



Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo?

Dirección: Alejandro O´Donnell

Autores:

Sergio Britos
Rodrigo Clacheo
Beatriz Grippo
Alejandro O´Donnell
Paula Pueyrredón
Dolores Pujato
Alicia Roviroso
Raúl Uicich

Julio 2004

El aporte de McDonald´s ha hecho posible la publicación de este informe



INDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 3
PRIMERA SECCIÓN ¿Qué sabemos sobre la obesidad en el mundo y en Argentina?	
• Obesidad en el mundo y en América Latina.....	Pág. 10
• Obesidad en la Argentina	Pág. 12
SEGUNDA SECCIÓN: ¿Qué sabemos sobre el consumo de alimentos en la perspectiva de la obesidad?	
• Disponibilidad de alimentos	Pág. 19
• Las compras y el consumo de los hogares en la perspectiva de la obesidad.....	Pág. 22
• ¿Cuánto cuesta la alimentación de los hogares por nivel socioeconómico y cuánto gastan en alimentos obesogénicos ?.....	Pág. 26
• La alimentación de los niños en la perspectiva de la obesidad	Pág. 29
• Estudio comparativo sobre frecuencia de consumo en una población infantil de nivel socioeconómico medio-alto.....	Pág. 33
TERCERA SECCIÓN: ¿Qué sabemos de la composición de alimentos y comidas rápidas e informales?	
• La composición de alimentos y comidas rápidas e informales de consumo frecuente	Pág. 38
CUARTA SECCIÓN: ¿ Qué sabemos sobre hábitos de actividad física, sedentarismo y uso del tiempo libre ?	
• Práctica de actividad física y uso del tiempo libre	Pág. 43
• Obesidad y medios de comunicación	Pág. 49
QUINTA SECCIÓN: La Obesidad en la perspectiva de las Políticas Públicas de Salud y Alimentación	Pág. 52
CONCLUSIÓN	Pág. 55



INTRODUCCIÓN

El genotipo es el conjunto de los genes que portamos por herencia, que se han modificado por el medio ambiente -paratipo- durante milenios y que determina quienes son sensibles a padecer determinadas enfermedades, y quienes son inmunes a ellas.

El fenotipo es la manifestación visible del genotipo en un determinado ambiente que determina qué individuos genéticamente susceptibles a una enfermedad terminarán desarrollándola. Con el transcurso del tiempo el medio ambiente puede modificar el genotipo a través de la modificación de algunos genes.

La obesidad se está convirtiendo en una pandemia afectando tanto a países del mundo desarrollado como a otros que están en una etapa intermedia de desarrollo. Es un hecho muy reciente, que se inicia no antes de mediados del siglo XX en los países desarrollados y más tardíamente en los que están en vías de desarrollo. Si bien la obesidad tiene un fuerte componente genético -de la misma magnitud que la estatura, que todos aceptan y comprenden- es difícil que la extensión de este padecimiento se haya debido a la rápida diseminación del gen, por más penetrante que fuere.

Además los incrementos en la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso se han dado en comunidades con poblaciones estables -que no recibieron inmigración importante- que mantuvieron su pool genético y ha aumentado sustancialmente en las comunidades pobres con tradicionales limitaciones en su acceso a los alimentos y que más o menos súbitamente han podido acceder a ellos. Ello parece desmentir el protagonismo del factor genético como responsable de la pandemia.

En realidad esta situación era predecible si se considera, en primer lugar que la agricultura se inicia no hace más de 10,000 años, y que la domesticación de animales útiles como alimentos se produce un par de milenios después. Pero en el millón de años que posiblemente tenga la historia de la especie humana, la alimentación fue básicamente la de los cazadores y recolectores, muy diferente a la de los agricultores que los sucederían.

Este cambio de la alimentación de los recientes 10,000 años -que es apenas un momento en la historia de la especie- seguramente determinó cambios metabólicos, modificaciones en el tamaño y en la composición corporal de los humanos, así como en la estructura cerebral y de otros órganos que se fueron adaptando a las nuevas circunstancias de la vida, modificándose el fenotipo.



El nacimiento de la agricultura y la domesticación de los animales no fueron sin embargo suficientes para resolver los problemas alimentarios de la población. Hambrunas y permanente limitación de alimentos han sido características de nuestra historia hasta no hace más de dos siglos. Los métodos de cultivo eran muy primitivos y los accidentes naturales ocasionaban grandes pérdidas de cosechas con las consecuentes hambrunas. La productividad era muy baja: por cada 0,02 a 0,5 calorías invertidas en la producción de alimentos - el trabajo muscular de arar, sembrar, recolectar, almacenar las cosechas- se recogían no más de una caloría como alimento. Ello sin considerar las pérdidas post-cosecha por roedores, lluvias, insectos, hongos, etc.

No debe extrañar que tanto en Francia como en Inglaterra, en épocas de la Revolución Francesa –fines del Siglo XVIII- el 10% más pobre de sus poblaciones disponía de no más de 1450 Kcal/día/persona y en el decil inmediatamente superior sólo se llegaba a 1750 Kcal/día. Es claro que el 20% más pobre de la población no disponía de energía para realizar tareas livianas (no mas de 3 a 6 horas diarias) con lo que su productividad era extremadamente baja. (Fogel RW and Helmchen, 2002; RW Fogel es Premio Nobel de Economía 1999)

A todo esto, la población mundial continuaba en ascenso y las hambrunas continuaban cobrando vidas y enfermedades. Es la época de Malthus y seguidores que auguraban que la humanidad no podría subsistir al no ser suficientes los alimentos que se producían. Es también la época de la Gran Hambruna de Irlanda que por la pérdida de dos cosechas sucesivas de papa, el principal constituyente de la dieta de ese país vio morir a la mitad de su población y otro porcentaje muy importante emigró al Nuevo Mundo, en especial a América del Norte. La explosión demográfica de la cual estamos pendientes siempre, no se produjo entonces porque quedaban tierras por conquistar y cultivar como el Oeste Americano o América Latina. Ya no hay más tierras para conquistar

La industrialización en Europa significó la migración de campesinos a las ciudades en busca de trabajo y mejores horizontes a pesar de que allí se vivía en condiciones paupérrimas en lo económico y en lo sanitario. Los esclavos en EEUU y los campesinos tenían varios centímetros y kilogramos más que los ciudadanos, mostrando su mejor estado de nutrición.

La industrialización se trasladó también al campo. Aparecen tractores, cosechadoras, trenes para transportar la producción. Y el petróleo como fuente de energía. Así comienza a aumentar la producción a un rendimiento energético cada vez menor (por cada caloría producida se invertían más de 50). También el ocio comienza a hacerse común al disponer la población de más horas de descanso y de un trabajo menos extenuante

Pero aun se estaba en los albores de lo que es la producción de alimentos de hoy. Recién en los '30 se comenzó a emplear con regularidad fertilizantes artificiales, lo que significó el final de la industria del salitre y del guano del norte de Chile y Perú. Se fueron seleccionando razas de animales de carne y de leche, así como variedades de cereales más



resistentes a las plagas y de mayor rendimiento. La Revolución Verde se inicia en México después de la 2ª Guerra Mundial a través del genetista y Premio Nobel Norman Borlaug con la producción de variedades de trigo de tallo corto, con las cuales se resolvía el problema de las variedades tradicionales del cereal que con la disponibilidad de fertilizantes crecían desmedidamente en longitud doblándose las espigas y dificultando la recolección. Merced a estas variedades de trigo hoy la India es un importante exportador del cereal.

Estas manipulaciones genéticas clásicas hoy están tomando un ritmo muy veloz con la biotecnología y con diferentes objetivos. Hay vegetales modificados para que contengan más hierro, yodo o zinc, o mayor concentración de vitaminas o de algunos aminoácidos. O se han modificado genéticamente para hacerlos resistentes a pesticidas y plaguicidas con lo que estos se pueden emplear generosamente sin riesgos de afectar las plantas.

Paralelamente fueron cambiando los hábitos de consumo como consecuencia de la mayor disponibilidad de alimento y de cambios a nivel de los hogares. Finalizada la II Guerra Mundial (1946-1950), tan solo el 10 a 20% de la población inglesa o francesa y 3% de la española poseía refrigeradores en sus casas. Las excepciones eran EEUU con 80% y Suecia con 40% de refrigeradores de marca Electrolux, todo un precursor. De freezer domésticos, ni hablar. Y ello hace tan solo 50 años.

Hoy cada agricultor alimenta a más de 80 personas en los sistemas más eficientes y cualquier supermercado tiene en venta más de 4000 productos alimenticios diferentes. Pero el costo energético de producir alimentos en los países más desarrollados se puede estimar en 250 kcal. por caloría de alimento producido. El cálculo incluye no sólo los gastos propios de la producción de alimentos (semillas, fertilizantes, pesticidas, combustible para la maquinaria), sino también el transporte a los centros de almacenamiento y procesamiento, luego a los sitios de venta, la cadena de frío durante todo el proceso, en el mercado y en el hogar, el costo del packaging, la promoción y propaganda, y los salarios en las distintas etapas de esta cadena. La industria alimentaria es el 3er consumidor de energía y existen enormes diferencias entre el costo de la alimentación entre países. Se ha calculado que si el estilo de alimentación de EEUU y Europa Occidental se extendiera a todo el mundo, el 80% del consumo mundial de energía se destinaría a la cadena alimentaria.

Los cambios mencionados han hecho que la disponibilidad de alimentos para la mayor parte de la población mundial se haya incrementado y comparativamente con épocas anteriores, también se haya abaratado. En muchísimos hogares del mundo en transición la comida está siempre al alcance de la mano, lo que no había sucedido antes en la historia de la humanidad con tal nivel de masividad.

El abaratamiento de los alimentos tiene riesgos que se trasladan a la salud. Algunas segundas o terceras marcas de un producto pierden márgenes de calidad nutricional en seguridad bacteriológica. El empleo de grasas fuertemente hidrogenadas -con su correlato en el contenido de ácidos grasos trans - como sustituto de manteca o cremas resulta en alimentos más baratos que los que contienen las grasas originales. Los mega alimentos o las porciones más grandes (la pizza por metro, la gaseosa individual de 500cc, los baldes de



pochoclo en el cine, el super-pancho con múltiples aderezos, la maxiporción de papas fritas, las milanesas gigantescas o las hamburguesas dobles y con abundante aderezo, etc) en ocasiones cuestan muy poco dinero más que la porción inmediatamente inferior en tamaño por lo que son muy atractivos para los clientes. La realidad es que el principal costo de estos productos es el transporte, el local, sueldos, impuestos, franchising, y no el mayor tamaño del alimento que ofrecen. Un pequeño aumento en la cantidad influye mínimamente en el costo final y el cliente se siente complacido y atraído. A costa de más calorías y grasas.

La urbanización y los nuevos estilos de compra de alimentos han producido notables cambios en las pautas tradicionales de alimentación. La mejor educación de la población, los medios masivos y el trabajo de las mujeres fuera del hogar (40% en Argentina) también han contribuido fuertemente a estos cambios en los estilos de vida y alimentación.

Los cambios alimentarios se refieren principalmente a la dependencia de productos manufacturados, algunos de ellos precocidos o de rápida preparación, generalmente ricos en sal (cloruro y glutamato de sodio), en grasas saturadas, en ácidos grasos trans y en carbohidratos simples o azúcar refinado. También es novedad su adquisición cada vez mayor en supermercados y menos en almacenes de barrio.

Por la proporción creciente de mujeres que trabajan fuera de sus hogares, el tiempo que se dedica a la cocina es cada vez menor. Además hay muchas más mujeres que saben cocinar cada vez menos y más dependen de comidas de fácil elaboración. El porcentaje de personas que por razones laborales debe hacer una o más comidas fuera del hogar es creciente. Los niños mayores y adolescentes tampoco comen regularmente en sus hogares por razones de sociabilidad, porque no hay nadie en la casa o porque no tienen comida. Aún cuando en el mercado hay crecientemente opciones saludables, es reconocido que muchas comidas consumidas fuera del hogar tienen más calorías y grasas que las que son preparadas en la casa.

Todo esto ha deteriorado la comensalidad en los hogares, costumbre que tenía la virtud de reunir a la familia para consumir alimentos preparados en el hogar, tradición que viene desde los inicios de la humanidad con las rondas alrededor de los fogones mientras se cocinaban animales y comidas. La comida en familia ha recibido dos golpes tremendos con la TV y peor aún con el horno de microondas, con el cual cualquiera puede prepararse rápidamente comidas calientes a cualquier hora del día, para ingerirlas solo o acompañado, frente a la TV con el control remoto en la mano, acompañándolas de cerveza o gaseosas.

Es curioso que a medida que las mujeres cocinan menos más programas culinarios hay en la TV, en la radio, en periódicos y revistas y también en Internet. Y a veces ocurre que cuanto menos cocinan, más libros de cocina poseen.

Todo esto es nuevo, sobre todo para nosotros. *Lo que al mundo desarrollado le llevó 100 años, a nosotros nos está ocurriendo en menos de 20, y no estamos tomando las medidas que la situación requiere.* La estimulación del medio ambiente está actuando sobre nuestros



genes de obesidad; sabemos que al engordar lo hacemos insensiblemente y sin poner en actividad ninguna conducta compensatoria como en el caso del hambre o pérdida de peso en que todo nuestro organismo se prepara para conseguir alimento y terminar con la situación de carencia. *Los mecanismos hormonales y neurológicos de regulación del peso corporal se orientan abrumadoramente a que el peso sea el de siempre o el recientemente adquirido. Nuestro organismo está mejor preparado para recuperar peso perdido que para perder lo ganado en exceso.*

Estamos modificando nuestro genotipo por la estimulación de los genes de obesidad producida por un medio ambiente obesogénico. Pero este proceso no depende exclusivamente de la modernización alimentaria. Tan importante como el aspecto alimentario es la actividad física con la consecuente disminución del gasto de energía. El otro término de la ecuación termodinámica.

La mecanización de nuestros trabajos, las mejores comunicaciones y mejor transporte han hecho que nuestro gasto energético disminuya sensiblemente en todas las edades y niveles sociales de una sociedad que es cada vez más urbana y menos rural. Más cercana y menos distante, sean cuantos sean los kilómetros que medien entre destinos.

Se ha estimado que en el Reino Unido, el gasto energético de las personas ha disminuido 10% por década, sin disminuciones paralelas de la ingesta de alimentos. La consecuencia es el aumento de peso de la población.

A ello han contribuido la TV, el abono al cable, la computadora, Internet, los medios de transporte cada vez más accesibles, la falta de tiempo para hacer ejercicio, el temor a la violencia y a las drogas, la escasez de espacios públicos para la práctica de actividades deportivas, la insuficiencia de bici-sendas y sendas para correr en las ciudades, la falta de apoyo gubernamental a todas las actividades deportivas.

Tampoco hay en nuestro país muchos programas comunitarios de actividad física, patrocinados por los municipios y en los que participen todos los vecinos cada uno haciendo la actividad que puede pero todos comprometidos en el esfuerzo. Hay experiencias exitosas en el mundo y en América Latina.

El Estado Nacional no tiene una Política definida ni normas para la prevención de la obesidad y el sobrepeso. Tampoco para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de las cuales la obesidad es uno de los factores de riesgo principales. El tabaquismo es una excepción en la preocupación oficial, quizás porque el enemigo es más fácilmente identificable y es uno, y sus consecuencias son de índole básicamente médico.

La población conoce la Pirámide de Alimentos - y más recientemente su versión local concebida como un camino u óvalo alimentario -; pero la gente no termina de interpretar esas gráficas y menos trasladarlas a la práctica en el momento de hacer las compras o de planificar comidas.



Es posible que el Estado -y nosotros como especialistas e investigadores en nutrición- hayamos estado demasiado preocupados con la desnutrición que adquirió un papel tan protagónico desde la devaluación del 2002 pero que ha existido desde siempre y seguirá existiendo en los sectores más desprotegidos de nuestra sociedad. La obesidad ha sido entendida hasta hoy como un problema individual, clínico, más que un problema comunitario de repercusión para el futuro de las personas que lo padecen y para el sistema sanitario del país que deberá afrontar el elevadísimo costo que tendrán los accidentes cardiovasculares o diabetes, con todas las complicaciones que padecerán los obesos en su adultez temprana. La invalidez que estos padecimientos producen en edades tempranas significa un costo económico personal, familiar y social de enorme magnitud.

Argentina, como otros países en vías de desarrollo, es un país que está demográficamente envejeciendo en forma progresiva pero que sin que este proceso de longevidad se haya acompañado de una seria consideración y prospección del costo del tratamiento de enfermedades crónicas que pueden prevenirse con un abordaje comunitario.

Hecha esta introducción que ha pretendido resaltar el rol cada vez más obesogénico del medio ambiente, ¿cuál es la situación en Argentina respecto a la prevalencia de obesidad en su población? ¿es un problema creciente? ¿quiénes son los afectados? ¿a qué edad comienzan los argentinos a engordar? ¿cuál es la situación de los niños, blanco principal de las campañas de prevención, única alternativa terapéutica disponible hasta hoy? ¿quiénes son más afectados, los varones o las mujeres? ¿de qué niveles sociales?

Y luego ¿cuales serían las causas del incremento de la obesidad? ¿quiénes son y dónde están los villanos conocidos?. Alimentos de alta densidad energética, alto consumo de grasas y aceites, alto consumo de azúcares refinados, porciones cada vez más grandes, comida de mala calidad nutricional en los más pobres, actividad física muy por debajo de lo deseable y recomendable. Y de todos estos villanos, ¿hay alguno que sea más responsable que otros?

Las estadísticas de nuestro país en temas de nutrición son más que insuficientes. Tenemos datos de mortalidad y algunos de morbilidad, pero casi nada de estado nutricional, en especial en adultos. Los que disponemos de niños resultan de estudios parciales realizados en distintos lugares del país, siempre con énfasis más en desnutrición que en obesidad, y para el análisis que se hará hemos seleccionado aquellos que consideramos más representativos de las poblaciones donde fueron realizados. Sin embargo la información es mucho más completa que la disponible en adultos.

En las siguientes secciones tratamos de identificar y analizar la situación y tendencias de cada uno de nuestros villanos, relacionándolos en algunos casos con el costo de los alimentos que más contribuyen a engordan y los que no.



PRIMERA SECCIÓN

Obesidad en el mundo y en América Latina

La **obesidad de los niños y de los adolescentes** se ha incrementado dramáticamente en las dos décadas recientes. El proceso se inició en los países desarrollados para expandirse a todo el mundo.

En Finlandia la prevalencia de sobrepeso aumento desde 1977 a 1999 de 7,2% a 16,7% en los varones y de 4,0 a 9,8 % en las niñas. Al mismo tiempo la obesidad pasó en ese mismo lapso, de 1,1 a 2,7% en los varones, y en las mujeres, de 0,4 a 1,4%.

En Canadá, entre 1981 y 1996, en niños de 7 a 13 años, la prevalencia de sobrepeso aumentó de 11% a 13% y en las niñas, de 13% a 27%. La prevalencia de obesidad aumentó en los varones de 2 a 10% y de 2 a 9% en las mujeres.

En China, de 1989 a 1997, en niños de 2 a 6 años la prevalencia de sobrepeso aumentó de 14,6% a 28,9% y la de obesidad de 1,5% a 12,6%.

En Francia, entre 1976 y 1995 la prevalencia de obesidad en niños de 10 años aumentó de 6,3% a 14,4%. En otro estudio en niños preadolescentes observados entre 1980 a 1990 se halló un aumento de sobrepeso (> P90 IMC) de 5,1% y de 17% (> P97 IMC) en obesidad.

En Inglaterra, entre 1984 y 1994 el sobrepeso en niños varones aumentó de 5,4% a 9,0% (incremento de 3,6%) y de 9,3% a 13,5% (incremento de 4,1%) en las niñas. En Escocia las prevalencias para varones aumentaron de 6,4 a 10,0% (incremento de 3,6%) y de 9,3 a 13,5% (incremento de 4,1%) en las mujeres. La prevalencia de obesidad en Inglaterra fue de 1,7% en los varones y de 2,6% en las mujeres; en Escocia 3,2% y 2,6%, respectivamente.

En Hamburgo, Alemania, la prevalencia de sobrepeso en preescolares fue de 6,0%, a los 10 años, 17,2% y a los 14 años, 17,3%. Entre 1975 y 1989 la prevalencia de obesidad en escolares aumentó de 4 a 11%.

En España, la prevalencia de sobrepeso (IMC 25-30) en adolescentes fue de 15% y 1,3% eran obesos (IMC 30-40).

En EEUU, según datos de las encuestas de 1966-70 y de 1988-9, según la clasificación del IOTF, la prevalencia de sobrepeso en varones y mujeres de 6 a 8 años se duplicó (de 11,5 a 22,7%) mientras que la prevalencia de obesidad se triplicó en las niñas de 6 a 11 años y en los varones de 9 a 17 años (de 2,9 a 7,4%). El mayor incremento en la prevalencia de obesidad se observó en los varones de 6 a 8 años (de 1,9 a 7,7 %) y en las niñas de 12 a 14 años (de 2,6 a 10,1 %).



En Chile, comparando datos de los años 1987 y 2000 de escolares de 6 años, se observó que la prevalencia de obesidad (IMC >P95) casi se triplicó en los varones (de 5,1 a 14,7 %) y aumentó aún más en las mujeres (de 4 a 15,8 %).

En Venezuela en 1999, en niños de 2 a 6 años la prevalencia fue de 10% (P/T >P90) y en escolares de 7-14 años, 13%. En otra encuesta realizada (Fundacresa, 1999) en niños de 7 años la prevalencia es de 18% y en escolares de 9-15 años (IMC >P90), 11%.

En Bolivia (1994), el porcentaje de niños con P/T >1SD era de 13.1% y >2SD, 2,1%; en Colombia (1995) 21,6% de los niños estaba +1SD de P/T y 9,2 %, a + 2SD; en Perú (1996), 22,8 y 9,4%, respectivamente; en Honduras (1996) 18,7 y 7,8%; en la República Dominicana, 23,3 y 12,1%.

En la **población adulta**, hay países con bajas prevalencias de obesidad como Japón en el mundo desarrollado y China que ostenta la menor prevalencia en el mundo en desarrollo (5%). Sin embargo en algunas de las principales ciudades chinas la prevalencia alcanza el 20%.

En Brasil la proporción de adultos obesos casi se duplicó entre el año 1974 y 1989, pasando de 5,7% a 9,6% (38,39). La prevalencia de sobrepeso fue 32,8 % en 1989. En el año 1997 la prevalencia de obesidad aumentó en las mujeres a 12%.

En México, en el año 1988 la prevalencia de obesidad era 9,4% incrementándose a 24,4% en 1999.

En Perú, los estudios de 1997 y 1998 muestran diferencias según las regiones, encontrándose en la región de la costa y en Lima las prevalencias tan elevadas como 51% para el sobrepeso y 15% para obesidad.

En Chile se evidenció un marcado incremento en la prevalencia de obesidad entre los años 1988 y 1997, de 6% en los varones y 14% en las mujeres a 15,7% y 23%, respectivamente.

En EEUU, la prevalencia de obesidad se mantuvo relativamente constante entre 1960 y 1980, pero aumentó en la encuesta NHANES III (1988-1994) cerca de 8% (22,9%). Los datos más recientes (NHANES 1999-2000), muestran un nuevo aumento de la prevalencia de obesidad llegando a 30,5%. Mientras que la prevalencia de sobrepeso aumentó de 55,9 a 64,5%.

En los países europeos el Institute of European Food Studies (IEFS) encontró que la prevalencia de obesidad en 1997 era de 12% en el Reino Unido, 11% en España y menor en Francia, Suecia e Italia, 7%. Estos países también han incrementado sus prevalencias de sobrepeso y obesidad. En Gran Bretaña entre 1995 y 2000 se observó un aumento de la prevalencia de obesidad en jóvenes de 16 a 24 años de 5,7 a 9,3% y de 7,7% a 11,6 en las mujeres.



En Suiza, The Nutry Trend Study 2000, encontró una prevalencia de 26% de sobrepeso y 5% de obesidad en adultos entre 18 y 54 años.

En 1998 en Alemania occidental la prevalencia de sobrepeso fue de 52% en las mujeres y 67% en los hombres y la prevalencia de obesidad fue de 18%. Comparando con datos de 1990-1992 en los varones entre 25 a 69 años de edad la prevalencia de obesidad aumentó en 5,9% en el Este y en 11,5% en el Oeste y entre las mujeres 6,4% en el Oeste pero disminuyó 6,3% en el Este.

Obesidad en la Argentina

En nuestro país no se dispone de ninguna encuesta nacional sobre el estado nutricional de la población. Solo hay información proveniente de diversos estudios con objetivos, metodologías y criterios de diagnóstico distintos. En la Tabla 1 se mencionan los trabajos en población infantil, en orden a su importancia por su representatividad de la población general, diseño de la muestra y número de encuestados.

Los datos disponibles en población adulta son escasos. La tabla 2 muestra los que consideramos más representativos.

Tabla 1: Estudios sobre Prevalencia de Obesidad en Niños

Lugar	Tamaño Muestra	Grupo etáreo años (a)	Año	Prevalencia sobrepeso (%)	Prevalencia obesidad (%)	Referencias
Nacional	88.861	Varones 18 a	1987	12,1	2,6 (a)	1
Nacional	93.432	Varones 18 a	1993	15,4	4,1 (a)	2
Nacional	102.806	< 6 a	1993-1996		8,7 (**)	3
Nacional	1289	10 a - 19 a	2003	20,8	5,4 (*)	4
Gran Buenos Aires	1388	< 6 a	1999		0 - 2 a: 5,7(**) 2 - 5 a: 8,9	5
San Salvador de Jujuy	9299	4 a - 16 a	2000	4 -10 a: 17,4 (#) 11-16 a: 18	4 -10 a: 6,7(*) 11-16 a: 6,2	6
Ciudad de Puerto Madryn	906	6 a - 14 a	2003	21,1	5,5 (*)	7
Tierra del Fuego	605	9 m - 18 a	1995	9-23 m: 13 2-5 a: 17 6-11 a: 33 12-18 a: 21	9-23m:: 6 2-5 a: 8(**) 6-11 a: 17 12-18 a: 8 (****)	8
Mendoza	9.455	5 a - 16 a	1992	7,1	4,7(***)	9
Córdoba	1362	6 meses-2 a	2000	5 a: 12,1	6m -2a: 5,3(**)	10



		5 a y 8 a		8 a: 10,6	5 a: 5,4 8 a: 7,6	
Ciudad de Salta	300	8 a y 17 a	1997	8 a: 12,3 17 a: 8,9	(****)	11
Provincia de Buenos Aires	27.741	< 6 a	2002		0 - 2 a: 5,3(**) 2 - 5 a: 7,5	12
Ciudad de Corrientes	2.115	11 a -18 a	2001	10,9	2,2 (*)	13
Ciudad de Corrientes	3.931	6 a - 11 a	2003	14,1	8,3 (**)	14
Río Negro	927	6 a – 16 a	2003	14,6	3,7(*)	15

Criterio utilizado:

(a) $IMC \geq 25$ y ≥ 30

* Punto de corte extrapolado al IMC del adulto (≥ 25 y ≥ 30)

** P/T > 2 DV NCHS

*** P/T > perc 90 y 97

****IMC >perc 85 y 95

#: promedio de la suma de varones y mujeres

Tabla 2: Estudios sobre Prevalencia de Obesidad en población adulta

Lugar	Tamaño Muestra	Grupo etáreo Años (a)	Año	Prevalencia sobrepeso (%)	Prevalencia obesidad (%)	Referencias
La Plata (Buenos Aires)	809	20 a - 74 a	1987	37%		(17)
Dean Funes (Córdoba)	750	20 a -70 a	1998	39,3	23,3	(18)
Venado Tuerto (Santa Fe)	381	20 a - 80 a	1998	32,5	26,8	(19)
Nacional	14584	> 18 a Edad promedio: 43,5	2001	36	17	(20)
Ciudad de Bs. As.	680	Edad promedio: 45 a	1999	35,3	11,2	(21)
Capital Federal	1115	65a - 95a	1998	Menores de 80 a: 42,9 Mayores de 80 a: 39,2	Menores de 80 a: 22,1 Mayores de 80 a: 13,4	(51)

Criterio utilizado: $IMC \geq 25$ y ≥ 30

Dos de los estudios más interesantes en términos de representatividad y comparabilidad son los de Abeyá y Lejarraga (1995) y Andrade, Calvo y Marconi (1999) sobre antropometría



en el Servicio Militar Obligatorio, en varones de 18 años. Al comparar las clases '69 y '75 se observa un incremento en la prevalencia de sobrepeso de casi cinco puntos (de 14,7 a 19,5) y en la obesidad, que en seis años pasó de 2,5 % a 4,1%.

En el tiempo transcurrido entre ambas mediciones, el IMC de los varones aumentó de 21.7 a 22.2. Los ex soldados habían aumentado 0,73 cm en seis años pero su peso se había incrementado 1,5 kg. Más aún, en once jurisdicciones, la mediana de peso corporal aumentó entre 2 y 4 kg en seis años. Siete de las once provincias en que se produjo mayor aumento de peso corresponde a jurisdicciones del NOA, NEA y Litoral, donde hay mayor concentración de pobreza.

Comparados los datos de soldados de la clase 1969 con el recordado primer estudio antropométrico realizado en 1938 por Perlina Winocur en adolescentes de 5º año de la Ciudad de Buenos Aires, se observa un crecimiento secular de 3,5 Kg / década. En medio siglo la masa corporal aumentó de 19,5 a 22,8.

Los datos de Jujuy de Bejarano, Dipierri y col. comparan los datos obtenidos en escolares en el año 1995 y en el 2000 y el incremento de la prevalencia de obesidad en los niños de 4 a 10 años fue de 3,2% y en los de 11-16 años, 4,8%.

Por su parte, el Ministerio de Salud de la Nación consolidó en dos oportunidades recientes (1993/96 y 2002/2003) mediciones de peso y talla de niños menores de seis años que son atendidos en centros de salud (en general población pobre). En un conjunto de siete provincias (Buenos Aires, Capital Federal, Santa Fe, Chaco, Mendoza, Santa Cruz y Tierra del Fuego) la prevalencia de obesidad no se modificó entre ambos períodos (mediados de los '90 y 2002) presentando una prevalencia de 8,4% y 8,2 %, respectivamente.

El estudio de CESNI en Tierra del Fuego muestra que la prevalencia aumenta con la edad: en los preescolares el sobrepeso aumenta de 6% hasta 21% en los adolescentes.

En el estudio de Córdoba (CESNI-CLACYD) la prevalencia de obesidad aumenta de 5,4% a los 5 años a 7,6 % a los 8 años

Por último, en la encuesta del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires en 2002 (integrante del consolidado de siete provincias que mencionamos antes) se observa que la prevalencia de obesidad es de 5,3 % en los menores de 2 años y de 7,5% en los niños de 2 a 5 años.

Si bien no todos los estudios coinciden, la mayoría refleja un porcentaje mayor de varones que mujeres con sobrepeso y obesidad.

De acuerdo con la recopilación que intentamos presentar, evidentemente el sobrepeso y la obesidad parecen constituir un problema en nuestro país, ya instalado desde temprana edad, los primeros años, con una prevalencia cercana al 5% (obesidad) y un sobrepeso



que la duplica en prevalencia, presente en niños de diferentes niveles socioeconómicos, no exclusivamente en pobres o en no pobres.

En la edad adulta sobrepeso y obesidad aumentan en sus prevalencias y los últimos datos del viejo servicio militar obligatorio parecieran indicar que la tendencia al aumento en el peso corporal predominó en provincias con altos niveles de pobreza.

Haciendo una proyección sobre la población del censo de 2001, se podría estimar que el número de niños con sobrepeso y obesidad en la franja de 2 a 5 años rondaría los 200.000. Entre los niños de 6 a 9 años el número con esta condición alcanzaría unos 600.000. Y 1.700.000 chicos de 10 a 19 años padecerían de sobrepeso u obesidad.

Esto significa que el número total de chicos de 2 a 19 años con sobrepeso y obesidad podría situarse en aproximadamente 2.500.000.

Estas estimaciones son más difíciles de señalar para los adultos porque la prevalencia varía según los diferentes grupos étnicos y los datos que existen no son suficientes.

Referencias

1. Abeyá Gilardón EO, Lejarraga H. Prevalencia de obesidad en 88.861 varones de 18 años. Argentina, 1987. Arch Arg Ped 1995; 93: 71-79.
2. Andrade J, Calvo E, Marconi E. Evaluación del estado nutricional de la población de varones de 18 años. Argentina, 1992-1993. En: Estudios antropométricos en la población infanto-juvenil. República Argentina. 1993-1996. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Dirección de Salud materno infantil. Buenos Aires.1999; 61-85.
3. Calvo E. Encuesta antropométrica en menores de 6 años bajo programa materno-infantil. En: Estudios antropométricos en la población infanto-juvenil. República Argentina. 1993-1996. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Dirección de Salud materno infantil. Buenos Aires.1999; 13-42.
4. Kovalskys I, Bay L, Rausch Herscovici, Berner E. Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. Arch arg pediatr 2003; 101(6):441-447.
5. Díaz A, Jaquenod M, Rúgolo E y col. Encuesta nutricional de niños menores de 6 años de la provincia de Buenos Aires. Proyecto NUTRIABA. Resultados antropométricos. Poster EN26 pag. 120. XII Congreso Latinoamericano de Nutrición, Buenos Aires, 2000.
6. Bejarano I, Dipierri J, Alfaro E, Quispe Y y Cabrera G. Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. Primer Congreso Nacional de Auxología. Buenos Aires, 2003.
7. Dahinten S, Peralta L y Zabatti J. Crecimiento en escolares de la EGB de Puerto Madryn, Chubut. Su relación con el nivel socioeconómico. 2003. (Datos en publicación Sociedad Argentina de Pediatría)
8. O'Donnell AM, Carmuega E, Uicich R y col. Proyecto Tierra del Fuego. Ediciones Fundación Jorge Macri. Buenos Aires.1995.



9. Rodríguez Papini N. EVAM 91. Proyecto Evaluación Nutricional. Mendoza. 1991.
10. CESNI-CLACYD-Gobierno de la Ciudad de Córdoba. Encuesta de salud, nutrición y desarrollo de la ciudad de Córdoba. Mamás y niños del 2000. 2000.
11. Juiz de Trogliero C y Morasso MC. Obesidad y nivel socioeconómico en escolares y adolescentes de la ciudad de Salta. Arch argent pediatr 2002; 100(5) 360-366.
12. Oleiro A, Rainieri F, Jaquenod M. Encuesta antropométrica de efectores de salud 2002. Informe final. Programa Materno infantil. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. 2003.
13. Martínez C, Ibáñez J, Paterno C y col. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes de la ciudad de Corrientes. Asociación con factores de riesgo cardiovascular. Medicina 2001; 61 (3) 308-314.
14. Poletti O y Barrios M. Sobrepeso y obesidad como componentes de la malnutrición, en escolares de la ciudad de Corrientes. Argentina. Rev chil pediatr 2003;74 (5) 499-503.
15. Estudio sobre la alimentación de los niños que concurren a comedores escolares en la provincia de Río Negro. 2003. Cesni. Datos no publicados.
16. Calvo E. Evaluación nutricional en el país. 33º Congreso nutricional de Pediatría. Mar del Plata. 2003.
17. Hernández RE, Cardonnet LJ, Libman C, Gagliardino JJ. Prevalence of diabetes and obesity in an urban population of Argentina. Diabetes Res Clin Pract 1987; 3 (5): 277-83.
18. Braguinsky J. Prevalencia de obesidad en América latina. Anales Sis San Navarra 2002; 25 (1): 109-115.
19. Chávez RO, Batkis E, Allegrini E, Hernández D, Braguinsky J, De Sereday M et al. Factores de riesgo cardiovascular y obesidad, su prevalencia en Venado Tuerto. Simposio Fed Arg Cardiología, Rosario, 1999. Trabajo científico N° 8.
20. Prevalencia de los factores de riesgo coronario en una muestra de la población argentina. Estudio REDIFA (Relevamiento de los Distritos de la sociedad Argentina de cardiología de los factores de riesgo coronario). Rev. Argent. Cardiol. 2002; 70:300-311
21. Fuchs A, Baltar G, Serenellini E, Piana MM, Orlando H, Montero JC et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad por encuesta telefónica en la ciudad de Buenos Aires. Abstracts del IV Congreso Latinoamericano de Obesidad. Buenos Aires. E7 .Argentina.1999.
23. Kautiainen S, Rimpela A, Vikat A, Virtanen SM. Secular trends in overweight and obesity among Finnish adolescents in 1977-1999. *Int J Obes* 2002; 26: 544-552.
24. Tremblay MS, Katzmarzyk PT, Willms JD. Temporal trends in overweight and obesity in Canada 1981-1996. *Int J Obes* 2002; 26: 538-543.
25. Luo J, Hu FB. Time trends of obesity in pre- school children in China from 1989 to 1997. *Int J Obes* 2002, 26: 553-558.
- 26- Vol S, Ticket J and Rolland Cachera MF. Trend in the prevalence of obesity between 1980 and 1996 among French adults and children. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22 (suppl 3) S210.
- 27- Rolland Cachera MF, Spyckerelle Y and Deschamps PJ. Evolution of pediatric obesity in France. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1992; 16 (1S)S5.



- 28- Power C, Lake JK, Cole TJ. Body mass index and height from childhood to adulthood in the 1958 British born cohort. *Am J Clin Nutr* 1997; 66(5):1094–101.
- 29- Lobstein TJ, James WPT, Cole TJ. Increasing levels of excess weight among children in England. *Int J Obes* 2003; 27: 1136-1138.
- 30- Durnin JV, Lonergan ME, Good J, et al. A cross-sectional nutritional and anthropometric study, with an interval of 7 years, on 611 young adolescent schoolchildren. *Br J Nutr* 1974; 32:169–79.
- 31- Lobstein TJ, Frelut M-L. Prevalence of overweight children in Europe. *Obes Rev* 2003; 4: 195-200.
- 32- Majem LS, Barba LS, Bartrina JA, Rodrigo CP, Santana PS. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). En: Majem LS, Bartrina JA (eds). *Obesidad infantil y juvenil: Estudio enKid (Chile and adolescent obesity: the Enkid study)*. Masson: Barcelona, 2001;81-108.
- 33- Flegal KM, Ogden CL, Wei R, Kuczmarski RL, Jonhson CL: Prevalence of overweight in US children: comparison of US growth charts from the centers for disease control and prevention with other reference values for body mass index. *Am. J. Clin. Nutr.* 2001; 73(6): 1086-1093.
- 34- Kain J, Uauy R, Vio F, Albala C. Trends in overweight and obesity prevalence in Chilean children: comparison of three definition. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56 (3):200-204.
- 35- Pérez BM, Landaeta–Jimenez M, Ledezma T, Ortega de Mancera A. Tendencia secular en peso y talla entre 1984 y 1995 en niños y jóvenes venezolanos. *Anales Venezolanos de Nutrición* 1999; 12 (2):117-122.
- 36- Peña M, Bacallao J, eds. *La obesidad en la pobreza*. Publicación científica N° 576. Washington DC: OPS; 2000.
- 37-[http:// www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf Obesity.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf Obesity.pdf)
- 38- Monteiro A, Mondini I, Medeirosde Souza AL, Popkin B. The nutrition transition in Brazil. *Eur J Clin Nutrition* 1995; 49:105-113.
- 39- Monteiro CA, Halpern A. Epidemiología de la obesidad en Brasil. *Nutrición y obesidad*. Barcelona 2000; 3:98-105.
- 40- Monteiro C, Wolney A, Conde L y Popkin B. Is obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutrition* 2002; 5: 105-112.
- 41-Rivera J, Barquera S, Campirano F, Campos I et al. Epidemiological and nutritional transition in Mexico: Rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Public Health Nutrition* 2002; 5: 113-122.
- 42- Pajuelo J. *La obesidad en el Perú*. Ed. Nueva perspectiva. 1997.
- 43- Zubieta M. Prevalencia de la obesidad en dos poblaciones del Perú: lima a 150m y Cuzco a 3300m sobre el nivel del mar. 1° Simposio Español-latinoamericano de obesidad / 8th Internacional congreso on Obesity, libro de resúmenes. París. 1998.
- 44- Berrios X. Las enfermedades crónicas del adulto y sus factores de riesgo. Un ejemplo de investigación epidemiológica. *Boletín de la Escuela de Medicina, Pontificia Universidad católica de Chile*. 1994; 23:73-89.
- 45- Jadue I, Vega J, Escobar M et al. Risk factors for chronic non-communicable disease: Methods and results of CARMEN program basal survey. *Revista Médica de Chile* 1999; 127:1004-1013.
- 46- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288: 1723-1727.



- 47- Kearney JM, Kearney MJ, McElhone S, Gibney MJ. Methods used to conduct the pan-European survey on consumer attitudes to physical activity, body weight and health. *Public Health Nutr* 1999; 2: 79-86.
- 48- Sproston K, Primetesta P. Health Survey of England 2002. Volume 1. The health of children and young people. 2003. The Stationery Office: London.
- 49- Eichholzer M, Camenzind E. Overweight, obesity and underweight in Switzerland: results of the 2000 Nutri Trend Study. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2003; 92 (18): 847-58.
50. Bergmann KE, Mensink GB. Anthropometric data and obesity. *Gesundheitswesen* 1999;61:S115-20.
51. Encuesta alimentaria nutricional en la tercera edad. CESNI.1998. Datos no publicados.
52. Perlina Winocur. Peso y talla de los escolares argentinos pertenecientes a la ciudad de Buenos Aires. *Revista de higiene y medicina escolar*. Buenos Aires.1938



SEGUNDA SECCIÓN

Disponibilidad de alimentos

El concepto de disponibilidad o consumo aparente admite distintas definiciones. Una es la que deriva del análisis de las Hojas de Balance (de alimentos) de la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y que se basa en las estadísticas de producción, exportación e importación y usos industriales de cada alimento. El remanente es la cantidad disponible para el consumo de toda la población.

En esta publicación hemos analizado la serie completa de hojas de balance que comprende el período 1961-2001 y agregamos algunas estimaciones de la Secretaría de Agricultura y de Cámaras industriales para llevar la tendencia hasta 2003 (los datos de este año deben considerarse provisorios).

El análisis de la tendencia en los últimos cuarenta años confirma una gran inelasticidad en el consumo aparente de calorías, que se ha mantenido constante en aproximadamente 3170 kcal. diarias por persona, cuando el requerimiento medio de la población argentina no supera las 2300 kcal. La disponibilidad de proteínas también se ha mantenido en el orden de 100 gramos diarios, un 60% de las cuales siempre provienen de alimentos de origen animal.

El consumo aparente de grasas sin embargo ha aumentado entre 10 y 15 gramos entre los años '60 y los últimos años.

De esta manera, el aporte de calorías grasas en la dieta media argentina pasó de 29,9% a más de 32%, apenas por encima del valor recomendado (30%) por organismos internacionales y comités de expertos.

En el período analizado se produjo además una variación en el tipo de ácidos grasos, aumentando la proporción de grasas saturadas. Entre las poliinsaturadas sin embargo, la relación entre de la serie w6/w3 (omega 6 / omega 3) disminuyó un 18,7 %, aproximándose más a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que establece una relación entre 5 y 10:1

Tabla 3: Disponibilidad de grasas

Consumo de grasas	1961-70	2001	Variación (%)
Grasa Total g/d	105,6	114	7,4
% de la energía proveniente de grasas totales	29,9	32,3	8,0
% de la energía proveniente de grasas saturadas	9,7	11,1	14,4
% de la energía proveniente de grasas poliinsaturadas	8,7	9,4	8,0
W6 g/d	17,3	22,9	32



W3 g/d	0,8	1,3	62
Relación W6/W3	21,4	17,4	- 18,7

En la tabla 4 consignamos la tendencia en la disponibilidad de alimentos seleccionados, entre los cuales merecen destacarse la disminución ocurrida en el consumo aparente de carne vacuna -unos 20 kilos menos por año por persona-, aunque compensada por el aumento en pollo y pescado. También se observa un aumento en la disponibilidad de leche, mayormente concentrado en el aumento del consumo de productos lácteos industrializados. Este aumento tuvo un punto de inflexión en los últimos dos años en que la disponibilidad de leche se retrajo a los niveles de la década del '80.

La disponibilidad de aceites también presentó un progresivo aumento, de un 66% comparando los volúmenes actuales con los consumidos en los años '60 y '70, evolución similar a la de bebidas gaseosas.

El consumo aparente de hortalizas y frutas siempre se ha mantenido bajo en Argentina. Si se considera la recomendación de FAO/OMS de mantener un consumo mínimo de 400 gramos diarios (146 kilos anuales), la disponibilidad de ambos grupos debería aumentar más del 40%.

De esta manera, el aumento en el consumo aparente de aceites, los cambios en el perfil de carnes (menos vacuna, más pollo y en menor medida aumento de la de pescado), el aumento de lácteos, sumado al de gaseosas y cervezas (compensando la disminución de vino) y el bajo consumo de frutas y hortalizas, son los datos más destacables en el análisis de cuatro décadas de disponibilidad de alimentos.

Tabla 4: Disponibilidad de alimentos seleccionados. Argentina. Kg o lt por persona por año

Alimentos	Décadas			Años				
	'60	'70	'80	1993	1995	1998	2001	2003
Cereales	95,1	90,9	88,3	87,6	88,3	86,1	92,8	94
Galletitas	s/d	S/d	7	8,2	8,2	8,2	7,7	7,2
Carne vacuna	80	77,2	71,9	65	56,1	56,3	56,5	61,2
Pollo	4,8	9,7	12,1	22,5	23,9	27	26,6	21
Pescado	4,9	5,5	6,2	7,2	9,7	9,5	8,9	9,7
Leche	151,4	173,7	170,3	200	211,9	225,2	217,5	176,7
Aceites	11,4	12,9	13	15,6	15,6	16,1	14,7	19,9
Azúcar	36,6	38,5	33,8	35,4	38,8	37,4	33,9	45
Vino	87,9	81,8	62,8	46,4	40	35,1	32,1	33,7
Cerveza	10,6	11,5	14,4	31,9	32,5	34,9	33,1	36,5
Manteca	1,7	1,2	1	1,1	1,3	1,4	1,6	1
Gaseosas	s/d	S/d	42	61,4	58,9	71,5	75,1	70,8



Gráfico 1: Tendencias en el consumo aparente de carnes y leche

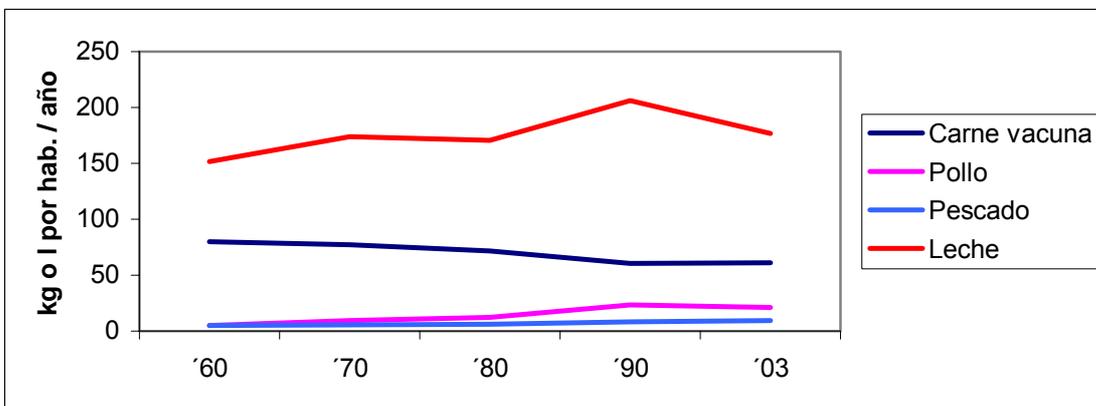
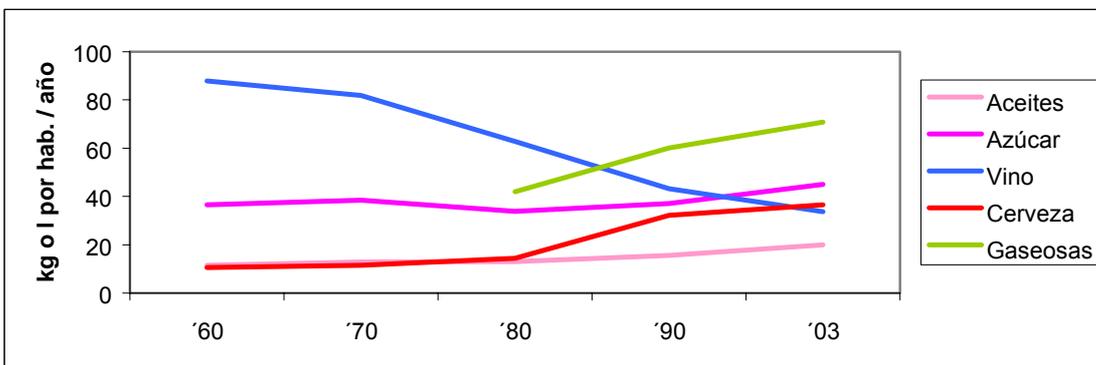


Gráfico 2: Tendencias en el consumo aparente de aceites, azúcar y bebidas





Las compras y el consumo de los hogares en la perspectiva de la obesidad

A diferencia de las hojas de balance de alimentos, las encuestas directas sobre consumo de alimentos permiten analizar una perspectiva más próxima a las decisiones de los hogares en relación con su alimentación. Sin embargo, estas encuestas no se realizan en forma regular y menos aún cubriendo grupos poblacionales representativos.

En esta sección presentamos el análisis de dos fuentes de información sobre consumo efectivo, la primera a partir de las últimas encuestas de gasto de hogares realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y la segunda proveniente de los estudios de CESNI en población infantil.

Las encuestas de gasto de hogares (ENGH) analizan la perspectiva de la compra de bienes en general y entre ellos los alimentarios. Tienen limitaciones en el análisis de la distribución intrafamiliar o los consumos individuales ya que la referencia siempre es el hogar en su conjunto.

De todas maneras es información valiosa para determinar diferencias entre áreas geográficas dentro del país o entre hogares de diferentes estratos socioeconómicos. En la actualidad, las encuestas de gasto aportan la información de mayor representatividad a nivel poblacional sobre la dieta (las compras) hogareña. Las dos últimas versiones corresponden a los años 1985/86 y 1996/97.

La encuesta de 1985 sólo se realizó en el ámbito de la Ciudad y el conurbano de Buenos Aires (GBA) mientras que la de 1996 cubrió todo el país con resultados a nivel regional. En la Tabla 5 se observan los resultados en ambos períodos en el área GBA y expresados en kilocalorías por adulto equivalente. Esta forma de expresión homogeneiza los resultados de hogares con diferente tamaño y composición¹.

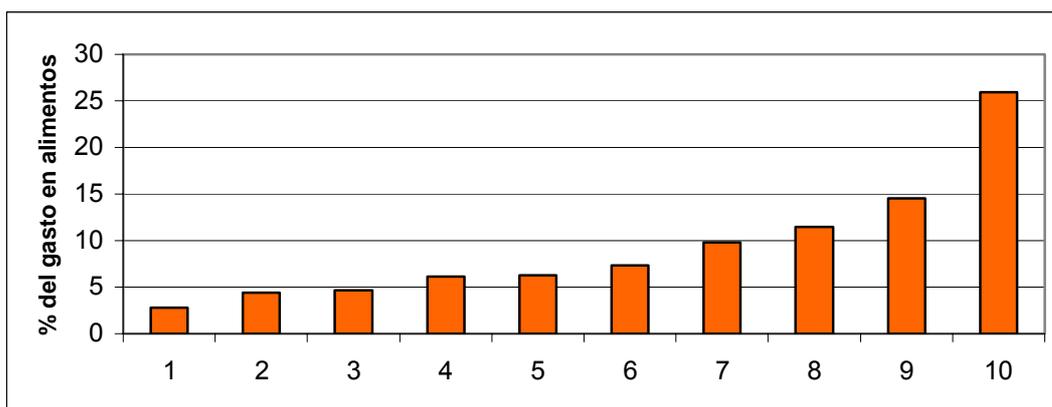
Los resultados solo se refieren al consumo hogareño ya que no están incluidas las comidas consumidas fuera del hogar, cuya relación es inversamente proporcional al nivel de ingreso. En 1996/97 representaron menos de 5% del gasto en alimentos de los hogares de los dos primeros deciles y un 25% de los del último decil (gráfico 3).

Entre ambos períodos se produjo una disminución del 17% en las calorías compradas para consumo en el hogar, caída más pronunciada en los quintiles de menores ingresos (25% en comparación con 12% entre el primero y quinto quintil respectivamente) (Tabla 5).

¹ El adulto equivalente es una unidad calórica de referencia utilizada en la construcción de la Canasta Básica de Alimentos y se corresponde con un valor de requerimiento energético de 2700 kcal. Diarias. Cualquier resultado inferior o superior a ese valor debe entenderse como una condición de insuficiencia o excedente respecto de los requerimientos calóricos.



Gráfico 3: Gasto en comidas fuera del hogar, por deciles de ingreso, como porcentaje del gasto en alimentos, total país



Fuente: Indec, Encuesta Nacional de Gastos de Hogares, 1996-97

Tabla 5: Consumo de energía por adulto equivalente, por quintiles de ingreso, hogares del GBA

Quintiles	1985-86	1996-97
1	2618	1951
2	3057	2385
3	3294	2572
4	3451	2851
5	3403	2999

A pesar de la disminución en los consumos entre ambos períodos, la proporción de calorías provistas por grasas no presentó modificación, tal como se observa en la Tabla 6.

Las calorías grasas son una proporción creciente de las totales a medida que aumentan los ingresos, de tal forma que en los hogares del último quintil representan un 39%.

Debe considerarse que por tratarse de un análisis de compra de alimentos, el consumo de aceites está sobreestimado ya que no se considera el descarte de aceite en las frituras. De todas maneras, los hogares de mayores ingresos disponen aproximadamente 30 gramos diarios más de grasas que el promedio de la población, al menos en el área metropolitana de



Buenos Aires. La elasticidad-ingreso de la ingesta de grasas es mayor que la de kilocalorías y el resto de macronutrientes.

Tampoco se observan diferencias importantes en la proporción de ácidos grasos saturados, ni entre ambas encuestas ni entre niveles de ingreso de los hogares.

Tabla 6: Calorías provistas por grasas, en porcentaje, por quintiles de ingresos, en hogares del GBA

Quintiles	1985-86	1996-97
1	31	29
2	35	34
3	35	35
4	38	38
5	39	39

Los resultados de la comparación en el GBA reflejan una disminución importante y llamativa en el consumo energético como consecuencia de un menor consumo general de alimentos en los hogares del Gran Buenos Aires. Puede especularse que las comidas consumidas fuera del hogar, que como se señaló no se incluyen en el análisis fueran más importantes en 1996-97 y compensen parcialmente las diferencias en los consumos registrados.

Si bien la disminución es generalizada en los cinco quintiles de ingreso, la situación más comprometida se presenta en el 20% de hogares más pobres, cuyo consumo expresado por adulto equivalente se sitúa unas 750 kcal por debajo de la recomendación.

También en este caso, cabe suponer que las comidas consumidas fuera del hogar y los alimentos provenientes de la asistencia social-alimentaria (ver más adelante), que no están incluidos en los resultados presentados, contribuyan a disminuir la brecha energética.

En segunda instancia, hemos analizado los consumos hogareños de la última ENGH (1996/97), por quintiles de ingreso en la muestra nacional (total país), en la perspectiva de alimentos “obesogénicos”, productos con un elevado porcentaje de calorías grasas o de



elevada concentración de azúcares simples o de alta densidad energética y pobres en nutrientes².

El objetivo de este ejercicio es determinar la proporción de las calorías, grasas y del costo de las dietas de los hogares provistas por aquellos alimentos y la medida en que varía entre diferentes niveles de ingreso.

Para analizar los resultados con alguna referencia, los comparamos aplicando el mismo procedimiento a la Canasta Básica de Alimentos (CBA) oficial, relevada por el INDEC y al plan alimentario propuesto en las Guías Alimentarias de la Asociación Argentina de Nutricionistas.

Tabla 7: Kilocalorías y grasas provistas por alimentos “obesogénicos”, como porcentaje de las kilocalorías y grasas totales de la dieta del hogar, Argentina, 1996/97

Quintiles de ingreso	Kilocalorías %	Grasas %
1	19	14
2	21	14
3	23	15
4	26	17
5	30	20
Promedio	24	16
Guías Alimentarias	17	9
Canasta Básica de Alimentos	13	4

Se observa que las calorías y grasas provistas por alimentos obesogénicos aumentan progresivamente desde los hogares de menor a mayor ingreso hasta representar casi un tercio y un quinto de la energía y grasas en la dieta de quienes tienen mejor nivel socioeconómico.

Los hogares pobres consumen menos energía y grasas totales que el promedio de la población y los productos “obesogénicos” contribuyen en menor proporción en su dieta. A esto debe agregarse que estos hogares gastan por lo menos cinco veces menos en proporción al gasto en alimentos en comidas consumidas fuera del hogar, con lo que la diferencia en el consumo total de productos “obesogénicos” es mayor aún que la expuesta en la tabla.

² Aderezos, facturas y amasados de pastelería, azúcares y dulces, jugos artificiales, gaseosas, bebidas alcohólicas, fiambres y embutidos, galletitas de alto tenor graso, achuras y menudencias, productos de copetín, comidas listas para consumir, helados comerciales



Entre los hogares de menor y mayor ingreso difiere el tipo de alimentos que contribuyen con calorías “obesogénicas”. Entre los más pobres, el 66% de esas calorías es aportada por azúcares, jugos artificiales, bebidas alcohólicas (cerveza) y margarina, en ese orden. En cambio, en los hogares del último quintil los alimentos con mayor contribución son azúcares, bebidas alcohólicas (vino), gaseosas, galletitas dulces de alto tenor graso, dulces, aderezos y jugos artificiales. Los hogares de mejor nivel socioeconómico tienen una dieta más diversificada que también se refleja en el origen de su ingesta de grasas.

Las diferencias son aún más significativas al analizar solo las calorías provistas por gaseosas, jugos y alimentos listos para consumir. Ese subgrupo contribuye con el 4% de las kilocalorías totales en los hogares del primer quintil y el 12% en los del último quintil.

¿Cuánto cuesta la alimentación de los hogares por nivel socioeconómico y cuánto gastan en alimentos obesogénicos?

Para completar el análisis, hemos estudiado el gasto en alimentos a valores actuales y el porcentaje destinado a la compra de alimentos “obesogénicos”. Nuevamente, los hogares más pobres, además de gastar significativamente menos en alimentos destinan una proporción mucho menor a ese tipo de productos, que alcanza prácticamente a la mitad del gasto en los hogares de mayores ingresos. Debe recordarse que en el análisis no se está considerando el gasto en comidas consumidas fuera del hogar.

Tabla 8: Gasto total en alimentos consumidos en el hogar y por 1000 kcal. y porcentaje del gasto destinado a la compra de alimentos “obesogénicos” hogares del área metropolitana, 1996/97

Quintiles	Gasto en alimentos per cápita / día \$	Costo por 1000 kcal. \$	% de gasto en alimentos “obesogénicos” %
1	1.9	1.25	22
2	2.7	1.42	28
3	3.1	1.48	32
4	4.6	1.97	38
5	5.5	2.22	48
Guías Alimentarias	4	1.48	Nc
Canasta Básica de Alimentos	3.5	1.30	Nc



Gráfico 4: Gasto per cápita en alimentos de la dieta de hogares, total país, a valores actuales en pesos por día y comparación con las Guías Alimentarias y la Canasta Básica de Alimentos

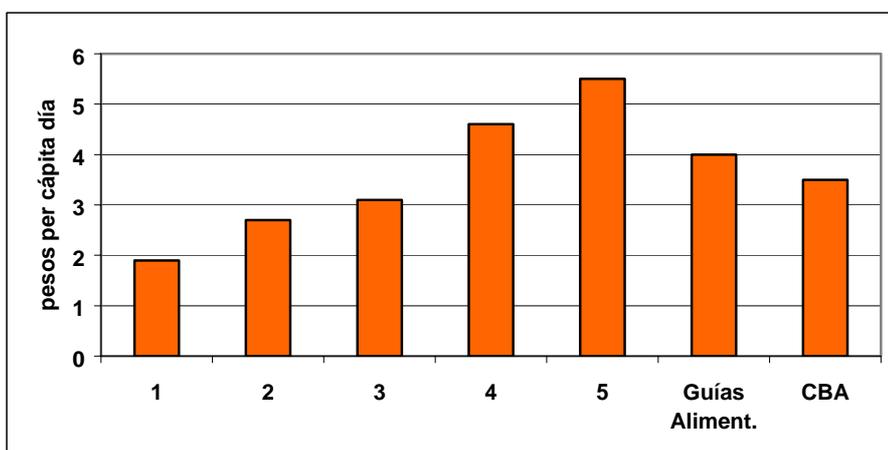


Tabla 9: Consumos de alimentos seleccionados, total país, 1996/97 kilos o litros por adulto por año

Alimentos	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Verduras (no feculentas)	36.1	49.1	56.9	66.9	74.6
Papa y batata	53.0	57.3	54.8	55.7	45.0
Frutas	33.6	53.8	67.2	81.9	97.8
Carne vacuna cortes semigrasos	30.0	31.8	31.3	30.1	27.4
Carne vacuna cortes magros	16.0	24.6	28.3	31.4	34.4
Hamburguesa comercial	0.6	1.1	1.4	1.8	2.4
Pollo	10.7	19.9	26.5	30.2	34.6
Pescados	1.7	2.9	3.8	5.2	7.4
Carne porcina y ovina	1.2	1.3	1.8	2.3	3.4
Leche	38.9	55.7	65.9	68.3	69.6
Embutidos	1.1	1.6	1.6	1.9	2.1
Fiambres	1.0	1.6	2.1	3.1	4.1



Achuras y menudencias	3.9	3.6	3.8	4.5	3.4
Salchichas	0.7	1.2	1.6	1.8	1.9
Comidas listas para consumir	0.5	0.8	1.7	3.2	7.0
Pizza y empanadas	0.5	1.3	2.1	4.0	7.8
Alfajores y obleas	0.5	0.6	0.7	0.8	1.1
Otras golosinas	0.3	0.4	0.6	0.8	1.1
Chocolate	0.4	0.8	1.1	1.3	1.9
Dulces y mermeladas	1.1	2.2	3.0	4.4	5.2
Facturas y churros	0.7	1.4	2.4	3.2	4.4
Galletitas dulces	0.9	1.9	2.6	3.5	4.5
Azúcar	16.3	16.1	15.9	15.6	14.8
Helado	0.3	0.8	1.4	2.0	3.9
Gaseosas	10.0	19.3	27.8	41.6	70.9
Jugos concentrados	12.9	16.1	16.3	15.6	17.5
Jugos en polvo	0.5	1.1	1.2	1.4	1.4
Cerveza	3.9	8.2	9.6	11.8	16.1
Vino	10.4	15.7	17.6	21.6	26.8
Manteca	0.5	0.7	1.1	1.3	2.1
Margarina	1.2	1.0	0.7	0.7	0.7
Mayonesa	0.6	1.1	1.3	1.8	2.4
Otras salsas y aderezos	0.1	0.2	0.3	0.5	1.0
Pan fresco	64.3	62.9	58.0	51.6	38.5
Pan envasado	1.3	2.1	2.9	4.1	6.7
Tapas de empanadas y tartas	0.6	1.5	2.0	2.7	3.0



La alimentación de los niños en la perspectiva de la obesidad

En este apartado presentamos resultados del análisis de cinco estudios realizados por CESNI en población infantil, todos por técnica de recordatorio de 24 horas. Los estudios abarcan a niños y adolescentes de distintas localidades del país y diferentes niveles socio-económicos (NSE) según se observa en la tabla 10

Tabla 10: Características de las encuestas de CESNI incluidas en esta sección

Estudio	Localidad	Año	NSE	Edad (años)	Individuos (n)
A	Capital y Gran Bs. As.	1999	Medio-alto	12 a 13	611
B	Córdoba	1999	Medio	4 a 6	172
C	Gran Bs. As.	2000	Bajo	4 a 6	53
D	Gran Bs. As.	2002	Medio-alto	4 a 13	180
E	Río Negro	2003	Bajo	6 a 13	350

El objetivo de este análisis es comparar las porciones consumidas de distintos grupos de alimentos con relación a las recomendadas por el esquema de la pirámide alimentaria americana. También se analizó el porcentaje de la energía provista por alimentos “obesogénicos” y el consumo en gramos de frutas y hortalizas (excluyendo tubérculos) comparado con la recomendación de FAO /OMS 2003 de un consumo mínimo de 400g / día.

Para efectuar el análisis se conformaron dos grupos etáreos: menores y mayores de 9 años, para quienes se determinó su requerimiento energético promedio según las recientes recomendaciones de FAO. Según el valor de requerimiento promedio de cada grupo etareo (Tabla 11) se establecieron las porciones sugeridas de consumo para cada grupo de alimentos (Tabla 12).

Tabla 11: Promedio de energía según las recomendaciones FAO / OMS / UNU 2003

Grupo biológico	Energía (kcal)
Menores de 9 años	1547
Mayores de 9 años	2163



Tabla 12: Porciones recomendadas según distintos niveles de ingesta energética

Grupos de alimentos	Niveles de energía	
	1600 kcal	2200 kcal
Cereales	6	9
Lácteos	2	2-3
Carnes*	2	2,5
Frutas	2	3
Vegetales	3	4

*2 porciones equivalen a 142 gr y 3 a 190 gr

Los resultados del análisis confirman diferencias en la tendencia de consumo según NSE de los niños. Los niños de nivel medio y bajo presentan un alto consumo de cereales que en todos los casos supera la recomendación (Tablas 13 y 14) y es consistente con la mayor proporción de hidratos de carbono en relación a la energía total de la dieta. (Tablas 15 y 16). En el NSE medio-alto el consumo de cereales se encuentra alrededor de la recomendación, mientras que consumen más carnes en contraste con el nivel medio y bajo, que en ningún caso alcanza la recomendación de porciones para este grupo. Este contraste también se ve reflejado en el mayor porcentaje de la energía provista por las proteínas y un menor porcentaje de hidratos de carbono.

Tabla 13: Comparación de las porciones recomendadas por la Pirámide y las porciones consumidas en las distintas encuestas de CESNI en los menores de 9 años

Grupos de alimentos	Porciones recomendadas por la pirámide ¹	Encuestas CESNI			
		B*	C*	D*	E*
Cereales	6	10,2	11,8	6	12,8
Lácteos	2	2	1,7	1,8	2
Carnes	2	1,3	1	1,9	1,2
Frutas	2	1	0,7	1	1
Vegetales	3	0,9	0,7	0,5	0,9

¹número de porciones que se ajustan al promedio de energía de los menores de 9 años (1600 kcal.).

*NSE: A y D Medio-Alto, B Medio y C y E Bajo.



Tabla 14: Comparación de las porciones recomendadas por la Pirámide y las porciones consumidas en las distintas encuestas de CESNI en los mayores de 9 años

Grupos de alimentos	Porciones recomendadas por la pirámide ¹	Encuestas CESNI		
		A*	D*	E*
Cereales	9	8,7	10,4	12,8
Lácteos	2-3	1,9	2,8	2
Carnes	2,5	3	3,4	1,2
Frutas	3	1,4	1,7	1
Vegetales	4	1	0,8	0,9

¹número de porciones que se ajustan al promedio de energía de los mayores de 9 años (2200 kcal.)

*NSE: A y D Medio-Alto, B Medio y C y E Bajo.

Tabla 15: Promedio de energía total y porcentaje de macronutrientes en los menores de 9 años

Nutrientes	Ingesta promedio			
	B*	C*	D*	E*
Energía (kcal)	1831 + 565	1774 + 631	1892 + 498	1852 + 582
HC (%)	58 + 10	62 + 8	52 + 7	63 + 11
Prot (%)	14 + 3	14 + 2	15 + 4	13 + 3
Grasas (%)	29 + 8	24 + 7	32 + 5	26 + 9
AGS (%)	11 + 4	9 + 3	11 + 3	7 + 4

*NSE: A y D Medio-Alto, B Medio y C y E Bajo.

Tabla 16: Promedio de energía total y porcentaje de macronutrientes en los mayores de 9 años

Nutrientes	Ingesta promedio		
	A*	D*	E*
Energía (kcal)	2189 + 826	2220 + 700	2066 + 797
HC (%)	51 + 10	51,3 + 9	62 + 11
Prot (%)	16 + 4	15,2 + 4	14 + 3
Grasas (%)	33 + 8	33,3 + 7	27 + 9
AGS (%)	11 + 4	12,7 + 4	8 + 4

*NSE: A y D Medio-Alto, B Medio y C y E Bajo.



En relación con la ingesta de grasas se observa un porcentaje promedio mayor al 30% de las grasas totales en los niños de NSE alto. También el porcentaje de grasas saturadas supera la recomendación en este nivel, a diferencia del grupo de menor NSE que se encuentra por debajo de la recomendación en ambos casos. El excesivo consumo de grasas por parte de los niños de mayor poder adquisitivo proviene de una mayor ingesta de alimentos “obesogénicos”, que contribuyen con más de un cuarto de la energía total (Tabla 17) en forma similar a lo hallado al analizar la dieta de los hogares en la encuesta del Indec. Las golosinas, gaseosas y galletitas dulces son los principales contribuyentes entre los obesogénicos mientras que en el grupo de menor NSE los más consumidos son azúcares y dulces, gaseosas y golosinas. El alto consumo de carnes en grupo de mayor NSE también contribuye a la mayor ingesta de grasas.

La ingesta de frutas y hortalizas es baja en ambos NSE (Tabla 18). El consumo de hortalizas es más bajo aún que el de frutas ($\leq 30\%$ y 50% de la recomendación de porciones respectivamente). En ninguno de los casos se cumple la recomendación de consumir como mínimo 400g diarios entre frutas y hortalizas. Sólo en uno de los casos representados por adolescentes de NSE medio-alto el consumo alcanza un 56% de esta recomendación. Se debe aclarar que la recomendación del informe FAO / OMS 2003, es una recomendación para la población general sin especificar edades o algún nivel de ingesta, por lo cual en los niños más pequeños se podría establecer como mínimo un consumo menor.

Tabla 17: Porcentaje de la energía proveniente de alimentos “obesogénicos”

Grupo etáreo	% de la energía				
	A*	B*	C*	D*	E*
Menores de 9 años	--	23	17	27	17
Mayores de 9 años	25	--	--	25	16

*NSE: A y D Medio-Alto, B Medio y C y E Bajo.

Tabla 18: Consumo promedio de frutas y hortalizas

Grupo etáreo	Ingesta promedio (g / día)				
	A*	B*	C*	D*	E*
Menores de 9 años	--	168	134	153	167
Mayores de 9 años	224	--	--	165	191

*NSE: A y D Medio-Alto, B Medio y C y E Bajo.



Estudio comparativo sobre frecuencia de consumo en una población infantil de nivel socioeconómico medio-alto

En el año 2002 CESNI realizó una encuesta de frecuencia de consumo en 180 niños de 4 a 13 años de edad de NSE medio-alto del Gran Buenos Aires. El objetivo del trabajo fue conocer los hábitos de consumo de este tipo de población, que por sus características tienen un amplio acceso a toda clase de alimentos y poder evaluar así la calidad de su dieta. Para esta evaluación se utilizó un cuestionario en el cual se preguntaba la frecuencia (diaria, 2 a 3 veces por semana, 1 vez por semana, 1 a 2 veces por mes, menor frecuencia o nunca) con la cual se consumían diferentes tipos de alimentos, algunos de ellos de interés en términos de su contribución “obesogénica” a la dieta total.

Bebidas sin alcohol

Las bebidas analizadas son consumidas en forma variable por los niños entrevistados. Las gaseosas regulares constituyen las bebidas mas consumidas, en tanto que las bebidas dietéticas a base de soja y jugos concentrados son las referidas como menos consumidas. Las gaseosas regulares y los jugos en polvo son los que más se consumen con una frecuencia diaria. La proporción de niños que consume gaseosas frecuentemente (diariamente o 2 o 3 veces por semana) es superior a 60%, mientras que para los jugos en polvo para preparar es del 45%. La tabla 19 presenta en forma de resumen el consumo y la frecuencia de cada bebida.

Tabla 19: Frecuencia de consumo de bebidas sin alcohol, en porcentaje

Alimento	Diaria	2-3 semana	1 semana	1-2 mes	Menor frecuencia	Nunca
Gaseosa común	29,4	35,6	20,6	5,6	4,4	4,4
Jugo en polvo	21,0	25,4	13,8	5,0	1,7	33,1
Jugos light	12,2	13,9	12,2	3,3	0,6	57,8
Jugo envasado	11,1	16,1	12,8	12,8	6,7	40,6
Gaseosa light	6,7	13,9	16,1	2,8	7,2	53,3
Bebidas soja	3,3	10,0	7,2	15,6	11,7	52,2



Azúcares y dulces

El consumo de azúcares y dulces varía mucho de acuerdo al tipo de alimento que se trate, si bien su consumo global es considerable. Azúcar común, alfajores, galletitas dulces, caramelos masticables, helados de agua y crema y tortas y masitas son los alimentos que mayor proporción de niños (mas de 90%) refiere consumir (Tabla 20).

El consumo de leche chocolatada y alfajores es elevado tanto en términos generales (87% y 97% respectivamente) como en cuanto a la proporción de niños que la consumen diariamente (55% y 41% respectivamente). Mas del 60 % de los niños de todos los grupos etáreos refiere consumir alfajores al menos 2 a 3 veces por semana, en tanto que casi 90% de los niños consume alfajores al menos una vez por semana.

Las galletitas dulces también son ampliamente consumidas, ya que sólo el 4,40 % de los niños no lo consume. El 68% las consume todos los días y entre 2 a 3 veces semanales.

El consumo de chicles con azúcar presenta algunas diferencias con respecto al resto de las golosinas analizadas. En relación a ellos los niños han referido frecuentemente su consumo diario que en promedio es referido por cerca de 40% de los niños. Los caramelos masticables son igualmente consumidos por una importante proporción de niños (95% de la población encuestada). Si bien el consumo diario es algo más elevado en los niños más pequeños, el consumo de caramelos masticables diariamente o 2 a 3 veces por semana es algo superior al 50% en todos los grupos etáreos.

Una elevada proporción de niños refieren consumir chocolate (88,9%), comportamiento similar en todos los grupos etáreos, a pesar de que el consumo diario es sumamente bajo (2,20%). La frecuencia de consumo que en mayor proporción refieren los niños varía entre 2-3 x semana y 1-2 veces por mes (52%).

Tabla 20: Frecuencia de consumo de azúcares y dulces en porcentaje

Alimento	Diaria	2-3 semana	1 semana	1-2 mes	Menor frecuencia	Nunca
Leche c/ cacao	55,0	16,1	7,2	4,4	4,4	12,8
Azúcar común	45,3	10,5	7,2	5,5	2,2	29,3
Alfajores	41,1	33,3	12,8	8,9	1,1	2,8
Chicle c/ azúcar	36,7	32,2	10,6	6,7	2,2	11,7
Galletitas dulces	26,1	42,2	17,8	8,9	0,6	4,4
Caramelos mast.	15,6	38,9	20,6	15,0	5,0	5,0
Mermeladas y miel	14,5	20,1	14,5	11,7	3,4	35,2
Dulce de leche	12,2	28,9	13,3	19,4	6,7	19,4
Helado Agua	9,4	27,8	28,3	23,9	5,0	5,6
Chupetines y caramelos	7,8	22,2	22,8	25,6	11,1	10,6



Barra cereal	7,2	11,1	13,3	13,3	7,2	47,2
Postre de leche	4,4	15,6	23,9	26,1	8,9	21,1
Chocolates	2,2	15,6	21,1	31,1	18,9	11,1
Helado Crema	2,2	15,6	32,2	37,2	8,3	4,4

Productos de copetín

El 99% de los encuestados consumen productos de copetín (papas fritas, chizitos, palitos, etc.) y el 42% los consume entre 1 y 2 a 3 veces por semana. En el rango de menor edad, se destaca la frecuencia de consumo de una vez por semana alcanza el 34%.

Comidas rápidas en el hogar

La mayor frecuencia de consumo (en el hogar) de comidas rápidas se presenta en la categoría de consumo más esporádico, una vez por semana y/o una a dos veces por mes. Ninguna de estas comidas es consumida en forma diaria. Las hamburguesas son las más frecuentemente consumidas en el rango de 2 a 3 veces por semana, seguidas por las salchichas (8,9%) y las patitas de pollo y pizza en tercer lugar con un consumo para ambas del 7.8%. Cabe destacar el consumo de pizza, que alcanza al 57.2% una vez por semana y refieren consumirla el 97.8% de los encuestados (Tabla 21).

Tabla 21: Frecuencia de consumo de comidas rápidas en porcentaje

ALIMENTO	Diaria	2-3 semana	1 semana	1-2 mes	Menor frecuencia	Nunca
Patitas/med. Pollo	0	7,8	25,6	34,4	6,1	26,1
Hamb congeladas	0	10,0	36,1	35,0	6,7	12,2
Salchichas	0	8,9	38,3	36,1	6,7	10,0
Varitas Pescado	0	0,6	5,0	13,3	6,7	74,4
Pizza	0	7,8	57,2	28,9	3,3	2,8
Papas fritas	0	5,0	28,3	43,9	11,7	11,1

Hortalizas y Frutas

Las hortalizas (excluyendo los tubérculos) son consumidas por el 95.56%. El consumo diario es del 36.7% para todas las edades, destacándose el rango de 6 a 8 años con una frecuencia de consumo del 48% y el rango mayor edad con un consumo diario del 41% (Tabla 22)

Las frutas son consumidas por casi la totalidad de la población encuestada, el 100% de todos los rangos de edad refieren consumirlas, excepto el rango de 3 a 5 años con un 96%.

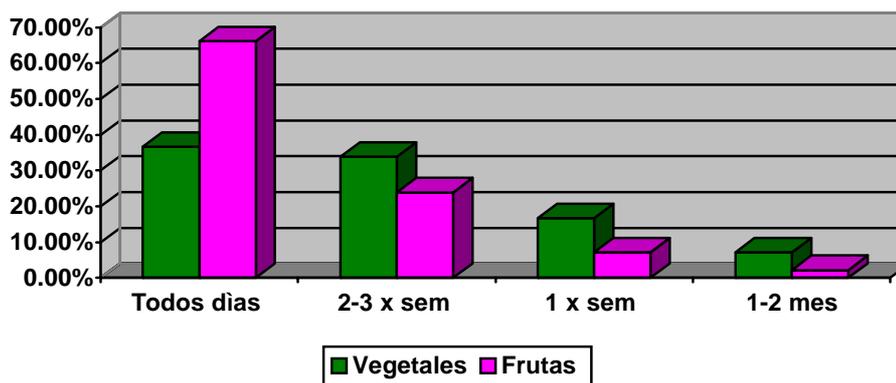


Diariamente las consume el 66%, presentando una distribución pareja para todas las edades. De 2 a 3 veces por semana son consumidas por el 23%, destacándose el rango de mayor edad con un consumo del 29% (Tabla 22).

Tabla 22: Frecuencia de consumo de frutas y hortalizas en porcentaje

Alimento	Diaria	2-3 semanales	1 semanal	1-2 mes	Menor frecuencia	Nunca
Hortalizas	36,7	33,9	16,7	7,2	1,1	4,4
Frutas	66,1	23,9	7,2	2,2	0%	0,6

Gráfico 5: Consumo de vegetales y frutas



En resumen, entre los productos de mayor contribución obesogénica, las gaseosas, jugos en polvo (50% entre ambos) y alfajores (41%) presentan una frecuencia de consumo diaria considerablemente alta más aún si se compara con el consumo de frutas y hortalizas que son consumidas diariamente por el 66 y 37% respectivamente. La ingesta de frutas y vegetales debería encontrarse cerca del 100 % del consumo diario, como lo indican las recomendaciones, y por el contrario el consumo de bebidas azucaradas y golosinas deberían presentar un consumo más esporádico, ya que aportan calorías pobres en nutrientes.

Referencias:

1. FAO. Hojas de Balance. www.fao.org



2. Tendencias económicas y financieras. Anuario 2003
3. INDEC. Cantidades consumidas. Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares. Serie Estudios, nro. 20. 1992
4. INDEC. Encuesta Nacional de Gasto de Hogares 1996-97
5. Lema S; Longo E; Lopresti A. Guías alimentarias para la población argentina: Valores de referencia y aspectos técnicos para las porciones de alimentos. *Diaeta*. 2001. 99:23-25
6. Viera M; Pinto G; Ovando S; Isely B. Estandarización de peso, volumen, medida, rendimiento, composición química, porciones de alimentos y preparaciones. *DIAETA*. 2001. 99:26-30
7. CESNI. Encuesta sobre hábitos de desayuno en niños de Ciudad y Gran Buenos Aires. 1999. Datos no publicados
8. CESNI-CLACYD-Gobierno de la Ciudad de Córdoba. Encuesta de salud, nutrición y desarrollo de la ciudad de Córdoba. Mamás y niños del 2000
9. CESNI. Encuesta de salud, Nutrición y Desarrollo Infantil en niños de nivel socioeconómico bajo de San Miguel, Provincia de Buenos Aires. 2000. Datos no publicados
10. Pueyrredon, P; Rovirosa, A; Durán, P; Tolosa, L. Calidad de la dieta según sexo y edad en niños de nivel socioeconómico medio-alto. *Actas Congreso de la Sociedad Argentina de Nutrición*, Agosto 2002.
11. Estudio sobre la alimentación de los niños que concurren a comedores escolares en la provincia de Río Negro. 2003. Cesni. Datos no publicados.
12. Shaw A, Foulton L, Davis C, Hogbin M. Using the Food Guide Pyramid: A Resource for Nutrition Educators. US Department of Agriculture, Food, Nutrition and Consumers Services. Center for Nutrition Policy and Promotion.
13. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS / FAO. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. OMS, series de informes técnicos 916. OMS, Ginebra 2003.
14. Pueyrredon, P; Rovirosa, A; Durán, P; Tolosa, L. CESNI. Patrones de consumo de alimentos y bebidas azucarados en niños de nivel socioeconómico medio-alto *Actas Congreso de la Sociedad Argentina de Nutrición*, Agosto 2002.



TERCERA SECCIÓN

¿Qué sabemos de la composición de alimentos y comidas rápidas e informales?

La composición de alimentos y comidas rápidas e informales de consumo frecuente

Si bien es condición para que se produzca un aumento de peso y grasa corporal la existencia de un balance positivo de energía (es decir que la ingesta energética supere el gasto) son muchos los factores alimentarios que se han asociado a la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. En el reciente informe de FAO/OMS sobre “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas”, se considera que dentro de los factores alimentarios existe evidencia convincente de que la ingesta elevada de alimentos con alta densidad energética y pobres en micronutrientes aumenta el riesgo de obesidad. Con un nivel de evidencia probable se considera el marketing de alimentos con elevada densidad energética y el de cadenas de fast-food y la alta ingesta de bebidas azucaradas. Es posible que el aumento del tamaño de porciones y el consumo en elevada proporción de alimentos preparados fuera del hogar también influyan incrementando el riesgo de obesidad. Como factores que se asocian con menor riesgo se identifica el consumo aumentado de fibra dietaria, la lactancia materna y ambientes promotores de una alimentación saludable en la escuela y en el hogar (ver Cuadro 1 al final de la sección).

Nuestra alimentación ha cambiado en los últimos decenios, acompañando los cambios en estilos de vida. Uno de los signos visibles de esos cambios es la mayor frecuencia de consumo de comidas preparadas fuera del hogar, muchas de las cuales son de elevada densidad energética debido a su mayor contenido de grasas.

En la actualidad es más frecuente que alguna de las comidas deba realizarse fuera del hogar, aún en los niños en edad escolar y paralelamente las opciones “saludables” no son las que más abundan o las que gozan de mayor publicidad. En las tablas 23, 24 y 25 se presenta el contenido por porción de algunas variedades de golosinas, bebidas y comidas rápidas de consumo frecuente. Se trata en la mayoría de los casos de alimentos de elevada densidad energética debido a su alto contenido de grasas, que en general se acompañan con gaseosa y se adicionan con mayonesa y en algunos casos con papas fritas, incrementando aún más el contenido energético y de azúcares y grasas.

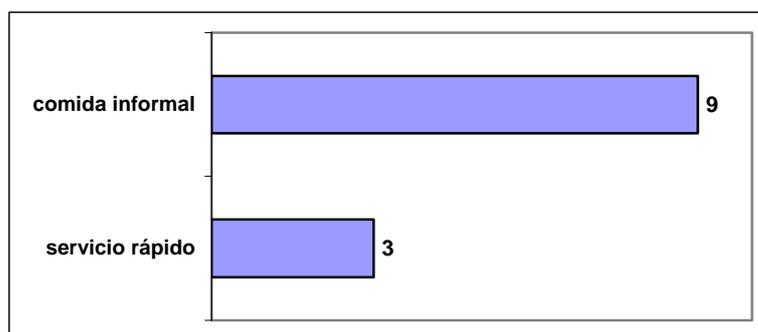
En ocasiones, el ingrediente principal no es el mayor contribuyente de las calorías o grasas finales de la preparación, como es el caso de la hamburguesa, cuya composición es muy diferente -más saludable- si se la consume sola que cuando se le agregan aderezos y otros complementos.

Estudios recientes en Estados Unidos, un país con un consumo muy elevado de “fast food”, mucho más que en Argentina, (30% de los niños encuestados habían consumido pizza o alimentos de los locales de comidas rápidas en el día de la encuesta) han determinado que los niños ingerían más energía (187 Kcal/día), más grasas (9 g/d), más grasas saturadas (3,7



g/d), más azúcares agregados (26 g/d) y menos fibra (-1,4 g/d) leche (-62 g/d) frutas y hortalizas, el día que consumían comidas rápidas con respecto al día en que no lo hacían. En nuestro país, la frecuencia de visitas a este tipo de locales es mucho más reducida, como se observa en el gráfico 6.

Gráfico 6: Visitas mensuales a diferentes tipos de locales de comidas Ciudad y conurbano de Buenos Aires (cantidad de visitas en un mes)



Nota: los locales de comida informal (pizzerías, pancherías, etc.) incluyen a las de servicio rápido (cadenas de fast-food)

Las grasas incrementan la palatabilidad de la dieta y los azúcares son apreciados debido a la preferencia innata por el sabor dulce. La industria alimentaria ofrece cada vez mayor variedad de alimentos, ricos en sabor y también en energía, grasas y azúcares, que en su mayoría se consumen fuera de los horarios habituales de comida. Ejemplo de ello es el incremento en la variedad de golosinas y snacks que se venden en los kioscos, en muchos casos con un costo accesible aún para el niño que lleva unas monedas para comprar algo en el recreo. En la tabla 23 se muestra la composición en energía y macronutrientes de algunos de los alimentos de mayor consumo que pueden conseguirse en el kiosco por un peso o aún menos. Se trata en todos los casos de alimentos ricos en grasas y /o azúcares, y con un contenido energético por unidad determinado principalmente por el peso de la porción (todos contienen entre 380 y 560 Kcal/ 100g). Aún las barras de cereal, consideradas una opción saludable y que tienen entre 80 y 110 Kcal por porción (para un peso promedio de 22 g/unidad), al considerarlas según su composición por 100 gramos de alimento, aportan cantidades de grasas y energía que en algunos casos pueden equiparar las del alfajor de chocolate.

El creciente consumo de bebidas gaseosas y jugos artificiales ha desplazado al agua en las comidas principales de muchos individuos y a la leche sobre todo en las meriendas.

La OMS considera que existe evidencia probable en la relación entre consumo de bebidas azucaradas y el aumento de peso y la obesidad. Posiblemente debido a la menor distensión gástrica y a la mayor velocidad de tránsito, la energía contenida en los alimentos líquidos es



poco “detectada” por el organismo y la ingestión posterior de alimentos no se ajusta para tener en cuenta la energía ingerida en forma de líquido. En la tabla 24 se muestra el contenido de azúcares y energía de las bebidas no alcohólicas de consumo más frecuente.

Paralelamente ha crecido también la variedad de alimentos “light”, reducidos en grasas y/o calorías cuyo consumo en algunos casos se promueve bajo el concepto sin limitaciones cuando pueden llevar conducir en ocasiones a ingestas de energía inadvertidamente elevadas.

Tabla 23: Contenido de energía y macronutrientes de snacks y golosinas de consumo habitual (por porción)

Alimento	Energía (Kcal %)	Información por porción de alimento									Costo (\$)
		Peso (g)	Energía (Kcal)	CHO (g)	Prot (g)	Grasa (g)	Grasa sat (g)	Grasa mono (g)	Grasa poli (g)	Grasa trans (g)	
Papas fritas Lay's	520	34	177	20,4	2,7	11,2	1,5	3,6	2,8	2,6	1,00
Palitos Pep	499	72	359	40,3	5,8	19,4	2,3	5,4	10,8	0,0	1,00
Alfajor chocolate de tres capas	399	78	311	46,8	5,4	11,2	5,0	3,2	0,5	0,3	1,00
Galletitas Kesitas	467	75	350	45,5	7,3	15,2	5,1	5,1	0,8	3,4	1,00
Helado de agua	84	68	57	14,2	0	0	0	0	0	0	1,00
Helado de crema (palito)	121	52	63	8,5	1,4	2,7	1,7	0,7	0,07	0,2	1,00
Bomón helado	207	67	139	12	1,9	9,2	3,2	2,6	0,2	2,6	1,00
3 D	505	40	202	21,2	2,6	13,1	1,6	4,0	6,9	0,1	0,80
Barra de cereal promedio	409	22	90	15,7	1,5	2,8	0,6	1,1	0,5	0,4	0,60
Chizitos	563	19	107	10,5	1,4	7,2	0,9	1,9	4,1	0,0	0,50
Alfajor de chocolate	400	55	220	33,0	3,8	7,5	3,4	2,1	0,4	1,2	0,5
Alfajor de dulce de leche	391	53	207	37,9	3,2	5,7	2,8	2,0	0,3	0,4	0,50
Rhodesia	521	22	118	13,8	0,9	6,4	2,8	2,0	0,3	1,0	0,50
Bon O Bon	520	17	88	8,5	2,0	5,1	Sd	Sd	Sd	Sd	0,40
Galletitas Club Social	480	35	168	24,5	2,5	6,7	1,1	2,2	2,0	1,0	0,35
Chocolatín	560	8	45	4,2	0,6	2,9	1,5	0,8	0,1	0,0	0,20
Caramelos masticables gdes.	390	16 (2u)	62	13,1	0,5	1	0,4	0,4	0,1	0	0,20
Caramelos duros	380	20 (3u)	76	19	0	0	0	0	0	0	0,20
Caramelos de leche	450	16 (2u)	72	11,2	0,3	2,9	1,5	0,9	0,5	Sd	0,20
Chupetín	380	10	38	9,5	0	0	0	0	0	0	0,10

Sd: información no disponible.

Ref: datos analizados en el laboratorio del CESNI, complementada por información aportada por las empresas.



Tabla 24: Contenido de energía, azúcares y macronutrientes de bebidas azucaradas de consumo habitual (en g o Kcal por porción)

Bebida	Porción	Energía (Kcal)	CHO (g)	Azúcares (g)	Prot. (g)	Grasas (g)	Costo	Edulcorantes artificiales
Gaseosa (botella + chica)	237	95	23,7	23,7	0	0	1	No
Gaseosa (botella 1/2 litro)	500	200	50	50	0	0	1,5	No
Gaseosa (vaso de 250 cc)	250	100 *	25 *	25 *	0	0	0,35	No *
Gaseosas dietéticas	250	2	0,2	0	0,2	0	1	Si
Jugo polvo (preparado)	250	41	10,1	9,5	0	0	0,15	Si
Jugo en polvo dietético (preparado)	250	10	2,4	0	0,2	0	0,15	Si
Jugo concentrado para diluir (diluido)	250	43	9,9	9,9	0	0	0,1	Si
Bebidas de soya con jugo	200	90	20	20	1,2	0,6	0,8	No

* Existen en el mercado segundas marcas de gaseosas con menor cantidad de carbohidratos que incluyen edulcorantes artificiales

Tabla 25: Composición de comidas rápidas de consumo frecuente

	Por 100 g.		Contenido en Kcal o gramos por porción						
	Energía (Kcal%)	Grasas (g%)	Peso (g)	Energía (Kcal)	Grasas (g)	Grasa sat (g)	Grasa mono (g)	Grasa poli (g)	Grasa trans (g)
Empanadas de carne	290	10.0	286 (3u)	830	28,5	19,9	16,1	5,6	1,6
Empanadas de jamón y queso	291	13.0	248 (3u)	722	32,3	17,8	9,8	1,7	2,0
Superpancho	259	11.8	135	350	15,9	6,0	6,5	2,0	0,5
Hamburguesa c/queso MD	267	13.6	94	251	12,8	6,1	4,3	0,8	1,0
Hamburguesa c/queso B K	310	14.3	115	356	16,5	7,2	5,8	1,4	1,0
Hamburguesa sola M D	251	11.1	82	206	9,1	3,9	3,5	0,6	0,7
Hamburguesa sola B K	309	12.4	99	306	12,3	5,1	4,8	1,0	0,7
Hamb. Whopper c/queso BK	243	12.6	270	657	34,1	12,9	11,4	6,6	1,4
Big Mac ®	276	14.0	200	553	28,0	10,4	8,8	3,5	1,4
Papas fritas McD chicas	319	15.2	63	201	9,6	2,3	2,5	1,8	2,5
Papas fritas McD medianas	321	15.2	101	324	15,3	3,9	4,1	2,9	4,1
Papas fritas BK chicas	332	15.5	63	209	9,8	1,5	2,8	4,0	0,9
Sandwich milanesa	323	8.4	162	523	13,6	2,9	4,1	5,9	0,2
Pebete cocido y queso	250	8.1	140	350	11,4	4,9	3,5	1,8	0,7
Sandwich miga (2u)	217	7.8	128	278	10,0	4,2	2,9	2,0	0,3
Choripan	294	12.0	208	612	24,9	9,1	10,1	2,5	0,8
Pizza	306	13.9	180	551	25,0	9,9	6,5	6,4	1,0

Ref: datos analizados en el laboratorio del CESNI ⁽³⁾



Cuadro 1: Resumen de la solidez de la evidencia sobre factores que pueden promover o proteger contra el aumento de peso y la obesidad

Evidencia	Menor riesgo	Sin relación	Mayor riesgo
Convincente	Actividad física regular Ingesta elevada de fibra alimentaria		Modos de vida sedentarios Ingesta elevada de alimentos ricos en energía y pobres en micronutrientes.
Probable	Entorno escolar y familiar que favorecen una selección de alimentos saludables para los niños. Lactancia materna		Publicidad masiva de alimentos ricos en energía y lugares de comida rápida. Ingesta elevada de refrescos y jugos azucarados. Condiciones socioeconómicas adversas (en países en desarrollo, sobre todo las mujeres)
Posible	Alimentos de bajo índice glucémico	Contenido de proteínas de la alimentación	Porciones grandes Alta proporción de alimentos preparados fuera de la casa (países desarrollados) Alternancia de períodos de seguimiento de una dieta estricta y períodos de desinhibición.
Datos insuficientes	Mayor frecuencia de las comidas		Alcohol

Ref. 1

Referencias:

1. Consulta mixta de expertos FAO/OMS “ Régimen alimentario, Nutrición y Prevención de enfermedades crónicas. OMS, Ginebra, 2003.
2. Effects of Fast-Food consumption on energy intake and diet Quality among children in a national household survey. Bowman, S; Gortmaker, S; Ebbeling, C; Pereira, M; Ludwig, D. Pediatrics 2004; 113: 112-118.
3. Rovirosa A, Chignoli M, Comincioli V, Bogan B, Uicich R, O'Donnell A. “Composición en ácidos grasos (cis y trans) de comidas rápidas y snacks”, XIV Congreso Argentino de Nutrición, Buenos Aires, 4 al 7 de agosto de 2002



CUARTA SECCIÓN

¿Qué sabemos sobre hábitos de actividad física, sedentarismo y uso del tiempo libre?

Práctica de actividad física y uso del tiempo libre

El uso de diferentes medios de transporte para trasladarse de un lugar a otro, la utilización del tiempo libre, las tareas domésticas, las actividades escolares y las ocupacionales son las cinco dimensiones desde las que puede analizarse el perfil y tendencias de actividad física de las poblaciones.

La urbanización creciente, los procesos migratorios hacia las ciudades y la proximidad entre los desplazamientos cotidianos, favorecidos por una mejor red de transporte público y el crecimiento del parque automotor habrán disminuido considerablemente el esfuerzo físico inherente a los traslados de un lugar a otro.

Otro tanto ha sucedido con las tareas domésticas. Los cambios en estilos de vida en la población argentina se aceleraron vertiginosamente en los últimos doce o trece años a través de la incorporación acelerada de avances tecnológicos en el ámbito del hogar. Estos cambios acompañaron el rol cada vez más activo de las mujeres en la fuerza laboral y el abandono progresivo de muchas tareas domésticas que años atrás demandaban un mayor esfuerzo físico.

En los años más recientes, esta tendencia hacia un mayor sedentarismo se ha visto agudizada por los problemas de inseguridad pública que influyó aún más en la reducción de actividades al aire libre.

Los niños jugando con la computadora dentro de su hogar o en los cyber cafés y el ejército de motos de delivery deambulando por las calles son algunos nuevos paradigmas del estilo de vida sedentario.

La penetración de electrodomésticos que reemplazan actividades que demandan esfuerzo físico puede observarse en la tabla 26 referida a una muestra de hogares de la Ciudad y conurbano de Buenos Aires y más adelante (tablas 29 y 30) se presenta información disponible sobre uso del tiempo libre, dentro y fuera del hogar.

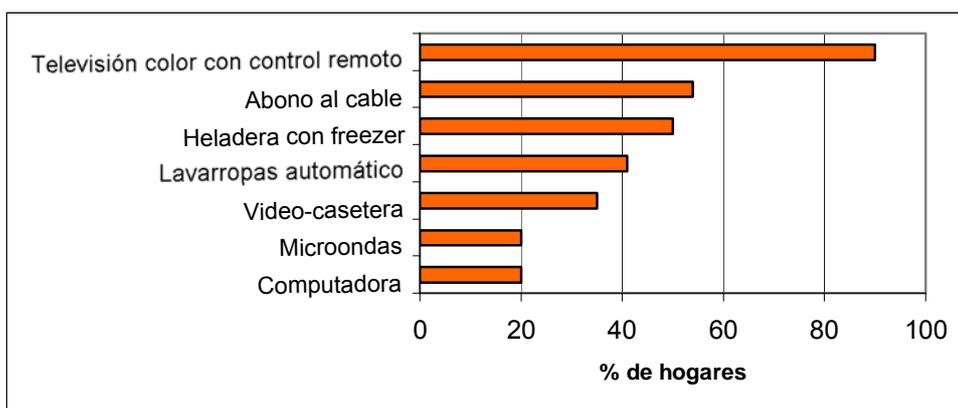


**Tabla 26: Posesión de electrodomésticos en hogares urbanos
porcentaje de hogares
(en %)**

Electrodomésticos	Promedio total hogares del país (Censo 2001)	Hogares ABC1	Hogares C2-C3	Hogares D-E
Heladera con freezer	50	79.7	70.8	52.5
Freezer independiente		28.6	16.2	7.3
Microondas	20	66	38.6	9
Lavarropas automático	41	83.6	64.2	32.3
Lavarropas común	32			
Secarropas		45.6	42.7	37.4
Video-casetera	35	90.5	73.7	34.3
Televisión por cable	54	73.7	56.8	36.6
Televisión color con control remoto	90	95.4	94.4	88.2
Computadora	20	85.5	41.4	7.1
Equipo de audio con CD		86.4	64.7	39.7
Autos (por lo menos uno)		70.9	42.6	15.6

Fuente: Censo 2001 y AC Nielsen

**Gráfico 7: Posesión de electrodomésticos en hogares urbanos
%**



Fuente: AC Nielsen

Es de destacar la frecuencia con que se poseen diferentes electrodomésticos que alientan un menor esfuerzo físico en los niveles medio-alto y alto, cuyos consumos alimentarios también son los de mayor contenido energético y de grasas y mayor su frecuencia de comer fuera del hogar.



La combinación heladera con freezer y microondas es quizá un paradigma de la “nueva cocina”, rápida, con la mayor preelaboración posible y el menor compromiso de las personas en el esfuerzo por cocinar.

En la tabla 27 se presentan datos acerca del uso del freezer por parte de los hogares urbanos y la frecuencia de hogares que compran diferentes tipos de alimentos congelados (tabla 28).

Tabla 27: Hábito de utilización del freezer en hogares urbanos (% de hogares)

Alimentos frezados	%
Alimentos que no estaban congelados	59
Alimentos preparados en el hogar	37.1
Alimentos que se compran congelados	21.9
Lo usa para todo	15.3
Generalmente no usa el freezer	6.6

Fuente: AC Nielsen

Tabla 28: Productos congelados comprados con mayor frecuencia (% de hogares)

Alimento	%
Hamburguesas de carne	27.6
Helados	11.1
Pollo	10.7
Verduras precocidas	8.2
Carne	7.8
Pescado	6.1
Hamburguesas de pollo	4.3
Salchichas	2.4
Comidas preparadas	2.2
Patitas de pollo	1.9
Papas fritas	1.9
Pastas	1.5
Milanesas de soja	1.5

Fuente: AC Nielsen

El crecimiento de las actividades laborales vinculadas al área de servicios fue destacable a partir de los '90, reemplazando progresivamente a las ocupaciones industriales y demandantes de mayor esfuerzo físico.

Por otra parte, el crecimiento acelerado de la desocupación a partir de la segunda mitad de los '90 y que en la actualidad compromete a prácticamente el 20% de la población si se cuenta en ella a los beneficiarios de los Planes Sociales (Jefas y Jefes de Hogar) implica otro salto cualitativo hacia mayores niveles de sedentarismo a nivel poblacional.



La incorporación de avances tecnológicos en el mundo laboral, fundamentalmente en las áreas de computación y comunicación va de la mano de un menor gasto calórico en las horas de trabajo.

En la tablas 29 y 30 se presenta información acerca del uso del tiempo libre en población urbana de nuestro país.

Tabla 29: Principales actividades realizadas en el tiempo libre en el hogar en población urbana (% de hogares)

Actividad	Total	ABC1	C2C3	DE
Mirar películas de TV	38.2	32.5	42.7	36.6
Arreglos en la casa	30.7	15	26.7	36
Escuchar música	25	26.7	27.9	23
Mira la TV (lo que haya)	21.2	13.9	18.6	24.1
Leer algún libro	19.4	46.1	22.8	12.6
Cocinar	17.5	13.5	17	18.4
Escuchar radio	16.5	16.5	14	18.2
Leer el diario	15.1	25.5	16.3	12.5
Recibir visitas	14.7	26.2	18.8	12
Dormir	12.7	13.4	14	11.7
Mirar deportes por TV	12.2	8.9	12.8	12.5

Fuente: AC Nielsen

Tabla 30: Principales actividades realizadas en el tiempo libre fuera del hogar en población urbana (% de hogares)

Actividades	Total	ABC 1	C2C3	DE
Visita a amigos	36.8	48.6	42.4	31.4
Salir a caminar	32.7	29.6	32.7	33.2
Practicar deportes o salir a correr	17.7	29.9	22.2	12.9
Salir a lugares al aire libre	12.1	12.1	12.8	11.7
Ir al cine	10.4	36.4	15.6	2.9
Ir al shopping	8.6	10.4	12.7	9
Andar en bicicleta	5.6	4.2	5.8	5.7
Ninguna	10.5	5.3	8.7	12.5

Fuente: AC Nielsen

La OMS se recomienda un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada al menos 5 días de la semana para todas las edades, mientras que para el mantenimiento de un peso saludable y la prevención de obesidad se recomienda 60 minutos de actividad física por día, especialmente en personas sedentarias.

Una persona es clasificada como sedentaria o físicamente inactiva cuando realiza menos de 150 o 180 minutos de algún tipo de actividad física (de intensidad moderada) a la semana,



pero en forma regular y planificada, sin que sea necesario desarrollar actividades que requieran mucho esfuerzo, por lo que es posible ser físicamente activo con solo caminar y/o andar en bicicleta 30 minutos al día.

En el año 2000 el Indec realizó un estudio sobre hábitos de actividad física y deportivos en una muestra de 13573 personas mayores de 6 años residentes en Buenos Aires, Salta, Córdoba y Rosario, cuyos resultados indican que el 46% realizaba alguna actividad física o deportiva y que existía una diferencia importante en la práctica entre las mujeres (39%) y los hombres (54%).

Generalmente en los hombres la práctica de actividad física esta más ligada al gusto, presentando mayor cantidad de adeptos al fútbol. En las mujeres, en cambio, la práctica de actividad física está muy vinculada a la obligación y al concepto estético. El deporte más practicado por las mujeres es la gimnasia (en la edad escolar) y las actividades aeróbicas en los gimnasios.

La inactividad física esta ligada en primer término a la larga jornada laboral y otros motivos son la falta de tiempo libre, dinero, inseguridad y falta de espacios públicos adecuados

El grupo que más tiempo destina a la práctica de actividad física es el de los niños que se encuentran dentro del ámbito escolar, entre los 6 y los 14 años. Más del 90% de los niños que viven en la ciudad de Buenos Aires practica algún tipo de deporte dentro del marco curricular, en la materia educación física, en los diferentes niveles de enseñanza. La Ley Federal de Educación establece la Educación Física como parte de los contenidos básicos comunes, pero no fija su duración por lo que no se conoce con exactitud la cantidad de horas que los niños practican actividad física en las escuelas. En la Ciudad de Buenos Aires, los niños que asisten a la escuela practicarían educación física entre 80 y 120 minutos a la semana (jornada simple y doble respectivamente)

Un estudio llevado a cabo por el Comité de Salud de la Asociación Argentina de Médicos, agrega que a la actividad (física) curricular obligatoria de las escuelas, se suma que aproximadamente el 70% de los niños lleva a cabo algún otro tipo de actividad física extracurricular, de intensidad y periodicidad variable.

Según los datos disponibles, a partir de los 25 años, el 77% de las mujeres y el 65% de los hombres son sedentarios (tabla 31).

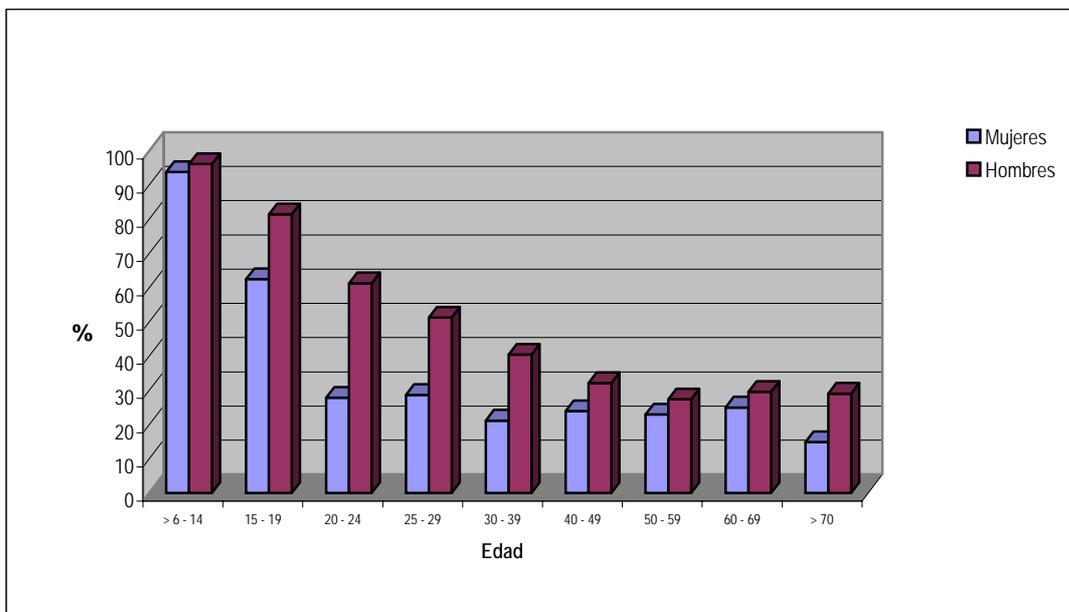
Tabla 31: Frecuencia relativa de práctica de ejercicio físico en Argentina

	Rangos de edad (años)								
Sexo	6 - 14	15 -19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	> 70
Mujeres	93.8	62.5	27.9	28.7	21.2	24	23	25	14.9
Hombres	96.2	81.5	61.3	51.3	40.5	32.1	27.4	29.6	29.1

Fuente: Censo Deportivo 2000 (ref. 3)

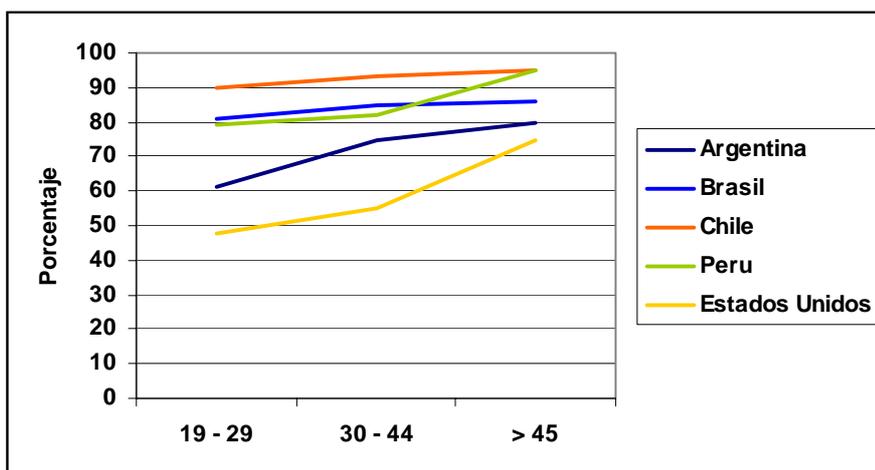


Gráfico 8: Práctica de actividad física según rangos de edad en porcentaje



Fuente: Censo Deportivo 2000 (ref. 3)

Gráfico 9: Porcentaje de población que realiza bajo nivel de actividad física en tiempo libre, por grupos de edades



tomado de Ref. 4



Obesidad y medios de comunicación

Numerosos estudios muestran preocupación por el impacto que produce la exposición prolongada a la televisión en el desarrollo y la conducta humana, especialmente en los niños y su vinculación con la obesidad, sedentarismo, enfermedades cardíacas, conducta agresiva, depresión, bulimia y anorexia.

La relación entre televisión y obesidad puede analizarse desde tres vertientes: el desplazamiento de la actividad física, el consumo excesivo o no controlado de alimentos mientras se mira televisión y el impacto de la publicidad, favorable a un mayor consumo de alimentos ricos en calorías, grasas y sal.

Hay estudios que relacionaron el tiempo destinado a ver televisión y el aumento en la grasa corporal. En marzo de 1998 la revista de la Asociación Médica de EEUU confirmaba que los niños que miran televisión por lo menos cuatro horas diarias tienen un aumento de peso significativo con respecto a los que consumen menos de dos horas diarias.

En la Argentina de 10.6 millones de hogares, 9.5 millones tienen televisor y 5.25 millones son abonados a la televisión por cable. Nuestro país ocupa el tercer lugar en el mundo en cantidad de abonados al cable en relación con el número de familias. Los niños de la Ciudad y el Gran Buenos Aires miran televisión un promedio de 4 horas 20' por día. El número de horas que los chicos pasan frente al televisor es igual o mayor que al que están con sus padres o en la escuela.

Datos de 1997 de la Universidad Nacional de Quilmes indican que los niños hasta los 9 años miran alrededor de 5 horas diarias de televisión. El promedio lo hace hasta las 22 hs. y entre 9 y 18 años, el promedio apaga el televisor después de las 23 hs. El 90% de los padres de los niños encuestados miran mucha televisión y sólo el 35% controlan las horas frente a la TV y los programas que miran sus hijos. El 90% almuerza y cena con la televisión prendida.

En ocasión de la 30ª Feria del Libro de Buenos Aires, el Comité Federal de Radiodifusión (COMFER) realizó una encuesta sobre 4983 visitantes (niños, adolescentes y adultos, de ambos sexos y diferentes niveles educativos), que revela que este público - mayoritariamente compuesto por población de nivel socioeconómico medio - mira un promedio de 3 horas diarias de televisión.

La encuesta confirma que estar muchas horas frente al televisor es una conducta típica de los niños y los adolescentes, pero también de los adultos de nivel educativo medio y bajo, quienes tienden a superar el límite de 4 horas diarias.



Tabla 32: Consumo de TV según Edad

Horas por día	Grupos de edad		
	Niños %	Adolescentes %	Adultos %
Hasta 2 hs	23	21	41
+ 2 a 4 hs	47	49	44
+ 4 a 8 hs	23	24	13
+ 8 hs x día	7	6	2

Fuente: Comfer, 2004

Tabla 33: Consumo de TV según Nivel de Educación

Horas por día	Nivel educativo		
	Bajo %	Medio %	Alto %
Hasta 2 hs	25	27	45
+ 2 a 4 hs	46	49	42
+ 4 a 8 hs	22	20	12
+ 8 hs x día	7	4	1

Fuente: Comfer, 2004

La crisis económica de los últimos años potenció el auge de cibercafés y locutorios ya que a través de ellos se accede a buena tecnología con acceso de banda ancha, ahorrando dinero en comunicación telefónica y controlando mejor los gastos. Las tarifas fueron disminuyendo considerablemente en los años ya que la hora de conexión en marzo de 2001 rondaba los \$ 4, luego bajó a \$ 2 y hoy en día uno puede navegar 1 hora por \$ 1 o aún menos.

En el año 2003 había 5 millones de usuarios de Internet, de los cuales 2.2 millones se conectaban desde locutorios y cibercafés.

Referencias

1. Informe Radiografía del consumo en la Argentina y el Mercosur. Encuesta de Hábitos y actitudes. Departamento de Estudios Especiales A.C. Nielsen. Revista Mercado. Nov. 2000
2. Informe Radiografía del consumo 2002-2003. Encuesta de Hábitos y actitudes. Departamento de Estudios Especiales A.C. Nielsen. Revista Mercado. Dic. 2003
3. Estudio exploratorio de los hábitos de actividad física y deportiva de la población de la República Argentina (Encuesta Secretaría de Deporte y Recreación -INDEC). Secretaría de Deporte y Recreación. Censo Deportivo 2000.
4. Pratt M; Jacoby E; Neiman A. Promoting physical activity in the Americas. Food and Nutrition Bulletin 2004. 25 (2) 183:193



5. Dietz, W; Gortmaker, S. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics* 1985 May 75 (5) 807-812
6. Dietz, W; Gortmaker, S. Tv or not Tv: fat is the question. *Pediatrics* 1993 Feb 91(2) 499-501
7. Klesges, R; Shelton, M; Klesges, L. Effects of Tv on metabolic rate: potential implications for childhood obesity. *Pediatrics* 1993 91(2) 281-286
8. Robinson, T. Reducing children's television viewing to prevent obesity. *Jama* 1999, 282, 1561-1567
9. Comité Federal de Radiodifusión (Comfer). Encuesta de TV. Radiografía del consumo mediático. 2004
10. Total Research Argentina. Estadísticas alarmantes. 1997. Disponible en el URL: www.oni.escuelas.edu.ar/olimpi99/la-television/estadist.htm
11. Diario Clarín. A pesar de la crisis, Internet sigue creciendo: ahora gana la calle. 23 de Noviembre 2001. Disponible en el URL: www.oldclarin.com/diario/2001/11/23/s-321882.htm
12. Diario El Zonda. Crece el auge de los cibercafés para navegar en la web. 8 de septiembre de 2003. Disponible en el URL: www.diarioelzonda.com.ar/03/09/08/noticias/locales/tecnologia.htm
13. El día. La nueva costumbre de trabajar y estudiar en los locutorios. 22 de septiembre de 2003. Disponible en el URL: www.eldia.com.ar/ediciones/20030922/laciudad4.asp
14. La televisión como un asunto de Salud Pública. Disponible en el URL: www.accioncatolica.com/tv_12.htm



QUINTA SECCIÓN

La Obesidad en la perspectiva de las Políticas Públicas de Salud y Alimentación

A pesar de la instalación de la obesidad como problema de salud pública el Estado no tiene ninguna política definida ni programa de prevención.

En 2003 se sancionó por primera vez una Ley (25724) que legisla sobre un Programa Nacional de Nutrición y Alimentación, aunque orientada a la problemática de la desnutrición, que adquirió un papel protagónico en 2002.

Las únicas acciones del Estado desde las Políticas Públicas de Salud y Alimentación se limitan a la implementación desde el Estado Nacional y las Provincias de diferentes Programas Alimentarios: leche fortificada en el Programa Materno-Infantil, Comedores Escolares y un vasto menú de programas de suministro de cajas de alimentos y comedores comunitarios.

Ninguno de estos programas considera a la obesidad como un problema en el marco de su implementación, aún cuando el propio Ministerio de Salud reconoce a la obesidad y el retraso crónico de crecimiento como las dos principales manifestaciones antropométricas de malnutrición en la población infantil.

Mientras tanto, todos los programas alimentarios vigentes, desde el PAN del Gobierno de Alfonsín en 1983 hasta los actuales, plantean a la desnutrición como el paradigma y criterio para definir sus contenidos.

Aún así, la distancia entre los propósitos declarados de los programas y su implementación efectiva en cada efector y en cada hogar o persona beneficiaria es muy amplia y variable y depende de múltiples factores que afectan su eficiencia y efectividad: la capacidad de gestión de quienes los administran, los flujos presupuestarios, las rigideces administrativas y burocráticas, la propia discrecionalidad de quienes tienen a su cargo las comidas en los miles de comedores y el clientelismo político que invade a la política social en general.

¿Cuánto de esto se traslada a la alimentación que el Estado ofrece a más de 1 millón de hogares argentinos pobres, en muchos de los cuales la obesidad es un problema? Como respuesta a este interrogante vale recordar qué significa en la práctica este tipo de programas que insumen un presupuesto anual de más de 1000 millones de pesos.

El propio Programa Materno-Infantil en el análisis de su primera encuesta antropométrica (1993-96) encuentra que cerca del 30% de los niños menores de 6 años con sobrepeso (8,7 % de prevalencia) tienen baja talla y plantea como hipótesis posible el exceso relativo de energía en relación con otros micronutrientes críticos de tal forma que los niños permanecen acortados pero ganan peso, en algunos casos en exceso.

En los comedores escolares estatales ocurre algo similar. En muchas provincias los comedores se sostienen más por el esfuerzo y compromiso de maestros y comunidad



educativa que por la calidad de gestión de su administración. Los menús ofrecidos en muchos casos son monótonos, preparados con el criterio de maximizar la cobertura de beneficiarios y el contenido calórico, aunque con bajos niveles de adecuación en algunos nutrientes como calcio o vitamina A a manera de ejemplo.

El mayor aporte relativo de los menús escolares está concentrado en los cereales y el pan y el consumo de hortalizas y frutas generalmente es bajo.

Este perfil de composición de los menús escolares es muy similar a la estructura de la dieta hogareña de los niños, con lo que en lugar de corregir deficiencias de micronutrientes o exceso de energía muchos comedores escolares pierden una valiosa oportunidad de ser una intervención nutricional, tanto en la desnutrición como en la prevención de la obesidad, problemas ambos presentes en su población beneficiaria.

En un estudio reciente de CESNI en comedores escolares de Río Negro, hallamos un 15% de sobrepeso y 3,7% de obesidad. El aporte calórico era adecuado (entre desayuno y almuerzo los comedores aportaban casi el 50% de la energía diaria) pero sin embargo dos tercios de los niños evaluados presentaban una ingesta de calcio y vitamina A por debajo de su recomendación.

En muchas jurisdicciones en las que la organización del programa es más débil, que no era el caso de la provincia evaluada en nuestro estudio, aquel perfil de adecuación o exceso relativo de energía y bajo aporte de micronutrientes probablemente sea más acentuado y tal es el caso de los miles de comedores comunitarios que crecieron y se consolidaron luego de la devaluación.

De esta forma, los comedores escolares y más aún los comunitarios conducen a la paradoja de preguntarnos si realmente son una contribución nutricional efectiva frente a las formas más prevalentes de desnutrición o acaso contribuyen a promover sobrepeso y obesidad.

Por último, hemos realizado el ejercicio de analizar la alimentación de los hogares del primer quintil de ingresos según la última encuesta de gastos del Indec (1996/97), en quienes se focaliza la asistencia alimentaria del Estado, agregando el aporte de los alimentos que conforman una típica caja de alimentos, los de un menú escolar y el aporte de leche fortificada del Programa Materno-Infantil. De esta manera intentamos responder a la pregunta de cuánto aportan los programas al consumo hogareño.

Los resultados representan un aporte de 400 kcal (por adulto equivalente) que sumadas a las 2000 kcal. compradas por estos hogares los aproximan al valor de recomendación de energía. Las calorías aportadas por los programas sin embargo, dada su distribución en macronutrientes mantienen o aún elevan marginalmente la proporción de calorías provenientes de grasas, ubicándolas apenas por encima de la recomendación de 30%

Ningún programa alimentario argentino fue evaluado, con excepción del estudio sobre comedores escolares realizado en 1985. Sin embargo, las evidencias disponibles alientan la necesidad de reconsiderar el conjunto de las políticas gubernamentales de asistencia



alimentaria, cuya contribución efectiva no parece responder adecuadamente ni a su propio paradigma de resolver la desnutrición ni a la prevención del sobrepeso u obesidad.

Referencias

1. Calvo E. Encuesta antropométrica en menores de 6 años bajo programa materno-infantil. En: Estudios antropométricos en la población infanto-juvenil. República Argentina. 1993-1996. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Dirección de Salud materno infantil. Buenos Aires.1999
2. Estudio sobre la alimentación de los niños que concurren a comedores escolares en la provincia de Río Negro. 2003. Cesni. Datos no publicados.
3. INDEC. Encuesta Nacional de Gasto de Hogares 1996-97



RESUMEN Y CONCLUSIONES

El análisis de la información existente sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población argentina, por demás insuficiente, no permite extraer conclusiones definitivas sobre la distribución ni severidad del problema, ni tampoco si su prevalencia está aumentando.

La información sobre el estado nutricional de los adultos es más pobre que en los niños, lo cual no es de extrañar ya que la orientación de la escuela nutricional argentina luego del Dr Pedro Escudero -quien tenía una gran preocupación epidemiológica- ha sido eminentemente clínica y el Estado hasta hoy no se ha preocupado por realizar encuestas sobre el estado nutricional de la población argentina. La mayor información existente sobre niños se debe a la prioritaria orientación de los pediatras hacia la prevención, así como a su preocupación por la desnutrición, padecimiento ético y moralmente inaceptable pero que es parte de la tarea cotidiana del equipo de salud primaria y de la atención pediátrica.

Por más intensiva que haya sido nuestra búsqueda de estudios de prevalencia, pocos son los estudios en adultos que reunieran las condiciones que requerimos para esta revisión: número razonable de casos, muestras representativas de la población, accesibles por el lugar de su publicación, sea en congresos o en revistas nacionales o internacionales. Numerosas monografías o tesinas de estudiantes de nutrición, muchas de las cuales están accesibles en la Escuela de Nutrición, debieron ser descartadas por no reunir algunas de las condiciones mencionadas.

Desde ya pedimos a los autores nuestras disculpas por haber omitido alguna investigación.

Si no podemos tener un panorama franco de la prevalencia, mal se puede tener indicadores de tendencias a lo largo de los años. Como se dijo, los estudios de los conscriptos, aún teniendo en cuenta errores de medición que quedan disimulados por el tamaño de las muestras, aportan las tendencias más significativas. La comparación de esas encuestas con la información de la Dra. Perlina Winocur de hace 50 años confirma el crecimiento secular, que ha sido más generoso en peso que en estatura.

De todas maneras, la prevalencia de obesidad en niños puede estimarse en el orden de 5% al 8% en la población infantil hasta la adolescencia y un 20% o más en adultos, con tendencia a incrementar a medida que transcurren los años, especialmente en el sexo femenino.

La información no es suficiente como para discriminar si los más afectados son los pobres o los ricos, aunque la obesidad en la pobreza está creciendo en prevalencia en muchos países de América Latina y del mundo en desarrollo y no consideramos que Argentina sea una excepción.



La información sobre alimentación es un tanto desconcertante ya que aunque el consumo de alimentos con elevado contenido en grasa y en azúcares refinados es más alto en los niveles socioeconómicos de mejores ingresos, ello no se traduce en mayor peso corporal, ni en jóvenes ni en adultos.

Es probable que exista un subregistro de la ingesta de grasas y azúcares en los más pobres por los programas de asistencia alimentaria o puede ser también que la mayor ingesta de alimentos obesogénicos en los ricos sea compensada por un mayor gasto energético, sea en la vida cotidiana o por medio de trabajosas jornadas de gimnasio. El sobrepeso bajo el punto de vista estético y social tiene menos condena entre la gente más humilde.

A pesar que no encontramos evidencias documentales sobre una mayor prevalencia de obesidad entre las mujeres más pobres, la experiencia y la observación cotidiana mostrarían que así es. El gasto energético típico de una mujer pobre de áreas urbanas que no trabaja fuera de su hogar es más bajo que en el medio rural y también lo es menos que el de una mujer de clase media que trabaja en una oficina.

Además, los indicadores de consumo y patrones de compra de los distintos niveles sociales muestran que la calidad de la alimentación es más pobre entre los menos privilegiados: mayor consumo de azúcares refinados y de pan y menos de frutas y verduras, así como de cortes vacunos magros. Es sabido que una alimentación de mala calidad nutricional, con carencias encubiertas de algunos micronutrientes, es inductora de obesidad en humanos y en animales de experimentación.

El estilo de vida y alimentación globalizado, con alimentos de relativo bajo costo y habitualmente accesibles en todo momento, con abundante oferta de opciones alimentarias poco saludables -dentro y fuera del hogar-, de elevado contenido de grasa y densidad energética conforman un panorama de riesgo alimentario de obesidad. El stress e insatisfacción laboral -lo cual incluye el subempleo y desocupación - es reconocido como inductor de depósitos de grasa en el abdomen, que conlleva el mayor riesgo del síndrome X.

La vida moderna ha hecho que se disponga de escaso tiempo para cocinar y que no haya demasiada vocación para ello. La frecuencia de consumo de snacks -definidos como alimentos consumidos fuera de la hora de las comidas habituales- puede ser elevada en niveles socioeconómicos altos y habitualmente se basa en alimentos de alta densidad energética (galletitas con alto tenor graso, productos de copetín, fiambres, quesos grasos, etc.).

No hay una evidencia concluyente sobre la real incidencia de los fast-food -corregida por su frecuencia de consumo- sobre el riesgo de obesidad como problema de salud pública. Sin embargo, son muchas las oportunidades en que se elige una comida rápida, de fácil elaboración, no solo fuera sino también dentro del hogar. El crecimiento del delivery en los últimos años es marcado y la comida del mediodía en los trabajadores de las grandes



ciudades suele ser otra ocasión para una opción rápida, en ocasiones no saludable. La venta callejera de alimentos, con el riesgo agregado de su inseguridad bromatológica es una opción muy económica y poco saludable al alcance de muchos.

La definición más difundida de fast food es la de una opción alimentaria de fácil y rápida elaboración, de costo razonable, que pueda reemplazar o complementar una comida, en la casa o fuera de ella, “al paso”, en restaurantes o cadenas de comida. Aunque suele asociársela con las cadenas de comida rápida y con productos de alta densidad energética y contenido de grasas, la realidad es que hay innumerables opciones de fast foods en la vida cotidiana, algunos más saludables que otros y es cada consumidor, de acuerdo con la frecuencia, cantidad y combinación de alimentos que consuma, el que convierte a un fast food en un factor obesogénico o no.

En la tabla 25 se detalla la composición de diferentes opciones de comidas rápidas, desde los autóctonos (el clásico choripán) a los más globalizados y cuyo consumo es muy frecuente especialmente en adolescentes y niños. Muchos de estos niños suelen relatar que tienen verdadera dificultad en dejar de comer las empanadas o la pizza típica de los fines de semana.

El otro término de la ecuación del equilibrio energético es la actividad física. Nuevamente nuestra búsqueda se enfrenta con la escasez de información. La Asociación del Fútbol Argentino tiene 2900 clubes asociados. Hay 12000 tenistas federados desde los 7 años hasta seniors. Hay 100000 golfistas con handicap que aunque no es un deporte aeróbico es un buen ejercicio para los mayores. La Unión Argentina de Rugby tiene 37680 jugadores registrados. Los pocos datos poblacionales existentes se muestran en la Tablas 31 y gráficos 8 y 9 y de ellos se desprende que la cantidad de gente que realiza actividades físicas - deportivas o recreacionales- es un porcentaje muy bajo de la población.

También se muestra el drástico incremento de actividades sedentarias en los momentos de ocio. La cantidad de televisores existentes es enorme, y los conectados a la TV por cable son también muy numerosos con lo que millones de argentinos pueden acceder a transmisiones para todos los gustos a toda hora del día y de la noche. Son muchas las horas que la población transcurre ante el televisor, especialmente en los niveles sociales más bajos en los que estamos seguros -a pesar de no poder documentarlo- la prevalencia de obesidad es más alta.

Internet, chats y juegos electrónicos son otras nuevas adquisiciones de la modernidad que contribuyen fuertemente a incrementar el sedentarismo. Los chicos y adolescentes transcurren horas ante la computadora, más que peligrosa para los niños con sobrepeso u obesidad pues es muy frecuente que este tipo de niños, ante la imposibilidad de competir con sus pares en deportes, busquen descollar en actividades como computación o juegos electrónicos.

La TV es un instrumento promocional y educativo enormemente poderoso. Es un miembro más de la familia y la niñera electrónica de niños de clase media con progenitores que



trabajan. Mal aprovechada es sedentarismo por horas, influencia en niños y adultos sobre alimentos y juguetes cuestionables en su valor. Los niños son tan influidos por la TV que se calcula que en un momento dado en una familia de clase media, no menos de un cuarto de los alimentos existentes han sido elegidos o sugeridos por los niños.

El marketing de niños y adolescentes se ha convertido en toda una especialidad, que crece y se perfecciona día a día. Contando con instrumentos promocionalmente muy poderosos, las empresas de alimentos deberían ser muy cuidadosos en lo que producen así como en lo que promocionan. Los niños son cerebros y voluntades vírgenes e influenciables con facilidad.

Tampoco es bueno que los cumpleaños se festejen únicamente con comidas de cuestionable valor nutricional. Pero la tendencia cada vez más pronunciada es festejar cumpleaños con todos los compañeritos del grado en los hogares o en salones que se alquilan con ese fin sirviéndose bolsas de papas fritas, palitos, chizitos y panchos, juntamente con abundantes gaseosas.

Otro caso especial son los kioscos escolares, que como se ve en la tabla 23 ofrecen a los niños por muy poco dinero -menos de \$ 1- productos que por su valor calórico hasta se aproximan a un almuerzo.

En muchos hogares con niños, la clásica merienda de la tarde ha sido parcialmente transformada en el consumo de gaseosas o jugos con alfajores o galletitas de alto tenor graso, alimentos que en la revisión de estudios alimentarios hemos encontrado como algunos de los principales contribuyentes obesogénicos.

La profusión de locales de cadenas de restaurantes de fast-food y su tan clara orientación hacia los pequeños consumidores, las ha hecho blanco de muchas críticas. Parece claro sin embargo, que las influencias negativas de tantos factores sobre los dos términos de la ecuación del equilibrio energético impide identificar un único responsable para el incremento de la obesidad.

La enorme cantidad de gente -adultos y niños- que diariamente come en todo tipo de locales de comida informal (hamburgueserías, pizzerías, pancherías, venta callejera, etc.) más el hecho que la concurrencia a los shoppings se haya convertido en un entretenimiento familiar, incluida la visita al infaltable patio de comida, implica una responsabilidad corporativa para estas empresas. Es una ocasión magnífica para realizar acciones de educación nutricional para todas las edades, con mensajes y ejemplos adecuados promoviendo alimentos con bajo tenor graso, con grasas menos saturadas y menos ácidos grasos trans, más fibra y menos azúcar o sólidos de jarabe de maíz y promoviendo también la actividad física.

En definitiva, no vamos bien. Nos movemos poco y no comemos bien. Hay muchos pobres y los seguirá habiendo por muchos años. Los programas alimentarios, los comedores escolares y los populares complican más el escenario al no distribuir alimentos de buena



calidad nutricional y en el primer caso no se discrimina a los niños con sobrepeso o con desnutrición recibiendo todos los mismos menús.

La elevada tasa de desocupación hace que el sedentarismo se haya acentuado en todos los niveles sociales, extendiéndose los efectos a los niños que ya no pueden concurrir a lugares donde sea posible la práctica de ejercicios deportivos o recreativos.

La presión del medio ambiente obesogénico es tan grande que se podría decir que quienes son delgados, o carecen por completo de genes de la obesidad o son personas que están permanentemente limitándose en las ingestas. Y los que logran bajar de peso y mantenerlo son verdaderos héroes de la actividad física y de la alimentación.

Como lo hemos expuesto, la obesidad es resultante de una serie de influencias ambientales y personales. No hay un responsable único, ni peor que otro. Es el momento entonces de iniciar un esfuerzo que vaya más allá de lo personal, basado en aspectos de salud y calidad de vida y no en belleza o posibilidades deportivas. El esfuerzo deberá ser de la comunidad toda y abarcar todos los ámbitos de la vida -desde legislaciones escolares, de promoción en medios, seguridad pública, hasta un nuevo urbanismo -ya que alimentos y movimiento son los principios de la vida.

El cambiar un medio tan obesogénico requerirá de una profunda toma de conciencia de la sociedad toda. Llevará tiempo, pero se logrará cuando todos nos convenzamos que la obesidad es una enfermedad prevenible y que es un padecimiento donde confluyen muchas otras enfermedades que son la principal causa de muerte en la humanidad que ha alcanzado un mediano grado de desarrollo.

La lucha contra el tabaquismo llevó años, pero se está triunfando. ¿ Cómo no se va a lograr con la obesidad, padecimiento que produce más muertes que el tabaquismo y que el SIDA y cuyos costos directos o indirectos son de una magnitud gigantesca, imposibles de solventar para países de desarrollo intermedio ?

En esta lucha un gran error es focalizar las acciones en unas pocas áreas, buscando grandes culpables. *La obesidad en definitiva es un problema gordo y su prevención por lo tanto debe ser tan abarcativa y comunitaria como sea posible.*