

La situación nutricional de niñas, niños y adolescentes de la República Argentina.

Una reescritura de la Conferencia Plenaria en la XXX Jornada Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" Octubre 2013

Enrique O. Abeyá Gilardon^a

En 2005 la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) puso en evidencia, por primera vez en Argentina a partir de una muestra probabilística, la magnitud de los problemas nutricionales del grupo materno infantil, en los que resaltan particularmente la anemia y la obesidad.^{1,2} La ENNyS se realizó en niños menores de 6 años y mujeres entre 10 y 49 años, y en embarazadas. Los principales resultados fueron un 10,4% de obesidad y una prevalencia de anemia de 16,5% en los niños menores de 6 años y de 35,3% de prevalencia de anemia en los niños de 6 a 23 meses. La prevalencia del sobrepeso y de la obesidad aumenta con la edad en las mujeres entre los 10 y 49 años. El 20 y 24% de las embarazadas presentó sobrepeso u obesidad, respectivamente. La prevalencia de deficiencia subclínica de vitamina A en niños de 2 a 5 años fue 14,3%, y 2,8% de los niños de 6 a 23 meses en la región Patagonia presentaron déficit de vitamina D. Se observaron asimismo inadecuaciones alimentarias en nutrientes críticos.³ Es muy probable que esta situación esté directamente relacionada con los patrones alimentarios.

En las últimas tres décadas varios países de América Latina, incluida la República Argentina, han transitado una importante transición demográfica, epidemiológica y

nutricional. En esta transición aparece como dato importante y preocupante la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad y su morbilidad asociada, particularmente las enfermedades cardiovasculares y la diabetes tipo II.⁴⁻⁷

Así como las poblaciones atraviesan cambios demográficos, epidemiológicos y nutricionales, las respuestas desde la ciencia a esas particularidades se inscriben en diferentes paradigmas.⁸ Esos paradigmas en las ciencias nutricionales pueden identificarse en cuatro largos períodos que cada uno de ellos expresa una mirada diferente y una preocupación especial.⁹

En el comienzo de las ciencias nutricionales (1850-1920) con el nacimiento de la bioquímica por Justus von Liebig el interés estuvo puesto en los macronutrientes, particularmente las proteínas, pues su conocimiento permitía una mayor producción de alimentos para una mejor salud y nutrición de las fuerzas militares y mayor capacidad de trabajo en general.

Posteriormente, entre 1910 y 1950, correspondiendo al descubrimiento de las propiedades de las vitaminas y otros micronutrientes y a la creciente evidencia de sus deficiencias asociadas a enfermedades muy específicas, se tuvo una mirada puesta en los micronutrientes, particularmente hierro, yodo y vitamina A, para prevenir y controlar las deficiencias más generalizadas mediante programas o acciones específicos. Esta mirada está aún presente con acciones como la fortificación de alimentos y la suplementación medicamentosa de vitaminas y minerales.^{10,11}

a. Médico pediatra. Coordinador Área de Nutrición. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación
abeya@dinami.gov.ar

Entre 1950 y 2000 hubo un desarrollo importante de estudios epidemiológicos, particularmente a partir de los conocimientos que se derivaron de la hambruna en Holanda, la que se produjo como consecuencia de acciones intencionales de castigo sobre la población durante la Segunda Guerra Mundial.¹² En este período comienzan a ser cada vez más notables y evidentes las relaciones entre las enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente las enfermedades cardiovasculares y la diabetes tipo II y factores de riesgo como la dieta y el sobrepeso y la obesidad.

En estos tres primeros períodos la mirada y el foco de atención estuvieron puestos en los macronutrientes en primer lugar y luego en los alimentos agrupados según su fuente de origen y composición química. Este agrupamiento se viene realizando en cinco grandes grupos: cereales, frutas, vegetales, lácteos y derivados, y carnes, como lo evidencian las pirámides alimentarias y actualmente en nuestro país, el llamado óvalo de la alimentación (*Figura 1*).¹³

Los enfoques teóricos de estos agrupamientos de los alimentos a partir de su fuente de origen y composición química no han producido los resultados esperados para el control del sobrepeso y la obesidad. Asimismo cada vez es mayor el convencimiento de la comunidad científica de la importancia del entorno como determinante del sobrepeso y la obesidad.¹⁴

El Centro de Estudios Epidemiológicos en Salud y Nutrición de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de San Pablo (Brasil) viene trabajando en las últimas dos décadas sobre patrones alimentarios y su relación con la obesidad.¹⁵ Sus observaciones señalan que el aumento de la obesidad no se relaciona con aumentos de ingesta de nutrientes en particular como azúcares o grasas sino predominantemente con tipos de alimentos según sus niveles de procesamiento y elaboración.

A fines del siglo pasado se producen grandes avances en tecnología alimentaria, se acentúa el proceso de globalización, se acrecienta la urbanización y se concentra la producción de alimentos procesados en pocas corporaciones multinacionales de alimentos, todo lo cual caracteriza un nuevo sistema alimentario. A consecuencia de ello los patrones alimentarios tanto de producción como de consumo han cambiado de manera importante y notable en un período corto, así como los perfiles epidemiológicos y la morbi-mortalidad asociada a la dieta.

El nuevo paradigma es considerar la clasificación de los alimentos a partir de su nivel de procesamiento y elaboración. El problema no son los alimentos procesados en sí sino que su consumo, por las circunstancias señaladas en el párrafo anterior, cada vez representan una mayor proporción de la dieta (*Figura 1*).¹⁶ Sobre estas bases y orientado sobre los hallazgos epidemiológi-

Figura 2. Gráfica de la alimentación saludable para la población Argentina¹³



cos y los análisis de encuestas de consumo de hogares se plantea una nueva clasificación de alimentos para el estudio y consideración de los patrones alimentarios y el entorno de alimentos.¹⁷

El entorno de alimentos se ha definido como el conjunto de los siguientes aspectos físico, económico, político y sociocultural, las oportunidades y condiciones que influyen en las elecciones individuales de alimentos y bebidas y el estado nutricional.¹⁸ Así es como se pueden identificar cuatro dimensiones: física (disponibilidad, calidad y promoción), económica (costo), política (normas y regulaciones), y sociocultural (usos y costumbres).¹⁹ El entorno de alimentos tiene un fuerte impacto en las elecciones individuales de los alimentos y bebidas, y su relación con el estado nutricional.

Esta perspectiva sobre el entorno de alimentos introduce un nuevo paradigma nutricional respecto de los alimentos, los patrones alimentarios y su relación con la salud y nutrición de la población, conformándose así este último período en la historia de los paradigmas en las ciencias nutricionales.

La OMS expresó su preocupación ante esta epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles y la influencia negativa producida por la falta de entornos saludables.²⁰ También las oficinas regionales de la OMS en las Américas y en Europa han difundido sendos documentos de acción.^{21,22} La Organización Mundial de la Salud en su Asam-

blea de mayo de 2013 planteó un Plan de acción mundial para la promoción de entornos favorables a la salud y nutrición como camino para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

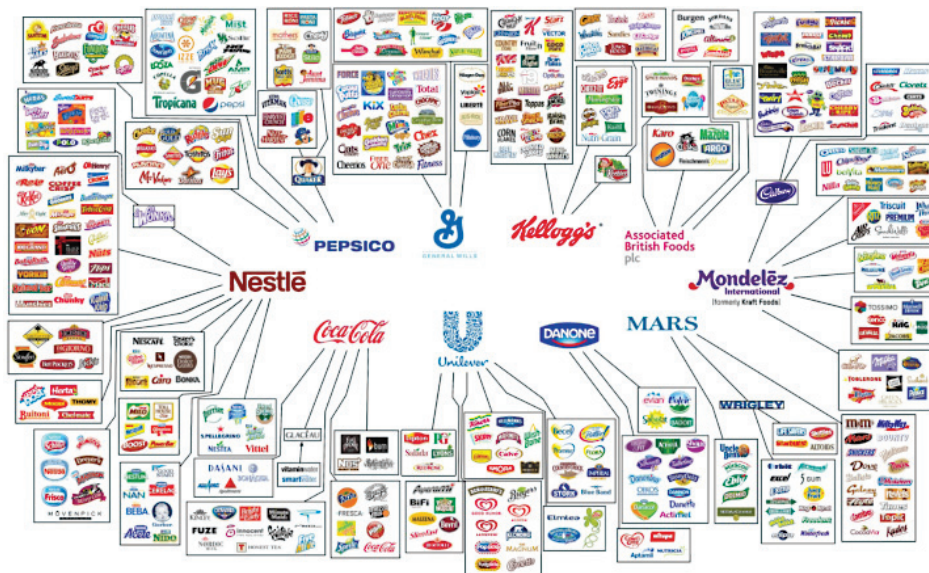
Esta preocupación por los entornos saludables y en particular en relación a los alimentos y la nutrición ha sido tomada por diversos grupos que han desarrollado diferentes metodologías para clasificar los alimentos a partir de sus procesos de elaboración y/o conservación.

Este nuevo sistema de clasificación de los alimentos contribuye a una nueva mirada de los estudios epidemiológicos tendiente a lograr entornos más saludables (Figura 2).²³

La clasificación NOVA del grupo de Brasil toma en cuenta el agrupamiento de los alimentos en tres grandes grupos a partir del propósito, característica y extensión de su procesamiento en oposición a la clasificación anterior que agrupaba a los alimentos a partir de su fuente de origen y composición cualitativa en nutrientes.²⁴

Primer grupo, alimentos sin procesar o con un procesamiento mínimo realizado con las manos y/o con instrumentos domésticos; segundo grupo, ingredientes culinarios, éstos son obtenidos de una fracción del alimento o de la naturaleza, normalmente no se consumen aislados y se usan con los del primer grupo, para preparar los platos tradicionales de cada cultura alimentaria. El tercer grupo comprende alimentos proce-

Figura 2. Sistema de alimentos ultraprocesados²⁴



sados o ultra-procesados listos para consumir y bebidas elaboradas. Los alimentos del tercer grupo están alterados de forma tal a) tras la incorporación de sustancias que cambian su apariencia, o naturaleza, b) mediante procesos que producen alcohol, y/o c) son realizados con ingredientes industriales y generalmente contienen poco o nada de alimentos enteros. Estos alimentos suelen ser productos industriales muy duraderos, altamente palatables, apetecibles, atractivos y listos para consumir.

Ejemplos de cada grupo:

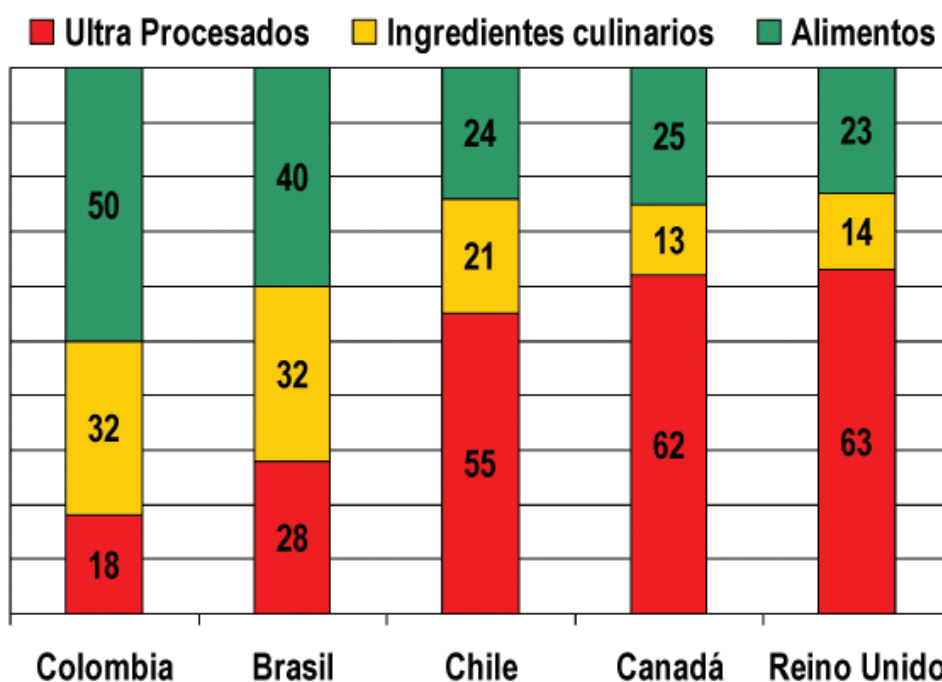
- **Primer grupo:** Vegetales frescos, congelados, envasados al vacío, frutas frescas, granos de cereales, legumbres frescas, congeladas o secas, tubérculos, hongos, frutas secas, jugos puros de frutas no azucarados, nueces y semillas no saladas, carne, pollo o pescado fresco, congelado o seco, leche fresca o pasteurizada, yogur simple, huevos, té, café, mate, otras infusiones, agua corriente, agua mineral.
- **Segundo grupo:** Aceite vegetal, grasa animal y manteca, azúcar, sal, almidones y harinas, pastas crudas.
- **Tercer grupo:** Alimentos procesados o ultra-procesados, bebidas alcohólicas, bebidas azucaradas. Vegetales y legu-

minosas enlatadas, frutas en almíbar, pescado en aceite, fiambres, hamburguesas, salchichas, helados, postres, golosinas, chocolates, barras de cereal, fórmulas lácteas.

La dieta occidental se caracteriza por la alta densidad energética, los elevados consumos de hidratos de carbono refinados, azúcares agregados, bebidas azucaradas, grasas y alimentos de origen animal, y baja proporción de fibra, a la que se puede agregar baja proporción de lactancia materna. Esta dieta es un factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, del sobrepeso y la obesidad.²⁵

Los alimentos procesados representan las tres cuartas partes de las ventas mundiales de alimentos cuyos más grandes fabricantes controlan un tercio del mercado (Associated British Foods, Coca-Cola, Danone, General Mills, Kellogg's, Mars, Mondelez International, Nestlé, PEP-SiCo, Unilever) (Figura 3).^{26,27} Estas corporaciones, comúnmente denominadas en inglés Big Food, no buscan optimizar la dieta de la población sino maximizar su ganancia, haciendo de los alimentos que manufacturan meras mercancías y a la vez utilizando estrategias similares a las empleadas anteriormente por las compañías tabacaleras

Figura 3. Distribución de la disponibilidad calórica del hogar²⁷



para mantener su posición dominante ante la opinión pública como son: focalizar en la responsabilidad individual la causa de las dietas desbalanceadas; reforzar el temor que las acciones del gobierno avasallan las libertades personales; descalificar toda crítica; criticar todo estudio sobre la industria como “mala ciencia”; enfatizar la actividad física por sobre la dieta; declarar que no hay alimentos buenos o malos y por lo tanto no se deberían modificar; poner dudas cuando aparecen preocupaciones por la industria.²⁸

Frente a este panorama es imperioso que el Estado, como articulador de los derechos e intereses colectivos, promueva entornos de alimentos saludables y regule los que por el contrario son pocos saludables. Para ello es necesario, en primer término, un claro y enfático apoyo, promoción, protección y sostén a la lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida posnatal, continuada hasta los dos años y más ya que su sustitución total o parcial es la primera introducción de un alimento menos saludable.²⁹ La reciente promulgación en la República Argentina en el año 2013 de la Ley N° 26.873 de Promoción de la Lactancia Materna va en ese camino.

También debe tenerse en cuenta la regulación de la publicidad dirigida a los niños y adolescentes, los kioscos escolares, la alimentación en los comedores escolares, políticas fiscales diferenciadas sobre las bebidas azucaradas y otros alimentos poco saludables que influyan en las decisiones de consumo, el etiquetado de los alimentos procesados que eduquen a la población, y otras medidas todas ellas orientadas a una alimentación más saludable (*Figura 3*).³⁰

Pese a los avances en materia nutricional puede decirse que falta aún mucho camino por recorrer para lograr entornos saludables que contribuyan a controlar la epidemia de sobrepeso y obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados 2007. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2007. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A1a.pdf>.
2. Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, et al. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Arch Argent Pediatr* 2009;107(5):397-404. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A1e.pdf>.
3. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud –ENNyS– 2005. Documento de resultados. Ministerio de Salud de la Nación (2007). Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A1a.pdf>.
4. Barría RM, Amigo H. Transición nutricional: una revisión del perfil latinoamericano. *Arch Latinoam Nutr* 2006;56(1):3-11.
5. Rivera JA, González de Cossío T, Pedraza LS, et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014;2(4):321-32.
6. Abeyá Gilardon EO. Epidemiología nutricional. I Curso Latinoamericano a Distancia de Nutrición Infantil – Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. 2012.
7. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, et al. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública* 2011;2:34-41.
8. Froom S, Johnston LM, Matteson CL, et al. Obesity, complexity, and the role of the health system. *Curr Obes Res* 2013;2:320-6.
9. Cannon G. The rise and fall of dietetics and of nutrition science, 4000 BCE–2000 CE. *Public Health Nutr* 2005;8(6A):701-5.
10. Mannar MG, Sankar R. Micronutrient fortification of foods--rationale, application and impact. *Indian J Pediatr* 2004;71(11):997-1002.
11. Cembranel F, Dallazen C, González-Chica DA. Efetividade da suplementação de sulfato ferroso na prevenção da anemia em crianças: revisão sistemática da literatura e metanálise. *Cad Saúde Pública* 2013;29(9):1731-51.
12. Stein Z, Susser M. The Dutch famine, 1944-1945, and the reproductive process. I. Effects on six indices at birth. *Pediatr Res* 1975;9(2):70-6.
13. Lema S, Longo E, Lopresti A. Guías alimentarias para la población argentina. Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas, 2003.
14. Sacks G, Swinburn B, Lawrence M. Obesity policy action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obes Rev* 2009;10:76-86.
15. Monteiro CA, Mondini L, Levy Costa RB. Secular changes in dietary patterns in the metropolitan areas of Brazil (1988-1996). *Revista de Saude Publica* 2000;34:251-8.
16. Monteiro CA, Moubarac JB, Cannon G, et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev* 2013;14(Supl 2):21-8.
17. Monteiro CA. Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing. *Public Health Nutr* 2009;12:729-31.
18. Glanz K, Sallis J, Saelens B, et al. Healthy nutrition environments: concepts and measures. *Am J Health Promot* 2005;19(5):330-3.
19. Swinburn B, Sacks G, Vandevijvere, et al. IN- FORMAS (International Network for Food and

- Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. *Obes Rev* 2013;14(Supl 1):1-12.
20. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series N° 916. Ginebra, 2003.
 21. OPS. 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. Washington, 2011. Organización Panamericana de la Salud.
 22. OMS, Oficina Regional para Europa. Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012-2013. Copenhagen, 2013.
 23. Moubarac JC, Parra DC, Cannon G, et al. Food classification systems based on food processing: Significance and implications for policies and actions: A systematic literature review and assessment. *Curr Obes Rep* 2014.
 24. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, et al. The food system. Ultra-processing. The big issue for nutrition, disease, good health, well being. *World Nutrition* 2012;3(12):527-69.
 25. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. The global nutrition transition: The pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev* 2012;70(1):3-21.
 26. Moodie R, Stuckler D, Monteiro CA, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet* 2013;381:670-9.
 27. Monteiro CA, Cannon G. The impact of transnational "Big Food" companies on the South: A view from Brazil. *PLOS Medicine* 2012;9(7):e1001252
 28. Brownell KD, Warner KE. The perils of ignoring history: Big Tobacco placed dirty and millions died. How similar es Big Food? *Milbank Quarterly* 2009;87:259-94.
 29. Lutter CK, Morrow AL. Protection, promotion, and support and global trends in breastfeeding. *Adv Nutr* 2013;4:213-9.
 30. Mussini M, Temporelli KL. Obesidad: un desafío para las políticas públicas. *Estudios Sociales* 2013;21(41):166-84.