

ESTUDIO HABITOS DE VIDA EN ARGENTINA Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES

Sandro Murray RE, Ridner E, Munner M, Marzó A, Rovirosa A

OBJETIVOS

Revisar la investigación realizada en la Argentina sobre las diferentes causas de las enfermedades crónicas prevenibles relacionadas con la nutrición tales como la alimentación, la actividad física y los hábitos de vida.

Analizar la interrelación entre cada una de ellas y su impacto sobre la salud.

Describir los caminos que se han seguido para el abordaje de esta problemática

Formular recomendaciones para articular los múltiples esfuerzos que realizan y deberían realizar todos los sectores involucrados en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas a través de la mejora de los estilos de vida.

INTRODUCCION

Desde hace más de dos décadas todos los países individual y colectivamente se han venido ocupando de definir y describir a las enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo a la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. Estas condiciones son la principal causa de enfermedad y muerte, y el principal gasto en salud. Resulta contradictorio y frustrante que conociendo las causas, los mecanismos fisiológicos involucrados, los tratamientos adecuados y contando con los recursos necesarios, la prevalencia de estas condiciones y sus consecuencias no han dejado de aumentar.

Este panorama requiere la osadía de hacer miradas críticas sobre los conceptos básicos sin temor a desafiar los sucesivos paradigmas que se han ido creando.

Uno de ellos es la “no transmisibilidad”. Es claro que la hipertensión, la obesidad o la diabetes no se transmiten por un microorganismo, pero también es cierto que el crecimiento de estos problemas es un fenómeno que involucra modos más sutiles de instalación en el individuo y que es dependiente de lo que sucede con sus pares y con la sociedad como ente colectivo. Un ambiente obesogénico debería comenzar a considerarse como parte del problema y aceptar que las conductas se transmiten y por lo tanto admiten intervenciones destinadas a disminuir su propagación.

Otro eje pasa por la prevención. Este es el argumento más mencionado como justificación de todas las intervenciones, pero a nivel individual se opone con la tendencia social a privilegiar la inmediatez. Una acción cuyos efectos no se miden en el corto plazo es cada vez menos aceptada por la población. Reforzar la esencia prevenible de estas enfermedades podría ser parte de las estrategias. Quizá debería ser considerada la posibilidad de cambiar la denominación de “Enfermedades Crónicas No Transmisibles” por el de “Enfermedades Crónicas Prevenibles”.

El tercer eje que aparece ausente en la mayoría de las intervenciones es la interacción. Todos los hábitos que influyen en la salud, incluyendo la comida y el movimiento, trabajan al unísono. Los programas específicos han mostrado tener escaso éxito si no son parte de un plan maestro. La transversalidad de las acciones, su continuidad en el tiempo y su inserción en la educación tanto de niños como de adultos son los factores que deberían tenerse presentes en el diseño de todo acto de promoción de hábitos saludables. Estamos transitando de una era de enfermedades individuales hacia otra de enfermedades sociales.

Los actores de este cambio suelen agruparse en:

- * Los productores de alimentos: agricultores e industria
- * Los agentes de salud, en contacto con la población en hospitales, escuelas, dispensarios y diversas instituciones.
- * Las autoridades que regulan a todos los sectores

Suele olvidarse un efector común a todos ellos, los comunicadores, que a través de múltiples medios transmiten los mensajes dentro de cada uno de los sectores, entre todos ellos y desde allí a la sociedad en su conjunto. Probablemente el poder de la comunicación sea hoy el factor más importante de cualquier intervención.

Todos los actores están fuertemente comprometidos con la mejora de la situación de salud de la población. Los productores de alimentos no cesan de buscar nuevas alternativas para mejorar el perfil de sus productos sin desatender la demanda. Los profesionales de la salud han aumentado de un modo exponencial la investigación. Las autoridades han aceptado el desafío de trabajar hacia objetivos de largo plazo reordenando el complejo mundo de las regulaciones para la nueva situación. Los comunicadores aumentan el caudal de información aunque a veces de un modo desordenado y usando fuentes poco confiables.

Con el objetivo de revisar el panorama específico de la Argentina, en la Sociedad Argentina de Nutrición y con la colaboración de personalidades de todas las áreas, hemos actualizado el panorama en estos campos, comenzando por el estado nutricional, siguiendo por la actividad física y los hábitos culturales condicionantes, así como el rol de la comunicación, concluyendo con la formulación de recomendaciones para la continuidad de las iniciativas en la prevención de las enfermedades crónica.

ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVENIBLES Y NUTRICIÓN.

Los hábitos alimentarios de los habitantes del territorio de la República Argentina han experimentado diferentes cambios a través del tiempo.

Los pueblos originarios se alimentaban principalmente de la caza y de la pesca. En el siglo XVI los españoles introducen los primeros bovinos y ovinos, los cuales se reproducen libres y abundantemente en un suelo con buenas pasturas. También comienza la siembra de trigo, vides y frutales que son introducidos desde Chile. En el S. XVIII comienzan a instalarse en Buenos Aires las verdulerías y carnicerías que estaban ubicadas en la Recova y empieza también un servicio incipiente de “entrega a domicilio” que distribuye leche ordeñada en el momento, mazamorra, pasteles fritos, masas dulces, alfajores, roscas, aceitunas condimentadas con cebollas, aceites, pimientos y vinagre.

Desde el siglo XIX en adelante la principal comida hispano-criolla es la carne vacuna y en 1812 se instala en Ensenada (Buenos Aires) el primer saladero. El consumo de carne anual por habitante se encontraba en ese momento en 180 kg.

El menú de la población urbana comenzaba con un plato principal de asado o puchero, éste era una versión de la “olla podrida española” que contenía gallina, vaca, carnero, panceta, paloma, perdices, lomo de cerdo, longanizas, salchicha, liebre, y morcilla. Las verduras eran repollo, nabos, perejil y hierbabuena. Una porción contenía alrededor de 1.500 Kcal. Las frutas que se consumían eran peras, duraznos, naranja, sandía, melones e higos y los postres más comunes eran mazamorra, cuajada, natilla, yema quemada y arroz con leche. Las principales bebidas eran el vino carlón y sus variedades carlín y carlete que tenían el agregado de agua para abaratarlo. Las poblaciones más pudientes consumían “vino fuerte” traído desde San Juan.

El pan no era considerado un “buen acompañamiento de las comidas” pero era un alimento que diferenciaba a las clases sociales, el pan blanco era para las clases altas y las bajas consumían pan negro; recién después de 1850 se extiende el consumo de pan blanco a toda la población.

A fines del S. XIX con las llegadas de los inmigrantes comienza a ampliarse el hábito alimentario aunque la carne continúa siendo el plato principal, pero empieza a compartir su espacio con otros productos.

Los italianos introducen las pastas: fugazza, fainá, canelones, tallarines macarrones, ñoquis, capelettis y las salsas bolognesa, filetto, parmesana y el pesto. También las variedades de vinos nebiolo, barbera, chianti y toscano. Los catalanes introducen el puchero a la española reemplazando la gallina por carne de vaca y los garbanzos por porotos y maíz. Se incorporan como condimentos el pimentón, azafrán, cebolla y ajo. Los gallegos aportan potajes, empanadas y tortillas; los valencianos la paella, las distintas variedades de arroces, los mariscos y los mejillones saltados con tomate y pimientos. De las Islas Baleares se incorporan la ensaimada.

En el S. XX, la alimentación va tomando un matiz cada vez más cosmopolita pero conservando la carne su lugar de preeminencia, si bien su consumo per cápita disminuye

a 100 Kg. por año por habitante (1). Es más común la concurrencia a restaurantes en donde se van refinando cada vez más los platos de comida. En 1974 con la aparición de Pumper Nic, se instala el primer local de comidas rápidas de la Argentina. Posteriormente hacen su aparición Mc. Donalds en 1986 y Burger King en 1989, éstos dos últimos se mantienen hasta la actualidad. Asimismo, los denominados “tenedores libres” ofrecen la posibilidad de poder comer todo lo que uno quiera, lo cual también cambia el típico menú de 2 o 3 pasos en una hiperabundancia alimentaria.

Otro de los factores que colaboran con el cambio de hábitos alimentarios es la aparición desde fines del S. XX de los servicios de entrega a domicilio de los locales de comidas rápidas, pizzerías, casas de empanadas y rotiserías, los cuales producen que con solo un llamado telefónico llegue la comida hasta la puerta de su casa.

También cobra una gran importancia la cantidad cada vez mayor de mujeres que trabajan fuera de su hogar, teniendo un tiempo de permanencia menor en sus casas, lo cual ha producido que tengan que optar por alimentos de preparación más rápida y no siempre saludables como así también que carezcan del tiempo suficiente como para poder realizar una planificación alimentaria correcta y adecuada.

Otra modificación importante ha sido la sustitución de la clásica merienda de la tarde por gaseosas o jugos artificiales junto a alfajores o galletitas de alto tenor graso.

A partir del inicio del S.XXI, empiezan a generarse nuevos cambios: el consumo de carne vacuna disminuye a 53,7 Kg. por año por habitante (2), el consumo de pollo aumenta de 20 Kg. en 2003 a 39 kg. en 2011, mientras el consumo de pescados se mantiene estable en 10 Kg y el de cerdo es de 4,74 Kg. por habitante por año.

El consumo de pizzas también va en franco aumento. Según datos del Observatorio Turístico del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en 2011 la cantidad de locales habilitados para su comercialización es de 650 (3)

En cambio, según la 2a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), en el año 2009 a nivel nacional apenas el 4,8% de la población consumía la cantidad recomendada de 5 porciones o más por día de frutas y verduras, siendo el consumo promedio de 1 porción de frutas y 0,98 de verduras por día. El porcentaje de la población que consume frutas diariamente se mantiene en niveles bajos (36,3 % en 2005 y 35,7 % en 2009). En la misma medición el consumo diario de verduras cayó del 40 % al 37,6 %, mientras que la proporción de población que le agrega sal a las comidas pasó del 23,1 % al 25,3 % (4).

Argentina es un país cuya disponibilidad alimentaria registrada según Hojas de Balance (FAO) siempre ha variado entre algo más de 2850 Kcal y un poco menos de 3100 Kcal por habitante (5). Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el período 1985-1986, en el ámbito de la Capital Federal y Gran Buenos Aires, el consumo energético medio es de 2951 Kcal. /día por persona

OBESIDAD

Cuando queremos abordar el tema de la obesidad basándonos en trabajos científicos nos encontramos con que hay pocos datos oficiales al respecto.

El primer estudio publicado en nuestro país es el de la Dra. Perlina Winocour del año 1938. Este evalúa la población de 5° año del secundario de alumnos de la Ciudad de Buenos Aires y encuentra un I.M.C. promedio de 19,5 (6)

Otros dos estudios que efectúan un corte a esa edad pero, en ambos casos, tomando a la población que ingresa al Servicio Militar son los de Abeyá Gilardón y Lejarraga que evalúan 88.861 casos de la clase 1969 (7) encontrando un I.M.C. de 22 con una prevalencia de sobrepeso de 12,1 % y de obesidad de 2,6% , y el de Andrade, Calvo y Marconi de la clase 1975 que encuentran un sobrepeso de 15,4% y de Obesidad de 4,1% (8).

Los estudios más recientes realizados en adultos son: Hernández en la Ciudad de la Plata (Buenos Aires) sobre 809 casos con un valor de 37% global para sobrepeso y obesidad (9), en 1998 en Deán Funes (Córdoba) sobre 750 casos con valores de 39,3% para sobrepeso y 23,3% para obesidad, realizado por Braguinsky (10) el de Chávez y col. en 1998 en Venado Tuerto (Santa Fe) con 32,5 y 26,8% respectivamente (11).

A nivel Nacional en el año 2001 hay un relevamiento publicado en la Revista Argentina de Cardiología que informa de 36% de sobrepeso y 17% de obesidad (12). La Encuesta Nacional de Nutrición (ENNYS 2005) ha encontrado una prevalencia de sobrepeso de 24,9 % y de obesidad de 19,4 % en mujeres de 10 a 49 años. Las cifras de prevalencia de obesidad se incrementan con la edad, pasando de 5,8 % en las menores de 20 años a 31,5 % en las de 40 a 49 años.

La Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2009 publica que la población con sobrepeso pasó de 34,4% en 2005 a 35,4 % en 2009, mientras que la obesa aumentó significativamente de 14,6% a 18% en el mismo período (4). Los trabajos sobre las poblaciones de las clases 1967 (7) y 1975 (8) fueron realizados en 1987 y 1993 respectivamente, encontrando entre ellas un aumento del sobrepeso de 3,3% y de obesidad de 1,5%, lo cual marca un crecimiento muy importante y que tiene gran vinculación con los cambios de hábitos alimentarios de la juventud.

Es evidente, en vista de los datos citados, observamos que el aumento de peso guarda un correlato con la modificación de los hábitos alimentarios que hemos descripto anteriormente.

ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVENIBLES, ACTIVIDAD FÍSICA Y ESTILO DE VIDA

Un estilo de vida físicamente activo se asocia con buen control de peso, menores cifras de tensión arterial, menor incidencia de Diabetes y enfermedad cardiovascular, y mayor bienestar psicológico.

La falta de actividad física es ya un riesgo para la salud mundial y es uno de los problemas extendidos y en rápido aumento en los países tanto desarrollados como en desarrollo. Una gran parte de la población mundial realiza actualmente una actividad física insuficiente para mantener la salud física y mental. La disminución del desplazamiento caminando o en bicicleta que se realiza en medios de transporte público, y el uso masivo del automóvil y de otros medios mecánicos que ahorran esfuerzo físico ha contribuido enormemente a ello. En todo el mundo, las ciudades reservan espacios especiales para los vehículos automotores, en detrimento del dedicado a actividades recreativas. Los cambios experimentados por la estructura del empleo han alargado el tiempo de desplazamiento entre el domicilio y el trabajo, reduciendo paralelamente el tiempo disponible para comprar y preparar alimentos (13)

También se observa en las tareas domésticas que en las dos últimas décadas los cambios en el estilo de vida incorporan tecnología, requiriendo menos gasto energético en el ámbito familiar. Los datos que arroja el censo 2001 informan que cerca del 40% de los hogares en zonas urbanas cuentan con electrodomésticos como lavarropas automático, y cerca del 90% cuentan con televisor color con control remoto. No se cuentan con datos numéricos de otros electrodomésticos que requieren menor gasto energético como picadoras, licuadoras, pero que es de común conocimiento el aumento de estos en la población y la menor utilización de energía para dichas tareas cotidianas.

También el aumento y uso generalizado de ascensores y escaleras mecánicas, por la transformación edilicia de las sociedades modernas: menos casas como vivienda única familiar y mayor porcentaje de población que vive en edificios en las urbes.

Hay un gran cambio en las actividades recreativas desarrolladas en el tiempo libre, incorporando mayor cantidad de horas de televisión y video juegos, y disminuyendo actividades físicas y deportivas. Una de las actividades por excelencia que ocupa el tiempo recreativo es mirar televisión. En la Argentina de 10.6 millones de hogares, 9.5 millones tienen televisor y la mitad del total, 5.25 millones son abonados a la televisión por cable. El consumo de televisión en la Argentina alcanzó las 6 horas diarias en promedio, en el universo total de individuos medido por IBOPE, siendo uno de los más elevados en los países de la región.

Este hábito está presente tanto en adultos como en los niños por imitación de sus padres y falta de estímulo para la actividad física, deportiva- recreativa o juegos que impliquen involucrar el propio cuerpo.

Todo lo mencionado conforman los cambios sociales, culturales y antropológicos que han experimentado las sociedades actuales y desarrollando un ambiente obesogénico.

La disminución del gasto calórico que conlleva la reducción de la actividad física es probablemente uno de los factores que más contribuyen a la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad (13). La Red Nacional de Actividad Física y desarrollo humano del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (14) ha publicado 33 beneficios que se obtienen a través de una adecuada práctica de movimiento-ejercicio, entre ellas se encuentran evitar el sobrepeso y la obesidad.

RECOMENDACIONES SOBRE EL HÁBITO DE REALIZAR ACTIVIDAD FISICA

Los diferentes sustratos (glucosa y ácidos grasos) son utilizados en diferentes medidas durante la realización de actividad física. La predominancia de la utilización de uno u otro tiene que ver con la intensidad del ejercicio realizado. Durante ejercicios de corta duración (menos de 20 minutos) principalmente se utiliza glucosa como sustrato energético. En personas no entrenadas, durante ejercicios de baja intensidad aumenta el flujo sanguíneo hacia el tejido adiposo y permite una mayor movilización de ácidos grasos para poder ser utilizados como energía. Esto no se observa durante ejercicios de intensidades elevadas. Esta es la razón por la cual se recomiendan ejercicios de caminata moderada, bicicleta o natación, sin elevar la intensidad (para gastar ácidos grasos) y prolongarlos en el tiempo más de 30 minutos, para comenzar a utilizar las grasas. (15)

De acuerdo al Informe de FAO-OMS (13) del año 2003, en un simposio sobre la relación dosis-respuesta entre la actividad física y la salud se aportaron datos demostrativos de que 30 minutos de actividad moderada son suficientes en lo que atañe a la salud cardiovascular/metabólica, pero no respecto de todos los beneficios para la salud. Dado que la prevención de la obesidad es una de las metas de salud fundamentales, la recomendación de 60 minutos diarios de actividad física moderada se considera apropiada. La actividad de intensidad moderada se considera suficiente para lograr un efecto preventivo en la mayoría de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, si no todas, que se examinan en el Informe citado (13).

Por último, es importante mencionar que estas recomendaciones sobre actividad física son generales, por ello, es esencial evaluar responsablemente cuál es la capacidad individual de cada persona al momento de indicar y programar un ejercicio físico saludable.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en el año 2009 (16), el nivel de actividad física en el 55% de la población argentina (mayores de 18 años) resultó ser bajo, y al diferenciar por sexo, se observó que en el caso de las mujeres este nivel se elevaba a 58.6 % y en los hombres era del 55% (cuadro 1). En la encuesta ENNYS(17), realizada en el 2005, se encontró que una proporción importante de las mujeres de 10 a 49 años eran sedentarias en. El 54,0% (IC 95% 51,6 – 56,4) de ellas refirió no realizar actividad física o realizar actividades leves. Otros resultados de la ENNYS mostraron que el nivel de actividad física se relacionaba con su IMC: las mujeres con IMC normal eran las que presentan mayor actividad física.

Cuadro 1 Nivel de Actividad Física de la Población de 18 años y más por sexo. Localidades de 5000 y más habitantes. Total País. ENFR Noviembre 2009 (15).

Nivel de actividad física ¹			% Varones			% mujeres			
	% Total			% Varones			% mujeres		
Total del país	Intenso	Moderado	Bajo	Intenso	Moderado	Bajo	Intenso	Moderado	Bajo
	13,0	32,0	55,0	17,4	31,7	50,9	9,1	32,3	58,6

⁽¹⁾ El nivel de actividad física se constituye a partir de la cantidad de días por semana de actividad física y el tiempo empleado en realizarla

La Organización Panamericana de la salud publicó un documento (18) en el cual sintetiza las prioridades para la salud cardiovascular, dichas prioridades son congruentes con la Agenda de Salud para las Américas y con el Plan de Acción de la OMS para la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aprobado en el 2008. Entre algunas prioridades, acerca de la actividad física, menciona:

- * Implantar políticas sostenibles de planificación, transporte y seguridad urbanas para crear entornos que faciliten el disfrute de una vida físicamente saludable, activa y segura.
- * Promover intervenciones integrales y efectivas de reducción del sedentarismo y promoción de la actividad física en todos los grupos de edad y adaptadas al entorno urbano, a las condiciones de los lugares de trabajo y a las características socioculturales de la población.
- * Colaborar estrechamente con los medios de comunicación para difundir información precisa y basada en pruebas científicas entre la población general sobre los beneficios de la actividad física en la prevención y el control de las ECV.
- * Incentivar la formación de profesionales y la investigación en promoción de la actividad física.

PROGRAMAS QUE ESTIMULAN LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ARGENTINA

Existen programas en nuestro país que se han creado para generar un hábito de actividad física en la población. En octubre de 2008, el Ministerio de Salud de la Nación lanzó el Plan Nacional “Argentina Saludable” integrado por el “Programa Nacional de Control del Tabaco” y el “Programa de alimentación saludable y vida activa” para reducir los principales factores de riesgo a través de la promoción de hábitos saludables, la regulación de la oferta de productos y la promoción de entornos saludables. (19) Entre algunas de las campañas para alentar la actividad física se han realizado: Escaleras a la salud- una campaña para alentar la utilización de las escaleras en lugar del ascensor (20) y la campaña 100000 corazones para un cambio saludable –para promocionar la práctica

de actividad (21). Hace un tiempo el Programa Bicicletas de Buenos Aires tiene como objetivo fomentar el uso de la bicicleta como medio de transporte ecológico, saludable y rápido. (22) Otras actividades y campañas creadas para estimular el movimiento físico son “Buenos Aires en zapatillas” (23), “Plazas Activas” (24), “Barrios en Juego” (25), “Municipios saludables” (26), “Juegos BA 2012” (27), entre otras.

ENFERMEDADES PREVENIBLES Y COMUNICACIÓN

La obesidad es una grave epidemia a nivel mundial y las estrategias aplicadas para su prevención han dado pobres resultados. Numerosos factores ambientales se han asociado al riesgo de obesidad y es importante que todos ellos sean considerados en las políticas de prevención. Se ha demostrado que existe un nexo entre la publicidad de alimentos en televisión con la obesidad infantil. La gran cantidad de anuncios publicitarios de alimentos poco saludables dirigidos a los niños a través de la televisión y las repercusiones que esto podría tener en la salud, ha llevado a algunos países a legislar al respecto. Sin embargo, falta definir a nivel internacional un marco conceptual de referencia que permita una legislación que logre un impacto real en la prevención de la obesidad infantil. Así comienza el trabajo publicado por la SLAN (Sociedad Latinoamericana de Nutrición) que contiene una abrumadora suma de evidencias (28).

La información, la educación y la publicidad también pueden considerarse como factores ambientales y de un modo u otro moldean la demanda del público. Es por ello que la OPS recomienda en su documento Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud (DPAS), “Establecer directrices y normas para la comercialización y publicidad de alimentos dirigidas a los niños. Hay pruebas irrefutables de que la comercialización dirigida a los niños influye en sus preferencias y que la mayoría de los productos anunciados tienen un alto contenido de energía y grasas” (29).

Agrega que “Las iniciativas de la industria alimentaria para reducir el contenido de grasas, azúcar y sal de los alimentos procesados y el tamaño de las porciones, introducir más opciones innovadoras, saludables y nutritivas, y examinar las prácticas de mercadotecnia actuales podrían acelerar los beneficios para la salud en todo el mundo”

No contamos con estudios estadísticos de la publicidad de alimentos en Argentina, aunque puede servir como referencia lo investigado en otros países. Como Ejemplo en España la observación directa de los anuncios en programas infantiles mostraron que más del 30% de los mismos son de alimentos (30). Algunos observatorios privados hacen subir ese número al 40% (31).

Pero otros aspectos a ser tenidos en cuenta son los relacionados con el contenido y la forma. Los alimentos que se ofertan son muy energéticos y de poco valor nutritivo, generalmente ricos en azúcares simples y grasas. No hay anuncios de frutas, verduras o pescado u otros alimentos que serían la base de una dieta equilibrada.

Se suele asociar la ingesta de un determinado alimento con "ser el mejor". Igualmente suelen usarse variados estímulos de venta tales como regalos, concursos y similares alterando las razones genuinas de la elección de los alimentos. Considerando que los niños pasan más horas frente a pantallas que en la escuela, y que la mayor parte son televisivas, lleva a preguntarse quien es el verdadero educador de la actualidad. A pesar de ello se observa que en los últimos años hay empresas que han establecido políticas de autorregulación de su publicidad, especialmente dirigidas a niños, para mejorar la calidad del mensaje orientados a una comunicación más responsable.

En Chile, como parte de su compromiso con el Programa EGO Chile (Estrategia Global Contra la Obesidad) del Ministerio de Salud, las empresas de alimentos agrupadas en la Asociación Nacional de Avisadores, ANDA, acordaron junto al Consejo de Autorregulación y Ética Publicitaria, CONAR, introducir un nuevo articulado al Código Chileno de Ética Publicitaria en lo referente a la publicidad de alimentos y bebidas, especialmente aquella dirigida a niños (32).

La Academia Americana de Pediatría es concluyente en su posición sobre Obesidad y Medios. Entre los mecanismos por los cuales el tiempo de televisión se relaciona con la obesidad, mencionan (1) aumento del sedentarismo a expensas de actividad física; (2) alimentación inadecuada aprendida tanto del contenido de los programas como de la publicidad; (3) picoteo mientras se ve la pantalla y (4) interferencia con patrones normales del sueño. Hay docenas de estudios mostrando una correlación directa entre el tiempo de pantalla y obesidad (23).

La importancia de los estímulos que brinda la comunicación en los niños es esencial por su papel en la formación de hábitos que perdurarán probablemente por toda la vida. Pero el problema no termina con los niños, sino que recién comienza. Los adultos están igualmente expuestos a los medios, y aunque no hay estudios que lo hayan medido, probablemente la exposición sea aún mayor como consecuencia de los múltiples medios que deben ser considerados, incluyendo prensa oral y escrita, cartelera, Internet, contenidos de programas de la más variada naturaleza especialmente en formatos periodísticos o pseudocientíficos, y el mensaje casi continuo y subliminal del estímulo al consumo representado por imágenes, olores y sonidos provenientes de comercios y lugares de comida.

El marco legal en Argentina está dado por la ley 26.396 sobre la prevención y control de los trastornos alimentarios, mal llamada "ley de obesidad", que en sus artículos 11 a 14 regula la publicidad de alimentos y dietas. Aunque en algunos aspectos se han tomado iniciativas, tal como la regulación de las declaraciones de propiedades de alimentos saludables, en la práctica los aspectos publicitarios contemplados en la ley aún no han sido llevados a la práctica.

El comunicacionismo que vive el hombre contemporáneo ha llevado a inundar los medios con mensajes confusos sobre la nutrición y los hábitos de vida. Son pocos los medios que anuncian las acreditaciones y afiliaciones de los profesionales entrevistados, y menos aún las que las controlan. Todos parecen expertos y casi nadie lo es. En el afán de volverse mediático, lograr 30 segundos de fama o autopublicitarse con fines económicos, los medios cuentan con una inagotable agenda de comunicadores de dudoso valor dispuestos a la entrevista fácil. Estos deben buscar los referentes con solvencia académica para ser consultados.

Un punto esencial en la formación de hábitos de vida convenientes es regular de un modo efectivo la calidad de la comunicación. Esto comprende a todos los medios sin excepción, además de los contenidos y las formas de la publicidad de alimentos. Es una tarea que corresponde al mismo sector de la comunicación, que debería autorregularse de un modo eficiente para asegurar que los mensajes para la salud difundidos como parte de sus programas provengan de fuentes confiables, y que no se divulgue la publicidad fraudulenta de sustancias, objetos y servicios tales como suplementos o aparatos que desalientan una alimentación adecuada y la actividad física.

Los alimentos nos hablan. Para comenzar a acercarnos a una alimentación adecuada, es preciso actuar a lo largo de toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta el alimento final que se ingiera dentro o fuera de la casa. Centrar los esfuerzos solamente en la industria alimentaria equivale a ignorar la mayor parte de los estímulos obesogénicos de la cultura actual.

CONCLUSIONES

En el presente documento se analiza la relación entre la nutrición, los hábitos de vida saludables, la actividad física y la comunicación alimentaria en la población actual con la prevalencia de enfermedades prevenibles como obesidad, diabetes mellitus, hipertensión y aterosclerosis.

Entendemos por hábitos de vida saludable una serie de acciones que en su conjunto constituyen un estilo de vida y si bien practicarlos no garantiza el gozar de una vida más larga, pueden mejorar la calidad de vida así como disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles.

El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, principalmente, en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano muchas veces no planificado, explican las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad y con ello que las enfermedades cardiovasculares sean la primera causa de muerte. (18) Paralelamente es menester mencionar que en el 53° Informe de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS), se señala que las 4 enfermedades más importantes: cardiovasculares, cánceres, enfermedades pulmonares y diabetes, **son evitables en gran medida mediante un estilo de vida activo y saludable**, el cual determina la calidad de vida presente y futura de la humanidad.

Por otro lado los hábitos alimentarios actuales son determinantes de las enfermedades mencionadas, con su denominador común: la obesidad. Los cambios sociales que llevan a consumir alimentos de menor valor nutricional, y preparaciones menos saludables refuerzan lo antedicho.

Las modificaciones en el estilo de vida que se dieron a raíz de los cambios socio culturales traen aparejadas una serie de situaciones que inciden en forma directa en la salud.

Lo que inicialmente se toma como “mejoras” y/o “adelantos tecnológicos”, ya sea en lo referente a incorporar mayor tecnología en el área doméstica, electrodomésticos, medios de locomoción, ascensores, escaleras mecánicas, etc., vemos que se acompaña de un marcado aumento de enfermedades cuya raíz principal es el sedentarismo.

Lo aquí planteado estaría evidenciando que la población actual mantiene un bajo perfil de actividad, tal cual ocurre en la mayoría del mundo desarrollado o en vías de desarrollo, explicando la aparición de una “epidemia del sedentarismo”, comparable con varias regiones mundiales.

ACCIONES Y RECOMENDACIONES

Entre las acciones llevadas a cabo en Argentina podemos mencionar:

1. Planes Nacionales que incluyeron los Programas Argentina Saludable, Municipios Saludables, Argentina libre de tabaco, Kioscos saludables y Red Argentina de Educación Física.
2. Acuerdos con la Industria y las organizaciones científicas respaldando iniciativas internacionales como 100.000 corazones, América libre de trans y plan de reducción de Sodio.
3. Legislación tal como la ley de obesidad.
4. Planes diversos provinciales y municipales en consonancia con las iniciativas nacionales.
5. Iniciativas de referentes sociales y científicos tales como Nutrición 10 Hambre 0
6. Planes de Responsabilidad Social Empresaria tales como recreo delicioso (Kraft), Nutrimovil (Nestlé), Danone al cuadrado (Danone), Activarse (Pepsico), Actitudes (Quick Food) entre muchos otros

Las siguientes son propuestas y recomendaciones:

1. Articular los diferentes esfuerzos oficiales, privados, científicos y solidarios para que tengan una línea directriz común y sinérgica con metas concretas y herramientas de medición y control sistemáticas.
2. Estimular las acciones de responsabilidad social alimentaria proveyendo guías oficiales orientativas con estándares de calidad y buenas prácticas.
3. Enfatizar la prevención y no resignarse a la cronicidad.
4. Recuperar el tiempo perdido en la formación alimentaria de la población infantil incluyendo en la curricula escolar una materia específica sobre hábitos saludables a lo largo de todo el programa.
5. Reforzar la formación profesional en el abordaje de la problemática nutricional tanto a nivel general (médicos) como particular (especialistas).
6. Encarar el desafío de la hiperurbanización y la supermercadización.

7. Revertir la carga que pesa sobre la cadena alimentaria como factor de decisión de la calidad nutricional estimulando la producción, el desarrollo y la oferta de alimentos en sintonía con las políticas de salud.
8. Integrar la problemática que comprende el sistema de producción de alimentos, la comunicación responsable, el acceso a la comida en la casa y fuera de ella, y la actividad física.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Agrasar, Liliana: Breve historia de la alimentación en la Argentina. La colonia, la Inmigración, la globalización. Antropología de la Alimentación II. <http://www.fac.org.ar/fec/foros/cardtran/gral/Historia.htm>
- 2.- El consumo de carne por habitante fue el más bajo en 90 años. http://www.cronista.com/contenidos/2012/02/15noticia_0062.html
- 3.- Observatorio Turístico del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.
- 4.- Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Año 2011.
5. Britos *Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y Políticas Públicas: El caso Argentino 2001-2007*. Sergio Britos, Ramiro Costa. Encuesta Nacional de Nutrición ENNYS Documento de resultados 2007 http://msal.gov.ar/htm/site/ennys/pdf/ENNyS_Documento-de-resultados-2007-II.pdf
- 6.- Winocur, Perlina Peso y talla de escolares argentinos pertenecientes a la Ciudad de Buenos Aires. Rev. Higiene Med. Esc. Bs. As. 1943; N° 2 (Tomo II).
- 7.- Abeyá Gilardón EO, Lejarraga H. Prevalencia de obesidad en 88.861 varones de 18 años. Argentina, 1987. Arch Arg Ped 1995; 93: 71-79.
- 8.- 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.
- 9.- 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.
- 10.- Braguinsky J. Prevalencia de obesidad en América latina. Anales Sis San Navarra 2002; 25 (1): 109-115.
- 11.- 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.
- 12.- 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
- 13.- DIETA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. 2003.

- 14.- Red Nacional. Actividad física y desarrollo humano. Hacia una nueva cultura de la actividad física. Beneficios para el desarrollo humano. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de La Nación.
- 15.-Lopez Chicharro J, Fernández Vaquero A, Fisiología del ejercicio, 3ra edición, Editorial Médica Panamericana, 183-221, 2006.
- 16.- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 (ENFR). Secretaria de Promoción y Programas Sanitarios; Ministerio de Salud. Secretaría de Deporte, Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. <http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/65/h030225.xls>
- 17.- ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICIÓN Y SALUD. ENNyS 2005.
- 18.-Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. “Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores”. Washington, D. C.: OPS, 2011.
- 19.- Plan Argentina Saludable. <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/media/folleto.pdf>
- 20.- Ministerio de Salud Saludable. Escaleras a la Salud. <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/media/flyer%20escalera%20a%20la%20salud%20frente.pdf>
- 21.- Campaña 100000 corazones para un cambio. <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/100-mil-corazones-afiche.pdf>
- 22.- “Mejor en Bici”. <http://mejorenbici.buenosaires.gob.ar/>
- 23.- Buenos Aires en Zapatillas. http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/deportes/polideportivos/ciudad_deportiva.pdf
- 24.-Plazas Activas. http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/deportes/polideportivos/plazas_activas.pdf
- 25.-Barrio en juego http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/deportes/barrio_en_juego.pdf
- 26.-Municipios Saludables. <http://www.msal.gov.ar/municipios/>
- 27.-Juegos BA 2012. <http://www.deportes.gba.gov.ar/>
- 28.- González Hidalgo C. Atalah E. Regulación de la publicidad televisiva de alimentos para prevenir la obesidad infantil. ALAN 2011, 61-3 disponible <http://www.alanrevista.org/ediciones/2011-3/art9.asp>
- 29.- OPS - DPC/NUT/001-06
- 30.- Menéndez García RA et al - Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. Nutr. Hosp. v.24 n.3 Madrid mayo-jun. 2009
- 31.- www.ocu.org
- 32.- <http://www.ego-chile.cl/paginas/regulacion.htm>
- 32.- Policy Statement: Children, Adolescents, Obesity, and the Media - Council on Communications and Media. Pediatrics 2011; 128:1 201-208