los sistemas alimentarios, un informe del grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición. Marzo 2018. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i7846es.pdf>
30. Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Disponible en: <https://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1966-PactoDerechosEconomicosSocialesyCulturales.htm>
31. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://>

- www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/
32. FAO-OPS-OMS, Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad, Lecciones aprendidas, 2018. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34941/OPSNMH17040_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 33. UNICEF. Obesidad, una cuestión de derechos de niños, niñas y adolescentes. Recomendaciones de políticas para su protección. 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/posicion-obesidad>
 34. Centro de estudios sobre la población infantil. La mesa argentina en las últimas dos décadas, Argentina, 2016. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/wp-content/uploads/2018/09/LA-MESA-ARGENTINA-EN-LAS-ULTIMAS-DOS-DECADAS.pdf>
 35. Ferrante D, Apro N, Ferreira V, Virgolini M, Aguilar V, Sosa M, et al. Feasibility of salt reduction in processed foods in Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):69–75. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/42d2/22ffec990964722acd13d36543e8a84010a.pdf>
 36. ELANS. Total and Added Sugar Intake: Assessment in Eight Latin American Countries; 2018. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/4/389/htm#B6-nutrients-10-00389>
 37. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires, Argentina (2018). Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001444cnt-2019-04_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf
 38. Euromonitor international. Carbonates in Argentina; 2019. Disponible en: <https://www.euromonitor.com/carbonates-in-argentina/report>
 39. Dinsa, G., Goryakin, Y., Fumagalli, E., y Suhrcke, M. Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review. Obesity reviews, 2012, 13(11), 1067-79. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3798095/pdf/obr0013-1067.pdf>
 40. Ministerio de Salud. Encuesta Mundial de Salud escolar 2007. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000004cnt-encuesta-mundial-salud-escolar_2007.pdf
 41. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Salud escolar. 2012. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf
 42. Ministerio de Salud y Desarrollo social. Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE). 2018.

Documento próximo a publicarse en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales>

43. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Programa Nacional de Salud Escolar. Situación de niños, niñas y adolescentes en Argentina. 2019. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001405cnt-Valoracin-antropometrica-inicio-y-al-finalizar-ciclo-educacin-primaria-Argentina-07-03-2019.pdf>
44. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 3er. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires, Argentina (2013). Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf>
45. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. UNICEF. Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en la Argentina. 2018. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001387cnt-2019-01_sobrepeso-y-obesidad.pdf
46. Conway JM, Ingwersen LA, Moshfegh AJ. Accuracy of dietary recall using the USDA five-step multiple-pass method in men: an observational validation study. *J Am DietAssoc.* abril de 2004;104:595-603.
47. C.Wanden-Berghe. Superposición epidemiológica nutricional en Latinoamérica. *Revista Española de Nutrición Comunitaria.* 2010. Vol. 16. Núm. 1. Pág 5-8. DOI: 10.1016/S1135-3074(10)70003-X. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-nutricion-comunitaria-299-articulo-superposicion-epidemiologica-nutricional-latinoamerica-X113530741052198X>.
48. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Recommendations for data collection, analysis and reporting on anthropometric indicators in children under 5 years old. Geneva, 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
49. De Onis M., Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: Which cut-offs should we use?. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2010; Early Online, 1–3.
50. World Health Organization AnthroPlus for personal computers manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2009. From: <http://www.who.int/growthref/tools/en/>. Accessed 20 August, 2009.
51. UNICEF – FIC . Brechas sociales de la obesidad en la niñez y adolescencia Análisis de la Encuesta

- Mundial de Salud Escolar (EMSE). 2016. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/331/file/Obesidad%20Infanto-Juvenil.pdf>
52. Figueroa D. Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Saúde Soc.* São Paulo. 2009; 18 (1): 103-117. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000100011&script=sci_abstract&tlng=es
 53. GBD 2016. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016
 54. Fernández A., et al. El costo de la doble carga de malnutrición: impacto social y económico. Chile, Ecuador y México, CEPAL - WPF, 2017.
 55. Organization for Economic Co-operation and Development. Obesity and the Economics of Prevention. Obesity Update 2017.
 56. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10017):475–90. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7..](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7..)
 57. Lawrence RA LR. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 8th ed. Saunders, editor. Philadelphia; 2016.
 58. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003;362(9377):65–71.
 59. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2012;(8):CD003517. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/full>.
 60. Ley 26.873. Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública. [Internet]. 2013. Available from: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/218212/norma.htm>.
 61. WHO. Essential Nutrition Actions. Geneva; 2013.
 62. Ministerio de Salud de la Nación. La Alimentación de Los Niños Menores de Dos Años. Resultados de La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt->

a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf.

63. La Liga de la Leche; Voices. Mitos y Creencias Acerca de La Lactancia Materna En Argentina.; 2015. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/Lactancia/Cilley_Encuesta_opinion_publica.pdf.
64. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia., UNICEF. Lactancia, Promoción y Apoyo En Un Hospital Amigo de La Madre y Del Niño. Módulo 3. Buenos Aires; 2013. Disponible en: <https://datos.dinami.gov.ar/nutricion/material/modulo3.pdf>.
65. Clemens J, Elyazeed RA, Rao M, et al. Early Initiation of Breastfeeding and the Risk of Infant Diarrhea in Rural Egypt. 1999;104(1):1-5.
66. Ministerio de Salud de la Nación. Situación de La Lactancia Materna En La Argentina Informe Elaborado Por La Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia Del Ministerio de Salud de La Nación. Buenos Aires; 2015. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/Encuesta-Nacional-de-Lactancia-Materna-2015.pdf>. Accessed April 19, 2017.
67. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad I y A. Situación de la Lactancia Materna en la Argentina Informe 2018. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001281cnt-situacion-lactancia-materna-18.pdf>
68. Ministerio de Salud: Guías Alimentarias para la Población Argentina; 2016. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/menos-sal--vida/482-mensajes-y-grafica-de-las-guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>
69. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. 2010. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44422/9789243500218_spa.pdf;jsessionid=4F64FE6EBA971A99C712E196B141F949?sequence=1
70. Organización Mundial de la Salud. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. 2012. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/MarketingFramework2012.pdf>
71. Gómez y col. Técnicas de marketing en publicidades de alimentos y bebidas en canales infantiles de

- Argentina: diferencias según calidad nutricional. *Rev Argent Salud Pública*, 2017, 8(33): 22-27.
72. Pedraza MER, Gonzalez JG, Castilla MDT. Impacto de la publicidad en los hábitos alimenticios en los niños. *Revista Española De Comunicación En Salud*, 2018. 9:116. doi:10.20318/recs.2018.4490.
73. Fernández Gómez, Díaz-Campo. La publicidad de alimentos en la televisión infantil en España: promoción de hábitos de vida saludables. *Observatorio Journal*, 2014, vol.8 - nº4, 133-150.
74. Lee Y, Yoon J, Chung S-J, Lee S-K, Kim H, Kim S. Effect of TV food advertising restriction on food environment for children in South Korea. *Health Promotion International*. 2013, oi:10.1093/heapro/dat078.
75. Allemandi L, Castronuovo L, Tiscornia MV, Ponce M, Schoj V. Food advertising on Argentinean television: are ultra-processed foods in the lead? *Public Health Nutr*. 2018 Jan;21(1):238-246.
76. Roviroso A., Zapata M. E., Gomez P., Gotthelf S., Ferrante D. Alimentos y bebidas publicitados en canales infantiles de Argentina: frecuencia, duración y calidad nutricional. *Arch Argent pediatr* 2017;115 (1):28-34.
77. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la Consulta de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas. 2011. Disponible en [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Experts-Food-Marketing-to-Children-\(SPA\).pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Experts-Food-Marketing-to-Children-(SPA).pdf)
78. UNICEF. A child-rights based approach to food marketing: a guide for policy makers. 2018. Disponible en: https://www.unicef.org/csr/files/A_Child_Rights-Based_Approach_to_Food_Marketing_Report.pdf.
79. Kelly et al. Global benchmarking of children's exposure to television: advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries. *Obesity Reviews*, 2019. 1–13. DOI: 10.1111/obr.12840.
80. Menéndez García R.A., Franco Díez F.J. Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutr Hosp*. 2009;24(3):318-325 .
81. Kassahara A, Sarti FM. Publicidade de alimentos e bebidas no Brasil: revisão de literatura científica sobre regulação e autorregulação de propagandas. *Interface* 2018 (Botucatu). 22(65):589-602.
82. Galbraith-Emami S., Lobstein T. The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obes Rev*. 2013. Dec;14(12):960-74. doi:

- 10.1111/obr.12060. Epub 2013 Jul 12. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/obr.12060>.
83. Cowburn G, Stockley L. Consumer understanding and use of nutrition labelling: a systematic review. *Public Health Nutrition* 2005; 8: 21-28.
 84. Sharf M, Sela R, Zentner G, Shoob H, Shai I, Stein-Zamir C. Figuring out food labels. Young adults' understanding of nutrition information presented on food labels is inadequate. *Appetite* 2012; 58: 531-534.
 85. Antúnez L, Ares G, Giménez A, Maiche A, &Curutchet MR. Evaluación de la facilidad de interpretación y entendimiento de distintos formatos de rotulación nutricional en el frente de paquetes de alimentos. 4º Congreso Uruguayo de Nutrición y Alimentación.
 86. Ares G, Giménez A, Bruzzone F, Antúnez L, Sapolski A, Vidal L, et al. Attentional capture and understanding of nutrition labelling: A study based on response times. *International journal of food sciences and nutrition*. 2012;63(6):679-88.
 87. Machín L, Giménez A, Curutchet MR, Martínez J, Ares G. Motives Underlying Food Choice for Children and Perception of Nutritional Information Among Low-Income Mothers in a Latin American Country. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2016; 48; 478:485.
 88. Ares G, Machín L, Girona A, Curutchet MR, Giménez A. A comparison of motives behind food choice and barriers to healthy eating among low and middle income consumers in Uruguay. *Cadernos de Saúde Pública*; 2017.
 89. UNICEF-INSP. Análisis de regulaciones y prácticas para el etiquetado de alimentos y bebidas para niños y adolescentes en algunos países de América Latina (Argentina, Chile, Costa Rica y México) y recomendaciones para facilitar la información al consumidor. 2016. Disponible en: [https://www.unicef.org/panama/spanish/20161120_UNICEF_LACRO_Etiquetado_Resumen_LR\(2\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/20161120_UNICEF_LACRO_Etiquetado_Resumen_LR(2).pdf)
 90. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Ministerio de salud y desarrollo social. Etiquetado Nutricional frontal de alimentos, Argentina, 2018. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001380cnt-2019-06_etiquetado-nutricional-frontal-alimentos.pdf
 91. Coalición nacional para prevenir la obesidad infantil en niños, niñas y adolescentes "Entornos escolares saludables. Recomendaciones para promover políticas escolares que prevengan la obesidad infantil en la Argentina". 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/sites/>

- unicef.org.argentina/files/2018-11/SALUD_1811_entornos_escolares.pdf
92. UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Unicef. 1989. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>.
 93. World Health Organization. Nutrition-friendly schools initiative, Part I: NFSI Framework. Ginebra, , 2007
 94. Pizzi MA, Vroman K. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. *OccupTherHealthCare*. 2013;27:99-112.
 95. Chriqui JF, Pickel M, Story M. Influence of school competitive food and beverage policies on obesity, consumption, and availability: a systematic review. *JAMA Pediatr* 2014; 168: 279–86.
 96. Larson N, Story M. Are 'Competitive Foods' Sold At School Making Our Children Fat? *HealthAffairs*, 29, no.3 (2010):430- 435.
 97. De Sa J, Lock K. Will European agricultural policy for school fruit and vegetables improve public health? A review of school fruit and vegetable programmes. *Eur J Public Health*. 2008 Dec;18(6):558-68.
 98. Reinaerts E, Crutzen R, Candel M, De Vries NK, De Nooijer J Increasing fruit and vegetable intake among children: comparing long-term effects of a free distribution and a multicomponent program. *HealthEduc Res* 2008; 23: 987–96.
 99. Evans CE, Christian MS, Cleghorn CL, Greenwood DC, Cade JE. Systematic review and meta-analysis of school-based interventions to improve daily fruit and vegetable intake in children aged 5 to 12 y. *Am J ClinNutr* 2012; 96: 889–901.
 100. Welker E, Lott M, Story M. The school food environment and obesity prevention: progress over the last decade. *Current obesity reports*. 2016;5(2):145-55.
 101. Ministerio de Salud de la Nación. Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. Guía de Entornos Escolares Saludables. 2019. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001439cnt-2019-06_entornos-escolares-saludables.pdf
 102. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *TheLancet*. 2015;385(9985):2410-21.
 103. Heelan KA, Bartee RT, Nihiser A, Sherry B. Healthier school environment leads to decreases in childhood obesity: the Kearney Nebraska story. *ChildhoodObesity*. 2015;11(5):600-7.
 104. Khambalia AZ, Dickinson S, Hardy LL, Gill T, Baur LA. A synthesis of existing systematic reviews and

- meta- analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity. *Obes Rev.* 2012 Mar;13(3):214-33.
105. Gonzalez-Suarez C1, Worley A, Grimmer-Somers K, Dones V. School-based interventions on childhood obesity: a meta-analysis. *Am J Prev Med*; 2009 Nov;37(5):418-2
106. Ley No. 24.430. Constitución de la Nación Argentina. 1994. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24430-804/texto>
107. Ley No. 25.929. Derechos de los padres y de la persona recién nacida. [Internet]. 2004. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
108. Ley No. 20.744. Régimen de Contrato de Trabajo. [Internet]. 1976. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/texact.htm>.
109. Código Alimentario Argentino. Capítulo XVII. RESOLUCIÓN N° 54/97 MSyAS. 1997.
110. Ley 26.873. Lactancia materna. Promoción y concientización pública. 2013. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/218212/norma.htm>
111. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* [Internet]. 2016;387(10017):491–504. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2).
112. Resolución 693/2019. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/320000-324999/322439/norma.htm>.
113. Ministerio de Salud y Desarrollo de la Nación. Evaluación de la eficacia comparada de diferentes tipos de etiquetado nutricional frontal: el sistema de advertencia es superior al semáforo y al GDA solo rojo. Publicación en desarrollo a septiembre 2019
114. Resolución 996/2019. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/320000-324999/324474/norma.htm>
115. Resolución 1579/2019. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/326839/norma.htm>.
116. Resolución 564/2019. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/320000-324999/321282/norma.htm>.
117. Resolución Consejo Federal de Educacion 350/2019

