

Ministerio
de **Salud**
Costa Rica



Análisis de Situación Nutricional de Costa Rica con Énfasis en Niñas, Niños y Adolescentes

2022



Ministerio de Salud Costa Rica

Elaborado por:

Ivannia Caravaca Rodríguez. Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

Adriana Bolaños Cruz. Dirección de Planificación. Ministerio de Salud

Raquel Barrientos Cordero. UNICEF

Cristina González Rivera. Consultora

Revisión técnica

Roberto Castro Córdoba. Dirección de Vigilancia de la Salud

Rodrigo Marín Rodríguez. Director Vigilancia de la Salud

641.305.233

Ministerio de Salud.

Análisis de la situación nutricional de Costa Rica
Con énfasis en niños, niñas y adolescentes. 2022.
Caravaca Rodríguez Ivannia, Bolaños Cruz Adriana,
González Rivera Cristina, Barrientos Cordero Raquel.
– San José. Costa Rica.

109 p.; 1.49 MB.

ISBN 978-9977-62-263-7

1. Obesidad. 2. Nutrición. 3. Indicadores. 4. Costa Rica.

Introducción

La presente sistematización describe el estado nutricional de la población costarricense con especial énfasis en niñas, niños y adolescentes. Este esfuerzo es resultado de un trabajo conjunto que el Ministerio de Salud de Costa Rica y UNICEF han venido ejecutando con el fin de construir información veraz y actualizada, que oriente la toma de decisiones oportuna en materia de prevención y mitigación de la obesidad infantil.

El documento obedece a los compromisos adquiridos dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente el ODS 2 Hambre cero que busca, entre otras cosas, la mejora de la nutrición. Asimismo, se vincula con las Metas Mundiales de Nutrición 2025 que intentan proveer de una nutrición adecuada desde las primeras etapas, para favorecer el desarrollo físico y mental de las niñas, niños y adolescentes y así gozar de buena salud durante el resto de la vida.

El análisis del estado nutricional contempla datos actuales de: subalimentación, inseguridad alimentaria, esperanza de vida al nacer, bajo peso al nacer, anemia, lactancia materna, desnutrición y sobrepeso y obesidad durante los diferentes ciclos de vida. También analiza algunos factores de riesgo clave según etapa de vida y plantea algunos vacíos actuales de información.

El Ministerio de Salud como ente rector y autoridad sanitaria, siempre realizará los esfuerzos necesarios para conducir a nivel nacional la vigilancia de la salud, ya que constituye una función esencial de la salud pública.

Lista de abreviaciones

ALC	América Latina y Caribe
ASIS	Análisis de Situación en Salud
CACIA	Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
DE	Desviaciones estándar
ENAH	Encuesta Nacional de Hogares
ENN	Encuesta Nacional de Nutrición
EMNA	Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia
ENT	Enfermedades no transmisibles
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIES	Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (por sus siglas en inglés <i>Food Insecurity Experience Scale</i>)
GABAS	Guías Alimentarias Basadas en Alimentos
GABSA	Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios
IA	Inseguridad alimentaria
IMC	Índice de Masa Corporal
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
LM	Lactancia Materna
LME	Lactancia Materna Exclusiva
MEP	Ministerio de Educación Pública
MS	Ministerio de Salud de Costa Rica
NNA	Niñas, niños y adolescentes
NSE	Nivel socioeconómico
OI	Obesidad infantil
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud

P/T	Peso para la talla
P/E	Peso para la edad
SASN	Sistematización del Análisis de la Situación Nutricional en Costa Rica con Énfasis en Niñas, Niños y Adolescentes
T/E	Talla para la edad

Contenido

Introducción	9
Justificación	10
Antecedentes	12
1. El sobrepeso en NNA de la región de América Latina y Caribe (ALC)	13
2. Hitos históricos de la malnutrición en Costa Rica	14
Objetivos	17
1. Objetivo general	17
2. Objetivos específicos	17
Enfoque y Marco Conceptual de Referencia	18
1. Enfoque de la sistematización	18
2. Marco conceptual de referencia	19
Descripción del proceso de sistematización	25
Estado de la situación nutricional	28
1. Análisis de la situación nutricional actual en Costa Rica	28
1.1. Subalimentación	28
1.2. Inseguridad alimentaria (IA)	28
1.3. Esperanza de vida al nacer	29
1.4. Bajo peso al nacer (BPN)	30
1.5. Anemia	31
1.6. Lactancia materna	31
1.7. Desnutrición en NNA	33
1.8. Sobrepeso y obesidad en población adulta	36
1.9. Sobrepeso y la obesidad en NNA	38
2. Factores de riesgo clave para el sobrepeso y la obesidad	44
2.1. Factores de riesgo asociados a la primera infancia	45

a. Estado nutricional de la madre	45
2.2. Factores de riesgo asociados a NNA	46
a. Publicidad de bebidas y alimentos no saludables	46
b. Consumo de alimentos ultraprocesados en adolescentes	47
c. Consumo de frutas y vegetales en adolescentes	48
d. Actividad física en adolescentes	48
2.3. Factores de riesgo asociados a la edad adulta	49
a. Bajo consumo de frutas y vegetales	49
b. Actividad física	49
c. Consumo de tabaco y alcohol	50
3. Sistemas y ambientes obesogénicos en Costa Rica	51
4. El sector privado y su rol en el sobrepeso y la obesidad infantil	52
5. Marco político, programas y servicios de salud con atinencia a nutrición	55
6. Mapeo de actores	60
7. Vacíos de información identificados en Costa Rica	63
Referencias	68
Anexos	79
Anexo 1. Hojas de trabajo de la 1 a la 4	79
Anexo 2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas y niños de 6 a 12 años según región	105
Anexo 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas y niños menores de 5 años, según quintil de índice de riqueza	106
Anexo 4. Lista de expertos consultados	0

Lista de Figuras

Figura 1. Esquema de causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad infantil identificadas por diferentes autores

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Prevalencia de subalimentación en la población de Costa Rica, promedio de 3 años

Gráfico 2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mayor de 19 años, comparativo 2014 y 2018

Gráfico 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Costa Rica por etapa del ciclo de vida

Gráfico 4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Costa Rica, según sexo

Gráfico 5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Costa Rica por etapa del ciclo de vida, según zona

Gráfico 6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Costa Rica, según provincia

Lista de Cuadros

Cuadro 1. Interpretación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad por etapa del ciclo de vida, según criterio utilizado

Cuadro 2. Pactos o acuerdos en ámbito internacional adoptados en el país con vinculación a la alimentación

Cuadro 3. Planes, pactos o acuerdos en ámbito regional adoptados en el país con vinculación a la alimentación

Cuadro 4. Normativa y leyes nacionales vinculadas a la alimentación

Cuadro 5. Políticas, planes o estrategias vinculadas a la alimentación

Cuadro 6. Mapeo de actores vinculantes con temas nutricionales según tipo de enfoque y sector



Justificación

La creciente prevalencia de malnutrición infantil que Costa Rica ha venido experimentando, principalmente de sobrepeso y obesidad, pone en riesgo a la población nacional. Se ha visto que el exceso de peso en NNA genera a corto plazo: dificultad para realizar actividad física, la aparición temprana de ENT como hipertensión arterial o diabetes tipo 2, exclusión social y depresión o baja autoestima (1, 2); mientras que a largo plazo aumenta el riesgo de sobrepeso y obesidad en la edad adulta, el padecimiento de ENT y la muerte temprana si la enfermedad no está bajo control. Todo esto suma una carga importante al sistema de salud de los países y atenta contra los acuerdos de la Convención de los Derecho del Niño (CDN) sobre el Derecho a la Alimentación y el Derecho a la Salud.

El panorama del país, que no es ajeno al de los demás países de la región, muestra cómo la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta en todos los grupos de edad, lo que justifica el actuar de los gobiernos que encuentran imprescindible elaborar estrategias de abordaje que no solo estén centradas en mitigar la problemática, sino que intervengan desde el enfoque preventivo. En Costa Rica se han elaborado diferentes instrumentos de política pública para atender esta situación como la firma de la Carta de Compromiso para el Abordaje Integral del Sobrepeso y Obesidad en la niñez y la adolescencia costarricense en el año 2018¹ (3), el Convenio Marco de Cooperación entre el Ministerio de Educación Pública, el Ministerio de Salud, la CCSS y el Consejo Nacional de Rectores, para Fortalecer el Desarrollo Integral de niñas y niños en los Escenarios Educativo y de Salud; así como, el proceso de actualización de las Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios.

A nivel internacional las iniciativas que abordan este problema y que tratan de actuar desde la primera infancia, están respaldadas por mandatos globales como “*los Objetivos del Desarrollo Sostenible, la Declaración de Roma sobre Nutrición, el Decenio de Acción de las Naciones Unidas sobre Nutrición 2016-2025, declaraciones de la Asamblea Mundial de la Salud y lineamientos sobre prevención y control de enfermedades no transmisibles. De igual manera, la Estrategia de Nutrición*

¹ Carta de Compromiso para el Abordaje Integral del Sobrepeso y Obesidad en la niñez y la adolescencia costarricense <https://1library.co/document/yn41m3pz-compromiso-abordaje-integral-sobrepeso-obesidad-ninez-adolescencia-costarricense.html>

2020-2030 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) está alineada a estos mandatos globales” (4). Es por esto que diferentes agencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), han llamado la atención sobre la necesidad de enfocar nuevas políticas e inversiones en el abordaje de la situación nutricional de las personas.

En Costa Rica el Ministerio de Salud con Cooperación Técnica de UNICEF, han trabajado en la generación de evidencia en temas nutricionales con el fin de describir el estado de la situación nutricional del país con énfasis en NNA, en este documento se sistematizan los resultados obtenidos del proceso.

Antecedentes

Las estrategias destinadas a atender las problemáticas relacionadas con la alimentación y la nutrición de la población, siguen ocupando un lugar primordial en la agenda de los gobiernos. Las realidades del entorno alimentario que en algún momento orientaron a los tomadores de decisiones, se han venido transformando y con ello ha sido necesario adaptar el análisis y las acciones para plantear rutas más atinadas y efectivas en el abordaje de problemáticas alimentarias y del estado nutricional de las personas.

Hasta hace algunos años la desnutrición infantil era el problema primordial, relacionado con el estado nutricional, que generaba preocupación y orientaba los esfuerzos de intervención en este tipo de población; no obstante, en las últimas décadas se ha visto cómo esta problemática coexiste con el hambre oculta o la deficiencia de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad, señalando a la triple carga de la nutrición como una amenaza a la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes (NNA), las economías y las naciones (2).

La prevalencia mundial de sobrepeso y obesidad en NNA menores de 19 años (de ahora en adelante sobrepeso y obesidad infantil) ha aumentado dramáticamente durante las últimas décadas. Se calcula que en el año 2018 el 5,9 por ciento de las niñas y niños menores de 5 años alrededor del mundo, padecían sobrepeso (aproximadamente 40 millones de personas infantiles), lo que significa un 33 por ciento de aumento, a partir de un estimado de 30 millones de personas menores de 5 años que presentaban sobrepeso en el año 2000 (5). En reportes más recientes, se estima que ese 5,9 por ciento de prevalencia ha aumentado al 6 por ciento, dejando en evidencia la preocupante realidad que vivimos (6).

Por otro lado, del total de NNA de entre 5 y 19 años en el mundo el 18 por ciento presenta sobrepeso u obesidad, condición que aumentó en un 8 por ciento tomando como referencia el 10 por ciento estimado del año 2016 (6, 2). El aumento general en la prevalencia del sobrepeso y obesidad infantil sigue siendo motivo de gran preocupación, alertando a los gobiernos y aliados en la toma de decisiones en pro de estabilizar y detener esta problemática.

1. El sobrepeso en NNA de la región de América Latina y Caribe (ALC)

El sobrepeso en NNA está presente en todos los países de la región. En los últimos años, la prevalencia de sobrepeso ha venido en aumento constante y ha perjudicado la situación de salud de la niñez. Aunque este aumento no ha sido un fenómeno aislado en relación con lo acontecido en el resto del mundo, la preocupación enciende las alertas, pues se estima que el aumento en ALC sobrepasa la tendencia observada a nivel mundial.

En la región, el 7,5 por ciento de las niñas y niños menores de 5 años padecen sobrepeso, ubicándose casi 2 puntos porcentuales por arriba del promedio mundial de 5,6 por ciento y presentando un aumento sostenido durante los últimos 20 años (7), pues en 1990 la prevalencia fue del 6,2 por ciento (8). Esto significa que la región incrementó de 400 mil niñas y niños con sobrepeso en 1990, a aproximadamente 4 millones en el 2021 (8).

Según el Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) para ALC (2021), Sudamérica es la subregión que presenta la prevalencia más alta de sobrepeso en niñas y niños menores de 5 años con un 8,2 por ciento, seguida por el Caribe con un 6,6 por ciento y Mesoamérica² con un 6,3 por ciento. Sin embargo, a diferencia que Sudamérica y el Caribe que han aumentado su prevalencia en los últimos 20 años, Mesoamérica ha venido disminuyendo desde el 2010 (7).

Si se analiza por subregión Panamá (Central), Argentina (Sur) y Barbados (Caribe) son los tres países con la mayor prevalencia de sobrepeso en menores de 5 años, siendo Argentina el país con la más alta en toda la región ALC. Por otro lado, aunque Guatemala es el país con menor prevalencia de sobrepeso, también se calcula que el 42,8 por ciento de la población menor de 5 años presenta desnutrición crónica, siendo esta la más alta en la región (8).

Con respecto a la población de 5 a 19 años, se calcula que en ALC el 30 por ciento de las NNA en esta etapa de vida padecen sobrepeso y obesidad, superando también la estimación mundial del 18 por ciento (9). Esto quiere decir que 3 de cada 10 NNA de 5 a 19 años de la región, viven con sobrepeso (8).

² Toma en cuenta todos los países de América Central, más México.

Costa Rica, Argentina y República Dominicana son los países con porcentajes más altos, en sus respectivas subregiones, de población entre los 5 y 19 años que padece sobrepeso, siendo Argentina, al igual que en el caso de la niñez menor de 5 años, el país con el porcentaje más alto. Mientras que en Honduras, Colombia y Santa Lucía se estiman los porcentajes más bajos según subregión (8).

El aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en la región, es un problema de salud pública preocupante, no solo por el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (ENT) o la muerte prematura, sino también porque se relaciona con el bienestar emocional y mental de las niñas y los niños.

Las causas a las que se les atribuye el aumento de sobrepeso y obesidad infantil en la región, están relacionadas principalmente con estilos de vida urbanos no saludables y entornos alimentarios obesogénicos. ALC en la segunda región del mundo más urbanizada y sus entornos alimentarios, cada vez más obesogénicos, promueven el bajo consumo de alimentos saludables interfiriendo en el óptimo desarrollo físico, biológico y cognitivo de las NNA (8).

2. Hitos históricos de la malnutrición en Costa Rica

En Costa Rica los primeros escritos sobre desnutrición datan de 1944, cuando Peña et al describen las formas clínicas de desnutrición severa que denominaron "Síndrome Pluricarencial de la Infancia". En 1966, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) realizó una encuesta nutricional y determinó que las formas más frecuentes de desnutrición en Costa Rica eran: la desnutrición energético proteínica, las anemias nutricionales, la avitaminosis A y el bocio endémico. Ya para el período de 1966-1975 un grupo de investigadores describió una disminución en el porcentaje de niñas y niños con achicamiento y postularon que la desnutrición crónica continuaría en descenso (10).

Posterior a esto, la vigilancia del estado nutricional en escolares fue un proceso constante en las décadas de los ochentas y noventas, y estuvo a cargo del Ministerio de Salud (MS), (se realizaron siete censos de talla en escolares: 1979, 1981, 1983, 1985, 1989, 1997), dicho proceso fue interrumpido durante algunos años dado que, como se había determinado alguno años atrás, la desnutrición en el


país había venido disminuyendo. Sin embargo, con la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) del 2008 se demostró que el problema del sobrepeso y la obesidad ya era parte del contexto nacional (11).

Por tal motivo la Dirección de Vigilancia de la Salud del MS, reactiva el proceso de la Vigilancia Nutricional en el año 2014 y en el 2016 realiza el Censo Escolar de Peso y Talla en la población estudiantil entre los 6 y 12 años que asistieron a escuelas públicas y privadas durante los meses de mayo a septiembre del 2016, y por primera vez se incluye la medida antropométrica del peso, además de la talla, a fin de calcular el índice de masa corporal a todos los estudiantes de primer a sexto grado (11).

Haciendo un recorrido rápido por los datos relevantes, acerca del sobrepeso y la obesidad infantil, estimados en algunas encuestas y en el Censo Escolar de Peso y Talla, se rescata que:

- *La ENN 1997* estimó que el 8,5 por ciento de preescolares (entre 1 y 4 años) padecían sobrepeso según el indicador de peso/talla; mientras que en escolares (entre 5 y 12 años) la prevalencia de sobrepeso y obesidad era del 14,9 por ciento (12).
- *La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Escolar 2002³* realizada a niñas y niños de 7 a 15 años de edad, estimó una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 20,6 por ciento (13).
- *La ENN 2008 - 2009* estimó que el 8,1 por ciento de preescolares (entre 1 y 4 años) presentaban sobrepeso según el indicador de peso/talla; mientras que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares (entre 5 y 12 años) fue del 21,4 por ciento (aumentando poco más de 6 puntos porcentuales con respecto a 1997) y en adolescentes (entre 13 a 19 años) fue de 20.8 por ciento (14).
- *El Censo Escolar de Peso y Talla 2016* calculó que el 34 por ciento de las personas estudiantes entre 6 y 12 años presentaron sobrepeso y obesidad (20 por ciento sobrepeso y 14 por ciento obesidad) (15).

³ Realizada por la Caja Costarricense de Seguro Social en una muestra representativa de 25.976 niñas y niños escolares de I, II, III ciclos de la Educación General Básica, valorados según Índice de Masa Corporal (IMC) en las 7 regiones: Brunca, Chorotega, Huetar Atlántica, Huetar Norte, Pacífico Central, Central Norte y Central Sur.



La información recopilada en las diferentes encuestas de salud y nutrición, más los resultados del Censo Escolar de Peso y Talla, ponen en evidencia que en las últimas décadas Costa Rica ha venido experimentando un conjunto de transformaciones demográficas, epidemiológicas y nutricionales, que en el ámbito nutricional han dado lugar a que el país se sume a la lista de territorios en donde el sobrepeso y la obesidad infantil representan una situación preocupante y urgente de abordar.

Objetivos

1. Objetivo general

Analizar la situación nutricional nacional con énfasis en niñas, niños y adolescentes, que permita la identificación de indicadores de seguimiento de la vigilancia alimentaria nutricional, con el fin de orientar los instrumentos de política pública para la toma de decisiones.

2. Objetivos específicos

- Sistematizar y analizar la información suministrada por el Ministerio de Salud y UNICEF a fin de consolidar en un documento la situación del estado alimentario nutricional de la población costarricense, con énfasis en niñas, niños y adolescentes.
- Determinar y valorar los indicadores de seguimiento relacionados con la vigilancia nutricional y compilarlos en un solo documento, clasificándolos según subtema y ciclo de vida, que permita la detección de situaciones de riesgo y de abordaje prioritario, como el sobrepeso y la obesidad.
- Determinar los vacíos de información relacionados con la situación nutricional de la población, que el país presenta actualmente, con el fin de fortalecer el proceso de vigilancia nutricional.

Enfoque y Marco Conceptual de Referencia

1. Enfoque de la sistematización

La Declaración Universal de Derechos Humanos dispone que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, en especial, la alimentación suficiente que no solo satisfaga sus necesidades de supervivencia, sino que sea adecuada desde el punto de vista nutricional (1); es basado en este enfoque que se piensa la presente Sistematización del Análisis de la Situación Nutricional en Costa Rica con Énfasis en Niñas, Niños y Adolescentes (SASN), que pretende principalmente brindar orientación de los procesos de política pública referentes a la alimentación.

El énfasis de esta SASN está puesto en NNA, es por esto que se toma como pilar lo establecido en la CDN en donde se reconocen a las NNA como actores sociales en su propio derecho y se consideran merecedores de protección especial por parte de los gobiernos. De acuerdo a esto, la Convención demanda a los estados miembros a agotar al máximo los recursos con que dispongan a fin de dar efectividad a los derechos acordados, por lo tanto es sobre ella que deben plantearse todas las estrategias de prevención de obesidad infantil (OI) (16).

La CDN reconoce que algunos derechos merecen una consideración especial y sugiere que sean una prioridad para los Estados miembros. En este sentido, el derecho a la alimentación se entiende como prioritario y compromete a los gobiernos a garantizar que se proporcione adecuadamente, no solo haciendo referencia a la cantidad de alimentos adecuada para lograr reducir el hambre, sino que también hace énfasis en el aseguramiento de una alimentación saludable, acorde a las necesidades de cada etapa del ciclo de vida, que sea asequible, y que además, que todo esto pueda ser sostenible en el tiempo.

La exposición de los datos incluidos en esta sistematización está propuesta en un análisis basado en ciclos de vida. Se ha utilizado la información disponible para describir cuál es la situación del estado nutricional en NN menores de 5 años, NN de 6 a 12 años, adolescentes de 13 a 19 años y la población de 20 años en adelante.

Basado en lo anterior, la presente sistematización pretende consolidar los datos que se encuentran disponibles sobre la situación nutricional actual del país y detectar vacíos de información, para brindar un insumo importante que permita contribuir en el aseguramiento del derecho a la alimentación adecuada de las NNA costarricenses.

2. Marco conceptual de referencia

Definiciones importantes

Bajo peso al nacer: sucede con bebés que pesan menos de 2.500 gramos al nacer (6).

Desviaciones estándar: Las líneas de referencia de las curvas de crecimiento se llaman líneas de puntuación z también conocidas como puntuación de desviación estándar (DE) (17).

Peso para la talla: Es un indicador de crecimiento que relaciona el peso con la talla. Este refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla indicando la situación actual del estado nutricional del individuo, independiente de la edad. Es considerado un índice para identificar niños o niñas que están con desnutrición, sobrepeso u obesidad y deficiencias nutricionales agudas. Se utiliza de 0 a menos de 5 años de edad e indica el estado nutricional de las últimas semanas (17).

Desnutrición: Es el resultado de una ingesta de alimentos insuficiente para satisfacer las necesidades de energía y nutrientes, por tanto se define como el estado patológico resultante de una alimentación deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una inadecuada asimilación de los alimentos. En Costa Rica, según la norma oficial de uso de gráficas antropométricas, la interpretación se realiza basada en DE. En el caso de la desnutrición en NN de 0 a 5 años, existe cuando la medición se encuentra en la línea o inferior de -2 DE a mayor de -3 DE; mientras que si la medición está en la línea o inferior a -3 DE se considera desnutrición severa (17).

Desnutrición aguda: Es la deficiencia de peso para talla (P/T). Delgadez que resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo, proporciona información precisa del estado nutricional (17).

Sobrepeso: Es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla. En Costa Rica para NN de 0 a 5 años cumplidos se considera sobrepeso si la medición se ubica inferior a 3 DE y en la línea o mayor a 2 DE (17).

Obesidad: Es una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud. En NN de 0 a 5 años cumplidos se considera que existe obesidad cuando la medición de peso para la talla se ubica en la línea o superior a 3 DE (17).

Talla o longitud para la edad: indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad.

Se utilizan dos tipos de gráficas según sexo, las primeras para NN de 0 a menos de 5 años, y las otras para NNA de 5 a 19 años (17).

Retraso en el crecimiento: En Costa Rica según la norma el evento se define como baja talla para la edad (T/E). Hay baja talla cuando la medición se encuentra en la línea o inferior de -2 DE a mayor de -3 DE; por otro lado, se considera baja talla severa cuando la medición está en la línea o inferior a -3 DE (17).

Peso para la edad: indicador de crecimiento que relaciona el peso con la edad es conocido como el índice global del estado nutricional y se usa para evaluar si un niño presenta bajo peso o bajo peso severo; pero no se usa para clasificar a un niño con sobrepeso u obesidad. El peso para la edad refleja el peso corporal en relación a la edad del niño en un día determinado. Este indicador no considera la estatura. Se utiliza de 0 a menos de 5 años de edad (17).

Índice de Masa Corporal (IMC): es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Índice ampliamente utilizado para determinar el nivel de adiposidad de una persona y es conocido también como el Índice de Quetelet (17).

Índice de masa corporal para la edad: relaciona el IMC con la edad del individuo, para la valoración del estado nutricional en personas mayores de 5 años de edad (17).

Sobrepeso en NNA de 5 a 19 años: Es el aumento de grasa corporal que supera el patrón propuesto en la gráfica de IMC - Edad y la interpretación según DE es inferior a 2 DE y en la línea o superior a 1 DE (17).

Obesidad en NNA de 5 a 19 años: Es una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud en personas de 5 a 19 años. Para determinarla se utiliza la gráfica de IMC - Edad y sucede cuando la interpretación según DE está en la línea o superior a 2 DE (17).

Malnutrición relacionada con micronutrientes: se refiere a la ingesta inadecuada de vitaminas y minerales (denominados micronutrientes) que no permite al organismo prever lo necesario para la producción de enzimas, hormonas y otras sustancias esenciales para un crecimiento y desarrollo adecuado (18).

Hambre oculta: Se refiere a la carencia de micronutrientes en la persona que provoca desarrollo y crecimiento deficientes, problemas para la inmunidad y el desarrollo de los tejidos y mala salud y riesgo de muerte (2).

Entorno alimentario: Hace referencia al contexto físico, económico, político y sociocultural que enmarca la interacción de los consumidores con el sistema alimentario con miras a la adopción de decisiones sobre la adquisición, la preparación y el consumo de alimentos (1).

Entorno obesogénico: Un ambiente que promueve el consumo elevado de energía y el comportamiento sedentario. Para determinar un entorno obesogénico se analizan: los alimentos

disponibles, asequibles, accesibles y promocionados; las oportunidades de actividad física; y las normas sociales en relación con la alimentación y la actividad física. (5).

Al hablar de malnutrición se hace alusión a las “carencias, excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona” (18). Según la OMS, la malnutrición en todas sus formas supone a: la desnutrición, los desequilibrios de vitaminas o minerales, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (18). De estas afectaciones se pueden establecer tres grandes grupos:

1. La desnutrición, que incluye la emaciación, el retraso en el crecimiento y la insuficiencia ponderal.
2. La malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de vitaminas o minerales fundamentales para el desarrollo del ser humano o el exceso de micronutrientes.
3. El sobrepeso, la obesidad y las ENT relacionadas con la alimentación.

Por la realidad actual, es usual que los análisis de la situación nutricional en diferentes segmentos de la población coloquen su foco de atención en el sobrepeso y la obesidad; sin embargo, esto no siempre fue así. En la década de 1940 Costa Rica concentró esfuerzos en monitorear y describir las formas clínicas de la desnutrición, que en ese momento era el evento con fondo nutricional que preocupaba y ponía en riesgo la salud de las NN. Años después, se determinó que los casos de desnutrición crónica venían en descenso (10) y el monitoreo fue disminuyendo.

En el orden mundial, en el 2018 casi 200 millones de niños menores de cinco años sufrían de retraso en el crecimiento o de emaciación, mientras que al menos 340 millones sufrían de hambre oculta (2) por lo que se estima que la desnutrición sigue afectando gravemente aún en la actualidad. Lo que resulta alarmante es que de la mano de los casos de desnutrición; el sobrepeso, la obesidad y el hambre oculta están en aumento, y en algunos casos coexistiendo en el mismo individuo, la misma familia o la misma zona geográfica, dando espacio a casos de NN con triple carga de malnutrición.

La triple carga de la nutrición sucede cuando las distintas vertientes de la malnutrición, desnutrición, hambre oculta y sobrepeso, se entrelazan y pueden estar presentes (dos de ellas o las

tres) al mismo tiempo en el mismo individuo, o bien, en el transcurso de su vida. Esta condición cada vez es más frecuente en países y comunidades (2).

La desnutrición, se ha relacionado con complicaciones perinatales, prematuridad y bajo peso al nacer (BPN) y enfermedades crónicas a futuro en la NN. El hambre oculta puede provocar mortalidad y morbilidad materna, defectos del tubo neural en el recién nacido, prematuridad, BPN y desarrollo cognitivo deficiente en el recién nacido. Por otro lado, el sobrepeso (incluyendo obesidad) se relaciona con diabetes gestacional y preeclampsia, complicaciones obstétricas, sobrepeso y enfermedades crónicas en el futuro para las NN (2).

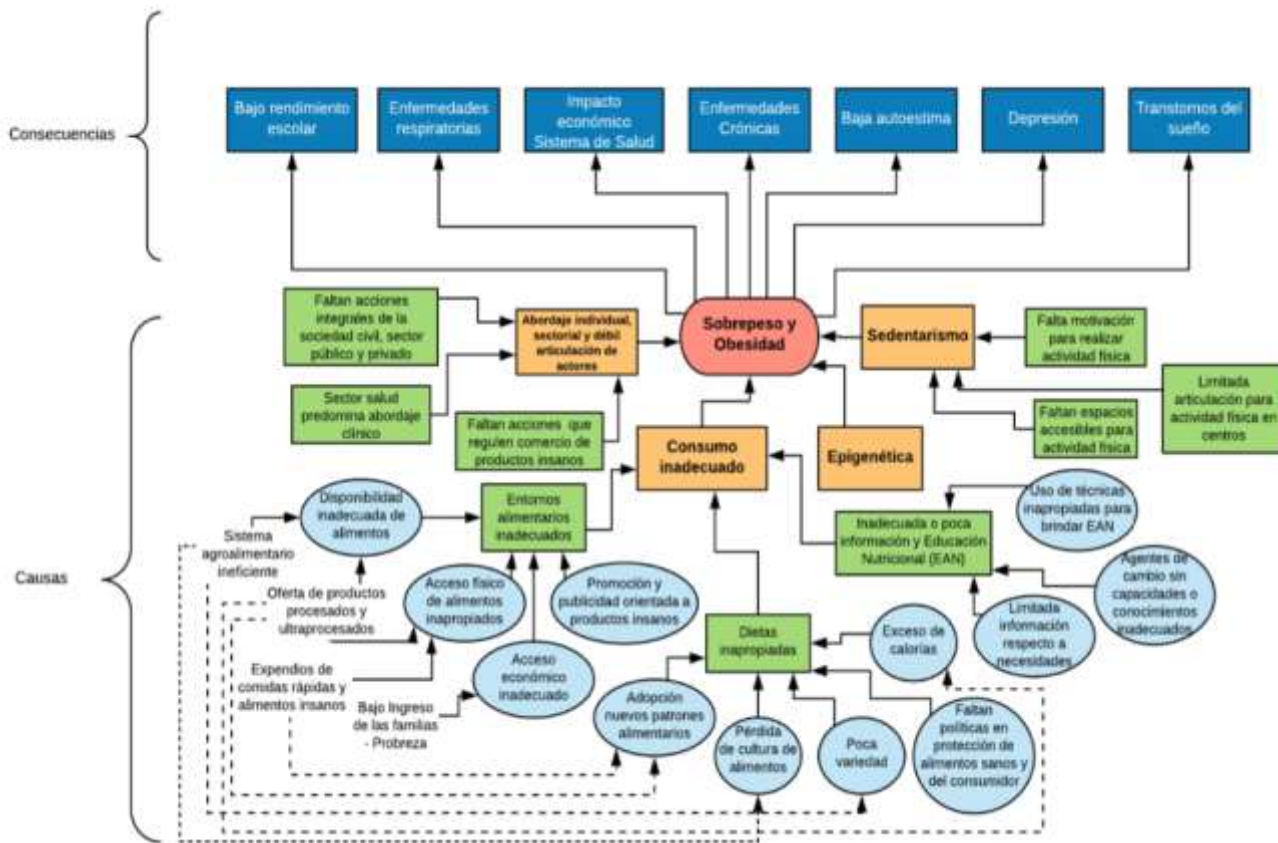
En cuanto al concepto de sobrepeso, la manera más básica de comprenderlo, es viéndolo como un estado consecuencia de una ingesta de energía alimentaria alta que supera al gasto calórico y que se da por un lapso de tiempo sostenido. Sin embargo, cada vez existe más evidencia que señala que la presencia de ciertos factores de riesgo repercuten en el aumento de posibilidades de padecer sobrepeso u obesidad. El estado nutricional de la madre al inicio y durante el embarazo parece uno de los factores más importantes, que aporta los primeros elementos determinantes al ser humano. Seguidamente lo que sucede en torno a la alimentación del lactante, así como la del niño y la niña en edad preescolar, siguen influyendo y aportando más factores que pueden aumentar el riesgo de padecerlo.

En este punto, es importante destacar que las niñas que experimentaron un crecimiento fetal inadecuado, especialmente las que no lo compensan durante la infancia, son más propensas a sufrir retraso del crecimiento en la edad adulta y, por lo tanto, ser futuras madres que den a luz bebés con BPN, con lo que transmiten una nutrición deficiente junto con un mayor riesgo de ENT a la siguiente generación (19). A nivel mundial el aumento de casos de sobrepeso se ha venido dando de manera desproporcionada y se ha señalado como una crisis desde el año 2000 (19).

Anteriormente, las razones asociadas a la aparición de sobrepeso y obesidad eran comprendidas desde el punto de vista individual, es decir, relacionadas a los estilos de vida de las personas sin tomar en cuenta el ambiente que evidentemente influía de forma directa. Ahora se comprende que, además de un desequilibrio entre las calorías consumidas y gastadas, se trata de un fenómeno de origen multifactorial.

En la Figura 1 se muestra un análisis realizado a partir de tres fuentes importantes que exponen el origen multifactorial y multicausal del sobrepeso y la obesidad, ayudando a formar un concepto más claro de esta enfermedad.

Figura 1. Esquema de causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad infantil identificadas por diferentes autores



*EAN: Educación Nutricional

Fuente: Elaborado por Vásquez, 2021 a partir de información de INCAP, HLPE y Vincet et al⁴

⁴ Documentos utilizados para desarrollar la Figura 1

- La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial <http://www.fao.org/3/i7846ES/i7846es.pdf>
- La Doble Carga de la Malnutrición. *The Lancet*. Edición en español. <http://www.incap.int/index.php/es/noticias/243-serie-the-lancet-doble-carga>
- Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 años. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/445/1546>

Se estima que en el mundo del 55% al 70% de las actividades que se realizan diariamente (sin contar las horas de sueño), son de carácter sedentario. En la actualidad, el sedentarismo (principalmente el tiempo destinado a permanecer sentado) ha emergido como un factor de riesgo causante de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad (20) y en NNA esto no es diferente pues publicaciones lo han señalado como factor de riesgo de sobrepeso y obesidad (2, 19).

El consumo inadecuado de alimentos, se ha relacionado con los entornos alimentarios y la influencia que estos ejercen sobre las decisiones de alimentación. Los efectos de los entornos obesogénicos que fomentan el sobrepeso y que promueven el consumo de productos ultraprocesados y bebidas azucaradas, se suman a un sistema alimentario que no responde a las necesidades nutricionales de la niñez. Esto ha puesto sobre el escenario la necesidad urgente de emprender acciones para garantizar sus derechos, formular programas y políticas públicas que intervengan en el manejo y la prevención de la malnutrición en todas sus formas.

La multicausalidad del sobrepeso y la obesidad lo convierte en un tema de manejo complejo, por eso su abordaje debe ser integral y multisectorial, en donde la articulación entre diversos actores (sector público, privado, sociedad civil, ONG's y cooperación internacional), tanto a nivel nacional como a nivel local, según las prioridades que se establezcan, permitirá un accionar alineado y sostenido en el tiempo. Para esto, es necesario identificar las capacidades de cada actor y promover posibles sinergias entre cada una de ellas y así fomentar las experiencias exitosas.

Ante la necesidad de plantear estrategias que busquen abordar la problemática del sobrepeso y la obesidad infantil desde el punto de vista, no solo paliativo, sino incursionar en acciones preventivas, resulta esencial contar con un conocimiento multifactorial de la situación nutricional lo más actual posible. Comprender que se trata de una enfermedad causada por muchos factores y que puede coexistir con otros tipos de malnutrición, será fundamental para abordarla con un enfoque multiactorial, con el fin de alcanzar los objetivos, así mismo, identificar los indicadores de seguimiento de la vigilancia nutricional con los que cuenta el país y los vacíos de información, será fundamental para un control oportuno de la situación.

Descripción del proceso de sistematización

Se realizó un proceso de sistematización con doble vía de comunicación partiendo de informes brindados por el MS y UNICEF. Este proceso implicó el análisis de la información, la interpretación y desarrollo del presente documento y la revisión y validación por parte del MS. La sistematización se realizó en 2 etapas:

1. *Búsqueda de fuentes de información*

En un proceso de descripción del estado nutricional, la búsqueda de información representa una etapa importante, pues se trata de compilar la mayor cantidad de datos existentes y actuales, al mismo tiempo que se van identificando los vacíos de información. Identificar estos últimos es de suma importancia, pues pone en evidencia posibles recomendaciones para que futuras publicaciones puedan contar con información más completa. La información fue captada de dos formas: la suministrada por MS y UNICEF y la búsqueda de fuentes complementarias.

- *Informes suministrados*

Los documentos facilitados brindaron la información base para el planteamiento de la sistematización. Algunos de ellos son el resultado de procesos que el país ha iniciado y que han venido originando evidencias que contribuyen con la toma de decisiones y diseño de estrategias relacionadas con la prevención de sobrepeso y obesidad. Estos documentos son:

- Cinco hojas de trabajo (en formato excel) desarrolladas con la *Herramienta para el análisis del panorama del sobrepeso y la obesidad en NNA*. Cuatro de ellas (1-4) completas y una (5) en estado incipiente.
- Documento en borrador (en formato word) que sintetiza los hallazgos encontrados en las hojas de trabajo de la 1 a la 4 y la hoja 5.
- Documento que detalla la versión piloto de la metodología para el desarrollo de la *Herramienta para el análisis del panorama del sobrepeso y la obesidad en NNA*, propuesta por UNICEF y OMS.

- Informe final sobre el estudio: Análisis de situación nutricional de Costa Rica con énfasis en NNA, realizado por Tríptico consultores sociales y su Anexo 1 (en formato excel)
- Resumen del informe de gestión de la Dirección de Vigilancia Nutricional (sf).
- El Documento Técnico de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para los primeros mil días de vida en Costa Rica (2021).
- Documento borrador Análisis Evolutivo de la Nutrición (sf).
- Documento en desarrollo: Guías Alimentarias Basadas en Alimentos con enfoque de sistemas alimentarios para la población mayor de dos años (versión inédita)(2022).
- Referencia bibliográfica adicional:

Además de los documentos facilitados se realizó una búsqueda de información referente al tema, proveniente de diferentes bases de datos como: Google Académico, Sistema Costarricense de Información Jurídica, Atlas de Obesidad Infantil, estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), FAOSTAT y sitios web oficiales de diferentes ministerios, principalmente del MS. Las palabras clave para la búsqueda de documentos técnicos, reportes situacionales, estadísticas y lineamientos y normas, fueron utilizadas principalmente en español. Algunas de ellas fueron: situación del estado nutricional en Latinoamérica y el Caribe, entornos obesogénicos, encuestas sobre salud y nutrición realizadas en Costa Rica, informes sobre el estado de la niñez, sobrepeso y obesidad infantil.

2. Producción de conocimiento en el proceso de sistematización

- Contenido propuesto en la sistematización de la información

La propuesta de contenido se planteó basada en dos principios. El primero tomó como referencia las principales problemáticas relacionadas con la nutrición que fueron priorizadas en las hojas de trabajo 1-5 y en el informe final sobre la situación nutricional de Costa Rica elaborado por Tríptico. El segundo principio estuvo basado en la disponibilidad de los datos, de manera que posterior a la revisión del material suministrado, se revisaron otras fuentes principalmente: encuestas, censos, portales de estadísticas de fuente internacional y nacional. Es así como el presente análisis incluye datos que describen los siguientes determinantes del estado nutricional:

- Subalimentación
- Inseguridad alimentaria
- Esperanza de vida
- Bajo peso al nacer
- Anemia
- Lactancia materna
- Desnutrición
- Sobrepeso y obesidad en NNA y en población adulta

- Identificación de vacíos de información

Los vacíos de información fueron planteados tomando como referencia indicadores los incluidos en la *Herramienta para el análisis del panorama del sobrepeso y la obesidad en NNA*, los indicadores de seguimiento para el ODS 2 y las Metas Mundiales de Nutrición al 2025, que Costa Rica aún no está monitoreando.

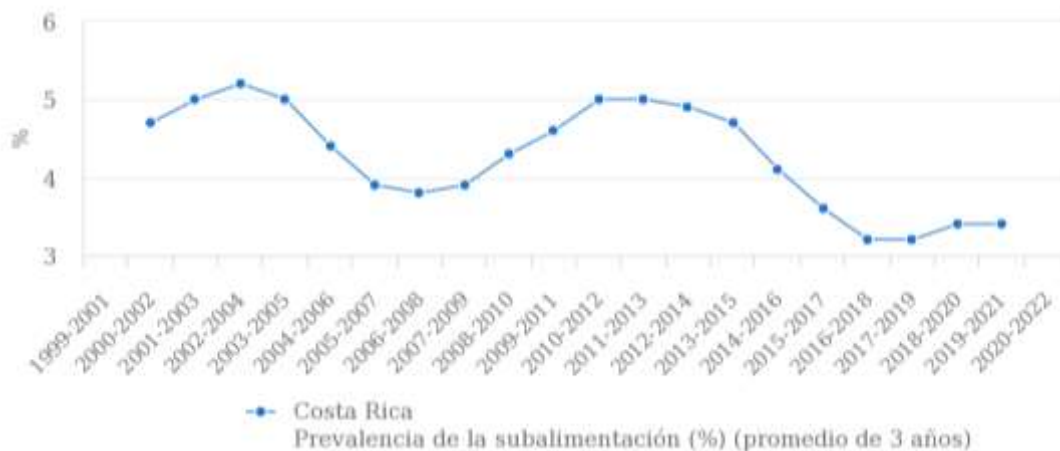
Estado de la situación nutricional

1. Análisis de la situación nutricional actual en Costa Rica

1.1. Subalimentación

Desde el año 2000 el número de personas subalimentadas en el país es de aproximadamente 0,2 millones y no ha mostrado cambios abruptos (21). Hasta el año 2018, Costa Rica formaba parte de un grupo de países de la región que no presentaba mayor cambio en este indicador (22); sin embargo, a pesar de que en términos de valor absoluto el dato se mantiene, el análisis sobre la prevalencia muestra un leve aumento a partir del trienio 2018-2020, grupo de años que abarca al 2020, momento en que comienzan a darse los primeros casos de Covid-19 en el país y los efectos de la pandemia empiezan a repercutir en la economía, afectando principalmente a los más desfavorecidos.

Gráfico 1. Prevalencia de subalimentación en la población de Costa Rica, promedio de 3 años



Fuente: FAO, 2022. Datos sobre alimentación y agricultura

1.2. Inseguridad alimentaria (IA)

El estado de la inseguridad alimentaria presente en el país es determinado según la Escala de Experiencia de la Inseguridad Alimentaria (FIES por sus siglas en inglés) utilizando datos provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del 2020. La FIES es un método utilizado por la FAO que refleja lo acontecido en los 12 meses previos a la aplicación del instrumento, permite determinar IA en hogares y personas garantizando la comparabilidad de las medidas y permitiendo producir

estimaciones de la prevalencia en el contexto del monitoreo de la Meta 2.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (23).

Los datos según la FIES determinan que el 16,42 por ciento de los hogares sufren de IA de moderada a severa. Esto quiere decir que en 16 de cada 100 hogares hay al menos una persona adulta que algunas veces se ha visto obligada a reducir la calidad o la cantidad de los alimentos consumidos. Asimismo, el 2,33 por ciento de los hogares presentaron IA severa, lo que significa que de cada 100 hogares en 2 de ellos hay al menos una persona adulta que en ocasiones ha tenido que reducir la cantidad de alimentos o inclusive pudo haber pasado un día sin comer debido a la falta de dinero o recursos para adquirir alimentos (23).

Además de las prevalencias para hogares, la FIES permite determinar las prevalencias a nivel individual, ya que el reporte de los ODS hace referencia a la proporción de personas del país que se encuentran en cierta categoría de IA. En Costa Rica el 17,72 por ciento de las personas presentan IA moderada a severa, estas personas ponen en riesgo la calidad y la variedad de los alimentos que consumen, también reducen la cantidad o en ocasiones se saltan los tiempos de comida, debido a que no cuentan con los recursos suficientes para llevar una dieta saludable. Por otro lado, se estima que el 2,59 por ciento de la población presenta IA severa, estas personas probablemente se han quedado sin alimento, han experimentado hambre o en casos muy extremos han pasado varios días sin comer debido a la falta de recursos para obtener alimentos (23).

1.3. Esperanza de vida al nacer

“La esperanza de vida al nacimiento se define como la cantidad de años de vida que en promedio viviría un grupo de recién nacidos si la pauta de mortalidad por edades al momento del nacimiento se mantiene constante hasta que el último miembro del grupo fallece”. En este sentido hay dos aspectos relevantes de la mortalidad: la duración de la vida y la longevidad (24).

El primero se refiere a la edad máxima que pueden alcanzar los seres humanos y que es un hecho enteramente biológico; el segundo se refiere a la capacidad de sobrevivir de un año a otro, o bien, la capacidad de hacerle frente a la muerte (24).

Anteriormente se pensaba que la longevidad solamente tenía influencia genética y biológica, pero se descubrió que la mayor parte de las diferencias pueden ser modificadas mediante acciones

sanitarias y curativas mejorando la condición de vida y alimentación y modificando los estilos de vida. En los últimos años, la esperanza de vida en el país ha aumentado significativamente, de manera que una persona nacida en el siglo XX tenía una esperanza de vida de 35 años, mientras que una nacida en el siglo XXI tiene una de 77 años, lo que significa un aumento de 42 años (20).

Según estadísticas demográficas del INEC, la esperanza de vida en Costa Rica ha venido en aumento, de manera que el 2011 era de 79,1 años y para el 2020 aumentó a 80,6 años, siendo mayor en mujeres (83,2 años) que en hombres (78,1 años), lo que significa que han habido acciones que mejoran la calidad de vida de las personas costarricenses y esto se refleja en el aumento de la longevidad.

1.4. Bajo peso al nacer (BPN)

El BPN se define como un peso inferior a 2.500 gramos según el pesaje de las primeras horas de vida antes de que se produzca la significativa pérdida de peso posnatal (25). Las Metas Mundiales de Nutrición al 2025 plantean reducir en un 30% los casos de BPN al ser considerado un factor de riesgo relacionado con el aumento de ENT en etapas posteriores de la vida, morbilidad fetal y neonatal y deficiencias del desarrollo cognitivo (26). Las niñas y los niños que nacen con un peso de 2.000 a 2.499 gramos se enfrentan a un riesgo de muerte 4 veces mayor al de los neonatos que pesan entre 2.500 y 2.999 gramos (27).

En Costa Rica entre los años de 2013 y 2017 la tasa de mortalidad infantil asociada a la prematuridad y al BPN fue de un 11 por ciento (389 defunciones) del total de bebés nacidos vivos (352.977 bebés) (27). Según el anuario estadístico del INEC en el 2011 el 7,07 por ciento de las NN nacidos vivos tuvieron un peso menor de 2.499 gramos (5.194 bebés de 73.459), porcentaje que aumentó a 7,9 por ciento en el año 2021 (4.277 bebés de 54.289) (28, 29) alejando al país de la posibilidad de alcanzar la meta al 2025.

Esta situación se considera una problemática de naturaleza multifactorial de la que se han identificado diferentes causas: la inducción prematura del parto o las cesáreas (por causas médicas o no médicas), los embarazos múltiples, las infecciones y enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial (26).

1.5. Anemia

“La anemia es una afección asociada a la sangre en la que el número de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina de estos es menor de lo normal” (30). Los glóbulos rojos o la hemoglobina son los encargados de transportar el oxígeno por el torrente sanguíneo, y si estos son insuficientes, los tejidos no recibirán el oxígeno que requieren. Cuando una persona presenta esta condición sus manifestaciones pueden ser cansancio, debilidad, mareos, debilidad para respirar, entre otros (30). Entre las causas más comunes están las relacionadas con carencias nutricionales, principalmente con la deficiencia de hierro, pero también con la de folato y vitaminas B12 y A (2).

La reducción del 50 por ciento de casos de anemia en mujeres de edad reproductiva ha sido planteada como una de las meta mundiales de nutrición por la OMS ya que se considera un problema de salud pública generalizado, asociado con restricciones del crecimiento intrauterino, el aumento al doble las probabilidades de morir durante el parto o poco después, el aumento del riesgo de parto prematuro y BPN, que a su vez aumentan el riesgo de muerte neonatal, de retraso en el crecimiento y desnutrición severa (2, 31). Aunque no se encontraron datos de monitoreo a nivel nacional sobre los casos de anemia en mujeres de edad reproductiva, el Global Nutrition Report registra que hubo un descenso en el porcentaje de casos del año 2000 (16,1 por ciento) al 2013 (12,3 por ciento), momento en el que se comenzó a notar un leve aumento para alcanzar el 13,7 por ciento en el 2019 (32).

1.6. Lactancia materna

El período comprendido desde el nacimiento hasta los 5 años de edad constituye uno de los más importantes del ser humano en donde sus hábitos, fundamentalmente alimentarios, serán cruciales para el estado de la salud durante el resto de su vida. Por tanto, para mantener a la NN saludable, la alimentación entre los 0 y 23 meses es esencial y en este sentido las prácticas de lactancia tendrán un rol clave.

A razón de esto se considera de vital importancia monitorear indicadores como: lactancia materna exclusiva (LME), inicio temprano de lactancia materna, lactancia materna continua hasta los 23 meses de vida y el inicio de la alimentación complementaria a la edad de los 6 meses.

En este sentido, las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para los primeros 1000 días de vida en Costa Rica, recomiendan que se brinde lactancia materna de forma exclusiva, lo que quiere decir que durante los primeros seis meses de vida, la NN consuma solamente leche materna. No es necesario dar otros líquidos o sólidos, ni siquiera agua, haciendo la excepción de medicamentos o suplementos que el médico le recete (33). En el país solo el 27,5 por ciento de las NN llegan a los 6 meses de edad siendo alimentados exclusivamente con leche materna según la encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA) (34).

La OMS plantea como meta al 2025 el aumento del 50 por ciento en la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) a nivel nacional, pues se considera piedra angular en el desarrollo y el crecimiento de las NN al brindar nutrientes esenciales e insustituibles, actuar como la primera inmunización del lactante protegiéndolo de enfermedades respiratorias, diarreicas y otro tipo de padecimientos que pueden resultar altamente mortales (35), por tal motivo la LME se considera un factor que reduce el riesgo de mortalidad infantil (33).

Según las GABAS para los primeros mil días, la lactancia durante la primera hora de vida es fundamental ya que le permitirá al recién nacido consumir la primera producción de leche materna conocida como calostro, y que se le conoce por ser rica en factores de protección. Asimismo, fomentar el contacto piel con piel durante esa primera hora, permitirá un acercamiento entre mamá y bebé que brinda protección al recién nacido (33). Según la EMNA, el 52,9 por ciento de las NN en Costa Rica, fueron amamantados durante la primera hora después del nacimiento (34).

Aunque las NN inicien el proceso de alimentación complementaria, la lactancia materna continúa aportando nutrientes esenciales para el desarrollo del lactante y fortaleciendo el vínculo entre la niña o el niño con su madre. Las GABAS para los primeros mil días resaltan que *“de los 6 a los 12 meses de edad la leche materna aporta el 50% de las necesidades nutricionales del bebé y a partir de los 12 meses y hasta el segundo año de vida, la leche materna aporta hasta un 30% de los alimentos que la y el bebé requieren”* (33), por tal motivo se considera que sigue siendo primordial para cumplir con las necesidades de vitaminas y minerales y el fortalecimiento del sistema inmune.

De acuerdo con la EMNA, en Costa Rica el 50 por ciento de las NN de 12 a 15 meses de edad aún consumen leche materna, lo que se considera un porcentaje moderado. Por otro lado, el 37,4 por

ciento de las NN de 20 a 23 meses continúan con lactancia materna, este porcentaje también se considera moderado (34).

Cuando la leche materna deja de satisfacer el 100 por ciento de los requerimientos nutricionales del lactante, es necesario iniciar con la alimentación complementaria, que se refiere a la introducción de alimentos a partir de los 6 meses de edad (33). La introducción de alimentos es necesaria para alcanzar los requerimientos nutricionales y así fomentar el desarrollo óptimo del NN. En Costa Rica, la ENMA estima que el 98,5 por ciento de las NN de 6 a 8 meses, ya reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves que complementan la lactancia materna (34).

1.7. Desnutrición en NNA

“La desnutrición es el resultado de una ingesta de alimentos insuficiente para satisfacer las necesidades de energía y nutrientes, por tanto se define como el estado patológico resultante de una alimentación deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una inadecuada asimilación de los alimentos” (17), y está asociada con casi la mitad de las muertes infantiles en el mundo (34).

Según la OMS, existen 4 tipos de desnutrición: la deficiencia de peso para la talla (P/T), la talla insuficiente para la edad (T/E), un peso menor a lo que corresponde según la edad (P/E) y la malnutrición asociada con la deficiencia de nutrientes (34). En Costa Rica, en el año 2015 se oficializó, por decreto 39317-S, la Norma Nacional de Uso de las Gráficas Antropométricas para la Valoración Nutricional de los 0 a 19 años, estableciendo los lineamientos técnicos para la interpretación de este tipo de situaciones y nombrando al MS como el ente encargado de velar por la correcta aplicación (17).

La deficiencia de peso para la talla (P/T) se le conoce en Costa Rica como desnutrición aguda (ver recuadro de Definiciones Importantes en el Marco Conceptual de Referencia) y se asocia con delgadez ocasionada por determinantes recientes o que se desarrollan muy rápidamente. De acuerdo con la norma nacional de uso de gráficas, con la gráfica de P/T se puede determinar si el NN se encuentra con desnutrición o con desnutrición severa (17).

Los resultados de la EMNA estiman que el 1,8 por ciento de las NN menores de 5 años presentan desnutrición según P/T, con igual distribución entre hombres y mujeres (1,8 por ciento cada uno) y con mayor presencia en la zona urbana (1,9 por ciento) que en la rural (1,5 por ciento). En cuanto a la desnutrición severa el 0,1 por ciento de las NN la presentó, con mayor proporción en mujeres (0,2 por ciento) que en hombres (0,1 por ciento) y mayor presencia en zona urbana (0,2 por ciento) que en rural (0,1 por ciento) (34).

La talla insuficiente para la edad o retraso en el crecimiento (T/E) en Costa Rica se le conoce como baja talla y se puede interpretar si la niña o el niño presentan baja talla o baja talla severa, según gráficas (17). Este tipo muestra la existencia de una desnutrición que ha sido crónica o recurrente y está estrechamente relacionada con condiciones económicas, salud de la madre y nutrición deficiente, también a la recurrencia de enfermedades o a cuidados de la niña o el niños insuficientes (34).

En Costa Rica según la EMNA, el 9 por ciento de las NN menores de 5 años presenta baja talla; mientras que el 0,9 por ciento, baja talla severa. La prevalencia de baja talla fue mayor en niños (10,3 por ciento) que en niñas (7,6 por ciento) y hubo mayor porcentaje en zona urbana (10,5 por ciento) que en rural (5,9 por ciento). Mientras que la baja talla severa presentó mayores porcentajes en niñas (1,0 por ciento) que en niños (0,8 por ciento) así como mayor en zona urbana (1,0 por ciento) que en rural (0,8 por ciento) (34).

Un peso menor a lo que corresponde según la edad (P/E), es llamado insuficiencia ponderal y es una medida de desnutrición aguda y crónica. Una niña o niño con insuficiencia ponderal, puede presentar al mismo tiempo desnutrición o retraso en el crecimiento (34). Según gráficas, en Costa Rica este indicador es conocido como el índice global del estado nutricional y se usa para evaluar si una niña o un niño presenta bajo peso o bajo peso severo (17).

Según la EMNA, el 2,9 por ciento de las NN menores de 5 años presentan bajo peso, con mayor prevalencia en niñas (3,1 por ciento) que en niños (2,7 por ciento) y en zona urbana (3,2 por ciento) que en rural (2,2 por ciento). Mientras que el bajo peso severo estuvo presente solamente en el 0,3 por ciento, siendo mayor en mujeres (0,5 por ciento) que en hombres (0,2 por ciento) y en zona urbana (0,4 por ciento) que en rural (0,2 por ciento) (34).

Las causas de desnutrición en NN están relacionadas con la pobreza y lo que implica el microambiente y el macroambiente de la población económicamente más desfavorecida (36). En Costa Rica, las NN que viven en las zonas más pobres son especialmente más vulnerables y en estas mismas zonas es donde se observan los porcentajes más altos de mortalidad infantil y deserción escolar (36), incrementando la prevalencia de factores de riesgo relacionados con la pobreza, y creando así un ciclo que aumenta la probabilidad de padecer desnutrición.

Según Ibáñez (2010), la mayoría de muertes por desnutrición en NN entre el 2005 y el 2007, presentaron características en común, entre ellas: BPN, presencia de ciertas morbilidades durante su vida (infecciones, diarreas y vómitos), madre con escolaridad menor a primaria completa, familias con adultos con inestabilidad laboral, familias sin servicio de agua potable intradomiciliar, familias con disposición de excretas inadecuadas y familias que viven en viviendas en mal estado, entre otras (36), evidenciando una vez más a la pobreza como una de las causantes.

En NN de 6 a 12 años, según el Censo Escolar de Peso y Talla, el 1,8 por ciento de los escolares a nivel nacional presentaron desnutrición según IMC. Únicamente el 0,3 por ciento de las y los escolares presentaron desnutrición severa, pues en el 1,5 por ciento se ubicó en la categoría de desnutrición. Asimismo, el estado nutricional según T/E, mostró una prevalencia de 3,6 por ciento de talla baja a nivel nacional (15).

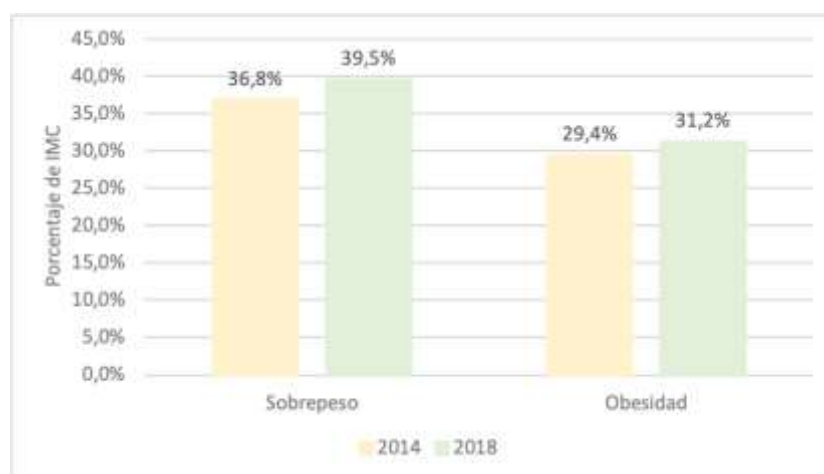
Por otra parte, los datos de la Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física (2018) muestran que el 1,7 por ciento de los adolescentes de 13 a 18 años presentó desnutrición según IMC (1,5 por ciento desnutrición y 0,2 por ciento desnutrición severa) (38). Mientras que el 9,8 por ciento presentó baja talla (37).

Las muertes por desnutrición son totalmente prevenibles (36, 37), y aunque Costa Rica sea el país con la tasa de mortalidad infantil asociada a esta problemática más baja de la región (37), la vigilancia de la salud debe seguir monitoreando este indicador a fin de seguir contribuyendo en su control y en la formulación de estrategias, planes y proyectos con miras a erradicar la desnutrición en el país.

1.8. Sobrepeso y obesidad en población adulta

Según la Encuesta Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular del 2018, de las personas mayores de 19 años el 70,7 por ciento presentó un IMC mayor a 24,9 kg/m², cifra que aumentó 4,5 puntos porcentuales tomando como referencia el 66,2 por ciento estimado en la encuesta del 2014 (39, 40)

Gráfico 2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mayor de 19 años, comparativo 2014 y 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las encuestas de Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular 2014 y 2018

El gráfico 2 muestra el aumento en la prevalencia de sobrepeso y de obesidad en la población mayor de 19 años entre el 2014 y el 2018. Tanto la prevalencia de sobrepeso como la de obesidad muestra una tendencia al aumento, la primera aumentó en 2,7 puntos porcentuales y la segunda en 1,8 puntos porcentuales (3, 40).

En la región de Latinoamérica y el Caribe, al 2016 la obesidad en adultos afectó al 24,2 por ciento de la población, superando el promedio mundial de 13,1 por ciento. Para ese año el porcentaje de adultos con obesidad en Costa Rica fue superior al promedio de la región y al mundial alcanzando el 25,7 por ciento (41). Para el 2018 el porcentaje de obesidad aumentó al 31,2 por ciento, poniendo en evidencia el aumento acelerado de los casos (39).

Tanto en la encuesta del 2014 como en la del 2018, la mayor prevalencia de sobrepeso estuvo presente en la población de 65 años y más; 37,9 por ciento y 48,7 por ciento respectivamente,

evidenciando un aumento en la segunda. De igual forma, ambas encuestas coinciden en que el grupo de edad con la mayor prevalencia de obesidad fue el de 40 a 64 años, 34,8 por ciento en el 2014 y 35,2 por ciento en el 2018 (40, 39).

El análisis según sexo permite estimar que en ambas encuestas la prevalencia de obesidad es mayor en mujeres que en hombres. En la encuesta del 2014 el porcentaje de mujeres con obesidad fue de 35,3 por ciento, mientras que el de los hombres fue de 23,7 por ciento. En el caso de la encuesta del 2018, las mujeres con obesidad representaron el 35,8 por ciento de la muestra mientras que los hombres fueron el 26,9 por ciento (39, 40). Existe una tendencia de la mujer para aumentar el peso durante toda su vida que la vuelve particularmente vulnerable, ya que este aumento de peso se ve afectado por cuestiones de tipo hormonal y genético, el aumento de peso durante los procesos de embarazo así como la ganancia en la menopausia (42).

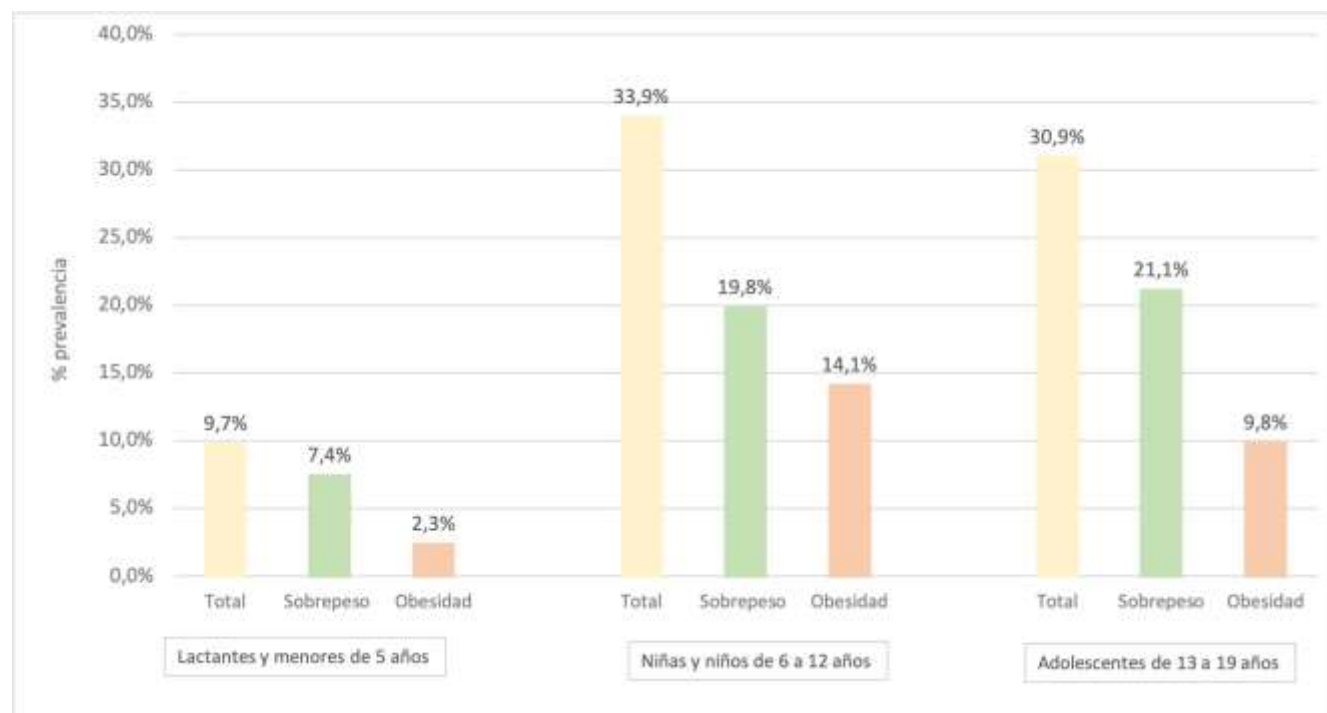
Hay diferencias entre el hombre y la mujer que ayudan a explicar de manera más clara la tendencia a la obesidad de las mujeres en comparación con los hombres, entre ellas:

- Existe evidencia de que la oxidación basal de grasa es menor en las mujeres, lo que favorece su acumulación (42).
- La serotonina contribuye a la regulación de la ingesta de alimentos cuando hay saciedad. A mayor IMC, la síntesis de serotonina disminuye; sin embargo se observa que en los hombres disminuye cuando ya presentan sobrepeso, mientras que en las mujeres este descenso en la síntesis de serotonina se da cuando su IMC es mayor a 30, es decir cuando ya existe obesidad (42).
- Los niveles de leptina, hormona elaborada por las células grasas que ayuda a controlar la sensación de hambre, la cantidad de grasa almacenada en el cuerpo y el peso corporal, son mayores en mujeres que en hombres con su mismo grado de IMC (42).

1.9 Sobrepeso y la obesidad en NNA

En menos de 60 años Costa Rica ha pasado de tener índices de desnutrición mayores al 50 por ciento (43), a niveles de sobrepeso y obesidad infantil que lo colocan como uno de los países con los porcentajes más altos en la subregión de América Central.

Gráfico 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Costa Rica por etapa del ciclo de vida



Elaboración propia, datos obtenidos de: **Lactantes y menores de 5 años** de Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (2018); **Niñas y niños de 5 a 12 años** del Censo Escolar de Peso-Talla: Informe metodológico (2016); **Adolescentes de 13 a 19 años** del Informe de resultados Encuesta colegial de vigilancia nutricional y actividad física (2018).

Los casos de sobrepeso y obesidad están presentes en todas las etapas del ciclo de vida de la niñez costarricense y afectan con mayor intensidad en unas etapas que en otras. En el Gráfico 3 se muestra la prevalencia de sobrepeso y obesidad total y diferenciada para la niñez costarricense según etapa. En el grupo de lactantes y menores de 5 años se muestra la prevalencia total más baja (9,7 por ciento), lo mismo sucede al analizar el dato haciendo la diferenciación entre sobrepeso (7,4 por ciento) y obesidad (2,3 por ciento), ambas prevalencias son las más bajas en comparación con las otras dos etapas de vida.

La tendencia de la prevalencia para este grupo de edad es del 1,82 por ciento, lo que significa que a pesar de mostrar los datos más bajos según etapa del ciclo de vida, su aumento se ha venido dando de forma rápida (Ver Anexo 1, pregunta 1).

En la etapa que abarca desde los 5 a los 12 años de edad, se presenta un aumento dramático en el porcentaje total de sobrepeso y obesidad. Acá la prevalencia se incrementa más de tres veces y alcanza el 33,9 por ciento, identificando a esta población como el grupo con el porcentaje más alto, seguido por la población adolescente. Es en este grupo de edad en donde se aprecia el porcentaje más alto de personas con obesidad (14,1 por ciento).

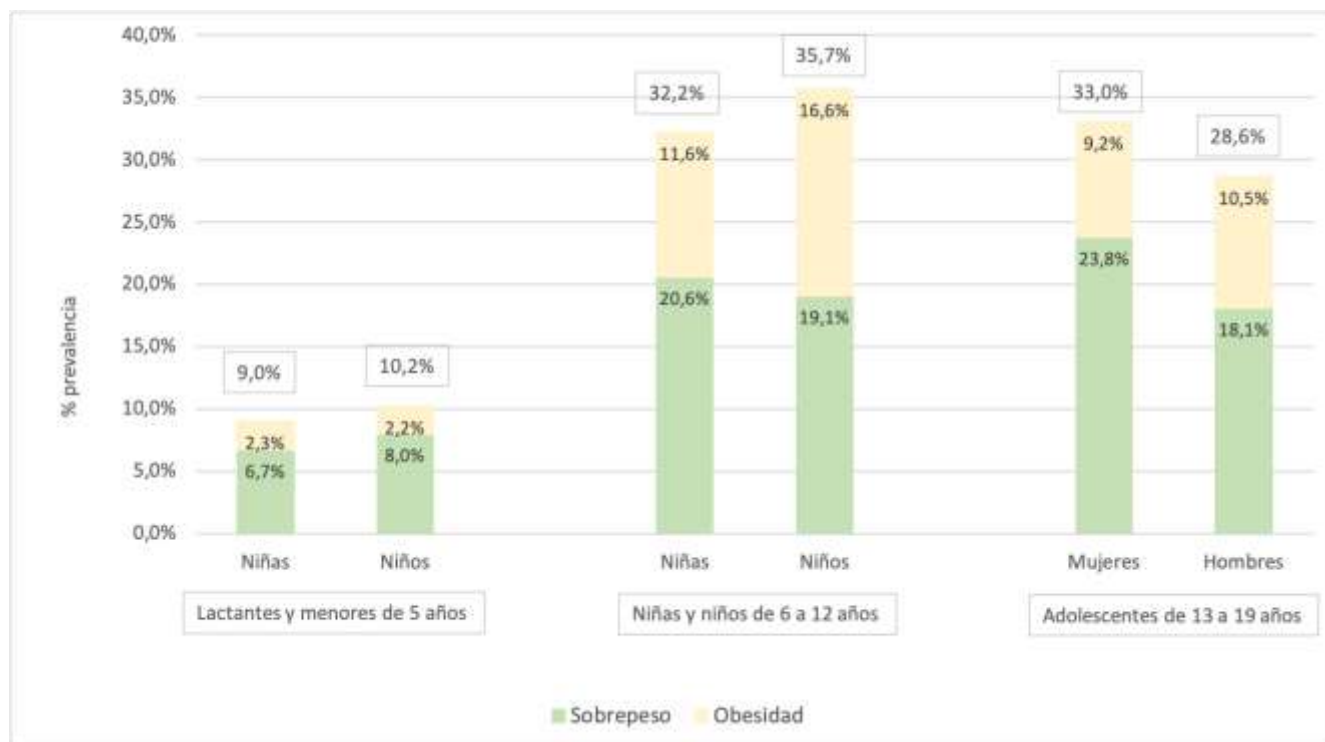
La tendencia de la prevalencia es del 5,92 por ciento, lo que indica que el aumento de casos ha ocurrido de manera muy rápida (Ver Anexo 1, pregunta 1).

En la adolescencia se observa que el porcentaje total de sobrepeso y obesidad (30,9 por ciento) disminuye con respecto al de la población de 5 a 12 años. En esta etapa se observa el porcentaje más alto de sobrepeso (21,1 por ciento) con respecto a las dos etapas de vida anteriores, y la tendencia de la prevalencia es de 4,04 por ciento, lo que permite interpretar que el crecimiento ha sido muy rápido (Ver Anexo 1, pregunta 1).

En general, según el Atlas de Obesidad Infantil (2019)⁵, la probabilidad de que Costa Rica alcance la meta propuesta por la Asamblea Mundial de Salud para el 2025 sobre la obesidad en NNA, es muy poca (del 2 por ciento) y el riesgo de obesidad infantil es muy alto (de un 7,5 sobre un total de 11).

Gráfico 4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Costa Rica, según sexo

⁵ Atlas de Obesidad Infantil, 2019. Disponible en: http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/11996_Childhood_Obesity_Atlas_Report_ART_V2.pdf



Elaboración propia, datos obtenidos de: **Lactantes y menores de 5 años** de Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (2018); **Niñas y niños de 5 a 12 años** del Censo Escolar de Peso-Talla: Informe metodológico (2016); **Adolescentes de 13 a 19 años** del Informe de resultados Encuesta colegial de vigilancia nutricional y actividad física (2018).

En el Gráfico 4 se presenta la prevalencia de sobrepeso y obesidad por etapa de ciclo de vida tomando en cuenta el sexo. En él se aprecia que en las dos primeras etapas del ciclo de vida, son los niños los que presentan mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad con respecto a las niñas, situación que cambia en la adolescencia cuando la prevalencia presente en las adolescentes mujeres superan a la de los hombres. Esta situación se puede atribuir a la aceleración de la velocidad de crecimiento que se presenta en las niñas alrededor de los 11 años y en los niños con un retraso de dos años (44).

En cuanto a las mujeres, se constata que el porcentaje más alto de sobrepeso se registra en la adolescencia (23,8 por ciento), mientras que la mayor prevalencia de obesidad está presente en las niñas de 5 a 12 años (11,6 por ciento). Por otro lado, los hombres presentan el mayor porcentaje tanto de sobrepeso (19,1 por ciento) como de obesidad (16,6 por ciento) en el grupo de edad de 5 a 12 años.

Cuadro 1. Interpretación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad por etapa del ciclo de vida, según criterio utilizado

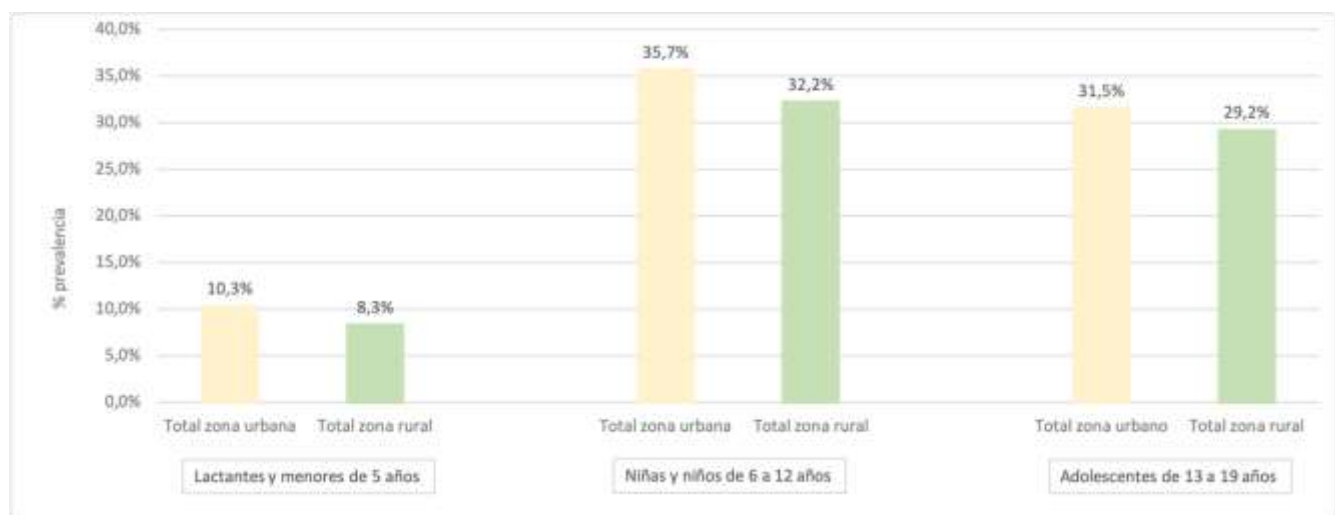
Ciclo de vida	Criterio de	Niñas o adolescente	Niños o adolescente
---------------	-------------	---------------------	---------------------

	interpretación*	mujer	hombre
Lactantes y menores de 5 años	<2.5% = muy bajo 2.5% a <5% = bajo 5% a <10% = medio 10% a <15% = alto 15% o más = muy alto	9,0% = Medio	10,2% = Alto
Niñas y niños de 5 a 12 años	<10% = bajo 10% a <14% = Medio 15% a <19% = alto 20% o más = muy alto	32,25 = Muy alto	35,7% = Muy alto
Adolescentes de 13 a 19 años		33,0% = Muy alto	28,6% = Muy alto

*El criterio de interpretación está tomado de la *Herramienta para el análisis del panorama del sobrepeso y la obesidad en NNA*, propuesta por UNICEF y OMS.
Elaboración propia a partir de datos tomados de la hoja de trabajo 1 (Ver Anexo 1).

El Cuadro 1 muestra la interpretación que se le asigna al dato de prevalencia según sexo. En niñas lactantes, menores de 5 años se considera que la prevalencia es media, mientras que en los niños del mismo grupo de edad, alta. En los otros dos grupos de edad, se considera que la prevalencia es muy alta tanto para los hombres como para las mujeres.

Gráfico 5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Costa Rica por etapa del ciclo de vida, según zona



Elaboración propia, datos obtenidos de: **Lactantes y menores de 5 años** de Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (2018); **Niñas y niños de 5 a 12 años** del Censo Escolar de Peso-Talla: Informe metodológico (2016); **Adolescentes de 13 a 19 años** del Informe de resultados Encuesta colegial de vigilancia nutricional y actividad física (2018).

En los tres grupos de edades, la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad está localizada en las zonas urbanas del país (10,3 por ciento, 35,7 por ciento y 31,5 por ciento respectivamente).

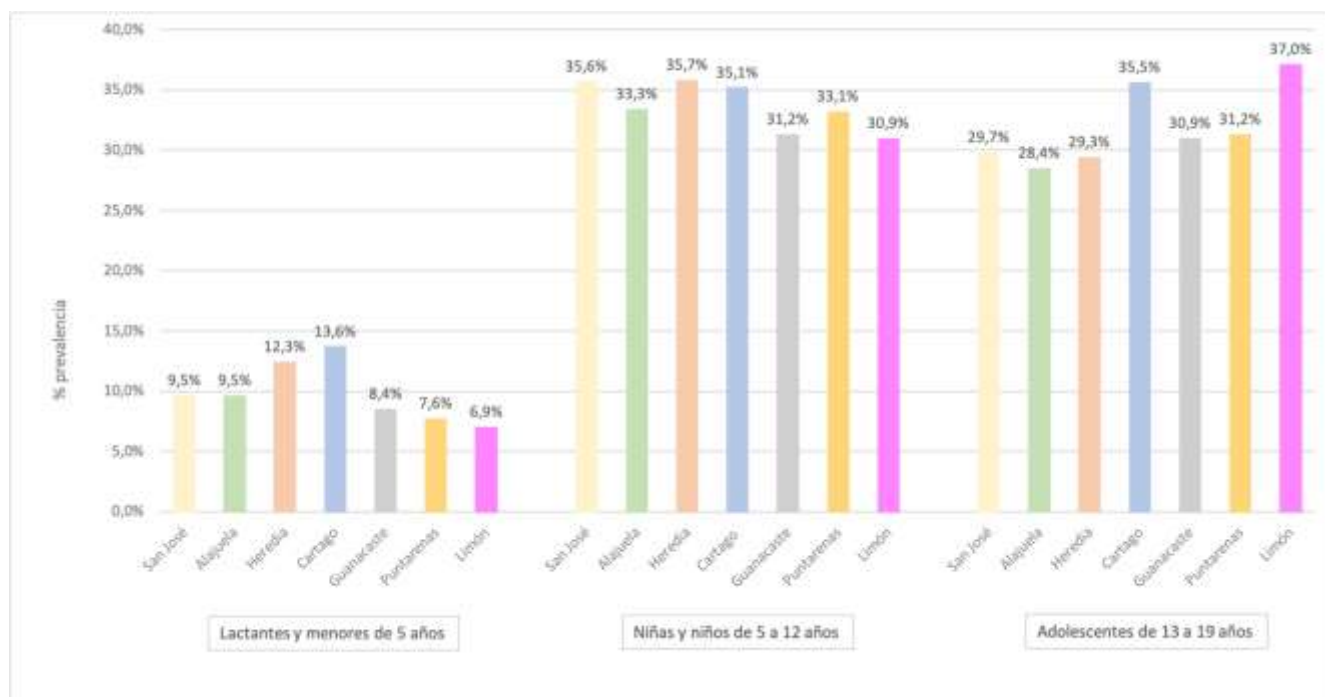
La prevalencia en lactantes y menores de 5 años de zona urbana se considera **alta**. Del total de casos (10,3 por ciento) se estima que el 7,6 por ciento corresponde a casos de sobrepeso y el 2,7 por ciento a casos de obesidad. Mientras que en zona rural, su porcentaje total se interpreta como prevalencia **media**, y del total (8,3 por ciento) se calcula que el sobrepeso es del 7,0 por ciento y la obesidad del 1,3 por ciento.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas y niños de 5 a 12 años de zona urbana, se considera **muy alta**, y del total (35,7 por ciento) el porcentaje de sobrepeso es de 19,1 por ciento y de obesidad de 16,6 por ciento. Asimismo, la prevalencia en zona rural, para el mismo grupo de edad también se considera **muy alta** (32,2 por ciento), con un porcentaje de sobrepeso de 20,6 por ciento, y de obesidad de 11,6 por ciento.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes, en ambas zonas, se considera **muy alta**.

Estudios apuntan a que en las zonas rurales se suele contar con pocas opciones alimenticias, y las personas son vulnerables a la escasez estacional de alimentos, mientras que en zonas urbanas abundan las opciones de comida rápida y bebidas poco nutritivas con altos niveles de azúcar (2). Sin embargo, la brecha cada vez más angosta entre la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil según zona, pone en manifiesto la necesidad de evaluar e intervenir con enfoque preventivo en los entornos obesogénicos de ambos tipos de comunidades, incluyendo la disponibilidad y accesibilidad de alimentos saludables y no saludables.

Gráfico 6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Costa Rica, según provincia



Elaboración propia, datos obtenidos de: **Lactantes y menores de 5 años** de Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (2018); **Niñas y niños de 5 a 12 años** del Censo Escolar de Peso-Talla: Informe metodológico (2016); **Adolescentes de 13 a 19 años** del Informe de resultados Encuesta colegial de vigilancia nutricional y actividad física (2018).

Cartago se coloca como la provincia que muestra uno de los porcentajes más altos de sobrepeso y obesidad infantil en los tres grupos de edades (13,6 por ciento, 35,1 por ciento y 35,5 por ciento respectivamente). Mientras que Guanacaste (8,4 por ciento, 31,2 por ciento, 30,9 respectivamente) y Alajuela (9,5 por ciento, 33,3 por ciento, 28,4 por ciento respectivamente) se vislumbran como dos de las provincias que modelan los menores porcentajes en los tres grupos de edad.

Los porcentajes más bajos del grupo de lactantes y menores de 5 años de edad, se muestran en las provincias costeras de Limón, Puntarenas y Guanacaste (6,9 por ciento, 7,6 por ciento y 8,4 por ciento respectivamente). Caso contrario sucede con las y los adolescentes de la provincia de Limón, pues presentan el porcentaje más alto de todo el país (37 por ciento).

De las siete provincias, cinco de ellas ubican las prevalencias más altas en la etapa de vida de los 5 a 12 años de edad: San José (35,6 por ciento), Alajuela (33,3 por ciento), Heredia (35,7 por ciento), Guanacaste (31,2 por ciento) y Puntarenas (33,1 por ciento), siendo Heredia la que muestra el porcentaje más alto. Mientras que en las otras dos provincias, Cartago y Limón, el porcentaje más alto se muestra en el grupo de adolescentes.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en lactantes y menores de 5 años que viven en las provincias de San José, Alajuela, Guanacaste, Puntarenas y Limón es considerada como **media**, mientras que en las provincias de Heredia y Cartago es **alta**. Por otro lado, en las otras dos etapas de vida, se considera que la prevalencia es **muy alta** en las 7 provincias del país.

Para los datos de prevalencia según región, solo se cuenta con la información del Censo Escolar de Peso y Talla (2016) que determina que en todas las regiones la prevalencia es muy alta (Ver Anexo 2).

El nivel socioeconómico (NSE) permite estimar los ingresos con los que cuentan las familias. A menor ingreso, se considera que puede existir acceso limitado a alimentos de mayor calidad nutricional (5) y esto tiene un impacto sobre los niveles sobrepeso de la niñez, sin mencionar que puede agravar muchos más factores de riesgo, por ejemplo las ENT. Por esta razón, se estima que el sobrepeso puede estar cada vez más presente en los grupos más pobres y desfavorecidos.

En el caso de Costa Rica, se cuenta con los datos según quintiles de índice de riqueza para menores de 5 años provenientes de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA), 2018 (Ver Anexo 3). En ellos se muestra que el sobrepeso ha afectado mayormente a las niñas y niños que se encuentran en el tercer y cuarto quintil, por lo que no se observa una afectación desproporcionada en los grupos socioeconómicos más bajos.

2. Factores de riesgo clave para el sobrepeso y la obesidad

Los factores de riesgo que afectan las etapas tempranas del ciclo de vida, son considerados riesgos latentes en la edad adulta, pues la manifestación de cualquier forma de malnutrición infantil, en especial del sobrepeso, es también un factor importante de obesidad adulta, con todas las implicaciones económicas y de salud que esta enfermedad conlleva (2).

A continuación se presentan los factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad infantil en Costa Rica que se han documentado mediante encuestas nacionales, estadísticas de las diferentes entidades gubernamentales y observatorios de organizaciones internacionales.

2.1. Factores de riesgo asociados a la primera infancia

a. Estado nutricional de la madre

El riesgo de malnutrición de la niña y el niño, está directamente relacionado con el estilo de vida y el estado nutricional de la madre y el padre. Desde el momento de la concepción, el óptimo desarrollo del embrión depende de su alimentación, y en gran medida, de los nutrientes que la madre le puede brindar (45), por lo que su estado nutricional es crucial.

Si el estado nutricional de la madre y el ambiente intrauterino se encuentran alterados, existirá el riesgo de que se presente un inadecuado intercambio materno-fetal, lo que puede propiciar el desarrollo inadecuado del feto por falta de nutrientes (46). Esta situación aumenta el riesgo de que se presente BPN y retraso en el crecimiento durante la primera infancia, lo que puede predisponer al individuo a acumular más grasa corporal y desarrollar sobrepeso en una edad más avanzada (5). Además, si la nutrición intrauterina es insuficiente, el feto se adapta para sobrevivir en esas condiciones y al nacer, estas adaptaciones permanecen, favoreciendo el riesgo de desarrollar síndrome metabólico (44).

Las madres con bajo peso, presentan un mayor riesgo de que su hija o hijo presenten bajo peso, en comparación con madres con peso normal. Se ha visto que si la madre presenta bajo peso, logra un aumento adecuado de peso durante el embarazo, el riesgo de que la niña o el niño sea pequeño para la edad gestacional o tenga BPN, se reduce; sin embargo, si el aumento de peso en la madre es menor al recomendado en mujeres con peso normal o bajo peso, aumenta en un 5% el riesgo de una niña o niño pequeño para la edad gestacional y parto prematuro (45).

Sin embargo, la prevalencia de bajo peso en mujeres de edad reproductiva del país es muy baja. Según la EMNA solamente se encontró que el 0,2 por ciento de mujeres de 40 a 64 años presentó bajo peso (34).

Por otro lado, que la madre presente obesidad o sobrepeso se ha visto relacionada con: aumento del riesgo de una niña o niño grande para la edad gestacional, macrosomía, aumento en la incidencia de parto prematuro, abortos espontáneos, muerte fetal y la disminución de BPN (45).

También el sobrepeso materno y la alta probabilidad de desarrollar diabetes durante el embarazo, predisponen al feto a crear más depósitos de grasa, aumentando la probabilidad de que la niña o el niño desarrolle sobrepeso, obesidad y/o enfermedades metabólicas. Asimismo, cada vez se cuenta con más evidencia que demuestra que el estado nutricional del padre es fundamental y afecta la espermatogénesis. Si el padre presenta sobrepeso, favorece la aparición de sobrepeso en el infante (5).

El sobrepeso de mujeres en edad reproductiva ha venido en aumento según las encuestas de Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular del 2014 y el 2018. El aumento de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20 a 39 años fue del 64 por ciento al 68,8 por ciento; mientras que en el grupo de 40 a 64 años, aumentó del 77,4 por ciento al 79 por ciento (40, 39).

Durante la primera infancia la dependencia de las NN hacia sus madres, padres y/o cuidadores, es casi total, y esto influye en sus patrones de conducta, producto del proceso de socialización que enfrenta el individuo según su entorno inmediato. La niña o el niño menor de 5 años observa, imita y adopta el comportamiento de las personas con las que convive, pueden ser la madre, el padre, los hermanos o hermanas o personas cuidadoras y esto incluye la conducta alimentaria que acompaña al ser humano desde la infancia hasta la adultez (47). En esta etapa del desarrollo los comportamientos comienzan a aparecer y pueden ser reforzados según el contexto en el que se desarrolle (47).

2.2. Factores de riesgo asociados a NNA

a. Publicidad de bebidas y alimentos no saludables

Existen pocos datos documentados que describan los factores de riesgo asociados en la población de los 5 a los 12 años, esto representa una oportunidad para el país. Esta etapa se caracteriza, entre otras cosas, porque la niña y el niño desarrollan mayor autonomía en la selección de alimentos basada en sus gustos y preferencias, pertenencia social y porque se vuelve habitual que realice más tiempos de comida fuera del hogar, ya sea en su centro educativo o en su lugar de cuidado, lo que en muchas ocasiones está relacionado con el aumento general de comer en exceso (47).

Se considera que la comercialización de alimentos poco saludables y ultraprocesados dirigida a las niñas y niños de 5 a 12 años, es una de las principales causas de obesidad infantil, y representa un riesgo en esta etapa de vida y en la consecuente aparición de ENT en la adultez (48).

El estudio realizado en Costa Rica *Television food and beverage marketing to children in Costa Rica: current state and policy implications*⁶ (Comercialización de alimentos y bebidas por televisión dirigida a los niños en Costa Rica: estado actual e implicaciones políticas), evidenció que el 91,1 por ciento de los anuncios analizados en cuatro canales de televisión promocionaron alimentos no apropiados, por lo que han concluido que las niñas y niños que sintonizan los canales más populares de la televisión nacional, se exponen todos los días a un alto número de anuncios que promocionan productos alimenticios poco saludables (49).

b. Consumo de alimentos ultraprocesados en adolescentes

Las prácticas alimentarias inadecuadas en adolescentes están siendo cada vez más documentadas, esto ha permitido evidenciar que contribuyen a la aparición de sobrepeso. Se reconoce que en esta etapa, la persona adolescente es vulnerable y puede ser más influenciada por el entorno social, por lo que la vuelve menos propensa a seguir comportamientos orientados a la alimentación saludable (50).

El consumo de alimentos ultraprocesados (relacionados con alta densidad energética, alto contenido de sodio, azúcares simples añadidos, grasas saturadas y en general bajo contenido nutricional) puede llegar a desplazar el consumo de alimentos que sí aportan nutrientes necesarios para el desarrollo (50). En Costa Rica, según la Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física (2018), el 34,4 por ciento de las y los adolescentes consumen 1 vez al día productos de confitería; el 32,8 por ciento mantienen la misma frecuencia de consumo para snacks salados y el 18,8 por ciento dice hacer lo mismo pero con el consumo de bebidas azucaradas (38). Este comportamiento es

⁶ Television food and beverage marketing to children in Costa Rica: current state and policy implications. Disponible en: https://neuro.unboundmedicine.com/medline/citation/31109393/Television_food_and_beverage_marketing_to_children_in_Costa_Rica:_current_state_and_policy_implications

preocupante ya que existe una amplia evidencia que sostiene que el consumo de ultraprocesados está relacionado con el sobrepeso y con demás afectaciones de la salud (8).

c. Consumo de frutas y vegetales en adolescentes

En la adolescencia aparecen las características sexuales secundarias y se presenta un acelerado crecimiento, por lo que las recomendaciones nutricionales son superiores a las de la población en general (44) y por tanto el cumplimiento de las necesidades de micronutrientes se vuelve fundamental. A razón de esto se considera preocupante que de acuerdo a la Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física (2018) el 60,9 por ciento de las y los adolescentes manifiestan no consumir frutas diariamente, así como el hecho de que el 57,7 por ciento tampoco consuma vegetales todos los días (38).

d. Actividad física en adolescentes

Además de los factores asociados directamente con el consumo de alimentos, una de las causas principales de la obesidad y el sobrepeso en NNA es el bajo nivel de actividad física realizada por esta población. Según datos de la Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física (2018), el porcentaje de adolescentes que reportan actividad física insuficiente es del 87,4 por ciento (38).

Cuando disminuyen los índices de actividad física hay mayor probabilidad de desarrollar sobrepeso, favoreciendo la aparición de ENT, esto puede disminuir la productividad, las oportunidades de inserción laboral en la edad adulta y por ende el nivel socioeconómico. Esta situación afecta directamente la probabilidad de poseer los medios económicos para tener acceso a alimentos de buena calidad nutricional.

Existen pruebas contundentes que determinan algunos factores influyentes en los niveles de actividad física inadecuados en NNA (50), entre ellos:

- La falta de espacios físicos para que las NNA puedan llevar un estilo de vida activo, practicar algún deporte o realizar actividad física.
- La aceptabilidad de un estilo de vida sedentario y el tiempo pantalla que se presenta desde la primera infancia hasta la adolescencia.

Según el MEP (2020), solamente el 13,3 por ciento de los centros educativos públicos de preescolar cuentan con instalaciones deportivas aptas para practicar actividad física, en el caso de los centros educativos escolares el porcentaje es de 15,2 por ciento y de 47,1 por ciento en colegios. Asimismo, solamente el 8,5 por ciento de los cantones, cuentan con ciclovías seguras.

En cuanto al sedentarismo, el 64,8 por ciento de las y los adolescentes manifiestan pasar dos o más horas de un día entre semana realizando actividades sedentarias; mientras que en fin de semana esto sucede en el 76,4 por ciento de los casos (38).

2.3. Factores de riesgo asociados a la edad adulta

a. Bajo consumo de frutas y vegetales

La encuesta Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular del 2014, estima que el 64,1 por ciento de las personas mayores de 19 años no cumple con esta recomendación; al 2018 este porcentaje bajó al 61,1 por ciento (39, 40). En adolescentes de 13 a 19 años, según la encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física del 2018, se estima que el 60,9 por ciento no consume frutas diariamente; mientras que el 57,7 por ciento no consume vegetales a diario (38).

En ambas etapas del ciclo de vida más de la mitad de la población no cumple con la recomendación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos con enfoque de sistemas alimentarios para la población mayor de dos años, que motiva al consumo diario de frutas y vegetales en al menos 5 porciones entre ambas (51).

El consumo de frutas y vegetales en la cantidad recomendada está relacionado con la prevención de todas las formas de malnutrición y la reducción del riesgo de ENT; por otro lado, el bajo consumo de estos alimentos está relacionado con dietas poco saludables, que a su vez se encuentran entre los diez principales factores de riesgo de enfermedades a nivel mundial (52).

b. Actividad física

Según la OMS (2020), la actividad física brinda efectos beneficiosos sobre el corazón, el cuerpo y la mente. Cumplir con la recomendación contribuye con la prevención y gestión de ENT, reduce los síntomas de depresión y ansiedad y mejora las habilidades de razonamiento y juicio (53).

La encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular del 2018, muestra una disminución del porcentaje de personas mayores de 19 años que manifiestan tener un nivel de actividad física bajo, con respecto a los resultados de la encuesta del 2014 (36,1 por ciento y 44,6 por ciento respectivamente). En ambos años el porcentaje de nivel de actividad física baja se presentó con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (2014: 51,5 por ciento en mujeres y 37,9 por ciento en hombres y 2018: 41,4 por ciento en mujeres y 30,8 por ciento en hombres) (39, 40).

La OMS recomienda a adultos de 18 a 64 años que realicen actividades físicas aeróbicas moderadas durante al menos 150 a 300 minutos; o actividades físicas aeróbicas intensas durante al menos 75 a 150 minutos; o una combinación equivalente de actividades moderadas e intensas a lo largo de la semana. También deberían de realizar actividades de fortalecimiento muscular moderadas o más intensas, durante dos y más días a la semana. Para adultos mayores de 65 años, se mantienen las mismas recomendaciones anteriores (53).

En Costa Rica la Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030 establece una meta escalonada sobre la prevalencia de actividad física moderada que busca aumentar al 32,1 por ciento en el 2022, al 34,1 por ciento en el 2026 y al 36,1 por ciento en el 2030 (54).

c. Consumo de tabaco y alcohol

Tanto en el consumo de tabaco como el del alcohol es considerado un factor de riesgo para la salud (40). Según la encuesta Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular 2018, hay una disminución en la prevalencia de consumo de tabaco en mayores de 19 años, siendo de 13,3 por ciento en el 2014 y de 11,1 por ciento en el 2018. En ambos años fue mayor en hombres (18,8 por ciento en el 2014 y 15,7 por ciento en el 2018), que en mujeres (7,9 por ciento en el 2014 y 6,6 por ciento en el 2018) (39, 40).

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, la encuesta Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular 2018 destaca que el 32,5 por ciento de las personas mayores de 19 años, manifestaron consumir alcohol al menos 1 vez al mes; mientras que el 9,8 por ciento lo hace de 1 a 3 días por semana; el 1,7 por ciento de 4 a 6 días por semana y el 0,9 por ciento lo consume diariamente (39).

3. Sistemas y ambientes obesogénicos en Costa Rica

Con el afán de comprender la asociación entre el exceso de peso y la morbilidad crónica, los estudios a lo largo de las últimas tres décadas han planteado diversos modelos. El primero, un modelo *biomédico* que consideraba que el tratamiento de las predisposiciones biológicas presentes en cada individuo, es la ruta más accesible (55).

Posteriormente, el enfoque cambió tratando de centrar la atención en el elemento que tuviera mayor efecto sobre la prevención, señalando a *los estilos de vida* como el factor más importante en el estado de salud. Con ello, se comenzó a recalcar la responsabilidad individual sobre la enfermedad y el modelo se redujo prácticamente al control de la ingesta alimentaria. Algunos estudios resaltan el bajo efecto que ha mostrado el enfoque centrado en los individuos, destacando: el poco control que tienen las personas sobre sus estilos de vida y consumo, y el efecto que tiene el ambiente (55).

A partir de entonces, toman importancia los intensos cambios que ha sufrido el entorno humano. De esta manera, en los últimos tiempos se señala al ambiente como el aspecto más importante para explicar la situación actual del exceso de peso, más allá de factores biológicos o conductuales; y se presenta a la obesidad como una respuesta biológica “normal” pasiva frente a un entorno que cambia (55). Se define al ambiente obesogénico como “la suma de las influencias de los entornos, las oportunidades o circunstancias de la vida que promueven obesidad en individuos o en la sociedad” (56).

Un estudio realizado en el cantón de Zarceró para identificar tendencias en el comportamiento alimentario del consumidor, determinó que:

“con la globalización, la apertura de mercado, la tecnología y el establecimiento de infraestructura que han permitido el mejoramiento de la distribución y el aumento en la variedad de productos alimenticios a lo largo del país, la dieta tradicional del costarricense se ha encontrado ante un punto de quiebre que inició una transformación basada en gustos, cultura y accesibilidad física y económica. Esta transformación generó espacios de mercado que han llevado al país a establecer diversos canales de distribución de alimentos, creando una dinámica única de consumo que puede ser caracterizada en el gasto, la ingesta y el estado nutricional del demandante final” (57).

Reflejo de esta dinámica cambiante es el resultado de analizar el gasto de los hogares costarricenses destinado a la alimentación, con el fin de suponer en qué lugar se adquieren

mayormente los alimentos y cómo es el ambiente. Según la FAO, en la mayoría de los hogares costarricenses, las cadenas de supermercados se han convertido en el principal lugar de compra de artículos para el hogar, motivados principalmente por los precios, la variedad de productos y las ofertas o descuentos. Solamente las frutas y hortalizas son adquiridas en otros establecimientos como verdulerías, ferias del agricultor y otros (57).

Tomando en cuenta que un ambiente obesogénico promueve el consumo de alimentos altamente procesados y con alto contenido de azúcares simples, no es casualidad que Costa Rica se profile como el quinto país de la región de América Latina que más consume alimentos altamente procesados; mientras que a nivel mundial se ubica entre los primeros 30 (58).

Asimismo, las ventas al menudeo per cápita de alimentos y bebidas ultraprocesados del 2000 al 2013 aumentaron en un 19,5 por ciento para alimentos ultraprocesados y 9,8 por ciento para las bebidas (59).

Es por eso que se requiere de una normativa que sustente el control del mercadeo y la publicidad de alimentos, principalmente en productos dirigidos a las NNA, tanto en espacios públicos como medios de comunicación y redes sociales. Sin embargo, actualmente no se cuenta con la estructura política necesaria para hacer de esto una realidad.

4. El sector privado y su rol en el sobrepeso y la obesidad infantil

El sector privado es partícipe de la estructura de gobernanza nacional en temas relacionados a la nutrición. Según entrevistas realizadas a expertos (Ver Anexo 4), el accionar del sector privado se da desde el enfoque⁷ de *actores intersectoriales* (del sector educativo, comercio y salud, por ejemplo) y desde el enfoque de *actores locales*, afectando principalmente la dimensión económica en cantones y distritos. Lo cierto es que desde ambos enfoques, el sector privado influye directamente en variables de tipo nutricional que afectan la salud de la población (60).

Su rol comienza a tener influencia en la situación del sobrepeso y obesidad infantil desde etapas muy tempranas de la infancia con la defensa de la lactancia materna a través del cumplimiento de la

⁷ Ver apartado “Mapeo de actores” para ampliar el concepto de “Enfoques”

*Ley N° 7430 Fomento de la Lactancia Materna (1994)*⁸ y del *Reglamento de condiciones para las salas de lactancia materna en los centros de trabajo (2018)*⁹. Ambas directrices pretenden fomentar la nutrición segura y suficiente para los lactantes, brindando a las madres trabajadoras un espacio para amamantar a sus bebés, donde también puedan extraer la leche materna y la almacenen sin riesgo de contaminación.

Según el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), el empleador (tanto público como privado) debe velar por el cumplimiento de los derechos de la madre trabajadora en período de lactancia, por tanto se le concedan 15 minutos cada tres horas o media hora dos veces al día, o como se acostumbra en la mayoría de los casos, una hora continua al iniciar o finalizar la jornada diaria, para amamantar a su bebé (61). En algunos casos, empresas del sector privado cuentan con políticas internas que ofrecen beneficios extras a sus colaboradores, por ejemplo licencia por maternidad extendida y licencia por paternidad. Dos empresas que han implementado estos beneficios en el país son Amazon y APM Terminals.

Pero la influencia del sector privado va más allá de las normativas que regirán en el ambiente empresarial, muchas de sus estrategias van, inclusive, dirigidas específicamente a la población infantil y adolescente, tal es el caso del sector alimentario y sus estrategias de comercialización.

Costa Rica carece de normativa que regule la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a NNA en televisión, radio, en espacios públicos o medios digitales. Sin embargo, los centros educativos públicos se rigen bajo el *Decreto Ejecutivo 36910 Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos (2013)*¹⁰, que en su artículo 10 trata las prohibiciones en la colocación de propaganda comercial, directa o indirectamente, de productos alimenticios, protegiendo al menos el espacio escolar. Aunque el reglamento se debe aplicar a los

⁸ Ley de fomento de la lactancia materna. Disponible en https://oig.cepal.org/sites/default/files/1994_ley7430_cri.pdf

⁹ Reglamento de condiciones para las salas de lactancia materna en los centros de trabajo http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=86409&nValor3=112103&strTipM=TC#up

¹⁰ Decreto Ejecutivo 36910 Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos <https://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/reglamento-vigente-2013.pdf>

centros educativos públicos, se recomienda también para los privados. El Reglamento ha impulsado al sector a replantear la formulación de alimentos ofrecidos en el ambiente escolar. Algunas empresas se han propuesto esta meta con el fin de mantener sus productos vigentes en centros educativos.

En el 2016, el MS y la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria (CACIA) firmaron una alianza público-privada para la reducción del contenido de sodio en alimentos procesados de alto consumo en el país. La finalidad ha sido contribuir con la disminución de ENT relacionadas con la presión alta y las muertes por enfermedades del corazón. La rendición de cuentas en el 2019, mostró que la reducción de sodio se había cumplido en un 87 por ciento, y ambas partes estuvieron de acuerdo en seguir redoblando esfuerzos al renovar la alianza (62). Este es un ejemplo de política pública bajo una modalidad voluntaria, donde ambos actores pactaron los compromisos y han venido avanzando en la reducción de sal-sodio presente en la producción industrial.

Con respecto al compromiso del sector privado con los derechos de las niñas y los niños, se sabe que desde el 2015 el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social promueve la estrategia Red de Empresas contra el Trabajo Infantil Costa Rica¹¹, que hasta febrero del 2020 contaba con 35 aliados incorporados. También, la Fundación Paniamor ha trabajado en alianzas con el sector privado a razón de orientar a las empresas respecto a cómo prevenir y mitigar impactos negativos de sus operaciones, y promover los derechos de las niñas y los niños, tomando como guía el documento Derechos del Niño y Principios Empresariales¹².

A pesar de estos esfuerzos, Costa Rica aún enfrenta muchos retos en cuanto a la regulación de la influencia del sector privado sobre los acuerdos y políticas y la falta de alianzas público-privadas a favor de la nutrición.

Otro reto para el país es, disminuir las brechas entre sectores, formalizando espacios de encuentro entre actores vinculantes donde el sector privado pueda participar de iniciativas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, por ejemplo la implementación de las Guías

¹¹ https://www.mtss.go.cr/seguridad-social/trabajo-infantil/red_empresas.html

¹² Derechos del Niño y Principios Empresariales <https://www.pactomundial.org/wp-content/uploads/2015/03/Derechos-del-ni%C3%B1o-y-principios-empresariales.pdf>

Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios, tanto las dirigidas a los primeros 1000 días, como las GABAS para los mayores de 2 años (GABSA).

5. Marco político, programas y servicios de salud con atención a nutrición

- Ámbito internacional:

Cuadro 2. Pactos o acuerdos en ámbito internacional adoptados en el país con vinculación a la alimentación

Pacto o acuerdo	Año	Tema central
Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948	Artículo 25, inciso 1: <i>“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”</i>
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	1976	En 2014 Costa Rica procede a depositar ante la Secretaría de las Naciones Unidas el instrumento de ratificación del PIDESC convirtiéndose en el Estado Parte número 16. Artículo 11: <i>“el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado y, de forma expresa, el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre”</i>
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	2015	Plantea el compromiso de los países a “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

Elaboración propia a partir de información disponible en los sitios web oficiales de cada una de las iniciativas

- Ámbito regional:

Cuadro 3. Planes, pactos o acuerdos en ámbito regional adoptados en el país con vinculación a la alimentación

Plan, pacto o acuerdo	Año	Tema central
Iniciativa América Latina y Caribe sin Hambre 2025 (IALCSH)	2005	Compromiso político de los países de la región en el marco de la Cumbre Latinoamericana sobre Hambre Crónica de erradicación total del hambre y el alcance de la seguridad alimentaria y nutricional al año 2025.
Frente Parlamentario contra el Hambre de América Latina y el Caribe (FPH-ALC)	2009	Se trata de una red plural de legisladores que hoy está presente en 21 países de la región, a fin de trabajar para responder al compromiso <i>Iniciativa América Latina y el Caribe sin Hambre 2025</i> .
Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana (PSAN)	2012-2032	La política busca contribuir a que toda la población de los Estados que conforman el SICA disponga, acceda, consuma y utilice los alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad para satisfacer sus necesidades y preferencias; propiciando la coordinación y diálogo que impulse y promueva la articulación de los sectores y actores relevantes de los ámbitos regional, nacional y local.
Plan de Seguridad Alimentaria, Nutrición y Erradicación del Hambre (Plan CELAC)	2015	El plan de CELAC recoge las principales políticas e iniciativas exitosas de seguridad alimentaria desarrolladas por los países de la región y se ha convertido en la principal hoja de ruta hacia el hambre cero al año 2025.

Elaboración propia a partir de información disponible en los sitios web oficiales de cada una de las iniciativas

- Ámbito nacional:

Cuadro 4. Normativa y leyes nacionales vinculadas a la alimentación

Norma	Año	Tema central
Constitución Política	1949	Artículo 21 del título cuarto sobre “Derechos y Garantías Individuales”, establece que <i>“la vida humana es inviolable”</i> . Artículo 50 del título quinto sobre “Derechos y Garantías Sociales”, señala que el Estado de Costa Rica <i>“procurará el mayor bienestar para todos los habitantes del país”</i>
Ley de Creación del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), N° 4508	1970 actualizada en 2002	Establece la creación de INCIENSA, así como sus labores, responsabilidades, asignación presupuestaria y organización.

Ley General de Salud	1974	Establece los derechos y deberes a nivel de salud tanto para la población en general. La nutrición y la alimentación se consideran como derechos que deben ser garantizados.
Ley Orgánica del Ministerio de Salud N° 5412	1974	Artículo 5: Establece la creación de la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN) órgano rector que formula, divulga, da seguimiento, monitorea y evalúa todo lo concerniente con Política Nacional de Alimentación y Nutrición.
Ley de Fomento de Lactancia Materna, N° 7430	1995	Fomenta la nutrición segura y suficiente para los lactantes, mediante la educación de la familia y la protección de la lactancia materna.
Ley Código de Niñez y Adolescencia. N° 7739	1998	En el documento se reconoce que toda persona menor de 18 años es un individuo de derechos y garante de protección; así mismo se contempla la nutrición y alimentación como un derecho fundamental para los niños, niñas y adolescentes.
Decreto Ejecutivo N° 26684 Creación de la Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias (CIGA)	1998	Se crea la CIGA con el objetivo fundamental de elaborar las Guías Alimentarias para los diferentes grupos de población.
Decreto Ejecutivo N° 34726 Reglamento a la Ley de Regulación de Ferias del Agricultor.	2008	Se establece todo lo concerniente a la regulación y funcionamiento de las ferias del agricultor.
Decreto N° 35904-S: Prohibición del uso de Bisfenol en los biberones y otros envases dedicados a la alimentación de la niñez	2010	Prohíbe a los fabricantes nacionales, importadores y distribuidores, la comercialización y distribución dentro del territorio nacional, de biberones y otros envases utilizados para contener alimentos y bebidas para niños, cuando hayan sido fabricados con policarbonato.
Decreto N° 35960-S Política nacional de inocuidad de los alimentos	2010	Define lineamientos correspondientes en materia de inocuidad de los alimentos producidos en el país, importados y comercializados.
Decreto N° 8809 Creación de la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de atención integral	2010	Establece la creación de la Dirección Nacional CEN-CINAI y la define como un órgano de desconcentración mínima, adscrito al Ministerio de Salud. En dicho decreto se especifican responsabilidades y labores de la Dirección.
Decreto Ejecutivo 37271: Norma Nacional para Bancos y Centros de	2011	Estimula la donación de leche materna y especifica todos los protocolos para que esta donación sea segura. Este decreto favorece a las niñas y niños beneficiarios

Recolección de Leche Humana.		prioritarios con las ventajas inmunológicas de la leche materna. Esta norma se debe de aplicar en todos los servicios de salud públicos y privados que realizan actividades relacionadas con un banco o centro de recolección de leche humana.
Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos	2012	El reglamento exige que todos los servicios de soda o expendios de alimentos en las instituciones públicas, deben ofrecer alimentos que propicien una alimentación saludable según las GABAS y se prohíbe la venta de alimentos que no cuenten con etiqueta nutricional.
Decreto Nº 39.317/S - Norma nacional de uso de las gráficas antropométricas para valoración nutricional de la población de 0-19 años.	2015	Establece los lineamientos técnicos para el uso de gráficas antropométricas que contribuyan a la valoración nutricional de la población de 0 a 19 años.
Directriz “Promoción del bienestar en las instituciones públicas, mediante la adopción de hábitos saludables en la alimentación, salud física y mental, actividad física y recreación laboral en espacios libres de humo de tabaco”	2018	Promueve la salud de las personas trabajadoras, mediante acciones que propicien entornos laborales saludables en las instituciones públicas. Se proponen actividades como: modificaciones en la estructura de salud ocupacional, regulación de sodas en las instituciones, incentivar la actividad física.
Carta de Compromiso para el Abordaje Integral del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia Costarricense	2018	La carta establece en 16 puntos una serie de compromisos para revertir la tendencia ascendente del sobrepeso y la obesidad en la niñez y la adolescencia y reducir la carga de ENT asociadas a las dietas no saludables de esta población.

Fuente: Tríptico, 2021. Desarrollo del Estudio: Análisis de situación nutricional de Costa Rica con énfasis en niños, niñas y adolescentes

Cuadro 5. Políticas, planes o estrategias vinculadas a la alimentación

Política, plan o estrategia	Año	Tema central
Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No	2022-2030	Reúne esfuerzos de múltiples actores institucionales y no gubernamentales para reducir la morbi-mortalidad ocasionada por las ENT.

Transmisibles y Obesidad		Plantea cuatro líneas estratégicas con sus respectivas áreas de intervención: (1) Políticas y alianzas multi e intersectoriales, (2) Factores protectores y de riesgo, (3) Respuesta del sistema de salud y (4) Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico (54).
Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física	2020-2030	Busca atender la prevalencia de los bajos niveles de actividad física en toda la población, con el fin de contribuir a prevenir las ENT, sobre todo aquellas aplicadas al sobrepeso y la obesidad (54).
Alianza público-privada para la reducción del sodio en alimentos procesados	2016-2023	Por medio de estrategias de reducción del consumo de sodio, el plan pretende alcanzar la recomendación de la OMS (5 g sal ó 2 g sodio/ persona/día) y así contribuir a la disminución de la morbilidad atribuible a hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.
Política Nacional de lactancia Materna	2009	Busca maximizar la salud integral de las madres, niñas y niños, jóvenes, familias y población en general por medio del fomento de la lactancia en diferentes espacios.
Plan para la Seguridad Alimentaria y Nutricional del Sector Desarrollo Agropecuario, Pesquero y Rural y su vinculación con los ODS	2021-2025	Pretende afrontar los desafíos de la disponibilidad y acceso de alimentos de forma sostenible en el país, y contribuir a la reducción de la vulnerabilidad en casos de crisis alimentarias a partir de servicios eficientes y eficaces, aportando así al logro y la vinculación de los ODS.
Plan Nacional de Agricultura Familiar de Costa Rica	2020-2030	Pretende impulsar acciones que en función del desarrollo integral e inclusivo de la agricultura familiar y que esta sea reconocida como modo de vida, a partir del fortalecimiento de la gobernanza y la articulación intersectorial, la creación de capacidades, la generación de ingresos y el fomento de sistemas agroalimentarios sostenibles y culturalmente pertinentes.
Política Nacional de Producción y Consumo Sostenibles	2018-2030	Apoya la adopción gradual de patrones de producción, consumo sostenibles y estilos de vida sostenibles y saludables por medio de la articulación de los instrumentos de planificación nacional en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial.
Política Nacional de	2017-2030	Por medio de ocho ejes estratégicos promueve el

Semillas de Costa Rica		desarrollo del sector semillero costarricense para mejorar la eficiencia productiva del sector agropecuario, en función de los retos que plantean la seguridad alimentaria y nutricional, la preservación de la biodiversidad, el cambio climático, la globalización de mercados y la garantía de la calidad de las semillas.
------------------------	--	---

Fuente: Tríplico, 2021. Desarrollo del Estudio: Análisis de situación nutricional de Costa Rica con énfasis en niños, niñas y adolescentes y elaboración propia a partir de información disponible en los sitios web oficiales de cada una de las iniciativas.

6. Mapeo de actores

Partiendo de entrevistas realizadas a expertos¹³, se ha planteado un esquema de gobernanza de actores relacionados al ámbito nutricional. Además, se han determinado diferentes tipos de enfoques que definen la forma de participación en los procesos de toma de decisiones vinculadas a la situación nutricional del país (60).

1. *Actores con funciones normativas*: tienen legitimidad legal para la producción de reglas vinculantes en el tema nutricional.
2. *Actores con funciones sustantivas*: su origen y acciones específicas están directamente relacionadas con el tema nutricional.
3. *Actores intersectoriales*: son actores públicos y privados de diferentes sectores (educación, comercio, por ejemplo) cuyas acciones tienen influencia directa con variables nutricionales de la población del país.
4. *Actores locales*: su forma de organización es principalmente a nivel local (cantón, distrito), incluye tanto la dimensión político-administrativa (gobierno local) como económica (sector privado, cooperativas, cámaras) y participación local (asociaciones de desarrollo).
5. *Actores de cooperación técnica y financiera*: son aquellos actores nacionales e internacionales que aportan conocimiento (sector académico, por ejemplo), financiamiento o asistencia técnica en los planes, programas y proyectos de los actores vinculados con el tema nutricional.

¹³ Sobre las encuestas a expertos consúltese el documento “Producto 4: Informe Final Desarrollo del Estudio: Análisis de situación nutricional de Costa Rica con énfasis en niños, niñas y adolescentes” Tríplico Consultores SRL, 2021

Cuadro 6. Mapeo de actores vinculantes con temas nutricionales según tipo de enfoque y sector

Actor	Enfoque de participación
Sector Público	
Asamblea Legislativa	Funciones normativas
Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)	Funciones normativas
Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN CINAI)	Funciones sustantivas
Comité Nacional del Codex Alimentarius (CODEX)	Funciones sustantivas
Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)	Actor intersectorial
Consejo Nacional de Producción Instituto de Desarrollo Rural (INDER)	Actor intersectorial
Fuerza Pública (Ministerio de Seguridad Pública)	Actor intersectorial
Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)	Funciones sustantivas
Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)	Actor intersectorial
Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)	Actor intersectorial
Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG)	Actor intersectorial
Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC)	Actor intersectorial
Ministerio de Educación Pública (MEP)	Actor intersectorial
Ministerio de Hacienda Defensoría de los y las Habitantes	Actor intersectorial
Ministerio de las Mujeres (INAMU)	Actor intersectorial
Ministerio de Salud (MS)	Funciones normativas
Patronato Nacional de la Infancia (PANI)	Actor intersectorial
Poder Ejecutivo	Funciones normativas
Programa Integral de Mercadeo Agropecuario (PIMA)	Actor intersectorial
Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (REDCUDI)	Actor intersectorial
Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN)	Funciones sustantivas
Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA)	Actor intersectorial
Gobiernos Locales	Locales
Sector Privado	
Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria (CACIA)	Funciones sustantivas
Colegio de Profesionales en Nutrición (CPN)	Funciones sustantivas
Asociaciones de Desarrollo	Locales
Cooperativas	Locales
Cooperación Internacional	

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	Cooperación técnica y financiera
Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)	Cooperación técnica y financiera
Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)	Cooperación técnica y financiera
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Cooperación técnica y financiera
Movimiento Scaling Up Nutrition (SUN)	Cooperación técnica y financiera
Academia	
Universidad de Costa Rica (UCR)	Cooperación técnica
Universidad Nacional (UNA)	Cooperación técnica
Instituto Tecnológico de Costa Rica (TEC)	Cooperación técnica
Universidad Estatal a Distancia (UNED)	Cooperación técnica
Universidad Técnica Nacional (UTN)	Cooperación técnica
Sociedad Civil u Organizaciones No Gubernamentales (ONG)	
Fundación Costarricense de Gastronomía (FUCOGA)	Actor intersectorial
Fundación DEHVI ¹⁴	Actor intersectorial

Elaboración propia a partir de entrevistas a expertos y aportes propios

El mapeo de actores está basado en la información que los expertos entrevistados han brindado. Sin embargo, esto no quiere decir que exista formalmente una plataforma de múltiples partes interesadas que los involucre a todos juntos, si no que se organizan alrededor de 5 formas específicas:

1. Por medio de la formación de comisiones con objetivos específicos
2. Por medio de redes de trabajo
3. Para trabajar en programas específicos
4. Mediante relaciones entre pares institucionales
5. Por sistemas de producción de información (como el Sistema Nacional de Información en Seguridad Alimentaria y Nutricional o el Sistema de Vigilancia del Estado Nutricional y del Desarrollo Infantil)

¹⁴ Organización de interés público y sin fines de lucro enfocada en promover una cultura de cambio y corresponsabilidad empresarial para dejar una huella en la vida de los niños, niñas y sus familias.

<https://dehvi.org/>

7. Vacíos de información identificados en Costa Rica

El desarrollo de las de las hojas de trabajo propuestas por la *Herramienta para el análisis del panorama del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes*, ha permitido identificar los vacíos de información que se detallan a continuación:

1. Asociados a la situación nutricional en lactantes, NNA:

- En lactantes y menores de 5 años: prevalencia de sobrepeso por región¹⁵, probabilidad de alcanzar la meta de la OMS-UNICEF para el sobrepeso.
- En niñas y niños de 6 a 12 años: prevalencia de sobrepeso según NSE.
- En adolescentes de 13 a 19 años: prevalencia de sobrepeso por región, prevalencia de sobrepeso según NSE.

2. Asociados a los factores de riesgo para sobrepeso y obesidad infantil:

- Etapa prenatal y perinatal: porcentaje gestaciones en donde el aumento de peso materno está por encima de los niveles recomendados, porcentaje de mujeres embarazadas con diabetes e hiperglucemia gestacional, tasa compuesta de crecimiento anual de mujeres embarazadas con diabetes e hiperglucemia gestacional, probabilidad de alcanzar la meta de la OMS sobre ENT para detener el aumento de la obesidad en adultos.
- En lactantes y menores de 5 años: porcentaje de niñas y niños menores de 5 años que no alcanza los niveles recomendados de actividad física, tendencia de la actividad física insuficiente, porcentaje de niñas y niños que duermen menos de 10 horas por noche, tendencia en ventas o consumo de sucedáneos de la leche materna, consumo de alimentos complementarios comerciales (kg per cápita por año), porcentaje de niñas y niños que consumen una bebida endulzada con azúcar, incluido el jugo 100 por ciento de frutas al día, porcentaje de niñas y niños que no consumen vegetales o frutas el día anterior, porcentaje de centros de atención preescolar que proporcionan alimentos que cumplen con GABAS.
- En niñas y niños de 5 a 12 años: porcentaje de niñas y niños que consumen una bebida endulzada con azúcar, incluido el jugo 100 por ciento de frutas al día, porcentaje de niñas y

¹⁵ Regiones: Central Sur, Central Norte, Central Este, Pacífico Central, Central Occidente, Chorotega, Brunca, Huetar Caribe y Huetar Norte.

niños consumiendo 1 o más porciones de confitería (incluido el chocolate) por día, porcentaje de niñas y niños consumiendo 1 o más porciones de snacks salados al día, porcentaje de niñas y niños que no consumen al menos 1 porción de frutas y vegetales al día.

- En NNA 5 a 19 años: tendencia en la venta de bebidas azucaradas, incluido el jugo 100% de frutas (litros per cápita al año), tendencia de la venta de snacks dulces (kg per cápita por año), tendencia de la venta de snacks dulces (kg per cápita por año), porcentaje de centros educativos que ofrece alimentos que cumplen con las GABAS, porcentaje de centros educativos donde se encuentran disponibles bebidas azucaradas, porcentaje de centros educativos donde hay snacks altos en grasas, sal y azúcares, porcentaje de alimentos saludables que son ofrecidos como parte de programas de apoyo social/de bajos ingresos, en relación a todos los alimentos brindados, porcentaje de escuelas que aceptan patrocinio de marcas de alimento.
- En NNA 5 a 19 años relacionados con la actividad física: porcentaje de NNA que caminaron o fueron en bicicleta a la escuela durante los últimos 7 días, porcentaje de NNA que participaron en juegos activos no estructurados por más de dos horas al día, porcentaje de NNA que reportaron estar al aire libre durante más de dos horas al día, tasa de crecimiento anual de rutas ciclistas seguras disponibles, tasa de crecimiento anual en la propiedad de automóviles, tasa de crecimiento anual en la prácticas de conductas sedentarias.

3. Asociados a las estrategias, políticas y normas para prevenir entornos obesogénicos y promover dietas saludables y actividad física

Actualmente no se cuenta con lo siguiente:

- Políticas de sistemas alimentarios
 - Modelo de perfil de nutrientes respaldado por el gobierno. En su lugar, la industria alimentaria se rige con el Reglamento Técnico Centroamericano de etiquetado de los alimentos preenvasados que se basa en el Codex Alimentarius.
 - Impuestos o gravámenes sobre alimentos o bebidas directamente relacionados con la salud.
 - Etiquetado nutricional frontal, aunque actualmente se encuentra en discusión el proyecto de ley en la Asamblea Legislativa.

- Política que exija el etiquetado de menús a operadores de servicios de alimentos.
- Política para regular la comercialización en televisión, radio, en la calle o medios digitales sobre alimentos y bebidas dirigidas a NNA.
- Política para subsidiar o apoyar procesos de la cadena de alimentos, para alimentos saludables o recomendados por las GABAS.
- Política para restringir importaciones de alimentos que no cumplen con criterios nutricionales específicos.
- Política vinculada a criterios nutricionales.
- Controles locales o nacionales sobre servicios comerciales de alimentos vinculados con directrices nutricionales o las GABAS.
- Políticas del sistema educativo
 - Política para garantizar el acceso al agua potable en las escuelas y las instalaciones deportivas. Sin embargo, existe la Ley 2726, Ley Constitutiva Instituto Costarricense Acueductos y Alcantarillados, el cual se encarga de garantizar el acceso a agua potable en todo el territorio nacional.
 - Políticas para fomentar viajes activos (caminos y andar en bicicleta) hacia y desde la escuela

Además, no se encontraron datos sobre:

- Sistemas de apoyo social
 - Vías de derivación para bebés, niñas y niños pequeños con riesgo de sobrepeso y obesidad.
 - Evidencia de que los trabajadores de la salud reciban capacitación para brindar asesoramiento nutricional y apoyo a la lactancia.
- Sistema educativo
 - Existencia de una guía nacional sobre el tiempo frente a la pantalla y sueño en entornos de cuidado infantil.
 - Existencia de pautas claras en el currículo escolar sobre cómo enseñar a los niños a promover la salud, incluida la alimentación saludable y la actividad física.

- Existencia de programas escolares de monitoreo de la condición física.

4. Asociados a los factores políticos, institucionales y culturales que influyen en la respuesta a la obesidad infantil

No se cuenta con:

- Empoderamiento de la sociedad civil
 - Plataforma dirigida por el gobierno que reúna a la academia y ONG 's con enfoque en la obesidad infantil.
- Intereses comerciales
 - Política clara para prevenir y gestionar los conflictos de intereses y los intereses creados.

No se cuenta con información para:

- Factores culturales
 - Información sobre la afectación que puede ejercer el clima sobre la disponibilidad de alimentos, las conductas alimentarias o los niveles de actividad física.
 - código de conducta para las empresas de medios o periodistas, sobre informar acerca de la obesidad y evitar el estigma y la culpa de las víctimas
 - Normas culinarias y dietéticas que determinen si existen preferencias culturales por determinados alimentos o prácticas culinarias

5. Asociados al compromiso del sector privado con los Derechos de los Niños:

- Número o porcentaje de empresas que incluyen dentro de su política interna: los derechos del niño, el derecho a licencia por maternidad, la obligatoriedad de contar con salas de lactancia en sus instalaciones, el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Número o porcentaje de empresas que: patrocinan eventos culturales o deportivos, vende sus productos en kioscos escolares, asocia sus productos con sentimientos positivos, usa niños o niñas en las campañas de marketing y publicidad, realiza campañas de marketing en escuelas o áreas de juego donde se reúnen los niños y niñas, usa en sus comunicaciones personajes animados, o da regalos promocionales.

- Número o porcentaje de empresas que han invertido recursos a través de un compromiso o alianza con: UNICEF, OMS/PAHO, o la contraparte gubernamental.
- Número o porcentaje de empresas que participen de iniciativas como en foros o congresos empresariales en donde se promueva el derecho a licencia por maternidad
- Número o porcentaje de empresas con políticas internas y públicamente disponibles en materia de Derechos Humanos y Derechos de los Niños.
- Número o porcentaje de empresas que cuenten con declaración pública con respeto al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Número o porcentaje de empresas que cuenten con monitoreo de las medidas de prevención y/o mitigación de impactos en derechos humanos específicos a la historia nacional.

Referencias

1. HLPE. (2017). *La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición*. Obtenido de <https://www.fao.org/3/l7846ES/i7846es.pdf>
2. UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. (2019). *Estado Mundial de la Infancia 2019*. Obtenido de <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
3. Gobierno de la República. (2018). *Carta compromiso para el abordaje integral del sobrepeso y obesidad en la niñez y la adolescencia costarricense*. Obtenido de <https://1library.co/document/yn41m3pz-compromiso-abordaje-integral-sobrepeso-obesidad-ninez-adolescencia-costarricense.html>
4. UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. (2022). *El sobrepeso en la niñez: Un llamado para la prevención en América Latina y el Caribe - Resumen ejecutivo*. Obtenido de <https://www.unicef.org/lac/media/36986/file/Resumen-El-sobrepeso-en-la-ninez-280722.pdf>
5. UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. (2019). *Guía programática de UNICEF: Prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes*. Obtenido de <https://www.unicef.org/media/96096/file/Overweight-Guidance-2020-ES.pdf>
6. UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. (2021a). *Estado Mundial de la Infancia 2021*. Obtenido de <https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWCpor ciento202021por ciento20Fullpor ciento20Reportpor ciento20Spanish.pdf>
7. FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. 2021. *América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021: estadísticas y tendencias*. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55239/foodsecurityreport2021_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

8. UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. (2021). *El sobrepeso en la niñez: Un llamado para la prevención en América Latina y el Caribe*. Obtenido de <https://www.unicef.org/lac/media/29006/file/Sobrepeso-en-la-ninez-reporte-2021.pdf>
9. UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. (2022). Infancia en peligro: Emaciación grave. Obtenido de <https://www.unicef.org/es/informes/la-infancia-en-peligro-emaciacion-grave#:~:text=La%20emaciaci%C3%B3n%2C%20definida%20como%20bajo,es%20su%20forma%20m%C3%A1s%20mortal.>
10. Jiménez, P., Mohs, E., Mata, L., Bolaños, C. (1985). Desnutrición severa en Costa Rica. Una reinterpretación de su causalidad. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v28n11985/v28n1%201985.pdf>
11. MS [Ministerio de Salud]. (sf). *Análisis Evolutivo de Nutrición*. Documento no publicado.
12. MS [Ministerio de Salud]. (1996). *Encuesta Nacional de Nutrición, Fascículo 1 Antropometría*. Obtenido de [https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Antropometria.por ciento20Encuestapor ciento20nacionalpor ciento20depor ciento20nutricipor cientoC3por cientoB3n.por ciento20Costapor ciento20Ricapor ciento201996.pdf](https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Antropometria.por%20Encuestapor%20nacionalpor%20depor%20nutricipor%20C3por%20B3n.por%20Costapor%20Ricapor%201996.pdf)
13. Arjona, N., Chaves, S., Borbón, L. (2002). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Escolar*. Obtenido de [https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Encuestapor ciento20nacionalpor ciento20depor ciento20saludpor ciento20ypor ciento20nutricipor cientoC3por cientoB3npor ciento20escolarpor ciento20enpor ciento20nipor cientoC3por cientoB1ospor ciento20\(as\)por ciento20ypor ciento20adolescentesper ciento20depor ciento20lpor ciento20ypor ciento20lpor ciento20Ciclospor ciento20depor ciento20lapor ciento20Educacipor cientoC3por cientoB3npor ciento20Generalpor ciento20Bpor cientoC3por cientoA1sica,por ciento20Costapor ciento20Rica,por ciento202002.pdf](https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Encuestapor%20nacionalpor%20depor%20saludpor%20ypor%20nutricipor%20C3por%20B3npor%20escolarpor%20enpor%20nipor%20C3por%20B1ospor%20(as)por%20ypor%20adolescentesper%20depor%20lpor%20ypor%20lpor%20Ciclospor%20depor%20lapor%20Educacipor%20C3por%20B3npor%20Generalpor%20Bpor%20C3por%20A1sica,por%20Costapor%20Rica,por%202002.pdf)
14. MS [Ministerio de Salud], Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud [INCIENSA], Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], Instituto Costarricense sobre

Drogas e Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2013). *Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Fascículo 1 Antropometría*. Obtenido de

<https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Encuestapor ciento20Nacionalpor ciento20depor ciento20Nutricipor cientoC3por cientoB3n.por ciento20Fascpor cientoC3por cientoADculopor ciento201.por ciento20Antropometrpor cientoC3por cientoADa.pdf>

15. MS [Ministerio de Salud]. (2016). *Informe de resultados Censo Escolar de Peso y Talla*.

Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/vigilancia-nutricional/censos-y-encuestas/censo-escolar-peso-y-talla-vigilancia-de-la-salud/1954-censo-escolar-peso-talla-costa-rica-2019/file>

16. UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. (2019). *Obesidad: una cuestión de derechos de niños, niñas y adolescentes. Recomendaciones de políticas para su protección*.

Obtenido de

<https://www.unicef.org/argentina/media/4996/file/Obesidad,%20una%20cuesti%C3%B3n%20de%20derechos.pdf>

17. Presidencia de la República y MS [Ministerio de Salud]. (2015). *Oficialización de la norma nacional de uso de las gráficas antropométricas para la valoración nutricional de 0-19 años*.

Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Oficializaci%C3%B3n%20de%20la%20norma%20nacional%20de%20uso%20de%20las%20gr%C3%A1ficas%20antropom%C3%A9tricas%20para%20la%20valoraci%C3%B3n%20nutricional%20de%200%20-19%20a%C3%B1os.pdf>

18. OMS [Organización Mundial de la Salud]. (2021). *Notas Descriptivas Malnutrición*.

Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

19. FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. (2019). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019*. Obtenido de <https://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>

20. Leiva, A., Martínez, M., Cristi-Montero, C., Salas, C., Ramírez, R., Díaz, X., Aguilar, N. y Celis, C. (2017). *El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y*

metabólicos independiente de los niveles de actividad física. Obtenido de

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000400006

21. FAO [Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura]. (2022).

Datos sobre alimentación y agricultura. Obtenido de

<https://www.fao.org/faostat/es/#country/48>

22. FAO [Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura]. (2022).

Noticia: Costa Rica 220 mil personas padecen de hambre mientras que el sobrepeso aumenta.

Obtenido de <https://www.fao.org/costarica/noticias/detail-events/ar/c/1165360/>

23. MS [Ministerio de Salud]. (2020). *Prevalencia de Inseguridad Alimentaria en Costa Rica*.

Año 2020. Obtenido de [https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-](https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/censos-y-encuestas/escala-de-inseguridad-alimentaria-en-costa-rica-2020/4432-prevalencias-de-inseguridad-alimentaria-costa-rica-2020/file)

[archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-](https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/censos-y-encuestas/escala-de-inseguridad-alimentaria-en-costa-rica-2020/4432-prevalencias-de-inseguridad-alimentaria-costa-rica-2020/file)

[publicado/censos-y-encuestas/escala-de-inseguridad-alimentaria-en-costa-rica-2020/4432-](https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/censos-y-encuestas/escala-de-inseguridad-alimentaria-en-costa-rica-2020/4432-prevalencias-de-inseguridad-alimentaria-costa-rica-2020/file)

[prevalencias-de-inseguridad-alimentaria-costa-rica-2020/file](https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/censos-y-encuestas/escala-de-inseguridad-alimentaria-en-costa-rica-2020/4432-prevalencias-de-inseguridad-alimentaria-costa-rica-2020/file)

24. INEC [Instituto Nacional de Estadística y Censo]. (2016). *Evolución de la esperanza de vida al nacimiento en Costa Rica 1900-2000*. Obtenido de

<https://inec.cr/busqueda?searchtext=esperanza%2520de%2520vida>

25. Banco Mundial. (2022). *Bebés con bajo peso al nacer (% de nacimientos) - Costa Rica*.

Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.BRTW.ZS?locations=CR>

26. OMS [Organización Mundial de la Salud]. (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025*

Documento normativo sobre bajo peso al nacer. Obtenido de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?ua=1

27. Ministerio de Salud. (2019). Dirección de Vigilancia de la Salud. Análisis de la Situación

Integral de la Salud. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/opac->

[ms/media/digitales/An%C3%A1lisis%20Integral%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud.%20Costa%20Rica%202019.pdf](https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/An%C3%A1lisis%20Integral%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud.%20Costa%20Rica%202019.pdf)

28. INEC [Instituto Nacional de Estadística y Censo]. (2011). *C9A.11 Total de nacimientos por peso al nacer, según meses de embarazo y estatura al nacer*. Obtenido de <https://inec.cr/busqueda?searchtext=bajo%2520peso%2520al%2520nacer>
29. INEC [Instituto Nacional de Estadística y Censo]. (2022). *Población 10 Costa Rica. Total de nacimientos por peso (en gramos) al nacer, según meses de embarazo y estatura (cm) al nacer 2020-2021*. Obtenido de <https://inec.cr/busqueda?searchtext=bajo%2520peso%2520al%2520nacer>
30. OMS [Organización Mundial de la Salud]. (2020). *Notas descriptivas Anemia*. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1
31. Walters, D., Kakietek, J., Dayton, J., Shekar, M. (2017). *Un Marco de Inversión para el Cumplimiento de las Metas Globales de Nutrición: Anemia*. Obtenido de [https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/Anemia span WEB.PDF?sequence=31#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202012%2C%20la,OMS%20y%201%2C000%20Days%202014\).](https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/Anemia_span_WEB.PDF?sequence=31#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202012%2C%20la,OMS%20y%201%2C000%20Days%202014).)
32. Global Nutrition Report. (2022). *Country Nutrition Profiles Costa Rica*. Obtenido de <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/latin-america-and-caribbean/central-america/costa-rica/>
33. MS [Ministerio de Salud]. (2021). *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para los primeros mil días de vida en Costa Rica*. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/guiasalimentarias/#guias>
34. MS [Ministerio de Salud], INEC [Instituto Nacional de Estadística y Censos] y UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. (2018). *Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA)*. Obtenido de https://www.inec.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/reemna2018_2.pdf

35. OMS [Organización Mundial de la Salud]. (2014). *Metas mundiales de nutrición 2025 Documento normativo Lactancia materna*. Obtenido de <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>
36. Ibáñez, E. (2010). *Caracterización de los niños menores de cinco años que murieron por desnutrición, Costa Rica 2005-2007*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292010000200002#a
37. Caravaca, I. (2022). *Prevalencia de Desnutrición en Costa Rica*. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/vigilancia-nutricional/cronicas-nutricionales/5819-prevalencia-de-desnutricion-en-costa-rica/file>
38. MS [Ministerio de Salud] y MEP [Ministerio de Educación Pública]. (2018). Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física. Costa Rica. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/vigilancia-nutricional/censos-y-encuestas/encuesta-colegial-de-vigilancia-nutricional-y-actividad-fisica-2018-vigilancia-de-la-salud/5296-informe-de-resultados-encuesta-colegial-2018/file>
39. CCSS [Caja Costarricense de Seguro Social]. (2018). Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular Tercera Encuesta. Obtenida de <https://www.binasss.sa.cr/cardiovascular2018.pdf>
40. CCSS [Caja Costarricense de Seguro Social]. (2014). Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular Segunda Encuesta. Obtenida de <https://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/encuesta2014.pdf>
41. FAO [Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura], Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola [FIDA], Organización Panamericana de la Salud [OPS], Programa Mundial de Alimentos [WFP] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2021). *América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021: estadísticas y tendencias*. Obtenido de

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55239/foodsecurityreport2021_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

42. Pizzi, R., Fung, L. (2015). Obesidad y mujer. Obtenido de

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000400001

43. Jiménez, J. (2019). *Costa Rica vive la peor epidemia de obesidad registrada en toda su*

historia. Obtenido de [https://www.ucr.ac.cr/noticias/2019/04/26/costa-rica-vive-la-peor-](https://www.ucr.ac.cr/noticias/2019/04/26/costa-rica-vive-la-peor-epidemia-de-obesidad-registrada-en-toda-su-historia.html)

[epidemia-de-obesidad-registrada-en-toda-su-historia.html](https://www.ucr.ac.cr/noticias/2019/04/26/costa-rica-vive-la-peor-epidemia-de-obesidad-registrada-en-toda-su-historia.html)

44. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CELAC] y Programa Mundial de

Alimentos [WFP]. (2017). *El costo de la doble carga de malnutrición: impacto social y*

económico Síntesis del estudio piloto en Chile, Ecuador y México. Obtenido de

[http://repositorio.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/896/El%20costo%20](http://repositorio.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/896/El%20costo%20de%20la%20doble%20carga%20de%20la%20malnutricion.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[Ode%20la%20doble%20carga%20de%20la%20malnutricion.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/896/El%20costo%20de%20la%20doble%20carga%20de%20la%20malnutricion.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

45. Ministerio de Salud. (2021). Documento Técnico de las Guías Alimentarias Basadas en

Alimentos para los primeros mil días de vida en Costa Rica: Análisis de Situación,

Recomendaciones Técnicas y Mensajes. Obtenido de

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/guiasalimentarias/>

46. Recinos, Y. (2018). Desnutrición materna, bajo peso al nacer, pobreza y sociedad. Obtenido

de

[https://www.researchgate.net/publication/340125807_Desnutricion_materna_bajo_peso_al](https://www.researchgate.net/publication/340125807_Desnutricion_materna_bajo_peso_al_nacer_pobreza_y_sociedad)

[nacer_pobreza_y_sociedad](https://www.researchgate.net/publication/340125807_Desnutricion_materna_bajo_peso_al_nacer_pobreza_y_sociedad)

47. Jimeno, A., Maneschy, I., Rupérez, A. y Moreno, L. (2021). *Factores determinantes del*

comportamiento alimentario y su impacto sobre la ingesta y la obesidad en niños. Obtenido de

[http://www.ibf.cusur.udg.mx/index.php/JBF/article/view/20#:~:text=Los%20diferentes%20fac](http://www.ibf.cusur.udg.mx/index.php/JBF/article/view/20#:~:text=Los%20diferentes%20factores%20que%20influyen,ambiente%20y%20acceso%20a%20alimentos)

[tores%20que%20influyen,ambiente%20y%20acceso%20a%20alimentos](http://www.ibf.cusur.udg.mx/index.php/JBF/article/view/20#:~:text=Los%20diferentes%20factores%20que%20influyen,ambiente%20y%20acceso%20a%20alimentos).

48. UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. (2013). Estudio exploratorio sobre

la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no saludables dirigida a niños en América

Latina y el Caribe. Obtenido de

<https://www.unicef.org/lac/media/1856/file/PDF%20Estudio%20promoci%C3%B3n%20y%20publicidad%20de%20bebidas%20y%20alimentos%20no%20salusables-Resumen%20espa%C3%B1ol.pdf>

49. Zamora, I., Jensen, M., Vandevijvere, S., Ramírez, M. y Kroker, M. (2019). *Television food and beverage marketing to children in Costa Rica: current state and policy implications*.

Obtenido de <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/television-food-and-beverage-marketing-to-children-in-costa-rica-current-state-and-policy-implications/FC469D3D5B0EFDE8BFFAA418A4BFA9CE>

50. UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. (2020). *Herramienta para el análisis del panorama del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes*. (Versión piloto inédita).

51. MS [Ministerio de Salud], CIGA [Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias] y FAO [Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura]. (2022). *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos con enfoque de sistemas alimentarios para la población mayor de dos años*. Documento inédito.

52. FAO [Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura]. (2021). *Frutas y verduras esenciales en tu dieta. Año Internacional de las Frutas y Verduras 2021 Documento de antecedentes*. Obtenido de <https://www.fao.org/3/cb2395es/cb2395es.pdf>

53. OMS [Organización Mundial de la Salud]. (2020). *Notas descriptivas Actividad Física*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

54. MS [Ministerio de Salud]. (2021). *Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2022-2030*. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/estrategias-en-salud/5699->

[estrategia-nacional-de-abordaje-integralde-las-enfermedades-no-transmisiblesy-obesidad-2022-2030/file](#)

55. Martínez, A., (2017). La consolidación del ambiente obesogénico en México. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572017000200006

56. Molina, K., Fernández, X., Flores, O., González, R., Madriz, D., Martínez, A., Villalobos, N. y Villalobos, N. (2019). *Factores obesogénicos en el entorno escolar público costarricense durante 2015-2016*. Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v17n1/1659-0201-psm-17-01-225.pdf>

57. FAO [Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura]. (2021). Grandes cadenas de supermercados en Costa Rica. Efectos de su concentración sobre la producción agropecuaria y la nutrición. Obtenido de <https://www.fao.org/3/cb4509es/cb4509es.pdf>

58. FAO [Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura]. (2019). Nuevos patrones alimentarios, más desafíos para los sistemas alimentarios. Obtenido de <https://www.fao.org/3/ca5449es/ca5449es.pdf>

59. OPS [Organización Panamericana de la Salud] y OMS [Organización Mundial de la Salud]. (2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7698/9789275318645_esp.pdf

60. Tríptico Consultores Sociales. (2021). *Producto 4: Informe Final Desarrollo del Estudio: Análisis de situación nutricional de Costa Rica con énfasis en niños, niñas y adolescentes*. Documento inédito.

61. MTSS [Ministerio de Trabajo y Seguridad Social]. (sf). Protección de la trabajadora en estado de embarazo o en período de lactancia. Obtenido de https://www.mtss.go.cr/temas-laborales/05_trabajadora_embarazada.pdf

62. Ministerio de Salud. (2019a). Ministerio de Salud y CACIA renuevan alianza para reducir sodio en productos procesados. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2019/214-ministerio-de-salud-y-cacia-renuevan-alianza-para-reducir-sodio-en-productos-procesados>
63. Abarca-Gómez, L., Abdeen, Z. A., Hamid, Z. A., Abu-Rmeileh, N. M., Acosta-Cazares, B., Acuin, C., ... Ezzati, M. (2017). *Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults*. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)
64. Banco Mundial. (2022). *Bebés con bajo peso al nacer (% de nacimientos) - Costa Rica*. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.BRTW.ZS?locations=CR>
65. Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2010). Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Obtenida de <https://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/vigilancia.pdf>
66. FAO [Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura], Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola [FIDA], Organización Panamericana de la Salud [OPS], Programa Mundial de Alimentos [WFP] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2020). Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe 2020. Obtenido de <https://doi.org/10.4060/cb2242es>
67. Harris, J., Pomeranz, J., Lobstein, T., Brownell, K. (2009). *A crisis in the marketplace: how food marketing contributes to childhood obesity and what can be done*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18976142/>
68. Martínez, R., Jiménez, A., González, H., y Ortega, R. (2017). Prevención de la obesidad desde la etapa perinatal. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017001000011
69. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. (2003).

Situación del estado nutricional y alimentario de Costa Rica. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Situacion%20del%20estado%20nutricional%20y%20alimentario%20de%20Costa%20Rica.pdf>

70. UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. (2019). *Comunicado de prensa: La malnutrición impide el adecuado crecimiento de 1 de cada 5 niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe.* Obtenido de [https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/unicef-advierte-que-1-de-cada-5-ninos-y-ninas-menores-de-5-anos-no-esta-creciendo-bien#:~:text=El%20retraso%20en%20el%20crecimiento%20\(cuando%20los%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as,que%20la%20prevalencia%20del%20sobrepeso](https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/unicef-advierte-que-1-de-cada-5-ninos-y-ninas-menores-de-5-anos-no-esta-creciendo-bien#:~:text=El%20retraso%20en%20el%20crecimiento%20(cuando%20los%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as,que%20la%20prevalencia%20del%20sobrepeso)

71. Vásquez, M. (2021). Estrategia innovadora para el abordaje individual y del hogar de niños y niñas con sobrepeso y obesidad atendidos en los Cen-Cinai de las oficinas locales Heredia-Flores, Costa Rica. Obtenida de <https://www.mgsan.org/index.php/servicios/tfg/27-tesis-2021>

Anexos

Anexo 1. Hojas de trabajo de la 1 a la 4

Pregunta 1: ¿Tiene el país un problema de sobrepeso y obesidad infantil? ¿Qué subgrupos se ven afectados? ¿El problema está empeorando o mejorando?

Indicador sugerido	Datos	Calificación
% de lactantes y niños menores de 5 años clasificados con sobrepeso	<p>9,7% (7,4% SP; 2,3% OB)</p> <p><u>Zona urbana:</u> 10,3% (7,6% SP; 2,7% OB)</p> <p><u>Zona rural:</u> 8,3% (7,0% SP; 1,3% OB)</p> <p><u>Por subregiones:</u> No se cuenta con datos</p> <p><u>Por provincia:</u></p> <p>San José 9,5% (7,6% SP; 1,9% OB)</p> <p>Alajuela 9,5% (6,4% SP; 3,1% OB)</p> <p>Cartago 13,6% (11,3% SP; 2,3% OB)</p> <p>Heredia 12,3% (10,3% SP; 2,0% OB)</p> <p>Guanacaste 8,4% (6,3% SP; 2,1% OB)</p> <p>Puntarenas 7,6% (6,0% SP; 1,6% OB)</p> <p>Limón 6,9% (4,6% SP; 2,3% OB)</p>	<p>Medio</p> <p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Medio</p> <p>Medio</p> <p>Medio</p> <p>Medio</p> <p>Medio</p> <p>Medio</p>
SP: % niños mayores y adolescentes (5-18 ó 5-19 años) clasificados con sobrepeso	<p>Niños 6-12 años: 33,9% (19,8% SP; 14,1% OB)</p> <p><u>Zona urbana:</u> 35,7% (19,1% SP; 16,6% OB)</p> <p><u>Zona rural:</u> 32,2% (20,6% SP; 11,6% OB)</p> <p><u>Por subregión:</u></p> <p>Central Sur 36,8% (21,4% SP; 15,4% OB)</p> <p>Central Norte 35,9% (20,8% SP; 15,1% OB)</p> <p>Central Este 34,6% (20,3% SP; 14,2% OB)</p> <p>Pacífico Central 34,5% (18,5% SP; 16,0% OB)</p> <p>Central Occidente 32,8% (19,7% SP; 13,1% OB)</p> <p>Chorotega 31% (17,8% SP; 13,3% OB)</p> <p>Brunca 30,9% (19,0% SP; 11,9% OB)</p> <p>Huetar Caribe 30,9% (18,1% SP; 12,8% OB)</p> <p>Huetar Norte 29,4% (18,3% SP; 11,0% OB)</p> <p><u>Por provincia:</u></p> <p>Heredia 35,7% (20,8% SP; 14,9% OB)</p> <p>San José 35,6% (20,8% SP; 14,8% OB)</p> <p>Cartago 35,1% (20,6% SP; 14,5% OB)</p> <p>Alajuela 33,3% (19,7% SP; 13,6% OB)</p>	<p>Muy alto</p> <p>Muy alto</p> <p>Muy alto</p> <p>Muy alto para todas las subregiones</p> <p>Muy alto para todas</p>

Indicador sugerido	Datos	Calificación
	Puntarenas 33,1% (19,1% SP; 14,0% OB) Guanacaste 31,2% (17,7% SP; 13,5% OB) Limón 30,9% (18,1% SP; 12,8% OB) Adolescentes 13-19 años: 30,9% (21,1% SP; 9,8% OB) <u>Zona urbana:</u> 31,5% <u>Zona rural:</u> 29,2% <u>Por subregión:</u> No se cuenta con datos <u>Por provincia:</u> Limón 37,0% (23,8% SP; 13,2% OB) Cartago 35,5% (23,3% SP; 12,2% OB) Puntarenas 31,2% (21,1% SP; 10,1% OB) Guanacaste 30,9% (20,4% SP, 10,5% OB) San José 29,7% (20,4% SP; 9,3% OB) Heredia 29,3% (20,3% SP; 9,0% OB) Alajuela 28,4% (20,6% SP; 7,8% OB)	las provincias Muy alto Muy alto Muy alto Muy alto para todas las provincias
Tasa compuesta de crecimiento anual de sobrepeso en menores de 5 años	1,82%	Crecimiento rápido
Tasa compuesta de crecimiento anual de sobrepeso en mayores de 5 años	Niños 6-12 años: 5,92% Adolescentes 13-19 años: 4,04%	Muy rápido crecimiento para ambos grupos
% de lactantes y niños menores de 5 años clasificados con sobrepeso por sexo	Niños: 8,0% Niñas: 6,7% niñas	Medio para ambos grupos
% de lactantes y niños menores de 5 años clasificados con sobrepeso por nivel socioeconómico	Menor riqueza: 6,4% Segundo: 7,4% Tercero: 8,0% Cuarto: 7,6% Mayor riqueza: 8,5%	Medio en todos los grupos
% de niños mayores de 5 años clasificados con sobrepeso por sexo	Niños 6-12 años: 35,7% (19,1% SP; 16,6% OB) Niñas 6-12 años: 32,2% (20,6% SP; 11,6% OB) Hombres 13-19 años: 28,6% (18,1% SP; 10,5% OB) Mujeres 13-19 años: 33,0% (23,8% SP; 9,2% OB)	Muy alto en todos los grupos
% de niños mayores de 5 años clasificados con sobrepeso por nivel socioeconómico	No se cuenta con datos	n/a

Indicador sugerido	Datos	Calificación
Probabilidad de alcanzar la meta de la OMS-UNICEF para el SP entre lactantes y niños menores de 5 años	Sin información= desconocido	n/a
Probabilidad de alcanzar la meta de la OMS sobre ENT para la obesidad en niños y adolescentes	2%	Poca probabilidad
Nivel general de riesgo de obesidad infantil para el país	7,5	Alto riesgo

Pregunta 2: ¿Cuál es el grado de riesgo en las etapas prenatal y perinatal?

Indicador sugerido	Datos	Calificación
% de mujeres entre 15 y 49 años con sobrepeso ¹	Mujeres 20-39 años: 64,0% (36,2% SP; 27,8% OB) Mujeres 40-64 años: 77,4% (33,2% SP; 44,2% OB)	Muy alto en ambos grupos
% mujeres entre 15 y 49 años con bajo peso ¹	Mujeres 20-39 años: 0,9% Mujeres 40-64 años: 0,0%	Bajo en ambos grupos
% nacimientos <2,5kg	7,5%	Moderado
Tasa compuesta de crecimiento anual mujeres entre 15 y 49 años con sobrepeso ¹	Mujeres > 20 años 2% SP y 2,4% OB con 15 años de diferencia 4,7% SP y 9,9% OB con 41 años de diferencia	Crecimiento rápido Crecimiento muy rápido
% gestaciones en donde el aumento de peso materno está por encima de los niveles recomendados	No se cuenta con datos	n/a
% de mujeres embarazadas con diabetes gestacional o hiperglicemia	No se cuenta con datos	n/a
Tasa compuesta de crecimiento anual de diabetes gestacional	No se cuenta con datos	n/a
% mujeres de 15 a 40 años fumadoras de tabaco	Mujeres de 15 a 49 años: 5,4%	Moderado
Probabilidad de alcanzar la meta de la OMS sobre ENT para detener el aumento de la obesidad en adultos	Fuera de curso: sin progreso	n/a

Nota: 1. Para este indicador no se tienen datos de mujeres de 15 a 19 años.

Pregunta 3. ¿Cuál es el grado de riesgo para los menores de 5 años?

Indicador sugerido	Datos	Calificación
% nacimientos con lactancia materna iniciada dentro de la primera hora de vida	52,9%	Moderado
% niños de 0-5 meses alimentados exclusivamente con leche materna	27,5%	Bajo
% niños menores de 5 años con retraso del crecimiento	9,0%	Bajo
Tasa compuesta de crecimiento anual prevalencia de retraso del crecimiento	4,86%	Muy rápido crecimiento
% de niños menores de 5 años que no alcanzan los niveles recomendados de actividad física	No se cuenta con datos	n/a
% de niños que habitualmente duermen <10 horas por noche	No se cuenta con datos	n/a
% of niños de 12–23 meses de edad que fueron alimentados con leche materna durante el día anterior	Niños de 12 a 15 meses: 50,0% Niños de 20 a 23 meses: 37,4%	Moderado para ambos grupos
Tasa compuesta de crecimiento anual ventas de sucedáneos de leche materna	No se cuenta con datos	n/a
% de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento por género, por región urbana/rural y por nivel socioeconómico	<u>Por género:</u> Niños: 10,3% Niñas 7,6% <u>Zona urbana:</u> 10,5% <u>Zona rural:</u> 5,9% <u>Por provincia:</u> San José 16,0% Alajuela 7,3% Cartago 7,9% Heredia 3,5% Guanacaste 2,4% Puntarenas 8,7% Limón 6,3%	Medio Bajo Medio Bajo Medio Bajo Bajo Muy bajo Bajo Bajo

Indicador sugerido	Datos	Calificación
	<u>Por NSE:</u> Menor riqueza 9,1% Segundo 8,3% Tercero 6,8% Cuarto 8,7% Mayor riqueza 13,5%	Bajo Bajo Bajo Bajo Medio
Kg de consumo de alimentos complementarios per cápita por año	No se cuenta con datos	n/a
% de niños menores de 5 años que consumieron una bebida endulzada con azúcar, incluido jugo 100% de fruta durante el día anterior	No se cuenta con datos	n/a
% de niños menores de 5 años que no consumieron verduras ni frutas durante el día anterior	No se cuenta con datos	n/a
Tasa compuesta de crecimiento anual de actividad insuficiente en menores de 5 años	No se cuenta con datos	n/a

Pregunta 4. ¿Cuál es el grado de riesgo para los niños de 5 a 19 años?

a. Ingesta de alimentos

Indicador sugerido	Datos	Calificación
'Bebidas' azucaradas por día o litros por semana, per cápita	No se cuenta con datos	n/a
% de niños que consumen 1 o más porciones de jugo 100% de fruta o bebidas endulzadas con azúcar por día o % que bebe 2 o más por día ¹	Adolescentes 13-19 años: 1 vez/día: 18,8% 2 o más veces/día: 19,3%	Moderado Alto
Gramos por semana per cápita o % niños consumiendo 1 o más porciones de confitería (incluido el chocolate) por día ¹	Adolescentes 13-19 años que consumen 1 o más veces al día: 34,4%	Moderado
Gramos por semana per cápita o % niños consumiendo 1 o más porciones de snacks salados por día ¹	Adolescentes entre 13-19 años que consumen 1 o más veces al día: 32,8%	Moderado
% de niños que no consumen frutas ni verduras a diario (al menos una vez)	Adolescentes entre 13-19 años: Frutas: 60,9% no consumen frutas a diario	Muy alto Alto

Indicador sugerido	Datos	Calificación
	Vegetales: 57,7% no consumen vegetales a diario	
Tasa compuesta de crecimiento anual de ventas de bebidas azucaradas ²	No se cuenta con datos nacionales	n/a
Tasa compuesta de crecimiento anual ventas de snacks dulces	No se cuenta con datos	n/a
Tasa compuesta de crecimiento anual ventas de snacks salados ²	No se cuenta con datos nacionales	n/a
% de escuelas que proporcionan alimentos que cumplen con los estándares nacionales de comidas escolares o las pautas dietéticas nacionales basadas en alimentos	No se cuenta con datos	n/a
% de escuelas donde se encuentran disponibles bebidas endulzadas con azúcar	No se cuenta con datos	n/a
% colegios donde hay snacks altos en grasas, sal y azúcares	No se cuenta con datos	n/a
% de escuelas que ofrecen agua potable	84,0%	Moderado
% de centros de atención preescolar que proporcionan alimentos que cumplen con las FBDG	No se cuenta con datos	n/a
Alimentos saludables como % de todos los alimentos suministrados en programas de apoyo social/de bajos ingresos, como redes de seguridad social o programas de complementos alimenticios y nutricionales	No se cuenta con datos	n/a
Anuncios que promocionan alimentos altos en grasas, azúcares y sal como % de todos los anuncios en programas de televisión	91,1%	Muy pobre
% de escuelas que aceptan productos de marca o patrocinio de marcas de alimento	No se cuenta con datos	n/a
Tasa compuesta de crecimiento anual consumo de bebidas azucaradas	No se cuenta con datos	n/a

Notas: 1. Para este indicador no se cuenta con datos para niños y niñas de 5 a 12 años. 2. Para este indicador no se cuenta con datos nacionales, se encontraron datos de Euromonitor pero no se pudieron verificar los datos.

b. Actividad física, comportamiento sedentario y tiempo que pasan frente a pantallas

Indicador sugerido	Datos	Calificación
% de niños y jóvenes que no cumplen con las recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud ¹	Adolescentes 11-17 años: 82,01%	Pobre
Tasa compuesta de crecimiento anual actividad física insuficiente	-0,11%	Pequeño crecimiento o declive
% de niños que caminaron o fueron en bicicleta a la escuela durante los últimos 7 días	No se cuenta con datos	n/a
% de escuelas donde los estudiantes tienen acceso a áreas de juego al aire libre y/o un gimnasio interior	Preescolares: 13,3% Escuelas: 15,2% Colegios: 47,1%	Pobre Pobre Moderado
% de niños que pasaron ≥ 2 horas viendo televisión, jugando juegos de computadora o participando en otras actividades sentadas durante un día típico ²	Adolescentes 13 a 19 años: Entre semana 64,8% Fin de semana 76,4%	Moderado Pobre
% de niños que duermen habitualmente < 8 horas por noche ²	Adolescentes 13-19 años: Entre semana 79,0% Fines de semana 43,9%	Pobre para ambos
% de niños y jóvenes que no cumplen con las recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud	Adolescentes 11 a 17 años: <u>Por género:</u> Hombres: 76,12% Mujeres: 88,17% <u>Por contexto urbano/rural:</u> No se cuenta con datos <u>Por región:</u> No se cuenta con datos <u>Por NSE:</u> No se cuenta con datos	Pobre para ambos grupos
% de niños y jóvenes que participan en juegos activos no estructurados/ desorganizados durante > 2 horas al día.	No se cuenta con datos	n/a
% de niños y jóvenes que reportan estar al aire libre durante > 2 horas al día.	No se cuenta con datos	n/a

Indicador sugerido	Datos	Calificación
% de comunidades/municipios que informan que tienen infraestructura específicamente diseñada para promover la actividad física ³	8,5%	Pobre
Tasa compuesta de crecimiento anual en rutas ciclistas seguras ³	No se cuenta con datos.	n/a
% de la población que tiene un automóvil (o número de carros por 100 habitantes o ventas anuales de vehículos por cada 100 habitantes)	Porcentaje de hogares que cuentan con un vehículo para uso exclusivo del hogar: 48,8%	Moderado
Tasa compuesta de crecimiento anual en propiedad de automóviles	3,8%	Muy rápido crecimiento
Tasa compuesta de crecimiento anual en conductas sedentarias	No se cuenta con datos	n/a
% de niños que duermen <8 horas por noche	Adolescentes 13-19 años: <u>Por sexo:</u> Entre semana 77,2% hombres; 80,7% mujeres Fines de semana 46,0% hombres; 41,9% mujeres <u>Por zona urbana/rural:</u> no se cuenta con datos <u>Por NSE:</u> no se cuenta con datos	Pobre Pobre n/a n/a
Tasa de mortalidad atribuible a la contaminación del aire ambiental (por 100 000 habitantes, estandarizada por edad)	18,56%	Buena

Notas: 1. Para este indicador no se cuenta con datos para niños y niñas de 5 a 10 años ni de 18 a 19.
2. Para este indicador no se cuenta con datos para niños y niñas de 5 a 12 años.

Pregunta 5. ¿Cuáles son los factores poblacionales que definen el ambiente obesogénico?

Políticas generales

Preguntas clave	Información
Estrategia o plan de acción: ¿el gobierno nacional tiene una estrategia, plan de acción o política por escrito que aborde el sobrepeso y la obesidad?	Sí, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021 (2011), el Plan para el abordaje integral del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia (2017) y la Estrategia Nacional Abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021 (2014).
¿Incluye esto específicamente metas, objetivos o indicadores relacionados con el sobrepeso y la obesidad infantil?	La política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) 2011-2021 no, el plan para el abordaje integral del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia y la estrategia Nacional Abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y obesidad 2013-2021 sí.

Preguntas clave	Información
¿Tiene esto un presupuesto específico adjunto?	La política Nacional de SAN 2011-2021 y la Estrategia Nacional Abordaje integral de las ECNT y obesidad 2013-2021 no. El plan para el abordaje integral del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia sí.
¿Vincula el sobrepeso y la obesidad con la desnutrición en la infancia o en el transcurso de la vida y reconoce la necesidad de acciones de doble propósito?	La política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021 no; el sobrepeso y la obesidad (en población general) están en el mismo ámbito que la desnutrición, pero se encuentran en áreas de intervención separadas. El plan para el abordaje integral del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia, y la Estrategia Nacional Abordaje integral de las ECNT y obesidad 2013-2021 tampoco, ambas se enfocan en estrategias para detener el aumento del sobrepeso y la obesidad.

Políticas de sistemas alimentarios

Preguntas clave	Información
Pautas dietéticas: ¿existen pautas dietéticas nacionales basadas en alimentos (FBDG, por sus siglas en inglés) respaldadas por el gobierno y estas incluyen recomendaciones para grupos de edad específicos, por ejemplo: bebés, niños pequeños o adolescentes?	Sí, las Guías Alimentarias para Costa Rica están respaldada por el gobierno y la población objetivo es población sana mayor de 2 años de edad. No incluye recomendaciones para grupos de edad específicos. Materiales de promoción de la salud basado en GABAS: "Estrategia y Campaña Multimedia 5 al Día", organizada por la Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias coordinada por el Ministerio de Salud. Población objetivo: niños y adultos.
Perfiles de nutrientes: ¿existe un modelo de perfil de nutrientes (NPM, por sus siglas en inglés) respaldado por el gobierno, por ejemplo: ¿se utiliza para restringir la comercialización de alimentos a los niños o para clasificar los alimentos en los etiquetados frontales de los envases?	No, Costa Rica no cuenta con un modelo de perfil de nutrientes oficial. En Costa Rica la industria alimentaria sigue el Reglamento Técnico Centroamericano de etiquetado de los alimentos preenvasados que se basa en el <i>Codex Alimentarius</i> .
Impuestos— ¿Existen impuestos o gravámenes específicos sobre alimentos o bebidas que estén relacionados con la salud y/o estén vinculados explícitamente a las FBDG o NPM respaldados por el gobierno, cuando existan?	En Costa Rica existen dos impuestos específicos sobre bebidas, estos son: Impuesto Selectivo de Consumo y el Impuesto específico sobre las bebidas envasadas sin contenido alcohólico, excepto la leche y los jabones de tocador. El primero afecta solo a las bebidas alcohólicas y el segundo a bebidas gaseosas, concentrados de gaseosas y otras bebidas líquidas envasadas (incluyendo el agua). Ambos impuestos se cobran al productor y no al consumidor final, sin embargo afectan el precio de estos productos. Ninguno de estos impuestos están vinculados a las FBDG ni NPM.
Subvenciones - ¿Existen subvenciones específicas para alimentos o bebidas?	Sí, la Canasta Básica Tributaria (CBT). Con la aprobación de la Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas, Ley No.9635 (2018), se establece un nuevo marco normativo denominado "Ley del Impuesto sobre el Valor Agregado" que determina que los bienes contemplados en la CBT gozan de una tarifa reducida del 1%. El objetivo de la CBT es subvencionar los productos de consumo efectivo primordial del 30% de la población de menores ingresos. Sin embargo esta subvención no tiene relación con las FBDG o la NPM.

Preguntas clave	Información
Adquisición pública de alimentos: ¿existen ejemplos de políticas o normas de adquisiciones gubernamentales vinculadas específicamente a las FBDG o los NPM, cuando existen?	Sí, desde 2012 Costa Rica cuenta con el Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos, el cual establece los lineamientos para los alimentos que pueden ofrecerse en las sodas de acuerdo con las FBDG.
Etiquetado nutricional - declaraciones de nutrientes - ¿Tiene el gobierno declaraciones de nutrientes obligatorias?	Sí, el gobierno tiene declaraciones de nutrientes obligatorias. El Reglamento Técnico Centroamericano de etiquetado de los alimentos preenvasados recoge esta información. Los nutrientes que deben declararse obligatoriamente son: valor energético, proteína, carbohidratos disponibles, grasa total, grasa saturada y sodio, y otros componentes de los cuales se formulen declaraciones de propiedades; además de cualquier otro nutriente que exija la legislación nacional para un producto o grupo de productos, y cuando se haga una declaración de propiedades con respecto a la cantidad o el tipo de carbohidrato, deberá incluirse la cantidad total de azúcares. La declaración de otras vitaminas y minerales es opcional. No se exige la declaración de ácidos grasos trans.
Etiquetado nutricional - etiquetado nutricional frontal (al frente del paquete) - ¿Existe un esquema de etiquetado en el frente del paquete respaldado por el gobierno?	Costa Rica no cuenta con etiquetado nutricional frontal. Sin embargo, actualmente se encuentra en discusión el proyecto de ley “Ley de etiquetado frontal de alimentos y bebidas no alcohólicas, para facilitar la comprensión sobre el contenido de ingredientes que, por su consumo excesivo, representen riesgos para la salud de las personas” propuesto por la diputada María José Corrales Chacón.
Etiquetado de menús: ¿existen políticas que exijan a los operadores de servicios de alimentos que muestren información nutricional en sus menús?	Costa Rica no cuenta con esta política.
Comercialización de alimentos dirigida a los niños: ¿existen políticas para controlar qué tipos de alimentos y bebidas se comercializan para los niños? <ul style="list-style-type: none"> • ¿por TV o por radio? • dentro de las escuelas u otros lugares donde se reúnen los niños (por ejemplo, clubes deportivos)? • ¿en la calle? • ¿en medios digitales? 	En entornos escolares sí, el Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos, que prohíbe el uso, colocación o exhibición de propaganda comercial que promocióne, directa o indirectamente, el consumo de productos alimenticios. Se debe aplicar en todas los centros educativos públicos y es recomendado para los privados. Sin embargo, el cumplimiento de este reglamento no se monitorea. Costa Rica carece de cualquier tipo de normativa para la regulación para la publicidad de alimentos y bebidas dirigido a niños y niñas en televisión, en radio, en la calle o en medios digitales. La elaboración de un reglamento para la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas con alto contenido de grasa, azúcares y sodio, dirigida a la niñez y adolescencia era parte de los objetivos del Plan para el abordaje integral del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia. La meta era tener el reglamento aprobado para el 2019. La Estrategia nacional de abordaje integral de las ECNT y obesidad 2013-2021 también menciona la elaboración e implementación de la normativa para la

Preguntas clave	Información
	regulación de la publicidad de alimentos y bebidas con alto contenido de grasa, azúcares y sodio, dirigida a la niñez y adolescencia para el año 2018.
<p>Cadena de suministro de alimentos: ¿Existe una política para subsidiar o apoyar los procesos de la cadena de alimentos de alimentos saludables específicamente vinculados a los criterios de FBDG o sistemas de perfil nutricional (NPS) aprobados por el gobierno?</p>	<p>No existe esta política.</p> <p>En Costa Rica existe el Programa de Abastecimiento Institucional, el cual es un programa que ejecuta el Consejo Nacional de Producción (CNP) para atender las necesidades de suministros alimenticios que requieren las instituciones del Estado, que por ley están obligadas a adquirir esos suministros por contratación directa a través del CNP; y este, garantizar que dichos suministros procedan prioritariamente de productos de micro, pequeños y medianos productores agropecuarios y agroindustriales nacionales. Sin embargo este programa no está vinculado a criterios nutricionales.</p>
<p>Importaciones de alimentos: ¿Existe una política para restringir las importaciones de alimentos específicos o alimentos que no cumplen con criterios nutricionales específicos, por ejemplo, utilizando FBDG o clasificación de modelos de perfiles de nutrientes?</p>	<p>No existen actualmente restricciones en cuanto a importaciones de alimentos utilizando el criterio de las Guías Alimentarias o clasificaciones de modelos de perfiles de nutrientes.</p>
<p>Desarrollo agrícola: ¿Existe una política para apoyar la investigación o la capacitación y el desarrollo de extensión que se vincule específicamente con los criterios de FBDG o NPS respaldados por el gobierno?</p>	<p>No existe esta política en particular.</p> <p>Sin embargo, en el Plan para la Seguridad Alimentaria y Nutricional del Sector Agropecuario, Pesquero y Rural 2021-2025 y su vinculación con los ODS se abordan estos temas. Los pilares de este plan son: 1. Ejecución de políticas públicas para la disponibilidad de alimentos de calidad y adecuados para las familias, con enfoque de género para afrontar los desafíos de la seguridad alimentaria, 2. Acceso a alimentos inocuos, adecuados, suficientes y nutritivos para todas las personas, especialmente las más vulnerables, con pertinencia cultural, 3. Bienestar nutricional y aseguramiento de nutrientes, respetando la diversidad de hábitos alimentarios, para todos los grupos en situación de vulnerabilidad, y 4. Producción estable y atención oportuna ante desastres asociados a las amenazas naturales y sanitarias que puedan afectar la disponibilidad de alimentos. Por lo que sí se están realizando esfuerzos para apoyar la investigación y la capacitación en el sector agrícola vinculada a las FBDG.</p>
<p>Servicio comercial de alimentos: ¿existen controles locales o nacionales sobre los servicios comerciales de catering (incluidas las cadenas de comida rápida) vinculados específicamente a las FBDG o NPM? Por ejemplo, ¿restricciones para permitir tiendas de comida rápida cerca de las</p>	<p>Actualmente no existen controles locales o nacionales sobre servicios de catering ni sobre tiendas de comida cerca de las escuelas.</p>

Preguntas clave	Información
escuelas? ¿Restricciones sobre la calidad de las grasas y limitación de la sal para su uso?	

Sistema de salud: ¿Qué se está haciendo para reducir el riesgo de obesidad durante el embarazo?

Preguntas clave	Información
Nutrición materna - ¿Se ofrecen programas de nutrición materna y para adolescentes? ¹	Sí, los CEN-CINAI ofrecen servicios de: Nutrición preventiva: con el propósito de prevenir malnutrición materna, el servicio se entrega en la modalidad de alimentación complementaria a mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, incluyendo adolescentes madres, y se realizan acciones educativas sobre temas de alimentación y nutrición, para aumentar conocimientos en preparación, inocuidad y manejo de alimentos entre otros. Promoción de crecimiento y desarrollo: se realizan acciones de promoción de lactancia materna de manera que las madres practiquen la lactancia el mayor periodo de tiempo posible y se crean espacios de lactancia en los establecimientos CEN-CINAI, para que las madres cuenten con un área de lactancia. Proyecto creciendo juntos: dirigido a madres o cuidadores con hijas e hijos menores de 2 años, donde se acompaña y educa en alimentación crecimiento y desarrollo, estimulación infantil a las madres para que lo apliquen con sus hijas e hijos, para ello se les entrega un bolso de estimulación con materiales que apoyan el crecimiento y desarrollo infantil, junto con los cuidados de la madres. Estos servicios son de doble propósito.
Aumento de peso: ¿las mujeres reciben control prenatal para prevenir el aumento de peso excesivo o insuficiente y la diabetes materna?	Sí, la evaluación del estado nutricional materno y del incremento de peso durante la gestación está incluido en la Guía de Atención integral a las mujeres, niños y niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto. El cumplimiento de la guía es de carácter obligatorio en toda la red de servicios de salud y es para todas las mujeres.
Asesoramiento: ¿se ofrecen servicios de asesoramiento y atención prenatales (incluida la dieta, la actividad física y el tabaquismo)?	Sí, la Guía de Atención integral a las mujeres, niños y niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto incluye estos aspectos. No se especifica si el asesoramiento involucra estrategias de doble propósito.
Suplementos: ¿Se proporcionan suplementos de proteínas y/o energía (o cupones de alimentos o en efectivo) a las mujeres embarazadas?	No se proporcionan este tipo de suplementos de forma rutinaria, solo en caso que la mujer embarazada lo necesite.

Sistemas de apoyo social y sanitario: ¿Qué se está haciendo para reducir el riesgo de obesidad infantil durante la lactancia y la infancia temprana (hasta los 5 años)?

Preguntas clave	Información
Promoción de la lactancia materna: ¿existen programas y prácticas para promover la lactancia materna?	Sí, en Costa Rica existe la promoción de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa para designar hospitales amigos del niño. También existen políticas sobre licencia por maternidad e instalaciones para amamantar en el lugar de trabajo. En Costa Rica la lactancia materna está protegida por la Constitución Política, la Ley General de Salud, la Ley General de la Administración Pública, el Código de Trabajo, el Código de la Niñez y de la Adolescencia, la Ley de Fomento a la Lactancia Materna, entre otras leyes y decretos.
¿Tiene el gobierno una iniciativa de hospitales amigos del niño?	Sí, desde 1994 que está implementada la iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en CR. También se cuenta con un proceso para designar a estos hospitales, el cuál es llevado a cabo por la Comisión Nacional de Lactancia.
¿Tienen las mujeres derecho a la baja por maternidad?	Sí, las mujeres tienen una licencia remunerada de 4 meses (durante el mes anterior y tres posteriores al parto). Estos tres meses pueden, por prescripción médica, ser prorrogados. Esta licencia también es válida para adopciones. Costa Rica no cuenta actualmente con una licencia por paternidad.
¿Se aplica el Código internacional sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna en la legislación nacional?	La Ley de Fomento de la Lactancia Materna No. 7430 específicamente no hace mención al Código pero sí incluye algunos aspectos que prohíbe el Código, por ejemplo la publicidad y otras formas de promoción de los sucedáneos a la leche materna, el etiquetado de sucedáneos. El Código no se monitorea en Costa Rica, pero el cumplimiento de la Ley si y está a cargo del Ministerio de Salud. El incumplimiento de la Ley hará retirar del comercio o de la circulación todo producto, material informativo o educativo que incumpla con lo dispuesto en la Ley. Además se imponen multas al agente de salud que no observe las disposiciones establecidas en la ley.
Monitoreo del crecimiento infantil: ¿existe un monitoreo del crecimiento de bebés y niños pequeños por sobrepeso u otras formas de desnutrición?	Sí, en Costa Rica la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante el Programa de Salud del Niño y la Niña, utiliza las gráficas de la OMS para monitorear el crecimiento de todos los bebés, niños y niñas. Esta atención se da tanto en los centros de salud como en los centros educativos por medio de visitas del personal del EBAIS. También se cuenta con el programa de CEN-CINAI brinda servicios de atención integral en nutrición y desarrollo infantil focalizados en población vulnerable.
Bienestar/protección social: ¿existen políticas o programas para ayudar a las familias con bebés y niños pequeños a acceder a alimentos saludables?	Sí, existe la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (conocida como REDCUDI) que es una iniciativa del Sector de Bienestar Social y Familia, para ampliar la cobertura y diversificar las modalidades de atención infantil (Decreto Ejecutivo N° 36020- MP-2010). La REDCUDI incluye una serie de programas administrados y apoyados por diferentes entes estatales (MINSA, IMAS) que brindan, entre otros servicios, alimentación a bebés, niños, niñas y adolescentes. Entre ellos: CEN-CINAI, CECUDI, Centros infantiles privados, Hogares comunitarios y Casas de la alegría.
Vías de atención/cuidado: ¿existen vías de derivación bien publicitadas para bebés y niños pequeños con mayor riesgo de sobrepeso y obesidad?	No se cuenta con información.

Preguntas clave	Información
Capacitación de los trabajadores de la salud - ¿Reciben los trabajadores de atención primaria de salud capacitación para brindar asesoramiento nutricional y apoyo a la lactancia?	No se cuenta con información.

Sistema educativo: ¿Qué se está haciendo para reducir el riesgo de obesidad infantil en el ámbito educativo?

Preguntas clave	Información
Entornos preescolares: ¿Existen normas nutricionales para los alimentos que se proporcionan a los niños pequeños en los entornos de cuidado infantil?	Sí, el Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos, los menús para implementar en comedores escolares del Programa de Nutrición y Alimentación del Escolar y el Adolescente (PANEA) del Ministerio de Educación Pública de Costa Rica y la Norma de alimentación en el caso de los CEN-CINAI.
¿Existen estándares de actividad física para los entornos de cuidado infantil?	Sí, el Ministerio de Educación de Costa Rica cuenta con programas de estudio para Educación Física en los cuáles se detallan todos los aspectos que deben ser parte de estas clases.
¿Existe una guía nacional sobre el tiempo frente a la pantalla y el sueño en los entornos de cuidado infantil?	No se cuenta con información.
Estándares escolares - ¿Existen estándares nutricionales para las comidas que se brindan en las escuelas? ¿Está monitoreado? ¿Las escuelas reciben apoyo para proporcionar comidas con una dieta variada (por ejemplo, con un huerto escolar y árboles frutales)?	Sí, el Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos, además los menús para implementar en comedores escolares del Programa de Nutrición y Alimentación del Escolar y el Adolescente (PANEA) del Ministerio de Educación Pública de Costa Rica, que brindan los lineamientos para las comidas servidas en los comedores de los Centros educativos. La implementación de huertas escolares se menciona en Plan de Abordaje Integral del sobrepeso y la obesidad en la niñez y la adolescencia (2017), también en la Estrategia de ECNT 2013-2021 y en la Política SAN 2011-2021. Estos no están monitoreados.
¿Existen estándares de nutrición para otros alimentos (bocadillos/snacks y bebidas) que se venden en las escuelas, por ejemplo en máquinas expendedoras?	Sí, el Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos, el cual es de carácter obligatorio para las instituciones públicas y se recomienda en las escuelas privadas. No cubre la venta de productos por vendedores informales o alrededor de las escuelas. Este reglamento no está monitoreado.
¿Existen estándares para la actividad/educación física de los niños en el plan de estudios?	Sí, el Ministerio de Educación Pública cuenta con planes de estudio de Educación Física para escuelas y colegios que detallan los elementos que deben incluirse en las clases sin embargo no menciona el tiempo que se debe destinar a estas actividades.
¿Existen estándares para la cantidad de tiempo sedentario, o tiempo frente a la pantalla, para los niños en la escuela? ¿Esto cubre todas las escuelas, estatales y privadas?	No se cuenta con información.

Preguntas clave	Información
Currículum/currícula escolar: ¿existen pautas claras en el currículum escolar sobre cómo enseñar a los niños a promover la salud, incluida la alimentación saludable y la actividad física?	No se cuenta con información.
Agua potable en las escuelas: ¿existen políticas para garantizar el acceso al agua potable en las escuelas y las instalaciones deportivas?	No existe una política específica para las escuelas e instalaciones deportivas, pero existe la Ley 2726, Ley Constitutiva Instituto Costarricense Acueductos y Alcantarillados, el cual se encarga de garantizar el acceso a agua potable en todo el territorio nacional.
Viajes o transporte activo: ¿existen políticas para fomentar viajes activos (caminos y andar en bicicleta) hacia y desde la escuela?	No existe una política específica para fomentar viajes activos hacia y desde la escuela, sin embargo el Plan Nacional de Actividad física y salud 2011-2021 contempla el apoyo al transporte activo en las comunidades en general.
Instalaciones escolares y comunitarias: ¿Existen políticas para dar acceso a instalaciones deportivas y de juego escolares y municipales fuera del horario escolar?	Sí, el Plan Nacional de Actividad física y salud 2011-2021 contempla el acceso a instalaciones deportivas públicas, sin embargo no menciona los espacios amigables con el género ni el acceso para niños con discapacidad.
Monitoreo de la condición física: ¿existen programas escolares de monitoreo de la condición física?	No se cuenta con información.

Sistema urbano: ¿Qué se está haciendo para que las ciudades sean menos obesogénicas?

Preguntas clave	Información
Planificación urbana: transporte activo y espacios verdes ¿existen políticas a nivel nacional o de la ciudad para proporcionar rutas seguras para ciclistas y peatones y acceso a espacios verdes?	Sí, el Plan Nacional de Actividad física y salud 2011-2021 contempla dentro del planeamiento urbano y arquitectura la construcción de aceras, bulevares y parques con áreas verdes y senderos, así como la recuperación y mantenimiento de vías peatonales que favorezcan su uso por parte de la población. También en el transporte se contempla la implementación de ciclovías, una difusión permanente de estas y la promoción en la adquisición de bicicletas.
Planificación urbana: automóviles: ¿existen políticas a nivel nacional o de ciudad para reducir el uso del automóvil? Esto incluye políticas para mejorar la contaminación del aire y fomentar la actividad al aire libre (otra política en la que todos ganan)	El Plan Nacional de Actividad física y salud 2011-2021 no menciona directamente la reducción del uso del automóvil pero contempla la utilización de transportes activos. También, el Plan Nacional de Descarbonización 2018-2050, el eje 1 habla sobre el desarrollo de un sistema de movilidad basado en transporte público seguro, eficiente y renovable y en esquemas de movilidad activa, en el cuál se habla sobre el fortalecimiento del transporte público para que este sustituya al automóvil como principal forma de transporte. Por último, el Gobierno también implementó desde el 2011 las restricción vehicular con el objetivo de regular la circulación vehicular mediante el esquema hora/placa en el centro de San José.

Pregunta 6. ¿Cuáles son los factores políticos, institucionales y culturales que influyen en la respuesta a la obesidad infantil?

Preguntas clave	Información
<p>Liderazgo: ¿hay evidencia de apoyo del presidente/primer ministro/oficina del gabinete para la acción sobre la obesidad infantil?</p>	<p>Sí existe una declaración, por medio de la carta de compromiso para el abordaje integral del sobrepeso y la obesidad en la niñez y la adolescencia costarricense. En esta se habla sobre el ODS 2 - Hambre cero, que habla sobre poner fin a todas las formas de malnutrición, sin embargo los compromisos están enfocados en sobrepeso y obesidad. En cuanto a un departamento para coordinar la acción sobre la obesidad se creó en el 2004 la Comisión Nacional de Obesidad CONAO, que está constituida por el Consejo Ministerial de la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN). También existe la Comisión Nacional para el abordaje integral de ECNT y Obesidad.</p>
<p>Coordinación gubernamental: ¿Existe una plataforma de coordinación de políticas para la colaboración entre gobiernos que ya funcione para prevenir y controlar la obesidad infantil, o podría asumir este trabajo?</p>	<p>Sí, en Costa Rica existe la Comisión Nacional para el abordaje integral de ECNT y Obesidad, conformada por el Ministerio de Salud, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), el Instituto Nacional de Seguros (INS), la dirección de CEN-CINAI y el Ministerio de Educación Pública (MEP). También la Comisión Nacional de Salud y Nutrición Escolar que es un trabajo coordinado entre el Ministerio de Educación Pública, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud. Sin embargo esta se encuentra debilitada por falta de recurso humano. Además, existen asociaciones de sociedad civil, como la organización sin fines de lucro Costa Rica Saludable, que busca mejorar la salud de los habitantes de Costa Rica mediante una mejor alimentación, más ejercicio y estilos de vida más saludables.</p>
<p>Empoderamiento de la sociedad civil: ¿Existe una plataforma, foro, comité u otro organismo dirigido por el gobierno que involucre al mundo académico y a las organizaciones no gubernamentales con un enfoque en la obesidad infantil?</p>	<p>Costa Rica no cuenta con este tipo de plataforma, foro o comité.</p>
<p>Programas a nivel de ciudad: ¿Existen estrategias y políticas dirigidas por la ciudad o por las autoridades locales para abordar la obesidad infantil?</p>	<p>La Municipalidad de Santa Ana cuenta distintas estrategias lideradas por el Consejo de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Sí se monitorea y se informa de los resultados de estas estrategias. Además, el Ministerio de Salud en conjunto con UNICEF, Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de</p>

Preguntas clave	Información
	<p>Educación Pública, está trabajando en el proyecto "Generación de evidencia y apoyo de políticas para la prevención del sobrepeso y la obesidad: implementación de un modelo piloto y desarrollo de un sistema de vigilancia del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes en Costa Rica" en cuatro cantones del país: Barva, Mora, Hojancha y Tibás. También la iniciativa de Cantones Amigos de la Infancia está incluyendo estrategias relacionadas con el abordaje de la obesidad infantil. Estas dos últimas están en sus etapas iniciales. El programa Bandera Azul Ecológica Costa Rica tiene un galardón de salud comunitaria con el que se busca incentivar a las autoridades de salud en cada población para que realicen en conjunto con los líderes comunales, autoridades municipales, unidades de salud representadas en las comunidades; actividades y acciones para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas. Sin embargo, no se encontraron informes sobre este galardón por lo que se desconoce si se monitorea. Por último, en el 2005 se crea en Costa Rica la Red Costarricense de Actividad Física para la Salud (RECAFIS), que es una organización participativa de alcance nacional y cantonal, cuyo fin es promover la actividad física, el deporte y la recreación activa para la salud física, mental y social de la población costarricense en todos los grupos y sectores de la sociedad.</p>
<p>Monitoreo: ¿El gobierno (u otra organización independiente, libre de conflictos de intereses) realiza vigilancia para monitorear los niveles de obesidad infantil e informar los resultados?... O controlar la ingesta dietética y nutricional?</p>	<p>Sí, se cuenta con el Reglamento de Vigilancia de la Salud que tiene como objetivo que las autoridades y diferentes actores sociales, cuenten con información de calidad que permita la toma de decisiones basada en evidencia, la cual impacte positivamente en el estado de salud de la población. Además, los EB AIS realizan mediciones e intervenciones a los niños y niñas. Por último, Costa Rica cuenta con el Sistema Nacional de Información en Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINSAN) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) que es una herramienta que tiene como propósito poner a disposición información estadística que apoye los procesos de formulación y evaluación de políticas y facilitar el diseño, establecimiento y evaluación de programas y proyectos en SAN; y también, disponer de informes de alerta para la atención oportuna de situaciones eventuales que puedan constituir una amenaza a la SAN de la población del país. Resulta fácil obtener los reportes sobre diferentes Encuestas y Censos que ha realizado el país y sí son datos representativos a nivel nacional. Sin embargo, lo que no fue posible encontrar</p>

Preguntas clave	Información
	<p>fueron los informes de los resultados obtenidos con las políticas y estrategias nacionales para el abordaje del sobrepeso y la obesidad por lo que existe un vacío en el monitoreo de estas.</p>
<p>Metas nacionales publicadas: ¿Tiene el gobierno metas de obesidad (y desnutrición)? ¿Tienen un límite de tiempo?</p>	<p>Meta nacional para la obesidad: detener el aumento relativo de obesidad en la población. También existen el Plan para el abordaje integral del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia cuyo objetivo es contribuir en la detención del aumento del sobrepeso y la obesidad en la niñez y la adolescencia del país, mediante acciones intersectoriales coordinadas y articuladas de las instituciones públicas, la sociedad civil, la academia y el sector privado; y la Estrategia Nacional Abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021 cuyo objetivo general es reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad causada por las ECNT y obesidad, mediante el abordaje integral de los factores protectores, los factores de riesgo y la prestación de servicios de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población nacional. Ambos documentos cuentan con objetivos y metas específicas y responsables del cumplimiento de cada una. Al ser esfuerzos intersectoriales los responsables dependen del ámbito en el que esté la meta. Por último, el Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública 2019-2022 incluye el área de Salud y Seguridad Social, en el cuál se incluye el sector de Salud, Nutrición y deporte. Esta área incluye algunas de las metas de la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las ECNT y obesidad.</p>
<p>Transparencia: ¿Existe un buen acceso público a la información del gobierno y la evidencia utilizada para la formulación de políticas relacionadas con la obesidad?</p>	<p>El acceso a la información no es tan bueno, ya que no hay mucha integración entre las fuentes de información y no toda la información es de libre acceso; sin embargo, cuando los datos son solicitados a las fuentes pertinentes, estos son compartidos, por lo que sí hay transparencia con la información. Cada política incluye en el documento la evidencia utilizada para la formulación de la política, estrategia o plan. Además, los documentos incluyen todas las referencias y estas son fuentes autorizadas. El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) usualmente acompaña la formulación de las políticas para asegurar que existan estos documentos.</p>
<p>Intereses comerciales: ¿Tiene el gobierno una política clara para prevenir y gestionar los conflictos de intereses y los intereses creados?</p>	<p>Actualmente, el país no cuenta con esta política.</p>

Preguntas clave	Información
¿Existen informes de seguimiento de las actividades de las empresas alimentarias sobre la comercialización de alimentos con alto contenido de grasas, azúcares y sal?	Sí se da seguimiento a estas actividades pero lo realiza la misma industria alimentaria.
Financiamiento/recursos: ¿El gobierno está financiando programas de promoción de educación nutricional para niños (¿en las escuelas?) ¿Incluyen un enfoque en la buena nutrición para promover un peso saludable?	Sí, el Ministerio de Educación Pública de Costa Rica incluye en su currículo el tema de promoción de estilos de vida saludables en el escenario escolar, el cual incluye la alimentación saludable y la actividad física. Además, el proyecto de menús escolares del Programa de Nutrición y Alimentación Escolar y el Adolescente (PANEA) también incluye educación nutricional.
¿Está financiando el gobierno intervenciones de nutrición para niños?	Sí, existe la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (REDCUDI) que es una iniciativa que incluye una serie de programas administrados y apoyados por diferentes entes estatales (Ministerio de Salud, Instituto Mixto de Ayuda Social) que brindan, entre otros servicios, alimentación a bebés, niños, niñas y adolescentes. Entre ellos: CEN-CINAI, CECUDI, Centros infantiles privados, Hogares comunitarios y Casas de la alegría. También el Programa de Nutrición y Alimentación Escolar y el Adolescente (PANEA) del Ministerio de Educación Pública de Costa Rica, que brinda comidas servidas en los comedores de los centros educativos. Ambas son intervenciones de doble propósito.
¿Está financiando el gobierno la investigación de prevención de la obesidad?	Sí, el Ministerio de Salud de Costa Rica realiza investigaciones. También existe el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), que también realiza este tipo de investigaciones.
Evaluación del impacto en la salud (HAI, por sus siglas en inglés): ¿Existe un procedimiento estándar para evaluar el impacto de las políticas relacionadas con la alimentación y la actividad física en la salud y la obesidad?	En el Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública 2019-2022 se incluye la evaluación de algunas de las metas de la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las ECNT y obesidad, sin embargo la única relacionada con la obesidad es la relacionada con la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles. Sobre obesidad infantil solo se da seguimiento a la intervención del abordaje integral de la obesidad en niños y niñas de I, III y VI grado en el escenario educativo. Por otro lado, si bien las políticas relacionadas con ECNT y obesidad mencionan informes de resultados (semestrales y anuales en el caso del Plan para el abordaje integral del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia, no

Preguntas clave	Información
	especificados en el caso de la Estrategia nacional de abordaje integral de las ECNT y obesidad) para poder evaluar el impacto de las políticas, no fue posible determinar si estos informes existen.

Factores culturales

Preguntas clave	Información
Agua potable segura: ¿Se cree que los suministros de agua locales son seguros para beber? ¿Hay agua potable disponible de forma gratuita?	Sí, Costa Rica cuenta con un 97,8% de población cubierta con agua intradomiciliar y un 93,0% con agua gestionada de forma segura. Existen diferencias locales, sobre todo en comunidades indígenas y algunas comunidades rurales, sin embargo el país cuenta con el Programa Nacional para Disminuir las Brechas en el Acceso a los Servicios de Agua Potable 2019-2023, el cual pretende garantizar el agua potable a toda la población. El agua potable no es gratuita sin embargo el costo es bajo. Las bebidas azucaradas sí son más habituales en las comidas que el agua pero no es por falta de acceso al agua sino como consecuencia de hábitos de alimentación.
Actividad física – ¿Existen normas culturales específicas (como códigos de vestimenta o segregación de género en las instalaciones deportivas) que reducen las oportunidades de realizar actividad física? ¿O aumentar la necesidad de un comportamiento sedentario?	Tres estudios realizados en Costa Rica para evaluar las creencias de la comunidad educativa sobre la actividad física mostraron que las niñas participan menos en actividades físicas, lo cual se puede deber a que los niños son más incentivados socialmente a realizar actividad física (y los hombres en general), también que los niños y niñas con obesidad realizan menos actividad física ya que reciben burlas por parte de sus compañeros y los mismos profesores no los creen capaces de hacer ciertas cosas. Además que la participación se reduce a medida que avanza la edad y que las personas de mayores ingresos son más propensas a practicar actividades físicas. También mostraron que el <i>bullying</i> aumenta las conductas sedentarias de los niños y niñas que lo sufren.
Clima y geografía: ¿el clima predominante afecta la disponibilidad de alimentos, las conductas alimentarias o los niveles de actividad física? ¿El terreno natural afecta la actividad física?	No se cuenta con información.

Preguntas clave	Información
<p>Estigma de peso en los medios - ¿Existe evidencia de un código de conducta para las empresas de medios, o para los periodistas, sobre informar sobre la obesidad y evitar el estigma y la culpa de las víctimas?</p>	<p>No se cuenta con información.</p>
<p>Normas culinarias y dietéticas: ¿Existen preferencias culturales por determinados alimentos o prácticas culinarias?</p>	<p>No se cuenta con información.</p>
<p>Normas de peso corporal: ¿son sus razones culturales por las que se podrían fomentar la gordura? ¿Están cambiando estos? ¿Existen diferencias de género?</p>	<p>Un estudio realizado en Costa Rica mostró que sí existen creencias culturales con respecto al sobrepeso y la obesidad infantil que podrían fomentar estas condiciones, por ejemplo, creer que la obesidad es una enfermedad o un problema de salud, pero hasta en la adolescencia y la adultez y no en los niños ni en las niñas; además, creen que la obesidad es una característica física “temporal” que llega a desaparecer con el paso del tiempo y que si esta se mantiene es más un problema estético que de salud. También se encontró que algunas niñas, niños, padres y madres, creen que la obesidad es una forma o tipo de cuerpo que algunas personas pueden o no tener, no una consecuencia de estilos de vida no saludables.</p>
<p>Festín y ayuno: ¿existen reglas específicas sobre el festín o el ayuno que puedan fomentar el aumento de peso?</p>	<p>No aplica para Costa Rica.</p>

Pregunta 7. ¿Existe compromiso del sector privado con los derechos de los niños?

Preguntas clave	Información
<p>¿El sector privado se ha comprometido con alguna iniciativa de responsabilidad corporativa y respeto por los derechos humanos?</p>	<p>Sí, existe en Costa Rica la Alianza Empresarial para el Desarrollo (AED), que es una organización sin fines de lucro que busca la sostenibilidad y competitividad del país a través de la promoción de modelos de negocios responsables y sostenibles en las empresas. El área de inclusión social de la AED comprende el respeto por los Derechos Humanos. La Alianza está conformada actualmente por más de 110 empresas.</p> <p>Específicamente sobre el derecho a un nivel de vida adecuado (que incluye el derecho a la salud), desde el 2012 el Ministerio de Salud y Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) iniciaron la ejecución del Programa para la Reducción del Consumo de Sal/Sodio en la Población de Costa Rica. En el 2016 la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria (CACIA) firma una alianza con el Ministerio de Salud para apoyar las políticas que buscan combatir las enfermedades no transmisibles, en este caso, mediante un programa voluntario para disminuir la cantidad de sodio de algunos productos de alto consumo en el país.</p>
<p>¿Las empresas dentro de este sector incluyen o han manifestado su compromiso y respeto por los derechos de los niños?</p>	<p>Sí, se encontró principalmente el compromiso empresarial con una conducta responsable ante el trabajo infantil y adolescente. En Costa Rica, se prohíbe por ley cualquier tipo de trabajo de menores de 15 años y en adolescentes de 15 a 17 años se prohíben los trabajos peligrosos. En diciembre del 2015 el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) promueve como estrategia la conformación de la Red de Empresas contra el Trabajo Infantil Costa Rica, con el objetivo de “contribuir a la prevención y erradicación del Trabajo infantil y Trabajo Adolescente Peligroso en Costa Rica, en alineación con la meta 7 del objetivo 8 de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, en concordancia con la normativa nacional e internacional ratificada por el país”. Actualmente, están incorporadas a la Red 35 empresas.</p> <p>También, la Fundación Paniamor ha trabajado en alianzas con empresas privadas con el objetivo de promover la incorporación de los Derechos del Niño y Principios Empresariales dentro del quehacer de estas. Algunos de los sectores con los que se han logrado alianzas son: financiero, turismo, tecnología y comunicación. Sin embargo, estas alianzas han sido en su mayoría temporales. La AED ha trabajado con la Fundación para promover la incorporación de los Derechos del Niño en las políticas de las empresas.</p>
<p>¿Cuál es el número o porcentaje de empresas</p>	<p>No se cuenta con información.</p>

Preguntas clave	Información
que incluyen los derechos del niño en las políticas de la empresa? ¿La cifra es representativa del sector privado en general?	
¿Cuántas empresas han invertido a través de un compromiso o alianza con UNICEF, OMS/PAHO, contraparte gubernamental?	No se cuenta con información.

Derecho a la salud y la alimentación adecuada

Preguntas clave	Información
¿Cuántas empresas (número o porcentaje) cumplen con el derecho a licencia por maternidad? ¿La cifra es representativa del sector privado en general a nivel nacional?	No se cuenta con información.
¿Existen iniciativas en foros empresariales que promuevan ejercer el derecho a licencia por maternidad?	No se encontraron datos sobre foros empresariales que promuevan ejercer el derecho a licencia por maternidad. A nivel público, existe un reconocimiento del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) a buenas prácticas laborales para la igualdad de género y dentro de estas se encuentra la licencia por maternidad extendida e incluso reconoce a empresas por implementar una licencia por paternidad que actualmente no es obligatoria en el país.
¿Cuántas empresas (número o porcentaje) cuentan con salas de lactancia en sus instalaciones para sus trabajadoras y promueven la lactancia materna? ¿La cifra es representativa del sector privado en general a nivel nacional?	En el 2018 fue aprobado el Reglamento de Condiciones para la Salas de Lactancia Materna en los Centros de Trabajo mediante el Decreto Ejecutivo N°41080-MTSS-S, el cual establece que todas las empresas que cuenten con más de 30 trabajadoras deben contar con una sala de lactancia. Las medidas de este Reglamento debían estar implementadas dentro de un plazo no mayor a doce meses, es decir a mayo del 2019. De acuerdo con el Reglamento, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social son los encargados de velar por el cumplimiento de las disposiciones del reglamento; sin embargo, al ser una medida muy reciente, no hay reportes de monitoreo o evaluación de dicha implementación a la fecha

Preguntas clave	Información
<p>¿Las empresas cuentan con beneficios para sus trabajadoras relacionados a respetar el derecho a la salud y nutrición del niño?</p>	<p>Sí, la reducción del horario laboral por lactancia materna (una hora por día en los primeros seis meses posteriores al reingreso de la trabajadora de la licencia post natal, es decir, nueve meses del niño; este periodo se puede extender con una constancia médica) y las salas de lactancia son parte de las obligaciones que tienen las empresas por ley en el país.</p> <p>Además, como se mencionó anteriormente, hay empresas que cuentan con beneficios extra como la licencia por maternidad extendida y licencia por paternidad. Dos empresas que han implementado estos beneficios son Amazon, y APM Terminals.</p>
<p>¿Cuántas empresas (número o porcentaje) violan o no cumplen con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna?</p>	<p>En el año 2016 la International Baby Food Action Network (IBFAN) publicó el Estado de la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante niño pequeño”, en el cual le asigna a Costa Rica una calificación de 7 de 10 para el siguiente indicador: ¿Está vigente y se implementa el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones posteriores relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud? ¿Se han tomado nuevas acciones para hacer efectivas las disposiciones del Código?</p> <p>Sin embargo, no se cuenta con datos específicos sobre el cumplimiento del Código en las empresas.</p>
<p>¿Cuántas empresas (número o porcentaje) no cumplen con la normativa de restringir la publicidad de productos no saludables dirigida a niños, niñas y adolescentes?</p>	<p>Actualmente no existe una normativa para restringir la publicidad de alimentos en general a niños, niñas y adolescentes. Tampoco se dispone de datos sobre las empresas que cumplen con una autorregulación en este tema.</p> <p>El país solo cuenta con el Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos, el cual prohíbe el uso, la colocación o exhibición de propaganda comercial que promocióne, directa o indirectamente, el consumo de productos alimenticios, pero esta normativa solo aplica para centros educativos.</p>
<p>¿Existen empresas privadas productoras de alimentos y bebidas que se proponen la reformulación de sus productos para mejorar su valor nutricional? Si es así, ¿qué porcentaje de empresas lo hacen? ¿Esta cifra es representativa del sector a nivel nacional?</p>	<p>No se cuenta con datos sobre el porcentaje de empresas que lo hacen, sin embargo, algunas empresas privadas productoras de alimentos y bebidas reformularon sus productos para mejorar su valor nutricional. Estas reformulaciones en su mayoría se hicieron por obligación luego de la aprobación del Reglamento previamente mencionado con el objetivo de poder seguir vendiendo sus productos en los centros educativos.</p>
<p>¿Cuál es el número o porcentaje de empresas</p>	<p>No se cuenta con información.</p>

Preguntas clave	Información
<p>productoras o comercializadoras de productos no saludables (con exceso en azúcar, grasas y/o sodio) que realiza una o más de las siguiente acciones: patrocina eventos culturales, deportivos; vende sus productos en kioscos escolares; asocia sus productos con sentimientos positivos como la diversión o la felicidad; usa niños o niñas en las campañas de marketing y publicidad; realiza campañas de marketing en escuelas, áreas de juego donde se reúnen los niños y niñas; usa en sus comunicaciones personajes animados o de especial interés para los NNA, o regalos promocionales?</p>	

Transparencia y monitoreo

Preguntas clave	Información
<p>Las políticas de las empresas en materia de derechos humanos ¿se encuentran públicamente disponibles?</p>	<p>No se cuenta con información.</p>
<p>¿El sector privado/las empresas comunican públicamente cómo se abordan los impactos de sus prácticas sobre los derechos del niño?</p>	<p>No se cuenta con información.</p>

Preguntas clave	Información
¿Las empresas declaran públicamente que respetan las recomendaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna?	No se cuenta con información.
¿Las empresas realizan algún tipo de monitoreo de las medidas de prevención y/o mitigación de impactos en derechos humanos específicos a su industria?	No se cuenta con información.

Anexo 2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas y niños de 6 a 12 años según región

Región	Prevalencia	Interpretación	Distribución de la prevalencia
Central Sur	36.8%	Muy alto	21.4% SP 15.4% OB
Central Norte	35.9%	Muy alto	20.8% SP 15.1% OB
Central Este	34.6%	Muy alto	20.3% SP 14.2% OB
Pacífico Central	34.5%	Muy alto	18.5% SP 16.0% OB
Central Occidente	32.8%	Muy alto	19.7% SP 13.1% OB
Chorotega	31%	Muy alto	17.8% SP 13.3% OB
Brunca	30.9%	Muy alto	19.0% SP 11.9% OB
Huetar Caribe	30.9%	Muy alto	18.1% SP 12.8% OB
Huetar Norte	29.4%	Muy alto	18.3% SP 11.0% OB

Elaboración propia a partir de datos del Censo Escolar de Peso y Talla, 2016

Criterio de interpretación: <10% = bajo; 10% a <14% = medio; 15% a <19% = alto; 20% o más = muy alto

Anexo 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas y niños menores de 5 años, según quintil de índice de riqueza

Quintil de índice de riqueza	Prevalencia	Interpretación	Distribución de la prevalencia
Menor riqueza	9.1%	Medio	6.4% SP 2.7% OB
Segundo	8.6%	Medio	7.4% SP 1.2% OB
Tercero (intermedio)	10.0%	Alto	8.0% SP 2.0% OB
Cuarto	11.5%	Alto	7.6% SP 3.9 OB
Mayor riqueza	9.8%	Medio	8.5% SP 1.3% OB

Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA), 2018
 Criterio de interpretación: <2.5% = muy bajo; 2.5% a <5% = bajo; 5% a <10% = Medio; 10% a <15% = alto; 15% o más = muy alto

Anexo 4. Lista de expertos consultados

Ministerio/ Organización/ Instancia	
Ministerio de Salud (MS)	Dra. Ivannia Caravaca Rodríguez
	Dra. Cecilia Gamboa Cerdas
	Dra. Ileana Ramírez Carranza
Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC)	Luisiana Porras Alvarado
	Dra. Tatiana Cruz Ramírez
Ministerio de Educación Pública (MEP)	MSc. Melissa Ávila Méndez
	Dra. María Palma Ellis
	MSc. Tatiana Cartín Quesada
Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG)	Grettel Fernández Amador
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Dra. Grace Murillo Loaiza
	Dra. Adelaida Mata Solano
EBAIS de la CCSS y Tercerizados (enlaces locales)	Dra. Viviana Mejía Bolaños
	Dra. Lizeth Solano Alán
	Dra. Carolina Bolaños Lepiz
Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN CINAI)	Dra. Eugenia Villalobos Villalobos
	Dra. Cinthya Fernández Jiménez
	Dra. Laura Retana Matarrita
Universidad de Costa Rica	MSc. Georgina Gómez Salas

	Dra. Anne Chinnock McNeil
	Dra. Tatiana Gamboa Gamboa
Universidades privadas	Dra. Janeth Zúñiga Quesada
	Dra. Yorleny Chacón Sandí
INCIENSA	MSc. Marlene Roselló Araya
	Karol Madriz
	M.S Adriana Blanco
OPS	Dra. María Laura Chacón Roldán
FAO	Marta Villegas
Colegio de Profesionales en Nutrición	Dra. Norma Meza Rojas
Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano (FECRUNAPA)	Dra. Karina Sánchez
Patronato Nacional de la Infancia (PANI)	Randall Jiménez Madrigal

