

Estudios Sociales

Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional

Volumen 35, Número 65. Enero – Junio 2025
Revista Electrónica. ISSN: 2395-9169

Artículo

Consumo de bebidas artificiales con y sin azúcar en Argentina:
un análisis de patrones y desigualdades sociales en la población urbana adulta

Consumption of artificial drinks sweetened with sugar and with low or non-caloric
sweeteners in Argentina: an analysis of patterns and social inequalities in the adult urban
population

DOI: [https://10.24836/es.v35i65.1527
e251527](https://10.24836/es.v35i65.1527e251527)

Betina Freidin*

<https://orcid.org/0000-0001-7458-2160>
freidinbetina@gmail.com

Matías Salvador Ballesteros*

<https://orcid.org/0000-0003-1321-2777>
matiballesteros@yahoo.com.ar

Josefina Roques*

<https://orcid.org/0009-0002-7702-5161>
josefinaroques90@gmail.com

Mora Ontiveros Fuertes*

<https://orcid.org/0009-0009-2701-4510>
moraontiverosfuertes@gmail.com

Fecha de recepción: 30 de abril de 2024.

Fecha de aceptación: 20 de febrero de 2025.

*Universidad de Buenos Aires y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina.

Autora para correspondencia: Betina Freidin.

Uriburu 950, piso 6. Tel. 54 011 5287-1451

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C.
Hermosillo, Sonora, México.



Resumen

Objetivo: analizar patrones sociodemográficos de consumo de bebidas artificiales azucaradas (BAA) y endulzadas sin azúcar (BASA) de la población adulta urbana de Argentina. **Metodología:** estudio transversal, descriptivo y correlacional con datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2018-19. Se realizó un análisis bivariado y multivariado con regresiones logísticas binarias. **Resultados:** el consumo de BAA es mayor en la población de menor nivel educativo e ingresos, que no cuenta con cañería de agua en su vivienda, entre los varones, los más jóvenes, así como entre quienes viven en hogares con menores y entre quienes no tienen un diagnóstico de diabetes o colesterol elevado. El efecto del género disminuye en la población adulta mayor. y el del grupo etario entre las mujeres. Un patrón inverso de consumo para muchas variables se observa con las BASA: es mayor en la población con mayor nivel educativo e ingresos, que cuenta con cañería de agua en su vivienda, entre las mujeres y quienes tienen un diagnóstico de diabetes o colesterol elevado. **Limitaciones:** la fuente estadística utilizada es anterior a la incorporación de sellos de advertencia de nutrientes críticos en los envases de bebidas. **Conclusiones:** el consumo de BAA en Argentina es muy elevado, está estratificado socialmente y condicionado por el género y la edad. Es necesario implementar políticas públicas que reduzcan su consumo por sus efectos negativos para la salud.

Palabras clave: alimentación contemporánea, bebidas artificiales azucaradas; Bebidas artificiales endulzadas sin azúcar; Desigualdades sociales; Argentina; Encuesta Nacional de Nutrición y Salud

Abstract

Objective: To analyze socio-demographic patterns of consumption of artificial drinks sweetened with sugar (BAA, in Spanish) and with low or non-caloric sweeteners (BASA, in Spanish) in the Argentinean adult population. **Methodology:** Cross-sectional, descriptive and correlational study based on the Nutrition and Health National Survey conducted in 2018 and 2019 in urban areas. Bivariate and multivariate analyses were conducted with logistic regressions. **Results:** BAA consumption is higher among the population with lower levels of education and income, those who live in a house without a water pipe, among men, younger groups, those who live in a home with children, and among those with a diagnosis of diabetes or high cholesterol. The effect of gender decreases among the oldest group and the age effect is lower among women. A reverse pattern of consumption of BASA is observed for several variables: It is higher among people with higher levels of income and education, those who have access to a house with water pipe, among women and those with a diagnosis of diabetes or high cholesterol. **Limitations:** The quantitative source used is previous to the mandatory incorporation of critical nutrients labels in drinks packages. **Conclusions:** The consumption of BAA is very high in Argentina; similar to patterns observed in other countries is socially stratified and shaped by gender and age. Public policies are needed to reduce its consumptions due to its negative effects for health.

Keywords: contemporary food, artificial drinks sweetened with sugar; Artificial drinks with low or non-caloric sweeteners; Social disparities; Argentina, Nutrition and Health National Survey 2018-2019

Introducción

En este artículo se analizan patrones sociodemográficos de consumo de bebidas artificiales azucaradas (BAA) y endulzadas sin azúcar (BASA), a partir de los datos para la población adulta urbana argentina que provienen de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2018-2019 (ENNyS 2018-2019).¹ Junto con otros productos ultraprocesados, el consumo de BAA se asocia con dietas nutricionalmente desequilibradas, el sobrepeso y la obesidad, la diabetes tipo 2, otras enfermedades crónicas no transmisibles y las caries dentales (OPS, 2019; Lara-Castor et al., 2025). Los alimentos y productos ultraprocesados (PUP) se caracterizan por ser productos industriales manufacturados con sustancias derivadas de otros alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas, y por tener un muy bajo valor nutricional. Son usualmente hiperpalatables y pueden llegar a ser casi-adictivos (OPS, 2015). Sus precios relativos han disminuido a lo largo del tiempo, especialmente en los países de mayores ingresos (Baker et al., 2020).

El mercado de PUP ha crecido globalmente acompañando los procesos de urbanización y desregulación de los mercados (OPS, 2015; Adams, Hofman, Moubarac y Thow, 2020), mostrando una convergencia hacia dietas con mayor nivel de procesamiento, pero también divergencias regionales y nacionales en volúmenes de ventas y tipos de productos (Hawkes, 2007; Baker et al., 2020). Su mayor disponibilidad se da en el marco de la globalización de los sistemas de producción, con un rol central en la transición nutricional marcada por el incremento del consumo de grasas, endulzantes, y productos energéticamente densos y con alto procesamiento (Hawkes, 2007 Adams et al., 2020; Lara Castor et al., 2025). La expansión

¹ El análisis se realizó en el marco de los proyectos PIP CONICET Código 11220220100111 y UBACyT Código 20020220100032, ambos radicados en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires. El artículo, además, fue parcialmente elaborado en el contexto del proyecto INCASI2, que ha recibido financiación del programa de investigación e innovación Horizonte Europa de la Unión Europea en virtud del acuerdo de subvención Marie Skłodowska-Curie n° 101130456 (<https://incasi.uab.es>). Sin embargo, las opiniones y puntos de vista expresados son únicamente los de los autores y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea o la Agencia Ejecutiva Europea de Investigación. Ni la Unión Europea ni la autoridad que concede la subvención pueden considerarse responsables de ellos.

transnacional de las grandes corporaciones de alimentos y bebidas son actores claves, con sus estrategias de marketing y mecanismos de influencia política (Hawkes, 2007; Baker et al., 2020). Su creciente disponibilidad en los países de bajos y medianos ingresos se registra desde los años setenta en detrimento de dietas más tradicionales. El aumento de la venta de PUP se registró en varios países latinoamericanos, incluyendo la Argentina (OPS, 2015, 2019; Zapata, Ballesteros, Freidin, Tamburini y Rovirosa, 2023).

En particular, el consumo de BAA (gaseosas, jugos en polvo o concentrados, aguas saborizadas, energizantes, y bebidas deportivas) aumentó en países de altos ingresos hasta mediados de los años 2000, cuando el mercado se diversificó con la oferta de bebidas artificiales con menor contenido de azúcar y endulzantes artificiales no calóricos. Sin embargo, esta tendencia no se observaba en los países de bajos y medianos ingresos en los que se registró un incremento en el consumo de BAA para esos años (Popkin, 2012) y los siguientes (WHO, 2023). Su consumo se asocia con el deterioro de la salud bucal y con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, la obesidad, la diabetes tipo 2, enfermedades hepáticas, cardio-metabólicas y la osteoporosis (Popkin, 2012; OPS, 2019; Lara Castor et al., 2025).

En 2013, las grandes compañías de gaseosas, lideradas por las dos grandes transnacionales norteamericanas, concentraban más del 80% de las ventas de gaseosas en Latinoamérica y más del 40% de los jugos (OPS, 2015). Mientras que en Estados Unidos el volumen de ventas descendió entre el 2000 y el 2013, en América Latina las ventas se duplicaron (OPS, 2015). En Argentina, el consumo de gaseosas, que comenzó a hacerse masivo desde los años 60, se encuentra entre los más altos del mundo (Baritoli, Elorza y Geri, 2020; Alcaraz et al., 2020). En 2013 Coca-Cola Company y Pepsico concentraban el 82,1% del mercado de gaseosas (Finzi, Gualdoni y Cabrera, 2018). Según datos del Euromonitor para el período 2005-2015, en el mercado local de bebidas sin alcohol predominaban las gaseosas

(59%), mientras que las aguas saborizadas representaban un 11%, con un crecimiento en los últimos años de bebidas con menor contenido de azúcar y bajas calorías (Maceira y Espinola, 2018).

En países europeos, entre los años 2016 y 2021 se observó un decrecimiento de siete puntos porcentuales en las ventas de bebidas sin alcohol azucaradas y los mismos puntos porcentuales de aumento en las de bebidas analcohólicas de bajas o sin calorías (Walton y Wittekind, 2023). Este último tipo de bebidas, y en especial las gaseosas *diet*, son las más consumidas a nivel mundial en el grupo de productos que contienen endulzantes artificiales no calóricos o de bajas calorías (Sylvetsky y Rother, 2016). Originalmente introducidos en la dieta para personas con diabetes, el uso de estos endulzantes artificiales se masificó asociándolo con alimentos y bebidas más saludables para la prevención del sobrepeso y la obesidad (Peña, 2010). Como lo señala De la Peña (2010), para Estados Unidos, su utilización por personas no diabéticas, principalmente mujeres, tomó impulso con el desarrollo de la segunda generación de endulzantes artificiales que mejoraron su sabor, la mayor popularidad de los programas de adelgazamiento, y con el mejoramiento de las estrategias de marketing de las empresas alimenticias de productos dietéticos y que elaboran los endulzantes. Sin embargo, las controversias sobre posibles efectos adversos para la salud del uso prolongado de algunos de los edulcorantes, y en cantidades excesivas, acompañaron su difusión a escala global (De la Peña, 2010).

En Argentina, los debates sobre la peligrosidad para la salud del consumo de algunos edulcorantes artificiales fueron objeto de atención cíclica de la cobertura periodística (Freidin, 2016).² En 2023 acapararon la atención de la prensa tras la difusión de un informe de la OMS

² Por ejemplo, el edulcorante artificial aspartame o aspartamo fue incorporado al Código Alimentario Argentino con una ingesta diaria admitida de hasta 40 mg/kg del peso corporal. Debido al pánico generado por la información difundida sobre su peligrosidad en distintos medios sociales e Internet años atrás, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) dedicó un artículo de difusión sobre su uso seguro según la evidencia disponible y las regulaciones internacionales (Freidin, 2016).

(2023). El reporte se basó la revisión de la evidencia disponible sobre su consumo en las cantidades consideradas seguras y el desarrollo de la diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares,³ así como su no asociación con la pérdida de peso corporal en el largo plazo en la población adulta. La directriz condicional, no concluyente, de la OMS en dicho reporte fue que “no se utilicen edulcorantes sin azúcar como medio para controlar el peso o reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles (*recomendación condicional*)” (OMS, 2023, p.7).⁴

Los organismos internacionales proponen varias intervenciones estatales para disminuir el consumo de BAA que incluyen políticas impositivas, campañas informativas, la introducción de etiquetados frontales en los envases y la regulación de su venta en los entornos escolares (WHO, 2023; OPS, 2019, 2015). México y Chile son los países latinoamericanos que han invertido mayores esfuerzos en esta dirección (Barraud y Cristina, 2021; Bergallo y Castagnari, 2018). Sin embargo, Argentina se encuentra rezagada respecto de otros países de la región en políticas impositivas para desalentar el consumo de BAA.

Desde el año 1996 existe un impuesto nacional interno del 8% a las bebidas analcohólicas, jarabes, extractos y concentrados, que se reduce a un 4% cuando se trata de aguas saborizadas o bebidas analcohólicas elaboradas con un mínimo de 10% de jugos de frutas (Baritoli et al., 2020). En 2017 un proyecto de ley de Reforma Tributaria propuso gravar el azúcar añadido artificialmente en las bebidas analcohólicas siguiendo las recomendaciones de la OMS, con la modificación en las alícuotas de impuestos internos a las bebidas. Las alícuotas pasarían del 4%-8% al 17% para aquellas con azúcares libres artificialmente añadidos en el proceso productivo, mientras que las bebidas sin azúcar añadido, o los productos que utilicen

³ Entre los edulcorantes no nutritivos que no son azúcar, el informe incluye como más comunes el acesulfamo-K, el aspartamo, el advantamo, los ciclamatos, el neotamo, la sacarina, la sucralosa, la estevia y los derivados dela estevia.

⁴ “Se entiende por recomendaciones condicionales aquellas respecto de las cuales el Grupo de Elaboración de Directrices de la OMS está menos seguro de que las consecuencias deseables de su aplicación superen las indeseables, o aquellas cuyos beneficios netos previstos son muy pequeños. Por lo tanto, puede ser necesario un debate sustantivo entre los responsables de la formulación de políticas antes de que una recomendación condicional pueda ser adoptada como política” (OMS, 2023, p. 8).

el dulzor de jugos naturales en mayores concentraciones y no contengan azúcares artificialmente añadidos no serían alcanzadas por el impuesto (pasaría a 0%). Esta ley no fue aprobada por el Congreso Nacional, por lo que actualmente no hay diferenciación en el tratamiento tributario según una bebida contenga o no azúcar (Barraud y Cristina, 2021).

La experiencia mexicana mostró la importancia del gravamen por la incidencia sobre el consumo de BAA, especialmente en los sectores de menores ingresos. López-Olmedo, Popkin y Taillie (2018) en un estudio realizado entre los años 2012 y 2014 mostraron que si bien los sectores de mayor nivel socioeconómico consumían menos BAA que los de menores recursos, tras la implementación de un impuesto a las BAA en 2014, con el aumento de precio de venta, se observó una mayor reducción de su compra en el último grupo. Para el caso mexicano, la OPS (2020) concluyó que “el impuesto de 1 peso por litro sobre las bebidas azucaradas llevó a una disminución del 5,5% en las ventas al finalizar el primer año y del 9,7% en el segundo año, con una mayor disminución en los hogares más desfavorecidos desde el punto de vista socioeconómico, los mismos que se ven afectados de manera desproporcionada por los trastornos relacionados con la alimentación, como la diabetes de tipo 2 y la obesidad” (p. 6).

La OPS remarca que se trata de un “impuesto saludable” que también ayuda a prevenir el deterioro dental que afecta mayormente a dichos grupos sociales; y asimismo destaca que la mayor carga impositiva ha llevado a la industria de varios países a reformular bebidas artificiales con menos agregado de azúcar.

Respecto de otras regulaciones implementadas en Argentina, la Ley Nacional de Alimentación Saludable (27.642), sancionada en el año 2021 y reglamentada en el año 2022, más conocida como de etiquetado frontal, significó un avance en políticas públicas para mejorar la calidad de la alimentación de la población. La Ley estableció entre sus objetivos garantizar el derecho a la salud y a una alimentación adecuada a través de la promoción de una alimentación saludable, brindando información nutricional simple y comprensible de los

alimentos envasados y bebidas sin alcohol, para promover la toma de decisiones asertivas y activas, y resguardar los derechos de los consumidores. Se propone que la Ley vigente oriente a la población en las decisiones de consumo mediante los sellos en los envases de advertencia de nutrientes críticos y/o valores energéticos (azúcares, sodio, grasas saturadas, grasas totales y calorías). Se prohíbe asimismo por dicha Ley, la publicidad y promoción de productos dirigidos a niñas, niños y adolescentes que contengan al menos un sello de advertencia, y se establece que no pueden comercializarse en entornos educativos.

Respecto de los endulzantes artificiales, la normativa vigente establece la inclusión del siguiente sello de advertencia en los envases: “contiene edulcorantes, no recomendable en niños/as”. Se espera que la Ley incentive a la industria en la reformulación de los productos para que sean más saludables. Un estudio realizado en Chile tras la implementación de una ley similar en 2016, analizó las modificaciones introducidas por la industria en néctares y bebidas azucaradas en el año 2017, observando la disminución de la concentración de azúcar y su reemplazo por edulcorantes artificiales no calóricos (Quitral, Arteaga, Rivera, Galleguillos y Valdés, 2019).

En este artículo se presenta un análisis de patrones de consumo de BAA y BASA con los datos de alcance nacional más actualizados para Argentina, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2018-2019. Dichos patrones se analizan desde la perspectiva de las ciencias sociales sobre desigualdades sociales en salud y alimentación, los condicionamientos del momento del ciclo vital, y las construcciones dominantes de género que moldean el consumo. La ENNyS se realizó en 2018-2019, con anterioridad a la implementación de la Ley 27642 que establece la inclusión de sellos de advertencia de exceso de nutrientes críticos en los envases de los alimentos y bebidas, y de edulcorantes artificiales no recomendables para el consumo infantil.

Estudios sobre patrones sociodemográficos de consumo de BAA y BASA

Estudios sobre patrones de consumo de BAA realizados en países de altos ingresos muestran una disminución del consumo de gaseosas y los jugos, pero el incremento de otros, como las bebidas energizantes y deportivas; así como disparidades sociales en el consumo según niveles de ingresos y educativos, que indican menores consumos a mayores recursos sociales, y diferencias según el género y la edad (Warren et al., 2022; Piernas, Ng y Popkin, 2013). En Canadá, con datos de una encuesta de alcance nacional, Warren et al. (2022) muestran con una perspectiva interseccional de desigualdades sociales, que las mujeres adultas que viven en hogares con inseguridad alimentaria y en hogares con menores niveles educativos consumen más BAA que las que no lo hacen, y que el aporte calórico diario que proviene de estos productos también es mayor entre las primeras; respecto de los varones adultos, se observaron diferencias en el tipo de BAA consumido, siendo menor el consumo de jugos de frutas procesados entre quienes viven en hogares con inseguridad alimentaria (observándose el patrón inverso entre las mujeres adultas). Una encuesta con representatividad nacional realizada en España (Miqueleiz et al., 2014), mostró que el consumo de BAA se duplica en niños y adolescentes de hogares cuyo principal sostén tiene menor nivel educativo, con respecto a aquellos con educación universitaria; la asociación también se observó para quienes su principal sostén es un trabajador manual frente a profesionales o directivos. Los autores mencionan que si bien la influencia de los padres en el consumo se daría principalmente hasta los diez años de edad, la relación inversa entre el nivel socioeconómico y calidad de los consumos alimenticios se observa en los adolescentes, sugiriendo un patrón que se sostendría en el tiempo y llegada la edad adulta.

En el contexto latinoamericano, Fontes et al. (2020) analizan factores demográficos, socioeconómicos y de estilo de vida que influyen en el consumo de BAA de la población urbana de San Pablo. La encuesta basada en una muestra aleatoria realizada en 2008, indica que los

adolescentes casi duplican el consumo comparado con los adultos mayores, y lo hacen principalmente de gaseosas; el consumo es menor entre las mujeres, en adultos físicamente activos y en hogares con mayores ingresos. Entre los adultos mayores de menores ingresos, se observó un menor consumo de BAA y de jugos de fruta en particular, un patrón inverso al observado para este último producto en los adolescentes con mayores ingresos en el hogar. López-Olmedo et al. (2018), por su parte, en el estudio mexicano anteriormente citado, muestran diferentes resultados según la fuente de información utilizada: una encuesta tipo panel de consumo basado en las compras de hogares durante 2012-2014 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012. Mientras la primera fuente muestra una relación inversa entre el nivel socioeconómico del hogar y el consumo de bebidas menos saludables; este patrón no se observa en la encuesta de ingesta basada en el consumo individual. Las diferencias se interpretan por las variaciones en las mediciones y en los ítems de consumo incluidos.

En Argentina, el estudio de Baritoli et al. (2020) con datos de la Encuesta Nacional de Gastos de Hogares (ENGHO) de 1996/1997, 2004/2005 y 2012/2013, registran que el consumo aparente de gaseosas es mayor a mayores niveles de ingresos. Se destaca que entre 1996 y 2004, el mayor aumento porcentual de consumo de gaseosas se registra en el primer decil de ingresos mientras el menor aumento porcentual se observa en el decil de mayores ingresos. Cabe destacar que la ENGHO no distingue entre BAA y BASA. Por su parte, Zapata, Roviroso y Carmuega (2016) muestran, también con datos de la ENGHO, que para el período 1996-2012, el consumo aparente de gaseosas se duplicó, el de jugos en polvo aumentó 2,3 veces, y el de otros jugos disminuyó fuertemente. A su vez, reportan que los hogares del 5to quintil consumen más gaseosas y jugos en general, mientras que en el 1er quintil consumen más jugos en polvo. Por el contrario, el trabajo de Kovalskys et al. (2020), utilizando datos para Argentina del Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud de los años 2014 y 2015 para la población

de 15 a 65 años, basados en la metodología de recordatorios de 24 horas, encuentran que es mayor el consumo de bebidas azucaradas en los sectores de menor nivel socioeconómico.

Respecto del consumo de BASA, los antecedentes son más escasos, y algunas revisiones internacionales lo incluyen junto con otros productos que contienen edulcorantes. En el contexto latinoamericano, Sylvetsky y Rother (2016) reportan un mayor consumo en Chile y uno menor en México (para el período 1999-2010). Se observa el incremento del consumo de las BASA tanto en niños como adultos, y un consumo mucho mayor entre las mujeres, y en mayores de 55 años. En la revisión mencionada, también se registra que, en su conjunto, el consumo de productos con edulcorantes artificiales se asocia con mayores niveles económicos y educativos. En Colombia, Deossa, Restrepo y Rodríguez (2019) en un estudio sobre consumo de bebidas en la ciudad de Medellín con adultos entre 18 y 50 años indica que los hombres consumen más gaseosas azucaradas que las mujeres, y que ambos expresan una mayor preferencia por el consumo de gaseosas azucaradas en lugar de las dietéticas. En Argentina, no encontramos antecedentes de estudios sobre el consumo de BASA. El informe elaborado por el Ministerio de Salud sobre el relevamiento de la ENNyS 2018-2019 no lo incluye, sólo reporta el consumo de BAA que pertenece al grupo de productos no recomendados.

Lineamientos conceptuales para el análisis de consumo alimentario

El consumo es el último eslabón del sistema alimentario globalizado donde confluyen aspectos económicos, socioculturales, ambientales y político-institucionales que determinan la disponibilidad, accesibilidad, diversidad y la calidad de los alimentos (Fanzo y Davis, 2021). Para la población urbana, el ambiente o entorno alimentario (*food environment*) en el que transcurre la vida cotidiana constituye una interface que media la adquisición y el consumo de alimentos dentro del sistema alimentario más amplio que lo estructura: engloba la disponibilidad, los precios, las características de los comercios y los productos, la información promocional, y dimensiones personales relativas a la accesibilidad, la capacidad de compra, la

conveniencia y la deseabilidad (*desirability*) de la oferta de los productos (Turner et al., 2018). En una escala regional, y desde una perspectiva histórico-cultural y económica de la territorialidad, los estudios sociales sobre alimentación asimismo consideran las cocinas regionales y locales que forjan la identidad de las comunidades (Contreras, 2019).

Las prácticas alimentarias constituyen hábitos dotados de significados sociales y convenciones culturales y están condicionadas por los recursos materiales, espaciales y temporales, competencias, habilidades y gustos personales. Se conforman en la interacción con otros en la vida cotidiana. Estabilizadas a lo largo del tiempo, las rutinas están abiertas al cambio mediante la experimentación, el acceso a nueva información, las condiciones de salud, el intercambio social, la movilidad espacial y el acceso a recursos materiales (Maller, 2015; Delormier, Frohlich y Potvin 2009; Halkier y Holm, 2021). Las prácticas alimentarias son un potente creador de diferenciación de género y de clase o posición social (Bourdieu, 1988). Los recursos económicos y el capital cultural condicionan las prácticas alimentarias y las representaciones sobre el cuerpo; a su vez, las preferencias y rutinas alimentarias las refuerzan simbólicamente (Bourdieu, 1988). La posición en la estructura social genera un acceso desigual a recursos protectores de la salud como el dinero, conocimientos e información y relaciones sociales beneficiosas que a su vez crean recursos colectivos al forjar estilos de vida compartidos para el cuidado de la salud (Phelan, Link y Tehranifar, 2010; Cockerham, 2005). Como lo explicitan Phelan

los estilos de vida están moldeados por los stocks de conocimiento sobre la salud y los recursos monetarios generalmente disponibles en grupos particulares de estatus, una circunstancia que generalmente conduce a estilos de vida más saludables en grupos de estatus más altos (2010, p. 30).

Por otra parte, respecto de la edad y el momento del curso de vida, los jóvenes tienden a postergar el cuidado preventivo de la salud que incluye el consumo de alimentos y bebidas recomendados como saludables; aunque la atención a la salud varía según la clase social y las experiencias biográficas con la enfermedad (Lawton, 2002; Cockerham, 2005). Mientras que las personas de mayor edad, debido a las condiciones de salud que acompañan el proceso de envejecimiento, tienden a observar una dieta más saludable (Sydner, Fjellström, Lumbers, Sidenvall, y Raats, 2007). Asimismo, eventos vitales, como la maternidad y la paternidad marcan puntos de inflexión en las prácticas alimentarias en relación con la salud (Craig y Stewart-Trunswell, 1994). Investigaciones realizadas con madres de niños y adolescentes muestran que, sin embargo, negocian con ellos las decisiones de consumo en gran parte por el crecimiento del mercado de PUP de bajo contenido nutricional dirigidos a ese público, entre ellos gaseosas y otras bebidas azucaradas (Ballesteros, Ballesteros, Zapata, Freidin, Tamburini, y Roviroso, 2022; Castronuevo, Gutkowski, Tiscornia y Allemandi, 2016; Freidin, 2016).

Desde el feminismo y los estudios de género se plantea que la responsabilidad por alimentarse saludablemente se sostiene en las construcciones dominantes de género que demandan a las mujeres una mayor disciplina en relación con la salud y la estética corporal, que se expresa en los patrones de consumo alimentario (Lupton, 1996). Sin embargo, se evita reproducir posturas estereotipadas respecto del género, observando comportamientos y prácticas que las ponen en cuestión a partir de la noción de masculinidades y feminidades múltiples, y los condicionamientos de la clase social y la edad (Annandale, 2010; Courtenay, 2000). Así, estudios realizados con varones jóvenes y de mediana edad de clase media muestran que si bien para los primeros la menor atención a la alimentación con relación a la salud es una forma de “actuar” la masculinidad hegemónica, también entre ellos se actúan masculinidades en transición que conjugan preocupaciones estéticas y de salud preventiva (Nath, 2010; Freidin y Bonetto, 2017). Estudios con varones de mediana edad de clase popular muestran que

cambios en la dieta generalmente ocurren tras el desarrollo de enfermedades crónicas y por indicación médica (Calnan y Williams, 1991). En esta línea, la perspectiva interseccional de las desigualdades de clase y género en las prácticas de cuidado de la salud ponen el foco en la interdependencia de las posiciones sociales generadas por estructuras macrosociales que se corresponden con experiencias diferenciales a nivel microsocial (Abichahine y Veenstra, 2017), y en cuidado de la salud, en particular.

Metodología

Se realizó un análisis cuantitativo basado en datos secundarios estadísticos, de tipo descriptivo y correlacional, y de corte transversal. Como fuente de datos se utilizó la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) de los años 2018 y 2019. La ENNyS está basada en una muestra probabilística estratificada por región y politetápica, que permite realizar estimaciones para la población residente en hogares particulares de localidades urbanas de Argentina de 5000 habitantes y más. El trabajo de campo de la encuesta lo realizó la consultora KNACK Argentina SA entre agosto de 2018 y febrero de 2019, bajo la supervisión del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (MSAL) que publicó las bases de datos⁵ (MSAL, 2019). En este trabajo se utilizaron las preguntas del cuestionario aplicado a la población de 18 años y más. Para este grupo poblacional se encuestaron a 7.367 personas. La ENNyS aborda diversas temáticas relacionadas con la alimentación, entre las que se encuentran preguntas sobre la frecuencia de consumo de determinados alimentos y bebidas durante los últimos tres meses. Este trabajo se centró, por un lado, en la frecuencia de consumo de BAA. Específicamente se le consultó a los encuestados: “En general, tomando como referencia los últimos tres meses, ¿cuántas veces al mes usted consumió bebidas artificiales con azúcar (jugos en polvo y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas)?”. Por otro lado, se analizó la frecuencia de

⁵ Las bases se encuentran disponibles en <http://datos.salud.gob.ar/dataset/ennys2>

consumo de BASA. La pregunta fue: “En general, tomando como referencia los últimos tres meses, ¿cuántas veces al mes usted consumió bebidas artificiales sin azúcar (jugos en polvos y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc)”. Las opciones de respuesta para ambas preguntas fueron: nunca o menos de 1 vez al mes, entre 1 y 3 veces al mes, 1 vez por semana, 2 a 4 veces por semana, 5 a 6 veces por semana, 1 vez al día, entre 2 y 3 veces al día, entre 4 y 5 veces al día y 6 veces o más por día.

Para facilitar el análisis bivariado (las variables independientes incluidas se detallan más abajo), y teniendo en cuenta la distribución univariada de las categorías de las variables de consumo, se agruparon las respuestas en una vez o más por día, entre una y seis veces por semana, y menos de una vez por semana. También se realizó un análisis multivariado con regresiones logísticas binarias. Para ambos tipos de bebidas se dicotomizó la variable entre quienes consumen una vez por semana o más (categoría de contraste) y quienes consumen menos de una vez por semana (categoría de referencia). Por lo tanto, los modelos muestran las chances relativas (*odds ratio*) de consumir al menos una vez por semana. Las variables independientes fueron incorporadas por pasos de forma tal que en el Modelo 1 se incluyó el máximo nivel educativo del encuestado, el quintil regionalizado de ingreso del hogar por unidad consumidora⁶ y el abastecimiento del agua por cañería dentro de la vivienda⁷; en el Modelo 2 al sexo, grupo etario, región de residencia y presencia de menores en el hogar; y en el Modelo 3 la condición de salud del encuestado (diagnóstico de diabetes y/o dislipemia, colesterol o triglicéridos altos⁸). Además, se realizaron interacciones entre el sexo y el grupo

⁶ Para generar esta variable, en primer lugar, se dividió el ingreso total del hogar por la raíz cuadrada de la cantidad de miembros del hogar. En segundo lugar, se agruparon los hogares por quintiles para cada región y se conformaron con estos datos los quintiles nacionales (MSAL, 2019).

⁷ Esta variable fue establecida a partir de una pregunta del cuestionario del hogar, en la que se indaga ¿Cómo se abastece el agua? Se dicotomizaron las respuestas diferenciando a quienes se abastecen por cañería dentro de la vivienda, de quienes no (incluye a quienes se abastecen fuera de la vivienda, pero dentro del terreno y quienes lo hacen fuera del terreno). La variable permite analizar si los residentes en viviendas carentes de este servicio consumen en mayor medida bebidas artificiales, considerando que la dificultad en el acceso a la provisión de agua por red en la vivienda podría conducir a un mayor consumo de bebidas artificiales.

⁸ En el cuestionario se indaga por el diagnóstico de distintas enfermedades a partir de la siguiente pregunta: ¿Algún profesional de la salud le dijo alguna vez que tenía alguna de las siguientes enfermedades? y se consulta, entre

etario (Modelo 4), así como entre el sexo y el quintil regionalizado de ingreso del hogar por unidad consumidora, y el sexo con nivel educativo para analizar interseccionalidades en las diferencias en la frecuencia de consumo de BAA y BASA.

Resultados

Bebidas Artificiales Azucaradas (BAA)

En el cuadro 1 se presentan los resultados bivariados entre la frecuencia de consumo de BAA y las variables independientes seleccionadas. Se observa que los varones consumen BAA más frecuentemente que las mujeres (el 36,8% consumen BAA diariamente, mientras el 29,7% de las mujeres lo hace), y que el consumo disminuye a medida que aumenta la edad (el 40,2% del grupo de 18 a 24 años consume diariamente, frente a un 25,8% del grupo de 65 años o más). Además, existen diferencias entre regiones, con consumos más elevados en el Noroeste (36,4% consume diariamente). El caso del Gran Buenos Aires es llamativo, ya que es una de las regiones con mayor porcentaje de consumo diario (35,2%), pero también de personas que consumen menos de una vez por semana (38,1%).

otras afecciones, por Diabetes y por Dislipemia, colesterol o triglicéridos altos. La variable dicotomiza la población entre quienes fueron diagnosticados por al menos una de las enfermedades y entre quienes no lo fueron.

Cuadro 1.

Frecuencia de consumo de bebidas artificiales azucaradas (BAA) según variables seleccionadas. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas de Argentina, 2018-2019. Datos en %

		Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas		
		Diario	De 1 a 6 veces por semana	Menos de 1 vez por semana
Máximo nivel educativo del encuestado	Primario incompleto	35,1	32,5	32,4
	Primario completo-secundario incompleto	40,3	32,8	26,9
	Secundario completo-superior incompleto	30,7	33,5	35,7
	Superior completo	16,5	29,9	53,7
Quintil de ingreso de por unidad consumidora del hogar	1	42,5	35,5	22,0
	2	41,9	37,2	20,9
	3	36,4	32,4	31,2
	4	29,4	27,6	43,1
	5	19,0	31,6	49,4
Abastecimiento del agua por cañería dentro de la vivienda	Sí	31,3	33,0	35,7
	No	45,7	29,0	25,3
Sexo	Hombre	36,8	34,3	28,9
	Mujer	29,7	31,1	39,2
Grupo etario del encuestado	18 a 24	40,2	37,2	22,6
	25 a 34	37,0	38,9	24,1
	35 a 49	32,6	34,6	32,8
	50 a 64	28,0	27,9	44,1
	65 y más	25,8	20,3	53,9
Región	Gran Buenos Aires	35,2	26,6	38,1
	Noroeste	36,4	41,8	21,7
	Noreste	28,4	45,1	26,5
	Cuyo	30,9	42,8	26,2
	Centro	31,4	30,5	38,2
	Patagonia	30,1	32,4	37,6
Presencia de menores en hogar	Con menores	38,6	35,8	25,6
	Sin menores	26,5	28,9	44,5
Condición de salud	Con diabetes y/o dislipemia, colesterol o triglicéridos altos	23,3	24,5	52,2
	Sin diabetes ni dislipemia, colesterol o triglicéridos altos	35,5	34,7	29,8
Total		32,9	32,5	34,5
		(2.424)	(2.398)	(2.544)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENNYS 2018-19.

Por otro lado, se observa que es menor la frecuencia de consumo de BAA entre quienes tienen estudios superiores (el 53,7% consumen menos de una vez por semana, frente al 26,9% de quienes tienen primario completo-secundario incompleto) y quienes pertenecen al quinto quintil de ingresos (el 49,4% consumen menos de una vez por semana, frente al 20,9% de quienes pertenecen al segundo quintil). Se destaca que las mayores frecuencias de consumo se registran en la segunda categoría más baja de ambas variables (nivel educativo primario completo-secundario incompleto y segundo quintil de ingreso).

Se observa que es mayor la frecuencia de consumo entre quienes residen en hogares que tienen hijos menores de 14 años en comparación con los que no los tienen (el 38,6 % de los primeros diariamente BAA, frente al 25,5% de los hogares sin menores). También es más elevado el consumo diario entre quienes residen en viviendas cuyo abastecimiento del agua no es por cañería dentro de la vivienda (45,7%, frente al 31,3% de quienes cuentan con este servicio). El consumo diario es menor entre quienes tienen una condición de salud que requiere una dieta restrictiva en carbohidratos (23,3%, frente a 35,5% de quienes no fueron diagnosticados).

En el cuadro 2 se presentan los resultados de la regresión logística binaria. Con relación al nivel educativo, se observa en todos los modelos que las personas de todos los niveles educativos tienen más chances de consumir al menos una vez por semana BAA que quienes tienen nivel superior completo (categoría de referencia). Al igual que en la lectura descriptiva, las mayores diferencias se observan con quienes tienen estudios primarios completos o secundario incompleto (tienen 1,96 veces más chances). En el Modelo 2, aumenta levemente el efecto de esta variable, principalmente para quienes tienen primario incompleto (pasan a tener 2,00 veces más chances, mientras que en el Modelo 1 tienen 1,33 veces más chances). Lo

anterior se debe a que entre quienes tienen menor nivel educativo tiene mucho peso la población adulta mayor, que a su vez tiene una baja frecuencia de consumo de BAA.

Con relación al ingreso, en los distintos modelos se observa que tomando como referencia al 5to quintil, quienes pertenecen a los restantes quintiles tienen más posibilidades de consumir BAA al menos una vez por semana (con excepción de quienes pertenecen al 4to, sin diferencias estadísticamente significativas). A la inversa de lo que sucede con el nivel educativo, una vez controladas las variables demográficas (Modelos 2, 3 y 4), descienden las diferencias. Por ejemplo, en el Modelo 1, los del primer quintil tienen 2,50 veces más chances de consumir al menos una vez por semana, mientras que en el Modelo 2 muestran 1,95 veces más chances. Ello se debe a que la población más joven (con mayor frecuencia de consumo), tiene menos peso en el 5to quintil que en los restantes grupos de edad. En cuanto al abastecimiento de agua, en todos los modelos, al igual que en el bivariado, quienes no cuentan con cañería dentro de la vivienda tienen más posibilidades de consumir al menos una vez por semana. Al igual que con el ingreso, el efecto de esta variable desciende una vez controladas las variables sociodemográficas (Modelos 2, 3 y 4). Así, mientras que en el Modelo 1 quienes no tienen el abastecimiento dentro de la vivienda tienen 2,25 veces más chances de consumir semanalmente que quienes lo tienen, en el Modelo 2 tienen 1,89 veces más chances.

Con relación al sexo, grupo etario, presencia de menores en el hogar y región, en los Modelos 2 y 3 puede apreciarse que, al igual que en los cuadros bivariados, los hombres tienen más posibilidades de consumir al menos una vez por semana que las mujeres (1,66 veces más chances en el Modelo 2) y todos los grupos etarios más chances que la población adulta mayor, así como quienes residen en hogares con niños tienen mayores posibilidades que quienes no (1,41 veces en el Modelo 2). Cabe destacar que en el Modelo 3, una vez controlado el efecto de las condiciones de salud, el efecto del grupo etario disminuye, aunque las diferencias continúan siendo estadísticamente significativas. Por ejemplo, en el Modelo 2 la población de

18 a 24 años tiene 3,28 veces más chances de consumir semanalmente que la de 65 años y más; mientras que en el Modelo 3 (una vez controlado el efecto de la condición de salud), tienen 2,66 veces más chances. Por último, quienes residen en el Noreste, Noroeste y Cuyo tienen más posibilidades de consumir BAA al menos una vez por semana que quienes residen en el Gran Buenos Aires (mientras que no hay diferencias significativas con quienes residen en la región Centro y la Patagonia). En cuanto a la condición de salud, que se incorpora en el Modelo 3, al igual que en la relación bivariada, quienes no tienen un diagnóstico de diabetes y/o dislipemia, colesterol o triglicéridos altos tienen más chances (1,90 veces) de consumir BAA al menos una vez por semana.

Para finalizar, en el Modelo 4 se presenta el resultado de la interacción entre sexo y grupo etario. Aquí, la variable sexo está mostrando solo el efecto en la población adulta mayor y no es estadísticamente significativa. Es decir, no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres de la población adulta mayor en el consumo de BAA. Por otro lado, el grupo etario muestra solo el efecto en las mujeres, y se observa que desciende fuertemente las diferencias de la población mayor con los grupos más jóvenes (18 a 24 y 25 a 34) y dejan de ser significativas las diferencias con los grupos de 35 a 49 y de 50 a 64. Es decir, el efecto del grupo etario es menor entre las mujeres que en la población general. Por último, los términos de la interacción entre el sexo y cada grupo etario muestran que, con la excepción del grupo etario más joven, en todos los grupos las diferencias de género son mayores que en la población de 65 años y más. Si bien entre los más jóvenes también las diferencias son mayores, estas no son estadísticamente significativas.

Analizamos la interacción entre sexo y quintil de ingreso, y entre sexo y nivel educativo (no se presentan aquí los resultados). En ambos modelos los términos de la interacción no son significativos. Ello indica que las diferencias en la frecuencia de consumo de BAA por ingreso y por nivel educativo son similares en hombres y en mujeres.

Cuadro 2.

Regresión logística de frecuencia de consumo semanal de bebidas azucaradas (BAA)⁽¹⁾ según variables seleccionadas. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas de Argentina, 2018-2019

	M1	M2	M3	M4
Máximo nivel educativo del encuestado (superior referencia)	-	-	-	-
Primario incompleto	1,33**	2,00**	2,07**	2,03**
Primario completo - secundario incompleto	1,96**	2,01**	2,05**	2,02**
Secundario completo - superior incompleto	1,64**	1,37**	1,37**	1,35**
Quintiles de ingreso por unidad consumidora del hogar (5to ref)	-	-	-	-
1	2,50**	1,95**	1,92**	1,96**
2	2,80**	2,20**	2,17**	2,21**
3	1,72**	1,57**	1,55**	1,57**
4	1,12+	1,08+	1,07+	1,09+
Abastecimiento del agua por cañería dentro de la vivienda (tiene referencia)	2,25**	1,89**	1,87**	1,89**
Sexo (Mujer referencia)		1,66**	1,64*	0,99
Grupo etario del encuestado (65 y más referencia)	N/C	-	-	-
18 a 24	N/C	3,28**	2,66**	2,27**
25 a 34	N/C	3,21**	2,68**	2,00**
35 a 49	N/C	2,19**	1,93**	1,36**
50 a 64	N/C	1,47**	1,44**	1,13+
Presencia de menores de 14 años (sin menores referencia)	N/C	1,41**	1,38**	1,38+
Región (Gran Buenos Aires referencia)	-	-	-	-
Noroeste	N/C	2,23**	2,26**	2,26**
Noreste	N/C	1,58**	1,54**	1,54**
Cuyo	N/C	1,83**	1,84**	1,85**
Centro	N/C	1,06+	1,04+	1,04+
Patagonia	N/C	1,00+	0,98+	0,98+
Diagnóstico de diabetes y/o dislipemia, colesterol o triglicéridos altos (tiene referencia)	N/C	N/C	1,90**	1,92**
65 años y más y mujer referencia	N/C	N/C	N/C	-
18 a 24 años y hombre	N/C	N/C	N/C	1,42**
25 a 34 años y hombre	N/C	N/C	N/C	1,92**
35 a 49 años y hombre	N/C	N/C	N/C	2,23**
50 a 64 años y hombre	N/C	N/C	N/C	1,73**
Constante	0,74**	0,23**	0,16**	0,20**
R cuadrado nagelkerke	0,10	0,19	0,20	0,21

Notas: (1) Consume menos de 1 vez por semana = 0, Consume 1 vez por semana o más = 1

N/C no considerada

**p<0,01, *p<0,05, +p>0,05

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENNYS 2018-19.

Bebidas artificiales sin azúcar (BASA)

Con relación al consumo de bebidas artificiales sin azúcar (BASA), en el cuadro 3 se observa un patrón inverso al de las bebidas con azúcar para la mayoría de las variables, aunque con una frecuencia de consumo considerablemente menor (el 71,2% de la población consume menos de una vez por semana, frente al 34,5 % de bebidas azucaradas). El consumo es más frecuente entre los mayores niveles educativos (el 19,9% con estudios superiores consume diariamente frente al 10,5% de quienes tienen estudios primarios incompletos), mayores ingresos (el 20,0% entre quienes pertenecen al quinto quintil tienen un consumo diario, que se reduce a 8,5% entre los del primer quintil), pertenecen a grupos etarios mayores (en el grupo de 65 años o más el consumo diario representa un 17,6% frente al 7,7% en el grupo de 18 a 24 años), y quienes tienen condiciones de salud (21,6% frente a 12,0% de quien no tienen). Además, es levemente más frecuente entre las mujeres y entre quienes viven en hogares sin menores de 14 años. También aumenta la frecuencia de consumo entre quienes residen en el GBA y en viviendas con abastecimiento del agua por cañería dentro de la misma.

Cuadro 3.

Frecuencia de consumo de bebidas artificiales sin azúcar (BASA) según variables seleccionadas. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas de Argentina, 2018-2019. Datos en %

		Frecuencia de consumo de bebidas artificiales sin azúcar		
		Diario	Entre 1 y 6 veces por semana	Menos de una vez por semana
Máximo nivel educativo del encuestado	Primario incompleto	10,5	7,3	82,1
	Primario completo - secundario incompleto	11,8	11,3	76,9
	Secundario completo - superior incompleto	15,1	18,3	66,6
	Superior completo	19,9	20,3	59,8
Quintil de ingreso per cápita del hogar	1	8,5	10,5	81,1
	2	7,4	11,4	81,2
	3	14,3	11,8	73,9
	4	17,5	16,4	66,1
	5	20,0	21,6	58,4
Abastecimiento del agua por cañería dentro de la vivienda	Sí	14,6	15,4	70,0
	No	5,8	6,4	87,8
Sexo	Hombre	12,7	13,3	74,0
	Mujer	15,2	16,0	68,9
Grupo etario del encuestado	18 a 24	7,7	14,7	77,5
	25 a 34	11,6	15,5	72,9
	35 a 49	14,7	15,5	69,8
	50 a 64	18,5	14,2	67,2
	65 y más	17,6	12,9	69,5
Región	Gran Buenos Aires	20,5	14,5	65,0
	Noroeste	9,2	17,4	73,4
	Noreste	4,5	13,2	82,3
	Cuyo	10,2	15,5	74,3
	Centro	12,9	14,3	72,8
	Patagonia	9,7	14,9	75,3
Presencia de menores en hogar	Con menores	12,1	13,5	74,4
	Sin menores	16,2	16,2	67,6
Condición de salud	Con diabetes y/o dislipemia, colesterol o triglicéridos altos	21,6	15,9	62,4
	Sin diabetes ni dislipemia, colesterol o triglicéridos altos	12,0	14,4	73,5
Total		14,1 (1.036)	14,8 (1.087)	71,2 (5.244)

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENNYS 2018-19.

En el cuadro 4 se presentan los resultados de la regresión logística binaria. En cuanto al nivel educativo, se observa en todos los modelos que tomando como referencia a quienes tienen estudios superiores completos, quienes tienen estudios primarios incompletos y quienes tienen estudios primarios completos o secundarios incompletos tienen menos chances de consumir BASA una vez por semana o más, mientras que no hay diferencias significativas con quienes tienen secundario completo. Por ejemplo, en el Modelo 1 quienes tienen estudios primarios incompletos tienen 1,85 veces menos chances de consumir semanalmente BASA que quienes tienen estudios superiores. Por su parte, tomando como referencia a quienes pertenecen al quinto quintil de ingreso, en los restantes quintiles tienen menos chances de consumir BASA una vez por semana o más en todos los modelos. Por ejemplo, en el Modelo 1 los del primer quintil tienen 2,22 veces menos chances que los del quinto quintil. Por último, quienes residen en viviendas sin cañería de agua en su interior tienen menos posibilidades de consumir al menos una vez por semana BASA en todos los Modelos (por ejemplo, en el Modelo 1 tienen 2,08 veces menos chances). A diferencia de lo que sucede con las BAA, la introducción de las variables del Modelo 2 no modifica la fuerza de la asociación de estas variables socioeconómicas.

Con relación a la edad, tomando como referencia la población adulta mayor, las diferencias son solo significativas con el grupo de 18 a 24 años (quienes tienen menos chances de consumir al menos una vez por semana). Sin embargo, en el Modelo 3, cuando se incorpora la variable de condición de salud, las diferencias dejan de ser significativas incluso con la población más joven. Por otro lado, en todos los Modelos los hombres tienen menos chances de consumir durante la última semana que las mujeres (por ejemplo, en el Modelo 2 tienen 1,33 veces menos chances), mientras que los residentes de todas las regiones tienen menos chances que los del Gran Buenos Aires. En cambio, la presencia de menores en el hogar no marca diferencias significativas. En el Modelo 3 se observa que quienes no tienen diabetes y/o

dislipemia, colesterol o triglicéridos altos, tienen 1,52 veces menos chances de consumir semanalmente BASA. Por último, en el Modelo 4, se muestran los resultados de la interacción entre sexo y grupo etario. A diferencia de lo que sucede con las BAA, los términos de la interacción no muestran diferencias significativas. Tampoco hay diferencias significativas en los términos de la interacción entre sexo y nivel educativo, ni entre sexo y quintil de ingreso. Es decir, las diferencias de género en el consumo de BASA son similares entre los distintos grupos etarios, niveles educativos y quintiles de ingreso.

Cuadro 4.
Regresión logística de frecuencia de consumo semanal de bebidas artificiales sin azúcar (BASA) ⁽¹⁾ según variables seleccionadas. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas de Argentina, 2018-2019

	M1	M2	M3	M4
Máximo nivel educativo del encuestado (superior referencia)	-	-	-	-
Primario incompleto	0,54**	0,56**	0,55**	0,55**
Primario completo - secundario incompleto	0,69**	0,76**	0,76**	0,75**
Secundario completo - superior incompleto	0,94	1,07	1,07	1,07
Quintiles de ingreso del hogar por unidad consumidora (5to ref)	-	-	-	-
1	0,45**	0,45**	0,46**	0,46**
2	0,42**	0,43**	0,43**	0,43**
3	0,60**	0,60**	0,61**	0,61**
4	0,79**	0,78**	0,78**	0,79**
Abastecimiento del agua por cañería dentro de la vivienda (tiene referencia)	0,48**	0,46**	0,47**	0,47**
Sexo (mujer referencia)	N/C	0,75**	0,76**	0,63**
Grupo etario del encuestado (65 y más referencia)	N/C	-	-	-
18 a 24	N/C	0,71**	0,83+	0,75*
25 a 34	N/C	0,86+	0,99+	0,89+
35 a 49	N/C	0,96+	1,05+	0,97+
50 a 64	N/C	1,08+	1,10+	1,02+
Presencia de menores de 14 años (sin menores referencia)	N/C	0,95+	0,96+	0,96+
Región (Gran Buenos Aires referencia)	-	-	-	-
Noroeste	N/C	0,67**	0,67**	0,67**
Noreste	N/C	0,41**	0,42**	0,42**
Cuyo	N/C	0,60**	0,60**	0,60**
Centro	N/C	0,66**	0,67**	0,67**
Patagonia	N/C	0,59**	0,60**	0,60**
Diagnóstico de diabetes y/o dislipemia, colesterol o triglicéridos altos (tiene referencia)	N/C	N/C	0,66**	0,66**
65 años y más y mujer referencia	N/C	N/C	N/C	-
18 a 24 años y hombre	N/C	N/C	N/C	1,27+

25 a 34 años y hombre	N/C	N/C	N/C	1,26+
35 a 49 años y hombre	N/C	N/C	N/C	1,22+
50 a 64 años y hombre	N/C	N/C	N/C	1,22+
Constante	0,78**	1,23**	1,55**	1,66**
R cuadrado	0,069	0,096	0,103	0,103

Notas: (1) Consume menos de una vez por semana = 0, Consume 1 vez por semana o más = 1

N/C no considerada

**p<0,01, *p<0,05, +p>0,05

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENNyS 2018-19.

Conclusiones

Los resultados de la ENNyS 2018-19 coinciden con antecedentes internacionales que indican que es la población con menor nivel educativo e ingresos la que con mayor frecuencia consumen BAA (Fontes et al., 2020; Kumar et al., 2014; Miqueleiz et al., 2014; Piernas et al., 2013; Robelto et al., 2022; Warren et al., 2022). Similar resultado arrojó para Argentina el estudio de Kovalskys et al. (2020) con los datos del Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud, que se basa en recordatorios de 24 horas. Los hallazgos, sin embargo, difieren de estudios previos cuya fuente es la Encuesta Nacional de Gasto de Hogares (ENGHO), que encuentran un mayor consumo aparente de bebidas artificiales entre los sectores de mayores recursos (Baritoli et al., 2020; Zapata et al., 2016). Las diferencias pueden deberse a las metodologías utilizadas, ya que con la ENGHO se estudia el consumo aparente (esto es, la cantidad consumida a partir de las compras), y además no permite diferenciar entre BAA y BASA, mientras la ENNyS 2018-19 se basa en la frecuencia de consumo real y diferencia las BAA de las BASA. López-Olmedo et al. (2018), para el caso mexicano, también encontraron diferencias en el consumo de bebidas menos saludables al comparar las distintas fuentes empleadas. Es importante señalar asimismo que los datos de la ENGHO muestran que tendencialmente entre 1996 y 2013 el consumo de gaseosas en los hogares de menores recursos creció más que en los de mayores recursos (Baritoli et al., 2020). Por otro lado, el análisis multivariado presentado en este artículo indica que persiste la influencia del nivel educativo y

del ingreso del hogar en la frecuencia de consumo de BAA, aunque al controlar por la edad aumenta la fuerza de la relación con la primera variable y disminuye con la segunda.

La ENNyS 2018-2019 arroja una mayor frecuencia de consumo de BASA en los sectores con mayores ingresos y niveles educativos, en coincidencia con antecedentes internacionales (Drewnowski y Rehm, 2015; Piernas et al., 2013; Sylvetsky y Rother, 2016) patrón que se explicaría por su promoción como más saludables que las azucaradas, y considerando la mayor capacidad de los hogares con mayores recursos de diversificar su consumo alimentario (Arrieta et al., 2020). De todas formas, queda planteado el interrogante sobre la tendencia futura del consumo de las BASA, teniendo en cuenta que en Argentina la atención mediática sobre los efectos para la salud y el peso del uso prolongado de endulzantes artificiales recobró fuerza con la difusión del informe de la OMS de 2023. Si se reúne mayor evidencia validada por la comunidad científica, y se divulga en los medios tradicionales y sociales, es probable que el patrón de consumo de BASA se modifique. Siguiendo a Phelan et al. (2010), sería esperable que los sectores con mayores niveles económicos y educativos disminuyan su consumo para minimizar riesgos para la salud, como parte de sus estilos de vida. Como lo especifican los autores, la capacidad para elegir entre cursos de acción y acceder a nuevos conocimientos e información vinculada con la salud son recursos que movilizan en mayor medida los grupos más favorecidos estructuralmente, y mediante los cuales acumulan ventajas para el cuidado.

Otra variable considerada en nuestro estudio fue la provisión o no de agua por cañería en la vivienda, considerándola una barrera para el consumo de agua que podría fomentar el consumo de bebidas artificiales. El análisis descriptivo muestra su incidencia para en un mayor consumo de BAA y una relación inversa con las BASA. Cabe señalar que la población que no cuenta con cañerías de agua en su vivienda es la de menores recursos, por lo que los resultados anteriores podrían estar en parte explicados por la posición social. Sin embargo, en el modelo multivariado, al controlar el efecto del ingreso y del nivel educativo, persiste la asociación entre

esta característica de la vivienda y la frecuencia de consumo de ambos tipos de bebidas. Los resultados del estudio muestran la importancia de garantizar este recurso básico de hábitat, considerando que el acceso al agua potable y segura es un derecho humano fundamental (IBU-PNUD, 2023), y que la población que no cuenta con dicho recurso consume más BAA, incluso a igual posición social, edad, sexo, región de residencia y condición de salud.

Los datos de la ENNyS también coinciden con antecedentes internacionales y nacionales de un mayor consumo de BASA entre las mujeres (Drewnowski y Rehm, 2015; Fontes et al., 2020; Kumar et al., 2014; Robelto et al., 2022; Warren et al., 2022), que se vincula con las construcciones dominantes de género para el cuidado de la salud y consideraciones estéticas relativas al peso corporal.

En línea con otros antecedentes (Drewnowski y Rehm, 2015; Kumar et al., 2014; Robelto et al., 2022), los resultados de la ENNyS muestran que el consumo de BAA desciende entre la población de mayor edad. Esto puede deberse a que es mayor la atención prestada al cuidado de la salud por los factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles que acompañan el envejecimiento y requieren restricciones en la dieta (Ballesteros et al., 2022; Sydner et al., 2007). Cabe destacar que el análisis multivariado permitió profundizar en la problemática. Por un lado, controlado el efecto de la condición de salud, la edad continúa teniendo un efecto lo que estaría marcando que no son solo las condiciones de salud lo que diferencia la dieta sino también una mayor desatención a la salud en edades más jóvenes. Por otro lado, al introducir la interacción entre sexo y grupo etario, las diferencias etarias en la frecuencia de consumo descienden fuertemente entre las mujeres. Estos resultados están en línea con estudios que señalan que la mayor percepción de invulnerabilidad y la falta de cuidado asociadas con la juventud están condicionadas por el género (Drewnoski y Rehm, 2015), y pone de relieve la importancia del enfoque interseccional.

Respecto de la edad, si bien el análisis bivariado arroja una menor frecuencia de consumo de BASA entre los 18 a 24 años, en el análisis multivariado, una vez controlada la condición de salud, las diferencias con los otros grupos etarios dejan de ser estadísticamente significativas. Además, a diferencia de las BAA, no existen diferencias estadísticamente significativas en el efecto del grupo etario entre hombres y mujeres. Estos resultados contrastan con los de Drewnowski y Rehm (2015) para Estados Unidos, quienes muestran que controlado el diagnóstico de diabetes, continúa el menor consumo de BASA entre los jóvenes, mientras es mayor el efecto de la edad en los hombres que en las mujeres. Por otra parte, el mayor consumo de BAA observado en hogares con menores también está en línea con estudios previos (Piernas et al., 2013), asociado a la influencia de sus gustos en las decisiones de compra (Freidin, 2016) y algunos patrones de consumo menos saludables de los hogares, como una menor inclusión de frutas y verduras (Ballesteros et al., 2022). Elliot (2014) señala que con el crecimiento del nicho del mercado de productos para el consumo infantil, los niños tienen una mayor participación en las decisiones de compra de alimentos y bebidas; y Freidin (2016), que las madres de niños pequeños y adolescentes buscan conciliar el componente nutricional de la dieta con las preferencias de los hijos por productos menos saludables promocionados por la industria y que comparten habitualmente con sus pares.

Respecto de las diferencias regionales, el análisis multivariado muestra que tomando como referencia a la población del Gran Buenos Aires (principal metrópolis del país) quienes residen en el Nordeste, Noroeste, y Cuyo tienen un mayor consumo de BAA, incluso controladas las variables socioeconómicas. Por su parte, todas las regiones del país tienen una menor frecuencia de consumo que el Gran Buenos Aires de BASA. Cabe relativizar estos resultados, por el nivel de agregación de la variable región que no permite observar heterogeneidades en patrones de consumo en unidades territoriales de menor escala.

Resaltamos que la ENNyS 2018-2019 es anterior a la implementación de la Ley 27642 que establece la inclusión obligatoria de sellos de advertencia de exceso de nutrientes críticos en los envases de los alimentos y bebidas, entre ellos el contenido de azúcar y calorías. Además, prohíbe la publicidad y promoción de estos productos cuando están dirigidos a niñas, niños y adolescentes, así como su venta en entornos escolares. En cuanto a los edulcorantes artificiales, establece la obligatoriedad de una advertencia frontal con la leyenda: “contiene edulcorantes, no recomendable en niños/as”. Con esta regulación se espera que la población modifique pautas de consumo hacia productos más saludables. En este sentido, un relevamiento del Ministerio de Salud (2023) reveló que el 43,6% de las personas consideran los sellos al momento de elegir qué productos comprar. Este porcentaje es más alto entre las mujeres y quienes poseen estudios universitarios, mientras que disminuye en jóvenes de 18 a 29 años. Es decir, los grupos poblacionales que, según la ENNyS, consumen más BASA y menos BAA, fueron quienes con mayor frecuencia indicaron prestar atención a los sellos al realizar sus compras, en el informe del Ministerio de Salud. Por lo anterior, es posible que el impacto de la Ley sea limitado para el consumo de BAA, dado que las personas que más atención prestan a los sellos ya consumían estos productos en menor medida. Asimismo, podría haber contribuido a ampliar las diferencias de consumo entre los grupos sociales, siendo más probable que aquellos que hayan modificado sus hábitos sean quienes ya tenían un consumo más bajo de BAA. Es necesario contar con más estudios sobre su impacto en el consumo de BAA, considerando el escaso tiempo transcurrido desde la implementación de la nueva normativa (Britos, 2024)

Por otro lado, como señalamos anteriormente, se ha demostrado que las políticas impositivas han sido eficaces para reducir el consumo de las BAA y para que la industria reformule las bebidas con menor agregado de azúcar (OPS, 2020; WHO, 2023). La evidencia internacional indica que, para que esta política resulte efectiva, el precio de venta al público

debe aumentar al menos un 20% (IECS, 2019). Esta medida ayudaría a disminuir el consumo total de las BAA, así como las desigualdades sociales observadas, ya que se espera que sea la población de menores recursos la que en mayor medida deje de consumir si se incorpora el impuesto.

Otra política de gran importancia es garantizar el acceso al agua potable dentro de las viviendas en todos los hogares de Argentina. Esta medida de infraestructura sanitaria ayudaría a disminuir el consumo de BAA entre la población de menores recursos y, además, contribuiría a reducir las desigualdades en la morbilidad asociadas a otras problemáticas.

Para finalizar, es necesario considerar dos limitaciones del presente estudio vinculadas con la muestra de la ENNyS. Por un lado, debido a que se concentra en la población urbana, no brinda información de la población rural cuyos patrones de consumo de BAA son menores según la evidencia internacional (Lara Castor et al., 2025). Cabe destacar de todas formas que en Argentina, según los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en el año 2022, solo el 7% de la población reside en zonas rurales. Por otro lado, la encuesta se realizó entre agosto y febrero (entre fines del invierno y mediados del verano en Argentina). Teniendo en cuenta que el consumo de bebidas artificiales puede modificarse por la estacionalidad del año, se destaca que los resultados reflejan el consumo en ese período.

Referencias bibliográficas

- Abichahine, H. y Veenstra, G. (2017). Inter-categorical intersectionality and leisure-based physical activity in Canada. *Health Promot Int.*, 32(4), 691–701. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26976822/>
- Adams, J., Hofman, K., Moubarac, J. C. y Thow, A. M. (2020). Public health response to ultra-processed food and drinks. *BMJ*, 369, m2391, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2391>
- Alcaraz, A., Bardach, A., Espinola, N., Perelli, L., Balan, D., Cairoli, F., Palacios, A., Comolli, M., Augustovski, F. y Pichon-Riviere, A. (2020). *El lado amargo de las bebidas azucaradas en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Recuperado de: www.iecs.org.ar/azucar
- Annandale, E. (2010). Health Status and Gender. En W. C. Cockerham (Ed). *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Londres, Inglaterra: Willey-Blackwell.
- Arrieta, E. M., Geri, M., Coquet, J. B., Scavuzzo, C. M., Zapata, M. E. y González, A. D. (2021). Quality and environmental footprints of diets by socioeconomic status in Argentina. *Science of The Total Environment*, 801,1-10.
- Baker, P., Machado, P., Santos, T., Sievert, K., Backholer, K., Hadjidakou, M., Russell, C., Huse, O., Bell, C., Scripis, G., Worsley, A., Friel, S. y Lawrence, M. (2020). Ultra-processed foods and the nutrition transition: Global, regional and national trends, food systems transformations and political economy

- drivers. *Obesity Reviews*, 21, e13126. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.13126>
- Ballesteros, M. S., Zapata, M. E., Freidin, B., Tamburini, C. y Roviroso, A. (2022). Desigualdades sociales en el consumo de verduras y frutas según características de los hogares argentinos. *Salud colectiva*, 18, 1-18. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2022.v18/e3835/es>
- Baritoli, F., Elorza, M. E. y Geri, M. (2020). Inequidad en el consumo de gaseosas en Argentina: análisis en base a los datos de las Encuestas Nacionales de Gastos de los Hogares (ENGHo) de los años 1996-1997, 2004-2005 y 2012-2013. *Revista Especializada en Nutrición Comunitaria*, 26(4).
- Barraud, A. y Cristina, D. (2021). *Impuestos internos sobre alimentos y bebidas azucarados: la importancia de las elasticidades para anticipar impactos sobre la demanda*. Recuperado de https://jifp.eco.unc.edu.ar/images/BARRAUD_CRISTINA_Impuestos_azucarados-JIFP2021.pdf
- Bergallo P. y Castagnari, V. (2018). *Regulaciones comparadas: una perspectiva de América Latina, en B.A.S.T.A. Bebidas Azucaradas, Salud y Tarifas en Argentina. Enfoque Multidisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: CEDES.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid, España: Taurus
- Britos, S. (2024). El etiquetado de alimentos y la perspectiva de una alimentación más saludable. *Actualización en nutrición*, 25(3), 103-104.
- Calnan, M. y Williams, S. (1991). Style of life and the salience of health: an exploratory study of health-related practices in households from differing socio-economic circumstances. *Sociology of Health and Illness*, 13(4), 506-529.
- Castronuevo, L., Gutkowski, P., Tiscornia, V. y Allemandi, L. (2016). Las madres y la publicidad de alimentos dirigida a niños y niñas: percepciones y experiencias. *Salud Colectiva*, 12(4), 537-550. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2016.v12n4/537-550/es>
- Cockerham, W. C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 51-67.
- Contreras, J. (2019). La alimentación contemporánea entre la globalización y la patrimonialización. *Boletín de Antropología*, 34(58), 30-55.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 30, 1385-1401.
- Craig, P. L. y Stewart-Trunswell, A. (1994). Dynamics of food habits of newly married couples: who makes changes in the foods consumed? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 7, 347- 361.
- De la Peña, C. (2010). Artificial sweetener as a historical window to culturally situated health. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1190, 159-165. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20388147/>
- Deossa, G., Restrepo, F. y Rodríguez, H. (2019). Caracterización del consumo de bebidas en habitantes de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista chilena de nutrición*, 46(4), 451-459. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000400451>
- Delormier, T., Frohlich, K. L. y Potvin, L. (2009). Food and eating as social practice-understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*, 13(2), 215-228. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19220802/>
- Drewnowski, A. y Rehm, C. D. (2015). Socio-demographic correlates and trends in low-calorie sweetener use among adults in the United States from 1999 to 2008. *European journal of clinical nutrition*, 69(9), 1035-1041.
- Elliot, C. (2014). Publicidad de alimentos para la diversión (fun foods): Descripción y análisis de los mensajes en los alimentos dirigidos a los niños/as en los supermercados. En: L. R. Piaggio y A. M. Solans (coord.). *Enfoques socioculturales de la alimentación: lecturas para el equipo de salud*. Buenos Aires: Akadia.
- Fanzo, J. y Davis, C. (2021) *Global Food Systems, Diets, and Nutrition Linking Science, Economics, and Policy*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Finzi, T., Gualdoni, N. y Cabrera, N. (2018). Mapa de actores para una reforma impositiva en B.A.S.T.A. *Bebidas Azucaradas, Salud y Tarifas en Argentina. Enfoque Multidisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: CEDES.
- Fontes, A. S., Pallottini, A. C., Vieira, D. A. dos S., Fontanelli, M. de M., Marchioni, D. M., Cesar, C. L. G., Alves, M. C. G. P., Goldbaum, M. y Fisberg, R. M. (2020). Demographic, socioeconomic and lifestyle factors associated with sugar-sweetened beverage intake: a population-based study. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 23, 1-16. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gFpDYR8nt99VSqD5qWJKGDH/?lang=en>
- Freidin, B. (2016). Alimentación y riesgos para la salud: visiones sobre la alimentación saludable y prácticas alimentarias de mujeres y varones de clase media en el AMBA. *Salud Colectiva*, 12(4), 519-536.
- Freidin, B. y Bonetto, M. J. (2017). Alimentación saludable y vida cotidiana. En B. Freidin (Coord.) *Cuidar la salud: mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Imago Mundi.

- Halkier, B. y Holm, L. (2021). Linking socioeconomic disadvantage to healthiness of food practices: Can a practice-theoretical perspective sharpen everyday life analysis? *Sociol Health Illness*, 43,750-763. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.13251>
- Hawkes, C. (2007). *Globalization, Food and Nutrition Transitions*. Ottawa, Canadá: WHO Commission on Global Determinants of Health, Globalization Knowledge Network.
- Instituto Boliviano de Urbanismo y el Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (IBU-PNUD, 2023). *Lo urbano y la urbanización en Bolivia: problemáticas y desafíos*. La Paz, Bolivia: PNUD.
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS, 2019). *Políticas fiscales para reducir el consumo de bebidas azucaradas*. Recuperado de <https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/ETS-Impuestos-Final-21jul2020.pdf>
- Kovalskys, I., Cavagnari, B. M., Zonis, L., Favieri, A., Guajardo, V., Gerardi, A. y Fisberg, M. (2020). La pobreza como determinante de la calidad alimentaria en Argentina. Resultados del Estudio Argentino de Nutrición y Salud (EANS). *Nutrición Hospitalaria*, 37(1), 114-122.
- Kumar, G. S., Pan, L., Park, S., Lee-Kwan, S. H., Onufrak, S., Blanck, H. M. y Centers for Disease Control and Prevention (2014). Sugar-sweetened beverage consumption among adults-18 states, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 63(32), 686-90.
- Lara-Castor, L., O'Hearn, M., Cudhea, F., Miller, V., Shi, P., Zhang, J. ... y Mozaffarian, D. (2025). Burdens of type 2 diabetes and cardiovascular disease attributable to sugar-sweetened beverages in 184 countries. *Nature Medicine*, 1-13.
- Lawton, J. (2002). Colonizing the future: temporal perceptions and health-relevant behavior across the adult lifecourse. *Sociology of Health and Illness*, 24(2), 714-733.
- López-Olmedo, N., Popkin, B. M. y Taillie, L. S. (2018). The Socioeconomic Disparities in Intakes and Purchases of Less-Healthy Foods and Beverages Have Changed over Time in Urban Mexico. *J Nutr.*, 148(1), 109-116, doi: <https://doi.org/10.1093/jn/nxx007>
- Lupton, D. (1996). *Food, the Body and the Self*. Londres, Inglaterra: Sage.
- Maceira, D. y Espinola, N. (2018). Precios, ventas y diferenciación de productos. Un aporte sectorial en el diseño de políticas impositivas para reducir la obesidad. En *B.A.S.T.A. Bebidas Azucaradas, Salud y Tarifas en Argentina. Enfoque Multidisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: CEDES.
- Maller, C. J. (2015). Understanding health through social practices: performance and materiality in everyday life. *Sociology of Health & Illness*, 37(1), 52–66. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12178>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, ENNyS. Indicadores priorizados*. Buenos Aires, Argentina: MSAL.
- Ministerio de Salud (2023). *Estudio de Opinión pública sobre la implementación de la ley 27.642 de promoción de la alimentación saludable*. Recuperado de https://www.fagran.org.ar/wp-content/uploads/2023/12/informe_alimentacion_saludable_7122023.pdf
- Miqueleiz, E., Lostao, L., Ortega, P., Santos, J. M., Astasio, P. y Regidor, E. (2014). Socioeconomic pattern in unhealthy diet in children and adolescents in Spain. *Atencion Primaria*, 46(8),433-439. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6985642/>
- Nath, J. (2010). Gendered fare? A qualitative investigation of alternative food and masculinities. *Journal of Sociology*, 47(3), 261-278.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). *Uso de edulcorantes sin azúcar: resumen de la directriz de la OMS*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375569/9789240083578-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020). *Impuestos saludables: guía breve (síntesis de política de la OMS)*. Washington, Estados Unidos: OPS-OMS. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52647>
- OPS (2019). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones*. Washington, Estados Unidos: OPS-OMS. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51523>
- OPS (2015). *Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications*. Washington, Estados Unidos: OPS. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7699/9789275118641_eng.pdf
- Phelan, J. C., Link, B. G. y Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S28-S40.
- Piernas, C., Ng, S. W. y Popkin, B. (2013). Trends in purchases and intake of foods and beverages containing caloric and low-calorie sweeteners over the last decade in the United States. *Pediatric obesity*, 8(4), 294-306.
- Popkin, B. M. (2012). Sugary beverages represent a threat to global health. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 23(12), 591-593.

- Quitral, V., Arteaga, J., Rivera, M., Galleguillos, J. y Valdés, I. (2019). Comparación del contenido de azúcares y edulcorantes no calóricos en néctares y bebidas antes y después de implementar la ley chilena 20.606. *Rev Chil Nutr*, 46(3), 245-253.
- Robelto, G. E., Mantilla, G. C., Olaya, G., Fonseca, M. F., Herrera, Á. V. y Otálora, M. C. (2022). Determinantes del consumo de bebidas azucaradas y estrategias de intervención relacionadas con su ingesta. Una revisión de enfoque. *Universitas Medica*, 63(1), 124-138.
- Sydney, Y. M., Fjellström, C., Lumbers, M., Sidenvall, B., Raats, M. (2007). Food Habits and Foodwork. *Food, Culture & Society*, 10(3), 367-87.
- Sylvetsky, A. C. y Rother, K. I. (2016) Trends in the Consumption of Low-Calorie Sweeteners. *Physiol Behav*, 164(Pt B), 446-450. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5578610/>
- Turner, C., Aggarwal, A., Walls, H., Herforth, A., Drewnowski, A., Coates, J., Kalamatianoy, S. y Kadiyala, S. (2018). Concepts and critical perspectives for food environment research: A global framework with implications for action in low-and middle-income countries. *Global Food Security*, 18, 93-101.
- Walton, J. y Wittekind, A. (2023). Soft Drink Intake in Europe-A Review of Data from Nationally Representative Food Consumption Surveys. *Nutrients*, 15, 1368, 1-35. Recuperado de <https://doi.org/10.3390/nu15061368>
- Warren, C., Hobin, E., Manuel, D.G., Anderson, L.N., Hammond, D., Jessri, M., Arcand, J., L'Abbé, M., Li, Y., Rosella, L.C., Manson, H., y Smith, B.T. (2022). Socioeconomic position and consumption of sugary drinks, sugar-sweetened beverages and 100% juice among Canadians: a cross-sectional analysis of the 2015 Canadian Community Health Survey-Nutrition. *Can J Public Health*, 113(3), 341-362. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35138596/>
- World Health Organization (WHO, 2023). *Global report on the use of sugar-sweetened beverage taxes*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- Zapata, M. E., Roviroso, A. y Carmuega, E. (2016) Cambios en el patrón de consumo de alimentos y bebidas en Argentina, 1996-2013. *Salud Colectiva*, 12(4), 473-486. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n4/473-486/es/>
- Zapata, M. E., Ballesteros, M. S., Freidin, B., Tamburini, C. y Roviroso, A. (2023). Consumo de productos ultraprocesados en hogares argentinos durante 2017-2018: incidencia de factores sociodemográficos y geográficos. *Revista de Salud Pública*, 29(2), doi: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v29.n2.40929>