

Boletín de vigilancia de ECNT y factores de riesgo en la PROVINCIA DE CÓRDOBA

Situación epidemiológica de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en la Provincia de Córdoba.

Mayo de 2019

AUTORIDADES:

Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba.

Dr. Francisco Fortuna

Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Dra. Analía Cudolá.

SubSecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Diego Alonso

Dirección General de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Ex Director Dr. Leonardo Mongi

Dirección de Jurisdicción Programas de Promoción y Protección de Enfermedades No Transmisibles

Lic. Alicia Mombrú

Equipo de trabajo que ha redactado el presente informe: Lic. Romina Musali, Dra. Mariana Butinof, Lic. Alicia Mombrú.

Con la valiosa colaboración de la Dra. Juliana Huergo

Información institucional: <http://www.cba.gov.ar/DEC>

Mail: promoción.ecnt@gmail.com

Índice

Prólogo	4
Prefacio	5
Resumen	6
Introducción	8
¿Qué hay detrás de un indicador nutricional? Una particular relación entre un cuerpo y los alimentos. Dra. Juliana Huergo.	14
Estado Nutricional de la Población de la Provincia de Córdoba según etapas de la vida, con énfasis en el análisis de la situación epidemiológica del sobrepeso y la obesidad.	24
Ejes de acción para abordaje de la malnutrición por exceso en diferentes etapas de la vida en la Provincia de Córdoba.	46
Recursos para trabajar en prevención y promoción de la salud.	52

Prólogo:

La publicación del presente informe, responde fundamentalmente a la necesidad de contar con un análisis de la población de la Provincia de Córdoba en las diferentes etapas de la vida, enfocado a la creciente problemática mundial del sobrepeso y obesidad, de la cual nuestra provincia no se encuentra exenta. Sus consecuencias, expresadas como carga de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, presentan un peso cada vez mayor en las condiciones de salud de la población.

Que los decisores de políticas de salud pública puedan disponer de herramientas para comprender dónde está situada nuestra población y por qué nos encontramos en este lugar, ayudará a pensar no sólo en la proyección de esta realidad; sino también, en las acciones que se pueden realizar en pos de un mejor futuro para la población de nuestra provincia.

Tener en claro los datos locales y fomentar la producción sostenida de los mismos, orienta las acciones que tanto el Estado Provincial como Municipal y Comunal deben realizar y enfocar, en base a evidencia científica, ya sea para definir estrategias poblacionales de promoción de la salud y prevención (en éste caso del sobrepeso y obesidad), así como su abordaje en los distintos niveles de atención.

Dr. Leonardo Mongi. Ex Director de la Dirección General de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Prefacio

El presente informe de la Dirección de Enfermedades Crónicas de nuestro Ministerio de Salud Provincial, es una invitación a todas las áreas de Gobierno y a las organizaciones públicas y privadas para avanzar consistentemente hacia la aplicación del principio de SALUD en todas las políticas. Esto surge de su contenido que nos presenta a través de indicadores simples, un problema de abordaje complejo e intersectorial.

El informe considera los datos antropométricos de peso, talla e índice de masa corporal para la población cordobesa, obtenidos del Sistema Integral para la Gestión de Información de Programas de Salud (SIGIPSA). Para el análisis se utilizaron diferentes etapas biológicas de la vida reconociendo en tal perspectiva características del desarrollo humano.

El documento permite momentos de interrogantes que nos exigen reflexionar sobre el proceso de alimentación no sólo como nutrición sino también como acto de comunicarnos, expresarnos y relacionarnos en nuestro mundo cotidiano.

Generar información local y confiable es y debe ser una prioridad de la gestión pública. Ponerla a disposición y orientar las decisiones en base a la misma es un compromiso con la eficiencia y la transparencia política.

Necesitamos difundir este y otros documentos actuales entre los equipos de salud y la sociedad en su conjunto, a fin de promover discusiones y acciones en torno a la alimentación y su contexto actual pero fundamentalmente respecto a la generación, producción, comercialización y distribución equitativa de los alimentos a nivel local y global.

Dr. Diego Alonso. SubSecretario de Promoción y Prevención de la Salud.
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Resumen

El sobrepeso y la obesidad son condiciones de salud de dimensiones pandémicas en el mundo, y se encuentran entre los principales factores de riesgo de muerte y de carga de enfermedad a nivel mundial. Con la motivación de abordar esta problemática desde el conocimiento de la situación local, surge este informe de vigilancia del Estado Nutricional de la población cordobesa, con énfasis en el análisis de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad). El mismo se ha realizado desde la perspectiva de las etapas del ciclo vital, teniendo en cuenta cinco grupos etarios. Incorporar esta perspectiva permite reconocer las características diferenciales del crecimiento, la dimensión temporal de la salud y el envejecimiento, así como integrar explicaciones sociales y biológicas en la comprensión del fenómeno en estudio. A fin de enriquecer el análisis de la problemática en cuestión, la Dra. Juliana Huergo problematiza los indicadores epidemiológicos clásicos para valorar el Estado Nutricional de poblaciones, invitándonos a descubrir una mirada de la comida y su relación con la configuración de "los cuerpos" que abre a nuevos interrogantes para su abordaje.

Aspectos metodológicos: Se analizaron los registros administrativos provistos por el Sistema Integral para la Gestión de Información en Programas de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba - SIGIPSA, de peso, talla e IMC. Se consideraron cinco grupos etarios, tomando el dato correspondiente a la última consulta realizada por la persona: a) 1 a 5 años, b) 6 a 9 años, c) 13 a 15 años, d) 18 a 59 años, y e) 60 años y más. Atendiendo a la recomendación de estudiar cortes transversales cada tres años para poblaciones estables, se analizaron datos de 2014 y 2017 para cada uno de los grupos de edad definidos, exceptuando a la población adultas (18 años y más), ya que en este caso, sólo se contó con información de 2017. Se analizó también la base de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2013, se incluyeron resultados de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE, 2012) y ENFR (2005, 2009 y 2013). Las categorías del Estado Nutricional por grupo etario fueron definidas según indicadores establecidos por la OMS y OPS. Se calcularon medidas resumen del IMC/edad (media, mediana y desvíos estándar) según sexo y grupo de edad, por medio del paquete estadístico SPSS 19.

Principales resultados y recomendaciones:

- En el grupo de 1 a 5 años, la malnutrición por exceso afectó a más del 30% de las niñas y niños asistidos en el sector público. Si bien en el período (2014-2017) se presentó una ligera disminución de la malnutrición por sobrepeso y obesidad, se destaca que el inicio del problema se ha trasladado a edades más tempranas, con una media de 3,87 años en 2014 y de 3,14 años en 2017, medianas de 4 y 3 años respectivamente, siendo este aspecto del problema especialmente preocupante y reflejando una tendencia que se ha establecido a nivel nacional.
- En el grupo de 6 a 9 años, la malnutrición por exceso afectó a más del 35% de las niñas y niños. Se observó un aumento de la obesidad en el período interanual. En esta etapa de la vida, resulta primordial trabajar sobre los entornos de vida cotidiana de las niñas y niños, ya no sólo en el hogar, sino también en la escuela y otros ámbitos de la sociedad en los que están insertos, apuntando a transformar los entornos y pautas sociales, determinantes de la obesidad.
- En el grupo de 13 a 15 años, con igual tendencia perfilada previamente, la prevalencia de ambas categorías de malnutrición por exceso aumentó de manera significativa, afectó al 31,2% de la población adolescente. Esta etapa de la vida representa una nueva oportunidad para promover hábitos de vida saludables, ya que en edades jóvenes pasan cada vez más tiempo fuera del hogar en un marco de creciente autonomía.
- En el grupo de personas adultas (de 18 a 59 años) y adultas mayores (de 60 años y más), la malnutrición por exceso afectó al 60% y 53% respectivamente, en el año 2017. Es de destacar que, en ambos grupos, las mujeres presentaron mayor prevalencia de obesidad. Sin embargo, este indicador no presenta la misma distribución en la ENFR, lo que permite suponer un fenómeno asociado a las condiciones materiales de vida de las mujeres adultas asistidas por efectores de salud del subsector público (en el marco del Programa SUMAR).

En conclusión, se trata sin dudas de un problema complejo y multifactorial, cuya magnitud creciente a edades cada vez más tempranas convoca a realizar esfuerzos intersectoriales urgentes. Los ejes de acción propuestos en el último capítulo brindan pistas concretas para su abordaje. El seguimiento en el tiempo

del estado nutricional de la población cordobesa, permitirá conocer la utilidad de las políticas en curso y la necesidad de establecer mejoras.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la primera causa de muerte por enfermedad en el mundo. Según la OMS (2010), las tres principales son: las enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes, y equivalen al 70% de las muertes a nivel mundial, junto a las enfermedades respiratorias crónicas.

En los países de bajos y de medianos ingresos se concentra aproximadamente el 80% de las muertes por ECNT (Lancet, 2013). En 2015, la ONU aprobó la Agenda 2030 sobre el desarrollo sostenible, estableciendo objetivos y metas. En relación con la salud, se ha destacado la importancia de trabajar en la reducción de las ECNT, y remarca que de continuar la tendencia actual, no se alcanzaría la meta de reducción de muertes por esas causas, para el año 2030. La crisis global planteada se traduce en barreras para el alcance de los objetivos de desarrollo de una sociedad, como la reducción de la pobreza, la equidad en salud, la estabilidad económica y la seguridad humana en los países (Beaglehole R, 2011). En Argentina, las ECNT no son sólo la principal causa de mortalidad, sino también la principal causa de años potenciales de vida perdidos (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

En el país, este escenario ocurre en el marco de un avanzado proceso de envejecimiento poblacional (OISS, 2014), considerando que una persona es adulta mayor a partir de los 60 años. El país se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada, ya que la población de adultos mayores alcanza al 14,27% de la población total¹. La esperanza de vida al nacer es de 72,45 años para varones y de 79,95 años para mujeres. La esperanza de vida al llegar a la jubilación, es de 17,4 años para varones y de 22,3 años para mujeres. Estos datos evidencian el progresivo envejecimiento de la población adulta mayor, ya que el número de personas que supera los 80 años también va en aumento. El envejecimiento de la población, producto de una disminución de la fecundidad y un aumento de la esperanza de vida, permite también explicar el cambio hacia un predominio de causas de muerte por ECNT (Carbonetti A, 2007). El fenómeno de envejecimiento poblacional también refleja la capacidad de las sociedades de

¹ Transición demográfica avanzada: La transición demográfica avanzada se define como la disminución del crecimiento poblacional y el envejecimiento de las estructuras por edad, respondiendo a la acelerada caída de la fecundidad, que fue precedida por la reducción sostenida de la mortalidad, para luego iniciar una nueva fase con niveles bajos en ambas variables. Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/noticias/7/23867/PyDEN_5.pdf

evitar la muerte temprana. Desde esta perspectiva, constituye un éxito de la salud pública y un mayor ejercicio de derechos. En este sentido, es el aumento del riesgo de morir atribuible a la enfermedad en sí misma, lo que debiera ocupar de manera prioritaria el foco de atención, en tanto es potencialmente modificable, particularmente promoviendo la modificación de los contextos causales hacia escenarios más saludables.

Las características que definen este grupo como ECNT son: su largo período asintomático y curso prolongado hasta su instalación definitiva; las mismas que brindan numerosas oportunidades para prevenir complicaciones. Se han identificado cuatro factores de riesgo **“mayores”** y comunes para este grupo de enfermedades: la alimentación no saludable, la inactividad física, el consumo de tabaco y de alcohol. Trabajar en su prevención y aún antes, en la promoción de hábitos y entornos de vida saludables, permite abordarlas sinérgicamente.

La evolución de las ECNT ha sido más desfavorable en sectores económicamente vulnerables; las personas con menores recursos tienen más probabilidad de estar expuestas a factores de riesgo, así como un menor acceso a los servicios de salud. En nuestro país se han descrito inequidades sociales en relación con la prevalencia y evolución de actividad física, obesidad, consumo de tabaco y diabetes, ya que la distribución de los factores de riesgo responde a las condiciones de vida y trabajo, así como a las oportunidades de acceso a los cuidados de la salud presentes en cada contexto (ENFR, 2013). Identificar grupos de población con necesidades particulares de atención-cuidados, así como barreras económicas, geográficas, culturales u otras permite adecuar las políticas y generar estrategias orientadas a la reducción de las brechas existentes, siendo esta una perspectiva que orienta las acciones de vigilancia de las ECNT diseñadas desde esta Dirección (Anand S. et al; 2002).

Particularmente, el sobrepeso y la obesidad son enfermedades de dimensiones pandémicas, y se encuentran entre los principales factores de riesgo de muerte y de carga de enfermedad a nivel mundial. Gran parte de la carga de las ECNT pueden atribuirse al exceso de peso como en el caso de la diabetes 44%, cardiopatías isquémicas 23%, y entre un 7% y 41% en ciertos tipos de cánceres (ENFR, 2013).

Es con esta motivación surge este informe de vigilancia del Estado Nutricional de la población cordobesa, con énfasis en el análisis de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), según etapas de la vida.

Acerca de la provincia de Córdoba

El territorio cordobés abarca una población de 3.645.321 representando el 8,3% de la población total del país según estimaciones poblacionales para el año 2017 del Censo 2010 (INDEC)². La misma se compone de 1.780.905 varones y 1.864.416 mujeres. En la provincia de Córdoba, el 89,11% de la población reside en áreas urbanas, el 10,9% en áreas rurales (5,76% rurales agrupadas, y 5,11% rurales dispersas). Esto refleja que un alto porcentaje de la población habita en localidades (427 gobiernos locales, 249 municipios y 178 comunas³). La provincia de Córdoba sigue el proceso mundial de intensificación en el aumento proporcional de la población en áreas urbanas: entre 2001 y 2010 aumentó en casi un 1% la concentración en las ciudades. Asimismo, en esta provincia, el 16% de la población es mayor de 60 años (595 mil adultos mayores de 60 años y 104 mil adultos mayores de 80 años en el 2017). Según datos inter-censales (2001 – 2010), este segmento etario ha crecido en el mencionado período a una tasa superior al resto de la población (7% y 15% respectivamente). Ello supone que la población con problemas de salud, asociados a ECNT y necesidades de cuidado, irá en aumento, representado un importante desafío para las políticas sociales y de salud pública (INDEC, 2010).

²Según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda, 2010. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=24&id_tema_3=85

³ La Constitución de la provincia de Córdoba reconoce como municipios a las comunidades de más de 2.000 habitantes, y como comunas a las poblaciones de menos de 2.000 habitantes. Una disposición transitoria de la Constitución reconoció como municipios a 108 poblaciones con menos de 2.000 habitantes, y resta reconocer como municipios a comunas que han superado los 2.000 habitantes en los últimos años. Sin embargo, resulta necesario advertir que el indicador de distribución poblacional según área urbana o rural no se corresponde directamente con la disposición administrativa seguida por la Provincia; esto es, una "zona rural agrupada" puede ser considerada tanto como Municipio o Comuna por la Provincia, a pesar de no superar los 2.000 habitantes.

Bibliografía

Anand S., et al. (2002) Medición de las disparidades de salud: Métodos e indicadores. In: Evans, T. et al. Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington: Fundación Rockefeller, OPS. (Publicación científica y técnica, 585).

Beaglehole R., et al. (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*, 377(9775), 1438-1447.

Carbonetti A, Celton, D. (2007) La transición epidemiológica. En: Susana Torrado (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: EDHASA.

INDEC (2013) Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. 2015. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

Lancet (2013). Non-Communicable Diseases. Vol 381 Feb. 16, Disponible en:
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)60100-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)60100-2.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación (2012). Boletín de vigilancia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Factores de Riesgo. N°1. Dirección de Promoción y Protección de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2012-01_boletin-epidemiologico-01.pdf

OISS (2014). Organización Iberoamericana de Seguridad Social. II Informe del Observatorio sobre adultos mayores. Disponible en:
http://www.oiss.org/IMG/pdf/II_INFORME_Obsevatorio_sobre_adultos_y_mayores-2.pdf

OMS (2010). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra. 2010. Disponible en:
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

¿Qué hay detrás de un indicador nutricional? Una particular relación entre un cuerpo y los alimentos

Dra. Juliana Huergo

Este capítulo debiera ser una hoja en blanco, que oficie a modo de invitación para que cada lector/a haga un *impass* para pensar/sentir su alimentación cotidiana. Habitamos el mundo al compás de un sistema político-económico que nos propone un circular permanente entre deseo-mercancía-consumo. Esta imposibilidad de generar instancias de detenimiento se expresa, por ejemplo, en evaluar muy seriamente si gastamos o no nuestro "**preciado tiempo**" en cocinar o comer. Ya la alimentación no estructura el tiempo de la vida cotidiana, sino que ocurre al revés (Gracia Arnaiz M, 2003). De modo que, el tiempo estructura nuestra alimentación; ya sea laboral, de ocio o festivo, escolar o bien aquel que determina la asistencia alimentaria (horarios de los comedores escolares, barriales). Estas circunstancias, de alguna manera, dejan entrever que resulta aún mucho más complicado que cocinar y comer, el ponernos a reflexionar sobre nuestra relación con los alimentos, historia cuyo eco viene de lejos.

Tal vez resulte una obviedad esta afirmación: nos construimos corporalmente mediante la comida (Herkovits D, 2008). Durante la etapa de gestación, crecemos en absoluta dependencia de los nutrientes que recibimos por medio de la placenta y del líquido amniótico a través de nuestras mamás. Estas sustancias nutritivas son similares a las consideradas esenciales en la etapa posnatal: proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales (Morla Báez E, 2002). Posteriormente, al nacer, el mundo se nos presenta como un "**caos sensorial**". De repente, comenzamos a formar parte de un universo incompresible de sensaciones internas (frío, calor, hambre, sed), olores, texturas, sonidos e imágenes visuales imprecisas. Recién, lentamente y al cabo de unas semanas, vamos ordenando todos estos estímulos a través de aprendizajes permanentes que se desprenden de las interacciones que vamos teniendo con el entorno humano y ecológico inmediato. Así, el "**caos sensorial**" comienza a transformarse en un "**mundo de significados**" (Le Bretón D, 2006: 26).

En ese escenario inquietante que nos desafía, comer es nuestro primer aprendizaje. Empezamos lactando como forma de explorar y conocer el mundo que yace en la proximidad de nuestro cuerpo, apoyándonos plenamente en los sentidos (tacto, olfato, gusto, vista, oído). El tacto es el primero en hacerse presente ayudándonos a delimitar la propia corporalidad, aunque nos viene

acompañando desde la etapa fetal. De igual manera, durante la gestación, el oído nos permite ir reconociendo las voces y las músicas del entorno social que habitamos (Le Bretón D, 2006: 26).

Al comienzo, el reflejo de succión es incondicionado, reacciona en automatismo frente a las impresiones externas. No obstante, al producirse aprendizaje, se metamorfosea a reflejo condicionado. Ello implica la generación de un sentido práctico que moldea nuestra experiencia sensorial y perceptiva. En otras palabras, vamos construyendo referencias que van más allá de nosotros/as mismos/as: “succionar ... produce además de saciedad, placer y tranquilidad” (Fuillerat A, 2004: 213). Estas circunstancias, se traman de manera indisociable, con la presencia afectiva de los/as adultos/as. Ellos/as son quienes nos estimulan auditivamente (los latidos cardíacos de mamá que reconocemos desde la etapa prenatal, cantos, charlas, discusiones), a través del contacto físico, la temperatura corporal, la mirada, los sabores, los colores. Tal como señala David Le Bretón, “En el origen de toda existencia humana, el otro es la condición para el sentido, es decir, el fundamento del lazo social. Un mundo sin los demás es un mundo sin lazo, destinado al no-sentido” (2006: 26-27). Por eso, nuestro conocimiento sensible tiene una base estética-cognitiva muy fuerte en la infancia que, luego se amplía a partir de la experiencia sociocultural acumulada; allí ingresa la clase social, la etnia, la educación recibida, el género y la generación a la que pertenecemos, el ámbito geográfico donde vivimos, entre otras dimensiones. Para el mencionado antropólogo y sociólogo francés, el otorgar sentido o el percibir/interpretar una situación, tiene como lugar primigenio al cuerpo, al que reconoce como constelación sensorial. De esta manera, “... No existen aparatos olfativo, visual, auditivo, táctil o gustativo que prodiguen por separado sus datos, sino una convergencia entre sentidos, un encastramiento que solicita su acción común” (2006:45).

¿Dónde comienza el gusto y termina el olfato? Son inseparables. La tentación del café no nace en el sabor, que deja un rescaldo de humo en el recuerdo, sino en esa fragancia intensa y misteriosa de bosque remoto. Con los ojos cerrados y la nariz tapada no podemos distinguir entre una papa cruda y una manzana, entre grasa y chocolate. La nariz es capaz de detectar más de diez mil olores y el cerebro de diferenciarlos, sin embargo para ese mismo cerebro suele ser imposible distinguir entre lujuria y amor. El olfato es, desde el punto de vista de la evolución, nuestro sentido más antiguo. Es preciso, rápido, poderoso, y se graba en la memoria con tenaz persistencia, de ahí el éxito de los perfumes, cuyo secreto es usar siempre el mismo, hasta convertirlo en un sello personal e intransferible, algo que nos identifica (Allende, 1997: 44:45).

A través de esa acción sensorial conjunta el mundo se vuelve un lugar inteligible, familiar, para nuestra existencia. Es decir, hacemos del mundo una experiencia a nuestra medida, entendible para nuestro sistema cultural. Nos criamos al interior de una cultura que determina el horizonte de posibilidad para el otorgamiento de sentido: rico, sabroso, repugnante, bello, feo, agradable, desagradable, insípido, frío, cálido. Esto indica la existencia de una modelización cultural de los sentidos, según tiempo y espacio específico (Le Bretón D, 2006). Por ejemplo, una amiga que viajaba por México recibió un comentario que la dejó sorprendida: “las mujeres argentinas tienen olor a **muerto**”. Al indagar un poco más sobre “¿qué me están queriendo **decir**?”, se encontró con la referencia acerca de la ausencia de olores característicos del cuerpo en su estado natural (utilización de fragancias varias que los atenúan).

En relación a las costumbres culturales que configuran nuestros marcos perceptivos, la vinculación que tenían las sociedades pre-capitalistas con el alimento (el nexo social era el pan; alimento-bien social) dista bastante de cómo la vivenciamos en nuestros días (el nexo social es el salario; alimento-mercancía). En el caso de Inglaterra del siglo XVIII, Eduard Palmer Thompson (1995) señala que existía un marcado control social de la circulación de los granos favorecido, en parte, porque el campo y la ciudad formaban un todo integrado. Empero, además, se compartía un alto consenso acerca del precio moralmente justo de los alimentos. Éstos, junto al aire y al agua eran concebidos como artículos de primera necesidad para la vida. Por ende, agricultores, molineros y panaderos eran considerados servidores sociales. A fin de siglo circulaban unos escritos a mano donde se inscribía esta ideología:

A todos los Hombres trabajadores y Comerciantes en la Centena de Stratton que están dispuestos a salvar a sus Mujeres e Hijos de la Terrible condición de ser llevados a la Muerte por Hambre por el agricultor insensible y **acaparador**... Reunios todos inmediatamente y marchad en temeroso Orden de Batalla hacia las Viviendas de los agricultores usureros, y Obligadlos a Vender el Grano en el Mercado, a un precio justo y **razonable**... (1995:266)

La especulación era castigada por el pueblo con los llamados motines de subsistencia o acciones de protesta social. Éstos se sucedían previo a advertencias populares prolongadas que no hubieran obtenido éxito alguno. En este contexto, el mercado era un nexo tanto social como económico. Allí ocurrían las transacciones comerciales sin intermediarios, circulaban las noticias, los rumores y chismes, también se discutía de política. Este historiador afirma que era un espacio donde la gente sentía que era fuerte, aunque sea por un momento.

De modo que, al historizar el funcionamiento de los mercados, podemos decir que hemos naturalizado los mecanismos extorsionantes que día a día se condensan alrededor del alimento-mercancía (Thompson A, 1995). En la actualidad, a diferencia de lo que ocurría en las sociedades que analiza Thompson, la economía de mercado o capitalista propone que las relaciones económicas queden claramente separadas y jerarquizadas de las otras relaciones sociales que conforman la estructura social: políticas, sociales, culturales, morales. En este escenario, mirar nuestras prácticas de cocinar y comer, constituye una puerta de ingreso para una posible lectura de qué pasa con las relaciones culturales en un mundo homogenizado por este tipo de sistema político-económico. En este sentido, Mabel Gracia Arnaiz (2003: 1-2) sostiene que el sistema alimentario moderno presenta paradójica pero complementariamente cuatro tendencias culturales básicas:

1. Homogeneización del consumo en una sociedad masificada. Aquí los aportes de Néstor García Canclini resultan pertinentes porque nos interpelan a interrogar las prácticas de consumo, ¿qué nos están diciendo de la cultura? Consumir alimentos globales, completamente des-territorializados, que no condensan ninguna historia colectiva, nos comunica acerca de: "... el peligro que la cultura sea un proceso de ensamblado multinacional, una articulación flexible de partes, un montaje de rasgos que cualquier ciudadano de cualquier país, religión o ideología puede leer y *usar*" (1995: 23). Esta anomía en la construcción de vínculos entre personas y los alimentos, es retomada por Eduardo Galeano en su escrito "**El Imperio del Consumo**":

Las masas consumidoras reciben órdenes de un idioma universal: la **publicidad**... Cualquiera entiende, en cualquier lugar, los mensajes que el televisor transmite (...) esta industria está conquistando los paladares del mundo y está haciendo trizas las tradiciones de la cocina local. Las costumbres del buen comer, que vienen de lejos, tienen, en algunos países, miles de años de refinamiento y diversidad, y son un patrimonio colectivo que de alguna manera está en los fogones de todos y no sólo en la mesa de los ricos. Esas tradiciones, esas señas de la identidad cultural, esas fiestas de la vida, están siendo apabulladas, de manera fulminante, por la imposición del saber químico y único: la globalización de la hamburguesa, la dictadura del **fast food**.... [esto] viola exitosamente el derecho a la autodeterminación de la cocina: sagrado derecho, porque en la boca tiene el alma una de sus puertas.

2. Persistencia de un consumo diferencial según clase social de pertenencia. En el libro "**Las Venas Abiertas de América Latina**", Galeano señala que el petróleo y el café mueven al mundo. Desde la corriente de pensamiento de *la economía política de la comida* (Cid, 2007), nos gustaría agregar que, los

alimentos portan la energía que mueve a los cuerpos. Por ende, quién es el dueño de esa energía, domina el mundo. Desde esta perspectiva, vale la pena señalar que nuestra alimentación de todos los días está manejada mundialmente por 250 empresas transnacionales (Aguirre P, 2016); que controlan todo, “desde la semilla hasta el supermercado” (Schlosser E, 2002). En este sentido, si tomamos como indicador las diferencias entre disponibilidad y consumo de hectáreas cultivables encontramos el siguiente panorama que sólo puede suceder si algunos viven a costas de recursos de otros; quienes registran un subconsumo.

País	Hectáreas disponibles	Consumo de Hectáreas
EEUU	4'7	9'5
España	1'7	5'3
Japón	0'7	4'3
Gabón	19'2	1'4
Bolivia	15	1'3
Brasil	9'9	1'1

Fuente: Scribano, Eynard, Huergo (2008)

Josué de Castro, médico brasileiro, profesor de geografía humana, director de la Organizaciones de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (período 1952-1956), fue un pionero en comenzar a tematizar sobre el problema del hambre; considerado un tabú moralmente inaceptable en pleno apogeo económico⁴ de occidente. Este concepto aún sigue incomodando, Martín Caparrós problematiza al respecto:

(...) Los términos técnicos suelen tener una ventaja: no producen efectos emotivos. Hay palabras que sí; hay muchas que no... Entonces hablan de subalimentación, de desnutrición, de malnutrición, de inseguridad alimentaria... el hambre es un proceso, una lucha del cuerpo contra el cuerpo... [hambre es] ... La palabra que nadie quiere usar (2014: 21-22).

Los primeros objetivos de la FAO fueron cuantificar las magnitud e intensidad de este padecimiento social. Para ello, se llevaron adelante dos encuestas mundiales.⁵ Los resultados de la primera, publicados en 1946, revelaron que dos de tres personas sufrían hambre, es decir, dos terceras partes de la totalidad poblacional del mundo no disponían de más de 2500 Kcal. diarias (considerado el mínimo vital). Y, a su vez que, un tercio de la alimentación de la Europa próspera provenía de países periféricos cuyas habitantes estaban subnutridos. Por otra

⁴ Desde la década del 50 hasta la crisis petrolera de 1973, según el historiador Eric Hobsbawm se vivió una etapa denominada “los años dorados” debido al gran crecimiento económico de occidente.

⁵ Estudio de los niveles alimentarios de 70 países, que representaban alrededor del 90% de la población terrestre.

parte, en 1952, la segunda encuesta proclama que, el 60% de la población terrestre no disponía más de 2.200 calorías por día. Cerca de dos tercios de la humanidad sufría subalimentación, pero estaba agudizado el déficit de energía/persona/día (de Castro J, 1969).

Tener una mirada crítica y relacional entre la abundancia/la carencia alimentaria, llevó a Josué de Castro a correrse de la geografía del hambre (no es un fenómeno natural) para posicionarse en la geopolítica del hambre (es producto de relaciones sociales de dominación). Sus investigaciones pudieron demostrar que existe un correlato entre procesos bio-psico-sociales y sucesos políticos, resultante de relaciones asimétricas de producción entre países (y entre sectores sociales en su interior). Así, bajo el término “**hambre**” reconoció una multiplicidad de matices que incluyeron a todo tipo de proceso de malnutrición (desnutrición, sobrepeso, obesidad). Lo postuló como un producto social, de fabricación humana, un símbolo de relaciones sociales asimétricas de poder político (de Castro J, 1969).

3. Incremento de una oferta alimentaria personalizada, avalada por grupos de consumidores/as que comparten estilos de vida. Esta premisa colabora con mostrar cómo se ha pasado del hambre (sensu de Castro) como problema social a un problema de responsabilidad individual. Y, particularmente, en contextos con mayores oportunidades de acceso alimentario a: un placer individual (Aguirre P, 2016) que se acerca a la idea de alimento-diversión o comida-pasatiempo (Espeitx, 2004); un cuidado individual configurado alrededor de lo sano o saludable (sin agroquímicos, sin conservantes); un consumo individual que respeta los derechos de los animales; un snacking que en soledad combina la práctica de comer con otras actividades como trabajar, estudiar, andar, ver televisión; entre otros posibles ejemplos. Si nos detenemos por un segundo a observar cómo se disponen algunos alimentos para el consumo, salta a la vista esta individualidad personalizada: el sobre de sopa, el stick de jugo, el paquetito de frutos secos, la porción envasada de tarta o torta. O, también, al observar el tamaño de las mesas y el tipo de sillas de los bares. Cada vez más nos encontramos con tabloneros para comer en banquetas altas. Como así también mesas más chicas, para pocas personas. Todos esos cambios en las formas de ambientar espacios o diseñar envases, señalan también cambios en la forma cultural de alimentarnos.

4. Individualización alimentaria causante de la creciente ansiedad del comensal contemporáneo. Gracia Arnaiz, M (2003) sostiene que esta ansiedad que se inscribe en la relación que tenemos con los alimentos es histórica, siempre

ha pivotado entre el deseo de abundancia y el temor a la escasez. Sólo que ha ido cambiando a merced del contexto socio-político. Etimológicamente, la palabra ansiedad proviene del latín *anxietas, anxietatis*, cualidad o estado del adjetivo latino *anxius* (angustiado, ansioso). Este adjetivo se relaciona con el verbo *angere* (estrechar, oprimir), de cuya raíz también derivan otros términos latinos: ansia, angina, angosto, angustia y congoja. Este desarrollo, nos posibilita hacer un *link* con lo que planteó Josué de Castro acerca de las consecuencias del hambre en el cuerpo; siempre, recuperando la distinción antes mencionada acerca de que no refiere sólo al enflaquecimiento de la masa corporal sino al estar sujeto a una heteronomía alimentaria. El hambre marca el cuerpo físico (es una esclavitud biológica), pero también la sensibilidad humana (cólera, apatía, somnolencia, apartamiento social).

Su comportamiento [de una persona] se vuelve como el de cualquier animal sometido a los efectos torturantes del **hambre...** Importa poner en claro que la sensación de hambre aguda no es una sensación continua, sino un fenómeno intermitente, con exacerbaciones y restituciones periódicas. En principio el hambre provoca una excitación nerviosa anormal, extrema irritabilidad (cólera) y violenta exaltación de los **sentidos...** Bajo la acción avasalladora del hambre se da en el hombre igual decaimiento, absoluta supresión de todos los otros deseos e intereses vitales, y su pensamiento se concentra activamente en descubrir el alimento por cualquier medio y a costa de cualquier riesgo. Exploradores y pioneros que en sus aventuras cayeron en las garras del hambre, nos han dejado una documentación completa y rica de detalles de esta tremenda obsesión del espíritu polarizada en un solo deseo, concentrada en una sola aspiración: **comer...** pero luego viene una faz de la apatía, de tremenda depresión, de náuseas y de dificultad de cualquier tipo de concentración mental (de Castro, 1955: 102).

Esta ansiedad o angustia frente a la posibilidad de sufrir hambre o bien frente al reconocimiento de su existencia, la podemos ver en el surgimiento del mundo gourmet argentino. Matías Bruera (2007) refiere como paradójico que emergiera como un programa estético de refinamiento del paladar individual durante plena crisis del año 2001. De esta manera, operó como cortina de humo frente al hambre y la desprotección de amplios sectores sociales.

A modo de cierre

Detrás de las estadísticas sobre nutrición habita/palpita un cuerpo, que desde su concepción sostiene una relación material y sensible con los alimentos. Un cuerpo que, a su vez, está situado en un contexto cultural específico, en un tiempo/espacio determinado. Realizando una gran simplificación, esa relación puede responder a dos interrogantes: “¿qué vamos a comer **ahora?**” o “¿cómo

estoy **comiendo**?" Esto sitúa a los/as comensales en diferentes posiciones dentro de la escala social. El primero, está resolviendo en el aquí y ahora *como se pueda* la materialidad de la alimentación del minuto a minuto. El segundo, está queriendo comenzar a *mejorar desde determinado estilo de vida* al que adhiere su alimentación. *Qué* y *Cómo* nos retrotraen a situaciones de partida estructuralmente desiguales.

Quienes vamos a leer las estadísticas que se presentan en este Boletín, además de tener nuestra particular relación con los alimentos, habitamos un cuerpo en el marco de una cultura general pero también de una cultura institucional vinculada a la salud pública. Y, quizá me equivoco, pero seguramente estamos más cerca del *Cómo*.

En ese sentido, Noelia Carrasco Henríquez (2007:94) plantea la necesidad de poner sobre la mesa las diferentes formas de concebir un problema alimentario; en este caso, las cifras de sobrepeso y la obesidad que se expresan dentro del territorio cordobés. Una de esas formas es el sentido común, que lo comprende desde las apropiaciones que el conocimiento especializado de la salud pública teñida biomedicina socializa. Por ese motivo, comparten una similar base ideológica: quienes "**no comen**" o "**comen mal**" son aquellos que "**no tienen**", y viven así producto de la "**ignorancia**" o de la "**mala suerte**".

Josué de Castro, como tanto otros referentes de la *salud colectiva* nos invitan a posicionarnos teóricamente -por ende, políticamente- sobre aquellos procesos que los números describen desde un pensamiento relacional. En este caso, el estado nutricional. La propuesta que hemos hecho hasta aquí, se direcciona a entenderlo como la expresión de qué de lo socialmente producido va a parar a cada quien (Hintze S, 1997). O bien, como un precipitado de procesos biológicos condicionados socialmente (Breilh J, 2010). Pero, aún nos faltaría algo más, historizar tales condicionantes: ¿cuántos y cuáles alimentos se producen (y no se producen)? ¿cómo se producen? ¿qué parte de lo socialmente generado va a parar a cada boca? ¿de qué manera se consumen (determinaciones materiales y simbólicas)? (Hintze S, 1997:13). Y, para finalizar, volver al cuerpo de quiénes obtuvimos el número: ¿cómo percibe su propia alimentación? Recién aquí estaremos preparados para realizar la lectura comprensiva de las descripciones numéricas.

Bibliografía

Aguirre P. (2016). "Alimentación humana: el estudio científico de lo obvio". En: *Salud Colectiva*;12(4):463-472.

Allende I (1997). *Afrodita*. Barcelona: Sudamericana.

Breilh J. (2010). "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano". En: *Salud Colectiva*6(1):83-101.

Bruera M. (2007). "Un sociólogo a la hora de 'comer'", en *Artículos Intramed*, Buenos Aires, Argentina. Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=48533>

Caparrós M. (2014). *El Hambre*. Buenos Aires: Planeta.

Carrasco Henríquez N. (2006). "Desarrollos de la antropología de la alimentación en América Latina: hacia el estudio de los problemas alimentarios". En: *Revista Estudios*. Vol. XV. Num 30.

Cid B. (2007). "Para una economía política de la comida: Una revisión teórica". En: *Sociedad Hoy*, 13: 73-82, 2do Sem.

De Castro J. (1955). *Geopolítica del hambre*. Buenos Aires: Editorial Raigal.

De Castro J. (1969). *El hambre como problema universal*. Buenos Aires: Leviatán.

Espeitx E. (2004), "Patrimonio alimentario y turismo: una relación singular". En: *PASOS. Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*; 2(2): 193-213.

Fuillerat Alfonso R. (2004). "Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. En: *Nutr. Hosp.*; XIX (4) 209-224

Galeano E. (s.f.). *Imperio del Consumo*. Uruguay.

García Canclini N. (1995). "El consumo sirve para pensar". En: García Canclini: *Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. México: Grijalbo.

Gracia Arnaiz M. (2003). "Alimentación y cultura: ¿hacia un nuevo orden alimentario?" En: Navas López J, Gaona Pisonero C (Coordinadores). *Los modelos alimentarios a debate: la interdisciplinariedad de la alimentación*. España: Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Herkovits D. (2007). "Praxis profesional y realidad clínica: la construcción de la desnutrición infantil como objeto terapéutico en un centro de atención primaria en

la Ciudad de Buenos Aires". En: *Cuadernos de Antropología Social* N° 25, pp. 189–207, 2007.

Hintze S. (1997). "Apuntes para un abordaje multidisciplinario del problema alimentario". En: Álvarez M y Pinotti LV, *Procesos Socioculturales y Alimentación*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.

Le Bretón D. (2006). *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Morla Báez E. (2002). *Crecimiento y desarrollo desde la concepción hasta la adolescencia*. República Dominicana: Instituto Santo Domingo.

Schlosser E. (2002). *Fast Food Nation*. Londres: Penguin Books.

Scribano A, Eynard M, Huergo J. (2010). "Alimentación, energía y depredación de los bienes comunes: la invisibilidad de la expropiación colonial". En: *Boletín Onteaiken*, N° 9 (5); pp. 26-45. Disponible en:
<http://www.onteaiken.com.ar/ver/boletin9/1-1.pdf>

Thompson EP. (1995). "La economía 'moral' de la multitud en la Inglaterra del Siglo

Estado Nutricional de la Población en la Provincia de Córdoba según etapas de la vida, con énfasis en el análisis de la situación epidemiológica del sobrepeso y la obesidad.

El estudio del estado nutricional de la población cordobesa se ha realizado teniendo en cuenta cinco etapas de la vida. Incorporar la perspectiva de las etapas del ciclo vital responde no sólo al reconocimiento de las características diferenciales del crecimiento a lo largo de la vida (y el consecuente requerimiento de indicadores específicos); si no también a reconocer la dimensión temporal de la salud y el envejecimiento, así como integrar explicaciones sociales y biológicas en la comprensión del fenómeno en estudio.

Atendiendo a la importancia crítica que tienen los cuidados durante los primeros años de vida (particularmente aquellos referidos a la alimentación y la crianza), este informe ha dedicado especial atención al análisis de la problemática del estado nutricional, con énfasis en el sobrepeso y la obesidad, en la etapa de la infancia.

Ya ha sido reportado que la epidemia de sobrepeso y obesidad comienza en etapas tempranas de la vida y se arrastra a la adolescencia y la adultez, con severas consecuencias en la salud actual y futura (Calvo E, et al., 2009)⁶; es un factor predictivo importante de la obesidad en la edad adulta, con su carga de discapacidad, mayor mortalidad, morbilidad temprana¹, y consecuente carga en materia de gasto sanitario (OMS, 2016)⁷. Constituye, junto con la baja talla, el problema nutricional antropométrico más prevalente en la población infantil del país (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018)⁸

⁶ Calvo E, et al. 2009. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. ISBN 978-950-38-0093-5

⁷ Organización Mundial de la Salud -Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil, 24 de marzo de 2016. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-sp.pdf

⁸ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Sobrepeso y Obesidad en niños, niñas y adolescentes del primer nivel de atención en Argentina. Secretaría de Promoción de la Salud, prevención y control de riesgos. Diciembre de 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/4221/file>

Aspectos metodológicos⁹.

Se han analizado los registros administrativos provistos por el Sistema Integral para la Gestión de Información en Programas de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba - SIGIPSA (base de datos del Programa SUMAR Córdoba¹⁰).

Es oportuno aclarar que, en términos de confiabilidad y error, este tipo de registro puede sufrir dos posibles errores: a) de cobertura u omisión (casos no registrados), lo que impide conocer correctamente cuál es la población total que se atiende efectivamente; y b) de contenido (calidad de los datos registrados: sexo, edad, talla etc), lo cual se evalúa mediante pruebas de consistencia¹¹, lo que no permite hablar de representatividad en términos de inferencia estadística.

En la Tabla 1 se exponen las fuentes y bases de datos consultadas y analizadas para la elaboración del presente informe. Se consideraron los siguientes grupos etarios, tomando, en el caso de disponer del dato, aquel correspondiente a la última consulta realizada por cada persona: a) 1 a 5 años, b) 6 a 9 años, c) 13 a 15 años d) 18 a 59 años, y e) 60 años y más. En línea con la recomendación de estudiar cortes transversales cada tres años⁹ para poblaciones estables, en el caso de los datos procedentes del Programa SUMAR, se analizaron datos de 2014 y 2017 para cada uno de los grupos de edad definidos, exceptuando a las/os adultas/os de 18 años y más para los cuales se contó con información únicamente del año 2017.

⁹ Atendiendo a la priorización de la problemática de la malnutrición por exceso, no se incluye el estudio del estado nutricional durante el primer año de vida.

¹⁰ El Programa SUMAR implementa una estrategia de gestión y financiamiento por resultados en el subsector público de la salud en la Argentina.

¹¹ Más adelante se detallan las pruebas de consistencia realizadas para cada grupo de población incluido en este estudio.

Tabla 1. Fuentes, período y cobertura geográfica de los datos analizados (tamaños muestrales incluidos).

GRUPO	FUENTE	PERIODO	ALCANCE DE LOS DATOS	OBSERVACIONES
1 a 5 años	Programa SUMAR – Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba	2014 (n=20.854)	Provincial y departamental	Procesamiento propio para el cálculo de los indicadores de malnutrición.
		2017 (n=41.855)		
6 a 9 años	Programa SUMAR – Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba	2014 (n=11.699)	Provincial y departamental	Procesamiento propio para el cálculo de los indicadores de malnutrición.
		2017 (n=27.184)		
13 a 15 años	Programa SUMAR – Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba	2014 (n=5.369)	Provincial y departamental	Procesamiento propio para el cálculo de los indicadores de malnutrición.
		2017 (n=14.548)		
13 a 15 años	Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE)	2012	Provincial	Análisis de indicadores disponibles.
18 a 59 años	Programa SUMAR – Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba	2017 (n=46.414)	Provincial y departamental	Procesamiento propio para el cálculo de los indicadores de malnutrición.
60 y más		2017 (n=2.084)		
18 años y más	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)	2005/2009/2013	Provincial	Análisis de indicadores disponibles.

Para el análisis del registro de la población de 18 años y más se ha realizado adelante un proceso de depuración de la información a fin de salvar inconsistencia de los datos. Se definieron puntos de corte de peso y talla según criterio OMS¹² para la población adulta: Talla (>1,35 y < 1,98m) y Peso (>29,1Kg y <156,8Kg) y se excluyeron de la base todos aquellos casos que estuvieran por fuera de los mismos, de forma aislada y conjunta cada indicador. Asimismo, se excluyeron de la base los casos duplicados, identificados a partir del número único de beneficiario del sistema. Del total de los casos, han sido excluidos¹³ 723 (1,47% del total). El porcentaje de casos excluidos en la población de 18 a 59 años correspondió a un 5,70% y para la población de 60 años y más un 4,56%.

Se analizó también la base de datos de la ENFR 2013, e información proveniente de estudios de vigilancia nutricional realizados por el Ministerio de Salud de la Nación. Conforme los grupos de edad priorizados se incluyeron en este informe resultados de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE, 2012) y ENFR (2005, 2009 y 2013)¹⁴.

El índice de masa corporal (IMC) para la edad constituye el indicador de elección para este informe por ser apropiado para el tamizaje poblacional del sobrepeso y la obesidad (Calvo E, et al., 2009). Resulta útil a fin de describir la situación de la población (estimación de prevalencias) y analizar cambios en el tiempo. Antes de la edad adulta, este índice presenta gran variabilidad con la edad y el sexo¹⁵.

Se presenta en la Tabla 2 las categorías del Estado Nutricional por grupo etario según tablas de referencia de la OMS y OPS.

¹² Contreras Rojas, Mariela (2012) Tabla Valoración nutricional según IMC adultas/os. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de salud Chile. Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/INS/232/CENAN-0074.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹³ En anexo se puede observar tabla correspondiente a la distribución de los casos excluidos

¹⁴ La población objetivo de esta encuesta comprende a las personas de 18 años y más residentes en viviendas particulares de localidades de al menos 5.000 habitantes de la República Argentina. El diseño muestral fue probabilístico, estratificado y multietápico, contemplando la selección de personas a través de cuatro etapas: aglomerados censales, áreas, viviendas e individuos.

¹⁵ Ministerio de Salud de la Nación (2013). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud. 1° ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

Tabla 2. Categorías del Estado Nutricional por grupo etario (OMS/OPS).

Niñas, niños y adolescentes	Bajo peso: IMC < P3 Riesgo de bajo peso: IMC entre P3 y P 10. Eutróficos: IMC entre P 10 y P 85. Sobrepeso: IMC entre P 85 y P 97. Obesidad: IMC ≥ P 97.
Población adulta	Bajo Peso: IMC < 18,5 kg/m ² Eutrófico: IMC entre 18,5 y 24,99 Kg/m ² Sobrepeso: IMC entre 25 y 29,99 Kg/m ² Obesidad IMC ≥ 30kg/m ²
Población adulta mayor ¹⁶	Delgadez: IMC ≤ 23,0 Normal entre 23 y 27,99 Sobrepeso entre 28 a 31,99 Obesidad ≥ 32.

Para el análisis de los datos, se calcularon medidas resumen del IMC/edad (media, mediana y desvíos estándar) según sexo y grupo de edad, utilizando paquete estadístico SPSS 19.

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Washington, DC 2002-

Estado nutricional de la población de la Provincia de Córdoba según etapas de la vida

1. Estado nutricional antropométrico de niñas y niños de 1 a 5 años.

Se expone a continuación los resultados del período 2014-2017, estudiando su evolución para la provincia (representando así la situación de niñas y niños con cobertura de salud pública exclusiva). Para este grupo etario se contó con información de 20854 niñas (44,6%) y niños (55,4%) en el año 2014 y una media de edad de 3,6 ($\pm 1,43$). En lo que refiere al año 2017 se analizaron los datos de 41855 niñas (47%) y niños (53%), y una media de edad de 2,78 ($\pm 1,44$).

La Figura 1 permite observar la distribución del estado nutricional antropométrico de niñas y niños asistidos en CAPS de la Provincia de Córdoba en el mencionado período, mientras que, en la Figura 2 se expone la evolución de los indicadores de sobrepeso y obesidad y en la figura 3 la distribución de estos últimos según sexo. Se evidencia la mejora general del estado nutricional de la población, acompañada de una leve pero sostenida disminución de las categorías de riesgo, tanto por déficit como por exceso, siendo esta disminución estadísticamente significativa entre períodos para las categorías de: Bajo Peso¹⁷, Sobrepeso y Obesidad. Así, en un panorama epidemiológico de mejoras en el estado nutricional, coexisten aún en la provincia problemas de malnutrición por déficit y por exceso. Mientras que en 2014 el bajo peso duplicó la prevalencia esperada (3%), en 2017 el exceso se redujo a la mitad. La tabla 3 y 4 presenta la prevalencia de sobrepeso y obesidad y sus intervalos de confianza (IC) en ambos períodos en la población general y según sexos respectivamente.

En conjunto, la malnutrición por exceso afecta a más del 30% de las niñas y niños. Si bien se presenta una ligera disminución de la malnutrición por exceso en el período (ambas categorías del indicador), es de destacar que el inicio del problema se ha trasladado a edades más tempranas, con una media de edad de 3,87 años en 2014 y de 3,14 años en 2017, medianas de 4 y 3 años respectivamente (Figuras 4 y 5), siendo este aspecto del problema preocupante y reflejo de una tendencia que se ha establecido a nivel nacional.

¹⁷ Se incorporan aquí los datos de Bajo Peso en los dos períodos analizados, ya que no se retoma luego el tema: la prevalencia fue de 6,09 [IC: 5,76-6,41] (n= 1270) y 4,83 [IC: 4,63 -5,04] (n= 2025) para los años 2014 y 2017 respectivamente.

Figura 1. Distribución del estado nutricional antropométrico de la población de niñas y niños de 1 a 5 años asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 a 2017.

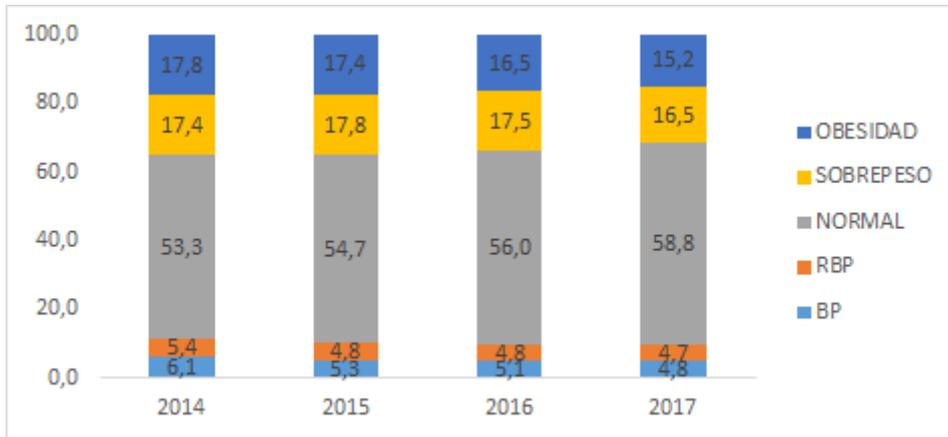


Figura 2. Evolución del Sobrepeso y la Obesidad en niñas y niños de 1 a 5 años asistidos en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 y 2017.

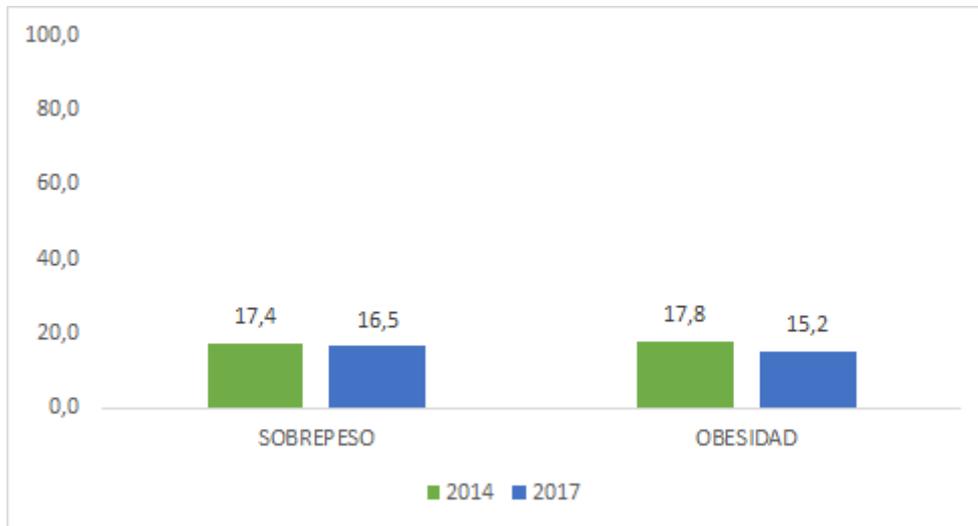


Tabla 3: Prevalencia del Sobrepeso y la Obesidad en la población de 1 a 5 años asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 y 2017.

AÑO	SOBREPESO % (n) [IC]	OBESIDAD % (n) [IC]	Total* % (n)
2014	17,43 (3536) [16,91-17,94]	17,83 (3719) [17,31 - 18,35]	100 (20.854)
2017	16,45(6887) [16,09 - 16, 81]	15,16 (6346) [14,81 - 15,5]	100 (41.855)

*Muestras sobre las cuales fueron calculadas las categorías de sobrepeso y obesidad (se excluyen de esta tabla las restantes categorías del Estado Nutricional)

Figura 3. Distribución del Sobrepeso y la Obesidad de la población de 1 a 5 años según sexo, asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 a 2017.

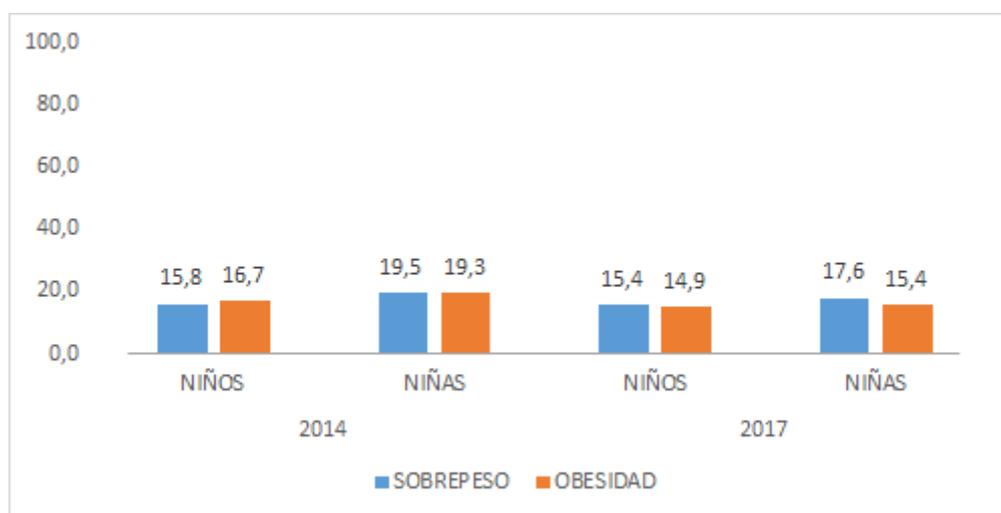


Tabla 4: Prevalencia del Sobrepeso y la Obesidad en la población de 1 a 5 años según sexo, asistidos en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 y 2017.

Año	Sexo		
	Niños (n)	Niñas (n)	
Año 2014	Niños (n=11551)	Niñas (n=9303)	
	SOBREPESO	15,8 (15,13-16,46)	19,5 (18,64-20,26)
	OBESIDAD	16,7 (15,99-17,35)	19,3 (18,46-20,08)
Año 2017	Niños (n=22204)	Niñas (n= 19651)	
	SOBREPESO	15,4 (14,94-15,90)	17,6 (17,08- 18,15)
	OBESIDAD	14,9 (14,41-15,38)	15,4 (14,93-15,95)

Figura 4: Histograma de frecuencia de Sobrepeso según la edad, en niñas y niños de 1 a 5 años asistidos en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según Curvas de la OMS. 2014 y 2017.

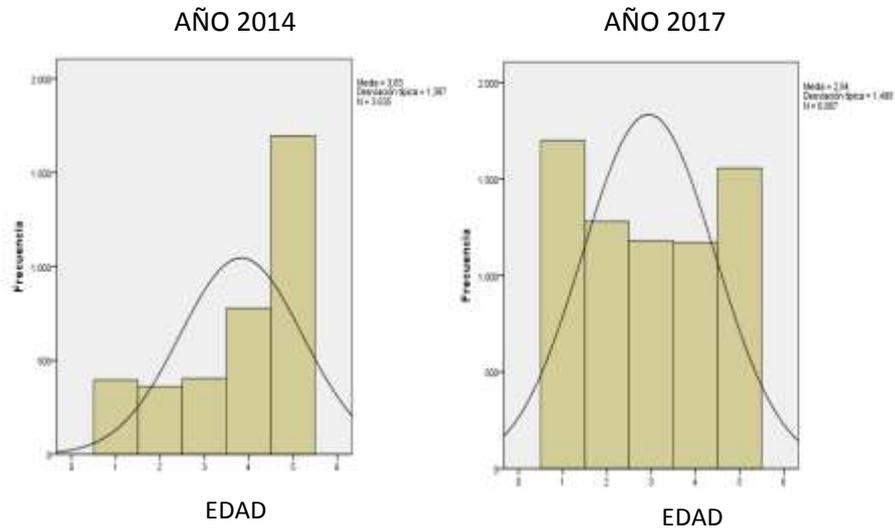
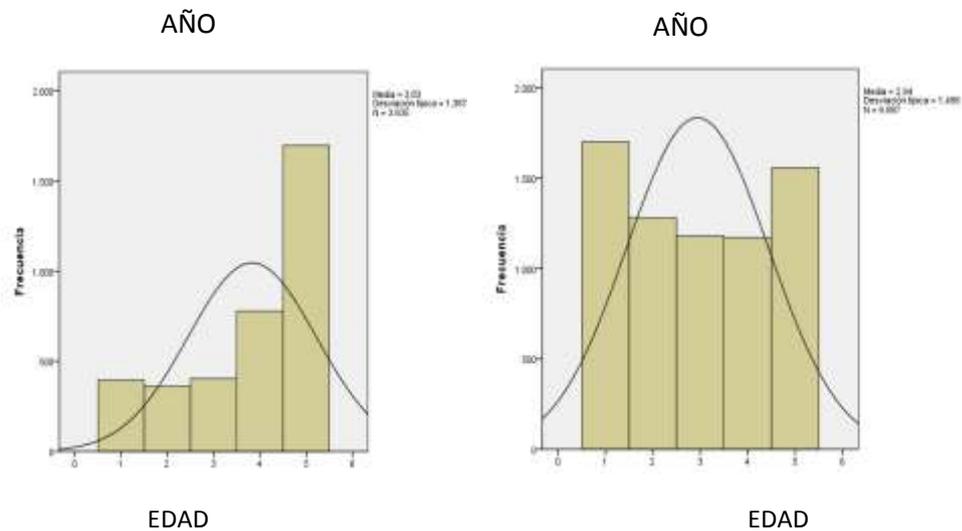


Figura 5: Histograma de frecuencia de la Obesidad según la edad, en niñas y niños de 1 a 5 años asistidos en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según Curvas de la OMS. 2014 y 2017.



2. Estado nutricional antropométrico de niñas y niños de 6 a 9 años.

Para el análisis de este grupo se contó con información de 11699 niñas y niños, con una distribución por sexo de 50,6% niñas y 49,4% niños, y una media de edad de 7,86 ($\pm 1,16$), en el año 2014. Para el año 2017, se analizó información de 27184 niñas y niños, con una distribución por sexo de 52,2% niñas y 47,8% niños; y una media de edad de 7,61 ($\pm 1,6$).

La Figura 6 permite observar la distribución del estado nutricional antropométrico de niñas y niños de 6 a 9 años, asistidos en CAPS de la Provincia de Córdoba (2014-2017), mientras que, en la Figura 7 se expone la evolución de los indicadores de sobrepeso y obesidad en los dos cortes antes referidos (2014-2017). En la figura 8 la distribución de estos indicadores según sexo. A diferencia de lo que ocurre en el período anterior, durante la etapa escolar (6 a 9 años), la prevalencia de sobrepeso se mantuvo estable y la prevalencia de obesidad aumentó de manera significativa (Tabla 5). Observando la distribución según sexo (Tabla 6), en los niños el sobrepeso tuvo una reducción significativa, y la obesidad aumentó de manera significativa. En el grupo de niñas la obesidad tuvo un aumento significativo, y el sobrepeso una reducción no significativa.

En síntesis, la malnutrición por exceso afecta a más del 35% de las niñas y niños en edad escolar con el agravante del aumento de la obesidad. En esta etapa de la vida, resulta primordial trabajar sobre los entornos de vida cotidiana de las niñas y los niños, no sólo en el hogar, sino también en la escuela y ámbitos de la sociedad en los que están insertos; lo que implica transformar entornos y pautas sociales determinantes de la obesidad.

Figura 6. Distribución del estado nutricional antropométrico de la población de niñas y niños de 6 a 9 años asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 a 2017.

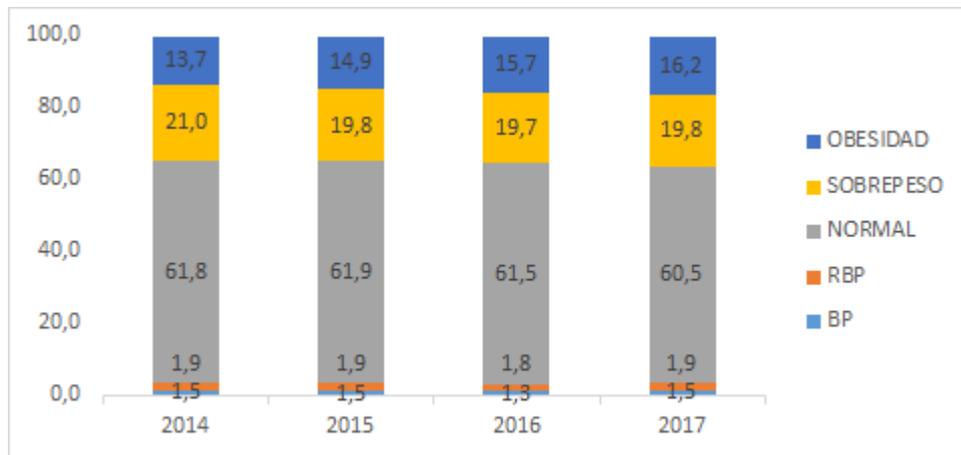


Figura 7. Evolución del Sobrepeso y la Obesidad en niñas y niños de 6 a 9 años asistidos en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 y 2017.

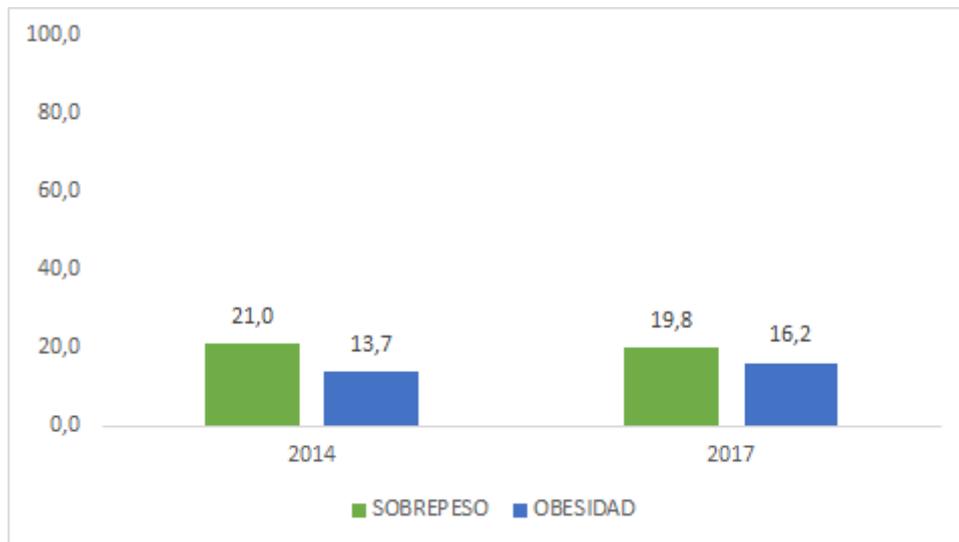


Tabla 5: Prevalencia del Sobrepeso y la Obesidad en niñas y niños de 6 a 9 años asistidos en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 y 2017

AÑO	SOBREPESO % (n) [IC]	OBESIDAD % (n) [IC]	Total* % (n)
2014	20,98 (2455) [20,24 – 21,72]	13,69 (1602) [13,06 – 14,32]	100 (11699)
2017	19,85(5396) [19,37 – 20,32]	16,22 (4410) [15,78 – 16,66]	100 (27184)

*Muestras sobre las cuales fueron calculadas las categorías de sobrepeso y obesidad (se excluyen de esta tabla las restantes categorías del Estado Nutricional)

Figura 8. Distribución del Sobrepeso y la Obesidad de la población de 6 a 9 años según sexo, asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 a 2017.

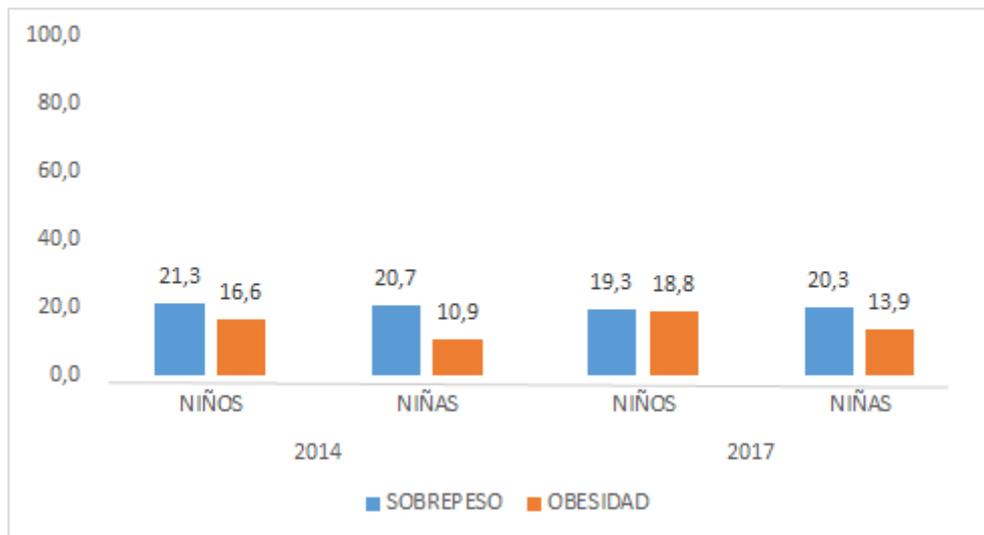


Tabla 6. Prevalencia del Sobrepeso y la Obesidad en niñas y niños de 6 a 9 años según sexo, asistidos en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 y 2017.

Año	Sexo	
	Niños (n)	Niñas (n)
2014	5776	5923
SOBREPESO	21,3 (20,21-22,34)	20,7 (19,65-21,73)
OBESIDAD	16,6 (15,63 -17,57)	10,9 (10,05-11,65)
2017	12995	14189
SOBREPESO	19,3 (18,62-19,99)	20,3 (19,68-21,01)
OBESIDAD	18,8 (18,07-19,42)	13,9 (13,33-14,47)

3. Estado nutricional antropométrico de adolescentes de 13 a 15 años de la Provincia de Córdoba.

Para el año 2014 se analizó información de 5369 adolescentes de 13 a 15 años, con una distribución por sexo de 50,4% mujeres y 49,6% varones. La media de edad fue de 14,22 ($\pm 0,81$). Para el año 2017, se contó con información de 14548 adolescentes, con una distribución por sexo de 50,7% mujeres y 49,3% varones; con una media de 14,05 años ($\pm 0,84$).

La Figura 9 permite observar la distribución del estado nutricional antropométrico de adolescentes de 13 a 15 años, asistidos en CAPS de la Provincia de Córdoba (2014-2017), mientras que, en la Figura 10 se expone la evolución de los indicadores de sobrepeso y obesidad en los dos cortes antes referidos (2014-2017). La figura 11 muestra la distribución de estos últimos según sexo. En esta etapa de la vida, continúa la tendencia perfilada previamente, la prevalencia de ambas categorías de malnutrición por exceso aumentó de manera significativa (Tabla 7 y 8). En conjunto, la malnutrición por exceso afecta a 31,2% de adolescentes. Esta etapa de la vida representa una nueva oportunidad para promover hábitos de vida saludables, este grupo etario pasa cada vez más tiempo fuera del hogar en un marco de creciente autonomía.

Figura 9. Distribución del estado nutricional antropométrico de la población de adolescentes de 13 a 15 años asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 a 2017.

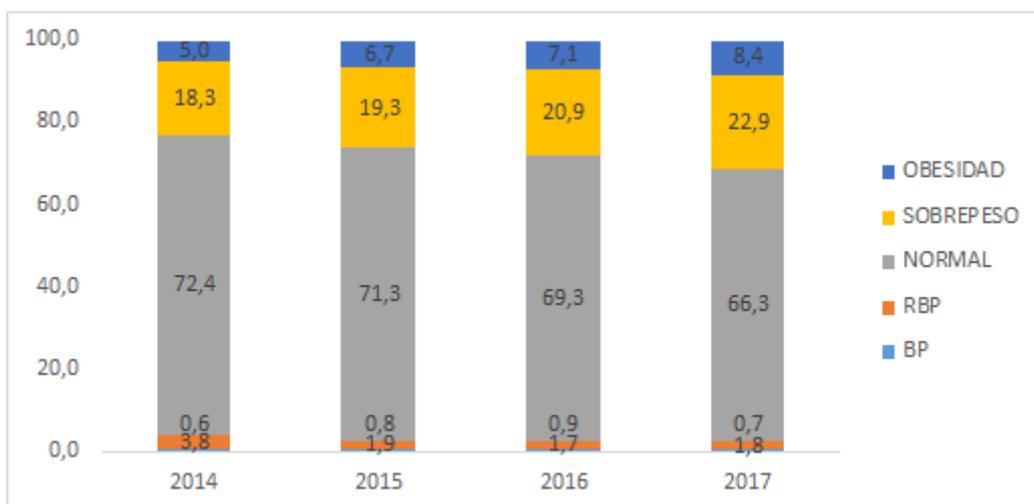


Figura 10. Evolución del Sobrepeso y la Obesidad de la población de adolescentes de 13 a 15 años asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 a 2017.

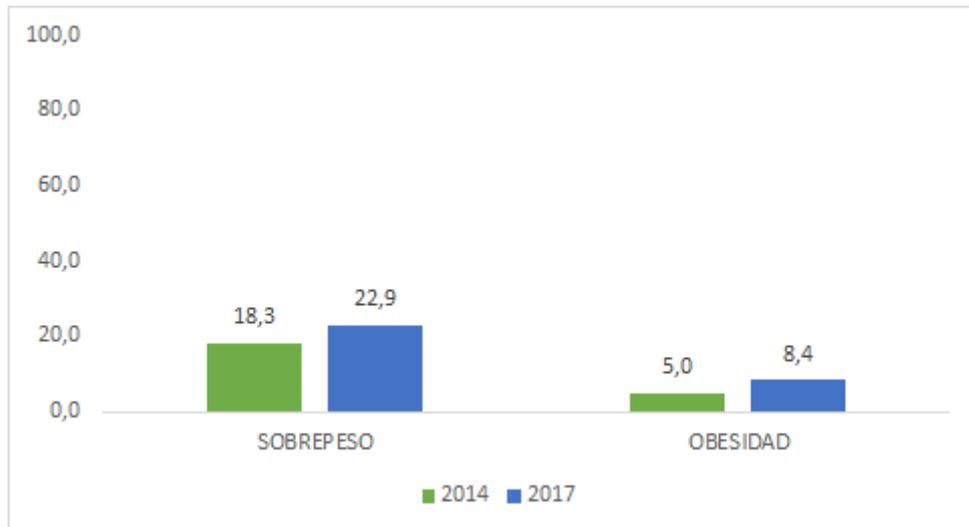


Tabla 7. Prevalencia de Sobrepeso y la Obesidad en adolescentes de 13 y 15 años, asistidos en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 y 2017

AÑO	SOBREPESO % (n) [IC]	OBESIDAD % (n) [IC]	Total* % (n)
2014	18,27 (981) [17,22 - 19,31]	4,95 (266) [4,36-5,54]	100 (5369)
2017	22,86 (3325) [22,1 -23,54]	8,37 (1217) [7,91 - 8,19]	100 (14548)

*Muestras sobre las cuales fueron calculadas las categorías de sobrepeso y obesidad (se excluyen de esta tabla las restantes categorías del Estado Nutricional)

Figura 11. Distribución del Sobrepeso y la Obesidad de la población de 13 a 15 años según sexo, asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 a 2017.

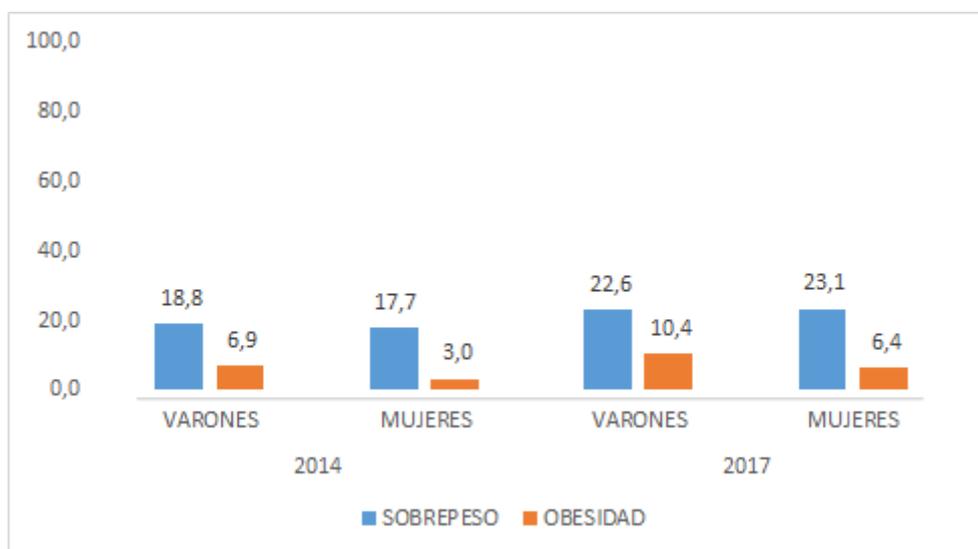


Tabla 8. Prevalencia del Sobrepeso y la Obesidad en adolescentes de 13 a 15 años según sexo, asistidos en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Años 2014 y 2017.

Año	Sexo	
	Varones (n=2664)	Mujeres (n=2705)
Año 2014		
SOBREPESO	18,8 (17,30-20,30)	17,7 (16,28-19,20)
OBESIDAD	6,9 (5,92-7,88)	3,0 (2,36-3,69)
Año 2017		
SOBREPESO	22,6 (21,63-23,58)	23,1 (22,12-24,06)
OBESIDAD	10,4 (9,71-11,13)	6,4 (5,79-6,92)

Para la población de 13 a 15 años se cuenta con datos provinciales de la Encuesta Mundial de Salud de los Escolares 2012 (EMSE)¹⁸. A diferencia de los datos procedentes de SIGIPS, el mencionado estudio incluye una muestra

¹⁸ La EMSE utiliza una metodología estandarizada a nivel mundial para relevar datos sobre los comportamientos y factores de protección en alumnos/as de entre 13 a 15 años, relacionados con las principales causas de enfermedad y muerte entre los jóvenes y adultos. Por primera vez, en el año 2012 esta encuesta aporta datos con representatividad provincial. Cabe mencionar que participaron un total de 1234 estudiantes en la Provincia de Córdoba. La tasa de respuesta de la escuela fue del 80%, la tasa de respuesta de los/as estudiantes fue de 85% y la tasa de respuesta global fue del 68%.

representativa de adolescentes procedentes de diferentes niveles socioeconómicos. El informe para la provincia reportó datos de prevalencia de sobrepeso y la obesidad de 22,5% (DS 18.7-26.8) y 4,9% (DS 2.8-8.4) respectivamente.

4. Estado nutricional antropométrico de población adulta y adulta mayor de la Provincia de Córdoba.

Tal como ya se mencionó, el análisis del estado nutricional de la población adulta y adulta mayor ha sido realizado con datos del año 2017 (Tabla 1). La población adulta (18 a 59 años), presentó una distribución por sexo de 61,3% mujeres y 38,7% varones, y una media de edad de 34,39 ($\pm 12,98$). Por su parte, la población adulta mayor (60 años en adelante) presentó una distribución por sexo de 34,8% mujeres y 65,2% varones; y una media de edad de 61,71 ($\pm 1,69$).

Las Figuras 12 y 13 permiten observar la distribución del estado nutricional antropométrico de la población de 18 a 59 años y de 60 años y más, respectivamente, asistida en CAPS de la Provincia de Córdoba (2017). Las prevalencias de sobrepeso y obesidad para estos grupos se describen en las tablas 9 y 10 respectivamente. Asimismo, las figura 14 y 15 acompañadas de las tablas 11 y 12 describen la distribución de estos últimos según sexo. En conjunto, la malnutrición por exceso en la edad adulta afectó al 60% y en personas adultas mayores al 53%, en el año 2017.

Figura 12. Distribución del estado nutricional antropométrico de la población de 18 a 59 años asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Año 2017.

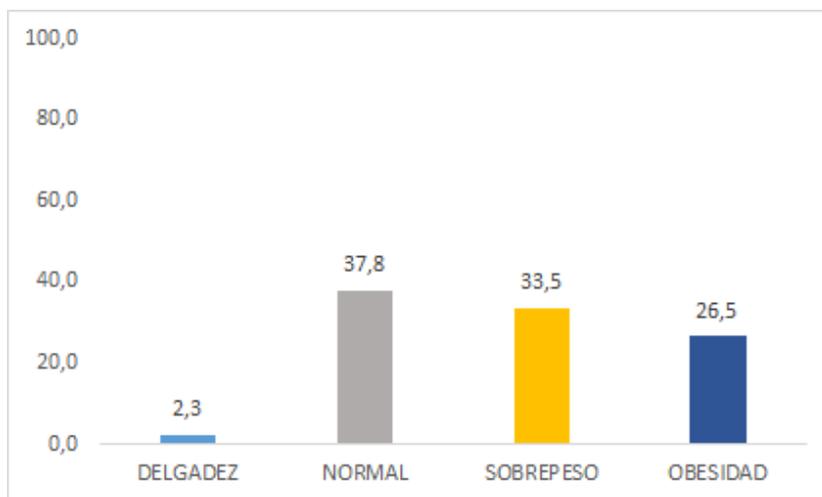


Tabla 9. Prevalencia del Sobrepeso y la Obesidad en población de 18 a 59 años asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. 2017.

AÑO	SOBREPESO % (n) [IC]	OBESIDAD % (n) [IC]	Total* % (n)
2017	33,5 (15531) [33,02 -33,46]	26,5 (12301) [26,10 -26,90]	100 (46414)

Figura 13. Distribución del estado nutricional antropométrico de la población de 60 años y más asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba. Año 2017.

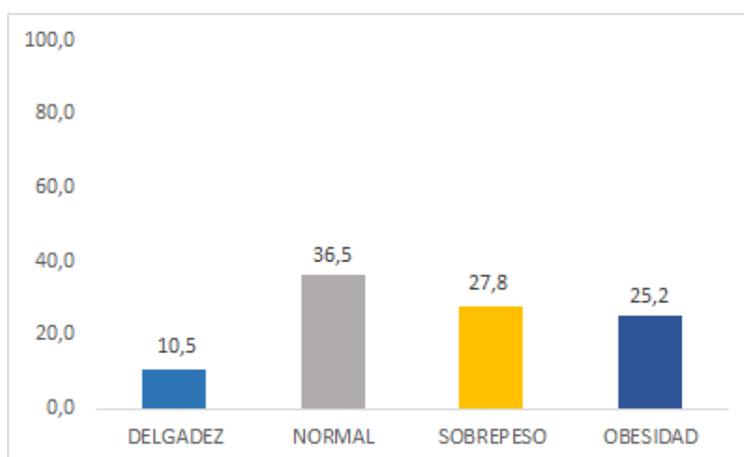


Tabla 10. Prevalencia del Sobrepeso y la Obesidad en población de 60 años y más, asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba. Año 2017.

AÑO	SOBREPESO % (n) [IC]	OBESIDAD % (n) [IC]	Total* % (n)
2017	27,80 (526) [25,88 -29,77]	25,20 (580) [23,35 -27,12]	100 (2084)

Figura 14. Distribución del Sobrepeso y la Obesidad de la población de 18 a 59 años según sexo, asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Año 2017.

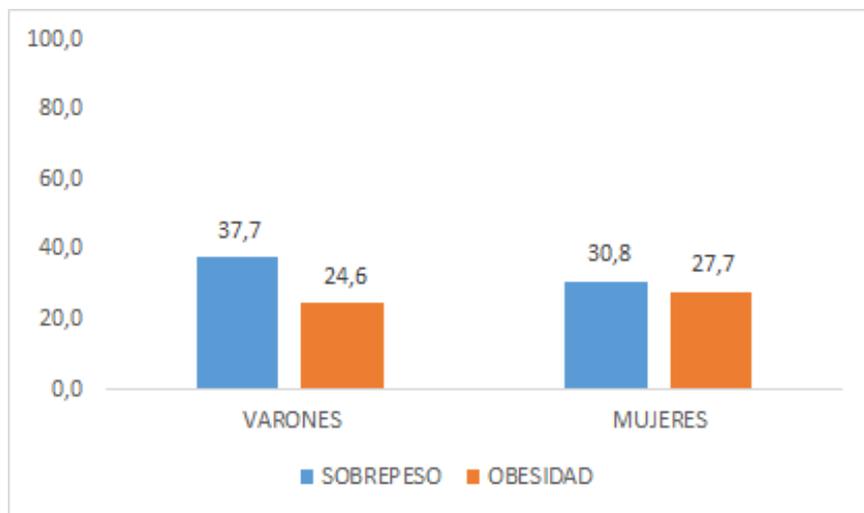


Tabla 11. Prevalencia del Sobrepeso y la Obesidad en población de 18 a 59 años según sexo, asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. 2017.

Año 2017	Sexo	
	Varones (n=17940)	Mujeres (n= 28474)
SOBREPESO	37,7 (36,99-38,41)	30,8 (30,25-31,33)
OBESIDAD	24,6 (23,96-25,22)	27,7 (27,18-28,23)

Figura 15. Distribución del Sobrepeso y la Obesidad de la población de 60 años y más según sexo, asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba, según curvas de la OMS. Año 2017.

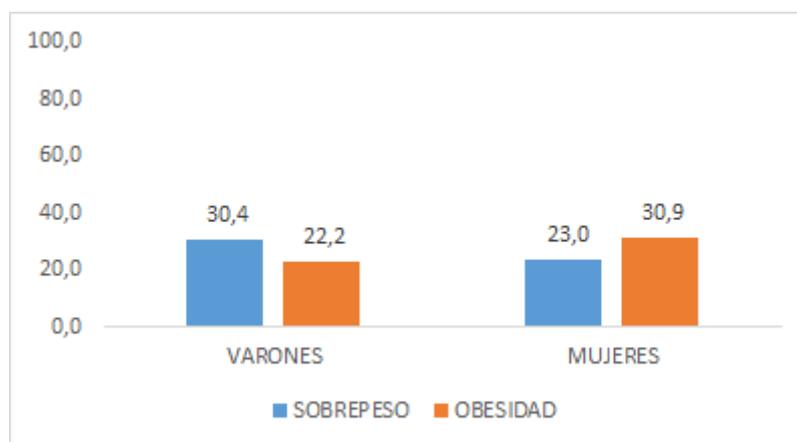


Tabla 12. Prevalencia del Sobrepeso y la Obesidad en población de 60 años y más según sexo, asistida en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Provincia de Córdoba. Año 2017

Año 2017	Sexo	
	Varones (n=1358)	Mujeres (n= 726)
SOBREPESO	30,4 (27,92-32,89)	23,0 (19,87-26,13)
OBESIDAD	22,2 (19,99-24,48)	30,9 (27,42-34,28)

Es de destacar que en ambos grupos, las mujeres presentaron mayor prevalencia de obesidad, sin embargo, este indicador no presenta la misma distribución en la ENFR (Tabla 13), lo que permite suponer que se trata de un fenómeno asociado a las condiciones materiales de vida de mujeres adultas asistidas por efectores de salud del subsector público (en el marco del Programa SUMAR). Finalmente, y a fin de incluir en este informe una perspectiva evolutiva de la malnutrición por exceso entre la población adulta de la Provincia, se incorporó el análisis de los datos de las tres rondas de ENFR (2005, 2009 y 2013) (Figura 16).

Tal como puede observarse en la Tabla 13, de acuerdo a los resultados de la 3era ENFR 2013 la prevalencia de sobrepeso fue de 39,3% [IC: 36,1% - 42,4%] valor

que se mantuvo constante con respecto a la 2da ENFR 36,2% [IC: 33,3%-39,1%] en 2009, aunque creció respecto de la evidenciada en la 1era ENFR 31,7% [IC: 28,7%-35%] en 2005. Por su parte, la prevalencia de obesidad en la última ENFR 2013 fue del 21,4% [IC: 18,5%-24,5%], resultando un 31% mayor que en 2009: 16% (14,3%-17,9%) y un 50% mayor que en 2005: 4,3% (11,9%-16,9%). Tanto el sobrepeso y como la obesidad presentaron incrementos significativos entre 2005 y 2013, en mujeres y varones adultos, en este período, el sobrepeso presentó un incremento de 24%.

Figura 16. Evolución de la prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en población de 18 años y más, durante los tres períodos de la ENFR (2005, 2009 y 2013). Provincia de Córdoba.

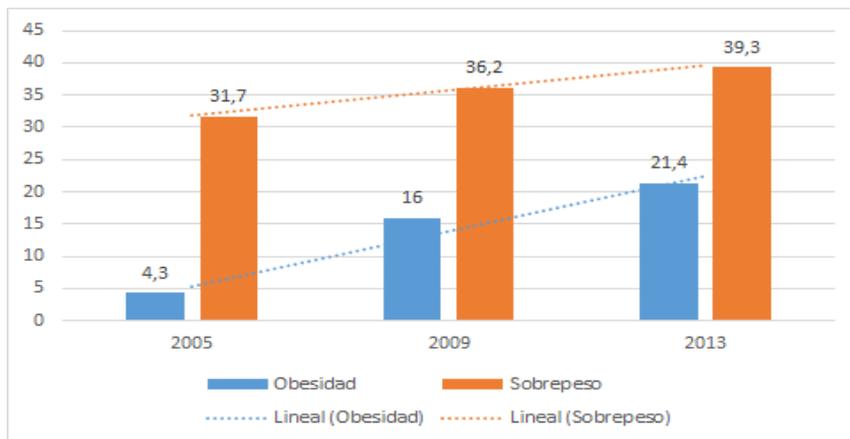


Tabla 13. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 18 años y más durante los tres períodos de la ENFR: 2005, 2009 y 2013. Provincia de Córdoba.

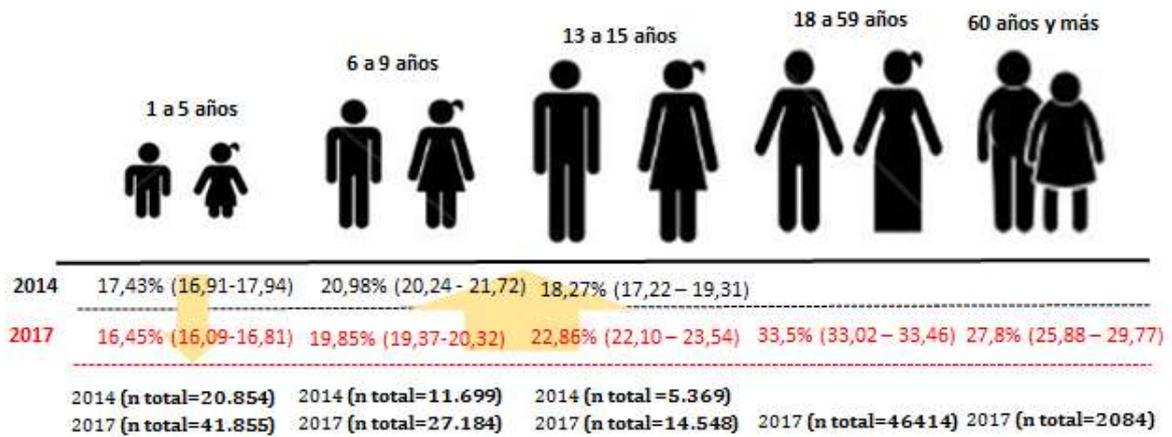
ENFR – Provincia de Córdoba					
OBESIDAD			SOBREPESO		
2005					
SEXO		TOTAL % (IC)	SEXO		TOTAL % (IC)
VARÓN	MUJER		VARÓN	MUJER	
15	13,6	14,3 (11,9-16,9)	39,6	24,2	31,7 (28,7-35)
2009					
SEXO		TOTAL % (IC)	SEXO		TOTAL % (IC)
VARÓN	MUJER		VARÓN	MUJER	
16,8	15,3	16 (14,3 - 17,9)	45,6	28,1	36,2 (33,9 - 39,1)
2013*					
SEXO		TOTAL % (IC)	SEXO		TOTAL % (IC)
VARÓN	MUJER		VARÓN	MUJER	
24,2	18,7	21,4 (18,5 - 24,5)	43	35,9	39,3 (36,1 - 42,4)

* Para este año fueron analizados los datos de la ENFR disponibles a través de INDEC: <https://www.indec.gob.ar/bases-de-datos.asp>; se excluyeron del análisis los datos perdidos (no respuestas).

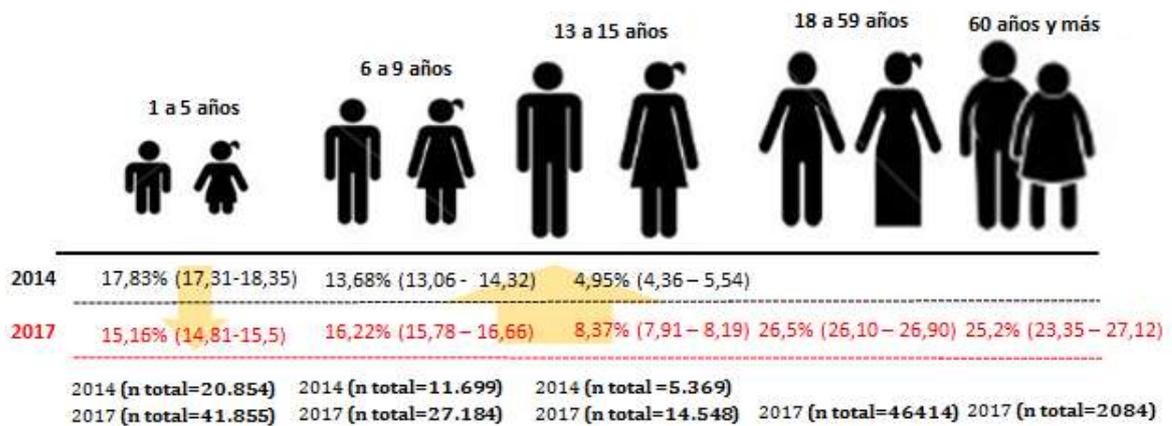
A modo de conclusión **general...**

Este informe pone en evidencia que en la Provincia de Córdoba la malnutrición por exceso afecta a más del 30% de la población de niñas, niños y adolescentes, y a más del 60% de la población adulta. Mientras que entre las niñas y niños estos indicadores han mejorado entre períodos, entre los adolescentes y adultos no se han evidenciado mejoras. Se trata sin dudas de un problema complejo y multifactorial, cuya magnitud creciente a edades cada vez más tempranas convoca a realizar esfuerzos intersectoriales urgentes. El seguimiento en el tiempo del estado nutricional de la población cordobesa permitirá conocer la utilidad de las políticas en curso y la necesidad de establecer mejoras. A modo de síntesis, se ha elaborado dos figuras que reflejan la evolución del sobrepeso y obesidad en la provincia de Córdoba, según etapas de la vida.

Evolución de la prevalencia de la Sobrepeso según etapa de la vida para los cortes de años estudiados en la provincia de Córdoba.



Evolución de la prevalencia de la Obesidad según etapa de la vida para los cortes de años estudiados en la provincia de Córdoba.



Anexo

Descripción de casos eliminados de la población adulta y adulta mayor en su conjunto. Sumar (2017).

	Casos	% en relación al total de casos	% en relación a los excluidos
Talla y Peso	115	0,23	15,91
Solo Talla	406	0,82	56,15
Solo Peso	117	0,24	16,18
Casos Duplicados	85	0,17	11,76
Total Excluidos	723	1,47	100,00
Incluidos	48498	98,53	
Total	49221	100	

Ejes de acción para el abordaje de la malnutrición por exceso en diferentes etapas de la vida – Provincia de Córdoba

Ninguna intervención por sí misma puede frenar la creciente epidemia del sobrepeso y obesidad.¹⁹ El principal objetivo de las políticas de prevención es transformar el ambiente obesogénico y hacer que el consumo de alimentos saludables y la actividad física sean la opción más fácil.

Para conseguir resultados positivos se necesita:

- Poner en marcha políticas públicas coherentes, integrales, multicomponentes y multisectoriales, que abarquen la totalidad del curso de vida, desde su inicio (intervención temprana).
- Desarrollar políticas, programas e instrumentos regulatorios sólidos con medidas a mediano y largo plazo que generen cambios importantes y sostenibles en el tiempo, contemplen la perspectiva de género, equidad y accesibilidad.
- Establecer base en el modelo socioecológico que postula que las elecciones de estilo de vida que los individuos toman son el resultado de la compleja interrelación entre sistemas altamente interconectados integrados entre sí²⁰.

¹⁹ OMS/OPS (2018) Políticas y programas alimentarios para prevenir Lecciones Aprendidas el sobrepeso y la obesidad.

²⁰ ...(a) micro sistema inmediato que rodea al individuo (el hogar, escuela, trabajo), (b) meso-sistema (características del vecindario, la relación entre el hogar, el trabajo y la vida social) que rodea al micro-sistema, (c) exo-sistema (la decisión del consejo de la ciudad con respecto a uso de espacios públicos para la actividad física) que rodean el meso-sistema y d) macro-sistema

Las principales políticas para transformar el ambiente obesogénico:

- Estimular la producción, venta y el consumo de alimentos saludables.
- Regular la producción y desmotivar el consumo de productos y bebidas ultraprocesados²¹ con alto contenido de azúcar, sal y grasas, a través de medidas fiscales, regulación de la publicidad y etiquetado frontal de advertencia nutricional.
- Estimular la producción y consumo de alimentos saludables.
- Promover y facilitar la práctica de actividad física como parte integral de la vida.
- Crear sistemas alimentarios sostenibles que ofrezcan acceso en lo que respecta a cantidad, calidad y proximidad a alimentos saludables.

LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICAS

1. Detección temprana y tratamiento integral e interdisciplinario del sobrepeso y obesidad.
- Reajustar el modelo de atención en el primer nivel, orientándolo hacia la detección temprana, oportuna, manejo integral de la obesidad y otras ECNT como: diabetes tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, dislipidemia y enfermedad renal crónica.
 - Garantizar el acceso gratuito a servicios integrales, adecuados, oportunos y de calidad cercanos a su domicilio.
 - Diseñar y poner en marcha servicios adecuados para el control del peso, dirigidos a niñas, niños y adolescentes especialmente con sobrepeso u

(políticas sociales y de salud, normas y valores culturales) que rodean los exo-, meso- y microsistemas de orden inferior. Pérez-Escamilla R and Kac G. (2013) Childhood obesity prevention: a life-course framework. *International Journal of Obesity Supplements*:S3–S5.

²¹ Formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas. Se basan en sustancias refinadas, con una cuidadosa combinación de azúcar, sal y grasa, y varios aditivos (aglutinantes, cohesionantes, colorantes, edulcorantes, emulsificantes, espesantes, espumantes, estabilizadores, "mejoradores" sensoriales como aromatizantes y saborizantes, conservadores, y solventes). Vienen listos para consumirse o para calentar y, por lo tanto, requieren poca o ninguna preparación culinaria. OMS/OPS (2015) Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington D.C. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf

obesidad con diversos componentes (nutrición, actividad física y apoyo psicosocial), centrados en la familia, y a cargo de equipos profesionales integrados e integrales.

2. Promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria oportuna

- Ofrecer servicios de salud que promuevan la lactancia materna, alimentación complementaria (adecuada, oportuna y segura), porciones adecuadas a cada etapa y necesidad, nutrición adecuada antes y durante la gestación, y orientaciones a las personas a cargo del cuidado del bebé.

3. Creación de alianzas intersectoriales que favorezcan la oferta y acceso a la actividad física y alimentos saludables y de calidad nutricional.

- Fomentar la agricultura familiar, para incrementar y diversificar la producción de frutas y verduras, ya sea urbana o periurbana (cinturones verdes) con programas de capacitación en producción de cultivos, técnicas de riego, compostaje; facilitando los “Circuitos cortos²²” y ferias en las zonas llamadas “desiertos alimentarios²³”.
- Potenciar los puntos actuales de acceso y distribución de alimentos frescos, variados y saludables a través de ferias libres o mercados locales, verdulerías, supermercados, entre otros.
- Mejorar los Programas alimentarios y/o de protección social, orientando sus compras hacia alimentos frescos e incluir programas de Educación Alimentaria Nutricional.
- Promover la regulación de la exposición de la publicidad de alimentos²⁴ con alto contenido de calorías, altos en azúcar, sal o grasa. Se ha demostrado que la publicidad y otras formas de comercialización influyen en las preferencias alimentarias de niñas y niños, su comportamiento de compra y alimentario.

²²Los circuitos cortos son formas de comercio basada en la venta directa de productos frescos o de temporada que limita al máximo posible el número de intermediarios entre productores y consumidores.

²³Población segregada tanto geográfica como alimentaria en las ciudades, sin disponibilidad de alimentos saludables

²⁴ OPS/OMS (2011) 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.

- Asegurar que la oferta de alimentos y bebidas, sea exclusiva de bebidas y alimentos sanos y naturales, tanto en kioscos, cantinas y comedores, **eliminando la oferta de alimentos y bebidas altos en azúcar, grasas y sal y bajo nivel nutricional.**
 - Brindar una alimentación acorde a las recomendaciones nutricionales, en los distintos programas sociales alimentarios.
 - Establecer recomendaciones para fomentar la alimentación sana en lugares de trabajo.
4. Promoción de la alimentación saludable y actividad física en diferentes entornos y etapas de la vida.
- Implementar programas que promuevan entornos saludables: escuelas, centros de cuidados infantiles, instalaciones y eventos deportivos frecuentados desde la niñez: Hay suficiente evidencia²⁵ que respalda las intervenciones en las escuelas como una estrategia de prevención de la obesidad.
 - Garantizar acceso a agua potable gratuita (bebederos, dispenses, etc.) en escuelas y centros deportivos.
 - Incorporar los contenidos de educación alimentaria y hábitos saludables; clases sobre preparación de alimentos para niños, niñas y adolescentes, padres y cuidadores; a través de un modelo educativo que promueva el aprendizaje significativo y el desarrollo de competencias de auto-reflexión, auto-eficacia y prevención.
 - Promover huertas escolares y familiares
 - Asegurar que la escuela, clubes, centros deportivos, sean espacios libres de publicidad de alimentos y bebidas altos en azúcar, grasas y sal⁴.
 - Promover el aprendizaje de conocimientos y competencias en materia de nutrición en madres, padres y cuidadores.

²⁵ UNICEF (2018) Entornos escolares saludables. Recomendaciones para promover políticas escolares que prevengan la obesidad infantil en la Argentina. Coalición Nacional para prevenir la obesidad en niños, niñas y adolescentes.

- Aplicar planes y normativas para limitar la disponibilidad de establecimientos de comida rápida en las proximidades de centros preescolares, guarderías y escuelas
 - Facilitar orientaciones sobre actividad física y el uso adecuado de software y App lúdicos que suponen estar mucho tiempo ante una pantalla, dirigidos a niños, niñas, adolescentes, padres, cuidadores, profesores y profesionales de la salud.
 - Incentivar la creación de espacios públicos seguros, con instalaciones destinados a la actividad física (plazas públicas, centros comerciales, lugares de esparcimiento), donde toda la población pueda participar en actividades físicas en sus horas libres.
 - Promover la disponibilidad gratuita, de agua potable en lugares de trabajo, espacios públicos, recreativos y deportivos.
 - Generar alianzas con organizaciones civiles para producir eventos que fomenten la actividad física.
 - Promover el transporte activo, traslados a pie, creación de bici-sendas, ciclo-vías.
5. Vigilancia del Estado Nutricional de la población y sus factores determinantes.
- Fortalecer los sistemas de información para que los datos sobre las tendencias y los determinantes del sobrepeso y obesidad sean actualizados y permitan acciones oportunas para las poblaciones a las que se destinan.
 - Diseñar mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre el sobrepeso, obesidad y ECNT en todos los niveles para la toma de decisiones.
 - Fortalecer la capacidad de investigación local para el diseño de políticas públicas y de monitoreo de los programas y proyectos que se implementen.
6. Comunicación, difusión y participación comunitaria
- Generar campañas de comunicación pública a nivel masivo en medios tradicionales y redes sociales, que informen a la población respecto a los factores de riesgos de la obesidad y formas de prevención; estimulando el consumo de alimentos saludables (verduras, frutas, legumbres, cereales de

granos enteros y fibra en la dieta) con un lenguaje adecuado a los públicos, capaces de generar empatía y ser replicados entre sus círculos de contacto.

- Difundir el uso de Guías Alimentarias para la población Argentina, basada en alimentos (GAPAS), promoviendo la incorporación de sus mensajes en los estilos de vida de las personas a través de campañas comunicacionales en espacios públicos, laborales, escuelas, etc.
- Sensibilizar y generar alianzas estratégicas con los profesionales de los medios de comunicación, y organizaciones civiles para producir eventos que promuevan la alimentación saludable y la actividad física.
- Diseñar estrategias de promoción en entornos laborales saludables que transformen a empleados en multiplicadores de acciones en su núcleo familiar.

Recursos para trabajar en prevención y promoción de la salud

Información general

Dirección General de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Secretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Disponible en: <http://www.cba.gov.ar/DEC/>

Boletín de Vigilancia Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo. Obesidad: Determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública Febrero 2016. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2016-2_boletin-de-vigilancia-8.pdf

Alimentación Saludable, Sobrepeso y Obesidad, Ministerio de Salud de la Nación, Cobertura Universal de Salud. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017-09_cuadernillo-obesidad.pdf

Prevención de las ECNT: Inversiones que funcionan para promover la actividad física. Documento complementario a la Carta de Toronto para la actividad física: Un llamado Global para la Acción. Febrero 2011. Disponible en: https://static1.squarespace.com/static/559a3ff1e4b0b0193b9d9862/t/5965c7b3579fb316cdb03be2/1499842498332/InvestmentsWork-SPA_HIGH_FINAL.PDF

El derecho a la alimentación adecuada. Folleto informativo N° 34. Naciones Unidas, Oficina del alto comisionado por los derechos humanos. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34sp.pdf>

Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06_guia-practica-clinica_obesidad.pdf

Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. OPS/OMS 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18622/9789275318737_spa.pdf

Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial de la Organización

Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. OMS.

Disponible en:

https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

Alimentación y entornos

Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. Washington D.C. OPS/OMS. 2015
Disponible en:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_es_p.pdf

Guías Alimentarias para la población Argentina: Resumen ejecutivo | 2015..

Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000716cnt-2015-10_resumen-ejecutivo-gapas.pdf

Guías alimentarias para la población Argentina. Documento técnico metodológico. Ministerio de Salud Argentina. 2016. Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000817cnt-2016-04_Guia_Alimentaria_completa_web.pdf

El estado de la Seguridad Alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en áreas de la Seguridad Alimentaria y la nutrición.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura Roma.

ONU/OMS. 2018. Disponible en: <http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>

Políticas y programas alimentarios para prevenir Lecciones aprendidas el sobrepeso y la obesidad. FAO/OPS. 2018 Disponible en:

<http://www.fao.org/3/i8156es/i8156ES.pdf>

Niñas, niños y adolescentes

Entornos escolares saludables. Recomendaciones para la implementación de políticas de prevención de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes en las instituciones educativas. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2019.

Disponible en:

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001439cnt-2019-03-28_entornos-escolares-saludables.pdf

Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia 53.o Consejo Directivo de la OPS 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS 3 de octubre del 2014. OPS/OMS. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Obesity-Plan-Of-Action-Child-Spa-2015.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud. 1° ed. Buenos Aires. 2013. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000377cnt-sobrepeso-y-obesidad-en-ninos.pdf>

Calvo E, et al. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.

Organización Panamericana de la Salud. 2009. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000256cnt-a07-manual-evaluacion-nutricional.pdf>

Informe de la comisión para, acabar con la obesidad infantil, Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS 2016. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf

Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. OMS 2010. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44422/9789243500218_spa.pdf

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Sobrepeso y Obesidad en niños, niñas y adolescentes del primer nivel de atención en Argentina. Secretaría de Promoción de la Salud, prevención y control de riesgos, con el apoyo de UNICEF. Diciembre de 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/4221/file>