

Dirección Nacional de
Abordaje Integral de
Enfermedades No
Transmisibles

Evaluación de **advertencias sanitarias** sobre los riesgos para la salud del **consumo** **excesivo de sal/sodio** en los envases de sal

Estudio Cualitativo de Opinión por
medio de Grupos Focales

Noviembre 2023



Ministerio de Salud
Argentina

primero
la gente

Autoridades

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Ángel Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Dra. Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Dr. Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Nicolás Iván Haebeler

Elaboración del documento

Coordinación general

Lic. Gabriela Flores, Programa Nacional de Alimentación Saludable

Autores

Mg. María Victoria Ventura, Lic. Vetere Martín.

Revisión del documento

Lic. Malena Giai, Lic. Agustina Falduto, Dra. Bárbara Cortés.

Resumen

El consumo excesivo de sodio es el principal factor de riesgo de hipertensión arterial en la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda disminuir el consumo de sal a menos de 5 g de sal/d (2 g de sodio), desarrollando políticas de disminución de sodio. Estas políticas son consideradas una de las medidas más costo-efectivas que los países pueden adoptar para mejorar la situación sanitaria de la población, reduciendo la carga de enfermedades vasculares y disminuyendo los costos sanitarios. En Argentina está vigente la Ley 26.905 de reducción de consumo de sodio, que fue aprobada en 2013 y reglamentada en 2017. Esta Ley establece en su artículo 5, inciso d, la obligatoriedad de implementar mensajes de advertencia sanitaria sobre los riesgos que implica el excesivo consumo de sodio, En relación a lo establecido se desarrollaron 10 mensajes de advertencia con rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, para ser testeados y posteriormente incorporados en los envases de sal de mesa.

Objetivo

Conocer e indagar las percepciones de la población acerca de la comprensión, aceptación y funcionalidad de diez modelos de mensajes de advertencia sanitaria, diseñados para orientar a consumidores en relación con los riesgos del consumo excesivo de sal/sodio.

Métodos

Investigación cualitativa, exploratoria, se aplicó la técnica de grupo focal, por medio de la cual se evaluaron mensajes de advertencia sanitaria para su incorporación en el frente de los envases en donde se comercializa la sal. Se realizaron 9 grupos focales, con mujeres y varones provenientes del AMBA, mayores de 18 años y de distintos niveles educativos.

Resultados

Según los entrevistados, la implementación de los mensajes ayudaría a modificar el nivel de consumo de sal. En relación a su contenido, categorizaron los mensajes en dos grupos: “impactantes” y “generalistas”, destacando que los más efectivos a la hora de advertir sobre el consumo de sal serían aquellos que apelan a los que llamaron eventos graves de salud (hipertensión, infartos y ACV). En

función de estas percepciones, se seleccionaron los cuatro mensajes que resultarían más efectivos de implementar: *“El consumo excesivo de sal causa ACV”*; *“El consumo excesivo de sal causa infartos”*; *“El consumo excesivo de sal es la principal causa de hipertensión”*; *“El consumo excesivo de sal también aumenta la presión arterial en niños”*. Asimismo, con relación al diseño, los participantes percibieron con mayor impacto y efectividad aquellos mensajes cuyas etiquetas eran de mayor tamaño, color rojo y que incluyeran la palabra “Advertencia”.

Palabras claves: sodio, sal, grupo focal, políticas de salud, tensión arterial, advertencias sanitarias, Ley 26.905.

Índice

Resumen	3
Objetivo	3
Métodos	3
Resultados	3
Introducción	6
Objetivo e hipótesis	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Hipótesis	8
Marco teórico	9
Consumo de Sal/Sodio	9
Relación entre el consumidor y la ingesta de sal/sodio	13
Situación legislativa nacional (Advertencias Sanitarias)	15
Elaboración de los mensajes	18
Metodología	20
Tipo de estudio	20
Lugar y tiempo	21
Muestra	21
Guía de pautas – Grupos focales	24
Definiciones para la implementación de mensajes sanitarios en los envases de sal de mesa	24
Sodio	25
Sal	25
Sal / Sodio	25
Sal Visible / Sal Invisible	26
Resultados	28
Representaciones sobre la alimentación saludable	28
Representaciones en torno al consumo de sal	29
Mensajes de advertencia	32
Mensajes de advertencia en los envases de sal	35
Discusión	39
Anexo 1	42
Guía de Pautas Grupos Focales – Advertencias Sanitarias	42
Anexo 2	50
Ficha de Reclutamiento	50
Anexo 3	60
Consentimiento informado	60
Bibliografía	61

Introducción

La evidencia científica señala que el elevado consumo de sodio en la dieta incrementa la probabilidad de desarrollar hipertensión arterial (HTA) (1), principal factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades vasculares. La misma se encuentra asociada a la ocurrencia de enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, enfermedades de la aorta y arterias periféricas, demencia, insuficiencia renal y retinopatía (4 ENFR). Su prevalencia impacta negativamente en la mortalidad total, en la discapacidad y en los costos socio-sanitarios (2). La HTA es responsable del 19% de todas las defunciones a nivel mundial, en términos de muertes atribuibles, (3,4).

Teniendo en cuenta que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reducción del consumo de sodio en la población es una de las intervenciones más costo efectivas de salud pública, en el año 2013 se sancionó en Argentina la Ley 26905 y en uno de sus artículos establece la necesidad de incorporar advertencias sanitarias sobre los riesgos que implican para la salud el consumo excesivo de sodio, en los envases en los que se comercializa la sal.

Para dar cumplimiento a dicha ley, la implementación de estos mensajes debe considerar varios aspectos como, que el mensaje sea visible, comprensible y efectivo en producir modificaciones en la intención de compra y en el consumo de sal. Entre estos aspectos se encuentran tanto el diseño, el tamaño del mensaje, la ubicación en el envase, la letra utilizada, los bordes del mensaje y los colores utilizados. En relación con la estructura y el contenido del mensaje, se suelen considerar aspectos como la presencia de una palabra señal que llame la atención, la identificación del riesgo, la explicación de posibles consecuencias asociadas, el lenguaje utilizado, los símbolos (en el caso que sean utilizados).

La información disponible de experiencias previas en la evaluación de advertencias sanitarias es escasa y está mayoritariamente asociada a las advertencias sanitarias en el frente de los envases de cigarrillos; por lo que testear estos aspectos en la población local se vuelve fundamental para proteger la salud. Es de destacar que no existen investigaciones que indaguen sobre las reacciones y actitudes de la población frente a diferentes diseños de mensajes sanitarios de advertencia en los envases en los que se comercializa la sal. La información obtenida en esta etapa permitirá dar cumplimiento a la Ley 26.905, artículo 5, inciso d.

Algunas de las preguntas que guiaron la investigación fueron ¿cuáles son las opiniones de los adultos acerca del consumo excesivo de sal/sodio en relación a la salud?, ¿Cuáles son las percepciones de adultos respecto al diseño de los mensajes de advertencia sanitaria, que deberán ser aplicados en los envases en los que se comercializa la sal de mesa?

Objetivo e hipótesis

Objetivo general

Conocer e indagar las percepciones de la población acerca de la comprensión, aceptación y funcionalidad de diez modelos de mensajes de advertencia sanitaria, diseñados para orientar a los consumidores en relación a los riesgos del consumo excesivo de sal/sodio.

Objetivos específicos

- Conocer las percepciones de los entrevistados sobre el riesgo para la salud que implica el consumo excesivo de sal.
- Evaluar la visibilidad, credibilidad y relevancia de la información aportada por las advertencias en la población de estudio.
- Explorar la pertinencia de los mensajes en relación al riesgo para la salud.
- Explorar cómo la información aportada por las advertencias sanitarias puede influir en el comportamiento.

Hipótesis

Las personas, más allá de su edad, género, condición socioeconómica y educativa, relacionan que el riesgo en el consumo elevado de sal es exclusivamente para personas hipertensas adultas.

Marco teórico

Consumo de Sal/Sodio

La transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas generó un incremento de las llamadas enfermedades no transmisibles (ENT) dentro de las cuales la hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo metabólico de mayor consideración, y la presión arterial elevada explicaría el 62% de los accidentes cerebrovasculares y el 49% de las enfermedades coronarias (5,6).

Según la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de 2018, la prevalencia de presión arterial elevada entre quienes se controlaron alguna vez se mantuvo en el 34,6% de la población, con cifras similares publicadas por encuestas anteriores 2005, 2009 y 2013 (Tabla 1). En el apartado de presión arterial se puede observar que, de la población general, el 40,6% tuvo presión arterial elevada (mayor o igual a 140/90 mmHg) en la fase de mediciones objetivas, resultando este valor mayor en los varones con respecto a las mujeres y con un gradiente ascendente acorde a la edad. También fue mayor entre quienes presentaron menor nivel de instrucción respecto del nivel más alto (53,9% y 35,5% respectivamente) y en aquellos con obra social o prepaga con respecto a aquellos con cobertura solo pública (42,8% vs. 36,0%). Mientras que la prevalencia combinada de hipertensión fue de 46,6%. En el análisis de los resultados según el autorreporte de presión arterial, 6 de cada 10 individuos que se reconocieron como hipertensos tuvieron registros de presión arterial elevada. Mientras que entre quienes no se auto reportaron hipertensos, 3 de cada 10 registraron presión arterial elevada.

Se calcula que entre el 65% y el 70% del sodio que se consume proviene de los alimentos procesados o industrializados. La mayoría de los alimentos naturales, como frutas, verduras, legumbres y carnes frescas, contienen sodio, pero el sodio que se consume a través de ellos representa alrededor del 12% del total (3).

Para prevenir las enfermedades asociadas al elevado consumo de sodio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una ingesta diaria máxima de 2g/d o 5 g/d de sal (Cloruro de Sodio) (7).

La población en general tiene falta de percepción y/o conocimiento del daño que produce el consumo excesivo de sodio y de alimentos procesados y ultraprocesados que son los que más lo contienen en su composición. Por esto es que dicho consumo es una de las principales causas de hipertensión en la población (8,9,10).

El estudio INTERSALT fue una investigación clínica en la que participaron aproximadamente 10.000 personas, con muestras de mujeres y hombres de 20 a 59 años, procedentes de 32 países, cuyo objetivo fue poder observar la interacción entre la ingesta de sodio, la presión arterial y la excreción urinaria. Sus resultados demostraron que más del 50% de la población estudiada duplicaba la ingesta de sal recomendada por la OMS (5g/día) (11,12). Según el mismo estudio, las proyecciones para el año 2025 indicaban que, de no realizar intervenciones preventivas, el 29% de los adultos en el mundo padecería hipertensión arterial (HTA) (13); cifra ya superada en nuestro país. Esto muestra la urgencia de desarrollar intervenciones efectivas para frenar su aumento.

En Argentina, se relevó la ingesta de sodio en el período 2011-2012 por el programa “Menos Sal, Más Vida”, cuyo resultado fue un consumo promedio de 4,5 g de sodio/d, equivalente a 11,25 g de sal (14), más del doble de lo recomendado por la OMS (15). El indicador de sal agregada siempre o casi siempre en la mesa y en la cocción se mantuvo estable entre 2013 y 2018 (tabla 1).

Estos indicadores demuestran las diferencias que existen según variables sociodemográficas que manifiestan un menor alcance a las prácticas preventivas en las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad (menor nivel educativo, con cobertura de salud pública únicamente y en los quintiles de ingresos más bajos). No obstante, es importante remarcar que la estrategia de reducción de sodio a nivel poblacional es multicomponente, y que las intervenciones de educación y promoción deben estar enfocadas a los grupos más vulnerables. Si bien este aspecto cultural y de cambio de hábitos es importante, debe tenerse en cuenta que 2/3 del consumo de sodio proviene de los productos procesados o envasados y no de la sal agregada por el consumidor (16).

Tabla 1: Principales resultados de encuestas nacionales de factores de riesgo. Argentina, 2005, 2009, 2013, 2018.

Autorreporte	2005	2009	2013	2018
Prevalencia de... (%)	34,5	34,6	34,1	34,6
Siempre/casi siempre ... (%)	23,1	25,3	17,3	16,4

Fuente: ENFR 2018, 2013, 2009 y 2005

Tabla 1 Principales resultados de la 4^{ta} Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018 y comparación 2005-2018. Autorreporte

	2005	2009	2013	2018
Prevalencia de presión arterial elevada (entre quienes se midieron alguna vez en la vida)	34,50%	34,60%	34,10%	34,60%

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

Tabla 2 Principales resultados de la 4^{ta} Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018 y comparación 2005-2018. Autorreporte

	2005	2009	2013	2018
Siempre/casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa	23,10%	25,30%	17,30%	16,40%

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

La evidencia existente indica que la disminución de la presión arterial mediante la reducción de la ingesta de sal a nivel poblacional es efectiva (17,18). La OMS señala que el aumento de la presión arterial en el mundo es el principal factor de riesgo de muerte (19). Es por esto que reducir la presión arterial requiere de acciones con gran alcance a la población. Realizar asesoramiento, educación y enseñanza a nivel individual, logran un impacto, pero el mismo es limitado. Por lo que alcanzar la reducción del consumo de sodio a nivel poblacional, no solo del sodio que se incorpora a través de la sal que se utiliza en la mesa, sino también del sodio que se añade a alimentos procesados como panes, galletitas, carnes procesadas, cereales para el desayuno, snacks, en cuya elaboración suele

incorporarse el mineral como conservante, puede lograr beneficios en la disminución de la presión arterial de manera amplia y equitativa (20).

En el 2018, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) publicó una guía técnica para reducir el consumo de sal, SHAKE (menos sal, más salud) para orientar a los países sobre políticas para reducir el sodio en la dieta de la población (21).

En aquellos países donde la mayoría de los alimentos consumidos son procesados, la principal fuente de sodio proviene de estos. Si bien el rotulado nutricional indica los niveles de sodio en las etiquetas de los alimentos procesados, estas etiquetas son difíciles de poder interpretar por los consumidores y a la vez no advierten sobre ningún riesgo para la salud. En general, la información nutricional obligatoria, no indica si un producto es alto o bajo en sodio. Es por esto que es importante la presencia de etiquetas con mensajes sanitarios de advertencia, tanto en los alimentos procesados con alto o excesivo contenido de sodio, como en los envases donde se comercializa la sal, para permitir a los consumidores realizar una mejor elección de compra y prevenir enfermedades no transmisibles (22).

Estos mensajes son una herramienta simple, fácil y de rápida comprensión, con los que se busca brindar a los consumidores varios beneficios, como: aumentar la conciencia sobre los riesgos del consumo excesivo de sal/sodio, desalentar el consumo de sal y ayudar a los consumidores a tomar decisiones más saludables.

La mayoría de las personas que consumen sal/sodio, ya sea a través de alimentos procesados y ultraprocesados, como la que se agrega al cocinar y/o a las comidas ya elaboradas, no son conscientes de que la cantidad de sal/sodio que consumen aumenta su presión arterial y deteriora su calidad de vida. Si bien no existe bibliografía que evidencie que la implementación de mensajes de advertencia sanitaria en los envases donde se comercializa la sal desaliente el consumo de la población, existen diversos estudios, donde se utilizaron mensajes de advertencia, realizados en fumadores adultos y jóvenes que muestran que dichos mensajes en los paquetes de cigarrillo, han hecho reducir sus niveles de consumo y aumentar las probabilidades de dejar de fumar (23,24,25).

En algunos países como Brasil, Canadá, Singapur y Tailandia, se realizaron estudios sobre el uso de advertencias (imágenes y texto) en los paquetes de cigarrillos, con resultados coherentes en cuanto a la repercusión de las mismas. Debido a los mensajes sanitarios en relación con los riesgos para la salud, en Brasil el 54% de los fumadores cambió de opinión sobre las consecuencias del tabaquismo sobre la salud (26), en Canadá el 58% pensó más acerca de los efectos del tabaquismo sobre la salud (27), en Singapur el 71% dijo que sabía más acerca de los efectos del tabaquismo sobre la salud (28), y en Tailandia más de la mitad de los fumadores adultos dijeron que las advertencias los hicieron pensar más acerca del efecto del tabaquismo sobre la salud (29).

La World Hypertension League (WHL) y las principales organizaciones internacionales de salud recomiendan, la existencia de mensajes de advertencia sanitarias, como las que contienen los atados de cigarrillos y el tabaco en general, para envases donde se comercializa la sal/sodio (Ej. saleros), ya sea en supermercados, como en restaurantes. Este informe sugiere que la implementación de mensajes de advertencias puede tener varios beneficios, por ejemplo concientizar a la población respecto de los peligros que representan las dietas altas en sodio, que los lugares donde se comercializa la sal puedan mostrar a este compuesto de una manera menos prominente o atractiva para los consumidores y lo más importante, poder ayudar a las personas a tomar decisiones más saludables respecto a su alimentación y conducir a una reducción del consumo de sodio en la población (22).

Relación entre el consumidor y la ingesta de sal/sodio

Si bien no existen demasiadas investigaciones que relacionen el comportamiento del consumidor y la ingesta de sal, hay algunos estudios que han demostrado que las personas no son conscientes de los riesgos que provoca el consumo excesivo de sal en la salud. En uno de ellos, donde se investigaron los conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados al consumo de sal, con población de Argentina, Costa Rica y Ecuador, se observó que, a pesar de tener conocimiento en relación a la sal, existía una confusión o desconocimiento de la relación entre la sal y el sodio; los participantes no identificaban a los alimentos procesados como una fuente de sodio, y tampoco buscaba el contenido del mineral en el rotulado (30).

Otro estudio realizado para conocer las actitudes, conocimientos y comportamientos en relación con el consumo de sal, en poblaciones de algunos países de América, mostró que casi el 90% de los participantes asociaban la ingesta excesiva de sal con la aparición de trastornos de salud, más del 60% señalaron que estaban tratando de reducir su ingesta de sal actual, y más del 30% creían que la reducción de la sal alimentaria era de suma importancia. Un porcentaje menor, el 26% manifestó que conocía la existencia de un valor máximo recomendado de ingesta de sal o sodio, y a su vez el 47% de estos conocía el contenido de sal de los productos alimenticios. Por último, más del 80% dijo que le gustaría que el etiquetado de los alimentos indicará/indique si los niveles de sal o sodio eran altos, medios o bajos, y desearían que en los paquetes de los alimentos con alto contenido de sal apareciera una etiqueta de advertencia clara (31).

En un estudio donde se investigó el punto de vista del consumidor argentino sobre la sal y la salud, se indagó sobre hábitos de consumo, ingesta de sal y conocimientos sobre el consumo de sal en la salud. Algunos participantes manifestaron que desconocían la recomendación diaria de ingesta de sal y que la reducción del consumo surgió como consecuencia de algún evento de salud propio o de un familiar; también existía la tendencia a considerar el propio consumo de sal como bajo o moderado y a detectar una ingesta alta en otros convivientes, sólo por la sal agregada a las comidas en la mesa (32).

Peña y col. investigaron las actitudes y comportamientos acerca del consumo de sodio y grasas trans en Argentina. Los resultados demuestran que los participantes desconocen que el sodio es un componente de la sal y hubo una tendencia a considerar que el consumo excesivo de sal es perjudicial para la salud principalmente, en adultos mayores, mujeres embarazadas y en personas con enfermedades cardiovasculares. En cuanto a las percepciones acerca del consumo personal de sal, hacen referencia a un consumo moderado. La reducción del consumo de sal ocurrió predominantemente ante eventos de salud de familias, y no como conducta preventiva a nivel personal (33).

Finalmente, además de la falta de percepción demostrada acerca de los riesgos del consumo de sodio a través de la sal y alimentos procesados y ultraprocesados, debemos agregar al análisis una dimensión más que dificulta la promoción de buenas prácticas alimentarias. Aun cuando la información al respecto es cada vez mayor y accesible, el valor simbólico que adquieren alguno

de estos productos es determinante a la hora de su consumo. Así, la implicancia de los cambios en las dietas cotidianas no sólo se ve condicionado por el acceso a alimentos de buena calidad nutricional, sino que además estaría determinado por los sentidos de pertenencia que las sociedades y culturas construyen y le atribuyen a los mismos. Tal como lo expresa Freidin, B. et. al. (2016) “los alimentos tienen un valor simbólico y refuerzan la afiliación social y en ocasiones las prácticas alimentarias se contraponen a las recomendaciones de los expertos para el cuidado de la salud” (34). En este sentido, es pertinente comprender el lugar que ocupan ciertos alimentos en la construcción simbólica de las personas para poder pensar estrategias que ayuden a regular su consumo.

Situación legislativa nacional (Advertencias Sanitarias)

Considerando que, como ya se mencionó, la evidencia científica señala que la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante en la mortalidad cardiovascular y siendo el consumo de sal/sodio el principal determinante de la hipertensión arterial (35); y teniendo en cuenta que las políticas de disminución de sodio son altamente costo-efectivas para reducir la carga de enfermedad cardiovascular y disminuir los costos sanitarios (36,37), en el año 2009, se lanzó desde el Ministerio de Salud de la Nación la iniciativa “Menos Sal, Más Vida”.

Dicha iniciativa tuvo el fin de disminuir el consumo de sal de la población para reducir la importante carga sanitaria que representan las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Este programa trabajó dos ejes fundamentales, la concientización de la sociedad sobre la necesidad de disminuir la incorporación de sal en las comidas, y la firma de acuerdos voluntarios con la industria alimentaria para lograr la reducción del contenido de sodio de los alimentos industrializados. De las 58 empresas que adhirieron a la firma de convenios voluntarios el 41,3% elaboran productos farináceos, 18,9% lácteos, 22,4% cárnicos y 17,2% sopas aderezos y conservas. También se trabajó, conjuntamente con la Federación Argentina de la Industria del Pan y Afines (FAIPA) y el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), el desarrollo de acciones en panaderías artesanales para que produzcan pan con menos sal y sin sal –en base a las medidas recomendadas– experiencia que permitió la reducción de un 25% de sal en el pan elaborado en más de 6 mil panaderías del país (38).

Como se mencionó anteriormente, en el año 2013 se sancionó la Ley Nacional 26.905 sobre reducción del consumo de sodio en la población de nuestro país, la

cual produce un cambio en el marco normativo. A través de la reglamentación N° 16/2017 se incorporó al Código Alimentario Argentino (CAA), de cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional, el límite máximo de sodio para los alimentos que formaban parte del anexo I de la ley.

Dichos grupos fueron los siguientes: productos cárnicos y derivados; farináceos; sopas, aderezos y conservas. Dentro de estos grupos se incluyen 18 categorías de productos: chacinados cocidos, chacinados secos, chacinados frescos, embutidos secos, empanados de pollo, crackers con salvado, crackers sin salvado, snacks galletas, snacks, galletas dulces secas, galletas dulces rellenas, panificados con salvado, panificados sin salvado, panificados congelados, caldos en pasta y granulados, sopas claras, sopas cremas y sopas instantáneas (39). Asimismo; el objetivo de la ley es que estos alimentos puedan reducir progresivamente su contenido total de sodio, y que la autoridad sanitaria incluya nuevos grupos al CAA con límite máximo de sodio, a través de la Comisión Nacional de Alimentos (CONAL).

Como ya se dijo, en la Ley, además de las metas máximas de contenido de sodio para alimentos procesados, se proponen: implementación de advertencias sanitarias sobre los riesgos del consumo excesivo de sodio en los envases de sal y en las publicidades de alimentos con alto contenido en sodio, diversas acciones en el sector gastronómico (eliminación de los saleros en las mesas de los locales gastronómicos, estrategias comunicacionales, peso máximo de los sobres individuales) implementación de sanciones a los infractores de esta normativa; como así también la elaboración e implementación de un plan de evaluación y monitoreo.

La Ley 26.905 en su artículo 5, inciso d, establece: “Fijar en los envases en los que se comercializa el sodio los mensajes sanitarios que adviertan sobre los riesgos que implica su excesivo consumo”, en cuanto a la publicidad el inciso menciona: “Determinar en la publicidad de los productos con contenido de sodio los mensajes sanitarios sobre los riesgos que implica su consumo excesivo”, y en relación a los mensajes sanitarios el inciso f: “Determinar en acuerdo con las autoridades jurisdiccionales el mensaje sanitario que deben acompañar los menús de los establecimientos gastronómicos, respecto de los riesgos del consumo excesivo de sal”.

Por medio del Decreto 16/2017 de la Ley 26.905 se creó en el año 2017, la Comisión Nacional Asesora para la Promoción de la Reducción del Consumo de Sodio, que funciona en el ámbito de la Secretaría de Acceso a la Salud y es presidida por la Dirección Nacional de Abordaje integral de Enfermedades no Transmisibles, para dar asesoramiento en la temática al Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, La Comisión se encuentra integrada por distintos sectores gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, entidades científicas y académicas, organizaciones de consumidores y la industria de alimentos, a través de las cámaras que la nuclean.

En el año 2018 se comenzó a trabajar en mesas de reformulación con la industria para establecer nuevas metas de reducción de sodio en alimentos industrializados, para luego ser incorporados al CAA. Se actualizaron los límites de reducción de sodio para los productos cárnicos y derivados y para el grupo de farináceos, mediante la resolución 1/2018 (40) y en febrero de 2019 para el grupo de sopas, aderezos y conservas, mediante la resolución 4/2019 (41). En esta misma resolución se incorporaron nuevas categorías con valores máximos para mayonesas y ketchup. A fines de 2019 se incorporó una nueva modificación al CAA a través de la resolución 33/2019 en la que se fijó límite de sodio a las “salsas a base de tomate”, “salsa, aderezo o aliño a base de Ketchup” y “salsa golf” (42).

Elaboración de los mensajes

Tal como se menciona en el anexo 1 del decreto reglamentario de la ley la Comisión Nacional Asesora para la Reducción del Consumo de Sodio “Propone los mensajes sanitarios que deberían figurar en el rótulo de los envases en los que se comercializa la sal (cloruro de sodio) cuando corresponda, los que serán fijados por Resolución del Ministerio de Salud”. En el ámbito del trabajo de la Comisión Nacional se solicitó a los miembros que la integran, que propongan mensajes sanitarios de advertencia, sobre los riesgos del consumo elevado de sal/sodio. De los mensajes propuestos, se realizó una selección de aquellos que cumplieran con el mandato de la Ley 26.905, quedando una preselección de 16 mensajes. Luego se solicitó a los miembros que integran la Comisión que califiquen estos mensajes según las dimensiones: “Nivel de claridad”, “Nivel de concientización sobre riesgo para la salud que implica el consumo excesivo de sal” y “Nivel de prioridad sanitaria”.

Se evaluaron para cada mensaje cada una de las dimensiones citadas con un sistema de puntuación ordinal. Teniendo en cuenta el resultado de la matriz de votación de los mensajes sanitarios enviados por los integrantes de la Comisión Nacional Asesora; se obtuvieron 4 mensajes que recibieron mayor aceptación y puntaje. Además, se sumaron 6 mensajes de advertencia que fueron elaborados por el equipo técnico del Programa Nacional de Alimentación Saludable, a partir de la realización de un listado de opciones de mensajes a evaluar. Este listado se corrió en ronda de consenso entre otras áreas: Servicios de Salud, Programa Nacional de Prevención Cardiovascular y Comunicación y Prensa, quienes puntuaron con sus equipos de trabajo aquellos mensajes que resultaban más efectivos. Por otro lado, el equipo de Comunicación y Prensa del Ministerio de Salud de la Nación (en función del total de los mensajes propuestos) generó imágenes y formatos propios.

Mensajes a evaluar, propuestos por los integrantes de La Comisión Nacional Asesora para la Reducción del Consumo de Sodio:

1. “El consumo excesivo de sal contribuye a la hipertensión arterial.”
2. “El consumo excesivo de sal aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.”
3. “El consumo excesivo de sal es perjudicial para la salud.
4. “El consumo excesivo de sal en todas las etapas de la vida es perjudicial para tu salud.”

Mensajes a evaluar propuestos por el Programa Nacional de Alimentación Saludable:

5. “El consumo excesivo de sal te aumenta la presión arterial a cualquier edad”
6. “El consumo excesivo de sal también aumenta la presión arterial en niños”
7. “El consumo excesivo de sal causa infartos”
8. “El consumo excesivo de sal es causa de muerte prematura”
9. “El consumo excesivo de sal causa ACV”
10. “El consumo excesivo de sal es la principal causa de hipertensión”

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó una investigación cualitativa, exploratoria aplicando la técnica de grupo focal, donde se evaluaron mensajes de advertencia sanitaria, para su incorporación en el frente de los envases en donde se comercializa la sal.

Se decidió este enfoque basado en que la investigación cualitativa es un proceso interpretativo de indagación donde se construye una imagen compleja y holística desde la perspectiva de los informantes y del significado que las personas les otorgan (43). Con los grupos focales se buscó abordar y entender aquellos fenómenos por lo general ocultos a los sentidos, las normas sociales de una comunidad, indagar cómo afectan diferentes fenómenos o situaciones a las personas o bien explicar y profundizar en las percepciones, sentimientos y pensamientos de los sujetos involucrados en diversas problemáticas.

La técnica de grupos focales permite, a su vez, abordar dimensiones como: conocimientos, comportamientos y prácticas socioculturales en este caso relacionadas al consumo de sal/sodio. El sentido de utilizar esta técnica está asociado a determinar aspectos inherentes a la comprensión de los distintos mensajes testeados, lo cual desde una perspectiva cuantitativa no hubiera sido posible ya que, si bien tienen mayor potencia para inferir a todo el universo bajo estudio, se presentan bastante más limitadas para explorar en dimensiones vinculadas a la toma de decisión de las personas.

De esta manera se facilitó la discusión colectiva sobre un conjunto de temas propuestos para comprender cómo distintas personas perciben e interpretan las advertencias sanitarias. Se realizaron 9 grupos focales, con personas provenientes del AMBA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires). Los grupos se conformaron por aproximadamente ocho y diez participantes y estuvieron segmentados según edad y nivel educativo, asumiendo que manejaban mismos códigos de comunicación compartidos, y conformados por participantes de diferentes géneros. Dos de los grupos estuvieron integrados por adultos de 30 a 55 años y por adultos de más de 55 años con patologías asociadas al consumo de sal/sodio. El tiempo de duración de las sesiones de cada grupo focal promedió los 90 minutos, para que el cansancio de los participantes no interfiera en los objetivos de la discusión, causando perjuicios en la obtención de los resultados (44,45,46,47). Fueron grabados en

audio (formato wav o nota de voz), para luego ser desgrabados, transcritos y analizados.

Previamente se realizó una prueba piloto a fin de evaluar y ajustar la guía de pautas en la que participaron adultos de 30 a 55 años. El objetivo de esta instancia se centró en la claridad de las preguntas y las consignas sobre las que los entrevistados deberían discutir, el tiempo de duración de cada módulo y los materiales (imágenes) con las que se dispararían las conversaciones.

Lugar y tiempo

El estudio se realizó durante el mes de diciembre de 2019 en la Región de AMBA.

Muestra

La muestra fue por conveniencia, para la cual se reclutaron voluntarios a partir de la técnica de bola de nieve.

La muestra estuvo compuesta por varones y mujeres de 18 años o más, agrupados en tres rangos de edad: 18 a 29 años, 30 a 55 años y más de 55 años. Esta división nos permitió conocer las percepciones tanto de los jóvenes adolescentes, como la de los adultos, que intervienen en la decisión de compra de envases donde se comercializa la sal, a partir de un mensaje de advertencia sanitario.

La segmentación de los grupos también estuvo determinada por el Nivel Educativo, realizando dos puntos de corte, hasta secundario incompleto y secundario completo y más. Si bien se reconocen las limitaciones de este indicador en tanto no permite establecer el acceso a los servicios o recursos de los que disponen las personas, el nivel educativo es aceptado como un “proxy” válido, dadas las ventajas en su medición y el hecho de que la educación desempeña una función importante en la determinación de los ingresos laborales y la seguridad del empleo (48).

Asimismo, estas agrupaciones en cuanto al nivel educativo y grupo etario, se realizaron a los fines de tener homogeneidad al interior de cada grupo de discusión, para evitar interferencias en la comunicación y heterogeneidad en la información.

La distribución de los grupos fue de la siguiente manera:

- 1 grupo piloto
- 2 grupos de adultos jóvenes (18 a 29 años)
- 2 grupos de adultos (30 a 55 años)
- 2 grupos de adultos (más de 55 años)
- 2 grupos de personas con patologías que requieren restricción de sodio en la dieta, (1 grupo de adultos de 30 a 55 años y otro grupo de más de 55 años)

Patologías consideradas:

- Hipertensión arterial.
- Cardiopatía coronaria (infarto de miocardio).
- Enfermedad cerebrovascular (apoplejía / ACV).
- Enfermedad vascular periférica.
- Insuficiencia cardíaca.
- Cardiopatía reumática.
- Cardiopatía congénita.
- Miocardiopatía.
- Enfermedades renales.

El reclutamiento de participantes lo realizó la consultora Pérez Aramburú y Asociados seleccionada por el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, de acuerdo a los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud. El procedimiento utilizado por la consultora, para llevar adelante el reclutamiento fue el siguiente:

1. En primer lugar, mediante fuentes como bases de datos telefónicas propias, solicitudes en redes sociales, se realizó el primer acercamiento al potencial invitado.
2. Luego se realizó una pre-selección acorde al sexo, edad, nivel educativo y zona de residencia requerida.
3. Posteriormente, se aplicó de manera presencial o bien telefónicamente la ficha de reclutamiento al potencial invitado, donde se verificó que la persona convocada cumpliera con todos los requerimientos del estudio.
4. Para finalizar, si el potencial invitado cumplía con los requerimientos, se lo convocaba a participar, indicándole tanto la fecha, hora y sitio de encuentro.

Detalles del procedimiento de reclutamiento

- En ningún momento del proceso se le comentó al reclutado quien es el cliente.
- No se otorgó al invitado ningún detalle de lo que implica participar en el grupo de conversación, cuestión que quedó a cargo exclusivamente del moderador (a fin de evitar la introducción de cualquier sesgo). En general se invitó mediante la expresión genérica de que participarán de “una encuesta”.

Quedaron incluidos del siguiente estudio:

- Hombres y mujeres mayores de 18 años.
- Personas que hayan realizado alguna vez compras de alimentos, ya sea para ellos mismos o para el hogar.

Quedaron excluidos del siguiente estudio:

- Profesionales de la salud.
- Personas que trabajan en la industria alimentaria, comunicación o publicidad.
- Personas que trabajan en investigación de mercado u opinión pública.
- Personas que tengan alguna actividad relacionada con alimentos, bebidas o nutrición.
- Personas no videntes

A continuación, se detalla el cronograma de trabajo:

GRUPO	FECHA	HORARIO	SEGMENTO
1 (Piloto)	19/12/2019	15 hs	Adultos mixtos 30 a 55 años - Max. Nivel educativo: hasta secundario completo-
2	20/12/2019	11 hs	Mixtos 18 a 29 años - Max. Nivel - Secundario completo y más -
3	20/12/2019	13 hs	Adultos Mixtos 30 a 55 años - Max. Nivel - Hasta secundario incompleto-
4	20/12/2019	15 hs	Adultos Mixtos 30 a 55 años - Personas con patologías que requieran restricción de sodio en la dieta -
5	20/12/2019	17:30 hs	Adultos Mixtos 30 a 55 años - Max. Nivel - Secundario completo y más -
6	27/12/2019	11 hs	Adultos Mixtos más de 55 años - Max. Nivel - Hasta secundario incompleto-

7	27/12/2019	13 hs	Mixtos 18 a 29 años - Max. Nivel - Hasta secundario incompleto -
8	27/12/2019	15 hs	Adultos Mixtos más de 55 años - Secundario completo y más -
9	27/12/2019	17:30 hs	Adultos Mixtos más de 55 años - Personas con patologías que requieren restricción de sodio en la dieta -

Guía de pautas – Grupos focales

Con la guía de pautas se evaluaron dos dimensiones:

La primera dimensión tuvo como objetivo recuperar desde la perspectiva de los entrevistados aquellos aspectos culturales ligados a los hábitos de alimentación de los argentinos, los patrones de consumo y los tipos de alimentos que se escogen. A su vez, se indagó sobre el nivel de comprensión y el nivel de concientización sobre el riesgo para la salud que implica el consumo excesivo de sal. Para la realización de este segmento se trabajó con los diferentes envases y una guía de preguntas.

La segunda dimensión testeó los mensajes de advertencia propuestos, su legibilidad y visibilidad, para poder seleccionar cuáles serán los mensajes a implementar.

Para realizar el testeo, se diseñaron diferentes etiquetas, con los diez mensajes de advertencia sanitaria desarrollados especialmente para esta investigación, permitiendo evaluar los mismos de un modo realista en tamaño, forma y gráfica. Dichas etiquetas fueron incorporadas a tres envases originales de sal que se comercializan en el mercado. Se utilizó un sobre individual de 0.5 g (4,3 cm x 4,2 cm), un paquete o estuche de 500 g (14,5 cm de alto x 8 cm de ancho x 4 cm de profundidad) y un salero de 250 g (11,2 cm de alto x 5 cm de ancho x 5 cm de profundidad). Ver guía de pautas (anexo 1)

Definiciones para la implementación de mensajes sanitarios en los envases de sal de mesa

En esta etapa de la investigación tendremos en cuenta los siguientes conceptos:

Sodio

El sodio es un nutriente esencial involucrado en la regulación del equilibrio hídrico del cuerpo, regulación del potencial eléctrico de las membranas plasmáticas, la transmisión nerviosa, los impulsos musculares y la presión osmótica. Su capacidad osmótica interviene en el control de la volemia y juega un papel trascendente en el control de la presión arterial (49,50). La ingesta de sal en exceso se asocia a hipertensión arterial (HTA), siendo éste el factor de riesgo más importante en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares (51). Existe una asociación significativa entre la ingesta de sal, la hipertensión arterial y sus riesgos, y el desarrollo de enfermedades vasculares (52,53). El sodio puede hallarse en forma natural o ser adicionado, a través de cloruro de sodio y otras sales sódicas en alimentos procesados como aditivo con funciones de saborizante, conservante entre otras.

Sal

Según el Código Alimentario Argentino (CAA), en su Artículo N° 1264, se entiende con el nombre de Sal, sin agregado alguno, el producto comercialmente puro o purificado, que químicamente se designa con el nombre de cloruro de sodio. Su origen podrá ser de fuentes naturales (Sal gema o Sal de roca), salinas, sal de evaporación, así como la proveniente de procesos adecuados de recuperación de las industrias que hayan sido autorizadas por la autoridad sanitaria nacional.

La sal para consumo humano se comercializa como: sal gruesa, entrefina o fina, con distintos grados de triturado o molido. La sal añadida a la alimentación es un factor importante para el aumento de la presión arterial en personas normotensas e hipertensas, sean adultos o niños (54,55).

Sal / Sodio

Son términos que suelen utilizarse indistintamente, pero no son exactamente lo mismo. La sal (cloruro de sodio) es un compuesto de estructura cristalina que abunda en la naturaleza. Un 1 g de sal equivale a 0,4 g o 400 mg de sodio y 1 g o 1000 mg de sodio equivale a 2,5 g de sal. El sodio es un mineral, y uno de los elementos químicos que componen la sal. Si bien sal y sodio no son lo mismo, la mayoría del sodio que consumimos habitualmente proviene de la sal, principalmente de los alimentos procesados o industrializados (56), donde los

consumidores no tienen conocimiento sobre la cantidad de sal agregada. Frente al hecho de que la mayor parte de la población no reconoce la palabra sodio, se recomienda utilizar la diada sal/sodio para campañas de educación y prevención.

Sal Visible / Sal Invisible

Las guías alimentarias para la población argentina (GAPA), plantean en su mensaje número 4, el consumo de sal/sodio de dos maneras, como *sal visible*: la que se agrega al cocinar y preparar las comidas y como *sal invisible*: la que proviene de los productos alimenticios procesados y ultraprocesados. Ejemplos: caldos, sopas, salsas envasadas, aderezos, conservas, productos cárnicos, snacks, quesos, panificados, etc. (57).

Envase: se entiende por envases a los envases alimentarios, los destinados a contener alimentos acondicionados en ellos desde el momento de la fabricación, con la finalidad de protegerlos hasta el momento de su uso por el consumidor de agentes externos de alteración y contaminación, así como de la adulteración (58).

Alimento: toda sustancia o mezcla de sustancias naturales o elaboradas que una vez ingeridas aportan al organismo los materiales y la energía necesarios para el desarrollo de sus procesos biológicos. La designación "alimento" incluye además las sustancias o mezclas de sustancias que se ingieren por hábito, costumbres, o como coadyuvantes, tengan o no valor nutritivo (59).

Rótulo: es toda inscripción, leyenda, imagen o toda materia descriptiva o gráfica que se haya escrito, impreso, estarcido, marcado, marcado en relieve o huecograbado o adherido al envase del alimento (60). El rotulado tiene por objeto suministrar al consumidor información sobre características particulares de los alimentos, su forma de preparación, manipulación y conservación, su contenido y sus propiedades nutricionales. Como así también orientar en la decisión de compra a través de la declaración de información relevante, que permita tomar decisiones más acertadas y adecuadas en la adquisición de los productos.

Legibilidad: el aspecto físico de la información, a través del cual el público en general la obtiene visualmente. La legibilidad está determinada, entre otros factores, por: 1) Tamaño de la fuente. 2) espacio entre letras y líneas. 3) grosor del trazo. 4) color de la impresión. 5) tipo de letra. 6) relación entre la anchura y

altura de las letras. 7) la superficie del material. 8) Contraste entre texto y fondo (61).

Campo visual principal: el campo visual de un envase que con toda probabilidad es más visible a primera vista por el consumidor en el momento de realizar la compra y que le permite identificar inmediatamente un producto por su carácter, naturaleza y, si procede, por su marca comercial. Si el envase tiene varios campos visuales principales idénticos, el campo visual principal será el que elija el operador de la empresa alimentaria (62).

Resultados

En el siguiente apartado se analizarán las percepciones que surgieron en los grupos focales en relación a las dos dimensiones propuestas en el objetivo, por un lado, conocer acerca del nivel de concientización que existe alrededor de los riesgos que implica para la salud el consumo de sal y por otro, el testeado de los mensajes de advertencia en los envases de sal.

Representaciones sobre la alimentación saludable

El primer eje temático de la guía de pautas utilizada estuvo compuesto por una batería de preguntas que abarcaban distintos aspectos culturales de los hábitos de alimentación de los argentinos, las preferencias alimentarias de la sociedad y la percepción respecto a los cambios en los patrones de consumo, los alimentos que se utilizan y la relación entre estos y la salud.

Frente a la pregunta acerca de cómo comemos los argentinos, los entrevistados de todos los grupos etarios refirieron a una serie de características tales como “desordenados, divertidos, glotones, prácticos, sin horarios fijos”. A partir de estas nociones surge en la discusión la relación entre comer de manera saludable y el tiempo que esto demanda. Así lo expresaban algunos de los entrevistados:

“Yo creo que hoy se come peor de lo que se comía antes. Antes mi vieja cocinaba, la olla, comer. Todos los días se comía rigurosamente, mirando la tele. Era así. Había una rutina de vida. Que hoy en día, lamentablemente, tanto mamá como papá, tienen que salir a trabajar porque si no no alcanza. Entonces hoy se pide un delivery de 3 milanesas con papas fritas y listo.”
(Adulto 30-55 años)

“Dadas las circunstancias de mi trabajo, yo como en cualquier circunstancia y a cualquier hora, y cuando tengo hambre. Eso está muy mal y yo lo admito. Pero es por los tiempos que manejo.” (Adulto 30-55 años)

Vemos que entre los participantes existe una valoración de la comida saludable relacionada a aquella que se prepara en casa, a la vez que se trata de una práctica que depende mucho del momento del ciclo de vida en el que se encuentren y en el que la variable “tiempo” juega un rol central. La comida chatarra, la comida rápida, aparece entonces como la solución práctica en circunstancias donde la

rutina hace que realizar las preparaciones de las comidas sean una tarea imposible y comer sea considerado “un trámite”.

Asimismo, los entrevistados identifican que hoy en día hay más información sobre lo que implica una alimentación saludable y que existe “una tendencia hacia lo saludable” que se expresa a través de nuevas prácticas alimentarias asociadas al vegetarianismo, veganismo y el consumo de alimentos orgánicos e integrales. Sin embargo, todos coinciden en que este tipo de hábitos suelen ser caros, y aquí la variable económica es la que determina las condiciones de posibilidad de consumir estos tipos de productos.

“Yo creo que se instauraron mucho las ideas de los hábitos saludables. Está mucho más a la vista la onda de ser vegetariano, o vegano. No sé si es una moda o es que se está haciendo más visible que antes. Pasa que de 10 a 15 personas que hay en un asado, te encontrás con uno o dos vegetarianos, o veganos.” (Adulto joven 18-29 años)

“Lo ideal sería no comer cosas procesadas, hacer todo uno. Por eso hay toda una onda de lo orgánico, lo que no tiene conservantes. así te los cobran.” (Adulto 30-55 años)

Finalmente, respecto a la relación entre alimentación y salud, todos los entrevistados advirtieron las implicancias de la mala alimentación en la salud, y pudieron enumerar sin discrepancias un listado de enfermedades causadas por el consumo de ciertos alimentos o hábitos. Asimismo, hay una noción clara de que una alimentación variada y un bajo consumo de alimentos ultra procesados garantiza un mejor estado de salud. Sin embargo, a pesar de esta concientización sobre los efectos, observamos que no existe una determinada estrategia de consumo ya que la mayoría refiere a las dificultades de poder sostener este tipo de hábitos.

Representaciones en torno al consumo de sal

Algunas de las preguntas que orientaron la discusión sobre el consumo de sal fueron “¿Es lo mismo para usted la sal y el sodio? ¿En qué se diferencian? ¿Impactan igual en la salud?; ¿En qué momentos creen que consumen sal?; ¿Cuáles son aquellos que contienen sal/sodio? ¿Cuáles más que otros? ¿Sabían que los alimentos dulces también contienen sal/sodio?”.

En primer lugar, para conocer las representaciones acerca del uso de la sal se comenzó con una pregunta disparadora para ver a qué los remitía la palabra “SAL”. En todos los grupos etarios surgieron listados de alimentos (en su mayoría ultraprocesados), asociaciones a enfermedades (como la hipertensión) y percepciones sobre el componente cultural de su utilización y la idea de que le aporta sabor a las comidas.

“Tapa arterias. Papas fritas. Tiene su parte buena también, porque un poco la necesitamos para nuestro organismo. Les realza mucho el sabor a las comidas.”
(Adulto joven 18-29 años)

“Sabor. Comida. Costumbre. Si no se le siente la sal, le falta sabor. Se me viene el salero a la cabeza. La carne al horno, toda la comida salada. La picada.” (Adulto 30-55 años)

Ahora bien, cuando se consultó sobre la diferencia entre Sal y Sodio observamos que no existe un claro conocimiento al respecto, algunos entrevistados refirieron que no son lo mismo, pero en ningún caso pudieron expresar con certeza la diferencia.

“Yo los relaciono mucho, porque soy de mirar mucho la tabla nutricional y dice sodio, los relaciono por eso directamente.” (Adulto joven 18-29 años)

“Hay sales que son bajas en sodio, como la sal de Himalaya o la marina.” (Adulto 30-55 años)

“Sal y sodio son lo mismo. Porque el sodio es la base de la sal.” (Adulto 30-55 años)

Resulta interesante ver cómo en este punto surge en un caso la lectura de la tabla nutricional, sin embargo, no es algo que se encuentre instalado dentro de las prácticas cotidianas de selección de alimentos de los entrevistados.

En segundo lugar, se propuso a los entrevistados conversar acerca de los usos que se le da a la sal en sus hogares. Analizando las respuestas por grupos de edad, pudimos observar que el mayor uso o consumo de sal lo encontramos en el rango etario más joven, de 18-29 años. De 30 a 55 años un consumo moderado y

en las respuestas del grupo de más de 55 años se evidencia una disminución en el uso o consumo de sal ya sea por no utilizarse o reemplazarla por otro tipo de productos.

Todos coinciden en que lo más común es utilizarla al momento de la cocción o preparación de los alimentos y respecto a la cantidad de sal que se adiciona a las comidas, la misma está asociada al gusto o sabor de las mismas siendo en todos los casos “a ojo”. En este punto, solo uno de los entrevistados menciona la cantidad de sal que se consume a través de ciertos productos además del agregado a las preparaciones.

“Yo cocino con sal porque le da gusto a la comida”.
(Adulto Más de 55)

“Yo le echo un poquito nomás, como para darle gusto”. (Adulto 30-55 años)

“Yo me fijo la cantidad de sal por el sabor” (Adulto joven 18-29 años)

“Uno no mide la cantidad de sal que consume por productos, pero si la que le echa a las preparaciones.”
(Adulto 30-55 años)

Otro aspecto que emergió de la discusión fue el uso del salero de mesa. Aquí aparece la diferencia entre aquellos que le agregan sal a la comida durante su preparación, de aquellos que se la agregan a la comida ya preparada que se sirve en la mesa. Asimismo, en este punto, aquellos entrevistados que tienen hijos manifestaron no utilizar sal en la preparación para ellos, así como tampoco dejarla disponible para su uso en la mesa.

“Yo no cocino con sal, cada uno le pone a su plato.”
(Adulto Más de 55)

*“No se lleva el salero a la mesa, mucho menos cuando está mi hijo.
La sigo usando, menos. Pero a mis hijos no les doy”*
(Adulto 30-55 años)

“a los chicos les ofrezco primero sin sal, prefiero que si llegan a querer me pidan, pero no dejar el salero a la vista como para tentar” (Adulto 30-55 años)

Finalmente, en relación a los efectos que causa sobre la salud el consumo de sal, las respuestas de los participantes no fueron tan determinantes como cuando se discutía sobre tipos de alimentos (frutas, verduras versus alimentos ultraprocesados). En este caso, existe consenso en que el consumo desmedido de sal es nocivo para la salud, sin embargo, refieren no preocuparse en gran medida, por un lado, los más jóvenes consideran que no es necesario prestarle tanta atención en este momento de la vida, mientras que los adultos mayores expresan tener un uso medido.

“Ahora soy pendeja, pero el día de mañana no sé, es más yo tengo un tipo de problema del corazón que la válvula me va al revés.” (Adulto 30-55 años)

“Yo creo que inconscientemente uno tiene en la cabeza que debería disminuir la cantidad de sal. Pero conscientemente se sigue consumiendo diariamente.”
(Adulto joven 18-29 años)

En resumen, podemos resaltar algunos puntos en relación a esta primera dimensión de estudio. En primer lugar, cabe destacar que respecto a la noción de alimentación saludable existe consenso entre los participantes, de que existe una relación directa con la salud. Sin embargo, destacan que para poder mantener una buena alimentación, intervienen factores como el tiempo, la economía familiar e incluso el momento del ciclo de vida en el que se encuentren.

En segundo lugar, en cuanto al consumo de sal, un punto en común que emerge es la idea de que la sal es regularmente utilizada para cocinar y si bien existe una noción de que en exceso es perjudicial para la salud, en ningún momento se percibe esto como un condicionante para su consumo.

Mensajes de advertencia

La segunda dimensión se evaluó a través de diferentes preguntas que contemplaban el comportamiento de los participantes frente al etiquetado de los productos que consumen, los mensajes de advertencia y la implementación de

estos mensajes en los envases, tal como se puede observar en el cuadro a continuación.

Cuadro n°2 Implementación de mensajes en distintas presentaciones de envases de sal

Sobre individual 0,5 g	Salero 250 g	Envase cartón 500 g
		

En relación a la información de las etiquetas de los envases, la mayoría de los entrevistados refirió que suelen leer las etiquetas y la lectura se focaliza en la fecha de vencimiento, e ingredientes. Con respecto a la información nutricional, solo destacan las calorías, grasas y azúcares. Aisladamente aparecieron menciones respecto a la búsqueda de cantidad de sodio en el envase. Estas respuestas aparecieron en la mayoría de los grupos sin distinción de edades ni nivel educativo. Así lo expresaban algunos de los entrevistados:

“Primero, antes que nada, miro el vencimiento, después miro la composición, porque me gustan mucho las cosas naturales”. (Adulto más de 55 años. Personas con Patologías que requieren restricción en la dieta)

“Me fijo más en las calorías, en las grasas saturadas. En el azúcar y el sodio lo debo mirar a lo último de todo”. (Adulto 30-55 años)

Cuando se consultó, si consideraban necesario un mensaje de advertencia sobre la sal/sodio en los envases de alimentos, la mayoría de los entrevistados coincidió en que es importante que figure un mensaje en referencia a la sal, justificando que ayudaría a informar y concientizar sobre las implicancias de su consumo excesivo.

“Sí, yo creo que estaría bueno. Porque hay alimentos que vienen con una etiqueta que dice: “sin sal agregada”. También deberían ponerle a los que sí tienen sal agregada, para que, aunque uno no sepa, se informe mejor”. (Adulto joven 18-29 años)

“En todos los alimentos debería decir, porque por ejemplo yo tomaba Terma a lo loco pensando que no tenía sodio porque es natural, y al final nada que ver, tiene un montón”. (Adulto 30-55 años. Personas con Patologías que requieren restricción en la dieta)

“Sí, es interesante para ayudarse a alimentarse mejor”. (Adulto joven 18-29 años)

A su vez, cuando se indagó por la presencia de mensajes en los envases de sal, casi todos acordaron que estos serían necesarios. Los entrevistados destacaron la importancia de estos mensajes por el impacto que podrían generar en los consumidores. Surge así un paralelismo con los mensajes de advertencia presentes en los paquetes de cigarrillos, mencionan mensajes tales como:

“Debería tener un cartel que diga que no abuses”. (Adulto 30-55 años)

“El exceso de consumo de sal es perjudicial para la salud”. (Adulto 30-55 años. Personas con Patologías que requieren restricción en la dieta)

“Podrían especificar las enfermedades como en los paquetes de cigarrillos”. (Adulto 30-55 años. Personas con Patologías que requieren restricción en la dieta)

Mensajes de advertencia en los envases de sal

En relación a los mensajes de advertencia, se les pidió a los entrevistados que los agrupen y clasifiquen según algún criterio que considerasen pertinente. A partir de esta consigna disparadora surgieron en la mayoría de los grupos dos tipos de mensajes a los que denominaron “*impactantes*” y “*generalistas*”.

Entre los mensajes “*impactantes*” los entrevistados agruparon todos aquellos que, según su apreciación, apuntan a preservar su salud, generando advertencia y presión y en los cuales pudieron identificar las consecuencias directas del consumo excesivo de sal/sodio. Se destacaron principalmente dos de los diez mensajes, los cuales apelan a eventos graves, relacionados tanto con la muerte, como con las causas y consecuencias que genera el consumo excesivo de sal:

“El consumo excesivo de sal, causa ACV”

“El consumo excesivo de sal, causa infartos”

A continuación de estos mensajes, le siguieron otros dos bajo la misma categoría, que hacen referencia tanto a la hipertensión, como a los niños, llevando a la reflexión de que las consecuencias del consumo excesivo de sal/sodio, no solo le sucede a la gente de “*mayor edad*”, si no que estas afectan a todos por igual.

“El consumo excesivo de sal es la principal causa de hipertensión”

“El consumo excesivo de sal también aumenta la presión arterial en niños”

Sin embargo, respecto a este grupo de mensajes, plantearon que si bien genera mayor rechazo por el impacto que produce el mensaje, no creen que asegure el cambio de hábito en el consumidor.

Por su parte, dentro de la categoría “*generalistas*” agruparon a todos aquellos mensajes que no implican una problemática directa con la salud, es decir que brindan información al consumidor, pero sin ponerlo en alerta. Se destacan dos mensajes, los cuales se percibieron como mensajes para cumplir, ya que según los entrevistados lo perjudicial no implica especificidad de la problemática.

“El consumo excesivo de sal es perjudicial para la salud”

“El consumo excesivo de la sal en todas las etapas de la vida, es perjudicial para la salud”

Otros de los mensajes dentro de este grupo fueron seleccionados ya que apelan a las probabilidades que el consumo excesivo de sal/sodio puede llegar a generar, pero sin apuntar directamente a la enfermedad en sí misma.

“El consumo excesivo de sal aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.”

“El consumo excesivo de sal contribuye a la hipertensión arterial.”

“El consumo excesivo de sal te aumenta la presión arterial a cualquier edad”

Algo para destacar en relación a las impresiones que surgieron cuando analizaron los mensajes, es respecto a la frase “el consumo excesivo de sal es causa de muerte prematura”. La mayoría de los entrevistados asoció este mensaje a muertes prematuras de bebés y no con la posibilidad de fallecimiento a una edad temprana de una persona adulta.

En relación a los mensajes implementados en los diferentes envases, se les pidió que expresen qué les parecieron los mismos. Casi todos acordaron en la similitud de estos con los que aparecen en los paquetes de cigarrillos. La mayoría de los entrevistados refirió que estos mensajes ayudarían a tomar conciencia e informar al consumidor, mientras que algunos refirieron que podrían llevar a la reflexión. A su vez, sólo algunos entrevistados acordaron que estaría bien implementarlos en los envases.

“Sirve para concientización” (Adulto 30-55 años)

“Van de los más light a los más fuerte, como causa ACV” (Adulto joven 18-29 años)

“Esta bueno que se le transmita esta información a la gente, porque seguro que a alguien le va a importar y va a tomar conciencia” (Adulto joven 18-29 años)

“Te ayuda a generar conciencia” (Adulto más de 55 años)

También expresaron otras sensaciones que les provocaron estos mensajes implementados en los diferentes envases, como tomar conciencia, prestar atención, pensar en advertencia de lo que se va a consumir, entre otros. Incluso, de la conversación surgió la posibilidad de que sean más grandes, para generar un mayor impacto visual.

“Me hizo pensar dos veces antes de ponerle sal a algo” (Adulto joven 18-29 años)

“Me hizo acordar a las advertencias de los cigarrillos” (Adulto joven 18-29 años)

“Me gusta ver estas advertencias en los envases, porque habla de un mayor compromiso con los cuidados” (Adulto 30-55 años)

Respecto al diseño de los mensajes, cuando se consultó sobre qué aspectos se podrían mejorar, observamos que gran parte de los entrevistados coincidieron en cambiar el color, de manera que sean más llamativos. Tomando esta opinión, se decidió presentar una versión de los mensajes de advertencia en color rojo, de modo que los entrevistados pudieran comparar respecto de los de color negro. Según su percepción, el rojo causa mayor impacto y lo relacionaron con el peligro.

“El rojo da más advertencia” (Adulto joven 18-29 años)

“El rojo es el que tiene más impacto. Es muy agresivo gráficamente” (Adulto más de 55 años)

“El rojo es más alarmante, impactante. El rojo es atención – peligro” (Adulto más de 55 años. Personas con Patologías que requieren restricción en la dieta)

Cuando se consultó por el uso de la palabra “advertencia”, casi la totalidad de los entrevistados indicaron que se visualiza esta palabra, aunque sugieren que sería más adecuado ubicar arriba del mensaje para que capte más la atención y sea lo primero que se vea. En cuanto al uso del signo de admiración, la mayoría de los participantes coincidieron en que no se distingue y pasa desapercibido por formar parte del borde de la etiqueta.

Ahora bien, en relación a la pregunta si frente a estos mensajes agregarían la misma cantidad de sal a la comida, algunos de los entrevistados consideraron que podrían agregar menor cantidad de sal a las mismas. Mientras que otros consideraron que no cambiarían sus hábitos en relación a la sal.

“Yo creo que agregaría menos sal a las comidas” (Adulto joven 18-29 años)

“Yo creo que no cambiaría en nada, que uno le seguiría poniendo la cantidad de sal que crea necesaria para que su comida esté sabrosa” (Adulto joven 18-29 años)

Por otra parte, respecto a la relevancia de los mensajes en los diferentes envases, hubo diferencias entre los grupos etarios. Mientras que los participantes de 18 a 29 años detallan que leen el mensaje y les llama la atención por el espacio que ocupa del sobre, remarcando que en los sobres es más impactante el mensaje, en los grupos de entrevistados mayores a 30 años o con patologías que requieren

restricción en la dieta, la mayoría menciona que no leen los mensajes, algunos argumentan que es por cuestiones del tamaño del envase y no llama la atención, otros porque simplemente es un envase que se usa y descarta en el acto.

“Lo leo, llama la atención, porque al ser un sobre tan pequeño, el cartel ocupa la mayor parte del espacio”. (Adulto joven 18-29 años)

“En los sobres es donde el mensaje es más impactante”. (Adulto joven 18-29 años)

“Yo creo que en el sobre de sal nadie ve nada”. (Adulto 30-55 años)

“Para mí, es irrelevante, porque esto lo abris, lo usas y lo descartas”. (Adulto más de 55 años)

“Es un sobre de mesa, que para lo único que yo lo puedo mirar es para no equivocarme con el edulcorante y tirárselo al bife. No miro más que eso”. (Adulto más de 55 años)

Además, es importante destacar que, en esta etapa de la implementación de los mensajes de advertencia en los sobres, muchos de los entrevistados vincularon a éstos como referencia de la “medida justa” de sal para consumir en las comidas.

Al momento de consultar por los mensajes implementados en los saleros, los entrevistados de 18 a 30 años mencionaron en su mayoría, que el impacto es menor porque el tamaño es más chico en relación a los envases de 500 g, en cambio los mayores de 30 años indicaron que el tamaño del mensaje es acorde al tamaño del salero y se ve bien. Por otra parte, el envase de salero se asoció con la idea de poder generar un control en el consumo de la sal por la tapa dosificadora que tienen.

Ahora bien, al consultarles sobre la presencia de la ley 26.905 en cada mensaje, se observó que la mayoría coincidió en que otorga confiabilidad, importancia y credibilidad a la advertencia.

“Yo creo que le agrega seriedad al asunto” (Adulto joven 18-29 años)

“Está muy bien que esté ahí, le da un fundamento al porqué de ese mensaje ahí. Le da credibilidad” (Adulto más de 55 años)

“Yo creo que está bueno que se vea porque lo hace más importante” (Adulto 30-55 años)

Finalmente, sobre la idea de quién/qué institución se encontraba detrás de la elaboración de estos mensajes, observamos que no existe un claro conocimiento

al respecto, algunos entrevistados refieren espontáneamente al Ministerio de Salud como emisor, principalmente de los mensajes que denominaron como impactantes. Considerando la buena recepción de esta iniciativa, algunos de los entrevistados creen conveniente que se dé a conocer al emisor de los mensajes.

“Yo creo que el Ministerio de Salud sacó una campaña” (Adulto más de 55 años)

Para cerrar, en relación al testeo de los mensajes, se destaca el acuerdo en la importancia de que éstos estén presentes en los envases, así como también se observa consenso en relación al contenido de los mismos, la selección de determinadas frases y el diseño que debería respetar el mismo.

Discusión

El presente estudio ha realizado el testeo de mensajes de advertencias sanitarias a implementar en los envases donde se comercializa la sal de mesa, para dar cumplimiento a la Ley 26.905; como así también, ha explorado desde una perspectiva cualitativa, el nivel de comprensión y concientización sobre el riesgo para la salud que implica el consumo excesivo de sal.

Se realizaron nueve grupos focales compuestos por mujeres y varones provenientes del AMBA de distintas edades y niveles educativos. Dos de ellos estuvieron integrados por personas con patologías relacionadas a la restricción del consumo de sodio.

La reducción del consumo de sal y/o de alimentos procesados o preparaciones que la contienen, ocurrió predominantemente dentro del grupo de adultos de mayor edad, coincidiendo con los datos arrojados por la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (16), según la cual el consumo de sal disminuye conforme aumenta la edad. Además, dicha reducción del consumo se da como parte del tratamiento de eventos personales o familiares de salud (no como conducta preventiva), situación también evidenciada en el estudio realizado por Peña,

Bergesio y colaboradores (33). Asimismo, el desconocimiento sobre la ingesta máxima diaria recomendada de sal atravesó a todos los grupos, como también la percepción de la falta de conciencia sobre los efectos nocivos a largo plazo que tendría superar esa recomendación.

En relación a la diferencia entre Sal y Sodio se observó que no existe entre los entrevistados un claro conocimiento al respecto, algunos de ellos refieren que no son lo mismo, pero en ningún caso pudieron expresar con certeza dicha diferencia. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores (33) en cuanto a que las personas desconocían que el sodio es un componente de la sal y que confunden o desconocen la relación sal/ sodio.

En cuanto al agregado de sal al momento de la cocción o preparación de alimentos y la cantidad de sal que se adiciona, está asociada al gusto o sabor de las comidas siendo en todos los casos “a ojo”. Si bien algunos participantes refirieron ser conscientes de los efectos del consumo en exceso de sal, esto no influyó en la adopción de conductas preventivas. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Sánchez G, Peña L, y colaboradores (30) en relación a la escasa percepción que las personas tienen sobre su consumo, debido a que se observó que no se medía la cantidad de sal que se agregaba a las comidas.

En relación a la evaluación de los mensajes de advertencias sanitarias, a ser aplicados en los envases de sal, algunos de los hallazgos fueron los siguientes: respecto a la efectividad de los mismos, algunos de los entrevistados refirieron que los mensajes ayudarían a modificar el nivel de consumo de sal.

En cuanto al impacto de los mensajes sobre los participantes, se destacaron aquellos que apelan a eventos graves de salud (hipertensión, infartos y ACV), destacando que este tipo de mensajes eran capaces de advertir en mayor medida ya que apuntan explícitamente a preservar la salud. Refirieron que generan presión y permiten identificar consecuencias directas del consumo de sal, de hecho, a estos mensajes los categorizaron como “impactantes”. Mientras que el resto de las opciones se percibieron como frases que apuntan al cumplimiento de una normativa sin alertar sobre el consumo, denominándose como “generalistas”.

Teniendo en cuenta que el Artículo 5, inciso d) de la Ley 26.905 establece: *“Fijar en los envases en los que se comercializa la sal/sodio los mensajes sanitarios que adviertan sobre los riesgos que implica su excesivo consumo”* y que las percepciones de los participantes sobre los mensajes que causarían mayor

advertencia e impacto son aquellos que apuntan a preservar la salud, los mensajes seleccionados fueron los siguientes:

“El consumo excesivo de sal, causa ACV”

“El consumo excesivo de sal, causa infartos”

“El consumo excesivo de sal es la principal causa de hipertensión”

“El consumo excesivo de sal también aumenta la presión arterial en niños”

Así mismo, en relación al diseño, los participantes percibieron con mayor impacto y efectividad aquellos mensajes cuyas etiquetas tenían mayor tamaño. Como así también, predominó la elección de las etiquetas en color “Rojo”, asociándolo al “peligro”, y la palabra “Advertencia”, consiguiendo generar la prevención de acciones que impliquen un riesgo hacia la vida de las personas, como también captar mayor atención.

Es importante destacar que esta investigación es la primera que ha estudiado la incorporación de mensajes de advertencias sanitarias en el frente de los envases donde se comercializa la sal de mesa. En este sentido, cabe mencionar la principal limitación que encontramos sobre el estudio. La muestra no es representativa, pero permite una aproximación al resultado que daría la implementación de los mensajes de advertencia, sin embargo, los resultados no podrían ser extrapolables a la población nacional.

Anexo 1

Guía de Pautas Grupos Focales – Advertencias Sanitarias

Con la guía de pautas se evaluaron dos dimensiones. Tanto para el grupo piloto (N° 1), como para los grupos N° 2, 3, 4 y 5, el orden de evaluación de las dimensiones fue el siguiente:

- La primera dimensión evaluó el nivel de comprensión y el nivel de concientización sobre el riesgo para la salud que implica el consumo excesivo de sal.
- La segunda dimensión testeó los mensajes de advertencia propuestos, su legibilidad y visibilidad, para poder seleccionar cuáles serían los mensajes a implementar.

Para los grupos N° 6, 7, 8 y 9, se evaluó primero el testeo de los mensajes, su legibilidad y visibilidad y luego el nivel de comprensión y concientización sobre los riesgos para la salud que implica el consumo excesivo de sal.

Presentación (10 minutos)

- Presentación de la modeladora y de la técnica, sus objetivos.
- Bienvenida a los/as participantes, presentación de coordinador/a y explicación de reglas básicas.
- Estimular el conversatorio natural y descontracturado.
- Hablar de a uno/a. No generar diálogos entre ellos en voz baja.
- Todas las respuestas son válidas, no hay respuestas correctas o incorrectas. La idea es que cada uno/a pueda opinar lo más espontáneamente posible.
- La charla se graba en audio para facilitar el análisis.
- Solicitar apagar celulares para no interferir en la dinámica grupal.
- Conociendo a sus participantes y al grupo, conocer sus perfiles: Nombre, edad, ocupación, estado civil, estudios, composición familiar, barrio en el que viven, cosas que les gusta hacer fuera de las obligaciones, organización de su tiempo/prioridades.

Dimensión 1

Los argentinos y la alimentación (5 minutos)

Información contextual de análisis

1. ¿Cómo somos los argentinos a la hora de alimentarnos? ¿Qué es eso que nos define? ¿Es posible hablar de un perfil alimentario de los argentinos? Si, sí ¿Cómo es? Si, no ¿Por qué? ¿Cuántos perfiles dirían que hay? ¿Cómo son? ¿Cómo se llevan entre sí?
2. ¿Qué tipos de alimentos son los que más se consumen en Argentina? ¿Por qué? ¿Y cuáles son los que no se consumen/se consumen muy pocos? ¿A qué le atribuye eso?
3. Hagamos un listado de los tipos de alimentos que se ingieren: Anotemos ¿Qué tipos de alimentos ingerimos los argentino?

Cambios percibidos en los últimos años. Motivadores (5 minutos)

4. ¿Perciben cambios en el modo de alimentación de los argentinos? ¿Qué cambios? Ustedes en particular, ¿Modificaron sus hábitos? ¿Por qué? ¿Como era antes y como es ahora? ¿A qué se lo atribuyen? (atender a si son tendencias culturales, etapa vital, coyuntura económica, etc. - en caso de coyuntura económica, relevar y tratar luego de aislar esa variable).
5. ¿Hay una tendencia a consumir más saludablemente? ¿Por qué? ¿En qué se nota?
6. ¿Cómo relacionan ustedes la alimentación con la salud? (modelador entender si es una alimentación saludable preventiva o una alimentación restrictiva por enfermedad)
7. ¿Cómo impacta la alimentación en la salud?
8. Volver al listado de alimentos ¿Cuáles considera que son perjudiciales para la salud? ¿Por qué?
9. ¿Qué hace que estos alimentos no sean saludables? (moderadora: hacer un listado sobre los componentes que mencionan cómo ser sal, azúcar, grasas, conservantes, aditivos)
10. ¿Saben cuál es el riesgo de consumir estos alimentos? ¿Qué tipos de enfermedades acarrear? ¿A qué se debe? (moderadora: volver al listado de componentes y ver cada uno con qué enfermedad lo asocian) A modo informativo: Sal: hipertensión, cardiovasculares, infarto, ACV, insuficiencia cardíaca, enfermedades renales. Grasas: colesterol, triglicéridos, arteriosclerosis y las propias de la sal. Azúcar: sobrepeso y obesidad, caries y diabetes.

La Sal / El sodio. Hábitos (15 minutos)

Hablemos de sal,

11. Si yo les digo sal, que es lo primero que aparece en su cabeza, pueden ser imágenes, sentimientos, sensaciones, palabras sueltas, una frase)
12. ¿Es lo mismo para usted la sal y el sodio? ¿En qué se diferencian? ¿Impactan igual en la salud?
13. Hablemos de su consumo de sal, en el día a día (para todos los grupos excepto los 2 con cuidados de la salud).
14. ¿En qué momentos creen que consumen sal? (moderador barrer desayuno, almuerzo, merienda y cena, para ver si son conscientes sobre qué alimentos tienen sal/sodio)
15. Si volvemos al listado de alimentos, ¿Cuáles son aquellos que contienen sal/sodio? ¿Cuáles más que otros? ¿Sabían que los alimentos dulces también contienen sal/sodio?

Pensemos en la sal específicamente,

16. ¿Agregan sal a las preparaciones? ¿Por qué?
17. ¿Lo hacen antes o después de cocinarlos? ¿Antes o después de probar la comida?
18. ¿Cómo saben cuál es la cantidad adecuada? (entender si lo hacen a ojo o lo miden)
19. ¿Llevan el salero a la mesa? ¿Por qué? ¿Qué pasaría si no lo llevan?

Hábitos para los dos grupos de personas con cuidados de la salud

¿Cómo es su consumo de sal?

¿Ha cambiado en el último tiempo? ¿Por qué? ¿Qué los llevó a eso? ¿Y antes como era?

Si no consume sal, ¿Por qué lo reemplazan?

¿En qué alimentos redujeron la sal y en cuáles no?

¿Cuáles son los permitidos?

¿En qué se diferencia comer con o sin sal? ¿Qué cambia?

La Sal / El sodio y la Salud (10 minutos)

20. ¿Cómo se relacionan la sal/sodio y la salud? ¿En qué medida la sal/sodio es buena o mala para la salud?
21. ¿Considera que hay información disponible/suficiente sobre si es bueno o malo consumir sal/sodio?
22. ¿Saben cuáles son los riesgos de consumir sal/sodio en exceso? ¿Les gustaría saberlo?

23. ¿Qué tipo de enfermedades consideran que acarrea el consumo en exceso de la sal/alimentos salados?
24. ¿Creen que la sociedad argentina es consciente de los efectos de la sal/sodio en la salud? ¿Por qué? ¿Cómo se dan cuenta de ello? ¿En qué sentido?
25. ¿A usted en particular, les preocupa el consumo de sal? ¿Por qué? ¿Y en su familia/con quienes conviven?
26. ¿Qué hacen al respecto? ¿Qué precauciones toman?
27. ¿Conocen que hay una ley sobre el consumo de sal? ¿Cuál? ¿Qué implican?

Dimensión 2

Hablemos de los envases de los alimentos (5 minutos)

28. ¿Suelen mirar las etiquetas con la composición/ingredientes que están presentes en los envases? ¿Por qué?
29. ¿Cuáles sí y cuáles no? ¿Por qué? ¿En cuáles es más importante?
30. ¿Qué buscan en particular? ¿Qué es importante que digan?
31. ¿Considera necesario un mensaje de advertencia sobre la sal/ sodio en los envases de los alimentos?
32. ¿Y en los envases de sal? ¿Por qué? ¿En todos? ¿En cuáles?
33. ¿Qué tipo de advertencia, mensaje se imaginan? ¿Que diga que cosa? ¿Por qué?

Mensajes de advertencia (20 minutos)

Vamos a ver a continuación algunos mensajes que podrían estar en los envases de sal. Uds. los van a ver con la letra en el tamaño real que luego estarán implementados en los envases. Adicionalmente como son muchos, los vamos a pegar en la pared con un código, para que cuando se refieran a ese mensaje primero lo digan por el código para luego en la desgrabación estemos seguros sobre cuál están hablando. Si decimos este y este, luego en la desgrabación no vamos a saber cuál es. (Moderadora: atender que L95, S33 y X71 son los únicos aplicables a los sobres de sal).

34. Yo voy a presentar todas estas frases en unos papelitos, les voy a pedir que por favor ustedes los agrupen/clasifiquen con algún criterio que tenga sentido para ustedes, de acuerdo al tipo de mensajes/significado de la frase. Por ejemplo: este es el grupo de los mensajes que quieren decir... este el grupo de los mensajes que son (moderadora dejarlo en espontáneo y luego guiar).

Ahora les voy a pedir que los clasifiquen por diferentes criterios (como si fuera una escalera, del mayor a menor, mínimo debe haber 5 escalones y puede que haya 2 en el mismo escalón)

Moderadora leer la escalera para que quede registrado, indagar sobre los mensajes que están en el primer escalón de la escalera, ¿Por qué están allí? y ¿Por qué son importantes?

35. Si fuera por el impacto que generan al leerlo, ¿Cómo sería?

36. Y si fuera por la relevancia del mensaje que transmiten, ¿Cómo sería?

37. Y en cuanto a la claridad en la comprensión del mensaje, ¿Cuáles son los más claros y/o directos?

Si fueran ustedes quienes deben tomar la decisión sobre cuáles de estos mensajes son los más eficientes para generar concientización sobre el riesgo para la salud que implica el consumo excesivo de sal.

38. ¿Cuáles elegirían? Necesitamos quedarnos con solo 3 o 4 de los 10 mensajes.

Veamos los 3-4 elegidos (moderadora profundizar en estos mensajes):

39. ¿Qué es lo mejor de estos mensajes?

40. ¿Hay algo que se debiera optimizar al momento de implementarlos?

Mensajes implementados en los envases (20 minutos)

Ahora vamos a ver unos borradores, que hemos preparado para que se den una idea de cómo quedarían estos mensajes implementados en los diferentes envases de sal. Puede que los mensajes que están implementados sean o no los elegidos por ustedes, pero lo importante es que ustedes nos ayuden a optimizar y mejorar su incorporación en estos packs. Los invito a que tomen los envases, los vean con determinación y luego conversamos entre todos.

Moderadora barrer un tipo de envase a la vez (sobre de 0,5 g, salero de 250 g y envase de cartón de 500 g).

41. ¿Qué sensaciones les generaron estos mensajes implementados?

42. ¿Cambió en algo la percepción que tenían desde el mensaje en el papel?
¿Por qué? ¿Qué cambia?

43. ¿Qué es lo que está bueno de ver en el mensaje implementado en el paquete?

44. ¿Y qué es lo que no está tan bueno? ¿Qué se puede mejorar? (atender visibilidad)

Moderadora repetir para los otros tipos de envases.

45. Si no sale espontáneo: ¿Vieron el signo de admiración? ¿Qué creen que pasó que no lo vieron? ¿Vieron que en el N55 dice advertencia, lo habían visto? ¿Y qué les parece que diga el número de la ley?

46. Al ver estos mensajes de advertencia en este envase ¿Agregarían la misma cantidad de sal a la comida?

Moderadora repetir para los otros tipos de envases.

Contextualización y cierre (5 minutos)

Después de todo lo que estuvimos hablando

47. Si ustedes formarían parte del directorio de las empresas, ¿Qué mensaje elegirían? ¿Por qué?

48. Y si fueran parte del Ministerio de Salud, ¿Qué mensaje elegirían? ¿Por qué?

49. Considerando que estos mensajes de advertencia son de utilidad. ¿Consideraría estos mensajes de advertencia al realizar la compra de estos productos?

50. Al ver estos mensajes de advertencia en los envases ¿Cambiaría su opinión sobre la sal?

51. ¿Cree que los mensajes pueden generar un impacto en usted, que haría disminuir el consumo de sal?

52. ¿Quiénes creen que están detrás de estos mensajes (organismos, empresas, etc.)? ¿Y por qué lo hacen?

53. ¿Ven algún paralelismo entre estos mensajes en la sal y los de los paquetes de cigarrillo? ¿Y qué les pareció?

54. ¿Algo más que quieran agregar?

Agradecer y cerrar la sesión

Testeo de los mensajes de advertencia

A continuación, se les mostrará los distintos envases con diferentes mensajes de advertencia y su codificación.

Mensaje de Advertencia N° **H 11**

“El consumo excesivo de sal contribuye a la hipertensión arterial.”

Mensaje de Advertencia N° B 52

“El consumo excesivo de sal aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.”

Mensaje de Advertencia N° S 33

“El consumo excesivo de sal es perjudicial para la salud.”

Mensaje de Advertencia N° J 4

“El consumo excesivo de sal en todas las etapas de la vida es perjudicial para tu salud.”

Mensaje de Advertencia N° N 55

“El consumo excesivo de sal te aumenta la presión arterial a cualquier edad”

Mensaje de Advertencia N° C 67

“El consumo excesivo de sal también aumenta la presión arterial en niños”

Mensaje de Advertencia N° X 71

“El consumo excesivo de sal causa infartos”

Mensaje de Advertencia N° E 89

“El consumo excesivo de sal es causa de muerte prematura”

Mensaje de Advertencia N° L 95

“El consumo excesivo de sal causa ACV”

Mensaje de Advertencia N° R 10

“El consumo excesivo de sal es la principal causa de hipertensión”

Modelo de envases, tamaños y porcentaje de cobertura de las advertencias

Modelos de testeo presentes en todos los grupos

	Alto Envase (cm)	Ancho Envase (cm)	Alto advertencia (cm)	Ancho advertencia (cm)	Porcentaje Advertencia
Sobre individual 0,5 g	4,3	4,2	2,15	4,2	50%
Salero 250 g	11,2	5	3,92	5	35%

Envase cartón 500 g	14,5	8	3,62	8	25%
------------------------	------	---	------	---	-----



Modelos de testeo presentes en....

	Alto Envase (cm)	Ancho Envase (cm)	Alto advertencia (cm)	Ancho advertencia (cm)	Porcentaje Advertencia
Salero 250 g	11,2	5	4.48	5	40%
Envase cartón 500 g	14,5	8	5.8	8	40%

Sobre individual 0,5 g	Salero 250 g	Envase cartón 500 g



Anexo 2

Ficha de Reclutamiento

Buenos días / tardes / noches. Mi nombre es....., soy encuestador de Pérez Aramburú & Asociados ¿Sería tan amable de respondernos algunas preguntas asociadas a temas de interés general?

La entrevista que le vamos a realizar dura menos de cinco minutos y le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las Leyes sobre Secreto Estadístico y Protección de datos personales.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ENTREVISTADO (A LLENAR POR LA RECLUTADORA)

1. Sexo

Varón	☑ 1
Mujer	☑ 2



2. Edad (Años Cumplidos)

3. Ud. vive en (*especificar barrio donde vive*)






Atención: La persona debe “residir” en esos barrios, asegurando un mix de jurisdicciones de AMBA por grupo (Confirmar que reside en esa dirección con su DNI o servicio a su nombre)

FILTRO

4. ¿Ha participado alguna vez en grupos de conversación o grupos focales en los últimos 6 meses?

Si (fin de la entrevista)	 1
No (continúa)	 2

5. Usted, o alguien en su hogar, ¿Trabaja o participa activamente en alguna de las siguientes industrias, actividades o profesiones?

Profesional de la salud	 1
Industria alimentaria, comunicación o publicidad	 2
Investigación de Mercado u opinión pública	 3
Actividad relacionada con alimentos, bebidas o nutrición	 4
Ninguna de las actividades anteriores (continúa)	 5

ATENCIÓN RECLUTADOR: SI CONTESTA “SI” A CUALQUIERA DE LAS ACTIVIDADES DEL 1 AL 4, FINALIZAR.

6. ¿Podría indicarnos si Ud. es una persona no vidente?

Si (fin de la entrevista)	1
No (continúa)	2

7. Actualmente, ¿se encuentra trabajando?

Si (continúa)	1
No (pasa a P9)	2

***NO MÁS DE DOS DESOCUPADOS POR GRUPO**

8. ¿Usted ha realizado alguna vez la compra de alimentos ya sea para usted o para el hogar?

Si	1
No (fin de la entrevista)	2

9. ¿Alguna vez su médico le diagnosticó alguna de las siguientes enfermedades? Leer todas y marcar las que correspondan.

Hipertensión arterial (presión alta)	1
Cardiopatía coronaria (infarto de miocardio)	2
Enfermedad cerebrovascular (apoplejía/ACV)	3
Enfermedad vascular periférica	4
Insuficiencia cardíaca	5
Cardiopatía reumática	6
Cardiopatía congénita	7
Miocardopatía	8
Enfermedades renales	9

10. ¿Alguna vez su médico le indicó una dieta hiposódica?

Si	1
No (fin de la entrevista)	2

ATENCIÓN RECLUTADOR: NECESITAMOS QUE LOS PARTICIPANTES QUE CONVOQUEMOS PARA EL GRUPO Nº 4 Y Nº 9 DEL CRONOGRAMA, HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS POR UN MÉDICO, Y LES HAYA INDICADO UNA DIETA HIPOSÓDICA

A continuación, le vamos a realizar algunas preguntas adicionales para completar su perfil socioeconómico.

Reclutador: Recordar que la clasificación del nivel es del entrevistado, no del principal sostén del hogar.

11. ¿Cuál es su máximo nivel educativo alcanzado?

Sin estudios	1
Primaria incompleta	2
Primaria completa	3
Secundaria incompleta	4
Secundaria completa	5
Terciaria o Universitaria incompleta	6
Terciaria completa (con título)	7
Universitaria completa (con título)	8
Postgrado	9

Atención si estudia o estudió alguna carrera médica, o alguna carrera relacionada con alimentos -nutrición, ingeniería en alimentos entre otras- periodismo, sociología, comunicación, carrera relacionada con el área del marketing y publicidad, finalizar.

12. Indique por favor la carrera estudiada o en curso:

13. ¿Podría indicarnos su situación ocupacional?

Trabaja en un cargo formal	1 Si
Si no trabaja leer: no trabaja porque (leer categorías)	

Está desocupado (busca trabajo activamente)	🏠 2
Vive de rentas, alquileres, inversiones donde no trabaja	🏠 3
Es jubilado de alguna actividad o trabajo o tiene una pensión	🏠 4
Es ama de casa	🏠 5
Es estudiante	🏠 6
Tiene un plan social / cobra asignación por hijo o similar	🏠 7
No contesta	🏠 8

Nota: Reclutador, registrar la actividad actual del potencial invitado:

14. ¿Podría indicarnos su ocupación actual?

Nota: Si está desocupado o es jubilado preguntar por la última ocupación



Socio / dueño de empresas con empleados a cargo / directivo de grandes empresas	🏠 1
Jefe / empleado con personal a cargo / gerentes intermedios	🏠 2
Profesional (empleado sin personal a cargo o independiente sin empleados)	🏠 3
Cuentapropista pleno (35 hs. o más por semana) / Empleado de calificación técnica no Univ.	🏠 4
Empleado sin jerarquía / administrativo / operario / trabajador. Manual. Trabajos no calificados	🏠 5

REFERENCIA CLASIFICACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL ENTREVISTADO				
SEGMENTO	CALIFICACIÓN	OCUPACIÓN	EDUCACIÓN	MARQUE CON X

ESTRATO MEDIO (C1 / C2 / C3)	Profesional	- Socio /dueño de empresas con empleados a cargo / directivo de grandes empresas - Profesional (empleado sin personal a cargo o independiente sin empleados)	Universitario completo y más	
	Técnico – Profesional	- Empleado calificado - Jefes en empresas medianas y grandes - Docente universitario ocupado pleno	Secundaria completa Terciario completo Universitario incompleto	
ESTRATO BAJO (D1 D2)	No calificado	- Empleado sin jerarquía (administrativo / operario / ordenanza) - Cuentapropista no calificado - Trabajos inestables	Hasta secundaria completa	

INVITACIÓN

Quisiéramos invitarlo a una reunión con motivo de conversar sobre temas de actualidad, preferencias y gustos. A modo de reconocimiento por su colaboración se entregará un presente. ¿Le interesaría participar?

Invitación Aceptada	 1
Invitación Rechazada	 2

RECLUTADOR, MUY IMPORTANTE, COMPLETAR:

1- Nombre y Apellido invitado (como figura en DNI)

.....

2- DNI

.....

3- Participará en el focus group N°.....

RECIBÍ EN CONCEPTO DE PREMIO POR PARTICIPACIÓN EN EL FOCUS GROUP N°....., LA SUMA DE

PREMIOS..... (\$.....) SEGÚN RECIBO N°.....

Anexo ficha de reclutamiento para reclutadores **Requerimientos perfiles de potenciales invitados**

I.- EN CUANTO LA SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

- ✓ Es imprescindible que asistan a los grupos y a las entrevistas los participantes que se ajusten fielmente a los perfiles requeridos. Para ello, el requerimiento principal es la estricta aplicación de la ficha de reclutamiento enviada por Pérez Aramburú & Asociados con sus criterios de inclusión y exclusión, en todas sus partes. ***Los participantes deben cumplir todos los rasgos requeridos y no sólo algunos.***
- ✓ Evitar que se hagan presentes en la misma reunión personas que se conocen entre sí o con algún tipo de vinculación (familiar, amistad, laboral, vecindad).
- ✓ No pueden ser invitados participantes que hayan asistido anteriormente a nuestros grupos, dentro de los 6 meses anteriores.

II.- EN CUANTO A LOS SEGMENTOS Y COMPOSICIÓN DE CADA GRUPO

- ✓ Los invitados deben ser residentes de los barrios y jurisdicciones donde son convocados a participar. -
- ✓ No incluir personas que trabajen dentro de administraciones públicas de ningún nivel, ni militantes de partido o dirigentes políticos. También evitar la presencia de personas conocidas o reconocidas en el medio social: artistas, representantes asociaciones civiles, sindicatos, entre otros.
- ✓ En cuanto a los tramos de edad requeridos, procurar que el conjunto de los participantes se distribuya a lo largo de ese tramo, evitando que se concentren en determinados puntos de edad. -
- ✓ Evitar tener por grupo más de 2 personas con ocupaciones o profesiones iguales dentro de los grupos. Puede hacerse una mayor excepción en el caso de las mujeres populares (ej.: 3 / 4 amas de casa por grupo).- Cada reclutador no debe repetir la profesión (no deben quedar más de 2 profesiones iguales por cada grupo).
- ✓ Cuidar que la composición de los grupos sea lo más homogénea posible socioeconómicamente (clasificación final según la persona que participará en el grupo, no según el jefe de hogar).
- ✓ No aceptar padres ni madres entre las mujeres del grupo de jóvenes, a menos que se requiera específicamente lo contrario. -
- ✓ Los grupos deben tener una composición de C amplio.

- ✓ Los grupos mixtos deben tener una composición cercana al 50% y 50% de distribución de sexo.

III.- CHEQUEO DE PARTICIPANTES ANTERIORES (EN PROCESO DE RECLUTAMIENTO)

- ✓ Antes de proceder a la invitación final del participante se debe cotejar la base de datos que contiene la información de los "participantes anteriores" para determinar si este invitado participó previamente. Si participó anteriormente, dentro de los 6 meses anteriores, no debe volver a invitarse.-
- ✓ El cotejo implica buscar duplicados de **Nombres y/o DNI** en el programa creado a tal efecto. En caso de que un participante haya asistido a uno de los grupos, saltará la alerta correspondiente si encuentra alguna coincidencia en los Nombres y/o DNI.
- ✓ Debe cuidarse y controlarse, tanto en la carga de participantes anteriores como de los que potencialmente participarán, los siguientes detalles:
 - Los nombres y apellidos de la persona deben ingresarse **tal como figura en el DNI** respetando puntuación y ortografía, en formato MAYÚSCULA sin espacios antes y después (ej., "PÉREZ JUAN CARLOS").
 - El número de DNI tiene que cargarse sin puntos ni espacios (ej., "20345678").

IV.- EN CUANTO A LOS ARGUMENTOS Y CONDICIONES DE LA REUNIÓN

- ✓ Al momento de realizar la invitación para participar del estudio, se debe presentar un argumento genérico, cuidando no brindar detalles de ningún tipo en cuanto al objetivo específico del estudio (evitando predisponer la atención de los participantes en sentido alguno).-
Se sugiere extender la invitación, para el caso de los grupos, indicando que se los invita a concurrir a una conversación grupal, cuyo principal tema de conversación serán cuestiones de interés general. En la misma participarán alrededor de 9 personas con ocupaciones, niveles educativos y perfiles similares al suyo. Recordamos que se llevará adelante en (indicar hora y lugar) y tendrá, café mediante, una duración máxima de 2 horas. El reconocimiento por su participación será de..... Igual argumento se utilizará para las entrevistas en profundidad.
- ✓ Informar claramente de las condiciones de la reunión: **hora, lugar y duración**, haciendo énfasis en el requerimiento de puntualidad.

- ✓ Tomar todos los datos indicando específicamente que deben ser exactos a como aparecen en el DNI, incluyendo dirección. En caso de que la dirección del invitado (por el motivo que sea), fuera diferente de la que aparece en su DNI, el invitado debe presentar una constancia de domicilio como ser una Factura de Servicios a su nombre (para constatar su lugar de residencia).

V.- JURISDICCIONES QUE INGRESAN DENTRO DEL ESTUDIO

Las zonas de CABA con sus respectivas comunas de la siguiente manera:

- **ZONA SUR: COMUNA 1 (ALGUNOS BARRIOS), 4, 8, 9 Y 10 QUE COMPRENDEN LOS SIGUIENTES BARRIOS:**

San Telmo, Boca, Barracas, Constitución, Parque Patricios, Pompeya, Mataderos, Liniers, Parque Avellaneda, Villa Soldati, Villa Lugano, Villa Riachuelo, Villa Real, Monte Castro, Versalles, Floresta, Vélez Sarsfield y Villa Luro.

- **ZONA CENTRO: COMUNA 3, 5, 6, 7, 11 Y 15 QUE COMPRENDEN LOS SIGUIENTES BARRIOS:**

San Cristóbal, Balvanera, Boedo, Almagro, Caballito, Parque Chacabuco, Flores, Villa Gral. Mitre, Villa Devoto, Villa del Parque, Villa Santa Rita, Vélez Sarsfield, Villa Crespo, Paternal, Chacarita, Villa Ortúzar, Parque Chas y Agronomía.

- **ZONA NORTE: COMUNA 1 (ALGUNOS BARRIOS), 2, 12, 13 Y 14 QUE COMPRENDEN LOS SIGUIENTES BARRIOS:**

Retiro, San Nicolás, Montserrat, Puerto Madero, Recoleta, Palermo, Colegiales, Belgrano, Núñez, Villa Pueyrredón, Coghlan, Saavedra y Villa Urquiza y Villa Pueyrredón.

Los partidos y localidades que completan el área Metropolitana son los siguientes:

I Sección Electoral:

Comprende 24 partidos:

Campana, Escobar, General Las Heras, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, Luján, Mercedes, Merlo, Moreno, Navarro, Pilar, San Miguel, Suipacha, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López, José C. Paz, San Fernando, Malvinas Argentinas, Marcos Pas, San Isidro.

III Sección Electoral:

Comprende 19 partidos:

Avellaneda, Berazategui, Berisso, Brandsen, Cañuelas, Ensenada, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, La Matanza, Lanús, Lobos, Lomas de Zamora, Magdalena, Presidente Perón, Punta Indio, Quilmes, Almirante Brown y San Vicente.

Anexo 3

Consentimiento informado

La presente investigación es realizada por el Ministerio de Salud de la Nación

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá participar de un grupo de investigación. Esto tomará aproximadamente 90 minutos de su tiempo. Lo conversado durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. También cabe aclarar que es probable que sea entrevistado por la investigadora en otra oportunidad en caso de ser necesario.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de la presente investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas (pasadas a un sistema digital) las grabaciones se destruirán. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

.....
Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado(a) sobre el objetivo del estudio: Etiquetado Frontal de alimentos.

Me han indicado también que tendré que participar de un grupo de trabajo que durará aproximadamente 90 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada sin mi consentimiento para ningún otro propósito fuera del presente estudio.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en el estudio, puede llamar al Programa de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, tel.: 5368 5500. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.

Bibliografía

1. Taylor RS, et al. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane review). *Am J Hypertens* 2011; 24:843–853.
2. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*.2018; 39:3021–3104.
3. Ferrante D, Apro N, Ferreira V, Virgolini M, Aguilar V, Sosa M, et al. Feasibility of salt reduction in processed foods in argentina. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 29(2):69–75.
4. Rubinstein A y col. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):237–45.
5. He FJ, MacGregor GA: Reducing population salt intake worldwide: from evidence to implementation. *ProgCardiovascDis* 2010;52(5),363-82.
6. Nagata C, Takatsuka N, Shimizu N, et al: Sodium intake and risk of death from stroke in Japanese men and women. *Stroke* 2004; 35:1543-1547.
7. Organización Mundial de la Salud. Reducing Salt Intake in Populations: Report of a WHO Forum and Technical Meeting 5-7 Octubre, 2006, París, Francia.Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2007.
8. He F, MacGregor G. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *J Hum Hypertens* 2002; 16:761-70.
9. Organización Mundial de la Salud. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra, Suiza, OMS; 2009.
10. He FJ, MacGregor GA. Importance of Salt in Determining Blood Pressure in Children. Meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2006; 48:861-9.
11. INTERSALT Cooperative Group. INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24-hour urinary sodium and potassium excretion. *Br Med J* 1988, 297: 319-28.
12. Elliott P et al., for the INTERSALT Cooperative Research Group (1996). INTERSALT revisited: further analysis of 24-hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. *Br Med J* 1996; 312: 1249-53. En: <http://www.bmj.com/content/312/7041/1249.full> [Visitada 13-03-2013].
13. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365(9455): 217-23.
14. Ferrante D, Gautero ME, Carles M, Elorza C, Duymovich C, Konfino J, et al. Iniciativa Menos Sal, Más Vida: estrategia para la reducción de la ingesta de sodio en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2015;6(22):35-39.

15. World Health Organization. Guideline: Sodium intake for adults and children [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [citado 3 ene 2017]. Disponible en: <http://tinyurl.com/mrtljco>.
16. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Cuarta encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, 2018. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001444cnt-2019-04_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf.
17. Asaria P, Chisholm D, Mathers C, Ezzati M, Beaglehole R. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*. 2007; 370:2044–53.
18. Murray CJ, Lauer JA, Hutubessy RC, Niessen L, Tomijima N, Rodgers A, Lawes CM, Evans DB. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular disease risk. *Lancet*. 2003; 361: 717-25
19. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Available at: <http://www.who.int/whr/2002/en/> Accessed September 13, 2009.
20. Feng JH, MacGregor GA. Salt in food. *Lancet*. 2005; 365: 844-45.
21. SHAKE menos sal, más salud. Guía técnica para reducir el consumo de sal. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.
22. Campbell NRC, Webster J, Blanco-Metzler A, et al. Packages of sodium (Salt) sold for consumption and salt dispensers should be required to have a front of package health warning label: A position statement of the World Hypertension League, national and international health and scientific organizations. *J Clin Hypertens*. 2019; 00:1–3. <https://doi.org/10.1111/jch.13698>.
23. Brewer NT, Hall MG, Noar SM, Parada H, Stein-Seroussi A, Bach LE, Hanley S, Ribisl KM. Effect of Pictorial Cigarette Pack Warnings on Changes in Smoking Behavior: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016 Jul 1;176(7):905-12. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.2621.
24. Hammond D et al. Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour. *Tobacco Control* 2003; 12:391–395.
25. Koval JJ et al. The potential effectiveness of warning labels on cigarette packages: the perceptions of young adult Canadians. *Canadian Journal of Public Health* 2005; 96:353–356.
26. Datafolha Instituto de Pesquisas. Opinião pública: Campanha contra o fumo [Public opinion: Campaign against smoking]. Internet summary of findings, April 21, 2002 (http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=625, accessed 7 April 2009).
27. Canadian Cancer Society. Evaluation of new warnings on cigarette packages. Prepared by: Environics, Focus Canada 2001-3; 2001. See: <http://www.cancer.ca>, accessed 6 April 2009.

28. Health Promotion Board. Graphic health warnings on tobacco packaging inspire smokers to quit the habit [press release] (http://www.hpb.gov.sg/hpb/default.asp?pg_id=2982, accessed 29 January 2009).
29. International Tobacco Control Policy Evaluation Project. Wave 2 Data, Thailand, 2007 (see <http://www.itcproject.org/projects/thailand>, accessed 7 April 2009).
30. Sánchez G et al. Conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de sal, la salud y el etiquetado nutricional en Argentina, Costa Rica y Ecuador. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 32(4): 259–64
31. Claro R et al. Consumer attitudes, knowledge, and behavior related to salt consumption in sentinel countries of the Americas. *Rev Panam Salud Pública* 2012; 32(4), 265–73.
32. Vázquez MB; Lema SN; Contarini A, Renten Ch. Sal y salud, el punto de vista del consumidor argentino obtenido por la técnica de grupos focales. *Rev Chil Nutr* 2012; 39 (4): 185-190.
33. Peña L, Bergesio L, Discacciati V, Majdalani MP, Elorriaga N, Mejía R. Actitudes y comportamientos acerca del consumo de sodio y grasas trans en Argentina. *Rev Argent Salud Pública*. 2015; Dic;6(25):7-13.
34. Alimentación y riesgos para la salud: visiones sobre la alimentación saludable y prácticas alimentarias de mujeres y varones de clase media en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *SALUD COLECTIVA*. 2016;12(4):519-536. doi: 0.18294/sc.2016.913
35. Organización Mundial de la Salud. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra, Suiza, OMS; 200
36. Ferrante D, Konfino J, Mejía R, Coxson P, Moran A, Goldman L, et al. Relación costo-utilidad de la disminución del consumo de sal y su efecto en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(4):274–80.
37. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet*. 2007; 370:1939–46.
38. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000543cnt-2014-08_Ley26905-Ley-Sodio.pdf.
39. LEY 26.905. Promoción de la reducción del consumo de sodio en la población, Buenos Aires 2013. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=22097>.
40. Secretaria de Regulación y Gestión Sanitaria; Secretaría de Alimentos Bioeconomía. Resolución Conjunta 1/2018. 2018. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/310000-314999/314684/norma.htm>.
41. Secretaria de Regulación y Gestión Sanitaria; Secretaría de Alimentos Bioeconomía. Resolución Conjunta 4/2019. 2019. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/319833/norma.htm>.

42. Secretaria de Regulación y Gestión Sanitaria; Secretaría de Alimentos Bioeconomía. Resolución Conjunta 33/2019. 2019. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/222044/20191127>.
43. Vasilachis de Gialdino, Irene (coord). 2006. Estrategias de investigación cualitativa. Buenos Aires: Gedisa.
44. Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Saint. Panam. 1996; 120(6): 472-81.
45. Debus M. Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development; 1997.
46. Meier MJ, Kudlowicz S. Grupo focal: uma experiência singular. Texto & Contexto Enf. 2003; 12(3): 394-9.
47. Iervolino AS, Pelicione MC. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev. Esc. Enf. USP. 2001; 35(2): 115-21.
48. FICSA, UNICEF. 2016. Brechas sociales de la obesidad en la niñez y adolescencia. Análisis de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE).
49. Strazzullo P, Leclercq C. Sodium. Adv Nutr. 2014 March; 5:188-190.
50. Friedman PA. Mechanisms of renal calcium transport. Exp Nephrol. 2000 Nov-Dec;8(6):343-50.
51. World Health Organization. Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting, 5-7 october 2006 Paris, France. 2007 [citado: 3/4/2015]. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/Salt_Report_VC_april07.pdf.
52. SACN (Scientific Advisory Committee on Nutrition) Salt and Health. 2003. The Stationery Office, Norwich, United Kingdom. Disponible en: http://www.sacn.gov.uk/pdfs/sacn_salt_final.pdf.
53. MacGregor GA. Salt: blood pressure, the kidney, and other harmful effects. Nephrol Dial Transplant 1998.;13: 2471-9.
54. Karppanen H; Mervaala E. Sodium Intake and Hypertension. Prog Cardiovasc Dis 2006; 49: 59-75.
55. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. J Hum Hypertens. 2009;23: 363-84.
56. James WP, Ralp A, Sanchez-Castillo CP: The dominance of salt in manufactured food in the sodium intake of affluent societies. Lancet 1987; 1:426-429.
57. Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Argentina [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2016 [citado 3 ene 2017]. Disponible en: <http://tinyurl.com/k9km55u>
58. http://www.alimentosargentinos.gob.ar/contenido/marco/CAA/Capitulo_04.htm.

59. http://www.anmat.gov.ar/alimentos/codigoa/CAPITULO_I.pdf.
60. <http://www.alimentosargentinos.gob.ar/contenido/valorAr/Educa/rotulo/ComoLeerelRotulo.pdf>
61. Reglamento Técnico Mercosur para Rotulación de Alimentos Envasados. MERCOSUR/GMC/RES. N° 26/03.
62. Directrices sobre etiquetado nutricional. Ref CAC/GL 2-1985. <http://www.fao.org/ag/humannutrition/33311-065a023f960ba72b7291fb0bc07f36a3a.pdf>.

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina