

SIG·Obesidad NutriSSAN



GRUPO DE INTERÉS ESPECIAL
PARA EL ESTUDIO DE LA OBESIDAD
Red Latinoamericana de Soberanía y Seguridad
Alimentaria y Nutricional

Serie

Obesidad en las políticas públicas de países de América Latina:
ARGENTINA, BRASIL, COLOMBIA, CHILE Y ECUADOR

Esta es una producción colectiva apoyada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Innovaciones y Comunicaciones/Secretaría de Políticas y Programas de Investigación y Desarrollo/ Departamento de Políticas y Programas para la Inclusión Social/Red Nacional de Investigación (MCTIC/SEPED/DEPIS/RNP), Brasil. Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"(UNESP), Brasil. Universidad del Bío Bío (UBB), Chile. Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL), Ecuador

Obesidad en las políticas públicas de países de América Latina: Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador

Oliveira MRN¹, Weber TK¹, Araneda J³, Pinheiro AC⁴, González AL⁵, Popelka R⁵, Martínez-Espinosa RI², Castillo-Carrión MJ², García YP⁶, Muñoz ME⁶, Cardozo NO⁷, Santos IP¹.

1 *Universidad Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Centro de Ciencia y Tecnología en Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional UNESP/INTESSAN - Brasil.*

2 *Universidad Técnica Particular de Loja, UTPL, Departamento de Química y Ciencias Exactas - Ecuador.*

3 *Universidad del Bío-Bío, Departamento de Nutrición y Salud Pública, Facultad Ciencias de la Salud y de los Alimentos - Chile.*

4 *Universidad del Desarrollo, Facultad de Medicina-Clinica alemana, Escuela de Nutrición y Dietética - Chile*

5 *Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nutrición - UNC - Argentina*

6 *Programa de Nutrición y Dietética, Corporación Universitaria Remington, Colombia.*

7 *Programa de Post-grado en ciencias de los Alimentos y Nutrición, Escuela de Ciencias Farmacéuticas, Universidad Estadual de San Pablo, UNESP, Brasil.*

INTRODUCCIÓN

La obesidad se ha expresado como un fenómeno adjunto a la integración económica, tecnológica, socio-cultural y política, promovida por la globalización que ha afectado profundamente el estilo de vida de las personas (1). Está presente en todos los países, incluso en aquellos que aún conviven con la desnutrición y otros males provocados por la falta de acceso a los alimentos. Frente al acelerado avance de las prevalencias de obesidad, los países han desarrollado sus estrategias políticas para engranarlas conforme a los recursos disponibles disponibles, la gravedad percibida, prioridades y con-

cepciones de salud. Existe un consenso general y un cierto cúmulo de evidencias de que las inversiones deben priorizar medidas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Sin embargo, al tratarse de las políticas encauzadas a la obesidad no hay cómo dejar de lado sus comorbidades y las demandas que esa enfermedad crónica trae para los sistemas de salud y para las poblaciones, en cuanto a la calidad de vida y muerte prematura.

En este fascículo discutiremos cómo Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Ecuador vienen enfrentando el problema y proyectando sus políticas. En un primer momento, fue levantada información sobre las políticas existentes en los países y posteriormente fueron discutidas las convergencias y divergencias en un proceso online (SIG-Obesidad). En un segundo momento, fue

realizado un levantamiento de la literatura pertinente, para verificar cómo esas políticas han sido abordadas. Verificaremos que las directrices para esas políticas han sido emanadas de las agencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y Agricultura (FAO). Es necesario destacar que los esfuerzos de publicar resultados de la evaluación de esas políticas, han sido prioritariamente emprendidos por esas agencias, ya que la presencia de la academia en esos análisis ha sido tímida.

Las alertas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la gravedad y aumento progresivo de la obesidad en el mundo, clamando para que los países adopten políticas de contención del problema, recién comenzaron a finales del siglo pasado y principios de este (2,3), cuando toma énfasis en el discurso la transición nutricional en los países en desarrollo. En ese período se destacó la necesidad de abordajes multiniveles e intersectoriales, afrontando el problema de forma amplia, pero también direccionada, e incluyendo todos los sectores de la sociedad (3). La reducción de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles fue un compromiso asumido por los países en 2011 (4,5).

En paralelo, permanecieron los estímulos para que los países adoptaran políticas públicas de soberanía y seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo mecanismos para acabar con el hambre y las inequidades sociales. Sumado a eso, la concientización sobre las amenazas a la sostenibilidad de la vida en el planeta y la fuerte relación que eso tiene con las formas de producir y consumir alimentos, trayendo el foco a los sistemas alimentarios y ampliando aún más el abordaje de la nutrición en ese sistema. Un cambio de paradigma sucede, el ambiente alimentario gana visibilidad y las políticas se vuelcan para la transformación de los ambientes, como: la promoción de la oferta, acceso, consumo a alimentos saludables, prácticas corporales y de salud. La persona pasa a ser corresponsable y no la principal responsable en las acciones (6). Los aspectos relacionados al estado nutricional aparecen, se crea el término Sindemia Global para explicar la relación

entre desnutrición, obesidad y cambios climáticos (7). Así, los abordajes más amplios direccionados a toda la población ganan énfasis y comienzan a surgir evidencias de su efectividad.

En América Latina se presenta uno de los mayores índices mundiales de exceso de peso entre niño, niñas y adolescentes. Existe el reconocimiento de los esfuerzos hechos para controlar el problema en la región, ejemplo de eso han sido los programas de prevención a la obesidad infantil creados por Chile y Brasil, las iniciativas de reglamentación y control de la publicidad y propaganda destacándose etiquetado en Chile y de Ecuador; o la guía alimentaria de la población brasileña que valoriza los alimentos locales. Brasil y Ecuador han invertido en programas que incluye a la comunidad (6). En el tratamiento de la obesidad, además de una relativa efectividad de la cirugía en los casos más graves, los resultados de abordajes comportamentales y medicamentosos necesitan ser mejor evidenciados, para que puedan competir más fuertemente con los escasos recursos destinados a los servicios de salud frente a innumerables demandas. De este modo, los cuidados en todos los niveles de atención de salud puedan ser accesibles y más efectivos. En el ámbito de los sistemas de salud se debe enfrentar la obesidad a partir de la reglamentación de políticas en diferentes sectores (introduciendo la salud en todas las políticas y considerando los determinantes sociales de la salud), promoviendo acciones que abarquen a toda la población, como, por ejemplo, las que tienen que ver con la regulación de los mercados de alimentos; acciones en las comunidades, éstas protagonizadas por los cuidados primarios de salud; asistencia y tratamiento de la obesidad. Finalmente, cuando se agotan las alternativas, se presenta la cirugía asociada al tratamiento de la obesidad. Se suman a eso los esfuerzos que deben ser emprendidos para monitorear el perfil epidemiológico de la población y sus determinantes estructurales para tomar decisiones en las políticas públicas, que sean, en la medida de lo posible, basadas en evidencias de alto nivel.

La promoción de la salud, la prevención y cuidado del Sobrepeso y de la Obesidad, sucede en los tres niveles de asistencia a la salud. Dependiendo del Sistema de Salud de cada país y de las políticas adoptadas, los

servicios pueden ser ofrecidos de formas más o menos integradas entre los diferentes niveles de atención. También pueden ser, más o menos, particularizados y evidenciados en partes del sistema, o mejor aún, desde acciones comunitarias para la transformación de ambientes y para la construcción de habitabilidad con las que las personas tengan una vida saludable; incluso esos servicios pueden ofrecer cobertura en caso de cirugías bariátricas, un servicio de alta tecnología. Otras medidas trascienden los sistemas de salud, pero no se excluyen entre ellas como la diversificación de las dietas, la promoción y uso de alimentos nutritivos, la regulación del etiquetado nutricional en alimentos, publicidad y propaganda de alimentos, las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) y la valorización de la cultura, productos y culinaria local. También importan mucho los indicadores para evaluación de esas políticas, obtenidos por estudios transversales y de monitoreo continuo en los servicios

Panorama de América Latina

En 2014, la OMS divulgó que 30,0% de la población mundial sufría de obesidad y que esa proporción podría llegar a 50,0% en 2030, si no se hacía nada (8). En las Américas el 62,5% de los adultos presentan exceso de peso y el 28,6% son obesos y, por otro lado, 6,3% de los niños y niñas menores de 5 años tienen talla baja (9).

Siguiendo las directrices globales, en América Latina existen iniciativas que tratan la obesidad como un tema relevante en las políticas de seguridad alimentaria y nutricional y otras en que la obesidad es el tema central. En el ámbito de la Comunidad de los Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) el Plan para la Seguridad Alimentaria, Nutricional y de Erradicación del Hambre, CELAC 2025, establece líneas de acción que pasan por la gobernanza regional de las políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), agricultura familiar y campesina, protección social, inocuidad de los alimentos, mercados locales, alimentación escolar, desnutrición, ambientes alimentarios saludables, regu-

lación de las publicidades y de la industria de alimentos. Se busca la articulación campo-ciudad y un enfoque de género en la perspectiva del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA) (10).

El bienestar nutricional se basa en reducir la malnutrición por deficiencia de nutrientes y promover estilos de vida saludable. En ese ámbito, en un estudio realizado por la CELAC en 2017 fueron evaluadas 204 intervenciones en los países de AL. De esos, 28,0% abordaban la diversificación de la dieta; 25,0% la promoción del acceso a alimentos nutritivos; 19% se referían al etiquetado frontal de los alimentos; 13,0% las guías alimentarias basadas en alimentos (GABA); 12,0% a la regulación de la publicidad y propaganda de alimentos ultra procesados; 3,0% a la valorización de las culturas alimentarias tradicionales, mostrando que los países han emprendido esfuerzos en políticas de alcance poblacional y comunitario (11).

La plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional, organizada por medio de convenios de la FAO, la Comisión Económica para América Latina y Caribe (CEPAL) y la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI) funciona como un compendio de informaciones sobre políticas y programas de SAN en América Latina. Una visión general del contenido de esa plataforma muestra un panorama de las políticas de los países, en que es posible inferir algunas tendencias nacionales y el espacio que la obesidad ocupa en esas políticas. En Argentina, el foco está en la agricultura, cadenas de valor y sustentabilidad. Brasil enfatiza políticas de fortalecimiento de la agricultura familiar, en especial los programas de compras institucionales; como también resalta la transferencia de ingresos, la alimentación escolar y las políticas intersectoriales; la educación alimentaria y nutricional aparece como preocupación para la promoción de dietas saludables. En Chile, las políticas para alimentación saludable ganan relevancia, con énfasis en los escolares y en la regulación de la industria de alimentos y promoción de la oferta de alimentos saludables; hay aún políticas de protección social, desarrollo local y atención a enfermedades garantizada a enfermedades asociadas a la obesidad como es el caso de la diabetes. Por su parte, Colombia propone políticas de protección social a la pobreza

extrema, desarrollo rural con énfasis en la agricultura campesina y en la alimentación escolar, como también el plan de SAN es realizado. Finalmente, en Ecuador, la economía solidaria, la agricultura familiar, el abastecimiento alimentario, la desnutrición, el buen vivir y la biodiversidad son evidenciados, pues el país se enfoca en la erradicación del hambre y de la pobreza (12).

En América Latina y el Caribe 29,0% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza y 40,0% gana menos del 15,0% del total de los ingresos (13). Chile tiene de uno de los más bajos índices de pobreza y pobreza extrema de la región (10,7/1,4%), seguido de Brasil (19,4/5,4%), Argentina (24,4/3,6%), Ecuador (24,4/6,5) y Colombia (29,9/10,8%) (14). La pobreza y las inequidades refuerzan la doble carga de desnutrición y obesidad en esos países, demandando esfuerzos duplicados para garantizar la SAN y el DHAA. La preocupación con la obesidad ha sido relativamente proporcional a la renta de los países. De esta forma, en Chile, el problema ocupa un papel central en las políticas, lo que no se evidencia en los países que son más afectados por la pobreza.

Las inequidades en las Américas se presentan hace mucho tiempo, de este modo, la agenda de salud para el desarrollo sustentable exige estrategias que promuevan la equidad y sustentabilidad, por medio de abordajes intersectoriales, más allá de las fronteras sectoriales tradicionales. Las metas delineadas en los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) de la Agenda 2030 se concentran en la prevención de muertes y enfermedades y en la promoción de la salud y bienestar general, en la generación de ambientes que presenten beneficios a la salud (13). Por lo tanto, para la agenda de salud es necesario priorizar las ciudades y ambientes saludables, la colaboración intersectorial por múltiples actores, el fortalecimiento de los sistemas de salud para cobertura universal, el respeto por la equidad y los Derechos Humanos, la sustentabilidad financiera, la investigación científica e innovación, el monitoreo y la evaluación. Abordajes de esa naturaleza exigen intervenciones multinivel, reorientación de los servicios de promoción de la salud y bienestar, participación de las comunidades y empoderamiento de los individuos para controlar los determinantes de salud.

La OPS/OMS/FAO elaboraran un resumen de las políticas para la prevención del sobrepeso y de la obesidad a partir de lecciones aprendidas. Las principales políticas (15) recomiendan: la creación de sistemas alimentarios sustentables y sensibles a la nutrición que ofrezcan acceso físico, económico y social a una amplia variedad de alimentos frescos, sanos y nutritivos y que no coloque en riesgo el ecosistema y los recursos naturales; estímulo a la producción, venta y consumo de alimentos saludables; regulación de la producción y desestímulo al consumo de alimentos ultra procesados con elevado contenido de azúcar, sal y grasa por medio de medidas fiscales, regulación de la publicidad y etiquetado frontal de advertencia nutricional; estímulo al deseo de producir y consumir alimentos saludables; promoción y facilitación para la realización de actividad física como parte integral de una vida saludable.

En 2011, reconociendo que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tienen sus raíces en la pobreza, en la globalización de la promoción de productos perjudiciales a la salud y rápida urbanización y crecimiento demográfico, en una reunión de alto nivel de las Naciones Unidas, fueron pactadas medidas para ser adaptadas por los países miembros, que culminó en el Plan Global de Acción para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles 2013-2020. Compromiso asumido en 2011 para la reducción del 30% de las ECNT hasta 2030, entre los 10 indicadores aprobados y cuya evaluación fue refrendada en la 70ª Asamblea Mundial de Salud.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) y la OMS hicieron algunas consideraciones sobre la capacidad regulatoria de los países y el foco ha sido colocado en componentes de la dieta alimentaria, como la sal, la grasa y el azúcar, en el uso de tabaco, consumo excesivo de alcohol e inactividad física. El abastecimiento alimenticio más saludable y la regulación de la propaganda y de la industria de alimentos son enfatizados (8). Se prevé la lactancia materna, el incentivo para la producción y la disponibilidad de alimentos saludables, el desalentar al consumo de alimentos no saludables, la regulación del uso de sal, el cuidado en la alimentación de los escolares, la regulación del etiquetado de alimentos y de la propaganda, la creación de ambientes favorables y sistemas de transporte adecuados

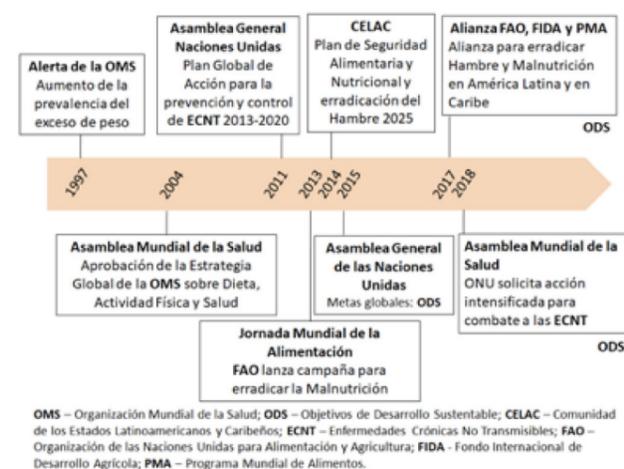
en las ciudades, el cuidado en cómo los niños y niñas pasan su tiempo. Aun así, es imprescindible promover intervenciones que faciliten las elecciones más saludables. Pero, para eso, deben prevenirse la corrupción y los conflictos de interés al implementar y evaluar los resultados de dichas intervenciones o políticas (8) en la composición de los alimentos/regulación (8). Del etiquetado, en la propaganda, en la disponibilidad y en el acceso de los alimentos/ en los servicios de alimentación, en los precios, en los acuerdos comerciales debe primar los conceptos de soberanía y salud.

Aún faltan estudios para dimensionar adecuadamente los costos de la obesidad en AL y sus intervenciones (16). En Canadá, las medidas económicas por medio de instrumentos como subsidios para la agricultura, impuestos a las bebidas azucaradas, subsidios para frutas y verduras, presentan resultados positivos. En general, las evidencias no son suficientemente fuertes y el proceso para obtenerlas es complejo, pero las políticas necesitan ser implementadas incluso con base en evidencia incompleta (17).

Los cuidados primarios de salud pueden caracterizarse por un modelo selectivo de atendimientos de casos prioritarios, constituirse en apenas uno de los niveles del sistema de salud, tener carácter amplio como el de la Declaración de Alma Ata, o incluso, pautarse por los Derechos Humanos (18). La Organización Panamericana de Salud, junto con la OMS, propone que los cuidados de salud sean innovados, tomando como referencia el cuidado integral, el enfoque centrado en el paciente, que las políticas sean multisectoriales y universales, que se disponga de sistemas de información y apoyo al automanejo, que las decisiones sean tomadas a partir de evidencias, que los cuidados sean realizados por equipos multiprofesionales y que se cuente con educación continuada (18).

El enfoque de “Salud en todas las Políticas” amplía el alcance de los cuidados primarios, incorporando los Derechos Humanos y la justicia social en la formulación de las políticas y obliga al sistema de salud al diálogo con otros sectores (19).

La preocupación con la obesidad infantil y con la alimentación escolar no es nueva. En 1995, la OMS creó el programa Salud en la Escuela, que viene siendo desarrollado en diferentes países. En 2014, el Plan de Acción para prevención de la obesidad en niño, niñas y adolescentes en América Latina fue propuesto por la OPS/OMS con las siguientes líneas de acción: I – Prioridad de la lactancia y de la alimentación saludable en los cuidados primarios de salud; II - Ambientes de nutrición y actividad física en las escuelas; III - Políticas fiscales de regulación del marketing y etiquetado de los alimentos; IV - Otras acciones multisectoriales (movilizar otras instituciones, acceso urbano a espacios recreativos, disponibilidad y acceso a los alimentos); V – Vigilancia, investigación y evaluación (20).



Abordaje de la obesidad en las políticas públicas de Argentina

En 2009, Argentina creó la Estrategia Nacional para Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles. El Plan Nacional Argentina Saludable, busca combatir de forma integral los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, entre los cuales la mala alimentación, la inactividad física y el uso de tabaco. Como también comprende el incentivo a los hábitos saludables, la promoción del acceso a pro-

ductos saludables, el incentivo a la lactancia materna, incluyendo la creación de centros de lactancia materna. Abarca también, estudios y acuerdos con la industria de alimentos para la reducción de la sal, azúcar y grasa de los alimentos procesados. Mientras tanto, en el foco individualizado, los adultos de 18 años o más que poseen el índice de masa corporal (kg/m²) por encima de 30 y presentan comorbidades, una resolución del Ministerio de la Salud garantiza los servicios esenciales básicos para el cuidado de la obesidad. En 2016, fue creado la guía de prácticas clínicas sobre diagnóstico y tratamiento de la obesidad en adultos (MAPEC). En 2017, la Declaración del Día Nacional de Lucha Contra la Obesidad busca fortalecer la agenda pública y concientizar a la población sobre esa problemática. En 2013, fue creado el Programa Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo, buscando construir habilidades personales, fortalecer las capacidades de las comunidades y crear ambientes favorables para las prácticas físicas. Como así también, mejorar la capacidad del sector de salud para el desempeño de sus acciones de forma coordinada y sustentable.

En 2016 fue creado el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. Contempla estudios para reducción de sal, azúcar y grasa en los alimentos procesados, facilitación de acuerdos con la industria alimenticia y estudios para etiquetado frontal de advertencia obligatoria; elaboración de recomendaciones para las industrias, así como recomendaciones y capacitaciones para preparaciones más saludable de alimentos en restaurantes y comercio en general; propuestas de prácticas saludables en las escuelas, propuesta de modificación de los currículos escolares, así como experiencias de quiscos saludables. El programa integra además de los estudios, estrategias de advocacy y capacitación para transformación de los ambientes y promoción de las prácticas saludables. La iniciativa Kioscos y Cantinas Saludables integra los Ministerios de Salud y Educación, comprende establecimientos escolares y de los alrededores, a partir de un sistema de acreditación.

La Guía Alimenticia para la población argentina fue actualizada en 2015, siendo basadas en alimentos,

contempla 10 mensajes educativos, destinado a la población de 2 años o más que enfatiza la formación de multiplicadores de los mensajes de la misma.

En la Ley de 2008, se declara el interés nacional para la prevención y el control de los trastornos alimentarios que comprende campañas en los medios de comunicación y actividades de educación alimentaria y nutricional en todos los niveles de educación, incluyendo también actividades con los padres, formación de agentes comunitarios y la detección de situación de vulnerabilidad para intervención precoz.

El Programa de Abordaje Integral de la Obesidad Infantil abarca el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, estrategias de atención integral y trabajo en red. En 2019, fue lanzado el Plan Nacional de prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes que adopta medidas educativas, de regulación, formación de multiplicadores, promoción de sistemas alimentarios sustentables, así como la promoción de normativas a nivel nacional y subnacional de reglamentación en torno de los productos alimenticios (21).

El Programa Nacional de Nutrición y Alimentación es una acción interministerial, que comprende los Ministerios de la Salud y de Desarrollo Social, prevé prevención de carencias nutricionales en la infancia y promoción de la lactancia materna, la educación alimentaria y nutricional de la población y, cuando sea necesario, la suplementación alimentaria. Además de eso, considera estrategias de producción y abastecimiento de alimentos. Los destinatarios son niños, niñas y adolescentes hasta 14 años, mujeres embarazadas y ancianos a partir de 70 años. El programa también tiene como directriz el monitoreo del estado nutricional de esa población. El propósito es garantizar el Derecho Humano a la Alimentación.

Otra acción intersectorial involucrando los Ministerios de Salud, de Agricultura, Ganadería y Pesca, de Desarrollo Social, las Cámaras de la Industria de Alimentación y Bebidas y otros organismos, tales como universidades y organizaciones no gubernamentales, en 2010, establecen el límite máximo de contenidos de grasas trans en los alimentos y como resultado del trabajo de

la Comisión intersectorial se lanzó la iniciativa “Argentina 2014 Libro de Grasas Trans”, destinada a reducir el consumo de estas grasas a través de diferentes vías.

El código alimentario argentino fue creado en 1971 y viene sufriendo constantes actualizaciones. El propósito primordial es garantizar la inocuidad de los alimentos. En este código, las normas para etiquetado y propaganda de alimentos fueran establecidas en 2017.

En las estrategias de cooperación de la OPS con Argentina (2017-2021), se destaca que cada jurisdicción tiene autonomía constitucional y como prioridad la promoción de la salud y las estrategias de los cuidados primarios de salud, llamando la atención para las inequidades sociales y para la transición epidemiológica y demográfica, con aumento de las enfermedades crónicas, con énfasis en la prevalencia de la obesidad, el elevado consumo de sal, grasas trans (22).

Se destaca la Ley 26.396 de septiembre de 2008 que aprobó una política de salud para la obesidad, mientras otros países, como, por ejemplo, Brasil viene tratando el tema de forma transversal. La obesidad es en tanto una enfermedad que demanda cuidados específicos y tiene implicaciones sociales que deben estar integrados en el contexto del Derecho Humano a la Salud y Dignidad (23).

Abordaje de la obesidad en las políticas públicas de Brasil

En Brasil, el conjunto de políticas y planes en el área de salud, alimentación y seguridad alimentaria ha recibido reconocimiento nacional e internacional (5). Las acciones de Brasil se desarrollan básicamente a partir del Sistema Único de Salud (SUS) y del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISAN) y Ministerio de la Salud, norteadas por la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) y Política Nacional de Promoción de la Salud y Política Nacional de Atención Básica dentro del Sistema Único de Salud (SUS). Ya el SISAN se ocupa de la articulación inter-

sectorial de las acciones, incluyendo otros Ministerios, entre ellos: Educación, Ciudadanía (hasta 2018, Ministerio del Desarrollo Social), Agricultura, Desarrollo Regional (hasta 2018, Ministerio de las Ciudades).

En la Política Nacional de Promoción de la Salud (2006, redefinida en 2014), incluye ejes relacionados a la alimentación saludable y actividad física considerando estrategias de alimentación en la escuela, prácticas alimentarias saludables y actividad física y ejercicio. La Política Nacional de Atención Básica fue redefinida en 2017.

Brasil en el 2005 presenta la Guía Alimentar de la Población Brasileña, reformulado en 2014 para privilegiar la cultura local, las elecciones basadas en alimentos in natura y desestimular el consumo de alimentos ultra procesados (24). Además de la guía, el Marco de Referencia para la Educación Alimentaria y Nutricional (EAN) fue una acción intersectorial que buscaba diferentes escenarios y actores de la EAN (25). La Matriz de Acciones de Alimentación y Nutrición de la Atención Básica de Salud (26), orienta las acciones al individuo, familia y comunidades de carácter universales y específicas. Busca promover la alimentación saludable con base en los determinantes sociales, de carácter intersectorial, de acuerdo a la necesidad de cada territorio en articulación con las diversas estructuras públicas y con la comunidad. Busca el desarrollo de habilidades y competencias que generen empoderamiento y autonomía de familias y comunidades.

Propuestas como la de regular y controlar la calidad e inocuidad de los alimentos o la de revisar el etiquetado nutricional obligatorio, son algunas de las acciones fuertemente pautadas como prioritarias para la revisión del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2016-2019 (27), junto al proyecto de Ley que regula la venta de bebidas azucaradas, la discusión sobre tasación de productos no saludables, el acuerdo voluntario para la reducción del sodio, la regulación de la producción y el desestímulo al consumo de ultra-procesados. La tendencia de debilitamiento del papel de los gobiernos en la formulación e implementación de medidas restrictivas es reconocida por la OMS desde 2004, desde entonces, en Brasil, esas iniciativas son

retomadas de tiempo en tiempo, pero con poca efectividad (28). El foco ha sido ANVISA que trabaja en las líneas de la inocuidad, calidad nutricional, publicidad y propaganda, etiquetado, regulación de la industria de alimentos, comunicación, educación y salud (29).

Brasil tiene una legislación para los sustitutos de la leche materna, legislación que regula la propaganda y los acuerdos con las industrias para la reducción de sal, azúcar y grasas de los alimentos. El avance brasileño hacia la regulación ha sido lento, ya que existe gran presión y lobby de la industria junto al gobierno. Existen, en el país, iniciativas extra-gubernamentales como es el caso del Observatorio de Propaganda de Publicidad de Alimentos del Instituto Brasileño de Defensa del Consumidor (IDEC), observados en las iniciativas de Etiquetado de Advertencia, en la tasación – conjuntos de proyectos (advocacy), en acuerdos voluntarios (poder, complejidad, presión corporativa), todo fuertemente pautado, pero con poca efectividad.

En los servicios de salud, el Sistema Único de Salud, ha hecho sus apuestas en la innovación de los cuidados primarios de salud. En 1999 fue creada la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN), reeditada en 2011. Sus directrices se orientan hacia la prevención y cuidado a los daños nutricionales en el contexto del cuidado integral, teniendo los servicios primarios como ordenadores de las acciones. En el ámbito de los cuidados primarios de salud, el Sistema Nacional de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN-WEB) dispone de mecanismos para el monitoreo antropométrico y de indicadores del consumo alimentario. La PNAN integra también los estudios transversales, que son conducidos por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBG). Las acciones de reglamentación de los alimentos previstas en la PNAN son de responsabilidad de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA/MS).

Además de la PNAN, en el ámbito del SUS, la estructuración de las Redes de Atención a la Salud (RAS), creó la Red de Atención a la Salud de las Personas con enfermedades crónicas y dentro de esa, las líneas de cuidado para el sobrepeso y obesidad, buscando orientar ese cuidado en todos los niveles de atención. Ese

proceso viene siendo conducido por la edición de porterías normativas y manuales de orientación y también iniciativas de formación (30).

En el país, la cirugía bariátrica, incluida en las líneas de cuidado al sobrepeso y obesidad creada en 2013, es un procedimiento de alta complejidad que vienen siendo cubiertas por el SUS desde 1999. En lo que se refiere a esta prestación, existe una política de gestión de las vacantes y regionalización de los servicios (31). En 2018, 20 de los 27 estados brasileños tenían líneas de cuidado. Cursos de perfeccionamiento, protocolos y 22 instituciones de educación fueron seleccionadas para apoyo en la implantación de las líneas de cuidado (28).

En el ámbito de los cuidados primarios a la salud están las iniciativas de promoción de la lactancia materna y alimentación en el primer año de vida que quedan por cuenta de la “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”, ampliamente difundida en la Red de Atención Básica del SUS. Además de esta, la “Estrategia nacional para la alimentación complementaria saludable” busca orientar los cuidados primarios en la alimentación a los menores de dos años, buscando el desarrollo de hábitos saludables. Brasil cuenta aún con una importante Red de Bancos de Leche Materna (27) y con la iniciativa “Hospital Amigo de los Niños y Niñas”.

Los cuidados primarios de salud en Brasil están organizados prioritariamente a partir de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), que privilegia la atención integral con base en la familia y comunidad en un territorio adscrito con mediación de agentes de salud. LA ESF cuenta con Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia compuestos por diferentes profesionales que prestan asistencia a varias unidades de salud de la familia. El NASF contempla, entre otros el profesional nutricionista, para la planeación y apoyo a las acciones de prevención y cuidado del sobrepeso y obesidad en la Atención Básica.

Los abordajes de la obesidad infantil han implicados acciones del Ministerio de la Educación y del Ministerio de la Salud. El Programa Nacional de Alimentación Escolar atiende el 20% de la población brasileña y tiene dispositivos para el incentivo de compras de la

agricultura familiar y valorización de los alimentos locales. Brasil es parte del Programa Salud en la Escuela y tiene un programa específico para la prevención de la Obesidad, el Programa “Crecer con Salud” (32). Esos programas buscan vigilancia a la alimentación saludable y prácticas corporales. Existen iniciativas estatales de reglamentación y promoción de la alimentación saludable en las escuelas. La EAN pasó a ser contenido obligatorio en las escuelas desde 2015, así como también el ENANI, que tiene el objetivo de evaluar las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria, el consumo alimentario, el estado nutricional antropométrico infantil, y durante la gestación, y la deficiencia de micronutrientes (hemoglobina, vitamina A, vitamina D, vitamina E, vitamina B1, vitamina B6, vitamina B12, folato, zinc, selenio y ferritina) entre niño y niñas brasileños menores de 5 años, según macro regiones del país, zonas rurales y urbanas, grupo etario y sexo (33).

En 2014, fueron establecidos el Pacto Nacional para la Alimentación Saludable y la Estrategia Intersectorial de Prevención y control de la Obesidad son iniciativas de la Cámara Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CAISAN), que articula el poder ejecutivo en el SISAN. La Estrategia se orienta por los siguientes ejes: 1) disponibilidad y acceso a alimentos adecuados y saludables; 2) educación, comunicación e información; 3) promoción de modos de vida saludables en ambientes específicos/territorios; 4) vigilancia alimentaria y nutricional; 5) atención integral a la salud del individuo con sobrepeso/obesidad en la red de salud; y 6) reglamentación y control de la calidad e inocuidad de alimentos (34).

En el ámbito de la agricultura existen programas de incentivo a la agricultura familiar y campesina (que involucra comunidades y pueblos tradicionales) y a la producción orgánica de alimentos. Los programas de compras institucionales de alimentos de la agricultura familiar buscan fortalecer y dar sustentabilidad al trabajo de los agricultores al mismo tiempo en que promueven el acceso a alimento fresco. Algunos equipos sociales como cocinas comunitarias, bancos de alimentos y restaurantes populares han buscado ampliar el acceso a alimentos, como huertas domésticas, plantas

medicinales, agricultura familiar, producción orgánica. Muchas iniciativas de promoción de prácticas saludables, en especial en las capitales, suceden debido al aumento del consumo de azúcar, grasa y sal en alimentos procesados (35).

También en este sentido están los Polos Gimnasios de la Salud, fomentado por el Ministerio de la Salud, y que se tratan de instalaciones de Gimnasios al Aire Libre, fomentada por el entonces Ministerio de las Ciudades (incorporado por el Ministerio de Integración Nacional, a partir de 2019) y el Programa Peso Saludable, un aplicativo para trabajadores, servidores públicos y empresas. Además de eso, existen iniciativas independientes protagonizadas por los municipios, tales como Agita São Paulo y CuritibaAtiva (31). Otras iniciativas son los estudios poblacionales, como la Investigación de Presupuesto Familiar (POF sigla en portugués) realizada con cierta regularidad (2003-4, 2008-9, 2017-8) (36), el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas por Encuesta Telefónica (VIGITEL), realizado anualmente por teléfono en las capitales de los 26 estados (37); la Pesquisa Nacional de Salud Escolar (PeNSE) (38), la Pesquisa Nacional de Salud de los Niño, Niñas y de la Mujer, la Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición Infantil, el Estudio Longitudinal de Salud del Adulto (ELSA- Brasil) (33). De esta forma, la disponibilidad de alimentos y espacios para actividad física favorece las prácticas para una vida saludable.

Brasil firmó un acuerdo internacional para el enfrentamiento de todas las formas de malnutrición en el ámbito del Mercosur y en el contexto de la Década de Acción de las Naciones Unidas para la Nutrición (2016-2025) (37). Como el SISAN, la Década reconoce que las principales causas de la malnutrición son complejas y multifactoriales, exigiendo coordinación intersectorial y el involucramiento de diversos actores por medio de sistemas de gobierno transversales y coherentes. Así, los planes y prioridades en seguridad alimentaria y nutricional en Brasil reafirman el compromiso con el enfrentamiento del exceso de peso y de la obesidad: detener el crecimiento de la obesidad en la población adulta, reducir en por lo menos 30% el consumo regular de gaseosas o bebidas azucaradas

y jugos artificiales y ampliar en por lo menos 17,8% el porcentaje de adultos que consumen frutas y hortalizas regularmente (9, 13, 28). Brasil firmó el acuerdo de acciones con las Naciones Unidas (ONU) sobre nutrición y con el Mercosur sobre sistemas de gobierno transversal y coherente.

En el Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las ECNT en Brasil (2011-2022) con ejes: vigilancia, información, evaluación y monitoreo, a pesar de los avances, la ordenanza No. 62 de enero de 2017 alteró la ordenanza 424, ocasionando un retroceso al desvincular la habilitación hospitalaria para asistencia de alta complejidad al individuo con obesidad de la obligatoriedad de aprobación de líneas de cuidado como un todo, la que tuvo una disminución presupuestaria (29).

Abordaje de la obesidad en las políticas públicas de Chile

El sistema de salud chileno, basado en los Objetivos Sanitarios y el Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, permite el desarrollo de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación en todos los niveles de atención. Éstos, funcionan con un modelo de programación entre niveles, que fortalece la integración de los establecimientos de salud de la red, con la finalidad de lograr asegurar que la población, a lo largo de su curso de vida, reciba un continuo de prestaciones desde la promoción de la salud, hasta la rehabilitación y servicios de cuidados paliativos. Dicho funcionamiento, es planificado detalladamente desde un nivel central en el Ministerio de Salud, con la propuesta de objetivos, metas e indicadores de cumplimiento por cada eslabón.

El documento marco que entrega los grandes lineamientos para las acciones en salud, es la Estrategia Nacional de Salud (ENS) (40), que tiene como principal objetivo el enfrentamiento de los principales problemas de salud de la población chilena. La ENS recoge la planificación sanitaria por períodos de 10 años, y la edición 2010-2020 se basa en cuatro grandes objeti-

vos sanitarios: 1) Mejorar la salud de la población; 2) Disminuir las desigualdades en salud; 3) Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud; 4) Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias. Para lograr estos Objetivos Sanitarios, se estipulan 9 Objetivos Estratégicos, los que incluyen resultados de salud asociados a enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, metas de salud intermediarias (como factores de riesgos o propias de etapas del ciclo vital donde se presentan vulnerabilidades específicas), entre otros (40). Estos lineamientos, pasan por procesos de revisión y actualización periódica a nivel central en el Ministerio de Salud. Por lo tanto, en el sistema de salud, los planes, estrategias, lineamientos técnicos entre otros deben acoger a las directrices establecidas en la ENS.

Diversas han sido las políticas, estrategias y planes implementados en el país en las últimas décadas, dirigidas a frenar el avance de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles y mejorar las condiciones de vida de la población.

Chile, ha sido pionero en la generación de regulaciones dirigidas a la implementación de ambientes alimentarios más saludables como por ejemplo: la Ley 20.780 (2014) (41), que aumenta el impuesto a las bebidas azucaradas; Ley 20.606 (2012) (42), que implementa el etiquetado frontal de advertencia y restringe la publicidad de alimentos altos en nutrientes críticos y su venta en los establecimientos escolares; Ley 20.869 (2018) (43), que complementa la regulación de la publicidad de alimentos altos en nutrientes críticos, además de regular la publicidad de fórmulas de inicio y de continuación; Ley 20.670 (2013) (44), que crea el Sistema Elige Vivir Sano y que busca promover hábitos y estilos de vida saludables, para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas; Ley 20.379 (2009) (45), que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo" y que es un modelo de gestión constituido por acciones y prestaciones sociales, destinadas a la población más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción multisectorial, para acceder a mejores condiciones de vida.

El país, también cuenta con lineamientos claros orientados a la promoción de salud y de una alimentación más saludable, tales como: Las Guías Alimentarias para la Población chilena, cuya última actualización fue el 2013 (46) y La Estrategia “Municipios, comunas y comunidades saludables” (2015) (47).

Además, Chile cuenta con programas de transferencia condicionada de distribución de alimentos saludables, orientados a grupos específicos de la población como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), que tiene sus inicios en los años 50 y su población beneficiaria son las embarazadas y puérperas, además de los menores de 6 años y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) cuyos beneficiarios son los adultos mayores de 70 años, que cumplan con los criterios establecidos por el Ministerio de Salud (48). Ambos programas, condicionan la entrega de alimentos, a tener sus controles de salud y cronograma de vacunas al día, estableciendo un ciclo integrado de prestaciones de salud. Por otra parte, el Programa de Alimentación Escolar (PAE) (47), es otro programa orientado a entregar alimentos saludables a la población más vulnerable de país y que está presente en las escuelas públicas y particulares subvencionadas.

A nivel de la Red Asistencial, en atención primaria de salud, existen varios programas destinados al tratamiento directo e indirecto de la obesidad a través del ciclo vital y principalmente enfocado a la promoción de hábitos saludables y disminución de factores de riesgo asociados a la obesidad, factores de riesgo cardiovascular, hipertensión, entre otros. A continuación, se mencionan los más destacados:

-Programa Salud Cardiovascular, tiene por objetivo reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular, entre los que se destaca la obesidad (49).

-Programa Vida Sana, en conjunto con el Programa de Salud Cardiovascular, trabajan articuladamente con el propósito de disminuir 3 de los factores de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares en la población, tales como: dieta inadecuada,

deficiente condición física y sobrepeso/obesidad en niños, niñas, adultos y mujeres post-parto de 2 a 64 años (50).

-Examen de Medicina Preventiva (EMPA), que contempla la detección de la obesidad en embarazadas, niños y niñas entre 2 y 5 años, en personas de 15 años y más (51).

-Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), que promueve el envejecimiento saludable e incluye la evaluación del estado nutricional de los mayores de 65 años (52).

-Programa de Lactancia Materna, destinado a la mujer y/o su hija o hijo en el proceso de amamantamiento. En torno a la obesidad, se trabaja bajo el entendido que la lactancia materna mejora el IMC y disminuye la probabilidad de desarrollar obesidad (53).

Las prestaciones relacionadas al tratamiento de la obesidad tanto a nivel secundario y terciario, se relacionan principalmente a las secuelas de los factores de riesgo asociados a la enfermedad. A nivel terciario, el país cuenta con una Norma de Manejo Quirúrgico del Paciente Obeso (2004).

Un reciente estudio realizado por el Ministerio de Salud indicó en sus principales conclusiones, varias brechas respecto a la integración entre la prestación realizada a nivel terciario y el seguimiento de los sujetos a nivel primario. Entre estas conclusiones, se destacan: La reducción efectiva del exceso de peso a corto plazo (81% de éxito), aunque el seguimiento después del año, es desconocido en un gran porcentaje de los pacientes; Escaso seguimiento a largo plazo de las comorbilidades y de las complicaciones nutricionales, ya que sólo un 26% de los pacientes sigue en control regular con algún profesional del equipo multidisciplinario; Baja indicación de suplementación nutricional, con baja adherencia de éstas a largo plazo; y Escasa información sobre derivación para seguimiento postoperatorio en las redes primarias de atención de salud (54)

La integración de estas y otras acciones son el gran desafío que encuentra el país para frenar el avance de la

obesidad e implementar ambientes alimentarios más saludables para la población (55, 56).

Abordaje de la obesidad en las políticas de Colombia

En Colombia existen varias políticas públicas, planes y programas que le apuntan a la prevención y tratamiento de la obesidad. En primera instancia está la ley 1355 de 2009 la cual define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. (57). En esta ley se despliegan diversas estrategias para la promoción de alimentación balanceada y saludable, el fomento de la actividad física y el deporte, la comercialización y regulación de alimentos con alto contenido calórico, las disposiciones para la educación alimentaria y nutricional a las poblaciones, las determinaciones frente al fomento de ambientes laborales saludables y de medios de transporte que promuevan la actividad física como las ciclo rutas; además, los actores responsables de la aplicación de las estrategias y el establecimiento de la coordinación y control de esta. Entre algunas de las actividades para la alimentación saludable se encuentran: la garantía de la oferta de frutas y verduras en establecimientos educativos públicos y privados del país, además seguir los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), para fomentar una alimentación y saludable y además el Gobierno se compromete a instaurar mecanismos para promover la producción y comercialización de frutas y verduras (57).

Por otro lado, con base a los cambios epidemiológicos, demográficos, a los objetivos de Desarrollo Sostenible y a los Determinantes Sociales de la Salud se crearon los objetivos y metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, resolución 1841 de 2013 (PDSP), la cual contempla un componente para la prevención y reducción del exceso de peso y sus comorbilidades en el país (58). Entre las dimensiones que le apuntan al abordaje del exceso de peso se encuentran dos dimen-

siones: vida saludable y la de Seguridad Alimentaria y Nutricional. En la Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles se plantea como objetivo, “Promover el desarrollo del marco político, normativo, estratégico transectorial y comunitario para el desarrollo e implementación de medidas y otras disposiciones que favorezcan positivamente las condiciones de vida y bienestar de las personas, familias y comunidades. Entre las metas de esta dimensión se observan: incrementar anualmente en un 10% el número de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras, aumentar progresivamente los impuestos para los alimentos y bebidas que no cumplan con las recomendaciones definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aumentar la actividad física global en población, estas metas son a 2021 (58).

Para dar cumplimiento a estas metas algunas de las estrategias que se plantea el PDSP para coadyuvar con la prevención del exceso de peso, es el desarrollo de regulación y control adecuado de la composición de alimentos procesados y bebidas, tendientes a disminuir los contenidos de sal-sodio, reducir las grasas totales, grasas trans, grasas saturadas, reducir azúcares añadidos, refinados y libres, entre otros nutrientes de interés en salud pública; además, la estrategia de la regulación de la publicidad, promoción, patrocinio y comercialización, que proteja, informe y eduque en hábitos y estilos de vida saludable, como alimentación y bebidas, entre otros, con énfasis en niños, niñas, jóvenes y adolescentes (58).

En la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional, uno de sus objetivos es lograr que la población colombiana consuma una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada y la meta a 2015, era disminuir a 35,9% la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres de 18 a 64 años; a 44,6% en mujeres de 18 a 64 años; y a 30,2% en mujeres de 13 a 49 años (58); sin embargo, de 2010 a 2015 el exceso de peso aumentó de un 51,2 a un 56,5% (59).

Con relación a la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONPES 113 de 2008) se plantea:

“La PNSAN plasmada en el documento del CONPES 113 de 2008, define dentro de su estrategia de Información, Educación y Comunicación para el abordaje de esta situación en el país, la actualización y difusión permanente de instrumentos de orientación alimentaria y nutricional como las Guías Alimentarias para la población colombiana, útiles para la prevención tanto de las enfermedades originadas por el déficit de consumo de energía o nutrientes específicos, como de las ECNT relacionadas con la dieta, cuya prevalencia es cada vez mayor”.

De esta política se despliega el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el cual tiene entre sus objetivos lograr que la población colombiana consuma una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Ante esto se han logrado diferentes avances, y un ejemplo de estas experiencias en el país, específicamente en el Departamento de Antioquia es el Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia (MANA) que se constituyó en una política de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Antioquia. El Plan MANA tiene un reconocimiento nacional e internacional como proceso articulador y de compromiso intersectorial, debido a sus logros en la disminución de la mortalidad y morbilidad por desnutrición infantil, además del empoderamiento de la comunidad, y la importancia de la promoción, la prevención, la detección temprana y la recuperación nutricional.

En un estudio de la FAO, el CELAC que analizó experiencias de bienestar nutricional en América Latina, Colombia fue observada en profundidad, destacando las intervenciones en el retardo del crecimiento y de la anemia entre los niños y niñas, así como en las mujeres en edad fértil y en la Obesidad y Sobrepeso en la infancia e Sobrepeso. Enfatizando en la doble carga de enfermedades en el país. Se consideraron estrategias como el MANA o PROSPERA que hacen parte de la Cruzada Nacional contra El Hambre y TUS que es parte del Plan de Equidad (11). En 2004, Medellín implementó su iniciativa de transformación urbana con participación cívica, equidad, sustentabilidad, innovación social y tecnológica. Sus iniciativas fueron internacionalmente reconocidas con programas de acceso a la educación, vivienda, infraestructura, empleo, reducción de la criminalidad, desarrollo económico y calidad de vida. Además de la innovación de la ciencia y tecnología integrando la academia y el sector privado (13).

Con base a la ley, Política y Resolución anterior se establecen en Colombia las Guías alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS) (60), y la resolución 3803 de 2016 - Recomendaciones de Ingesta de energía y Nutrientes (RIEN) (61), las cuales tienen los objetivos de contribuir al fomento de estilos de vida saludables, al control de deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y a la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación y la de promover una dieta equilibrada que aporte la cantidad y calidad necesaria de energía y nutrientes.

Otro asunto importante que está siendo debatido actualmente en Colombia es Etiquetado frontal de alimentos. Actualmente no existe una regulación exigente en cuanto a cómo deben ser los etiquetados de los productos alimenticios que se venden en los supermercados, negocios medianos y tiendas, y que son, por supuesto, del consumo diario de la población. La apuesta del proyecto de Ley 214 de 2018 es implementar una normativa similar a la que se ha establecido en otros países de América Latina con las etiquetas de los alimentos, con una información clara sobre los alimentos procesados que están comprando los consumidores.

Después de diálogos sostenidos con la sociedad civil, la academia y la industria, el Gobierno Nacional construyó una propuesta basada en la evidencia para el etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos envasados para consumo humano, como una nueva estrategia para la promoción de la salud pública. El último paso en la adopción del etiquetado nutricional en Colombia deberá darse en mayo de 2021 y su obligatoriedad, se estima, comenzará en noviembre de 2022. Estas disposiciones se implementarán en un tiempo aproximado de 18 meses una vez se expida la resolución para que la industria realice los ajustes pertinentes (62).

Por otro lado, La ley 100 de 1993 que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, realiza un manejo asistencial del Exceso de peso, para ello se cuenta con las Guías de Práctica Clínica para la prevención diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad cuyo objetivo es “Ofrecer recomendaciones basadas en la evidencia para la pre-

vencción del sobrepeso y la obesidad en niños, adolescentes y adultos, así como el manejo del sobrepeso y la obesidad en la población adulta, que sirvan de herramienta para la toma de decisiones por parte de los profesionales involucrados y sus pacientes en el abordaje integral de esta condición”. Estas guías comprenden un manejo interdisciplinario del exceso de peso, se incluye el tratamiento nutricional, psicológico, prescripción de la actividad física, tratamiento médico en el cuales e incluyen tratamiento de comorbilidades y causas secundarias, además medidas farmacológicas y la cirugía bariátrica (63).

En Colombia existen muchas Leyes, Políticas, Planes y estrategias que ordenan, promueven y vigilan las condiciones de la alimentación de la población, sin embargo, la lucha de poderes económicos y la corrupción de algunos sectores hacen que el avance en este ámbito sea en muchas ocasiones lento y frustrante. Se hace necesario desde la academia seguir aportando evidencia que promueva cambios contundentes en el sector público y privado en pro del mejoramiento de las condiciones alimentarias y nutricionales del país y que así, con base a unas necesidades de un país en transición se puedan modificar las metas y los indicadores que en cada periodo de gobierno se ambicionan.

Abordaje de la obesidad en las políticas de Ecuador

Entre los desafíos para la Seguridad Alimentaria y Nutricional del país están las enfermedades crónicas, el bajo nivel educativo y la pobreza entre adultos mayores (64), así como la doble carga de malnutrición en niños y niñas indígena (65). Para enfrentar esos y otros problemas de salud prevalentes en la población, Ecuador adoptó un modelo de atención integral a la salud, el MAIS-FCI - Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. Este modelo reorientó los servicios priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El MAIS-FCI enfatiza la participación organizada de los sujetos sociales; busca fortalecer los procesos de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos en los 3 niveles de

asistencia; la atención de calidad con profundo respeto a las personas en su diversidad y entornos.

La Política Nacional de Enfermedades No Transmisibles fue creada en 2017. Los factores de riesgo que reciben atención especial en la vigilancia en salud son el uso del tabaco, el consumo abusivo del alcohol, el exceso de peso corporal y la hipercolesterolemia. Las acciones fueron programadas para el nivel individual y familiar, de los profesionales de salud, de la población en general y de cambio organizacional, con acciones de formación e información, instrumentalización de los equipos, estratificación y riesgo, y trabajo interdisciplinario.

Para la población infantil, el Ministerio de la Salud presenta Guías de Normas y Protocolos de Alimentación para niños y niñas menores de 2 años (66) con atención en la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. En 2017, el Ministerio de la Salud publicó la Guía “de la Concepción a los 5 años”, orientando los cuidados para la maternidad segura y la primera infancia (67). Otras publicaciones dirigidas a la población infantil son: Guías de Normas y Protocolos de Alimentación y Crecimiento para Niños y Niñas Menores de 5 años y de 5 a 9 años, y Guías de alimentación a los escolares, que busca asegurar ambientes favorables en las escuelas. Este último reglamenta el funcionamiento de los comedores escolares en cuanto a la calidad higiénica y nutricional de los alimentos y la promoción de hábitos alimentarios saludables. De manera específica las Normas de Nutrición Primaria y Control del Sobrepeso y la Obesidad en Niños y Niñas, Adolescentes, Docentes y Padres de Familia. En Ecuador la malnutrición, tanto por exceso como por déficit, representa uno de los principales problemas de salud pública para los niños y niñas menores de 5 años. Así, esos manuales orientados por criterios de la OMS han ayudado al trabajo de los padres, en la educación nutricional y alimentación de los niños y niñas.

Para las gestantes las Normas, Protocolos, Consejería para Programas de Atención Nutricional para Embarazo y Parto, orientan a los profesionales de la salud de los servicios públicos y privados. Relativo a la lactancia materna se cuenta con las Normas y Protocolos para manejos de bancos de leche humana, para la inicia-

tiv de Hospital Amigos del Niño y las normas para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales en los sectores públicos y privados en Ecuador incentivan la lactancia materna y orientan a los profesionales de salud. Ecuador también se ha empeñado en la vigilancia del cumplimiento del código internacional de comercialización de sustitutos de leche materna.

La Estrategia Agita tu Mundo busca colocar en movimiento las entidades y organizaciones para el mejoramiento del estado de salud y ambiente laboral, con la intención de generar al medio y largo plazo hábitos y conductas favorables a la salud y bienestar individual y colectivo. Ecuador también ha incentivado a los restaurantes para que asuma la responsabilidad de volverse espacios donde se potencialicen las prácticas saludables. Al fomentar la alimentación saludable, generan la conciencia y responsabilidad de la población en el momento de escoger los alimentos.

El Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para consumo humano, busca regular y controlar el etiquetado de alimentos procesados para facilitar a los consumidores la elección informada de alimentos. El modelo adoptado por el Ecuador es el de Semáforo, en un estudio revela que el conocimiento en sí fue alto, pero el uso fue bajo (68).

En la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Ecuador fue aprobada en 2009 (69), entre las estrategias para garantizar el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA), el fortalecimiento de la agricultura campesina aparece como prioridades (70).

Existen iniciativas locales de promoción de la salud y prevención de la obesidad como, por ejemplo, la evaluación de factores de riesgo y sustentabilidad genética realizada por la Universidad Particular Técnica de Loja junto a la comunidad académica.

Ecuador ha recibido reconocimiento por los esfuerzos para el control de los alimentos y otras iniciativas. El desafío que el país enfrenta es fortalecer el sistema de salud para una efectiva asistencia integral, dejando atrás el abordaje médico esencialmente curativo.

Resultados de monitoreo externos de las políticas

En el cuadro 1 se muestran algunos indicadores de evaluación de las políticas públicas adoptadas por los países para la promoción de la salud y prevención de la obesidad. En 2017, la OMS publicó un documento sobre el monitoreo de los avances en materia de los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles. Se trata de una evaluación parcial del cumplimiento de las metas asumidas por los gobiernos para el enfrentamiento de las ECNT hasta 2030, observando 8 indicadores, que incluyen el control de factores de riesgo en la alimentación y la promoción de la actividad física, cuadro de esos indicadores referentes a la alimentación. Se verifica que los cinco países en análisis emprendieron esfuerzos, atendiendo total o parcialmente los compromisos en la evaluación realizada (71).

En un estudio publicado en 2018 fue realizada una evaluación sobre las medidas regulatorias para reducción del azúcar en bebidas azucaradas (72). Las iniciativas varían de un país a otro. En esta evaluación Ecuador aparece como el país que presentó todas las iniciativas evaluadas.

Una revisión del Plan de Acción de la OPS/OMS para la prevención de la obesidad en niños, niñas y adolescentes para 2014-2019 apuntó avances en algunos países (9). Sin embargo, aunque la región haya avanzado, le falta mayor voluntad política y liderazgo para crear e implementar leyes y políticas capaces de transformar los ambientes y reducir la doble carga de malnutrición que existe en América Latina y Caribe (9).

Esas evaluaciones son importantes para corregir el rumbo de las políticas, reforzar las recomendaciones para que los países elaboren e implementen sus políticas y, principalmente, para reconocer los esfuerzos emprendidos por los gobiernos. No obstante, algunas veces la fragmentación de las acciones entre las instancias políticas y la ausencia o descentralización de la coordinación de estas acciones, así como la falta de registros, surgen como factores limitantes para esas evaluaciones.

Cuadro 1. Indicadores monitoreados por agencias internacionales – Resultados para Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Ecuador (2017-2019).

Indicador	Presencia en los países				
	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador
Políticas para reducción del consumo de sal/sódio ¹	Sí	Sí	Sí	No sabe	Parcialmente
Políticas para limitación de los ácidos grasos trans en los alimentos industrializados ¹	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Regulación de la propaganda de alimentos y bebidas dirigidas a los niños y niñas ¹	No	Sí	Sí	No	Sí
Incorporación del Código Internacional para la Comercialización de los Sustitutos de Leche Materna en las regulaciones locales ¹	Parcialmente	Sí	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente
Sensibilización para prácticas de actividad física ¹	No	Sí	No	No sabe	Sí
Restricción en las escuelas de alimentos altos en azúcares y bebidas azucaradas ²	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Restricción de la publicidad y marketing de alimentos altos en nutrientes críticos ²	No	Sí	Sí	No	Sí
Regulación para las compras de alimentos con fondos públicos destinados a las escuelas ²	No	Sí	No	No	Sí
Etiquetado frontal de advertancia ²	No	No	Sí	Sí	Sí
Programa de alimentación escolar que atiende las necesidades nutricionales de los niños y niñas ³	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Normas que limitan los alimentos ultra procesados, ricos en energía y pobres en nutrientes en las escuelas ³	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Al menos 70% de las escuelas tienen agua potable ³	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Indicador	Presencia en los países				
	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador
Existe abordaje multisectorial para la implantación en el plan de acción de la OPS, 2014 ³	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Existe programa “Calles Libres” ³	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hay incentivo a nivel nacional para la agricultura familiar ³	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hay tasación de bebidas azuradas ³	No	No	Sí	No	Sí
Hay regulación del marketing de alimentos y bebidas para niños y niñas ³	No	No	Sí	No	Sí
Hay normas para etiquetado frontal de advertencia ³	No	No	Sí	No	Sí
Al menos 50% de las maternidades presentan certificado de hospital amigo de los niños y niñas ³	No	No	No	Sí	No
Reportes regulares de la prevalencia de obesidad y/o consumo alimentario entre gestantes, niños, niñas y adolescentes.	No	No	No	Sí	No
Monitoreo del marketing para substitutos de la leche materna ³	No	No	No	No	Sí

1OMS, 2017 (71); 2Bergallo et al., 2018(72); 3Grajeda et al, 2019 (9); Caisan, 2014 (34).

Consideraciones finales

Los cinco países siguen directrices relativamente semejantes, buscando atender los consensos internacionales liderados por la OMS y la FAO. Sin embargo, el cuadro epidemiológico y los sistemas gubernamentales de las políticas públicas, así como los recursos disponibles direccionan y dan característica particulares al conjunto de políticas de cada país. En Argentina el cuidado a la persona obesa y los trastornos alimenticios tienen características particulares y políticas específicas pioneras. En Brasil se cuenta con un gran conjunto de políticas, destacándose las políticas intersectoriales mientras que la regulación de alimentos es frágil. El punto fuerte de Chile es la promoción de la alimentación saludable con fuerte componente de regulación. En Colombia el énfasis ha sido colocado en los niños y niñas. Y en Ecuador los niños y las niñas y la regulación de los alimentos se destacan. Todos los países tienen políticas específicas para el cuidado de los niños y para las niñas.

Bibliografía

1. García CM. Association of globalization in its different dimensions with overweight and obesity: an analysis in 10 Latin American and Caribbean countries. *Salud Publica Mex* 2019; 61 (2): 174-83.
2. Organización Mundial de la Salud. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity. Ginebra: WHO; 1997. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63854>. Acceso: 13 de enero de 2020.
3. Organización Mundial de la Salud. Global strategy on diet, physical activity and health. Ginebra: WHO, 2004. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43035/9241592222_eng.pdf. Acceso: 3 de mayo de 2020.
4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025. 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 21 de septiembre de 2012; Washington (DC), Estados Unidos. Washington, DC: PAHO; 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022&Itemid=39541&lang=es. Acceso: 4 de febrero de 2020.
5. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf. Acceso: 11 de enero de 2020.
6. Kline L, Jones-Smith J, Jaime-Miranda J, Pratt M, Reis RS, Rivera JÁ, et al. A research agenda to guide progress on childhood obesity prevention in Latin America. *Obes Rev* 2017; 2, (2): 19-27.
7. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet* 2019; 393 (10173): 791-846.
8. Organización Panamericana de Salud. Noncommunicable Disease Risk Factors in the Americas: Considerations on the Strengthening of Regulatory Capacity. REGULA Technical Reference Document. Washington, DC: PAHO; 2015. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10024/9789275118665rev_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=1

- d=y. Acceso: 10 de abril de 2020.
9. Grajeda R, Hassell T, Ashby-Mitchell K, Uauy R, Nilsone E. Regional Overview on the Double Burden of Malnutrition and Examples of Program and Policy Responses: Latin America and the Caribbean. *Ann Nutr Metab* 2019; 75 (1): 139–43.
 10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Asociación Latinoamericana de Integración. Plan para la Seguridad Alimentaria, Nutrición y Erradicación del Hambre de la CELAC 2025: resumen ejecutivo. Roma: FAO; 2015. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4493s.pdf>. Acceso: 10 de enero de 2020.
 11. Comunidade de estados Latinoamericanos y Caribeños, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Estudio para identificar y analizar experiencias nacionales que fomenten el bienestar nutricional en América Latina y el Caribe: documento técnico. Roma: CELAC, FAO; 2018. Disponible en: <http://www.fao.org/3/i8901es/I8901ES.pdf>. Acceso: 10 de febrero de 2020.
 12. Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). Plataforma CELAC. Disponible en: <https://plataformacelac.org/>. Acceso en febrero de 2020.
 13. Fortune K, Becerra-Posada F, Buss P, Galvão L, Contreas A, Murphy M, et al. Health promotion and the agenda for sustainable development, WHO Region of the Americas. *Bull World Health Organ* 2018; 96 (9): 621–26.
 14. Comissão Econômica para América Latina e Caribe. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2019. Santiago: CEPAL; 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45353-anuario-estadistico-america-latina-caribe-2019-statistical-yearbook-latin>. Acceso: 15 de mayo de 2020.
 15. Organización Pan-Americana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad: Lecciones aprendidas. Washington, DC: PAHO, WHO; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34941/OPSNMH17040_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acceso: 24 de abril de 2020.
 16. Milliken OV, Ellis VL. Development of an investment case for obesity prevention and control: perspectives on methodological advancement and evidence. *Rev Panam Salud Pública* 2018; 42 (1): 62-73.
 17. Faulkner GE, Grootendorst P, Nguyen VH, Andreyva T, Nicitopoulos KA, Auld MC, Cash SB, et al. Economic instruments for obesity prevention: results of a scoping review and modified Delphi survey. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011; 8(1): 109-23.
 18. Organización Pan-Americana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde. Washington, DC: PAHO, WHO; 2007. Disponible en: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965#:~:text=O%20documento%20de%20posicionamento%20%E2%80%9Crenova%3%A7%C3%A3o,idade%2C%20etnia%2C%20n%C3%ADvel%20social%20ou. Acceso: 4 de mayo de 2020.
 19. Bueno RE, Moysés ST, Bueno PAR. Diálogos Intersetoriais: Pontes Estabelecidas na revisão da política nacional de promoção da saúde. *RECEI* 2017; 10 (2): 51-9.
 20. Organización Mundial de la Salud. Plan of action for the prevention of obesity in children and adolescents. In: 66th Session of the Pan American Health Organization Executive Committee. Washington, DC: WHO; 2014. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49138/obesity-plan-of-action-child_eng_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acceso: 12 de abril de 2020.
 21. Argentina. Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social. Plan Nacional de prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes (Plan ASÍ). Buenos Aires: MS, MDS; 2019. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001559cnt-2019-04_documento-marco_plan-asi.pdf. Acceso en abril de 2020.
 22. Organización Pan-Americana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia de cooperación de la PAHO/WHO con Argentina 2017-2021. Washington, DC: PAHO, WHO; 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34360/OPSARG17023_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acceso: 18 de mayo de 2020.
 23. Arbex AK, Rocha DR, Aizenberg, M, Ciruzzi MS. Obesity epidemic in Brazil and Argentina: a public health concern. *J Health Popul Nutr*, 2014; 32 (2): 327-34.
 24. Brasil. Ministerio de Salud. Guia alimentar para população brasileira. Brasília: MS; 2014. Disponible en: http://bvsmg.saude.gov.br/bvsmg/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acceso: 4 de abril de 2020.
 25. Brasil. Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: MDS; 2012. Disponible en: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/marco_EAN.pdf. Acceso: 4 de mayo de 2020.
 26. Brasil. Ministerio de Salud. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: MS; 2009. Disponible en: http://bvsmg.saude.gov.br/bvsmg/publicacoes/matriz_alimentacao_nutricao.pdf. Acceso: 28 de abril de 2020.
 27. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr* 2011; 24 (6): 809-24.
 28. Pinheiro MC, Moura A, Bortolini GA, Coutinho JG, Rahal L, Bandeira LM, et al. Abordagem intersectorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. *Rev. Panam. Salud Pública* 2019; 43(1): 58-65.
 29. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23 (6): 1829-36.
 30. Brasil. Ministerio de Salud. Organização regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Brasília: MS; 2014. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf. Acceso: 10 de abril de 2020.
 31. Barros F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS)? (Parte II). *Rev. Col. Bras. Cir.* 2015; 42 (3): 136-37.
 32. Brasil. Ministerio de Salud. Programa Crescer Saudável 2019/2020. Brasília: MS; 2019. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/instrutivo_crescer_saudavel_2019_2020.pdf. Acceso: 4 de abril de 2020.
 33. Brasil. Ministerio de Salud. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani). Brasília: MS; 2019. Disponible en: <https://enani.nutricao.ufrj.br/>. Acceso en febrero de 2020.
 34. Cámara Interministerial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CAISAN). Estrategia Intersectorial de Prevención y control de la Obesidad: recomendaciones para estados y municipios. Brasília: CAISAN; 2014. Disponible en: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategiaobesidade.pdf. Acceso: 11 de mayo de 2019.
 35. Ferrari CKB. Implementation of public health policies for healthy lifestyles promotion: what Brazil should tell us? *Health Promotion Perspectives* 2018; 8 (3): 243-48.
 36. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Disponible en: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>. Acceso: 24 de junio de 2020.
 37. Brasil. Ministerio de Salud, Secretaría de Vigilancia Sanitaria, Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2012. 132 p. Disponible en: http://bvsmg.saude.gov.br/bvsmg/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf. Acceso: 12 de mayo de 2020.
 38. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE). Rio de Janeiro: IBGE; 2015. Disponible en: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acceso: 10 de abril de 2020.
 39. Pinto VLJ, Cerbino JPN, Oliveira J. Evolução da Política Federal de Financiamento do Componente de Vigilância em Saúde no Brasil após a criação Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19 (12): 4841-49.
 40. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago: MS; 2011. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>. Acceso: 14 de mayo de 2020.
 41. Chile. Ministerio de Hacienda. Reforma tributaria que modifica el sistema de tributación de la renta e introduce diversos ajustes en el sistema tributario [Internet]. 20780 Santiago: MH; 2014. Disponible en: <http://bcn.cl/1nfzd>. Acceso: 28 de marzo de 2020.
 42. Chile. Ministerio de Salud. Ley 20.606. Sobre compo-

- ción nutricional de los alimentos y su publicidad [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>. Acceso: 17 de marzo de 2020.
43. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Ley 20.869 sobre publicidad de los alimentos [Internet]. Chile; 2015. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1083792>. Acceso: 5 de marzo de 2020.
44. Chile. Presidencia de la Republica. Ley 20.670. Crea el Sistema Elige Vivir Sano [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1051410>. Acceso: 17 de febrero de 2020.
45. Chile. Ministerio de Salud. Ley 20.379. Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia- Chile Crece Contigo [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1006044&r=2>. Acceso: 3 de enero de 2020.
46. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Informe final Estudio para revisión y actualización de las Guías Alimentarias para la Población Chilena. 2013. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/dde0bc471a56a001e040010165012224.pdf>. Acceso: 5 de mayo de 2020.
47. Chile. Ministerio de Educación. Programa de Alimentación Escolar (PAE). Santiago: JUNAEB; 2017. Disponible en: <https://www.junaeb.cl/programa-de-alimentacion-escolar>. Acceso: 4 de febrero de 2020.
48. Chile. Ministerio de Salud. Norma técnica de los Programas Alimentarios. Santiago: MS; 2016. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-Técnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jurídica.pdf>. Acceso: 4 de enero de 2020.
49. Chile. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular. Santiago: MS; 2017. Disponible en: <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2018/05/Programa-de-salud-cardiovascular-MIN-SAL-Chile-2017.pdf>. Acceso: 4 de mayo de 2020.
50. Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones y Lineamientos Programa Vida Sana. Intervención en Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles Santiago, Chile; 2015. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/015.OT-Vida-Sana.pdf>. Acceso: 4 de mayo de 2020.
51. Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica Auge Examen Medicina Preventiva. Santiago: MS; 2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC%20Medicina%20Preventiva.pdf>. Acceso: 5 de febrero de 2020.
52. Chile. Ministerio de Salud. Manual de Aplicación Examen de Medicina preventiva del adulto mayor. EMPAM. Santiago: MS; 2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>. Acceso: 3 de febrero de 2020.
53. Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la atención en clínicas de lactancia materna. Santiago: MS; 2016. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2018/01/OT.CLM-VF-4.pdf>. Acceso: 5 de febrero de 2020.
54. Hospitales de la Red de Cirugía Bariátrica de Chile - Universidad de Chile. Estudio para evaluar la implementación de la norma de manejo quirúrgico del paciente obeso y los resultados de la cirugía bariátrica en una muestra de pacientes intervenidos en establecimientos de salud pública de la red de Cirugía Bariátrica en Chile entre los años 2010- 2016. Fundación Hospital Clínico Universidad de Chile. 2018.
55. Araneda J, Pinheiro A, Rodríguez L. Una mirada actualizada sobre los ambientes alimentarios y obesidad. *Rev Chil Salud Pública* 2020; 24(1):67-71.
56. Pinheiro A, Araneda J, Garcia Y, Popelka R, Gonzalez A, Martinez R, et al. Food environments for a healthy and nutritious diet: The contribution of academia. In: *Food environments: Where people meet the food system*. UNSCN Nutr. 2019; 44: 160-8.
57. República de Colombia. Ley 1355 de 2009. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm. Acceso: 19 de mayo de 2020.
58. República de Colombia. Ministerio de Salud y protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-21. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>. Acceso en: 1 de enero de 2020.
59. República de Colombia. Ministerio de salud. Resolución MinSalud; DPS; INS; ICBF; UNAL. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. Nota de Política. Minist Salud y Protección Soc Dep Adm para la Prosperidad Soc Inst Nac Salud, Inst Colomb Bienestar Fam Univ Nac Colomb. 2015; 1:46. Disponible en: http://www.prosperidadsocial.gov.co/temporales/Encuesta_Nacional_de_la_Situación_Nutricional_-_ENSIN_2015.pdf. Acceso en: 2 de mayo de 2020.
60. Arley E, Torres R. Guías Alimentarias [Internet]. 2012. 57 p. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/manual_facilitadores_gaba.pdf. Acceso en: 1 de mayo de 2020.
61. República de Colombia. Ministerio de salud. Resolución no 3803 de 2016 - Recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes (RIEN) para la población colombiana. 22 agosto de 2016; 26. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_3803_de_2016.pdf. Acceso en: 10 de enero de 2020.
62. República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Colombia tendrá etiquetado nutricional en los alimentos envasados. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-tendra-etiquetado-nutricional-en-los-alimentos-envasados.aspx>. Acceso en: 19 de mayo de 2020.
63. República de Colombia. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Guía De Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. 2014; (24): 1-18. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_obesidad/GUIA_SOBREPESO_OBESIDAD_ADULTOS_COMPLETA. Acceso en: 14 de mayo de 2020.
64. Guevara PE, Andrade FC. Socioeconomic and lifestyle factors associated with chronic conditions among older adults in Ecuador. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 38 (3): 226-32.
65. Walrod J, Seccareccia E, Sarmiento I, Pimentel JP, Misra S, Morales J, et al. Community factors associated with stunting, overweight and food insecurity: a community-based mixed-method study in four Andean indigenous communities in Ecuador. *BMJ Open* 2018; 8 (7): 1-11.
66. Ecuador. Ministerio de la Salud Publica. Normas y protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años. Quito: MSP; 2013.
67. Ecuador. Ministerio de la Salud Publica. Guia Maternidad y primera infancia. Quito: MSP; 2017.
68. Teran S, Hernandez I, Freire W, Leon B, Teran E. Use, knowledge, and effectiveness of nutritional traffic light label in an urban population from Ecuador: a pilot study. *Global Health* 2019; 15 (1): 26-31.
69. Ecuador. Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria, no 349, 31 del marzo del 2010. Regula el acceso a los factores de producción alimentaria; la producción y la comercialización agroalimentaria; el consumo y la nutrición; y la participación social para la soberanía alimentaria. Registro Oficial, 27 dec. 2010. Disponible en: <https://www.soberaniaalimentaria.gob.ec/pacha/wpcontent/uploads/2011/04/LORSA.pdf>. Acceso en: 2 de enero de 2020.
70. Sistema de Investigación sobre la problemática agraria en el Ecuador. Comercialización y Soberanía Alimentaria. En *Reflexiones sobre los mercados campesinos en Ecuador*. Quito: SIPAE; 2013.
71. Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017. Ginebra: WHO; 2017.
72. Bergallo P, Castagnari V, Ferandéz A, Mejía R. Regulatory initiatives to reduce sugar-sweetened beverages (SSBs) in Latin America. *PLoS One* 2018; 13 (10): 1-17.

Temas de los próximos fascículos de la Serie “Políticas Públicas de Prevención y Control de la Obesidad”

ARGENTINA - BRASIL - CHILE - COLOMBIA - ECUADOR

Fascículo 1: Redes Académicas: El SIG Obesidad en la Red Latinoamericana de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Fascículo 2: Epidemiología de la Obesidad en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Ecuador.

Fascículo 3: La estructura operativa de los Sistemas de Salud en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Ecuador.

Fascículo 4: Obesidad en las políticas públicas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Ecuador.

Fascículo 5: Red y líneas de cuidados para la obesidad en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Ecuador: Atención Primaria a la Salud.

Fascículo 6: Vivir, comer y trabajar en el campo y en la ciudad: Obesidad.

Fascículo 7: Rotulado y regulación frente a la publicidad.

Fascículo 8: Red y líneas de cuidados para Obesidad en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Ecuador: Servicio Especializado y de alta complejidad.

Red Latinoamericana de SSAN: <https://redelaSSAN.wordpress.com>
Plataforma NutriSSAN: <https://nutriSSAN.rnp.br/>

Equipe INTERSSAN, Unidad NutriSSAN/UNESP
55 (14) 3880 0146, e-mail: interssanunesp@gmail.com