

Políticas públicas sobre nutrición en Uruguay y la autonomía de las personas

Public nutritional policies in Uruguay and people's autonomy

Isabel Pereyra^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4696-8063>

¹Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.

*Correo electrónico: ipereyra@ucu.edu.uy

RESUMEN

Tomado como punto de partida el concepto de autonomía desarrollado por la bioética americana y tras realizar una revisión actualizada de las políticas públicas en nutrición en Uruguay, se presenta un análisis de los problemas que han tenido estas en relación a la noción objeto de estudio. La investigación fue basada en una revisión de puntos de referencia históricos en el campo de políticas que fueron concebidas por el Estado para combatir los problemas nutricionales. Se revisaron documentos del gobierno fueron publicados al efecto, tales como: programas, planes y guías. En el análisis se discuten los valores que tradicionalmente han sido identificados como derechos básicos de autonomía y aspectos que la rodean y, en cierto modo, son determinantes a la hora de las elecciones individuales y las posibilidades reales de los individuos de elegir con libertad. La finalidad del presente trabajo es hacer un recorrido de las políticas nutricionales del Estado uruguayo desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, enfatizando en la injerencia de estas en la construcción de la autonomía.

Palabras clave: políticas nutricionales; autonomía personal; bioética; derechos humanos.

ABSTRACT

Based on the concept of autonomy developed by American bioethics and after carrying out an updated review of the public nutritional policies in Uruguay, it is presented an analysis of the problems that these policies had in relation to this concept. The research was based in a review of the historical points of reference in the field of policies that were designed by the



State to combat nutritional problems. Government documents which were published as programmes, plans and guides were reviewed. The analysis discusses the values that have traditionally been identified as basic rights of autonomy and aspects that surround it, and that in some way are determinants when individual choices and the real possibilities of individuals to choose freely appear. The purpose of this study is to show the nutritional policies of the Uruguayan State, from the mid twentieth century to the present, emphasizing their interference in the construction of autonomy.

Keywords: nutritional policies; personal autonomy; bioethics; human rights.

Recibido: 25/10/2017

Aceptado: 05/03/2018

INTRODUCCIÓN

A mediados del siglo XX la atención de salud y nutrición estaba centrada en las enfermedades infecciosas agudas.⁽¹⁾ Actualmente, en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo, las enfermedades infecciosas agudas y las generadas por déficit nutricional son prevenibles y/o curables. Nos encontramos en la era de la enfermedad crónica.

Los hábitos de consumo fueron cambiando como consecuencia de la mayor disponibilidad de alimentos y de cambios a nivel de los hogares.^(2,3) Comparativamente con épocas anteriores, la comida también se ha abaratado, aunque el abaratamiento de los alimentos tiene riesgos que se trasladan a la salud.^(4,5) La urbanización, los nuevos estilos de compra de alimentos, los cambios en las pautas tradicionales de alimentación, la inactividad física, junto a otros determinantes que afectan el estilo de vida están promoviendo la obesidad, la que se está convirtiendo en una pandemia.

La obesidad está afectando, tanto a países del mundo desarrollado como a otros que están en una etapa intermedia de su desarrollo.^(6,7) La obesidad es hoy el problema nutricional de Salud Pública más importante en Uruguay y debe ser considerado como prioridad de prevención y tratamiento.^(8,9,10)



El objetivo del presente trabajo es reconocer el desarrollo de las políticas nutricionales del Estado uruguayo, desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, enfatizando en la injerencia de estas en la construcción de la autonomía.

MÉTODOS

Este trabajo revisa críticamente políticas que fueron concebidas por el Estado uruguayo para combatir los problemas nutricionales. En especial, se enfoca en el ámbito de la autonomía, para lo cual se han tenido en cuenta, principalmente, las propuestas desarrolladas por la profesora *Lolas y Rodríguez*⁽¹¹⁾ así como los principios planteados por *Beauchamp* y *Childress*.⁽¹²⁾

El estudio fue basado en una revisión de puntos de referencia históricos en el campo de políticas que fueron concebidas por el Estado uruguayo para combatir los problemas nutricionales. Como parte del proceso de levamiento de datos se revisaron los documentos del gobierno que fueron publicados como programas, planes y guías (anexo). Se seleccionaron documentos que discuten los problemas nutricionales como una cuestión de política pública y marcan la inserción del tema en la agenda del gobierno uruguayo en los últimos 15 años. Se realizaron búsquedas en los sitios electrónicos del Ministerio de Salud (<http://www.msp.gub.uy>), el Ministerio de Desarrollo Social (<http://www.mides.gub.uy/innovaportal>), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (<https://www.mtss.gub.uy/web/mtss>) y publicaciones jurídicas del Diario Oficial (<http://www impo.com.uy/>). Se analizaron 3 documentos producidos dentro del Ministerio de Salud⁽¹³⁻¹⁵⁾, 3 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social,⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ 3 del Ministerio de Desarrollo Social⁽¹⁹⁻²¹⁾, uno del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)⁽²²⁾ y 3 leyes y ordenanzas relativas a prevención de enfermedades nutricionales.⁽²³⁻²⁵⁾

Se analizaron en diálogo con la literatura académica, basado en las siguientes dimensiones analíticas: análisis de la problemática nutricional, intervenciones propuestas, principio de la autonomía y argumentos utilizados. Mediante el análisis documental se buscaron las referencias que hacían en los mismos a la autonomía tanto explícita como implícitamente.



EL LUGAR DE LA AUTONOMÍA EN LAS POLÍTICAS EN SALUD Y NUTRICIÓN

La bioética norteamericana, guiada por su pragmatismo, ha privilegiado e impuesto como canónicos cuatro principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. El principio de autonomía se centra en que los mejores intereses del individuo, con el rol de paciente, son los que él interprete, aunque estos difieran de los objetivos médicos.⁽²⁶⁾ La tradición médica occidental ha asignado al médico la obligación de la beneficencia, buscando el bien del que sufre, pero esta beneficencia se ha acompañado, en ocasiones, de la restricción de la autonomía de las personas.⁽¹⁰⁾ Hoy en día hay una tendencia a alejarse del paternalismo hacia la atención centrada en el individuo y modelos de toma de decisiones compartidas. En un enfoque de Derechos Humanos el paternalismo debiera tender a desaparecer y propender a la participación en las decisiones públicas, como también a potenciar la autonomía de las personas respecto de distintos ámbitos de su vida social, privada y familiar.⁽¹¹⁾

La autonomía en el concepto manejado por Lolas es un principio básico del profesional de la salud, relacionado con la libertad terapéutica del paciente en la toma de decisiones y el contexto en el cual las decisiones se están tomando.⁽¹¹⁾ Clásicamente, el contrato implícito en la relación “médico-paciente” se establecía después de una petición de ayuda demandada explícitamente por parte del enfermo (autonomía), bajo la aceptación de los principios de beneficencia y no maleficencia.⁽²⁷⁾ Sin embargo, una gran parte de la demanda sanitaria en la actualidad es inducida por la medicalización y la medicina del riesgo, circunstancia que claramente afecta a la autonomía.^(28,29)

Analizando más allá de la demanda, los discursos en Salud Pública se construyen en apego a la verdad, pero tienen mucho de autoritarios, a pesar de que están legitimados, no están exentos de conflicto de interés. El discurso de salubristas es un discurso moral, sobre lo que el individuo debería hacer. La autonomía se prueba en las opciones escogidas y una información insuficiente comprometería la misma.^(11,30,31) Por ejemplo, si en el quehacer diario el profesional de la salud no aporta toda la información o informa para inducir un comportamiento que considera “lo correcto o lo que se debería hacer”, estaría comprometiendo la autonomía. En las políticas de salud el problema ético se expresa en la tensión entre protección de la comunidad y respeto a la libertad del individuo y pocas veces se plantea el tema de autonomía a la hora de diseñarlas.⁽³²⁾



Invocar a la autonomía desde las políticas públicas en nutrición significa considerar las elecciones individuales, en las cuales se entrelazan la responsabilidad y las posibilidades reales de los individuos de elegir con libertad.⁽²⁸⁾ Para la obesidad, que es una enfermedad del modo de vida, el autoritarismo no sirve.

HISTORIA Y DESARROLLO DE LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES EN URUGUAY

La desnutrición se siente con fuerza en Uruguay desde el año 1900 y se extiende hasta la década del 90, manteniendo el país también niveles altos de mortalidad infantil. La desnutrición energético proteica fue la afección principal desde mediados del siglo XX. Cuando asume el primer gobierno posterior a la dictadura, en 1985, casi la mitad de la población estaba sumida en la pobreza y la situación mejoró con los años.⁽³³⁾ En cuanto al análisis según grupos de edad, encuentran que los mayores niveles de criticidad se concentran en los grupos etarios más jóvenes, menores de 18 años.⁽³³⁾

Nuevamente, en el año 2002 hubo una crisis económico-financiera que determinó niveles de pobreza e indigencia que no se veían desde finales de la dictadura, llegando a casi el doble de los guarismos registrados en la década anterior.^(16,34) Entre los años 2005 y 2016, la pobreza y la indigencia se redujeron sostenidamente.

La mitad de los hogares en situación de pobreza están formados por pareja e hijos, mientras que un porcentaje considerable (alrededor del 30%) lo constituyen hogares extendidos.⁽³³⁾ La indigencia y la pobreza han afectado mayoritariamente a los niños, de ahí que se hable de “*infantilización de la pobreza*”. Durante el período 2005-2008 se produce un descenso, llegando en 2008 a 38% para niños menores de seis años. Sigue descendiendo posteriormente y en 2014 es del 22%. A su vez, la pobreza y la indigencia se concentran en áreas urbanas marginales, pequeñas localidades y áreas rurales dispersas.

Uruguay ha experimentado muchos cambios políticos, sociales, económicos y de salud, especialmente en los últimos diez años. Asimismo, los estilos de vida y, entre ellos, los patrones de conducta alimentaria y de actividad física han estado sometidos a un constante proceso de transformación.

En Uruguay hay suficiencia plena de energía y proteínas lo que significa un 120% de adecuación en el suministro de energía alimentaria, estimándose que el país produce y exporta alimentos para 28 millones de personas con un crecimiento sostenido en los últimos



10 años.⁽¹⁸⁾ La prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses de edad en el año 2011 fue 31,5%, alcanzando cifras de 41% entre los 6 y 11 meses.⁽³⁵⁾

En los últimos 30 años se han venido dando los procesos de transición epidemiológica y demográfica, posteriormente y relacionado con estos se produce la transición nutricional. Los hábitos alimentarios están cambiando rápidamente como en casi todos los países del mundo desarrollado.

Según las últimas estadísticas, el 65% de la población adulta tiene sobrepeso y obesidad.⁽⁹⁾

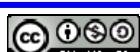
Las enfermedades no transmisibles relacionadas con una inadecuada alimentación constituyen el principal problema de Salud Pública. Si bien dominan el panorama los problemas nutricionales por exceso, tales como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, de muy alta prevalencia en la población, coexisten con problemas nutricionales deficitarios, tales como la desnutrición energético proteica y carencias de micronutrientes.⁽¹⁴⁾

Actualmente los problemas nutricionales de la población uruguaya se podrían sintetizar en tres puntos principales:

- I. Problemas asociados al exceso de peso para la cual toda la población del país, cualquiera sea su edad y condición socio económica, se encuentra en situación de riesgo.
- II. Anemias nutricionales en niños menores de 2 años y mujeres en edad fértil.
- III. Desnutrición energético-proteica que afecta a grupos específicos de la población como menores de 5 años provenientes de hogares indigentes o bajo la línea de pobreza.

HISTORIA DE LAS POLÍTICAS EN NUTRICIÓN EN URUGUAY Y ANÁLISIS DE LA CONSTRUCCIÓN DE AUTONOMÍA

Durante el siglo XX el país implementó diversas políticas sociales, estando a la vanguardia en seguridad social en el Continente Americano.⁽¹⁷⁾ Este proceso, que se había iniciado en el siglo XIX con las primeras formas de previsión social, comenzó su caída a fines de la década del 50, acompañando un proceso de estancamiento e involución en materia económica y social.⁽¹⁷⁾ Esta involución económica y social de la población trajo como



consecuencias nutricionales desnutrición energético proteica y carencia de micronutrientes. En este contexto, el binomio madre-hijo va tomando fuerza, pero no por sí solo, sino inserto en un modelo mayor de familia ideal coherente con el modo de producción capitalista: la familia nuclear.

Es recién a partir de 2005, que el país implementa un proyecto social, instalando el concepto de equidad como eje de la distribución de la riqueza y crea el Ministerio de Desarrollo Social, proceso al que se incorpora el Instituto Nacional de Alimentación (INDA). Los orígenes del INDA se remontan al marco de la expansión de la red de protección social en Uruguay y dependía del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. Se originó en 1932, mediante la ley 8841 y fue posteriormente modificado en 1942, mediante la ley 10270.^(20,22) Esta ley establece que es el organismo estatal encargado de orientar y regular en materia alimentaria. Dispone de diversos programas de asistencia a diferentes grupos en situación de vulnerabilidad alimentaria y nutricional.⁽¹⁷⁾ Los resultados indican un descenso de la indigencia de 3,9% a 1% en el período 2005-2007 y un descenso de la pobreza de casi 12 puntos respecto de 2003.⁽¹⁷⁾

El Programa Tarjeta Uruguay Social funciona desde mayo de 2006 y se encuentra bajo la órbita de la División de Transferencias de la Dirección Nacional de Protección Integral en Situaciones de Vulneración del Ministerio de Desarrollo Social. Su población objetivo son los hogares que tienen mayores dificultades para acceder a un nivel de consumo básico.

Desde el punto de vista alimentario conjuga dos objetivos de intervención estratégica: mejorar el acceso a alimentos permitiendo que cada hogar elija según sus necesidades, garantizar el cumplimiento de objetivos de seguridad alimentaria para atender las etapas vulnerables de la vida.⁽²⁰⁾

En cuanto a políticas por vía jurídica, la Ley N° 18.071 se promulga para prevenir la anemia, a partir de la misma se fortifica la harina de trigo para la población general con sulfato o fumarato ferroso y ácido fólico y la leche en polvo de programas sociales con hierro aminoquelado.⁽²⁴⁾ En 2013 se promulga la ley de Regulación de la merienda escolar como forma de contribuir en la prevención del sobrepeso y la obesidad, hipertensión arterial y así en las enfermedades crónicas no trasmisibles vinculadas a los mismos.⁽²⁵⁾

Para prevenir y tratar la obesidad, a nivel internacional, se proponen políticas nutricionales que estén orientadas a concienciar a los niveles político-normativos para que promuevan la implementación de guías alimentarias a nivel nacional. Con respecto a los recursos humanos de los diferentes sectores y niveles, públicos y privados, las guías proponen capacitar en forma permanente y continua, a fin de que se conviertan en agentes multiplicadores.



También incluir los mensajes de las guías alimentarias en los programas de alimentación y nutrición de los sectores gubernamentales y no gubernamentales. Asimismo promover la entrega de alimentos saludables en las escuelas, servicios de alimentación institucional y en los programas de asistencia alimentaria a grupos de población sana.^(17, 36)

Las guías alimentarias se diseñaron en Uruguay, como muchos otros países, con el apoyo de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, como estrategia con el fin de lograr una alimentación saludable. En el año 2016 se publicó la segunda guía alimentaria, que es la primera que plantea abiertamente el tema de la obesidad como la principal problemática nutricional. En esta segunda guía alimentaria el tema autonomía no está abordado, alude a la responsabilidad de la toma de decisiones para lo cual aporta conocimientos para una adecuada reflexión y visión crítica de la publicidad y plantea la idea de la alimentación casera como el medio para tomar decisiones en cuanto a la forma de alimentarse.⁽¹³⁾

El discurso de responsabilidad individual surge en la década de 1970 en Uruguay asociado a desnutrición y luego con escasos cambios se acude a lo mismo para abordar la obesidad. A su vez, estos discursos sobre alimentación tienen un componente de género, más fuerte en las políticas para combatir la desnutrición pero que se mantienen cuando se abordan la problemática de la obesidad.

Las políticas públicas en nutrición en Uruguay están permeadas por el concepto de los “estilos de vida”, cuya intervención permitiría prevenir las enfermedades y disminuir los costos de los servicios de salud. Por tanto en esta línea la promoción de la salud se centra en la entrega de información.

El discurso de los estilos de vida saludable se traduce como ausencia de precauciones frente a riesgos públicamente conocidos; una falta de control individual y autodisciplina. El discurso aborda la relación desde un modelo interpretativo que toma al individuo como agente moral capaz de decidir lo mejor para su salud, con la ayuda y acompañamiento del equipo de salud en un afán de protección.⁽³⁷⁾ En este discurso la autonomía no es considerada y en su lugar se apela a responsabilidades. Es el discurso hegemónico de la Salud Pública para enfrentar la obesidad.

Con respecto a la acción de consumir o no ciertos alimentos se han pretendido válidas, a lo largo de la historia y en todas las culturas, numerosas restricciones de diverso tipo. Si se considera la autonomía tal cual la definen los principios de Bioética planteados por Beauchamp y Childress, como que cada persona es autodeterminante, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias, o la ausencia de restricciones de



algún tipo para llevar a cabo u omitir una determinada acción.⁽¹²⁾ Entonces veremos que la orientación de las políticas nutricionales no estaría considerando este principio ético, en pro de la prevención de la obesidad.

Según Boaventura de Sousa Santos, el conocimiento científico no es distribuido socialmente de un modo equitativo. El autor ilustra esta afirmación con la idea de que existe una línea que deja de un lado a los científicos como sujeto de conocimiento y del otro al resto de la población como objeto de conocimiento.⁽³⁸⁾ Las intervenciones de Salud Pública basadas en trasmisión del conocimiento científico y llevadas al mundo real tienden a favorecer exclusivamente a los grupos sociales que tienen mayores recursos económicos y educativos.⁽³⁸⁾ Claramente esto no es suficiente, ético, ni solidario de parte de la ciencia para generar intervenciones que puedan cambiar hábitos alimentarios para prevenir las ECNT. El conocimiento científico debería propiciar justicia social, no limitarse a quienes tienen capacidad de comprender los intrincados mensajes de la academia y los profesionales de la nutrición y fundamentalmente debe posibilitar las acciones en el mundo real. Y en ella se asienta la idea pragmática de que es necesaria una reevaluación de las intervenciones y la naturaleza que los diferentes conocimientos proporcionan.

Volviendo al concepto de autonomía arriba mencionado, cabría cuestionarse si los individuos son realmente autónomos para elegir su modo de vida y también su alimentación. Hay tendencias claras y alarmantes en la Región de las Américas que muestran cómo los productos ultraprocesados están reemplazando rápidamente a los alimentos sin procesar o mínimamente procesados y a los platos caseros y tradicionales. En América Latina, los datos sobre la venta de alimentos en 13 países muestran que, entre el 2000 y el 2013, las ventas de bebidas azucaradas aumentaron el 33% en promedio, en tanto que las ventas de snacks ultraprocesados subieron el 56%.⁽³⁹⁾ Las encuestas realizadas en algunos países de esta subregión revelan un consumo elevado de bebidas azucaradas y un consumo limitado de frutas, hortalizas y agua, tendencias que presentan una relación significativa con la obesidad y el sobrepeso en los niños y los adultos. En realidad la oferta del mercado y la poca injerencia de las políticas públicas a determinado que el individuo viva en un ambiente donde las elecciones no son libres y están orientadas a estilos de vida poco saludables por ser los más beneficiosos para la economía.

En lo que respecta a la autonomía, la economía tradicional afirma que los seres humanos somos agentes racionales: ponemos nuestras mentes en algo y lo hacemos porque somos autónomos. La economía conductual dice que no somos realmente tan racionales para nuestros comportamientos. Muchas veces tenemos grandes ambiciones, pero de alguna



manera no logramos concretarlas. Buscamos cierto placer ahora por consumir algún alimento en lugar de un beneficio de tener un aspecto mejor.⁽⁴⁰⁾ Procesos psicológicos y sociales son parte de los determinantes del consumidor. La definición de Fishbein afirma que las actitudes son predisposiciones aprendidas para responder a un objeto o clase de objetos de una manera favorable o desfavorable. Las actitudes se consideran multidimensionales, compuesto de elementos afectivos, cognitivos y connotativos que se caracterizan por la consistencia en que un cambio en el componente de una actitud puede procesar un cambio relacionado en otros.⁽⁴¹⁾

El discurso de la autonomía ha sido utilizado también por la industria alimentaria. Cada vez que aparece la Salud Pública con una postura de protección de la comunidad relativa a la acción de consumir o no ciertos alimentos, la industria apela a que la oferta de alimentos responde a las demandas de las personas. Pero, cabría plantearse cuál es la posibilidad real que tienen las personas de elegir libremente si están sometidas a un ambiente obesogénico tanto en el ámbito familiar, escolar y comunitario. Además la influencia de los medios (tecnologías de la información, la comunicación y el conocimiento) tienen en la actualidad una gran carga obesogénica.

Es fundamental aquí que el Estado, en su rol de agente protector, actúe con el consentimiento de la población, proponiendo aquellos cambios estructurales que sean necesarios y razonables para prevenir los problemas sanitarios. La formulación de las políticas que se definen para la protección de la salud de los colectivos necesitan ser aceptadas por los propios beneficiarios, permitiendo que el cumplimiento de las medidas de resguardo valide ejercer un legítimo poder de disciplina y autoridad para que sean efectivas.^(42,43)

CONCLUSIONES

Después de este análisis arqueológico de las políticas en nutrición se puede concluir que en Uruguay no ha habido una política pública para combatir la obesidad como se ha instaurado para la desnutrición. Si el tema no está presente con fuerza y transversalidad en las políticas públicas es un tema invisibilizado.

La autonomía no ha sido considerada en el diseño de políticas públicas en nutrición en Uruguay. Los discursos de Salud Pública para enfrentar la obesidad y las ECNT ha apelado a responsabilidades individuales en la modificación de estilos de vida, considerando al



individuo como agente moral capaz de decidir lo mejor para su salud y acompañado por el equipo de salud que tiene finalmente un rol protector.

Es preciso realizar cambios estructurales, modificando aquellos aspectos que condicionan la elección de los individuos de una vida más saludable y crear las condiciones para que las personas puedan ejercer su autonomía. En ese ambiente las personas vivirían en condiciones dónde les sería posible incorporar cambios de comportamiento como dictaminan los discursos en salud que buscan combatir la obesidad.

Conocer la percepción que tienen las personas respecto de la alimentación y la nutrición resulta pertinente y relevante para orientar los procesos de toma de decisiones desde una perspectiva ética, relevando actitudes, concepciones, conocimientos, valoraciones, creencias, prejuicios; que hacen posible una aproximación a las expectativas que tienen los ciudadanos sobre su propia salud y el impacto que tiene la forma de alimentarse sobre la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mercer A. Infections, Chronic Disease, and the Epidemiological Transition [Internet]. NED - New edition. Boydell & Brewer; 2014. Access: 20/11/2018. Available from: <http://www.jstor.org/stable/10.7722/j.ctt6wp924>
2. Filozof C, Gonzalez C, Sereday M, Mazza C, Braguinsky J. Obesity prevalence and trends in Latin-American countries. *Obes Rev* [Internet]. 2008;2. Access: 14/11/2018. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00029.x>
3. Lobstein T, Frelut M. Prevalence of overweight children in Europe. *Obes Rev* [Internet]. 2003;4. Access: 13/08/2017. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14649370>
4. Lobstien T, James W, Cole T. Increasing levels of excess weight among children in England. *Int J Obes*. [Internet]. 2003;27. Access: 13/08/2017. Available from: <http://www.nature.com/ijo/10.1038/sj.ijo.0802324>
5. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas [Internet]. OMS, Serie de Informes Técnicos 916. Ginebra: OMS; 2003. Acceso: 20/11/2018. Disponible en: <http://www.fao.org/wairdocs/who/ac911s/ac911s00.htm>

6. Pratt M, Jacoby E, Neiman A. Promoting Physical Activity in the Americas. Food and Nutrition Bulletin. [Internet]. 2004;25(2). Access: 13/11/2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15214265>
7. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [Internet]. Overweight and Obesity Viz. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014. Access: 03/06/2018. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>
8. Pisabarro R, Chaftare Y, Gutiérrez M, Bermúdez C, Prendez D, Recalde A, Manfredi A. Segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO 2) adultos (18-65 años o más) Rev Med Urug. 2009;25:14-26.
9. Ministerio de Salud. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Trasmisibles. 1^a. ed. Montevideo: Ministerio de Salud; 2016.
10. Ministerio de Salud Pública (2006). Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud. Acceso: 09/03/2018. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1er_enfrecnt_2006_1.pdf
11. Lolas F, editor. Bioética y antropología médica. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2003
12. Beauchamp T, Childress J. Principles of Bioethical Ethics. 4 edition. Oxford University Press, New Cork; 1994. p. 148-9.
13. Ministerio de Salud. Dirección General de la Salud. Plan Nacional de Salud Perinatal y Primera Infancia. Montevideo: División de Programación Estratégica en Salud; 2012.
14. Ministerio de Salud. Dirección General de la Salud. Guía alimentaria para la población uruguaya. Montevideo: Ministerio de Salud; 2016
15. Ministerio de Salud. Dirección General de la Salud. Manual para la promoción de prácticas saludables en alimentación de la población uruguaya. Montevideo: Ministerio de Salud; 2005
16. Instituto Nacional de Alimentación [Internet]. Montevideo: INDA; 2016- Acceso: 06/01/2018. Disponible en: <http://obsan-inda.mtss.gub.uy/>
17. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Alimentación. Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Uruguay. Situación de la seguridad alimentaria y nutricional en Uruguay 2009. Montevideo: INDA; 2009
18. Departamento de Geografía de la Facultad de Ciencias de la Universidad de la República. INDA. Derecho a la alimentación, seguridad alimentaria y nutricional: Logros y

- desafíos de Uruguay. Montevideo: Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional; 2015
19. Arim R, Cruces G, Vigorito A. Programas sociales y transferencias de ingresos en Uruguay: los beneficios no contributivos y las alternativas para su extensión. CEPAL. 2009; 146:1-42
20. Ministerio de Desarrollo Social [Internet]. Informe Tarjeta Uruguay Social. 2014. Acceso: 06/01/2017. Disponible en:
<http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/14984/3/innova.front/informe-tarjeta-uruguay-social>
21. Ministerio de Desarrollo Social [Internet]. Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo. 2014. Acceso: 20/11/2018. Disponible en:
<http://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/103373/1/inda-mides.pdf>
22. Amarante V, Arim R, Severi C, Vigorito A, Aldabe I. El estado nutricional de los niños/as y las políticas alimentarias. Montevideo: PNUD, editor; 2007.
23. Ministerio de Salud Pública. Ordenanza Ministerial 116/2014. Criterios nutricionales de Referencia para el listado de alimentos recomendados Uruguay; 2014. Acceso: 20/11/2018. Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Resoluci%C3%B3n%20Pagina%20Web031.pdf
24. Asamblea General. Ley 18.071/2006. Prevención de diversas enfermedades. Uruguay; 2006. Acceso: 20/11/2018. Disponible en:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp466925.htm>
25. Asamblea General. Ley 19.140/2013. Protección de la salud de la población infantil y adolescente a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables. Uruguay; 2013. Acceso: 25/03/2018. Disponible en: <https://plataformacelac.org/ley/24>
26. Rodríguez E. Relación médico-paciente y práctica médica. En: Lolas F. Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS. 6 ed. Chile: OPS/OMS; 2004. p. 61-72.
27. Ferrer M. La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional. CEPAL. 2005;60:5-77.
28. Hierro L. El concepto de justicia y la teoría de los derechos. En Díaz E, Colomer J, editores. Estado, justicia, derechos. Madrid: Alianza Editorial; 2002.

29. Castiel L, Alvarez-Dardel C. La salud persecutoria. *Rev Saúde Pública* 2007;41(3):461-6.
30. Juliarena A, Cosenza S, Pratres P, Pineda R. El médico intensivista ante la autonomía del paciente: una aproximación a partir de algunos casos clínicos. *Pers. Bioét.* [Internet]. 2012;16(1):62-66. Acceso: 30/07/2017. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222012000100007&lng=en
31. Sánchez A. El consentimiento informado y la relación médico-paciente. *Bioética*; 2009. p. 4-8.
32. Ferrer M. Secreto profesional. Veracidad y consentimiento informado. Objeción de conciencia. *Manual de Bioética*; 2001, p. 128-39.
33. Amarante V. Pobreza en Uruguay. 1990-1997. Montevideo: Centro Latinoamericano de Economía Humana; 2000.
34. La Red 21 [Internet]. Pobres e indigentes en Uruguay: 1986 a 2006. Acceso 06/01/2017. Disponible en: <http://www.lr21.com.uy/editorial/261774-pobres-e-indigentes-en-uruguay-1986-a-2006-3>
35. Ministerio de Salud Pública. Ordenanza Ministerial N° 62. Normas para la implementación y desarrollo de acciones que protegen, promueven y apoyan la Lactancia Materna en todo el territorio nacional. Ref. N° 001-3/10239/2016. Montevideo; 2016.
36. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías alimentarias para la población guatemalteca menor de dos años. Alimento y Amor. Guatemala; 2002.
37. Mondragón L, Monroy Z, Ito M, Medina-Mora M. Conflicts between autonomy and beneficence conceptions which affect the therapeutics of suicidal attempt. *Acta Bioethica* [Internet]. 2010;16(1). Access: 01/08/2017. Available in: <http://www.actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/8310/8060>
38. De Sousa Santos B, Meneses M. Epistemologías del Sur. Perspectivas. 1era. ed. Madrid: Editorial Akal; 2014.
39. Pan American Health Organization. Consumption of ultra-processed food and drink products in Latin America: trends, impact on obesity, and policy implications. Washington: OPAS; 2015.
40. Sharma B, Harker M, Harker D, Reinhard K. Living independently and the impact on young adult eating behaviour in Germany. *British Food Journal* [Internet]. 2009;111(5). Accscess: 10/10/2017. Available in: <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/00070700910957285>



41. Fishbein M, Ajzen I. Predicting and changing behavior: The Reasoned Action Approach. New York: Taylor and Francis Group; 2010.
42. Correal-Muñoz CA, Arango-Restrepo P. Aspectos bioéticos en la salud comunitaria. Pers. Bioét [Internet]. 2014;18(2). Access: 17/03/2018. Available in: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/4225/pdf>
43. King Baudouin Foundation/Belgian Advisory Committee on Bioethics [Internet]. Justice and solidarity in priority setting in healthcare. (Brussels); 2013 Access: 04/06/2017. Available in: <http://www.kbs-frb.be>

Anexo – Programas o intervenciones nutricionales

Programas o intervenciones	Año	Objetivo o finalidad del instrumento en relación con los problemas nutricionales
Programa Alimentación Escolar	Comienzos Siglo XIX	Brindar servicio de comedor en las escuelas públicas rurales y escuelas al aire libre. En 1930, las autoridades extendieron el servicio a las escuelas públicas urbanas.
Creación del Instituto de Alimentación Científica del Pueblo	1932	Proporcionar y regular la alimentación en el territorio de Montevideo, focalizando en la población más vulnerable.
Creación del Instituto Nacional de Alimentación	1942	Apoyar a la población más vulnerable en cuanto a proporcionar y regular la alimentación, en todo el territorio de la República.
Programa de Atención al Riesgo Nutricional	1987	Contribuir a promover un adecuado estado de salud y nutrición en las familias con menores de 18 años y mujeres embarazadas en situación de riesgo de desnutrición o desnutridos, mediante la complementación alimentaria y la coordinación de acciones con las diferentes políticas sociales implementadas en el país.
Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Población Uruguaya	2005	Prevenir tanto las enfermedades nutricionales originadas por el déficit en el consumo de energía o nutrientes específicos, como de las ECNT relacionadas con la dieta.
Tarjeta Uruguay Social	2006	Contribuir a disminuir la situación de inseguridad alimentaria a través de la mejora en el acceso a los alimentos de los hogares en situación de indigencia y los sectores de la pobreza más vulnerables.
Plan de Equidad	2008	Apoyar a la población más vulnerable para alcanzar el derecho a la alimentación.
Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional	2008	Poner a disposición de todos, en particular, de los decisores políticos, la información sobre la seguridad alimentaria y nutricional.
Ley 19.140/2013	2013	Ofertar en centros educativos alimentos naturales o mínimamente



		procesados.
Ordenanza Ministerial 116/2014 del Ministerio de Salud	2014	Promover en los centros educativos el consumo de alimentos naturales o mínimamente procesados, limitar el consumo de azúcares libres, grasas saturadas, grasas trans y sodio.
Actualización de las recomendaciones para la prevención y tratamiento de la deficiencia de hierro	2014	Contribuir a prevenir y tratar la deficiencia de hierro, mediante un abordaje intersectorial, integral e integrado, específicamente dirigido a las mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas o durante el periodo de lactancia, y a niños menores de 2 años.
Guía Alimentaria para la población uruguaya	2016	Disminuir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles
Norma Nacional de Lactancia Materna	2016	Contribuir a mejorar las condiciones de salud, nutrición y desarrollo de todos los niños y niñas uruguayos, en el marco de la Convención de los Derechos del Niño y con base en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 del Ministerio de Salud, mediante la Protección, Promoción y Apoyo de la práctica de Lactancia Materna.
Guía para el uso de preparados para lactantes hasta 12 meses	2016	Unificar los criterios de uso y prescripción de los preparados para lactantes, en el caso de que sea necesaria su utilización.
Guía de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses	2016	Establecer las bases para el manejo de la introducción de alimentos complementarios, sustentadas en la evidencia científica actual, respetando la cultura alimentaria local y que proteja el derecho de todos los niños a recibir una alimentación adecuada desde el inicio de su vida

Fuente: Elaboración propia

Conflictos de intereses

La autora declara que no tiene conflictos de intereses.

Financiación

Este trabajo fue financiado por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) del gobierno uruguayo a través de los fondos del Sistema Nacional de Becas.

