

Sobrepeso y obesidad

en niños, niñas y adolescentes
según datos del primer nivel
de atención en la Argentina

Con apoyo de:

unicef  para cada niño

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Sobrepeso y obesidad

en niños, niñas y adolescentes
según datos del primer nivel
de atención en la Argentina

SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS
DIRECCIÓN NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Con apoyo de:

unicef  para cada niño

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN

Ing. Mauricio Macri

MINISTRA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

Dra. Carolina Stanley

SECRETARIO DE GOBIERNO DE SALUD

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

SECRETARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS

Dr. Mario Kaler

SUBSECRETARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Dr. Daniel Espinosa

DIRECTORA NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Dra. Verónica Irene Schoj

DIRECTORA NACIONAL DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Dra. Diana Fariña

SECRETARIO DE COBERTURAS Y RECURSOS PÚBLICOS EN SALUD

Dr. Luis Giménez

SUBSECRETARIA DE COBERTURAS PÚBLICAS SANITARIAS

Lic. Cintia Cejas

DIRECTORA DE ARTICULACIÓN DE COBERTURAS PÚBLICAS JURISDICCIONALES

Lic. Sofia Olaviaga

COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA SUMAR

Dr. Juan Carlos Vasallo

EQUIPO DE TRABAJO

ELABORACIÓN Y REDACCIÓN

- Lic. Ignacio Drake. Coordinador de Programas. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Secretaría de Gobierno de Salud.
- Dr. Enrique Abeya Gilardón. Especialista en temas de nutrición. Excoordinador del Área de Nutrición de la Dirección Nacional de Maternidad, infancia y Adolescencia. Secretaría de Gobierno de Salud.
- Dra. Gabriela Concetti. Consultora Experta. Área Cobertura Prestacional. Programa SUMAR.
- Lic. Lucila Goldberg. Responsable del Área de Vigilancia. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Secretaría de Gobierno de Salud.
- Dra. Carolina Begue. Área de Vigilancia. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Secretaría de Gobierno de Salud.
- Dra. Julieta Rodríguez Cámara. Área de Vigilancia. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Secretaría de Gobierno de Salud.
- Dr. José Enrique Carrizo Olalla. Área de Vigilancia. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Secretaría de Gobierno de Salud.
- Mg. Verónica Risso Patrón. Coordinadora del Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Secretaría de Gobierno de Salud.
- Lic. Eliana Hansen. Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Secretaría de Gobierno de Salud.
- Lic. Evelyn Gitz. Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Secretaría de Gobierno de Salud.
- Mag. Luciano Pezzuchi. Consultor. Área Cobertura Prestacional. Programa SUMAR.
- Mathias Fernández. Consultor. Área Cobertura Prestacional. Programa SUMAR.

REVISIÓN

- Dra. Verónica Irene Schoj. Directora Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Secretaría de Gobierno de Salud.
- Dra. Diana Fariña. Directora Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Secretaría de Gobierno de Salud.
- Dr. Juan Carlos Vasallo. Coordinador Nacional del Programa SUMAR.
- Dr. Fernando Zingman. Especialista en Salud. UNICEF Argentina.
- Lic. Julia Anciola. Oficial de Salud. UNICEF Argentina.
- Dra. Valentina Castagnari. Consultora UNICEF Argentina.

EDICIÓN: Guadalupe Rodríguez

DISEÑO: Gomo | Estudio de diseño

La siguiente publicación se realizó con el apoyo técnico y financiero de UNICEF Argentina.

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción | 4 |
| Metodología y fuente de datos..... | 8 |
| Resultados | 16 |
| A. Características de la población: niños, niñas y adolescentes reportados por las trazadoras del Programa SUMAR | 17 |
| B. Análisis nutricional de niños, niñas y adolescentes | 21 |
| Discusión | 28 |
| Conclusión | 34 |
| Bibliografía | 35 |
| Notas | 39 |



Introducción

El sobrepeso y la obesidad conforman un problema de salud pública grave que actualmente adquirió características de pandemia. La cantidad de personas obesas en el mundo se triplicó en los últimos 40 años, alcanzando los 672 millones de adultos mayores de 18 años en 2018. En 2016, había alrededor de 381 millones de niños, niñas y adolescentes con sobrepeso u obesidad (OMS, 2017). Según el informe publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, 2015), en América Latina y el Caribe el sobrepeso afecta al 7,2% de los menores de 5 años, lo que representa alrededor de 3,9 millones de niños y niñas.

En la Argentina, el problema de la obesidad es también preocupante y tiene un crecimiento sostenido a lo largo de los años. En la población adulta pasó del 14,6% en 2005 al 20,8% en 2013, lo que implica un crecimiento del 42,5% (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, ENFR 2005 y 2013). Respecto de la prevalencia en niños, niñas y adolescentes, la Secretaría de Gobierno de Salud se encuentra desarrollando (a diciembre de 2018) la segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) y la Tercera Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE). La última información disponible de la ENNyS 2004/5 evidenciaba que la prevalencia de obesidad en niños y niñas entre 6 y 72 meses era del 10,4%. Entre los adolescentes, según la última EMSE realizada en 2012, la prevalencia de obesidad entre estudiantes de 13 a 15 años fue de 5,9%.

La malnutrición por exceso y la obesidad en adultos están asociadas directamente con el crecimiento de enfermedades no transmisibles, principalmente de tipo cardiovasculares, accidentes cerebro vasculares y diabetes. Generan además apnea obstructiva del sueño y osteoartritis, afectan negativamente el rendimiento reproductivo y están asociadas a distintos tipos de cáncer (Nget *et al.*, 2014; NCD, 2016). Asimismo, la obesidad infantil está fuertemente vinculada con enfermedades no transmisibles como la diabetes y la enfermedad coronaria en la edad adulta (Llewellyn *et al.*, 2016). Otro estudio muestra que la obesidad infantil se asocia al engrosamiento de la íntima media carótidea en la edad adulta (Ajala *et al.*, 2017).

La malnutrición y la obesidad infantil, además de vulnerar un derecho humano esencial, tienen impacto directo sobre el desarrollo de los países. En este sentido, la obesidad genera consecuencias económicas que implican costos directos e indirectos, que afectan la capacidad de generar ingresos, comprometen grandes cantidades de recursos públicos y privados, además de ser una importante carga para los sistemas de salud nacionales (CEPAL-WPF, 2017). Provoca asimismo un aumento de la mortalidad y la discapacidad (OMS, 2014), lo que impacta directamente sobre dimensiones poblacionales, ya que genera un retiro prematuro del mercado de trabajo y su consecuente impacto económico.

En cuanto a la educación, la obesidad infantil y adolescente implica mayores tasas de ausentismo en las escuelas, discriminación entre compañeros y menor rendimiento escolar. Está demostrado que la presencia de adultos obesos en el hogar incide sobre la obesidad entre los de menor edad, dado que comparten un mismo ámbito familiar y hábitos alimentarios poco saludables. También hay alrededor de cinco veces más de probabilidades de ser un obeso adulto cuando ya se fue obeso de niño o adolescente (Simmons *et al.*, 2015).

6

La obesidad en adultos es uno de los factores determinantes que explican el crecimiento de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo (GBD, 2016; CEPAL-WPS, 2017; OECD, 2017). Esta carga no afecta a todos por igual sino de manera inequitativa, siendo más afectadas las poblaciones con bajos recursos socioeconómicos (Wang y Beydoun, 2007; Wang y Lobstein, 2006; Wang, 2011).

Existe una asociación directa entre la obesidad y el consumo de energía a través de alimentos y bebidas con un alto nivel de procesamiento, también conocidos como productos ultraprocesados (Vandevijvere *et al.*, 2015). Desde hace tiempo, la industria llevó adelante desarrollos tecnológicos en la elaboración de alimentos que multiplicaron la oferta de estos productos, que refuerzan los aspectos positivos de sabor, textura, aroma, etc., pero que son poco saludables y tienen impacto directo sobre la salud y el aumento de las enfermedades no transmisibles (Breslin, 2013; FAO/OPS, 2017). Asimismo, los productos ultraprocesados contienen menos proteínas, menos fibras, más azúcares libres, más sodio, alta densidad energética y más grasas totales y saturadas, cuyo consumo elevado promueve perfiles de nutrición perjudiciales (FAO/OPS, 2017; OPS/OMS, 2015; Ludwig, 2011).

El derecho a una alimentación adecuada es básico y se encuentra reafirmado en gran cantidad de declaraciones, pactos y convenciones internacionales suscriptas por

la mayoría de los Estados del mundo (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966; Informe de la Relatora Especial sobre el derecho a la alimentación, 2016). Entre las recomendaciones de la Relatora del año 2016, se menciona la necesidad de establecer regulaciones de los productos y los entornos que garanticen el derecho a la alimentación adecuada, especialmente para los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

Disminuir la malnutrición por exceso, en especial la obesidad en niños, niñas y adolescentes, es clave para el desarrollo. No solo porque implica garantizar un derecho básico, sino porque es el momento del ciclo de vida en donde se determinan los hábitos y las conductas que tendrán consecuencias en el resto de la vida. Además, la mayor carga de enfermedad por obesidad (gasto en salud y pérdida de productividad) ocurre cuando los individuos son adultos, por lo que combatir la obesidad infantil constituye una oportunidad estratégica para frenar la pandemia de obesidad y disminuir a futuro las consecuencias económicas que acarrea.

El presente informe releva la evaluación de índices antropométricos (peso y talla) de niños, niñas y adolescentes reportados por las trazadoras del Programa SUMAR de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. El total de la población reportada por las trazadoras de este Programa resultó de gran utilidad para describir la situación nutricional de las personas que acceden a la atención del sistema público de salud, que implica uno de los focos principales de las políticas públicas.

La obesidad infantil y adolescente no solo es un grave problema de salud pública con alto impacto económico, sino que aumenta el ausentismo en las escuelas y la discriminación entre compañeros, y genera un menor rendimiento escolar.



Metodología y fuente de datos

La situación nutricional de la población de niños, niñas y adolescentes puede caracterizarse a partir de la información antropométrica; es decir, peso y talla (criterio utilizado por la epidemiología nutricional). En este informe, los datos provienen de registros administrativos del Programa SUMAR, por lo cual no es una muestra probabilística de la población total, que resulta ser la metodología habitual de análisis de la vigilancia epidemiológica de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles. Este tipo de fuente no es habitual dentro de los sistemas de vigilancia, pero por la magnitud y la frecuencia es de suma utilidad para el monitoreo de políticas sanitarias.

El Programa SUMAR implementa una estrategia de gestión y financiamiento por resultados en el subsector público de la salud en la Argentina. En virtud de su implementación, en el seno de los Ministerios de Salud de las 24 jurisdicciones, se conformaron Seguros Provinciales de Salud que establecen una nueva forma de vínculo con la red de efectores, basada en el monitoreo de desempeños sanitarios y el financiamiento por resultados.

La información de desempeños sanitarios generada a partir de la implementación del Programa registra los datos personales y de cada control de salud de los beneficiarios y se reporta periódicamente por los Sistemas de Salud Provinciales. Esto permite contar con información oportuna para la toma de decisiones de gestión a partir de su análisis.

Los datos utilizados en el presente informe provienen del Programa SUMAR entre los años 2014 y el 2016. Uno de los aspectos centrales del Programa es el seguimiento de las trazadoras, indicadores en salud que permiten, por un lado, el seguimiento de metas sanitarias y por el otro, son uno de los factores que determinan el monto de las transferencias que se realizan a las distintas jurisdicciones.¹ Como consecuencia de esto, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación cuenta con altas tasas de reporte

1. El otro componente que determina el monto es la cantidad de personas bajo programa.

debido a la obligatoriedad del cumplimiento de las trazadoras. Este procedimiento comenzó con el inicio del Plan Nacer cuya población objetivo eran niños y niñas hasta los 6 años y mujeres embarazadas. A mediados del 2013, con la creación del Programa SUMAR, se extendió la cobertura a niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años, y a mujeres y hombres hasta los 64 años.

El análisis que se presenta a continuación proviene de los casos reportados para las siguientes trazadoras del Programa SUMAR (seguimiento de salud de niños, niñas y adolescentes de 0-19 años) para cada una de las jurisdicciones:

TRAZADORA IV | SEGUIMIENTO DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO.

TRAZADORA VII | SEGUIMIENTO DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 9 AÑOS.

TRAZADORA X | SEGUIMIENTO DE SALUD DEL/LA ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS.

Estas trazadoras promueven el desempeño sanitario en el control de salud de niños, niñas y adolescentes pertenecientes a la población elegible del Programa SUMAR (población sin cobertura de salud explícita) y sus resultados cuatrimestrales dependen de las capacidades de gestión y reporte de los distintos Sistemas de Salud Provinciales.

10

Los datos antropométricos registrados en las trazadoras del SUMAR fueron analizados con la utilización de programas/macros del Anthro de la Organización Mundial de la Salud², relativos a las nuevas curvas de crecimiento adoptadas por el Ministerio de Salud de la Nación y Desarrollo Social, y la Sociedad Argentina de Pediatría, además de los correspondientes parámetros consignados en la publicación *Patrón de crecimiento de niñas y niños hasta los 5 años*. Para los niños de 5 a 6 años se usó de referencia las tablas de la National Center for Health Statistics (NCHS/OMS);³ y para el tramo de más de 6 años se consideraron los valores nacionales propuestos por Lejarraga *et al.* y el Ministerio de Salud de la Nación (2010).⁴ Para el cálculo de emaciación, sobrepeso y obesidad se utilizó como valor el Índice de Masa Corporal (IMC) que asocia la masa y la talla de los individuos. Para el IMC se usó, para todas las edades, la referencia OMS.

En la presente fuente de datos se cuenta con datos correspondientes tanto del efector donde se realizó la consulta (provincia, departamento, localidad) como de los individuos (sexo, fecha de nacimiento, fecha del control, peso, talla, etc.). Si bien en la base de datos original se presentan registros longitudinales, es decir, los registros generados en

2. MGRS: <http://www.who.int/childgrowth/en>

3. https://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/

4. Lejarraga, H. *et al.*, 2009.

cada uno de los controles, para el presente informe solo se consideró la **última consulta** realizada por cada individuo, por lo que la unidad de análisis son niños, niñas y adolescentes, y no el total de consultas.

Para el análisis, se consideran los siguientes grupos etarios:

1. Menores de 2 años.
2. De 2 a 5 años.
3. De 6 a 9 años.
4. De 10 a 19 años.

Cabe aclarar que en el cálculo de sobrepeso y de obesidad para menores de 2 años se consideró el valor de peso para la edad que es un estadístico más apropiado para este grupo. Las mediciones antropométricas fueron transformadas a medidas estandarizadas (puntaje z). Los criterios clasificatorios para la determinación de las categorías antropométricas nutricionales y sus valores límites se definen en el cuadro 1.

CUADRO 1. CATEGORÍAS ANTROPOMÉTRICO NUTRICIONALES Y SU CORRESPONDIENTE CRITERIO CLASIFICATORIO

| Categoría antropométrico nutricional | Criterio clasificatorio |
|--------------------------------------|---|
| Bajo peso | Peso para la edad por debajo de - 2 DE |
| Baja talla | Talla para la edad por debajo de - 2 DE |
| Emaciación | IMC para la edad por debajo de - 2 DE |
| Sobrepeso | IMC para la edad entre 1,04 DE y 2 DE |
| Obesidad | IMC para la edad por encima de + 2 DE |

Nota: DE (desvío estándar)

Asimismo, se sigue la metodología de OMS a partir de la cual se identificaron y excluyeron aquellos datos poco frecuentes o inhabituales, utilizando como criterio el valor de desvío estándar (DE), expuesto en el cuadro 2, según las medidas antropométricas estandarizadas.

CUADRO 2. VALORES DE DESVÍO ESTÁNDAR MÍNIMOS Y MÁXIMOS ACEPTADOS

| Variable | Valor mínimo plausible Desvío estándar (DE) | Valor máximo plausible Desvío estándar (DE) |
|----------|--|--|
| Peso | -6.0 | +5.0 |
| Talla | -6.0 | +6.0 |
| IMC | -5.0 | +5.0 |

Como se mencionó anteriormente, los datos provienen de los registros de trazadoras del Programa SUMAR que refieren, por ende, al total de niños, niñas y adolescentes que realizaron consultas en los efectores cubiertos por el Programa entre los años 2014 y 2016. Es decir que el análisis del presente informe se basa en la información de reporte de datos antropométricos de un subgrupo de la población de niños, niñas y adolescentes de entre 0 y 19 años, ya que un caso positivo en esta trazadora debe contemplar los siguientes requisitos:

- Pertenecer a la población elegible del Programa SUMAR (no contar con cobertura explícita de salud).
- Pertenecer al grupo etario correspondiente de la trazadora.
- Contar con agenda de controles de salud completa de acuerdo con los lineamientos del Programa.
- Los controles de salud deben contar con los atributos de calidad de la prestación requeridos por el Programa.

Para estos tres años (2014-2016), la brecha, definida como la diferencia entre la población objetivo del Programa SUMAR (población sin cobertura explícita de salud) y la cantidad de casos reportados por las trazadoras, es alrededor del 50% con fuertes variaciones entre jurisdicciones.

Por lo antedicho, resulta relevante recalcar que el presente informe no es un estudio representativo de la situación nutricional de todos los niños, niñas y adolescentes entre 0 y 19 años de cada una de las jurisdicciones bajo análisis, sino que aporta información sobre la población de 0 a 19 años que se atiende en el subsector público, beneficiarios del Programa SUMAR y que cumplen con ciertos controles de salud. Este documento pretende visualizar la utilidad de los registros recabados por el Programa SUMAR como una importante herramienta de gestión sanitaria que permite identificar la población con indicadores de riesgo nutricional.

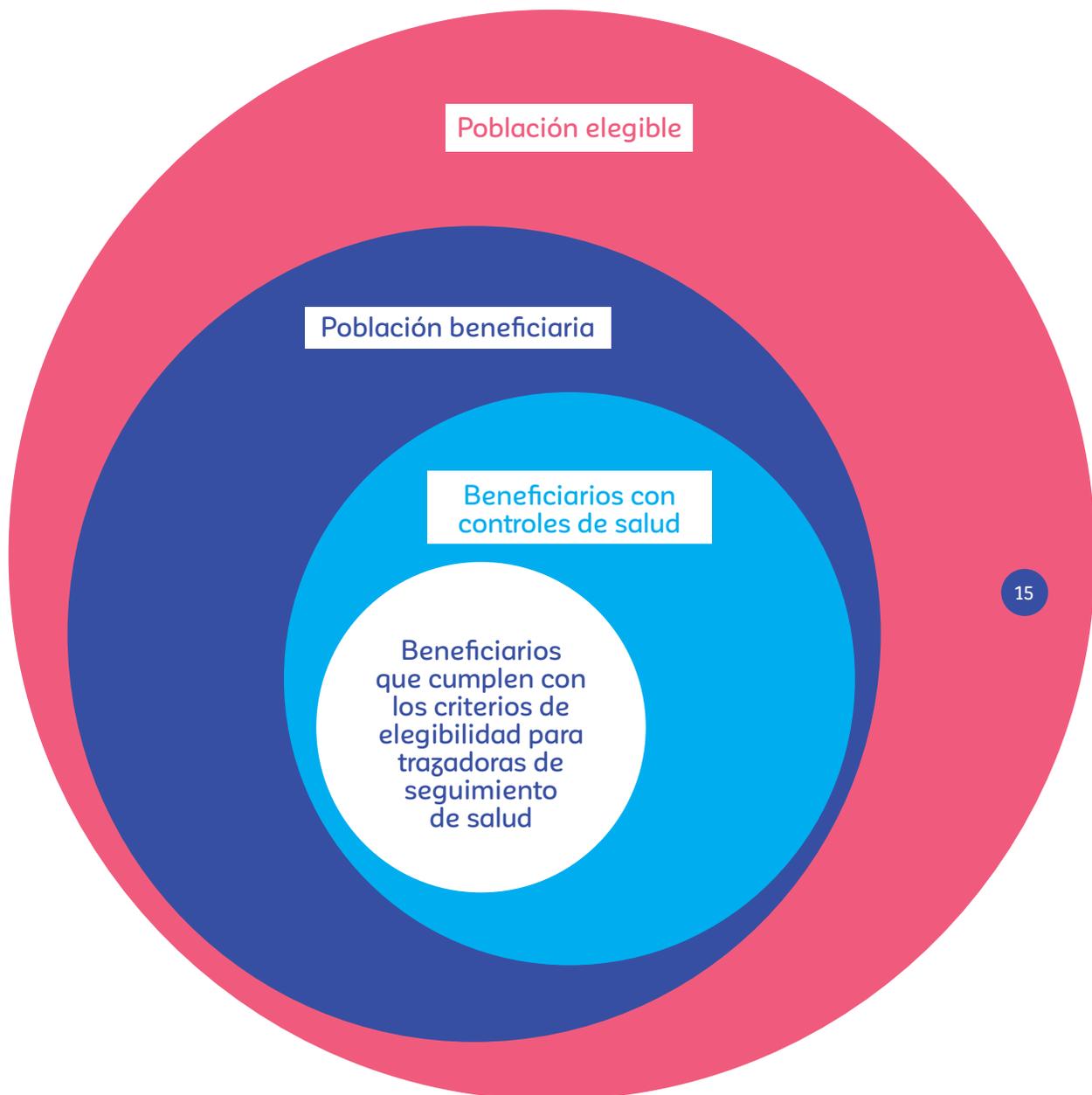
Glosario de términos

Para la correcta interpretación y comprensión de los resultados del análisis realizado en el presente informe, se detalla a continuación la definición de la población y la construcción de los indicadores antropométricos.

- **Población elegible:** niños de hasta 9 años, adolescentes de 10 a 19 años y adultos de 20 a 64 años inclusive sin cobertura explícita de salud domiciliados en la provincia participante.
- **Beneficiario:** toda persona que reúna los requisitos de elegibilidad y se encuentre inscrita en el Programa SUMAR.
- **Trazadoras:** indicadores sanitarios mediante los cuales se evalúa y retribuye el desempeño del Sistema de Salud Provincial, respecto de distintas dimensiones de la atención de la salud en la población objetivo.
- **Trazadora de seguimiento de salud del niño menor de 10 años:** proporción de niños menores de 10 años elegibles para el Seguro Provincial de Salud (SPS) con seguimiento de salud de acuerdo con una agenda de controles preestablecida por el Programa.
- **Trazadora de seguimiento de salud del adolescente de 10 a 19 años:** proporción de niños de 10 a 19 años elegibles para el Seguro Provincial de Salud (SPS) con seguimiento de salud de acuerdo con una agenda de controles preestablecida por el Programa.

| Denominación | Seguimiento de salud del niño menor de 10 años |
|--|--|
| Descripción operativa del indicador | Proporción de niños menores de 10 (diez) años elegibles para el SPS con seguimiento de salud. |
| Numerador | Número de niños menores de 10 (diez) años elegibles para el SPS con seguimiento de salud. |
| Denominador | Total de niños menores de 10 (diez) años elegibles para el SPS en el intervalo de medición evaluado. |
| Especificaciones | Los casos válidos para esta tragadora son aquellos que cumplan los siguientes requisitos: 1) Niño elegible para el SPS, con 10 (diez) años o menos entre el 1° día del 3° mes y el último día del intervalo de medición evaluado. 2) Cumplimiento del cronograma de controles especificados por el Programa SUMAR según la edad del niño. 3) Todos los controles deberán presentar registro de peso y talla; y los controles 1 (uno) a 4 (cuatro), adicionalmente, la medición de perímetro cefálico. |
| Fuente de información | <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica. • Ficha médica. • Planilla prestacional. |
| Período de medición | Cuatrimestral |
| Denominación | Seguimiento de salud del adolescente de 10 a 19 años |
| Descripción operativa del indicador | Proporción de adolescentes de 10 (diez) a 19 (diecinueve) años elegibles para el SPS con seguimiento de salud. |
| Numerador | Número de adolescentes de 10 (diez) a 19 (diecinueve) años elegibles para el SPS con seguimiento de salud. |
| Denominador | Total de adolescentes de 10 (diez) a 19 (diecinueve) años elegibles para el SPS en el intervalo de medición evaluado. |
| Especificaciones | Se entiende por seguimiento de salud del adolescente de 10 a 19 años al cumplimiento de al menos 1 control por año de vida (ver "Tabla de Cronograma" de controles específicos previstos y definidos para los niños comprendidos entre 10 [diez] años y 19 [diecinueve] años) que cuente con registro de peso, talla y tensión arterial. |
| Fuente de información | <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica. • Ficha médica. • Planilla prestacional. |
| Período de medición | Cuatrimestral |

GRÁFICO 1. PROGRAMA SUMAR. POBLACIÓN ELEGIBLE, INSCRIPTA Y CASOS DE TRAZADORA DE SEGUIMIENTO DE SALUD



Fuente: Programa SUMAR



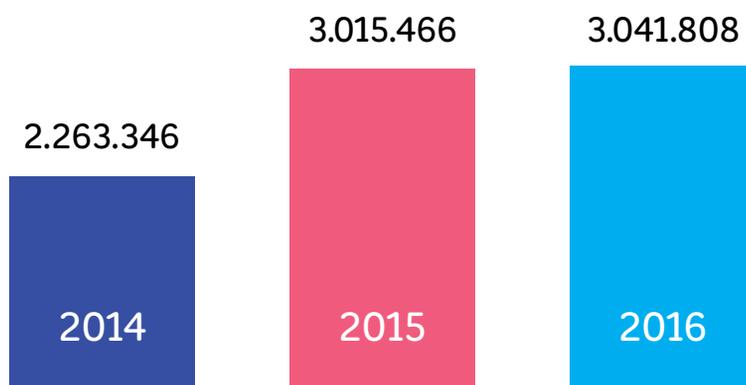
Resultados

A continuación se presentan los datos de la siguiente manera: en el apartado A se analiza la evolución de las características de los niños, niñas y adolescentes reportados por las trazadoras del Programa SUMAR entre los años 2014 y 2016 del total y con apertura por rango de edad y provincias; en el apartado B se realiza un análisis antropométrico nutricional, en especial para el año 2016.

A. Características de la población: niños, niñas y adolescentes reportados por las trazadoras del Programa SUMAR

A partir de los datos del Programa SUMAR se observa que el número de niños, niñas y adolescentes aumenta de manera considerable entre los años 2014 y 2015, manteniéndose a partir de entonces en alrededor de 3 millones de registros reportados en las trazadoras del Programa, tal como se observa en el gráfico 2. Esto se explica por la ampliación de la población objetivo del Plan Nacer al Programa SUMAR, mediante la incorporación de población de 6 y más años, y el mejoramiento de la cobertura en algunas jurisdicciones.

GRÁFICO 2. EVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. 2014 A 2016. TOTAL PAÍS

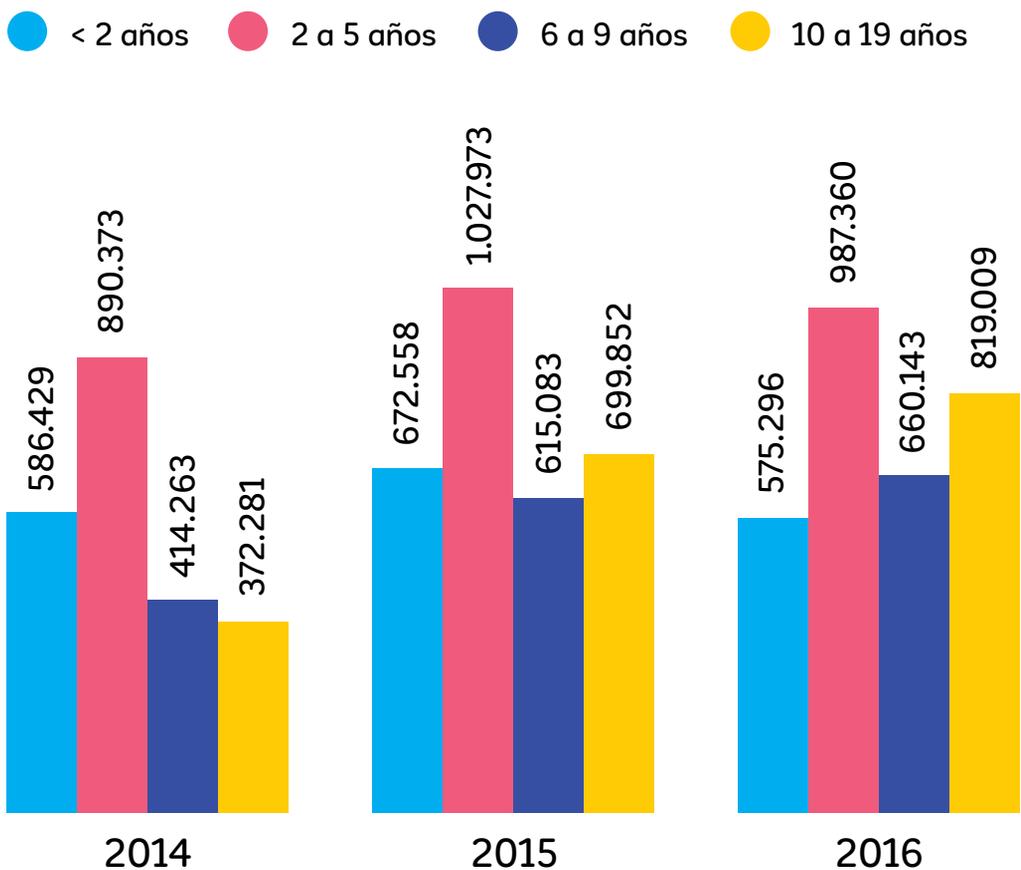


Fuente: Elaboración propia sobre la base de trazadoras SUMAR.

La distribución porcentual de la población según sexo se mantuvo estable en los tres años analizados, a pesar del crecimiento de la cobertura: la proporción de niñas y adolescentes mujeres estuvo siempre alrededor del 52%, y la de varones alrededor del 48%.

En relación a la distribución según grupos de edad, la cantidad de menores de 5 años entre 2014 y 2016 se mantuvo estable en alrededor de 1,5 millones de niños y niñas. En cambio, en los grupos de mayor edad se registraron crecimientos significativos: entre los niños y niñas de 6 a 9 años los casos reportados aumentaron de 400 mil en 2014, a cerca de 700 mil en 2016; entre los adolescentes de 10 a 19 años hubo un crecimiento considerable, aumentando a más del doble en 2016 respecto de 2014 (de menos de 400 mil a más de 800 mil respectivamente), como se observa en el gráfico 3.

GRÁFICO 3. CANTIDAD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES POR TRAMOS DE EDAD. 2014 A 2016. TOTAL PAÍS



Fuente: Elaboración propia sobre la base de trazadoras SUMAR.

En su inicio, el plan Nacer/SUMAR comenzó en las provincias del NOA y el NEA; luego se incorporaron progresivamente las provincias del centro y finalmente las del sur, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires. Son estas dos últimas las que tuvieron un crecimiento muy importante entre 2014 y 2016 (224% y 101%, respectivamente) en la distribución y la evolución por jurisdicciones de los niños, niñas y adolescentes reportados por las trazadoras del Programa SUMAR, sobre todo la segunda. El aumento en el total de registros para todo el país entre los tres años considerados fue del 34% (cuadro 3).

Entre 2014 y 2016, la provincia de Buenos Aires duplicó la cantidad de niños, niñas y adolescentes reportados, pasando de alrededor de 386 mil a 777 mil registros. Otras provincias que también tuvieron fuertes incrementos fueron Neuquén (98%), San Juan (76%) y Misiones (54%). La mayoría de las jurisdicciones aumentaron la cantidad de niños, niñas y adolescentes entre los años considerados, incrementando en por lo menos más de un 20% la cantidad de registros. Las únicas provincias en las que se observó un decrecimiento fueron Chaco, Corrientes, Formosa, San Luis y Santa Cruz (la variación de esta última es superior al 50% debido a la poca cantidad de casos registrados que posee históricamente la provincia).

El aumento en el total de registros para todo el país entre los tres años considerados fue del 34%.

**CUADRO 3. CANTIDAD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES POR AÑO, SEGÚN JURISDICCIÓN.
VARIACIÓN 2014 A 2016**

| Jurisdicción | Año | | | | | | Variación 2016/2014 | |
|---------------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|---------------------|--------------|
| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Cantidad | % |
| | Cantidad | % | Cantidad | % | Cantidad | % | | |
| CABA | 16.959 | 0,7 | 6.213 | 0,2 | 54.932 | 1,8 | 37.973 | 223,9% |
| Buenos Aires | 386.604 | 17,1 | 659.917 | 21,9 | 777.101 | 25,5 | 390.497 | 101,0% |
| Catamarca | 24.257 | 1,1 | 36.376 | 1,2 | 36.016 | 1,2 | 11.759 | 48,5% |
| Chaco | 159.822 | 7,1 | 182.828 | 6,1 | 156.968 | 5,2 | -2.854 | -1,8% |
| Chubut | 23.679 | 1,0 | 26.461 | ,9 | 24.425 | 0,8 | 746 | 3,2% |
| Córdoba | 183.064 | 8,1 | 244.419 | 8,1 | 229.211 | 7,5 | 46.147 | 25,2% |
| Corrientes | 131.436 | 5,8 | 149.947 | 5,0 | 127.289 | 4,2 | -4.147 | -3,2% |
| Entre Ríos | 73.693 | 3,3 | 104.326 | 3,5 | 104.746 | 3,4 | 31.053 | 42,1% |
| Formosa | 79.540 | 3,5 | 94.612 | 3,1 | 63.038 | 2,1 | -16.502 | -20,7% |
| Jujuy | 65.261 | 2,9 | 81.540 | 2,7 | 81.590 | 2,7 | 16.329 | 25,0% |
| La Pampa | 20.097 | 0,9 | 26.679 | 0,9 | 27.603 | 0,9 | 7.506 | 37,3% |
| La Rioja | 27.136 | 1,2 | 38.624 | 1,3 | 35.528 | 1,2 | 8.392 | 30,9% |
| Mendoza | 121.097 | 5,4 | 161.153 | 5,3 | 160.776 | 5,3 | 39.679 | 32,8% |
| Misiones | 124.475 | 5,5 | 186.979 | 6,2 | 191.510 | 6,3 | 67.035 | 53,9% |
| Neuquén | 16.810 | ,7 | 24.660 | ,8 | 33.242 | 1,1 | 16.432 | 97,8% |
| Río Negro | 30.243 | 1,3 | 34.374 | 1,1 | 37.606 | 1,2 | 7.363 | 24,3% |
| Salta | 124.272 | 5,5 | 158.557 | 5,3 | 149.954 | 4,9 | 25.682 | 20,7% |
| San Juan | 35.514 | 1,6 | 52.012 | 1,7 | 62.601 | 2,1 | 27.087 | 76,3% |
| San Luis | 66.077 | 2,9 | 61.840 | 2,1 | 42.163 | 1,4 | -23.914 | -36,2% |
| Santa Cruz | 8.504 | 0,4 | 4.764 | 0,2 | 3.551 | 0,1 | -4.953 | -58,2% |
| Santa Fe | 152.670 | 6,7 | 195.738 | 6,5 | 194.610 | 6,4 | 41.940 | 27,5% |
| Santiago del Estero | 123.958 | 5,5 | 163.742 | 5,4 | 174.416 | 5,7 | 50.458 | 40,7% |
| Tierra del Fuego | 1.349 | 0,1 | 1.643 | 0,1 | 2.772 | 0,1 | 1.423 | 105,5% |
| Tucumán | 266.829 | 11,8 | 318.064 | 10,5 | 270.160 | 8,9 | 3.331 | 1,2% |
| TOTAL | 2.263.346 | 100,0 | 3.015.468 | 100,0 | 3.041.808 | 100,0 | 778.462 | 34,4% |

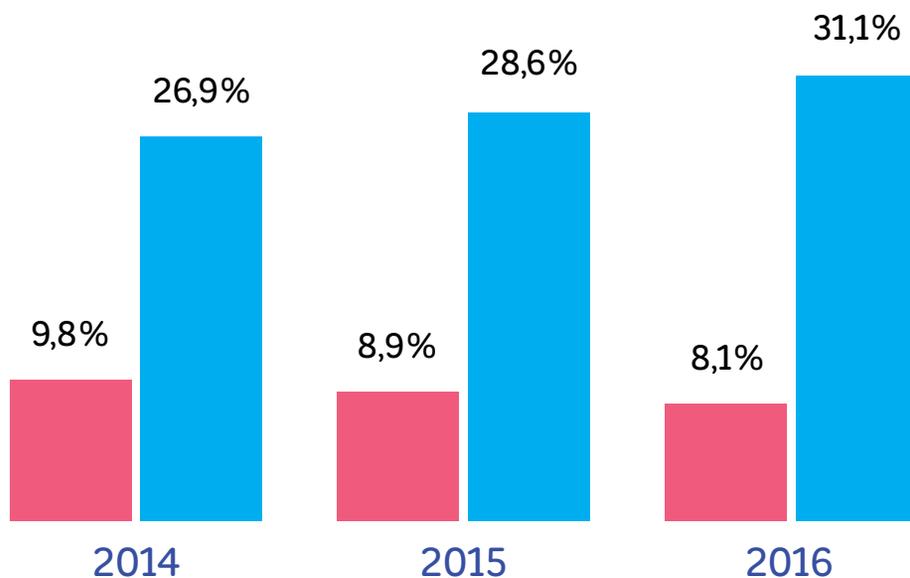
Fuente: Elaboración propia sobre la base de trazadoras SUMAR.

B. Análisis nutricional de niños, niñas y adolescentes

Una primera aproximación a la problemática de la malnutrición es visualizar su distribución según déficit y/o exceso. En este sentido, se observa que el exceso de peso (sobrepeso + obesidad) afectó en el año 2016 al 31,1% de los niños, niñas y adolescentes reportados por las trazadoras del Programa SUMAR y dentro de esta, la obesidad fue del 13%. Asimismo, se observa un crecimiento del exceso de peso de cinco puntos porcentuales desde 2014 a 2016. En cuanto al “déficit” englobado en emaciación, bajo peso y baja talla, se mantuvo estable en los tres años considerados, con una leve tendencia a la baja hasta llegar al 8,1% en 2016 (gráfico 4). La baja talla para la edad es la variable que más contribuye al indicador de déficit nutricional.

GRÁFICO 4. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE LA POBLACIÓN, SEGÚN MALNUTRICIÓN POR CARENCIA VS. MALNUTRICIÓN POR EXCESO. 2014 A 2016. TOTAL PAÍS (EN PORCENTAJE)

- Malnutrición por carencia
- Malnutrición por exceso

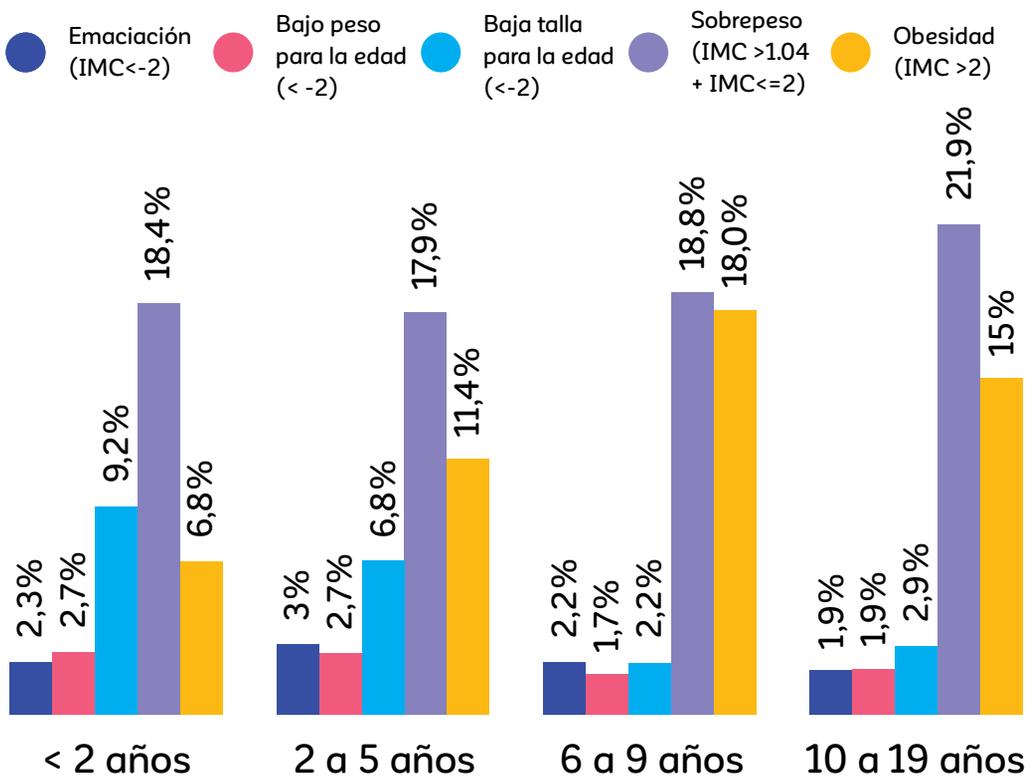


Fuente: Elaboración propia sobre la base de trazadoras SUMAR.

Para entender mejor la problemática de malnutrición, esta se profundiza en los indicadores de sobrepeso y obesidad infantil y adolescente de la población reportada para el año 2016. Se observa que el sobrepeso de los distintos grupos de edad se mantuvo relativamente estable (por arriba del 18%) y se incrementó levemente en el tramo adolescente, en donde llegó a 21,9%. La obesidad, en cambio, tuvo un crecimiento sostenido a lo largo de los distintos rangos etarios, siendo del 6,8% en menores de 2 años y llegando al 18,1% en el grupo de 6 a 9 años, para luego disminuir levemente entre los adolescentes a un 15,1% (gráfico 5). Ambos indicadores resultaron los más elevados en cada uno de los tramos, superando ampliamente a los de déficit, con excepción de la talla para la edad entre los menores de 2 años en donde alcanzó el 9,2%.

La emaciación y el bajo peso para la edad fueron fenómenos de entre 3 y 4 veces menor prevalencia que la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) a lo largo de los distintos años y entre los diferentes grupos de edad, en tanto que los problemas de déficit nutricional manifestaron una tendencia a la baja y los relacionados con sobrepeso y obesidad aumentaron año a año.

GRÁFICO 5. INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SELECCIONADOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 2016. TOTAL PAÍS (EN PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de trazadoras SUMAR.

La malnutrición por exceso, como son el sobrepeso y la obesidad, es el problema más frecuente dentro de la población infantil y adolescente reportado por las trazadoras del Programa SUMAR. Como se observó anteriormente, la prevalencia aumenta a medida que el rango de edad es mayor. Tomados de manera conjunta el sobrepeso y la obesidad (en adelante “exceso de peso”) para el año 2016 se observa un progresivo aumento de la problemática a medida que la edad de la población es mayor: entre los menores de 2 años la prevalencia es del 25,2%, la de los niños y niñas de 2 a 5 años es del 29,4% y luego el exceso de peso aumenta sensiblemente a partir de esa edad ubicándose alrededor del 37% (cuadro 4).

Como ya se aclaró en la metodología, por las características de la información proveniente de las trazadoras no es posible hacer comparaciones lineales entre jurisdicciones, ni longitudinales en el tiempo. Teniendo en cuenta esto, se observa que las provincias de la Patagonia son las que registraron los valores más altos en exceso de peso en menores de 2 años: Tierra del Fuego (33,2%), Chubut (33,1%) y Río Negro (31,3%). En tanto que los menores valores están en Formosa (16,3%), Salta (23,3%) y Mendoza (23,3%).

En el rango de edad de 2 a 5 años se observa un aumento importante de exceso de peso respecto del rango de edad anterior a lo largo de las distintas provincias. En especial en Santa Cruz (43,4%), Tierra del Fuego (41,1%) y Chubut (40,6%). Las provincias con menores frecuencias son las del NEA: Formosa (21,7%), Corrientes (23,5%) y Misiones (24,2%).

En el rango de 6 a 9 años, persistieron los altos valores de exceso de peso, consolidándose la problemática entre la población de mayor edad. Las provincias de la Patagonia evidenciaron mayores valores, como Chubut (51,8%) que nuevamente registró un importante crecimiento respecto del rango de edad anterior, seguida por Río Negro (50,8%) y Neuquén (50,1%). Misiones (25,7%) y Formosa (27,7%) son las que presentaron los valores más bajos, seguidas por San Luis (30,9%).

Para el tramo adolescente (10 a 19 años), la problemática del exceso de peso alcanzó a alrededor de la mitad de la población en varias provincias, como es el caso de Santa Cruz (53%), Tierra del Fuego (49,7%) y Río Negro (49,5%), lo que pone en evidencia la consolidación de esta problemática. Entre las provincias en las que se observó menor porcentaje de exceso de peso, el piso más bajo fue del 30%, como es el caso de Misiones (27,1%), Corrientes (30,3%) y Formosa (30,6%).

CUADRO 4. INDICADOR DE EXCESO DE PESO POR JURISDICCIÓN SEGÚN RANGOS DE EDAD. 2016

| Jurisdicción | Exceso de peso (sobrepeso + obesidad) | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| | Rangos de edad | | | |
| | < de 2 años | 2 a 5 años | 6 a 9 años | 10 a 19 años |
| | % | % | % | % |
| CABA | 29,6 | 36,9 | 46,5 | 47,9 |
| Buenos Aires | 25,2 | 29,5 | 39,0 | 41,1 |
| Catamarca | 26,6 | 27,6 | 33,0 | 33,9 |
| Chaco | 23,4 | 25,6 | 31,2 | 32,8 |
| Chubut | 33,1 | 40,6 | 51,8 | 46,7 |
| Córdoba | 24,8 | 31,1 | 37,2 | 35,3 |
| Corrientes | 23,3 | 23,5 | 31,1 | 30,3 |
| Entre Ríos | 24,9 | 31,2 | 36,6 | 35,7 |
| Formosa | 16,3 | 21,7 | 27,7 | 30,6 |
| Jujuy | 25,2 | 27,7 | 38,1 | 36,8 |
| La Pampa | 29,5 | 34,0 | 43,6 | 43,3 |
| La Rioja | 29,6 | 35,1 | 44,6 | 43,2 |
| Mendoza | 23,3 | 29,8 | 38,4 | 40,2 |
| Misiones | 24,6 | 24,2 | 25,7 | 27,1 |
| Neuquén | 29,2 | 36,8 | 50,1 | 42,1 |
| Río Negro | 31,3 | 37,3 | 50,8 | 49,5 |
| Salta | 23,3 | 28,6 | 37,2 | 36,6 |
| San Juan | 28,3 | 31,9 | 36,6 | 41,1 |
| San Luis | 25,3 | 32,0 | 30,9 | 32,4 |
| Santa Cruz | 29,1 | 43,4 | 48,8 | 53,0 |
| Santa Fe | 24,8 | 30,8 | 38,0 | 40,7 |
| Santiago del Estero | 27,4 | 31,1 | 37,1 | 36,4 |
| Tierra del Fuego | 33,2 | 41,1 | 45,9 | 49,7 |
| Tucumán | 26,4 | 29,8 | 35,1 | 38,0 |
| TOTAL | 25,2 | 29,4 | 36,9 | 37,0 |

Si se considera el sexo de los niños, niñas y adolescentes, el exceso de peso es apenas superior entre los varones (33,2%) que entre las mujeres (31,6%) y esta diferencia varía a lo largo de las distintas jurisdicciones (cuadro 5). La diferencia entre varones y mujeres más pronunciada se encuentra en Tierra del Fuego (45,0% vs. 39,2%, respectivamente) y en la Ciudad Autónoma de Buenos (46,8% vs. 41,4%, respectivamente). En el resto de las jurisdicciones la diferencia es menor o prácticamente nula.

CUADRO 5. INDICADOR DE EXCESO DE PESO POR JURISDICCIÓN SEGÚN SEXO. 2016

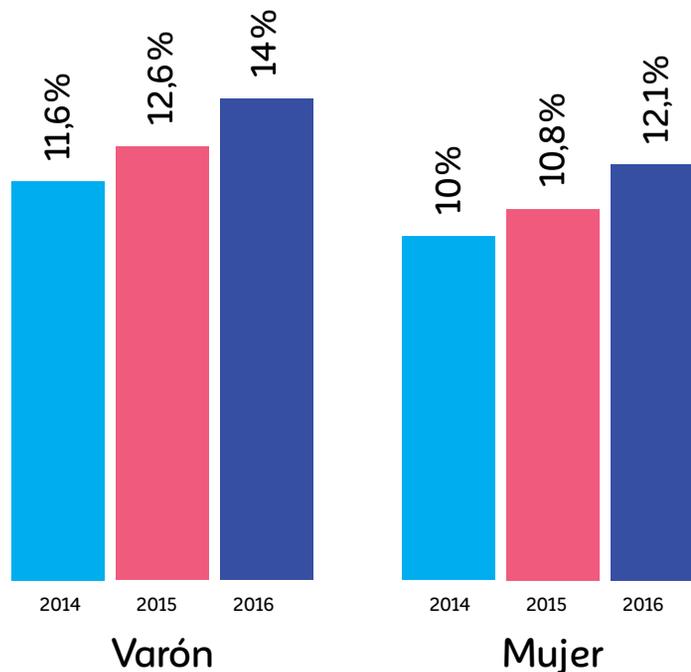
| Jurisdicción | Exceso de peso (sobrepeso + obesidad) | |
|--------------|---------------------------------------|-------|
| | Sexo | |
| | Varón | Mujer |
| | % | % |
| CABA | 46,8 | 41,4 |
| Buenos Aires | 33,7 | 32,8 |
| Catamarca | 31,8 | 29,2 |
| Chaco | 28,7 | 28,1 |
| Chubut | 42,3 | 40,6 |
| Córdoba | 34,0 | 31,7 |
| Corrientes | 29,0 | 26,2 |
| Entre Ríos | 33,5 | 31,6 |
| Formosa | 24,8 | 23,3 |
| Jujuy | 32,2 | 29,2 |
| La Pampa | 38,9 | 37,2 |
| La Rioja | 40,3 | 38,7 |
| Mendoza | 34,3 | 32,2 |
| Misiones | 25,9 | 25,2 |
| Neuquén | 38,2 | 35,9 |
| Río Negro | 41,9 | 40,0 |
| Salta | 33,3 | 30,8 |
| San Juan | 35,6 | 34,7 |
| San Luis | 30,4 | 31,1 |
| Santa Cruz | 41,5 | 41,0 |
| Santa Fe | 33,7 | 33,4 |

| Jurisdicción | Exceso de peso (sobrepeso + obesidad) | |
|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| | Sexo | |
| | Varón | Mujer |
| | % | % |
| Santiago del Estero | 35,4 | 32,4 |
| Tierra del Fuego | 45,0 | 39,2 |
| Tucumán | 33,4 | 32,4 |
| TOTAL | 33,2 | 31,6 |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de trazadoras SUMAR.

La información de exceso de peso infantil y adolescente analizada hasta aquí correspondió a los datos proporcionados por el Programa SUMAR para el año 2016. Si se consideran los datos de los años 2014, 2015 y 2016, se observa que la prevalencia de obesidad entre los varones fue más alta que entre las mujeres (gráfico 6); se verifica que en ambos grupos hubo un crecimiento de más de un 20% entre los años 2014 y 2016 (los varones pasaron del 11,6% al 14% y entre las mujeres del 10% al 12,1%).

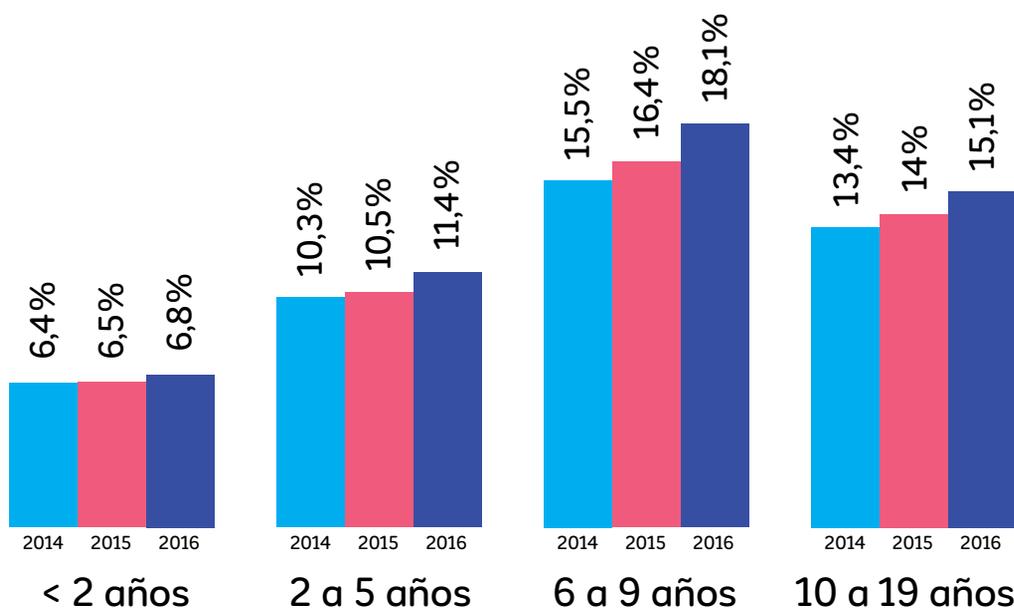
GRÁFICO 6. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD DE LA POBLACIÓN CON COBERTURA DEL PROGRAMA SUMAR SEGÚN SEXO. TOTAL PAÍS 2014-2016 (EN PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de trazadoras SUMAR.

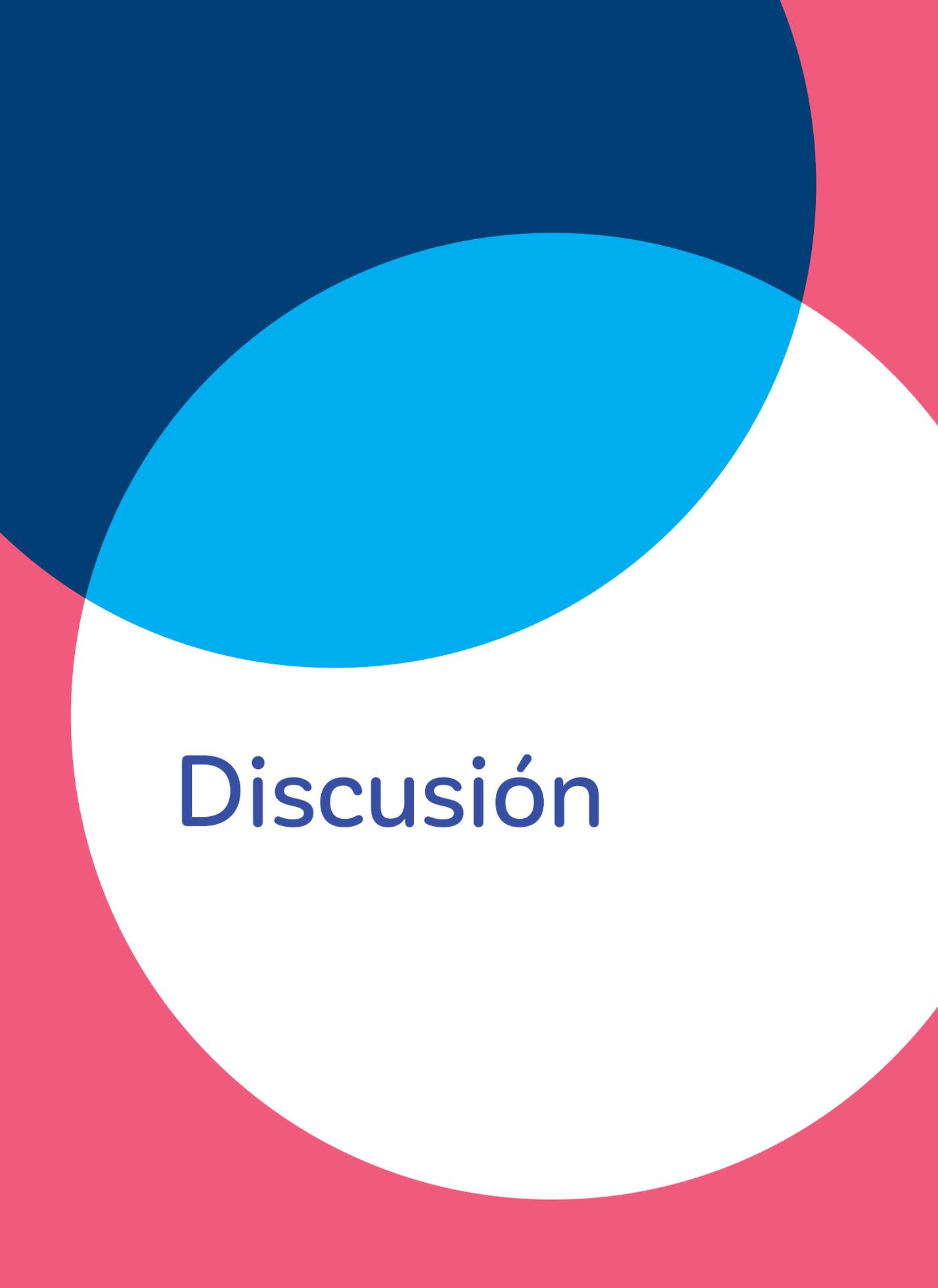
En relación a los tramos de edad, se observa un sostenido crecimiento de la obesidad infantil y adolescente entre los años 2014 y 2016. Los niños y las niñas de 6 a 9 años fueron los que describen el mayor crecimiento, pasando del 15,4% al 18,1% en apenas dos años; seguidos por los adolescentes de 10 a 19 años que crecieron del 13,4% al 15,1% en el mismo período. Quienes menos diferencias experimentaron fueron los niños y las niñas de menor edad, entre los cuales, por ejemplo los de 2 a 5 años, pasaron de registrar una obesidad del 10,3% al 11,4% y los menores de 2 años no registraron prácticamente cambios (gráfico 7).

GRÁFICO 7. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD DE LA POBLACIÓN REPORTADA POR LAS TRAZADORAS DEL PROGRAMA SUMAR SEGÚN TRAMOS DE EDAD. 2014-2016. TOTAL PAÍS (EN PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de trazadoras SUMAR.

El exceso de peso crece a medida que aumenta la edad y afecta al 37% de los chicos de 10 a 19 años.



Discusión

A pesar de que la población que se realiza controles de salud mediante el Programa SUMAR tiene ciertas características propias y ciertas limitaciones, analizar esta información es de gran utilidad para contar con análisis actualizados acerca de un grupo poblacional central para las políticas de salud pública de la Secretaría de Gobierno de Salud. La información provista por el Programa SUMAR es relevante por múltiples razones: por un lado, porque su población es la más vulnerable y solo cuenta con cobertura del subsector público de salud para atender sus necesidades sanitarias; por otro lado, porque permite realizar un seguimiento de la situación nutricional, ya que el programa cuenta con diferentes prestaciones y está en contacto frecuente con la población a cargo, sentando incluso las bases para desarrollar en el país una lógica de responsabilidad nominada en la atención de salud. Asimismo, debido a que la población está nominalizada a nivel de efectores, se puede analizar la información con distinto nivel de desagregación y llevar adelante intervenciones sanitarias enfocadas en grupos determinados o en espacios geográficos específicos.

La información proveniente de las trazadoras del Programa SUMAR requiere un tratamiento diferencial en relación con los estudios poblacionales tradicionales. En este sentido, posee ciertas ventajas y desventajas que es necesario precisar. Entre las ventajas, tener una fuente continua de información (actualizaciones cuatrimestrales) de población nominada, con pertenencia a un efector de salud determinado, permite contar con valores reales de la población que cumple ciertos criterios y que está bajo el Programa. Las desventajas, principalmente, son las características mismas de los requisitos que cumplen los registros para ser un caso positivo. Esto lleva a que los datos analizados corresponden a un subconjunto menor al de la población objetivo del Programa SUMAR. Por otro lado, también incide la falta de estándares y en algunos casos, la potencial baja calidad en la toma y el registro de los datos antropométricos en un escenario de la vida real, y no en el marco de un estudio de vigilancia epidemiológica más controlado. La extensión geográfica (cubre las 24 jurisdicciones del país), la heterogeneidad de los equipos de salud, del equipamiento y de los avances informáticos genera que los márgenes de error sean más grandes que en un estudio poblacional por muestreo.

Asimismo, otra limitación es la capacidad diferencial de reporte que tienen los Sistemas de Salud Provinciales, que no permite hacer comparaciones lineales debido a las brechas que existen en la población objetivo que se llega a cubrir a través de las trazadoras del Programa, si bien esta brecha se ha disminuido considerablemente a lo largo de los años.

En cuanto a las prevalencias analizadas en el presente informe se observa que si bien los niveles de magnitud difieren (debido probablemente a las características de la población considerada), marcan que la malnutrición por exceso, y en especial la obesidad, es una problemática que está extendida y en crecimiento. Cabe señalar los mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad registrados especialmente en las provincias de la región patagónica y el considerable crecimiento de la obesidad entre los niños y niñas mayores de 5 años. Ya se han realizado distintos análisis con esta fuente de información^{5 6 7} en donde se presentaron, en algunos casos, las posibilidades de esta fuente a través del análisis de distintos datos antropométricos para un cuatrimestre y para una sola trazadora, o a partir de análisis más extensos en el tiempo para los datos del Plan Nacer enfocados en la desnutrición clásica o malnutrición por bajo peso. Este análisis realizado en el presente informe hizo foco especialmente en el sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes entre los años 2014 y 2016.

A partir del análisis se observa que el problema del exceso de peso se incrementa considerablemente en pocos años y aumenta progresivamente a medida que la edad es mayor, llegando a afectar al 37% de los chicos de 10 a 19 años, con una importante variación entre provincias. También se observa que el exceso de peso afecta más a los varones que a las mujeres.

En términos de malnutrición, se observa que, si bien el déficit sigue presente un porcentaje de la población, la malnutrición por exceso es la más prevalente y se encuentra en permanente crecimiento, a diferencia de la malnutrición por bajo peso cuya tendencia es descendente.

Sin intentar desmerecer la importancia de la malnutrición por bajo peso para la salud pública y la prioridad que debe continuar teniendo su abordaje, resulta fundamental incorporar al sobrepeso y la obesidad al nuevo paradigma de la malnutrición de niños,

5. Programa SUMAR. Informe de la situación nutricional de niños entre 1-5 años de edad a partir de los datos aportados por los Seguros Provinciales de Salud (SPS) del Programa SUMAR. Casos positivos para Trazadora VII (2° cuatrimestre 2014).

6. Programa SUMAR. Investigación sobre resultados del Plan Nacer/Programa SUMAR. Resumen. 21 de mayo de 2015.

7. Núñez, Fernández-Slezak, Farall, Szretter, Salomón y Valeggia, 2016.

niñas y adolescentes. Según los datos del presente informe, la malnutrición por exceso es la forma más prevalente de malnutrición y cuadruplica la desnutrición clásica, lo cual va en sintonía con la tendencia internacional, donde la transición epidemiológica muestra que son precisamente los grupos sociales más vulnerables los que enfrentan la doble carga de la malnutrición y el exceso de peso de modo simultáneo y ambos asociados a la pobreza. En este sentido, un análisis efectuado por UNICEF en base a la EMSE 2012 ya había demostrado que los adolescentes de menor nivel educativo tenían índices de sobrepeso y obesidad de un 31% mayor respecto de los adolescentes de mayor nivel educativo (UNICEF/FIC 2016).

Como ya se expresó en la introducción, el concepto sobre derecho a la alimentación ha evolucionado a nivel internacional en los últimos años, incorporando la dimensión del derecho a una nutrición adecuada. La posibilidad de contar con información nominada de más de 3 millones de niños, niñas y adolescentes reportados por las trazadoras del Programa SUMAR, conociendo su situación nutricional y ubicación geográfica, es una oportunidad para implementar políticas sanitarias de seguridad alimentaria no solo dirigidas a reducir el hambre y mejorar el acceso a los alimentos, sino a garantizar una alimentación nutritiva y saludable, y favorecer su evaluación y monitoreo. En este sentido, se pueden considerar todas las intervenciones sanitarias centradas en intervenciones individuales como así también las intervenciones poblacionales.

A nivel individual resultan claves las intervenciones de prevención y tratamiento en el marco de los servicios de salud, donde los agentes de salud y los funcionarios locales son los principales actores del subsistema de salud y pueden llevar intervenciones directas sobre una población determinada. A nivel poblacional, en cambio, resultan fundamentales las políticas dirigidas a regular los entornos y los productos a fin de restringir el consumo de alimentos altos en azúcar, grasa y sodio, así como también políticas poblacionales para facilitar el acceso y consumo de alimentos frescos y naturales, especialmente para los grupos sociales en mayor situación de vulnerabilidad. Algunas de estas políticas prioritarias son: medidas de incentivos y desincentivos fiscales, políticas de etiquetado frontal de alimentos, restricciones de la publicidad, promoción y patrocinio de alimentos no saludables, regulación de los entornos escolares, fiscalización del cumplimiento del código de sucedáneos de la lactancia materna, mejora de la calidad de los planes sociales con componente alimentario tanto para comedores comunitarios como escolares u otras modalidades, la promoción de los sistemas alimentarios sostenibles a través de políticas de protección de la producción y desarrollo de la agricultura familiar y producción a pequeña escala, entre otras.

En los últimos años, se han impulsado desde la esfera pública una serie de medidas para abordar la problemática del sobrepeso y la obesidad. Una primera medida fue la promulgación de la Ley N° 26.396 de Trastornos Alimentarios del año 2008, que si bien no cumple con los estándares recomendados a nivel internacional para la prevención de la obesidad, garantiza la cobertura de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos. Dentro de la órbita de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, en 2016 se creó el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad con el propósito de fortalecer las políticas públicas vinculadas al acceso y asequibilidad de alimentos frescos y saludables.

Asimismo, desde la mencionada Dirección Nacional, se elaboraron durante 2014-2015 las *Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA)*, cuyo Manual para su implementación ha sido recientemente publicado⁸. Estas guías constituyen una herramienta de educación alimentaria fundamental para la población. Desde su presentación en 2016, se llevaron adelante capacitaciones a multiplicadores de los programas provinciales de alimentación saludable y áreas de enfermedades crónicas no transmisibles provinciales para su disseminación e implementación. Estas cubrieron más de la mitad de las provincias del país y en 2018 ya se completó la formación de multiplicadores en 23 provincias.

Por otro lado, en los últimos años, en el Congreso de la Nación esperan su tratamiento numerosos proyectos de ley que proponen medidas para reducir la obesidad infantil, y si bien su calidad temática es heterogénea y su discusión ha avanzado muy lentamente, la cantidad de proyectos muestra el interés en la problemática y la instalación creciente del tema en la agenda parlamentaria.

Durante los años 2017 y 2018, y con el propósito de proveer estándares de políticas de buena calidad en la materia, la Secretaría de Gobierno de Salud ha desarrollado una serie de consultas públicas intersectoriales, con la participación de otros organismos del Estado y actores sociales y académicos, y organismos internacionales como OPS, FAO y UNICEF. Se desarrollaron documentos con recomendaciones y estándares consensuados para avanzar en políticas públicas y regulaciones para la reducción del sobrepeso y la obesidad infantil y adolescente, específicamente en temáticas como etiquetado frontal de alimentos, entornos escolares saludables y regulación de publicidad, promoción y patrocinio de alimentos no saludables. En cada documento se expli-

8. http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/2017-09_manual-aplicacion-alimentaria-poblacion-arg.pdf

citó la evidencia disponible para impulsar medidas efectivas, el proceso participativo y democrático de las organizaciones integrantes de las mesas de diálogo y la declaración de conflictos de interés de las instituciones participantes.

Para dar respuesta a esta problemática, a partir de agosto de 2018 desde la Secretaría de Gobierno de Salud se impulsó junto con otros ministerios y áreas de gobierno (como Desarrollo Social, Educación, Agroindustria, entre otras), el Plan Nacional de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad en Niños, Niñas y Adolescentes, que es intersectorial e involucra a diferentes ministerios y secretarías, bajo la coordinación de la Secretaría de Gobierno de Salud, para elaborar propuestas regulatorias y políticas públicas a fin de avanzar en la temática y detener la malnutrición en todas sus formas, con especial foco en la epidemia de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes.

El plan nacional, cuyo lanzamiento está previsto para 2019, propone un sistema de gobernanza en el que se integran autoridades nacionales, provinciales y municipales, organismos internacionales como UNICEF, OPS y FAO, y actores no gubernamentales como organizaciones sociales y académicas y el sector privado, para dar un mayor alcance y lograr el impacto sanitario buscado. El involucramiento de todas las provincias será fundamental para garantizar su implementación así como también una coherencia y una armonización normativa que protejan a la población de todo el país.

Conclusión

Por todo lo anteriormente expresado, el presente informe contribuye a corroborar que el sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes es un importante y creciente problema de salud pública, que representa la forma más prevalente de malnutrición y que se extiende a lo largo del país, sobre todo a partir de los 2 años de edad. Por ello, es imprescindible poner en marcha y evaluar políticas que tiendan a frenar esta epidemia, particularmente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad que son quienes más la padecen. Asimismo, este informe constituye un insumo importante para estandarizar y poner a disposición de los equipos de salud locales la información antropométrica existente, para que sirva como guía para la toma de decisiones y la implementación de políticas sanitarias que aborden la problemática.



Bibliografía

- Ajala, O., Mold, F., Boughton, C., Cooke, D., Whyte, M. (2017): "Childhood predictors of cardiovascular disease in adulthood. A systematic review and meta-analysis", *Obes Rev.* Sep;18(9):1061-1070.
- Bonilla, M. (2014): *Promoting Healthy Living in Latin American and the Caribbean- Governance of Multi-sectorial Activities to Prevent Risk factors for Non-communicable Diseases*. Banco Mundial.
- Breslin, P. A. (2013): "An evolutionary perspective on food and human taste", *Curr Biol* 23(9):R409-18.
- Bungum, T., M. Satterwhite, A.W. Jackson y J. R. Morrow (2003): "The Relationship of Body Mass Index, Medical Costs, and Job Absenteeism", *Am. J. Health Behav.*, Vol. 27, No. 4, pp. 456-462.
- Burton, W. N., C. Y. Chen, A. B. Schultz y D. W. Edington (1998): *The Economic Costs Associated with Body Mass*. *J Occup Environ Med.* 1998 Sep;40(9):786-92.
- Cawley, J., J. A. Rizzo y K. Haas (2007): "Occupation-Specific Absenteeism Costs Associated with Obesity and Morbid Obesity", *J. Occup. Environ. Med.*, Vol. 49, No. 12, pp. 1317-1324.
- CEPAL-WFP (2017): *El costo de la doble carga de malnutrición: impacto social y económico*.
- FAO/OPS (2017): *América Latina y el Caribe: Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición*. Santiago. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>.
- FAO/OPS (2018): *Políticas y programas alimentarios para prevenir la obesidad. Lecciones aprendidas*. Santiago. OPS/ NMH/17-040.
- FAO (2018): *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo*. Roma. Disponible en: <http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>
- Finkelstein, E., C. Fiebelkorn y G. Wang (2005): "The Costs of Obesity Among Full-Time Employees", *Am. J. Health Promot.*, Vol. 20, No. 1, pp. 45-51, Sep.-Oct.
- GBD (2016): *Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*.
- Kang, Jae Heon, BaekGeunJeong, Young Gyu Cho, HyeRyoung Song y Kyung A Kim (2011): *Socioeconomic Costs of Overweight and Obesity in Korean Adults*. *J Korean Med Sci.* 2011 Dec; 26(12): 1533–1540.
- Lejarraga H., Orfila G. (1987): "Estándares de peso y estatura para niñas y niños argentinos desde el nacimiento hasta la madurez", *Arch. Arg. Pediatría* 85: 209-222.
- Lejarraga H., Del Pino, M., Fano, V., Caino, S., Cole, T. y Orfila, G. (2009): "Referencias de peso y estatura desde el nacimiento hasta la madurez para niñas y niños argentinos. Incorporación de datos de la OMS de O

- a 2 años, recálculo de percentilos para obtención de valores LMS”, *Arch Argent Pediatr* 107(2):126-133.
- Llewellyn, A., Simmonds, M., Owen, C. G., Woolacott, N. (2016): “Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis”, *Obes Rev.* Jan;17(1):56-67.
 - Ludwig, D. S. (2011): “Technology, diet, and the burden of chronic disease”, *JAMA* 305(13):1352-3.
 - Ministerio de Salud de la República Argentina (2012): *Encuesta Mundial de Salud Escolar*. Buenos Aires.
 - Ministerio de Salud de la República Argentina (2005): *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Buenos Aires.
 - Ministerio de Salud de la República Argentina (2009): *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Buenos Aires.
 - Ministerio de Salud de la República Argentina (2010): *Patrón de crecimiento de niños y niñas hasta los 6 años. Curvas y tablas de consulta para la evaluación del estado nutricional*. Buenos Aires.
 - Ministerio de Salud de la República Argentina (2013): *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Buenos Aires.
 - Moens, G., L. V. Gaal, E. Muls, B. Viaene y P. Jacques (1999): “Body Mass Index and Health Among the Working Population. Epidemiological Data from Belgium”, *European Journal of Public Health*, Vol. 9, No. 2, pp. 119-123.
 - Moreau, M., F. Valente, R. Mak, E. Pelfrene, P. de Smet, G. De Backer y M. Kornitzer (2004): “Obesity, Body Fat Distribution and Incidence of Sick Leave in the Belgian Workforce: The Belstress Study”, *Int J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, Vol. 28, No. 4, pp. 574-582.
 - NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2016): “Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19,2 million participants”, *Lancet* 387(10026):1377-96.
 - Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., et al. (2014): “Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”, *Lancet* 384:766–81.
 - OECD (2015): *Health at Glance 2015*. París: OECD Publishing.
 - OECD (2010): *Obesity and the Economics of Prevention. FIT NOT FAT*.
 - OMS (2006): *WHO Child Growth Standards. Methods and development*. Ginebra.
 - OMS (2014): *Global Status Report on Non communicable diseases*. Ginebra.
 - OMS (2017): Estadísticas varias. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> Acceso: 14/1/2018.
 - OPS/OMS (2015): *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. Washington: Oficina Panamericana de la Salud.
 - Simmonds, M., Burch, J., Llewellyn, A., Griffiths, C., Yang, H., Owen, C., Duffy,

- S., Woolacott, N. (2015): "The use of measures of obesity in childhood for predicting obesity and the development of obesity-related diseases in adulthood: a systematic review and meta-analysis", *Health Technol Assess*. Jun;19(43):1-336.
- Tremmel, M., Gerdtham, U. G., Nilsson, P. M., Saha, S. (2017): "Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review", *Int J Environ Res Public Health* 19;14(4). Vandevijvere, S., Chow, C. C., Hall, K. D., Umalia, E., Swinburn, B. A. (2015): "Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis", *Bull World Health Organ* 93:446-56.
 - Wang, Y., Beydoun, M. A. (2007): "The obesity epidemic in the United States—gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis", *Epidemiol Rev* 29:6-28.
 - Wang, Y., Lobstein, T. (2006): "Worldwide trends in childhood overweight and obesity", *International Journal of Pediatric Obesity* 1:11-25.
 - Wang, Y. (2011): "Disparities in pediatric obesity in the United States", *Adv Nutr* 2: 23-31.
 - WHO (1995): *Technical Report Series N° 854. WHO Expert Committee on Physical status: The use and interpretation of anthropometry*. Ginebra.

