

**La alimentación de las personas beneficiarias del Programa de Apoyo Alimentario del
Plan ABC**

Autores: Gerónimo Brunet¹, Alejandra Girona², Gabriela Fajardo², Gastón Ares³

¹ Espacio Interdisciplinario, Universidad de la República

² Escuela de Nutrición, Universidad de la República

³ Facultad de Química, Universidad de la República

Colaboradores: Vanessa Gugliucci, Ignacio Reyes, Mónica Lozano, Martín Pérez, Vanessa Techera, Yannina Silvera, Florencia Solana Ros, Dahiana Martínez, Macarena Rosa, Sabrina Sander.

El presente trabajo se enmarca en la colaboración técnica solicitada por la Escuela de Nutrición de la Universidad de la República a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Nota: Por cuestiones de simplificación en la redacción y de comodidad en la lectura, en algunos pasajes del informe se utilizan términos genéricos como *beneficiarios o niños*, sin que ello implique discriminación de género.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue describir las características de la alimentación y el estado de la (in)seguridad alimentaria de las personas beneficiarias del Programa de Apoyo Alimentario del Plan de Apoyo Básico a la Ciudadanía de la Intendencia de Montevideo al momento de su ingreso, entre abril y setiembre de 2021. Se desarrolló un estudio descriptivo transversal, que tuvo como universo a los niños, niñas y mujeres beneficiarias del programa. Se utilizó un cuestionario telefónico compuesto por cinco módulos: i) tipo y sexo del beneficiario y caracterización del encuestado, ii) consumo de alimentos, iii) seguridad alimentaria a través de la Escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES, por su sigla en inglés), iv) características de la vivienda y el hogar. Las tres cuartas partes de los beneficiarios del programa fueron niños, mientras que las mujeres tuvieron una participación menor. En términos generales, el programa presenta un beneficiario por hogar, salvo excepciones. Los resultados de la estimación de (in)seguridad alimentaria indicaron que, la gran mayoría de los beneficiarios residían en hogares con inseguridad alimentaria moderada o grave. Esto sugiere, de forma preliminar, que la transferencia monetaria del programa se encuentra correctamente focalizada hacia segmentos de la población que presentan dificultades para acceder a una alimentación sana y nutritiva por falta de dinero u otros recursos, especialmente en hogares en donde viven personas con demandas nutricionales elevadas. En lo que respecta al consumo de alimentos de las personas beneficiarias, se observó una baja frecuencia de consumo de grupos de alimentos que aportan nutrientes cruciales para la salud y el desarrollo.

CONTENIDOS

1 - INTRODUCCIÓN	5
2 - OBJETIVO	8
3 - METODOLOGÍA	8
4 - PRINCIPALES RESULTADOS	10
4.1 - Descripción de las personas beneficiarias.....	10
4.2 - Inseguridad alimentaria de los hogares.....	12
4.3 - Consumo de alimentos y suplementos.....	14
5 - DISCUSIÓN.....	21
6 - CONCLUSIONES	24
REFERENCIAS	26

1 - INTRODUCCIÓN

El derecho a la alimentación adecuada (DAA) es un derecho humano universal que se “ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla”.¹ Su contenido básico comprende la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas y aceptables culturalmente, así como el acceso a esos alimentos, en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos.²

Garantizar el pleno ejercicio del DAA es de vital importancia en el período comprendido entre la concepción y los dos años de edad para el logro de la expresión del potencial de una persona, y en consecuencia para la configuración del capital humano de una sociedad.³ Una alimentación inadecuada en esta etapa puede acarrear consecuencias negativas para el resto de la vida.⁴ En particular, puede incrementar la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas, reducir las probabilidades de sobrevivir a enfermedades infantiles potencialmente mortales, evitar el logro de mayores niveles escolares y aumentar el riesgo de padecer malnutrición a lo largo de la vida, entre otras consecuencias.^{5,6}

Si bien Uruguay tiene disponibilidad suficiente de alimentos para toda la población⁷ y a pesar del crecimiento económico del país y los avances en la reducción de la pobreza por ingresos registrados en el país entre 2006 y 2019,⁸ una proporción de los hogares con niños, niñas y adolescentes aún experimenta inseguridad alimentaria.⁹ En el año 2018, el 11,6% de los hogares con menores de 4 años tenía inseguridad alimentaria moderada, es decir no tenían recursos suficientes para acceder a una alimentación adecuada, tenían incertidumbre acerca de su capacidad de poder adquirir alimentos o habían tenido que saltarse alguna comida o se habían quedado sin alimentos de forma ocasional.¹⁰ Mientras tanto, el 4,9% de los hogares enfrentaba inseguridad alimentaria grave, lo que indica que se habían quedado sin alimentos o que alguna persona del hogar estuvo todo un día sin comer en más de una oportunidad en el último año.¹⁰ Esta situación se concentraba en los hogares con menores ingresos, donde la inseguridad grave era de un 12,8%.¹¹ Esto concuerda con los resultados de estudios nacionales e internacionales que muestran que la pobreza y los ingresos del hogar son determinantes de la inseguridad alimentaria de los hogares.¹²⁻¹⁵

La pandemia de COVID-19 generó pérdida de puestos laborales y una disminución de los ingresos de los hogares. En el año 2020, la pobreza por ingresos aumentó casi tres puntos porcentuales, pasando de 8,8% de la población en 2019 a 11,6% en 2020.⁸ Esto corresponde a aproximadamente 100.000 personas que cayeron bajo la línea de pobreza, es decir que no tenían ingresos suficientes para acceder a una canasta básica de bienes y servicios.^{16,17} La crisis económica generada por la pandemia profundizó las dificultades para acceder a una alimentación adecuada, particularmente entre los sectores más vulnerables de la población.¹⁸ Pero también, de acuerdo a proyecciones internacionales, se profundizarían los problemas asociados a la inseguridad alimentaria y la malnutrición.¹⁸

Poco se conoce en nuestro país sobre el impacto de la pandemia tanto en la situación de seguridad alimentaria de grupos vulnerables como niños y niñas. Los datos disponibles sobre inseguridad alimentaria en tiempos de COVID-19, reportan que la inseguridad alimentaria afectaba al 17,4% de los hogares con niños, niñas y adolescentes.⁹ Estos hogares presentaban un menor nivel socioeconómico y menor nivel educativo de la madre/padre/tutor, un mayor número de integrantes con pérdida de ingresos y/o no vinculados a un empleo en comparación con los hogares con seguridad alimentaria.⁹ La inseguridad alimentaria se vinculaba con cambios en el consumo de alimentos de los niños, niñas y adolescentes como un menor consumo de frutas, verduras y carne; alimentos recomendados como parte de una alimentación adecuada.⁹

La Convención sobre los Derechos del Niño establece que los gobiernos tienen la obligación legal de proteger y cumplir el derecho a la alimentación y la nutrición de todos los niños y niñas.¹⁹ Desde marzo de 2020, el Estado uruguayo ha implementado una serie de medidas para favorecer el acceso a los alimentos de la población más afectada por la crisis, que incluyeron: transferencias monetarias; entrega de alimentos; medidas para sostener el nivel de empleo y mitigar el impacto de la caída de la actividad económica sobre los ingresos de los hogares; medidas para garantizar el abasto suficiente de alimentos; así como otras acciones generales.²⁰ Adicionalmente, numerosas organizaciones de la sociedad civil desarrollaron acciones para contribuir a favorecer el acceso a los alimentos de las familias uruguayas.^{21,22}

Sobre finales de 2020, la Intendencia de Montevideo (IM) comenzó a desarrollar el “Plan de emergencia ABC - Apoyo Básico a la Ciudadanía”, el cual tiene como propósito principal “*atender a las poblaciones más vulneradas en sus derechos, reconocer y actuar rápidamente frente a la diversidad de situaciones críticas*”.²³ Dentro del eje de trabajo vinculado a alimentación se creó

el “Programa de Apoyo Alimentario”, cuyos componentes implicaron la creación de una cuenta corriente para la compra de alimentos en comercios del Centro de Almaceneros Minoristas, Baristas, Autoservicistas y Afines del Uruguay (CAMBADU) con un valor de 2800 pesos, la administración de un suplemento nutricional, la realización de actividades de educación nutricional, y visitas de apoyo a las familias.²³ El programa se encuentra orientado a niños y niñas menores de 3 años y mujeres embarazadas que presenten algún grado de malnutrición por déficit, y que sean usuarios de las policlínicas de la IM.²³ Estas policlínicas, que brindan atención a personas usuarias de la Administración de Servicios de Salud del Estado, se encuentran ubicadas por lo general en barrios periféricos, por lo que su trabajo se ha orientado principalmente a personas en situación de pobreza y exclusión social.²⁴

En este marco, contar con información sobre la situación de la seguridad alimentaria de niños, niñas y mujeres embarazadas beneficiarias del Programa de Apoyo Alimentario reviste particular importancia debido a las características que presenta esta población y de las consecuencias provocadas por la crisis sanitaria, social y económica por la COVID-19. La presente investigación aporta información relevante a los tomadores de decisión en materia de políticas vinculadas con la alimentación y nutrición, en especial a la Intendencia de Montevideo.

2 - OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo fue describir las características de la alimentación y el estado de la (in)seguridad alimentaria de las personas beneficiarias del Programa de Apoyo Alimentario del Plan de Apoyo Básico a la Ciudadanía al momento de su ingreso, entre abril y setiembre de 2021.

3 - METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio descriptivo transversal, que tuvo como universo a los niños, niñas y mujeres beneficiarias del Programa Alimentario del Plan de Apoyo Básico a la Ciudadanía de la Intendencia de Montevideo ingresados entre abril y setiembre de 2021. El proyecto fue aprobado por el Comité de ética de la Escuela de Nutrición de la Universidad de la República.

Participantes

La muestra de participantes estuvo conformada por todos los beneficiarios del Programa de Apoyo Alimentario del Plan de Apoyo Básico a la Ciudadanía de la Intendencia de Montevideo. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron ser adulto referente de un niño o niña menor de 3 años beneficiario del Programa, o ser una mujer embarazada beneficiaria del mismo, y haber otorgado su consentimiento para participar del estudio al momento de su ingreso al Programa. De un total de 220 beneficiarios/referentes, a 168 se les pudo contactar y realizar todas las preguntas del formulario, 50 no lograron ser contactados por falta de respuesta, números incorrectos u otras circunstancias que impidieron la realización de la encuesta, mientras que 2 rechazaron participar del estudio. La Tabla 1 resume estos datos.

Tabla 1. Principales resultados del trabajo de campo.

Resultados	Cantidad de casos
Número de casos gestionados	220
Encuestas realizadas completas	168
Casos sin respuesta o con otro resultado que impidió realizar la encuesta	50
Rechazos	2
Tasas	Porcentaje
Tasa de respuesta	76
Tasa de rechazo	1

Cuestionario

Se utilizó un cuestionario compuesto por cinco módulos: i) tipo y sexo del beneficiario y caracterización del encuestado, ii) consumo de alimentos, iii) seguridad alimentaria a través de la Escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES, por su sigla en inglés),²⁵ iv) características de la vivienda y el hogar. En el módulo de consumo de alimentos se relevó el número de comidas realizadas el día anterior a la encuesta y la frecuencia de consumo de grupos de alimentos específicos en la semana anterior a la encuesta (carne de vaca, pollo, gallina, cerdo, pescado o vísceras; huevos; leche de vaca o quesos; yogures o postres lácteos envasados; frutas; papas o boniatos; verduras (sin incluir papas ni boniatos); lentejas, porotos, garbanzos; fideos, arroz o polenta; pan o galletas; galletitas o alfajores comprados; papas chips, chizitos u otros snacks salados; refrescos, aguas saborizadas, jugos envasados o polvos para preparar refrescos; fiambres, panchos o embutidos; chocolates o golosinas; comidas con agregado de aceite; dulces o mermeladas, o agregado de azúcar a las preparaciones). En el caso de los niños beneficiarios además se relevó la frecuencia de consumo de leche materna; preparados para lactantes; leche enriquecida con vitaminas y minerales; consumo de hierro y vitamina D en la semana anterior a la encuesta, mientras que en el caso de las mujeres embarazadas se relevó la frecuencia de consumo de leche enriquecida con calcio y vitaminas; ácido fólico; hierro; polivitamínicos y minerales en la semana anterior a la encuesta. En todas las secciones se trabajó con preguntas dicotómicas o múltiple opción (Anexo I). El cuestionario fue aplicado vía telefónica.

En los casos en que se constató que dos beneficiarios pertenecían al mismo hogar, las preguntas referidas al hogar y la vivienda se aplicaron por única vez en la primera encuesta realizada. Para ello, se delimitaron los hogares recurriendo a la identificación de números de contacto y/o nombres de adultos referentes duplicados.

Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos de todas las preguntas, obteniéndose el porcentaje de participantes que otorgó cada respuesta para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Se estimó el porcentaje de hogares con inseguridad alimentaria moderada y grave utilizando una variación de la metodología propuesta por la FAO.²⁵ Se consideró que un hogar se encontraba en inseguridad alimentaria grave cuando respondieron afirmativamente 7 u 8 preguntas de la escala FIES, mientras que se consideró que aquellos participantes que respondieron de forma afirmativa entre 3 y 6 preguntas se encontraban en inseguridad alimentaria moderada.

4 - PRINCIPALES RESULTADOS

4.1 - Descripción de las personas beneficiarias

El grupo mayoritario de beneficiarios estuvo compuesto por niños (75% del total). Más de la mitad tenía entre 6 y 23 meses de edad y el 28% tenía más de 23 meses. Por su parte, las mujeres embarazadas representaron el 25% del total de beneficiarios. La edad mínima registrada para este grupo fue de 15 años, mientras que la máxima de 38. La media de edad de las mujeres beneficiarias se ubicó en 23 años, con una desviación estándar de 5,5 años (Tabla 2).

Tabla 2. Principales características de las personas beneficiarias (n=168).

Característica del beneficiario	Porcentaje de los beneficiarios (%)
Tipo de beneficiario (n=168)	
Niño	75
Mujer embarazada	25
Edad del niño (n=126)	
Menor de 6 meses	16
Entre 6 y 23 meses	55
Mayor de 23 meses	28
Edad de la mujer embarazada (n=42)	Valor del indicador (años)
Mínimo	15
Media	23
Máximo	38
Desviación estándar	5,5

Los 168 beneficiarios incluidos en el presente trabajo corresponden a 162 hogares, ya que 6 hogares tenían 2 beneficiarios. En 5 hogares había dos niños beneficiarios, mientras que en un hogar los beneficiarios eran una madre embarazada y un niño.

Tal como se presenta en la Tabla 3, el 88% de los hogares beneficiarios estaban compuestos por 3 o más integrantes (88%). Cabe destacar que el 32% de los hogares presentaba 6 o más integrantes. El 91% de los hogares reportó que uno o dos integrantes percibían algún tipo de ingreso al momento de la encuesta (42% y 49% del total, respectivamente). En cuanto a la tenencia de bienes durables vinculados a la preparación o preservación de alimentos, mientras un 86% de los hogares contaba con heladera y un 90% con cocinilla a gas o eléctrica, un 60% reportó disponer de horno y un 15% de microondas para la preparación de alimentos dentro de la vivienda.

Tabla 3. Principales características de los hogares beneficiarios (n=162).

Característica del hogar	Porcentaje de los hogares (%)
Número de integrantes del hogar	
1	2
2	10
3	22
4	21
5	13
6	17
7 o más	15
Número de personas con ingresos en el hogar	
1	42
2	49
3	5
4 o más	4
Tenencia de bienes para la preparación y preservación de alimentos	
Heladera	86
Cocinilla con hornalla a gas o eléctrica	90
Horno	60
Microondas	15
Beneficiario de algún apoyo del Estado*	
Asignaciones Familiares	82
Tarjeta Uruguay Social	59
TuApp/Canasta de alimentos del MIDES	34
Asistencia a CAIF	35
Tarjeta Bienvenido Bebé	30
Atención en Uruguay Crece Contigo	13
Usuario de comedores del INDA	4
Beneficiario de apoyos de la sociedad civil	
Asistencia a ollas populares	23
Canastas de alimentos	10
Otro apoyo social	2

Nota: * No se incluye el Programa de Apoyo Alimentario de la IM.

Los encuestados también fueron consultados acerca de la recepción en el hogar de apoyos directa o indirectamente vinculados a la alimentación provenientes de instituciones del Estado y de la sociedad civil (Tabla 3). En el 95% de los hogares tenía al menos un integrante que había estado vinculado a algún programa o prestación brindado por el Estado en el mes anterior a la encuesta. Entre los más frecuentemente reportados se encontraron las Asignaciones Familiares (82%) y la Tarjeta Uruguay Social (59%). Un tercio de los hogares declararon que uno de sus integrantes había recibido la prestación TuApp o canastas de alimentos del MIDES, era titular de la Tarjeta Bienvenido Bebé, o que un niño había asistido a un centro CAIF en el mes anterior a la encuesta. La vinculación al programa Uruguay Crece Contigo fue reportada solamente por el

13% de los hogares. Los hogares beneficiarios recibían entre 0 y 7 apoyos del Estado, encontrándose vinculados en promedio a 2,6 apoyos estatales (Figura 1).

Por su parte, 34% de los hogares declaró haber recibido uno o más apoyos provenientes de la sociedad civil. El principal apoyo reportado fue la asistencia a una olla popular (23%), seguido por la recepción de canastas de alimentos (10%) en el mes anterior a la encuesta.

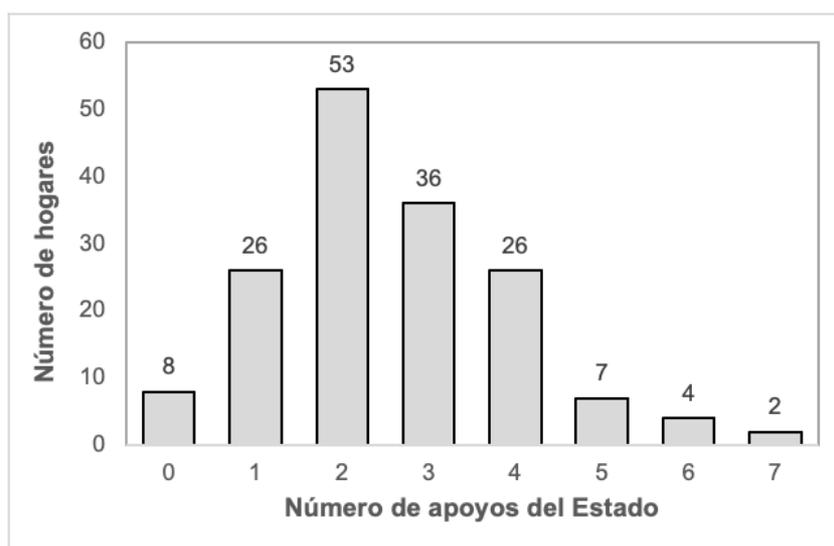


Figura 1. Distribución de los hogares por número de apoyos del Estado recibidos.

4.2 - Inseguridad alimentaria de los hogares

Al evaluar la inseguridad alimentaria de los hogares beneficiarios utilizando la escala FIES, se destaca, como se presenta en la Tabla 4, que el 82% de los hogares presentaba inseguridad alimentaria moderada o grave. En particular, el 43% de los hogares presentaba inseguridad alimentaria moderada, lo que indica que en los últimos 12 meses no habían tenido recursos suficientes para acceder a los alimentos, habían tenido que saltarse alguna comida o se habían quedado sin alimentos de forma casual. Mientras tanto, el 39% de los hogares beneficiarios presentaba inseguridad alimentaria grave, lo que indica que en los últimos 12 meses se habían quedado sin alimentos o alguna persona del hogar había pasado un día sin comer por falta de dinero u otros recursos.

El 18% de los hogares beneficiarios presentaba seguridad alimentaria o inseguridad alimentaria leve (Tabla 4). En este sentido un 10% de los hogares afirmó que no había experimentado

dificultades para acceder a los alimentos en los últimos 12 meses, mientras que el restante 8% se había preocupado por no tener acceso a suficientes alimentos o no había podido acceder a alimentos nutritivos por falta de dinero u otros recursos.

Tabla 4. Distribución de los hogares beneficiarios de acuerdo a su nivel de (in)seguridad alimentaria (n=162).

Nivel de (in)seguridad alimentaria	Porcentaje de los hogares (%)
Seguridad alimentaria o inseguridad alimentaria leve	18
Inseguridad alimentaria moderada	43
Inseguridad alimentaria grave	39

Al analizar la distribución de los beneficiarios de acuerdo al nivel de (in)seguridad alimentaria de sus hogares, se destaca que casi 6 de cada 10 mujeres embarazadas residían en hogares con inseguridad alimentaria moderada y 3 de cada 10 en hogares con inseguridad alimentaria grave (Tabla 5). Por su parte, 8 de cada 10 niños residían en hogares con inseguridad alimentaria moderada o grave. Al analizar estos datos según los tramos de edad de los niños, se no se observaron grandes diferencias (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de las personas beneficiarias de acuerdo al nivel de (in)seguridad alimentaria de sus hogares (n=168).

Nivel de (in)seguridad alimentaria	Porcentaje de los beneficiarios (%)				
	Mujeres embarazadas (n=42)	Niños (n=126)	Niños menores de 6 meses (n=20)	Niños de 6 a 23 meses (n=68)	Niños mayores de 23 meses (n=35)
Seguridad alimentaria o inseguridad alimentaria leve	10	20	15	22	20
Inseguridad alimentaria moderada	57	38	45	37	37
Inseguridad alimentaria grave	33	42	40	41	43

4.3 - Consumo de alimentos y suplementos

En las siguientes secciones se presentan los resultados obtenidos en relación con el consumo de alimentos y suplementos para las mujeres y niños menores de 36 meses beneficiarios del programa.

4.3.1 - Mujeres beneficiarias

Las mujeres beneficiarias habían realizado un promedio de 3,5 comidas el día anterior a la encuesta. Como se presenta en la Figura 2, 20 mujeres (48%) habían realizado 4 o más comidas, mientras que 16 mujeres (38%) habían realizado tres comidas el día anterior y 6 (14%) habían realizado únicamente 1 o 2 comidas.

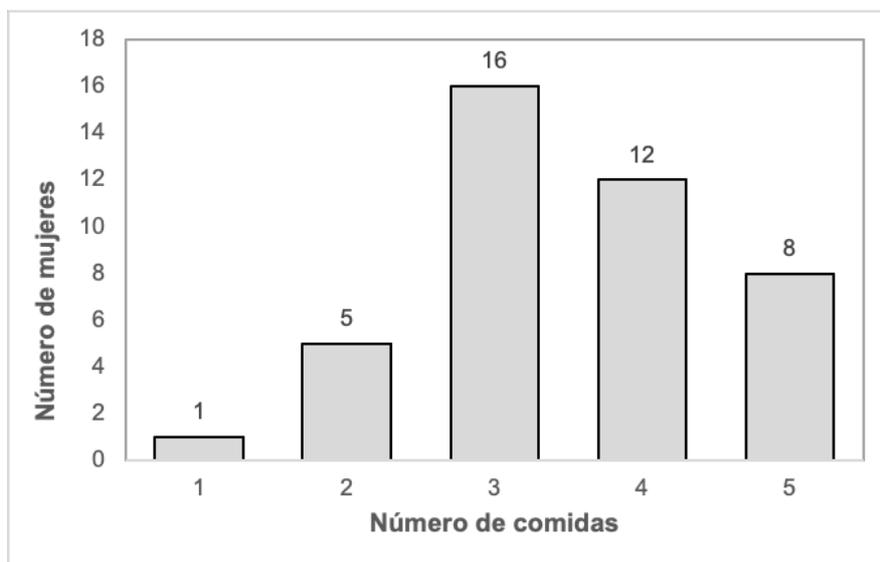


Figura 2. Distribución de las mujeres beneficiarias según el número de comidas realizadas el día anterior a la encuesta.

La comida más frecuentemente realizada por las mujeres fue la cena (95%), seguida por el desayuno (81%) (Tabla 6). El tiempo de comida más omitido fue el almuerzo, destacándose que únicamente el 69% de las mujeres lo había realizado el día anterior a la encuesta.

Tabla 6. Porcentaje de mujeres (n=42) que había realizado distintas comidas el día anterior a la encuesta.

Comida	Porcentaje de las mujeres (%)
Desayuno	81
Almuerzo	69
Merienda	71
Cena	95
Otras comidas	33

En lo que respecta al consumo de alimentos y bebidas específicos, en la Tabla 7 se presenta el porcentaje de mujeres que los habían consumido en la semana anterior a la encuesta según su frecuencia. Únicamente el 52% de las mujeres indicó haber consumido leche de vaca o quesos todos los días la semana anterior a la encuesta, solo el 5% lo hizo entre 4 a 6 días y 24% no la consumió. Adicionalmente, se destaca la baja frecuencia en el consumo de frutas, verduras, carnes, y huevos. Como se observa en la Tabla 7, el 38% de las mujeres había consumido frutas en forma diaria en la semana anterior a la encuesta, el 24% de 2 a 3 días, mientras que el 19% no las había consumido. El 26% de las mujeres no había consumido verduras (sin incluir papa y boniato) y el porcentaje que las había consumido diariamente fue de 19%. Solo el 14% había consumido carne en forma diaria. Se registró una baja frecuencia de consumo de otros alimentos naturales recomendados como parte de una alimentación saludable, tales como papas o boniatos, huevos y legumbres.

En lo que respecta al consumo de productos ultra-procesados, se destaca que el 55% había consumido refrescos, aguas saborizadas, jugos envasados o polvos para preparar refrescos 2 o más días en la semana anterior a la encuesta. El resto de los productos presentaron una baja frecuencia de consumo, observándose que casi 4 de cada 10 mujeres no los había consumido la semana anterior a la encuesta (Tabla 7).

Tabla 7. Porcentaje de mujeres (n=42) que había consumido grupos alimentos y bebidas específicos con diferente frecuencia la semana anterior a la encuesta.

Alimento o bebida	No consumió	1 día	2 a 3 días	4 a 6 días	7 días
Pan o galletas	10	0	2	26	62
Leche de vaca o quesos	24	5	12	5	52
Fideos, arroz o polenta	0	5	29	19	48
Frutas	19	10	24	7	38
Comidas con agregado de aceite	17	12	19	10	38
Verduras (sin incluir papas o boniatos)	26	12	21	21	19
Carne de vaca, pollo, gallina, cerdo, pescado o vísceras	7	10	55	14	14
Papas o boniatos	5	19	45	17	14
Huevos	24	12	38	17	7
Lentejas, porotos o garbanzos	29	19	43	5	5
Dulces, mermeladas o le agregó azúcar a las preparaciones	33	2	17	14	31
Refrescos, aguas saborizadas, jugos envasados o polvos para preparar refrescos	36	7	24	14	17
Yogures o postres lácteos envasados	60	7	14	10	10
Chocolates o golosinas	64	14	10	5	7
Galletitas o alfajores comprados	64	14	10	7	5
Fiambres, panchos o embutidos	55	7	26	10	2
Papas chips, chizitos u otros snacks	81	14	5	0	0

En la Tabla 8 se presenta el porcentaje de mujeres que había consumido suplementos y leche enriquecida con calcio o vitaminas la semana anterior a la encuesta. Se observó que el 45% de las mujeres no había consumido ácido fólico y que el 29% no había consumido hierro.

Tabla 8. Porcentaje de mujeres (n=42) que había consumido suplementos y leche enriquecida con calcio o vitaminas con diferente frecuencia la semana anterior a la encuesta.

Suplemento	No consumió	1 día	2 a 3 días	4 a 6 días	7 días	No sabe/No contesta
Leche enriquecida con calcio o vitaminas	86	0	5	2	7	0
Ácido fólico	45	0	7	0	43	5
Hierro	29	2	10	5	52	2
Polivitamínicos y minerales	67	0	5	0	12	16

4.3.2 - Niños y niñas menores de 36 meses

En la Tabla 9 se presentan datos vinculados a la lactancia materna de los niños beneficiarios del Programa. De acuerdo a los referentes, la mayoría de los niños había sido amamantado alguna vez y el 69% de los niños menores de 23 meses continuaba siendo amamantado al momento de la encuesta (Tabla 9). Mientras tanto, el 49% de los niños mayores de 23 meses todavía estaba siendo amamantado.

Tabla 9. Porcentaje de niños que habían sido amamantados alguna vez, que estaban siendo amamantados y que consumían alimentos diferentes a la leche materna al momento de la encuesta, según grupo de edad.

	Niños menores de 6 meses (n=20)	Niños de 6 a 23 meses (n=68)	Niños mayores de 23 meses (n=35)
Amamantados alguna vez	100	94	94
Siendo amamantados	80	69	49
Consumo de alimentos diferentes a la leche materna	35	94	100

Nota: No se contó con información sobre la edad de 3 de los 126 niños.

El 80% de los niños menores de 6 meses estaba siendo amamantado, sin embargo, el 35% había comenzado la alimentación complementaria. En los niños de 6 a 23 meses, se observó que 4 niños de 6, 7 y 10 meses (6%) todavía no había comenzado la alimentación complementaria.

Aquellos niños que se alimentaban con alimentos diferentes a la leche materna habían realizado en promedio 4,2 comidas el día anterior a la encuesta. El 82% de los niños había hecho 4 o 5 comidas (Figura 3), mientras que una proporción menor de niños (7%), todos menores a 6 meses, había realizado menos de 3 comidas. La gran mayoría de los niños habían realizado el desayuno y el almuerzo, seguido de la merienda y la cena (Tabla 10).

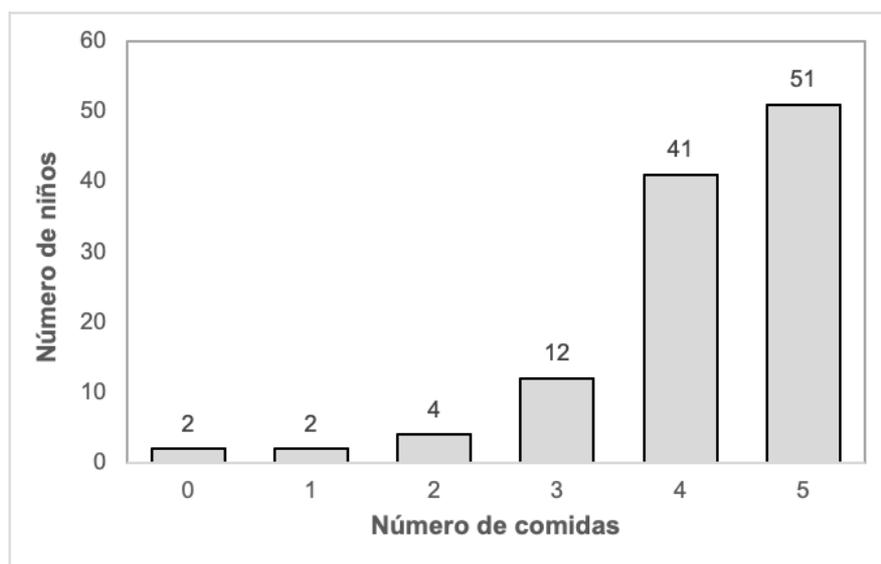


Figura 3. Distribución de los niños que se alimentaban con alimentos diferentes a la leche materna (n=112) según el número de comidas realizadas el día anterior a la encuesta.

Tabla 10. Porcentaje de los niños (n=112) que había realizado distintas comidas el día anterior a la encuesta.

Comida	Porcentaje de los niños (%)
Desayuno	90
Almuerzo	93
Merienda	83
Cena	87
Otras comidas	59

Nota: No se incluyen los niños que se estaban alimentando con lactancia materna exclusiva.

En la Tabla 11 se presenta el porcentaje de niños que había consumido grupos de alimentos y bebidas específicos según su frecuencia la semana anterior a la encuesta. Los datos indicaron una baja frecuencia de consumo de alimentos fuente de nutrientes clave para el crecimiento y desarrollo. En este sentido, únicamente el 64% de los referentes indicó que los niños habían consumido leche de vaca o quesos todos los días la semana, mientras que el porcentaje de niños que había consumido frutas diariamente fue 53%. Asimismo, el porcentaje de niños que había

consumido verduras y carnes diariamente fue inferior al 30%. Cabe desatacar que un 10% no había consumido carnes la semana anterior a la encuesta y el 20% no había consumido leche o queso. En cuando al consumo de legumbres, 45% las había consumido 2 a 3 veces en la semana anterior, mientras que con esta misma frecuencia un 38% había consumido huevo.

Tabla 11. Porcentaje de los niños (n=112) que había consumido grupos alimentos y bebidas específicos con diferente frecuencia la semana anterior a la encuesta.

Alimento o bebida	No consumió	1 día	2 a 3 días	4 a 6 días	7 días
Leche de vaca o quesos	20	3	11	3	64
Pan o galletas	13	1	13	10	63
Frutas	11	9	13	15	53
Comidas con agregado de aceite	29	10	8	8	45
Fideos, arroz o polenta	9	5	22	22	40
Papas o boniatos	11	4	28	25	33
Verduras (sin incluir papas o boniatos)	15	8	27	22	28
Carne de vaca, pollo, gallina, cerdo, pescado o vísceras	10	9	38	21	22
Lentejas, porotos o garbanzos	17	18	45	13	7
Huevos	30	21	38	5	4
Dulces, mermeladas o le agregó azúcar a las preparaciones	27	13	21	7	30
Refrescos, aguas saborizadas, jugos envasados o polvos para preparar refrescos	57	8	14	2	19
Yogures o postres lácteos envasados	37	14	29	6	14
Fiambres, panchos o embutidos	42	24	24	5	4
Galletitas o alfajores comprados	70	13	14	1	3
Papas chips, chizitos u otros snacks	76	18	5	1	0
Chocolates o golosinas	82	12	5	1	0

Nota: No se incluyen los niños que se estaban alimentando con lactancia materna exclusiva.

En lo que respecta al consumo de productos ultra-procesados, al menos 7 de cada 10 niños no había consumido galletitas o alfajores comprados, papas chips, chizitos u otros snacks, y chocolates o golosinas en la semana anterior a la encuesta (Tabla 11). Sin embargo, es relevante notar que casi el 20% de los niños había consumido refrescos u otras bebidas endulzadas de forma diaria la semana anterior a la encuesta, mientras que el 49% había consumido yogures o postres lácteos 2 o más veces a la semana.

En la Tabla 12 se presenta información sobre el consumo de vitaminas, minerales y leche enriquecida la semana anterior a la encuesta según el grupo de edad de los niños. Se destaca que el 63% de los niños menores a 6 meses consumía diariamente preparados para lactantes, cifra que desciende a 14% en los niños de 6 a 23 meses. Por el contrario, el 27% no había consumido hierro ni vitamina D la semana anterior a la encuesta. Como se presenta en la Tabla 12, el 78% y el 44% de los niños de entre 6 y 23 meses había consumido hierro medicamentoso y vitamina D todos los días la semana anterior a la encuesta, respectivamente. No fue frecuente en los niños el consumo de leche enriquecida con vitaminas y minerales.

Tabla 12. Porcentaje de los niños (n=109) que había consumido suplementos y alimentos enriquecidos específicos con diferente frecuencia la semana anterior a la encuesta, por grupos de edad.

Edad del niño	Suplemento	No consumió	1 día	2 a 3 días	4 a 6 días	7 días	No sabe/No contesta
Menor a 6 meses (n=11)	Preparados para lactantes	27	0	9	0	63	0
	Hierro	27	0	0	3	73	0
	Vitamina D	27	0	0	0	73	0
	Leche enriquecida con vitaminas y minerales	91	0	0	0	9	0
	Polivitamínicos y minerales	91	0	0	0	9	0
6 a 23 meses (n=64)	Preparados para lactantes	73	2	5	3	14	3
	Hierro	11	0	11	0	78	0
	Vitamina D	44	2	9	2	44	0
	Leche enriquecida con vitaminas y minerales	88	2	5	2	3	2
	Polivitamínicos y minerales	86	0	2	2	0	11
Mayor a 23 meses (n=35)	Preparados para lactantes	86	0	0	0	11	3
	Hierro	74	0	0	3	23	0
	Vitamina D	86	0	3	2	44	3
	Leche enriquecida con vitaminas y minerales	94	2	5	2	3	2
	Polivitamínicos y minerales	89	0	0	0	6	5

Nota: Únicamente se incluyen los niños que estaban consumiendo alimentos diferentes a la leche materna ni tres niños de quienes no se disponía información sobre la edad.

5 - DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo consistió en describir las características de la alimentación de las personas y la situación de (in)seguridad alimentaria de los hogares beneficiarios del Programa de Apoyo Alimentario al momento de su ingreso. Las tres cuartas partes de los beneficiarios del programa fueron niños, mientras que las mujeres tuvieron una participación menor. En términos generales, el programa presenta un beneficiario por hogar, salvo excepciones. Los resultados de la estimación de (in)seguridad alimentaria indicaron que al ingreso al programa, el 82% de los beneficiarios residían en hogares con inseguridad alimentaria moderada o grave. Esto sugiere, de forma preliminar, que la transferencia monetaria del programa se encuentra focalizada hacia segmentos de la población que presentan dificultades para acceder a una alimentación sana y nutritiva por falta de dinero u otros recursos, especialmente en hogares en donde viven personas con demandas nutricionales elevadas. Cabe destacar el vínculo estrecho entre inseguridad alimentaria y malnutrición. Si la desnutrición por deficiencias en el acceso a los alimentos esenciales se presenta durante el embarazo o los dos o tres primeros años de vida, se convierte en un factor de riesgo alto de morbilidad y mortalidad durante la infancia, así como de efectos adversos en el desarrollo a largo plazo.²⁶ No obstante, es necesario considerar que el impacto de las transferencias monetarias sobre el beneficiario pueden ser heterogéneas ya que el mismo está condicionado por otras características de los hogares, tales como su tamaño, las edades de sus integrantes, y el número de perceptores de otros ingresos, entre otros factores. Al respecto, cabe destacar que 9 de cada 10 hogares estaban compuestos por 3 o más integrantes y presentaban 1 o 2 perceptores de ingresos al momento de la encuesta.

La existencia de beneficiarios residiendo en hogares con seguridad alimentaria o inseguridad leve plantea la necesidad de instrumentar abordajes específicos que busquen incidir en otros aspectos que pueden estar vinculados a un estado nutricional no adecuado, como por ejemplo los inadecuados hábitos de alimentación. Otro elemento que debe ser tenido en cuenta al analizar las cifras de inseguridad alimentaria y su abordaje es el concepto de estabilidad temporal. En este sentido, los hogares en inseguridad alimentaria crónica (tal podría ser el caso de muchos de los hogares beneficiarios que previo a la COVID-19 ya tenían vulnerado el derecho a la alimentación), necesitarán de medidas específicas diferentes a aquellos en que la inseguridad alimentaria obedece a la situación de pandemia.

Por otra parte, se constató que la mayoría de los beneficiarios residían en hogares en los que al menos un integrante era beneficiario de un programa o prestación del Estado directa o indirectamente conectado con la alimentación. Si bien se observó un elevado nivel de beneficiarios cubiertos por Asignaciones Familiares y Tarjeta Uruguay Social, se visualiza con preocupación la baja proporción de hogares asociados a planes o programas integrales, como el Plan CAIF y el Programa Uruguay Crece Contigo. En este sentido, cabe destacar que este tipo de intervenciones son fundamentales para contribuir al desarrollo físico, psicosocial, emocional y cognitivo en la primera infancia.²⁷ La baja cobertura de otros programas de acompañamiento en la población beneficiaria puede suponer un mayor desafío para las actividades y metas propuestas en el Programa de Apoyo Alimentario de la Intendencia de Montevideo.

Adicionalmente, una baja proporción de hogares que se encontraban vinculados a apoyos alimentarios de la sociedad civil. Esto sugiere que, si bien esta última ha tenido un rol muy importante en la respuesta brindada a la crisis por COVID-19 en el país,^{21,22} actualmente puede estar enfrentando dificultades para alcanzar a los segmentos de la población que presentan vulnerabilidades como la malnutrición por déficit y/o la inseguridad alimentaria.

Se realizó una aproximación a las características de la alimentación de las personas beneficiarias utilizando un cuestionario de frecuencia de grupos de alimentos, establecidos a priori por las relaciones dieta-crecimiento/desarrollo y dieta-enfermedad. Cabe destacar que el estudio del consumo de alimentos es complejo dada la variación intra y entre sujetos, existiendo hasta el momento diferentes métodos para su estimación. La elección del método utilizado se realizó considerando los objetivos del estudio, las características del trabajo de campo y el presupuesto disponible.

En el caso de las mujeres embarazadas, se registró la omisión del almuerzo en un 31%, lo cual podría estar vinculado tanto a problemas de acceso a los alimentos como a los hábitos de consumo. La comparación de los datos de consumo de alimentos con las recomendaciones nutricionales²⁸ permitieron evidenciar un bajo consumo de frutas, verduras, carnes, así como del grupo leche o queso. Las limitaciones en el consumo de estos grupos de alimentos podrían estar asociadas a dificultades de acceso debido a falta de recursos. Este tipo de alimentación, si se mantiene en el tiempo, podría generar deficiencias de algunos de los nutrientes, tales como proteínas, ácido fólico, hierro y calcio, considerados críticos en esta etapa. A esto se suma que un elevado porcentaje de mujeres no consumían algunos micronutrientes (hierro y ácido fólico)

en forma medicamentosa. Cabe destacar que, aunque una dieta saludable podría ser suficiente para satisfacer las mayores necesidades de nutrientes, la suplementación ayuda a garantizar un embarazo saludable y un desarrollo fetal óptimo. Actualmente, la suplementación con hierro y ácido fólico es la única recomendación aceptada a nivel mundial para todas las mujeres embarazadas.²⁹ En este grupo de mujeres la suplementación podría tener efectos significativos en su salud y la del feto.³⁰ En lo que respecta al consumo de productos ultra-procesados, no recomendados como parte de la dieta, se destaca el consumo frecuente de bebidas endulzadas en un porcentaje importante de las beneficiarias.

Al observar las características de la alimentación en los niños, se destaca el importante número de niños menores de 23 meses que recibía leche materna, hecho beneficioso ya que la lactancia materna sigue siendo una fuente relevante de nutrientes para un crecimiento y desarrollo óptimos.³¹ Con respecto a la lactancia materna exclusiva se destaca que la misma está presente en el 65% de los niños menores de 6 meses. La evidencia hasta el momento indica que la lactancia materna exclusiva proporciona todos los nutrientes vitales que los lactantes necesitan desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.³² Los alimentos diferentes a la leche materna deben introducirse a los 6 meses de edad, ya que la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades de energía y nutrientes esenciales.³³ Introducir alimentos sólidos antes de los 6 meses en lactantes que aún no han completado su maduración física e inmunitaria no reporta beneficios, y por el contrario aumenta el riesgo de malnutrición e infecciones.³⁴ En este sentido, se destaca que el 35% de los niños menores de 6 meses consumían alimentos diferentes a la leche materna, lo cual podría ser una de las causas de desnutrición en esta población. Por otra parte, se destaca que 4 niños de más de 6 meses no habían comenzado con la alimentación complementaria, lo cual también podría contribuir a la desnutrición. Por otra parte, se registró que el 49% de los niños mayores a 23 meses continuaba siendo amamantado. Si bien las recomendaciones oficiales exponen como tiempo ideal de amamantamiento hasta los 23 meses de vida o más si así lo decide la diada,³⁵ este dato debería ser analizado con mayor detenimiento para corroborar que esta práctica no esté sustituyendo el consumo de otros alimentos y por tanto se vincule con las cifras de desnutrición presentes.

La evidencia muestra que los niños menores de 2 años tienen más probabilidades de verse afectados por el retraso del crecimiento y la emaciación si su alimentación complementaria inicia tarde, si consumen pocas comidas al día o si sus dietas son bajas en diversidad alimentaria.^{36,37} El 82% de los niños realizaba al menos 4 comidas al día. Sin embargo, el 40% de los niños no

realizaba colaciones. El inadecuado consumo de alimentos nutritivos en los niños beneficiarios es especialmente preocupante. Muchos no disfrutaban de los beneficios de una diversidad de alimentos adecuada debido al consumo poco frecuente de frutas y verduras, carne y leche o quesos. Además, se observó un consumo poco frecuente de otros grupos de alimentos recomendados,^{38,39} tales como legumbres, lácteos y huevos. Las consecuencias de las dietas pobres y las prácticas alimentarias en etapas tempranas de la vida se visualizan en los problemas de malnutrición infantil como el retraso de crecimiento y el bajo peso.⁴⁰ Teniendo en cuenta que la suplementación o el uso de alimentos fortificados ayudan a completar las deficiencias de micronutrientes provenientes de las dietas, se destaca el importante número de niños de entre 6 y 23 meses que no consumían suplementos de hierro o vitamina D ni tampoco leche fortificada.

Cabe destacar que los alimentos con alto contenido de azúcar, sal y grasas proporcionan a los niños energía, pero carecen de nutrientes esenciales y su consumo puede desplazar alimentos más nutritivos, y contribuir al sobrepeso y la obesidad.⁴¹ En un importante porcentaje de los niños beneficiarios se observó un consumo de más de 2 veces a la semana de algunos productos ultra-procesados con exceso de azúcar, tales como bebidas azucaradas y yogures o postres lácteos.

6 - CONCLUSIONES

Los resultados del presente trabajo mostraron que 8 de cada 10 personas beneficiarias del Programa de Apoyo Alimentario al momento de su ingreso vivían en situaciones de inseguridad alimentaria moderada o grave. La inseguridad alimentaria reduce la calidad de la dieta y puede generar consecuencias negativas para la nutrición, la salud y el bienestar de los individuos y particularmente de niños, niñas y mujeres embarazadas.⁴²

Los resultados encontrados generan insumos de relevancia que deberían ser considerados en las instancias de acompañamiento a los beneficiarios del programa por parte de los técnicos de los centros de salud de la Intendencia de Montevideo. Se observó una inadecuada frecuencia de consumo de grupos de alimentos que aportan nutrientes cruciales para la salud y el desarrollo. Esto resalta la necesidad de continuar implementando diferentes estrategias que faciliten el acceso a variados alimentos en estos grupos poblacionales. La implementación de subsidios a estos grupos de alimentos asociados a la transferencia monetaria podría contribuir a mejorar su

acceso y facilitar su consumo.⁴³ Además, a nivel individual las instancias de acompañamiento por parte de los técnicos del programa deberían promover cambios en los hábitos de consumo, considerando formas de preparación adecuadas para la población beneficiaria, la importancia de la suplementación y el uso de alimentos fortificados. A nivel colectivo la generación de espacios de promoción de cuidados, acompañamiento, y educación alimentario nutricional podrían generar avances en materia de derechos.

La desnutrición es un problema multidimensional con varios factores subyacentes, incluida la pobreza y la exclusión. En consecuencia, ningún programa o proyecto individual ejecutado de forma aislada será suficiente para asegurar una reducción significativa de la tasa de retraso del crecimiento o el bajo peso. Emerge de los resultados obtenidos la necesidad de profundizar y articular los programas de acompañamiento a embarazadas y niños en situaciones de vulnerabilidad a nivel nacional, tales como Uruguay Crece Contigo y plan CAIF, así como otros programas de acompañamiento locales y territoriales. Al analizar los posibles impactos de las transferencias monetarias, se torna necesario tener en cuenta la multicausalidad de la desnutrición, en donde si bien la alimentación presenta un rol esencial, otros comportamientos de los adultos, tales como las prácticas de crianza y de alimentación y las situaciones de violencia, también tienen implicaciones sobre la salud infantil.

REFERENCIAS

1. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (1999) *General Comment No. 12: The Right to Adequate Food (Art. 11 of the Covenant)*. Ginebra: Naciones Unidas.
2. . Grupo de Alto Nivel de Expertos (2020) *Seguridad alimentaria y nutrición: elaborar una descripción global de cara a 2030*. Roma: Comité de Seguridad Alimentaria Mundial.
3. UNICEF (2021) *Fed to Fail? The Crisis of Children's Diets in Early Life. 2021 Child Nutrition Report*. Nueva York: UNICEF.
4. Sullivan AJ, Monk C (2020) Maternal and environmental influences on perinatal and infant development. *Future Child* 30, 11–34.
5. Elver I (2016) *Informe Provisional de la Relatora Especial sobre el Derecho a la Alimentación*. Ginebra: Naciones Unidas.
6. Hoddinott J, Behrman, JR, Maluccio JA, et al. (2013) Adult consequences of growth failure in early childhood. *Am J Clin Nutr* 98, 1170-1178.
7. Gomez Perazzoli A (2019) Uruguay: país productor de alimentos para un sistema alimentario disfuncional. *Agrociencia* 23, 92-100.
8. INE (2021) *Pobreza*. Montevideo: INE.
9. Ares G, Brunet G, Girona A (2021) *La alimentación de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay*. Montevideo: UNICEF.
10. MIDES (2018) *Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Informe de la Segunda ronda*. Montevideo: MIDES.
11. Núñez S, Martínez N, Garibotto G, et al. (2018) *Primeros Resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Cohorte 2018*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).
12. Sarlio-Lahteenkorva S, Lahelma E (2001) Food insecurity is associated with past and present economic disadvantage and body mass index. *J Nutr* 131, 2880–2884.
13. Rossi M, Ferre Z, Curutchet MR, et al. (2017) Influence of sociodemographic characteristics on different dimensions of household food insecurity in Montevideo, Uruguay. *Public Health Nutr* 20, 620-629.
14. Hoddinott J, Yohannes Y (2002) *Dietary diversity as a food security indicator*. Washington, DC: FANTA.
15. Hatloy A, Hallund J, Diarra MM, et al. (2000) Food variety, socioeconomic status and nutritional status in urban and rural areas in Koutiala (Mali). *Public Health Nutr* 3, 57-65.
16. Brun M, Colacce M (2019) *Medición de la pobreza monetaria en Uruguay. Conceptos, metodologías, evolución y alternativas*. Santiago: Naciones Unidas.

17. Observatorio de derechos de niñez y adolescencia del Uruguay (2021) *Incidencia de la pobreza en niños, niñas y adolescentes, Uruguay. Una mirada comparada entre 2019 y 2020*. Montevideo: Observatorio de derechos de niñez y adolescencia del Uruguay.
18. CEPAL (2020) *Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una crisis alimentaria. Acciones urgentes contra el hambre en América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL.
19. ONU (1989) *Convención de los Derechos del Niño*. Ginebra: ONU.
20. Brunet G, Girona A, Fajardo G, et al. (2020) *Acciones del Estado uruguayo para favorecer el acceso a alimentos y productos de higiene*. Montevideo: UNICEF.
21. Brunet G, Girona A, Fajardo G et al. (2020) *La respuesta de Uruguay frente a la crisis generada por el coronavirus (COVID-19). Acciones de la sociedad civil uruguaya para favorecer el acceso a los alimentos y productos de higiene*. Montevideo: UNICEF Uruguay.
22. Rieiro A, Castro D, Pena D, et al. (2021) *Entramados comunitarios y solidarios para sostener la vida frente a la pandemia. Ollas y merenderos populares en Uruguay 2020. Informe final*. Montevideo: Universidad de la República.
23. Intendencia de Montevideo (2021) *Plan ABC*. Disponible en: <https://montevideo.gub.uy/plan-abc>
24. Intendencia de Montevideo (2021) *Policlínicas*. Disponible en: <https://montevideo.gub.uy/areas-tematicas/salud/policlinicas>
25. FAO (2014) *Proyecto Voces del Hambre - Escala de inseguridad alimentaria basada en la experiencia*. Roma: FAO.
26. Akseer N, Kandru G, Keats EC, et al. (2020) COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *Am J Clin Nutr* 112, 251-256.
27. Pérez-Escamilla R, Rizzoli-Córdoba, A, Alonso-Cuevas A et al. (2017) Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala. *Bol Med Hosp Infant Mex* 74, 86-97,
28. Kominiarek MA (2016) Nutrition recommendations in pregnancy and lactation. *Med Clin North Am* 100, 1199-1215.
29. Oh C, Keats CE, Bhutta AZ (2020) Vitamin and mineral supplementation during pregnancy on maternal, birth, child health and development outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients* 12(2), 491.
30. Perichart-Perera O, Rodríguez-Cano AM, Gutiérrez-Castrellón P (2020) Importancia de la suplementación en el embarazo: papel de la suplementación con hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D y multivitamínicos. *Gac Med Mex* 156, S1-S26.

31. OMS, UNICEF (2002) *Estrategia mundial de la OMS y el UNICEF para la alimentación de lactantes y niños pequeños*. Ginebra: OMS.
32. Victora C, Bhal R, Barros AJD, et al. (2016) Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 387, 475-490.
33. Vissers KM, Feskens EJM, van Goudoever JB, et al. (2018) The timing of initiating complementary feeding in preterm infants and its effect on overweight: a systematic review. *Ann Nutr Metab* 72(4), 307-315
34. Przyrembel H (2012) Timing of introduction of complementary food: short- and long-term health consequences. *Ann Nutr Metab*. 2012;60(S2):8-20.
35. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. (2017) Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 64, 119-132.
36. Torlesse H, Aguayo VM. (2018). Aiming higher for maternal and child nutrition in South Asia. *Maternal Child Nutr* 14(S4), e12739.
37. Headey D, Hirvonen K, Hoddinott J. (2018) Animal sourced foods and child stunting. *Am J Agric Econ* 100(5), 1302–1319.
38. MSP (2017) *Guía de alimentación complementaria para niños entre 6 y 24 meses*. Montevideo: MSP.
39. MSP (2016) *Guía alimentaria para la población uruguaya*. Montevideo: MSP.
40. Dewey KG (2013) The challenge of meeting nutrient needs of infants and young children during the period of complementary feeding: An evolutionary perspective. *J Nutr* 143(12), 2050–2054.
41. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. (2013) Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 382, 427–451.
42. Leddy AM, Weiser SD, Palar K, et al. (2020) A Conceptual Model for Understanding the Rapid COVID-19–Related Increase in Food Insecurity and its Impact on Health and Healthcare. *Am J Clin Nutr* 112, 1162-1169.
43. Thow AM, Downs S, Jan S (2014). A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets: understanding the recent evidence. *Nutr Rev* 72, 551-565.