

# La transición nutricional. Abordaje desde de las políticas públicas en América Latina

*Ernesto Elías De La Cruz Sánchez*

*Universidad Pedagógica Experimental Libertador  
Instituto Pedagógico de Miranda “José Manuel Siso Martínez”  
Caracas, Venezuela  
ernestodelacruz0203@yahoo.es*

## Resumen

La Transición Nutricional es considerada por los expertos como la secuencia de características y cambios tanto cuantitativos como cualitativos del estado alimentario y nutricional de la población. A partir de este marco se revisan: a) las diferentes relaciones entre salud, alimentación y enfermedad, característicos del fenómeno en la región y b) las propuestas, acuerdos internacionales y regionales en el campo de la alimentación y su relación con la malnutrición y la salud, de los diversos países de América Latina y el Caribe. Destacando a la alimentación y a la educación como parte integrante e integrada en las políticas públicas.

**Palabras clave:** Transición nutricional; políticas en salud; alimentación; nutrición; educación.

# The Nutrition Transition. Approach from Public Policy in Latin America

## Abstract

Transition Nutrition is regarded by experts as the sequence of features, modifications, and both quantitative and qualitative changes of the food and nutritional status of the population. From this framework are reviewed: a) the different relationships between health-food-disease, characteristic of the phenomenon in the region b) proposals, and international and regional guidelines in the field of supply agreements and its relationship to overweight, obesity and health of the various countries of Latin America and the Caribbean. Stressing the health-food-nutrition and education as an integral part-integrated public policies.

**Keywords:** Nutrition transition; health policies; food; nutrition; education.

## 1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

*Desde un punto de vista normativo La Organización Mundial de la salud en su Carta Magna (1946) define la salud como «Completo estado de bienestar físico, psíquico y social y, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».* Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono (Alcántara, 2008). Estos referentes nos aproximan al concepto actual de salud situándonos en un plano integrador de la sociedad y el hombre, y configurando el sentido actual de la salud en el mundo occidental, de tal forma que podríamos también definir la salud como: *“Conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno”* (Perea, 2002:12).

Desde otra mirada Selva (2014), nos refiere que esta visión del término *salud* carece de concepto propio; la dificultad se acrecienta en la actualidad por la intromisión del liberalismo que es promovida en el campo de la salud latinoamericana por OPS/OMS; tanto que en nuestro

medio, esta organización ha pedido que se abandone el amplio concepto de salud de la OMS y propugna porque la salud sea considerada la realización del potencial biopsíquico de las personas y de las poblaciones de acuerdo a las diversas circunstancias en las que vive. Según este concepto, la salud no puede ser obtenida sólo a través de los diversos servicios ofrecidos por el “sector salud”; reclama la satisfacción y *el empoderamiento de la gente*, aparte, por supuesto, de un sistema de atención médica y de salud pública orientado a lograr y mantener el mayor nivel de salud para la población general, apuntalado por la solidaridad, la equidad y la orientación poblacional.

Razón por la cual hay que reflexionar sobre las variables que actúan sobre ella, Sainz, López y van den Boom (2001), destacan los cuatro factores fundamentales que actúan sobre la salud: Los factores genéticos o biológicos (14%), los sanitarios (20%), los medio-ambientales (33%) y los estilos de vida (33%). En esta visión los factores ambientales y los estilos de vida son los elementos determinantes de la salud y sobre todo este último, está vinculado particularmente al fenómeno de la alimentación y el sedentarismo, característicos de la transición nutricional por el cual transita nuestra región y la responsabilidad que nuestros gobiernos, empresa y sociedad civil deben acometer ante dichos escenarios.

Situación que se expresa en la región de América Latina y el Caribe (ALC), en altos niveles de obesidad, incremento en las tasas de mortalidad asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles [ECNT] (padecimientos del corazón, cerebrovasculares, cáncer y diabetes), como contraparte la *malnutrición* (desnutrición-obesidad), carencias de micronutrientes (hambre oculta), con sobrepeso-obesidad y la alteración-destrucción del ambiente, son características cada vez más frecuentes de este fenómeno a nivel regional y mundial. Adicionalmente, el crecimiento económico desigual, las transformaciones sociales y económicas y la mecanización, a lo que se suman los cambios en el estilo de vida, las normas culturales y las prácticas de comportamiento, han generado nuevas preferencias en el consumo, cambios notables en las dietas y un descenso de la actividad física. Por consiguiente, más de 1.600 millones de personas se ven afectadas en nuestra región y los gobiernos deben actuar de inmediato para hacer frente a este nuevo problema antes de que las soluciones lleguen a ser aún más complejas y costosas (FAO, 2014a).

## **2. REFERENTES AL FENÓMENO: *ALIMENTACIÓN-SALUD***

La Salud de las Américas, refleja que el 25% de la carga de enfermedad está relacionada con alteraciones ambientales, adicionalmente el crecimiento demográfico y la incorporación de grandes grupos de personas a una economía global consumista han incrementado por un lado la demanda de energía, agua, fibras, minerales y otros productos, y por otra parte, la generación de desechos industriales y municipales han afectado de manera severa, a veces irreversible, a al menos 15 ecosistemas planetarios (OMS, 2012).

Además, según OPS/OMS, el perfil epidemiológico que caracteriza a la región de ALC, aunque con variaciones entre países, es más bien aquel marcado por enfermedades infecciosas endémicas y epidémicas de masas, emergentes y re-emergentes; enfermedades no infecciosas en claro ascenso; por una epidemia de violencia y lesiones; y por otra de enfermedad mental muy ligada al alcoholismo y a otras adicciones, todo ello en un marco de hambre, de deficiencia nutricional silenciosa y silenciada coexistente con sobrepeso, obesidad y de pobreza; es decir, por una más bien quintuple carga de enfermedad con causa sicionatural-estructural, todo ello en un contexto de deterioro ecológico, de marcado abuso al medio ambiente. La nociva interacción pobreza, iniquidad y salud, también es apreciable en el cúmulo de cifras que convencionalmente describen a la región de Latinoamérica, en donde el total de la población ya alcanza 599 millones; además el ser una región con el 78% de su población viviendo en zonas urbanas, con al menos un 72% de enfermedades debidas a procesos de salud-enfermedad *no transmisibles* y con un 3% de niños menores de 5 años con bajo peso para su edad (OMS, 2012).

Aspectos que se reflejan en las tasas de mortalidad características de la región en comparación con el resto del mundo y la cual se expresa en el Cuadro 1.

De acuerdo a la OMS (2003), hay numerosos datos científicos que destacan: (a) los regímenes alimentarios insalubres, la inactividad física y el tabaquismo son comportamientos de riesgo confirmados de enfermedades crónicas, (b) está firmemente establecido que la hipertensión, la obesidad y las dislipidemias son factores de riesgo de cardiopatías coronarias, accidentes cerebro vascular y diabetes, (c) los principales factores de riesgo biológicos y comportamentales surgen y actúan en etapas

**Cuadro 1. Principales causas de muerte asociada a Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENCT), expresadas en porcentajes relativos, reportados por la OMS (2012)**

	Principales causas de defunción <sup>(a)</sup>								
	México 2008	Colombia 2012	Cuba 2012	RBV <sup>(b)</sup> (2012)	Brasil 2012	Chile 2012	USA 2007	América Latina y el Caribe 2010	MUNDO 2012
Enfermedades del Corazón	11 (2)	28 (1)	39 (1)	21(1)	31(1)	27(1)	25(1)	10 (1)	8 (1)
Cáncer	13 (3)	17 (2)	26 (2)	15(2)	17(2)	26(2)	23(2)	9 (2)	4 (3)
Enfermedades Cerebro vasculares	5 (5)	7 (3)	6 (3)	7 (3)	15(3)	22(3)	5 (3)	8 (3)	6 (2)
Diabetes	14 (1)	3 (4)	3 (4)	7 (5)	6 (4)	3 (5)	3 (7)	5 (4)	3 (8)
<b>TOTAL</b>	<b>43%</b>	<b>55%</b>	<b>74%</b>	<b>50%</b>	<b>69%</b>	<b>78%</b>	<b>56%</b>	<b>32%</b>	<b>21%</b>

Nota: (a) Los números entre paréntesis refieren a la posición relativa de la causa de mortalidad. (b) para el caso de la RBV se toman datos actualizados del anuario de mortalidad MPP para la Salud (2014.)

tempranas de la vida y siguen teniendo efectos nocivos a lo largo de la vida, (d) los principales factores de riesgo pueden seguir afectando a la salud de la generación siguiente, (e) algunas intervenciones preventivas, como programas educativos dirigidos, en etapas tempranas de la vida reportan beneficios de por vida, (f) la prevención mediante la dieta y la actividad física es una estrategia complementaria que retrasa la progresión de las enfermedades crónicas existentes y disminuye la mortalidad y la carga de morbilidad provocada por estas enfermedades, (g) una combinación de actividad física, diversidad de alimentos e interacción social amplia constituyen probablemente el perfil de modo de vida más adecuado para optimizar la salud, con el resultado de una mayor longevidad y un envejecimiento sano.

Aquí entra en el escenario un fenómeno que requiere ser interpretado por su vinculación con procesos socio-culturales, geo-histórico, bio-psicológico y político-económicos propios de la región y que tienen enorme repercusión en toda la dimensión de salud antes descrita, dicho fenómeno lo constituye la denominada *transición nutricional*.

### **3. LA TRANSICIÓN NUTRICIONAL COMO NUDO CRÍTICO DE INTERPRETACIÓN**

El fenómeno que se conoce con el nombre de *Transición Nutricional*, no es más que la secuencia de características y cambios del estado nutricional, como consecuencia de la sustitución de la alimentación tradicional por una alimentación hipercalórica con exceso de grasas y azúcares en medio de cambios económicos, demográficos, sociales y de salud, considerados por algunos estudiosos como parte del riesgo cuando se transita el camino al desarrollo. En el modelo europeo, se describen cuatro etapas: una de pre transición nutricional, caracterizada por una dieta escasa en grasas y azúcares, donde predomina la desnutrición; una de transición donde dichos alimentos aumentan, generando la coexistencia de desnutridos y obesos, una tercera etapa en que las grasas y azúcares se mantienen, predominando la obesidad; y una última etapa donde se produce una combinación y equilibrio de las dos primeras (Landaeta, 2011).

La transición nutricional se inicia a mediados de la década del 90, cuando se encuentra malnutrición por defecto y por exceso. Desde la década de 2000, se manifiesta en la población escolar y adulta, con el incremento del sobrepeso y la obesidad, mientras la desnutrición continúa en

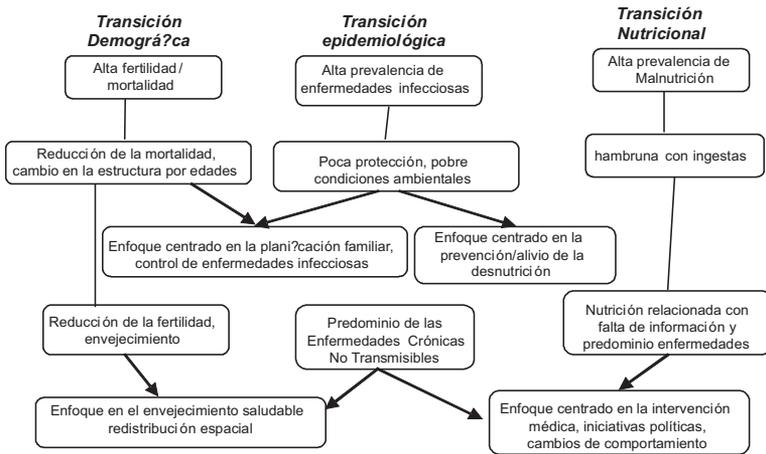
los grupos sociales más desfavorecidos y en la población rural. La región expresa indicadores de ir aceleradamente a la tercera etapa, en la cual según la opinión de algunos estudiosos del tema, influye la situación económica, siendo el incremento de la obesidad más acelerado en países con alto ingreso per cápita, caso de México, Brasil, Chile, pero donde lamentablemente, el mayor acceso a los alimentos no asegura su calidad.

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades de dimensiones pandémicas en el mundo y en especial en la región de ALC. Su magnitud es tal, que resulta difícil definir los límites de este problema cuyas manifestaciones son diversas. En promedio, el 23% de la población mayor de 20 años de ALC es obesa, lo que significa que 1 de cada 4 habitantes de la región se encuentra afectada por este fenómeno, países del Caribe tales como Saint Kitts and Nevis (40,9%), Bahamas (35%), y Barbados (33,4%) cuentan con las mayores prevalencias de obesidad en la región. En Centroamérica, México es el país con mayor prevalencia de obesidad, ya que afecta al 32,8% de los adultos; mientras que en Sudamérica los países que presentan mayor porcentaje de adultos obesos son la República Bolivariana de Venezuela [RBV] (30,8%), Argentina (29,4%) y Chile (29,1%). Panamá (25,8%), Nicaragua (24,2%), Ecuador (22,0%), República Dominicana (21,9%), Guatemala (20,7), Cuba (20,5), Brasil (19,5), Paraguay (19,2), Colombia (18,1%), Perú (16,5%). El sobrepeso infantil ha registrado aumentos en su prevalencia en la Región; El Caribe (6,6%), Centroamérica (7%) y Sudamérica (7,3%) (FAO, 2014b; FAO, 2015).

Esta transición nutricional que experimentan nuestros países tiene como característica una occidentalización de la dieta, en la cual: (1) aumenta la disponibilidad a bajo costo, de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal, sumado a la reducción en el consumo de frutas y vegetales frescos; (2) se presenta un aumento en el consumo de comida rápida (3) disminuye el tiempo disponible para la preparación de alimentos; (4) aumenta de forma importante la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y productos ultra procesados (PUP), con especial impacto a los niños más pequeños; (5) aumenta la oferta de alimentos industrializados en general: hipermercados, cambios en la cadena de distribución, venta y comercialización de alimentos; y (6) disminuye de forma importante la actividad física -*sedentarismo*- de la población, debido a los cambios en la tecnología, ocio y trabajo, lo que conlleva a una reducción del gasto energético, (Popkin, Adair y Wen, 2012; Solomons, 2013). Lo que requiere acciones multi e

intersectoriales de abordaje -a nuestro entender- de la Educación Alimentaria y Nutricional en estos contextos.

Este fenómeno, de acuerdo a Popkin (2002), tiene su origen en dos procesos de cambio de naturaleza histórica, los cuales preceden u ocurren simultáneamente en el fenómeno de la transición nutricional. Uno de ellos es la *transición demográfica*: entendida como el cambio de un modelo de alta fecundidad y alta mortalidad a uno de baja fecundidad y baja mortalidad (típico de los países industrializados modernos). Aún más directamente relevante es la *transición epidemiológica*, caracterizada como el paso de un patrón de enfermedades infecciosas asociadas con la desnutrición, el hambre periódica y la falta de saneamiento ambiental a un patrón de las enfermedades crónicas y degenerativas asociadas con el estilo de vida urbano-industrial. Un tercer patrón de *enfermedades degenerativas tardías*, el cual se ha formulado recientemente, que acompaña esta progresión, y el cual constituye un cambio importante en los patrones de mortalidad por edad con el consiguiente aumento de la esperanza de vida.



**Figura 1. Procesos característicos de la Transición Nutricional.**

Fuente: Popkin (2002:94).

Una situación preocupante que existe en ALC, es la doble carga de la malnutrición, expresándose en altos porcentajes de hogares con un niño raquítico y una madre con sobrepeso u obesa. Las estimaciones de estas prevalencias, de acuerdo con Rivera y col (2014), oscilan entre el

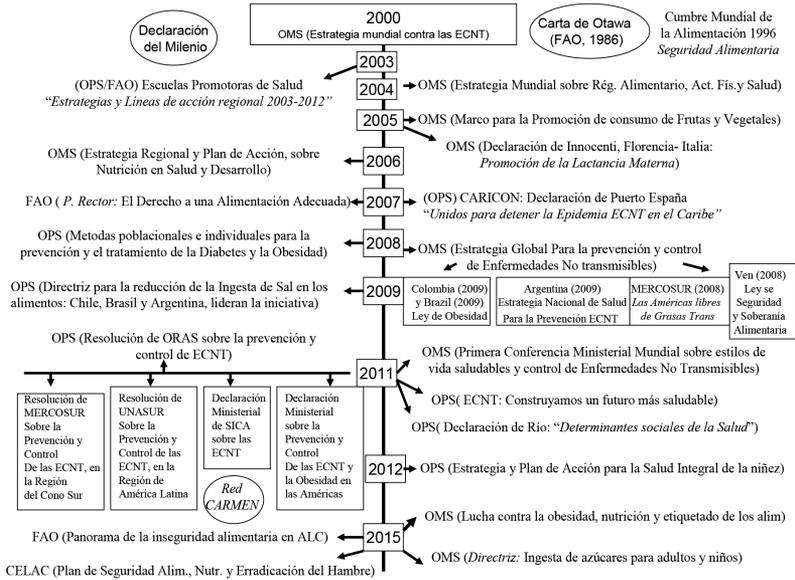
20% en Guatemala al 13% en Ecuador, 8,4% en México, 5% en Colombia y el 2,7% en Brasil. La prevalencia de la doble carga de sobrepeso y anemia a nivel individual en las mujeres osciló entre 3,4% y 13,6%; Brasil presentó la mayor tasa (13,6%), seguido por Guatemala (11,7%). La prevalencia de retraso en el crecimiento fue de medio a muy alta, la de obesidad en las mujeres es alta en todos los países y la prevalencia de anemia en niños y mujeres es también alta en la mayoría de los países estudiados. Estos resultados indican la necesidad de programas para hacer frente a ambas condiciones simultáneamente.

#### **4. LA PROMOCIÓN DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

En el marco de lo aquí expuesto, el punto de inflexión lo constituye, en primer lugar, la *Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (OMS, 2000), al plantear la problemática de las ECNT a nivel mundial, la intervención a nivel familiar y comunitario como prioridad de las naciones, la reducción de los factores de riesgo asociados a la alimentación, la actividad física y el tabaquismo, la vigilancia y monitoreo como compromiso y acción en la políticas de las naciones.

En segundo lugar, se destaca la *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud* (OMS, 2004). La estrategia aborda dos de los principales factores de riesgo de las ECNT, el régimen alimentario y la actividad física, parte del reconocimiento y preocupación por el problema y su impacto a nivel económico, social y cultural; a partir de lo cual se propone: (a) reducir los factores de riesgo, (b) promover la conciencia y el conocimiento en la población en torno al potencial positivo de una alimentación saludable y la actividad física; (c) establecimiento y fortalecimiento de políticas y planes de acción en este sentido; y (d) el seguimiento, monitoreo, la investigación científica y la evaluación de las intervenciones para mejorar futuras acciones. El documento propone una serie de metas a ser asumidas por los países para el logro de los objetivos propuestos, en las áreas de educación, comunicación, información, concientización de la población, comercialización, publicidad, políticas fiscales, agrarias, programas alimentarios, participación comunitaria, apoyo inter y multisectorial, políticas y programas escolares, servicios de salud, así como la inversión en el monitoreo, la investigación y la evaluación.

A partir de aquí, se generan diversas directrices, estrategias y acuerdos a nivel mundial, regional y nacional, los cuales se presentan esquemáticamente en la siguiente línea de tiempo.



**Figura 2. Marco normativo sobre salud, alimentación, nutrición y actividad física.**

En ese sentido, las dimensiones de interpretación de estas directrices en el sistema social, tienen cualidades que responden a sus propias historicidades, códigos, lenguajes y acciones, que a su vez reflejan la forma como se han ido interrelacionando al sistema total y, a la vez, tienen propiedades que adquieren de la organización global. Las personas además de poseer rasgos singulares propios que lo hacen estar en la sociedad, de la misma manera, la sociedad está presente en cada sujeto, mediante el lenguaje, la cultura y sus normas sociales. Estos referentes son requerimientos al abordar, la interpretación de las variables (individual-colectivo) que intervienen en la salud, las cuales se hacen indispensables para lograr los cambios que requiere la sociedad presente y futura. En este marco se revisan las diferentes estrategias, programas y políticas de México, Brasil, República Dominicana, Argentina, Chile, Perú, Colombia y Venezuela.

Estas ideas se destacan al revisar los principales *objetivos* e intencionalidades de las diferentes acciones emprendidas por los países de la región, el énfasis se ubica en erradicar y prevenir la epidemia del sobrepeso y obesidad, a fin de revertir el impacto sobre la prevalencia de las ECNT, para algunos países el problema de la malnutrición por déficit (carencia de micronutrientes, baja talla), también constituye una prioridad en sus programas e intervenciones (existe una particular preocupación por los grupos más vulnerables, pobres, niños, mujeres y población indígena). Se destaca la participación y compromiso inter-multisectorial de los sectores: salud, educación, alimentación, industria, comercio, academias, universidad, sociedad civil y ONGs; lo cual fortalece, compromete y empodera a los diferentes actores en el logro de las metas comunes. Situación que expresa la necesidad de integración *-aunque en la práctica se hace difícil cumplir-* para el logro de las metas propuestas y acordadas en la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, entre otras directrices mundiales y regionales a considerar (Cuadro 2).

Al revisar el *foco del problema* sobre el cual se entretajan los diferentes programas o estrategias en la región, los países coinciden en el problema de la transición nutricional, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, como núcleos centrales del problema, también constituye preocupación, la seguridad alimentaria y nutricional. Se destaca la presencia, de forma explícita, que países como México, Brasil, Perú, Chile y Venezuela tienen particular interés en sus políticas a los alimentos, la cultura alimentaria y la Educación Alimentaria y Nutricional, lo cual se asocia a la presencia del sector Educación en la definición de las políticas.

Al revisar la *base de los programas* se evidencia la presencia de encuestas nacionales en salud, nutrición, calidad de vida, presupuesto familiar (de forma particular en escolares), las cuales fueron desarrolladas por entes gubernamentales y revelan las características del problema de la obesidad y las ECNT para cada país, permitiendo focalizar el problema y sustentar las directrices e intervenciones propuestas. Países como Brasil y Rep. Dominicana plantean adicionalmente, el encuentro con expertos nacionales e internacionales, la evidencia científica desarrollada por la academia, universidades y ONGs, así como una amplia consulta nacional como elementos que permitieron delinear sus programas y planes de acción. El *sustento jurídico* tiene diversas propuestas y directrices desde las emitidas por la OMS, OPS, acuerdos regionales como la Decla-

## Cuadro 2. Caracterización de los programas, estrategias y políticas vinculados a la alimentación y nutrición en países de ALC y Cono Sur.

Objetivo General	Denominación <i>Idea Central</i>	Aspectos a Considerar
Mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo Nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, a fin de revertir la epidemia de las ECNT (DM2) a través de intervenciones de Salud.	Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	México (2013)
Favorecer un campo común de reflexión y orientación a la práctica y la acción pública, que abarque diferentes sectores vinculados a la producción, distribución, abastecimiento y consumo de alimentos.	Marco de Referencia de EAN para las políticas públicas. <i>Estrategia Intersectorial de Prevención y Control de la Obesidad</i>	Brasil (2012) (2014)
Prevenir y controlar el sobrepeso y la obesidad en la niñez y la adolescencia a través de iniciativa en Salud Pública, intervenciones clínicas, políticas fiscales y reglamentación de la publicidad y el etiquetado de alimentos PUP	Estrategia para la prevención del Sobrepeso y la Obesidad en la niñez y adolescencia de Centroamérica y República Dominicana	Centro América y Rep. Dominicana (2014)
Establecer orientaciones para la atención en el Primer nivel de los niños, niñas y adolescentes con sobrepeso y obesidad.	Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención diagnóstico y tratamiento en atención primaria de salud	Argentina (2013)
Disminuir la prevalencia de obesidad, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física a lo largo de toda la vida. Diseño de políticas y acciones Multisectoriales e intersectoriales con criterio de focalización.	Estrategia Global contra la Obesidad EGO-Chile	Chile (2006)
Reducir la Prevalencia del Sobrepeso y Obesidad. Revertir la Prevalencia de ECNT en la población.	Un Gordo Problema. Sobrepeso Obesidad en el Perú	Perú (2012)
Diseñar una Política Nacional a favor de la nutrición saludable, la prevención de la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y la prevalencia de ECNT	Nutrición en Colombia. Actualización del Estado Nutricional con implicaciones de Política Pública.	Colombia (2012)
Prevenir y detener la malnutrición por exceso, promoviendo la creación de espacios que favorezcan una cultura alimentaria sana, segura y soberana, procurando la elección de modos de vida saludables, que utilicen estrategias accesibles, sustentables y basadas en evidencias científicas y el saber popular.	Estrategia en el Abordaje del Sobrepeso y la Obesidad.	Venezuela (2013)

**Nota:** EAE (*Educación Alimentaria y Nutricional*); ECNT (*Enfermedades Crónicas No Transmisibles*); DM2 (*Diabetes Mellitus tipo 2*); PUP (*alimentos, productos ultra procesados*).

**Cuadro 2. Continuación**

Sustento Jurídico / Base legal	Base del Programa	Foco de atención -Problema-	Entes responsables y participantes	Aspectos a Considerar
OMS (2012) OPS (2012) Constitución Ley de Salud Ley de Educación CONACRO (2010) ANSA (2010)	ENSANUT (2012) ENSE (2008)	ECNT, Transición Nutricional Sobrepeso-Obesidad Sedentarismo <i>Educación Nutricional</i>	Secretaría de Salud y Secretaría de Educación Pública	México (2013)
OMS (2004), PNPS (2010), PLASAN-2012, Plan Brasil Hambre Cero, Sistema Único de Salud	ENSANUT; Talleres con Expertos (Nac-Inter); Consulta pública a nivel nacional.	ECNT, SAN, Transición Nutricional, EAN, la Malnutrición, la Cultura Alimentaria,	Ministerio de: Desarrollo Social, Salud, Educación, Sec. Nacional de SAN	Brasil (2012) (2014)
PAM-ECNT (13-20) Declaración de Antigua (2011), Declaración de San José (2013), Agenda y Plan de Salud	ENDESA (2012) Investigación científica	ECNT, SAN Sobrepeso y Obesidad	INCAP, COMISCA, SICA	América y República Dominicana (2014)
Carta de Ottawa; Declaración de Alma Ata; Declaración del Milenio; Ley Nacional de Salud	ENNyS (2007); Encuesta Nacional de Factores de Riesgo ECNT (2011).	Transición nutricional, Sedentarismo, ambiente obesogénico, ECNT	Ministerio de Salud. <i>Médicos/ Agentes de Salud.</i>	Argentina (2013)
Plan Nacional de Promoción de la Salud.	Encuestas Nacionales de: Salud, de Presupuesto y Gasto Familiar, de Calidad de Vida	Transición Nutricional, ECNT, Obesidad Infantil.	Ministerio de Salud, de Educación, Sector Civil, Académico, Productivo, Gubernamental, ONGs.	Chile (2006)
OMS (2004) Plan Nacional de Salud.	Encuesta de Salud (2010), ENDES, Encuesta de Salud Escolar.	Sobrepeso y Obesidad. ECNT. Sedentarismo. Desnutrición infantil	Ministerio de Salud. Universidades. OPS	Perú (2012)
OMS (2004). Política SAN, Ley de Obesidad.	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional. ENDS.	Transición Nutricional. Seguridad Alimentaria y Nutricional	Ministerio de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo.	Colombia (2012)
OMS (2004). Plan de la Patria 2013-2019. Programa Nutriendo Conciencias para el Buen Vivir (INN)	Estudio de Prevalencia y Obesidad en Venezuela (INN, 2012). Anuario de Mortalidad (MPPS, 2012).	Transición Nutricional, Sobrepeso y Obesidad. Hábitos de alimentación EAN	Ministerio del Poder Popular para la Salud MPP para la Alimentación. Instituto Nacional de Nutrición (INN)	Venezuela (2013)

**Nota:** SAN (*Seguridad Alimentaria y Nutricional*); INACAP (*Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá*); COMISCA (*Consejo de Ministro de Salud de Centroamérica y República Dominicana*); SICA (*Sistema de la Integración Centroamericana*); ENSANUT (*Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*); ENSE (*Encuesta Nacional de Salud en Escolares*); ENDESA (*Encuesta Nacional de Demografía y Salud*); ENNyS (*Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*); ENDS (*Encuesta Nacional de Demografía y Salud*); CONACRO (*Consejo Nacional para la Prevención y Control de la ECNT*); ANSA (*Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad*).

**Cuadro 2. Continuación**

Evaluación	Ejes Rectores/ Líneas de Acción	Marco Teórico/ Conceptual	Aspectos a Considerar
Observatorio Epidemiológico de la Salud en base a OMS (2004)	Investigación, Evidencia Científica, Corresponsabilidad, Transversalidad, Intersectorialidad, Sustentabilidad, Rendición de Cuentas, Evaluación del Impacto	Modelo de atención integral ( <i>prevención activa</i> ). Red de causalidad (Modelo jerárquico) de la Obesidad-ECNT ( <i>enfoque socio-ecológico</i> )	México (2013)
Observatorio de Políticas de SAN (OPSAN) <i>Universidad de Brasilia.</i>	Disponibilidad y acceso; Promoción de la Salud; Educación, Comunicación e Información; Vigilancia Alimentaria, Act. Física; Atención en Salud; Calidad de los alimentos.	EAN, SAN y la Promoción de la Salud. La Alimentación como práctica social-cultural. Complejidad del Sistema Alimentario	Brasil (2012) (2014)
Indicadores para cada línea de acción (seguimiento y evaluación) <i>Multimientorial e intersectorial</i>	Información, vigilancia, monitoreo y evaluación; investigación y desarrollo tecnológico; efectividad; coordinación intersectorial.	Modelo Ecológico, determinantes del Sobre peso y la Obesidad en la niñez y la adolescencia. <i>Serie Nutrición The Lancet</i> (2013)	Centro América y Rep. Dominicana (2014)
Instrumentos para la evaluación nutricional y antropometría, GAPA.	Atención primaria en salud; intervención nutricional; reducción de sedentarismo; hábitos de alimentación /actividad física/ Guías de Alimentación (GAPA); Creación de entornos protectores	Epidemiología de la Obesidad. Enfoque Ecológico Multicausalidad de la obesidad. La promoción de la Salud	Argentina (2013)
Seguimiento a las medidas propuestas	Capacitación; Consejería en vida sana; Controles de salud en la infancia y embarazada; Lactancia materna; Evaluación nutricional y actividad física; Redes de apoyo; Evaluación y monitoreo.	ECNT, Sobre peso y obesidad infantil. Promoción de una imagen positiva de los alimentos. La dimensión social de la comida en la cultura.	Chile (2006)
Evaluación, monitoreo y seguimiento a las intervenciones. Encuestas de Salud.	Incrementar la lactancia Materna. Ofrecer solo alimentos saludables en las escuelas. Restringir la publicidad de alimentos procesados. Mantener la cultura alimentaria. Abrir más espacios públicos saludables.	Obesidad / Desnutrición (niños, escolares, adolescentes). Transición Nutricional. Hábitos inadecuados de consumo. Act. Física	Perú (2012)
Encuestas Nacionales en Salud y Nutrición. Monitoreo y seguimiento a las estrategias	Prevención y control de deficiencias de micronutrientes. Promoción del crecimiento, del peso saludable. Seguridad Alimentaria. Mensajes educativos. Servicios de salud. Coordinación Intersectorial.	ECNT, Obesidad y Sobre peso, Desnutrición y su relación con la salud en las diferentes etapas - <i>ciclos</i> - de la vida.	Colombia (2012)
Investigación INN y MPPS. Nutripuntos	Cultura alimentaria ( <i>a nivel: educativo, laboral, comunitario</i> ). Investigación e Innovación. Comunicación e Información. Vigilancia y Monitoreo. <i>Creación de Espacios Activos y Nutritivos</i>	Globalización, Transición alimentaria. Hábitos inadecuados de alimentación, Sedentarismo, ECNT.	Venezuela (2013)

**Nota:** PLASAN (*Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*); PNPS (*Política Nacional de Promoción de la Salud*); PNAN (*Política Nacional de Alimentación y Nutrición*); OMS/OPS, 2014 (*Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la niñez y la Adolescencia*); PAM-ECNT (*Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control ECNT*); ERAScEn (*Estrategia Regional Agroambiental y de Salud de Centroamérica*); PSAN C-RD (*Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana*).

ración de Antigua y la Declaración de San José, a los acuerdos de UNASUR/Mercosur y declaraciones Ministeriales de Alto Nivel sobre estos problemas. Todo lo cual ha derivado en planes nacionales de salud, consejos nacionales de prevención ECNT y en el caso de Brasil y Colombia en la “Ley de Obesidad”, acuerdos interministeriales para la promoción de una alimentación saludable y actividad física, acciones específicas en salud, educación y el mercadeo de alimentos.

Particular interés se evidencia al analizar el *marco teórico-conceptual* en los programas, en ellos se destaca como elemento prioritario la descripción y caracterización del problema de la transición nutricional y su vinculación con el sobrepeso, la obesidad, las ECNT, la presencia de ambientes obesogénicos (sedentarismo), la seguridad alimentaria y nutricional y su sustentabilidad, sobre todo en la población de niños, niñas y adolescentes. Países como México, República Dominicana y Argentina, refieren el abordaje del enfoque ecológico al estudiar los determinantes del sobrepeso y la obesidad, en razón de su naturaleza multicausal y multifactorial. En el caso de Brasil, Chile y Venezuela el énfasis se ubica en la Educación Alimentaria y Nutricional y dentro de ella: los alimentos, la complejidad del sistema alimentario, la relación con los aspectos educativos y culturales, en la caracterización de los hábitos alimentarios y su imagen positiva, la seguridad alimentaria (soberanía en el caso venezolano), sobre todo en la infancia.

A partir de estos referentes cada país genera una serie de *líneas estratégicas*, ejes rectores y marcos de acción e intervención inter-multisectoriales en los ámbitos de salud, educación, agrícola, industria, sociedad civil y la academia; para cumplir con los objetivos y metas asumidas. Constituyen un factor común el abordaje de: a) incrementar la lactancia materna, b) consolidar la seguridad alimentaria y nutricional a través de una mayor disponibilidad y acceso a alimentos saludables, de calidad e inocuos (sobre todo en las escuelas), c) promover y consolidar esfuerzos en educación, capacitación, alfabetización nutricional, comunicación e información en todos los sectores y niveles, a través de las Guías Alimentarias, d) mayores controles en la embarazada y la niñez, con énfasis en la prevención y control de micronutrientes, promoción del crecimiento y el peso saludable, e) restringir la publicidad de alimentos procesados (PUP), f) fortalecer la cultura alimentaria, g) promover la actividad física, reducir el sedentarismo y generar mayores espacios saludables, y h) promoción de la salud integral, servicios de salud y educación nutricional.

Para cada campo de acción se presentan y definen una serie de *ejes transversales* orientados principalmente a: la investigación, innovación y generación de evidencia científica; la corresponsabilidad; la intersectorialidad; la sustentabilidad; la información, vigilancia, monitoreo y evaluación del impacto; el desarrollo tecnológico; la capacitación, sensibilización y empoderamiento en salud (comunidades y redes de apoyo). Lo cual refiere el compromiso de los países con los acuerdos y directrices emanados por OMS (2000, 2004, 2005, 2006, 2008, 2011, 2015), FAO (2007), OPS (2008, 2009, 2011, 2012) y acuerdos a nivel regional como los establecidos por CARICON (2007), MERCOSUR y UNASUR (2011) y CELAC (2015) [ver Figura 2].

La *Evaluación*, el monitoreo y el seguimiento a las intervenciones, constituye una dimensión fundamental en los programas revisados, en países como México, Brasil y Colombia, se constituyen entes estructurados como los Observatorios Epidemiológicos en Salud, Seguridad Alimentaria, coordinados de forma intersectorial y con el apoyo de la academia, para suministrar información del impacto y la eficiencia de las acciones propuestas. Otros países como Chile, Rep. Dominicana y Argentina, incorporan en sus planes indicadores de gestión a corto y mediano plazo derivados de las directrices emanadas por la OMS (2004). Las encuestas de salud, nutrición, presupuesto, gasto familiar y evaluación nutricional constituyen alternativas en países como Perú, Colombia y Venezuela para ajustar las intervenciones y reportar información.

Por otra parte, es de interés el revisar a mayor profundidad, la dimensión educativa de las políticas y programas de los diversos países, y dentro de ella sus características e intencionalidades de acuerdo a lo acordado en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (FAO, 2014b).

Se puede destacar que las propuestas presentadas por México, Brasil, Chile y Venezuela, se asocian con las directrices de los entes internacionales y articulan con las líneas intersectoriales y acciones estratégicas descritas para cada país, aunque el sector educativo es el que las asume con mayor lentitud; la formación, capacitación y actualización del maestro y la dotación de recursos instruccionales para este logro no alcanzan a satisfacer estos requerimientos (ver Cuadro 3).

Por ello desde la visión de la UNESCO (2007), los intentos realizados hasta el momento para revertir la situación de las carencias y exce-

sos, han resultado satisfactorios pero insuficientes. En forma particular se recomienda: a) poner en práctica intervenciones de educación e información nutricional basadas en las directrices dietéticas nacionales y en políticas coherentes en materia de alimentación y dieta, mediante mejoras en los planes de estudio escolares protección social, de intervenciones en el ámbito comunitario y del suministro de información en el punto de venta, incluido el etiquetado, b) potenciar los conocimientos especializados sobre nutrición y la capacidad para emprender actividades de educación nutricional especialmente entre los trabajadores de primera línea, los trabajadores sociales, el personal de extensión agrícola, los docentes y los profesionales sanitarios, c) emprender campañas de comercialización social y programas de comunicación sobre cambios en el estilo de vida que promuevan la actividad física, la diversificación dietética y el consumo de alimentos ricos en micronutrientes tales como frutas y hortalizas, con inclusión de alimentos locales tradicionales y tomando en cuenta las consideraciones de índole cultural, d) aplicar la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS, y el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la OMS por medio de financiación suficiente y políticas adecuadas, y e) crear un entorno propicio que promueva la actividad física a fin de combatir el estilo de vida sedentario desde las primeras etapas de la vida (FAO, 2014c).

Razón por la cual, las intervenciones tempranas en la infancia tienen gran impacto en el desarrollo cognitivo, desarrollo motor, físico y socio emocional. Aunado a esto, las investigaciones sugieren: los beneficios de las intervenciones educativas en educación infantil son más duraderos que los suplementos nutricionales en sus efectos sobre el desarrollo de los niños desnutridos. Las implicaciones son dobles, primero es mejor para el desarrollo de los niños la prevención de la enfermedad que su tratamiento y recuperación. Segundo, frente a los efectos cognitivos de la enfermedad, por déficit o exceso nutricional, se requiere un enfoque combinado de los programas educativos y mejora de la salud y nutrición.

En las propuestas presentadas, se destaca la diversidad de “posturas” en relación a la conceptualización del tema, su estructuración como un campo propio de aprendizaje o como medio para el logro de otras habilidades, competencias educativas o insertado en asignaturas o campos disciplinares específicos destacándose el referido al de las Ciencias Naturales. Aunque los propósitos (*brindar-mejorar los conocimientos teó-*

**Cuadro 3. Caracterización del abordaje educativo en las políticas de alimentación y nutrición en países de ALC y Cono Sur**

Evaluación	Enfoque/ Principios/ Componentes	Entes de Participación / Responsables	Ejes de Acción	Abordaje en el Contexto Educativo	Aspectos a Considerar
Indicadores para que la escuela obtenga el reconocimiento o como una comunidad activa en la Promoción de la Salud.	<i>Integral/Formativo</i> - Promoción y Educación para la Salud (Competencias), - Fomento de la Actividad Física - Acceso a una alimentación Saludable (Plato Saludable).	Educación-Salud- Empresa- Industria- Sociedad Civil. <i>Autoridades, Comunidad Escolar, Familia, Alumnos, Maestros.</i>	Enriquecimiento de contenidos y materiales curriculares Profesionalización de la práctica docente. -Desarrollo de competencias para el autocuidado. -Regulaciones del expendio de alimentos en las escuelas.	Programa de Acción en el Contexto Escolar (México, 2010)	México (2010)
Bases de la Promoción de la Alimentación Saludable en la Escuela. <i>Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección ECNT</i>	<i>Transversal / Eje de reflexión permanente</i> Guías Alimentarias; Empoderamiento Mayor autonomía y participación; Saber Popular; Práctica Social; Cultura alimentaria.	La EAN de manera transversal en PNAN: <i>Salud, Educación, Asistencia Social, Agricultura.</i>	Socialización del conocimiento; Prevención de la malnutrición; Intervenir el proceso educativo; Ordenamiento de la publicidad; Material de formación y orientación alimentaria;	Inclusión de la EAN en el Proceso de Enseñanza y Aprendizaje (Ley, 2009).	Brasil (2012)
Proyecto Vida Chile. Consejo Vida Chile. Plan Nacional de Promoción de la Salud. Normativa de Evaluación Nutricional y Actividad Física	Sustentabilidad, Participación, Autonomía, Equidad social en salud.	Gubernamental, Productivo, Industrial, Publicidad, Empresas de deporte y recreación. Organizaciones comunitarias y redes sociales.	Incorporar programas y actividades educacionales de promoción de estilos de vida saludables. Informar y sensibilizar a la población sobre el impacto positivo de la alimentación saludable.	Guías para una Vida Saludable GAPA. Cuaderno de la Salud Nutricional de la Familia.	Chile (2006)
Espacios ( <i>Escuela-Trabajo</i> ) Activos y Nutritivos. Servicios de Educación y Recuperación Nutricional	Guía Alimentaria: <i>"Trompo de los alimentos"</i> (5 grupos). Cultura, tradiciones, ambiente, trabajo productivo, políticos-sociales	Docentes, alumnos, familia, comunidades organizadas,	<i>Integral/ Transversal.</i> Favorecer el encuentro, el dialogo y la construcción de saberes y que la EAN se convierta en un instrumento de trabajo para los docentes, padres, madres investigadores y comunidad.	Alimentación en el Nivel de Educación Inicial y Primaria. <i>Nutriendo Conciencias en las Escuelas para el Buen Vivir.</i> Orientaciones para la maestra y el maestro.	Venezuela (2013)

*rico-prácticos*) y contenidos (*alimentación, salud, enfermedades, dieta, preparación, producción, trabajo*) giran, relativamente, en torno a las mismas ejes temáticos, si se evidencian intencionalidades diferentes en su aproximación, como guía metodológica para docentes, orientaciones para docentes y alumnos, informaciones para el público en general.

Se destaca la diversidad de enfoques declarativos en las propuestas: basadas en actividades prácticas, desarrollo de capacidades-competencias, interdisciplinario, constructivista, multidisciplinario, integral, transversal. Es en el caso de Brasil y Venezuela, donde se destaca el eje social al mismo nivel que el alimentario-nutricional y el pedagógico-curricular, que lo destaca en su visión de Educación Alimentaria y Nutricional Saludable a diferencia de las otras propuestas. Esto deja entrever divergencias significativas en el abordaje de esta temática y consenso en el abordaje de la problemática particular que requiere la Educación en Salud Integral y dentro de este marco la Educación Alimentaria y Nutricional.

Por ello desde el punto de vista pedagógico-curricular, el abordaje del tema de la alimentación y nutrición, para la totalidad del colectivo docente, permitirá incursionar en los contenidos programáticos de la educación formal y propuestas comunicativas saludables en los ambientes no convencionales con énfasis en la infancia. Se requiere, en este marco, la necesidad de conceptualizar desde una mirada más amplia el tema de la Alimentación Humana, ir más allá de una mirada exclusivamente asociada a la dimensión biológica o a la nutrición o a la salud; requiere de una aproximación y tratamiento multidimensional, que contextualice la alimentación en el marco de su dimensión cultural, social, psicológica, política. En este contexto la sensibilización y capacitación de los maestros constituye un requisito básico para actualizar las propuestas metodológicas y fortalecer el proceso de formación integral del niño.

## **5. A MANERA DE SÍNTESIS REFLEXIVA**

Cabe destacar que la alimentación permite afianzar los valores culturales de una sociedad o grupo social en particular; pero, lo que esta ocurriendo en nuestra población, son cambios en los patrones de alimentación tradicionales debido, en gran parte, a la facilidad de la industria alimentaria; la subvaloración, el sacrificio, lo poco eficiente y el desprestigio, que nuestra sociedad le ha adjudicado, falsamente, a la cocina tradicional y la alta tendencia la inactividad física (sedentarismo) en ni-

ños y adultos, lo cual puede reflejar una crisis multidimensional del sistema alimentario que se inscribe en una crisis de civilización.

En consecuencia, las propuestas escapan al ámbito específico de la salud y se ubican en el campo de la política social, lo cual, debe ser asimilado por quienes ejecutan las acciones orientadas a la prevención del problema. Este enfoque incluiría diversos factores, tales como, calidad de la alimentación, actividad física, reformas urbanas y educación para más y mejor salud. Desde la salud pública: reforzar acciones en cuanto a higiene y sanidad, particularmente, en asegurar servicios básicos para toda la población, en la definición de pautas, normas nutricionales y de educación sobre lo bueno y lo malo para comer.

Los Estados, tiene entre sus funciones vigilar la provisión de alimentos, para evitar que estos no solo satisfagan la necesidad de alimentarse, sino que permitan al consumidor educado, seleccionar a un costo razonable, una alimentación de alto valor nutricional que no ponga en riesgo su salud. La prevención del sobrepeso-obesidad requiere de estrategias efectivas para tratar de disminuir su propagación, que la OMS no duda en calificar como la pandemia del siglo XXI. Es urgente generar una ideología del bienestar a través de la promoción de estilos de vida saludables, una alimentación variada que estimule el consumo de vegetales-frutas, cereales enteros, el consumo de agua y reduzca la ingesta de chucherías, frituras, grasas saturadas, bebidas gaseosas-artificiales y productos ultra procesados.

En síntesis el nivel de salud de la población de cualquier nación es el resultado de la participación informada, ordenada y corresponsable de todos los actores de su vida pública, social y privada, lo que se traduce de igual manera en el grado de organización de sus instituciones y de la propia sociedad. Por ello, las naciones requieren, hoy más que nunca, de la participación corresponsable de todos los sectores a fin de conformar una plataforma sólida, en donde la ciudadanía y su entorno interactúen en congruencia a una cultura de la prevención y la promoción de la salud.

Las propuestas de los organismos internacionales y los acuerdos suscritos por nuestros países en materia de: seguridad alimentaria, promoción de la salud, atención y protección a la infancia, educación, inversión en producción de alimentos, metas del milenio, entre otros, no alcanzan a concretarse en el contexto de nuestra realidades sociales, aunque diversas, se reconocen compartidas en el problema de la transición

nutricional, el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual constituye una situación preocupante en materia de políticas públicas en los diversos países y a diferentes escalas (regional- nacional- local- comunal- familiar- individual). Esto tiene *-a nuestro entender-* un entramado de enorme responsabilidad que no se evidencia en el día a día de la formación integral de nuestros niños y observamos con preocupación que nuestra Universidad no ha asumido con propiedad estos retos en la formación del recurso humano especializado, en forma particular, en la docencia en el nivel de Educación Inicial y Primaria.

### **Referencias Bibliográficas**

- ALCANTARA, Gustavo. 2008. “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad”. **Sapiens**. Vol. 9. N°1: 93-107. Câmara Interministerial de Segurança alimentar e Nutricional. 2014. “Estrategia intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade”. Brasil. Disponible: <http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/documentos/814.pdf>. Consultado. 12.05.2015.
- FAO. 2014a. “Estrategia y visión de la labor de la FAO en materia de nutrición”. Disponible: <http://www.fao.org/3/a-i4185s.pdf>. Consultado. 08.05.2015.
- FAO. 2014b. “El Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de América Latina y el Caribe”. Disponible: <http://www.fao.org/3/a-i4636s.pdf>. Consultado. 08.05.2015.
- FAO. 2014c. “Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición”. Roma, 19-21 de noviembre. Documento final de la Conferencia. Marco de Acción. Disponible: <http://www.fao.org/3/a-ml542s.pdf>. Consultado. 02.02.2015.
- FAO. 2015. “Panorama de la Inseguridad Alimentaria en América Latina y el Caribe”. Documento en línea. [Http://www.fao.org/3/a-i4636s.pdf](http://www.fao.org/3/a-i4636s.pdf). Consultado. 15.08.2015.
- Gobierno de la República de México. 2013. “Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes”. Secretaría de Salud. Disponible: [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia\\_con\\_portada.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf). Consultado: 15.08.2015.
- Instituto Nacional de Nutrición. 2013. “Sobrepeso y Obesidad en Venezuela”. Prevalencia y factores condicionantes. Fondo Editorial Gente de Maíz. Venezuela.

- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. 2014. “Estrategia para la Prevención del Sobrepeso y Obesidad en la niñez y adolescencia de Centroamérica y República Dominicana 2014-2015”. Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Disponible: [http://copal.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/201406-comisca-estrategia\\_obesidad.pdf](http://copal.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/201406-comisca-estrategia_obesidad.pdf). Consultado: 15.08.2015.
- LANDAETA, Maritza. 2011. “Transición nutricional ¿ruta segura a la obesidad?” **Anales Venezolanos de Nutrición**. Volumen 24, No. 1: 1-2. Disponible: <http://anales.fundacionbengoa.org/ediciones/2011/1/?i=editorial>. Consultado: 15.12.2012.
- Ministerio de Salud. 2010. “Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria”. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Gobierno Federal de México. Disponible: [http://portal.salud.gob.mx/codigos/carrusel/pdf/ANSA\\_bases\\_tecnicas.pdf](http://portal.salud.gob.mx/codigos/carrusel/pdf/ANSA_bases_tecnicas.pdf). Consultado: 15.08.2015.
- Ministerio de Salud. 2013. “Sobrepeso y Obesidad en niños y adolescentes”. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en atención primaria de salud. República de Argentina. Disponible: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000378cnt-sobrepeso-obesidad-ninos.pdf>. Consultado: 15.05.2015.
- Ministerio de Salud. 2006. “Estrategia Global contra la Obesidad EGO-Chile”. Chile. Disponible: [www.nutricion.sochipe.cl/subidos/catalogo3/Manual\\_ego.pdf](http://www.nutricion.sochipe.cl/subidos/catalogo3/Manual_ego.pdf). Consultado: 15.08.2015.
- Ministerio de Salud. 2012. “Un Gordo problema. Sobrepeso y Obesidad en el Perú”. República de Perú. Disponible: <http://www1.paho.org/nutricion/ydesarrollo/wp-content/uploads/2012/05/Gordo-problema.-Sobrepeso-y-Obesidad-Peru.pdf>. Consultado: 05.05.2015.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2014. “Anuario de Mortalidad 2012”. Dirección General de Epidemiología, Dirección de Información y Estadísticas de Salud. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Disponible <http://www.stopvih.org/anuarios-de-mortalidad-en-venezuela-2/>. Consultado: 15.05.2015.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2012 “Marco de Referência de la Educação Alimentar e Nutricional para as políticas públicas”. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasil. Disponible: <http://www.consed.org.br/media/download/54b65ffe2730b.pdf>. Consultado: 12.05.2015.
- Ministerio de Protección Social y Salud. 2012. “Nutrición en Colombia II. Actualización del Estado Nutricional con implicaciones en Política Pública”. Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo. Nota Técnica 502.

- Disponible: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5932/28May2013%20NT%20nut.pdf?sequence=1>. Consultado: 12.05.2015.
- Organización Mundial de la Salud. 1946. “Carta Magna constitutiva”. Disponible: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>. Consultado: 15.08.2015.
- Organización Mundial de la Salud. 2003. “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas”. Serie de informes técnicos. N° 916. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. 2004. “Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud”. Disponible: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf). Consultado: 15.08.2015.
- Organización Mundial de la Salud. 2000. “Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles”. Disponible: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA53/sa14.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa14.pdf). Consultado: 15.05.2012.
- Organización Mundial de la Salud. 2012. “Salud en las Américas”. OMS/OPS. Disponible: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/>. Consultado: 15.08.2015.
- Organización Panamericana de la Salud. 2011. “Enfermedades no transmisibles en las Américas: construyamos un futuro más saludable”. Washington, D.C.: Disponible: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1261:enfermedades-no-transmisibles-en-las-americas-construyamos-un-futuro-mas-saludable&Itemid=487](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1261:enfermedades-no-transmisibles-en-las-americas-construyamos-un-futuro-mas-saludable&Itemid=487). Consultado: 12.05.2015.
- PEREA, Rogelia. 2002. “La Educación Para La Salud, Reto de Nuestro Tiempo”. **Educación XXI**, N°4: 15-40. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70600403>. Consultado: 17.12.2009.
- POPKIN, Barry. 2002. “An overview on the nutrition transition and its health: The bellagio meeting”. **Pub. Health Nutrition**. Vol. 5. N° 1A:93-103. Documento en línea. Disponible: <http://www.cpc.unc.edu/projects/nutrans/publications/PHNPopkinOverview.pdf>. Consultado: 05.05.2015.
- POPKIN, Barry; ADAIR, Linda & WEN Shu. 2012. “Now and then: The Global Nutrition Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries”. *Nutr Rev.* Vol. 70, N° 1: 3–21. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3257829/>. Consultado: 15.08.2015.
- República Bolivariana de Venezuela. 2013. “Estrategia en el abordaje del Sobrepeso y Obesidad. Instituto Nacional de Nutrición”. Disponible: [http://www.inn.gob.ve/innw/?page\\_id=81](http://www.inn.gob.ve/innw/?page_id=81). Consultado: 15.08.2015.
- RIVERA, Juan; PEDRAZA, Lilia; MARTORELL, Reinaldo y GIL, Angel. 2014. “Introduction to the double burden of undernutrition and excess weight in

- Latin America”. **Am J Clin Nutr.** Vol. 100. Suppl: 1613–1616. Printed in USA. American Society for Nutrition. Disponible: <http://ajcn.nutrition.org/content/100/6/1613S.full>. Consultado: 15.05.2015.
- SAINZ, María; LÓPEZ, Consuelo y VAN DEN BOOM, Anneke. 2001. “Educación para la Salud: alimentación y Nutrición escolar”. Disponible: <http://www.ceapa.es/files/publicaciones/File00117.pdf>. Consultado: 10.08.2009.
- SELVA, Ernesto. 2014. Un acercamiento a la interacción de la pobreza, la desigualdad, la desnutrición, el neoliberalismo y la salud en América Latina, desde el punto de vista del pensamiento complejo. En Fidel, Carlos y Valencia, Enrique (Coord). **(Des) Encuentros entre Reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina.** Tomo I: 66-104. Disponible: [http://www.clacso.org.ar/investigacioncritica/detalle.php?id\\_libro=913](http://www.clacso.org.ar/investigacioncritica/detalle.php?id_libro=913). Consultado: 30.05.2015.
- SOLOMONS, Noel. 2013. “Diez consideraciones para prevenir la malnutrición de Latinoamérica”. **CANIA.** Vol. 16, N° 26: 28-32. Empresas Polar. Venezuela. Disponible: <http://www.caniam.org.ve/html/boletin26.html>. Consulta: 15.02.2014.
- UNESCO. 2007. “*Construyendo un estilo de alimentación saludable*”. Disponible: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001524/152486s.pdf>. Consultado: 17.12.2010.