



Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional

Revisión para la elaboración de
la Guía Alimentaria para la población uruguaya
Diciembre 2016



**Ministerio
de SALUD**

Dirección General de la Salud
Área Programática Nutrición

Autoridades

Dr. Jorge Basso
Ministro

Dra. Cristina Lustemberg
Subsecretaria

Dr. Jorge Quian
Director General de la Salud

Coordinación técnica del documento

Mag. Ximena Moratorio
Responsable del Área Programática de Nutrición
Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud

Mag. Elisa Bandeira
Área Programática de Nutrición,
Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud

Equipo de trabajo

Dra. Isabel Bove
Asesora Ministro de Salud

Mag. Virginia Vodanovich
Área Programática de Nutrición,
Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud

Lic. Gabriela Berri
Área Programática de Nutrición,
Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud

Mag. Carolina de León
Área Programática de Salud de la Niñez,
Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud

Depto de Comunicación y Salud del Ministerio de Salud

Diagnóstico de la Situación alimentaria y nutricional

Revisión para la elaboración de
la Guía Alimentaria para la población uruguaya
Diciembre 2016

Contenido

6	Introducción
7	Acceso socio-económico a los alimentos en Uruguay
7	Evolución de la Pobreza e indigencia según el método de ingreso
9	Índice de Precios al Consumo e Índice de Precios de Alimentos y Bebidas (INE)
10	Gastos en alimentos
11	Inseguridad Alimentaria percibida por los hogares
13	Conclusiones y desafíos
14	Referencias bibliográficas de acceso a los alimentos
15	Disponibilidad de alimentos en Uruguay
20	Dependencia a las importaciones
20	Conclusiones y desafíos
20	Referencias bibliográficas de disponibilidad de alimentos
21	Consumo de alimentos en Uruguay
21	Consumo energético y de macronutrientes
21	Consumo de micronutrientes
22	Consumo de grupos de alimentos específicos
23	Hábitos alimentarios
24	Principales determinantes de la selección de alimentos
25	Cultura Alimentaria
26	Conclusiones y desafíos
27	Referencias bibliográficas de consumo de alimentos
28	Perfil epidemiológico nutricional
28	Transición demográfica
32	Transición epidemiológica
35	Perfil nutricional de la población
58	Conclusiones y desafíos
59	Referencias bibliográficas de perfil epidemiológico nutricional

Introducción

El sistema alimentario es el conjunto de actividades que conforman la cadena alimentaria desde la producción hasta el consumo. Todos sus aspectos influyen en la disponibilidad y accesibilidad de alimentos variados y nutritivos y en la capacidad de los consumidores de elegir dietas saludables. Pero los vínculos entre el sistema alimentario y los resultados nutricionales son a menudo indirectos, determinados por los ingresos, los precios, los conocimientos y otros factores.

Las intervenciones que consideran los sistemas alimentarios en su conjunto presentan una mayor probabilidad de brindar resultados positivos, por lo tanto, en el marco de la actualización de la *Guía Alimentaria*, se relevó información de la situación alimentaria y nutricional nacional y se analizó desde la perspectiva del derecho humano a la alimentación.

El contenido básico del derecho a la alimentación adecuada comprende la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada; y a la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos. Por lo tanto, el ejercicio del derecho a una alimentación adecuada se encuentra determinado por factores multidimensionales que abarcan el entorno económico, social, político y cultural del sistema alimentario actual.

La situación analizada en este documento recoge información construida por instituciones estatales y organizaciones de los diversos sectores implicados en la alimentación y nutrición de Uruguay, así como también de organismos internacionales.

El diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional abarca los componentes de **acceso, disponibilidad y consumo de alimentos**, así como del **perfil**

epidemiológico nutricional. El acceso físico y económico a los alimentos por parte de la población es determinante en el ejercicio al derecho a la alimentación, condicionando que los alimentos sean adquiridos por las familias, ya sea a través de la producción doméstica, el trabajo con generación de ingresos o transferencias por parte del Estado. La disponibilidad de alimentos refiere a la cantidad suficiente de alimentos de calidad adecuada y culturalmente aceptables para la población del país en un período determinado, se mide como la capacidad de producir, almacenar, importar y distribuir alimentos suficientes para atender las necesidades básicas de todos los grupos de la población. El análisis del consumo alimentario incluye a los hábitos alimentarios y la selección de alimentos; considerando los valores no relacionados con la nutrición que se asocian a los alimentos, así como las preocupaciones fundamentadas de los consumidores acerca de la naturaleza de los alimentos disponibles. El estudio del perfil epidemiológico nutricional de la población, permite identificar los problemas nutricionales de mayor magnitud y cómo éstos, repercuten en el estado de salud de la población.

La finalidad de este documento es sistematizar la información dispersa en los diferentes ámbitos del sistema alimentario, facilitando la identificación de factores de riesgo y problemas asociados a la alimentación de la población, permitiendo su priorización de acuerdo a su magnitud y la factibilidad de contribuir a resolverlos a través de estrategias educativas como la *Guía Alimentaria*. En este documento se reconocen áreas que deben ser fortalecidas o mejoradas para que cada persona ejerza el derecho a una alimentación adecuada y saludable paulatinamente por sus propios medios.

Acceso socio-económico a los alimentos en Uruguay

Mag. Nut. Florencia Könke (Ministerio de Desarrollo Social-UCC), Lic. Nut. Verónica Pandolfo (Ministerio de Desarrollo Social-UCC), Lic. Nut. Eugenia Oholeguy (Ministerio de Desarrollo Social-TUS), Lic. Nut. Joseline Martínez (Ministerio de Desarrollo Social, Instituto Nacional de Alimentación-ICEAN), Mag. Nut. María Rosa Curutchet (Ministerio de Desarrollo Social, Instituto Nacional de Alimentación ObsAN)

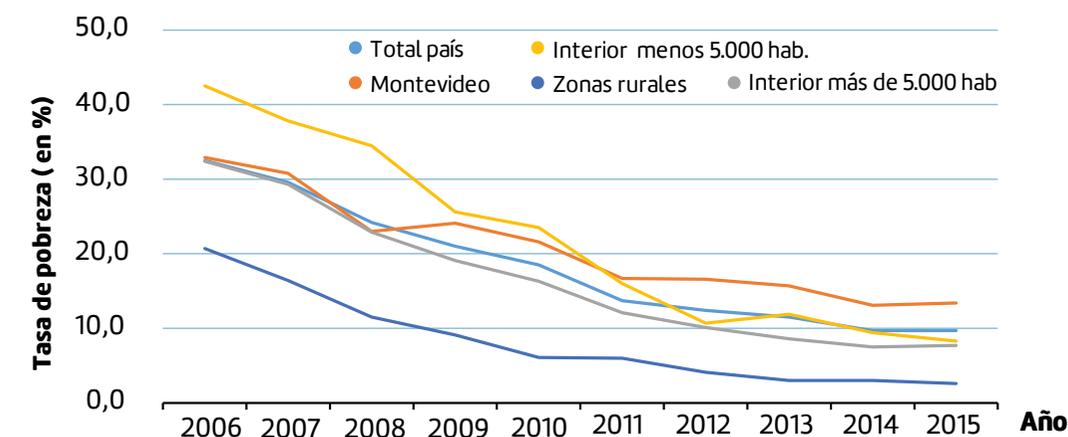
La población total contabilizada a partir del Censo 2011 fue de 3.286.314¹ personas (Instituto Nacional de Estadísticas-INE), distribuidas geográficamente de la siguiente forma: 95% residente en zonas urbanas y 5% en zonas rurales.

Una alimentación adecuada requiere que los alimentos se encuentren accesibles física, económica y socialmente por parte de toda la población. Es decir, que puedan ser adquiridos por todos los hogares, ya sea a través de la producción doméstica, las actividades generadoras de ingresos o transferencias. En este sentido, la pobreza se presenta como una de las principales limitantes para asegurar la alimentación en los hogares.

Evolución de la pobreza e indigencia según el método de ingreso

La evolución de la pobreza según el método del ingreso muestra importantes avances con un descenso progresivo en los últimos años, situándose en el año 2015 en un 9,7% para el total de la población, observándose una mayor incidencia en Montevideo (13,4 %) con respecto al interior (7,7% y 8,3% en localidades con más de 5 mil y menos de 5 mil habitantes respectivamente) y zonas rurales (2,6 %), gráfico 1, (INE, 2016)².

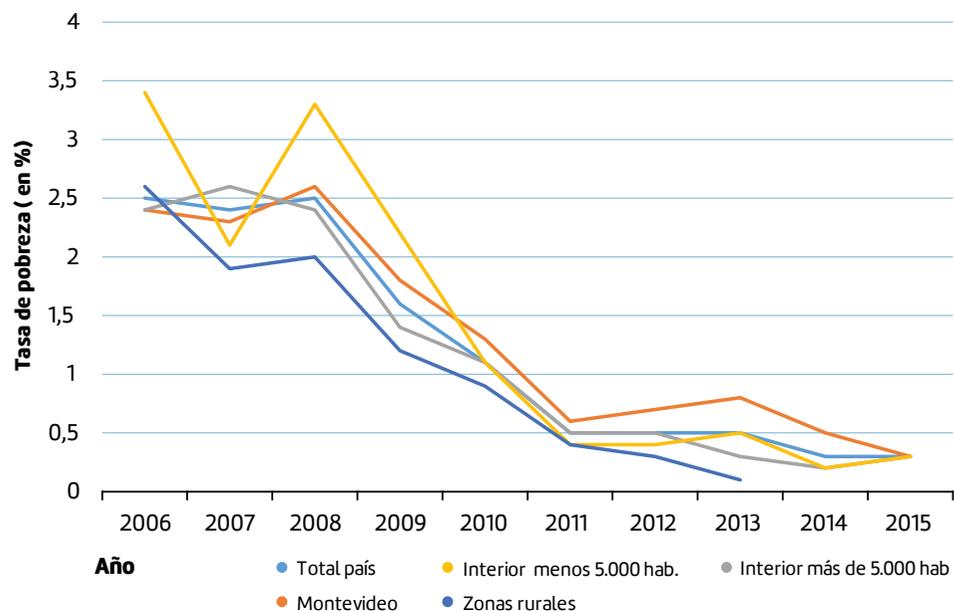
Gráfico 1: Evolución de la incidencia de la pobreza en personas según área geográfica.



Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares 2006 - 2015.

En cuanto a la incidencia de la indigencia (Gráfico 2), también es posible observar un descenso importante en el período 2006–2015, situándose en el 0,3% para todas las áreas geográficas.

Gráfico 2: **Evolución de la incidencia de la indigencia en personas según área geográfica.**

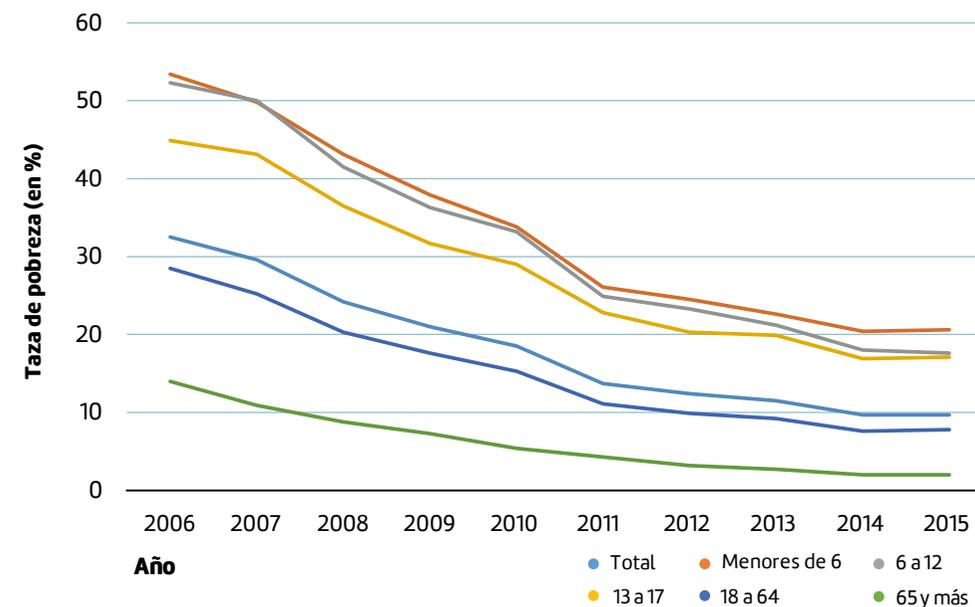


Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares 2006 – 2015.

De todas formas sigue siendo un problema para el país la infantilización de la pobreza; ya que ésta es más prevalente entre los menores de 6 años (20,6% para 2015) en relación al total de la población (9,7%) y a otros grupos de edad, Gráfico 3. Si se discrimina la pobreza en niños menores de 6 años según área de residencia, es más prevalente en Montevideo (28,03%) que en el interior (15,07%).

En lo que respecta a los niveles de indigencia esta cifra es sustantivamente mayor entre los menores de 6 años, en los que alcanza un 0,7%.

Gráfico 3: **Evolución de la incidencia de la pobreza en personas según grupos etáreos.**



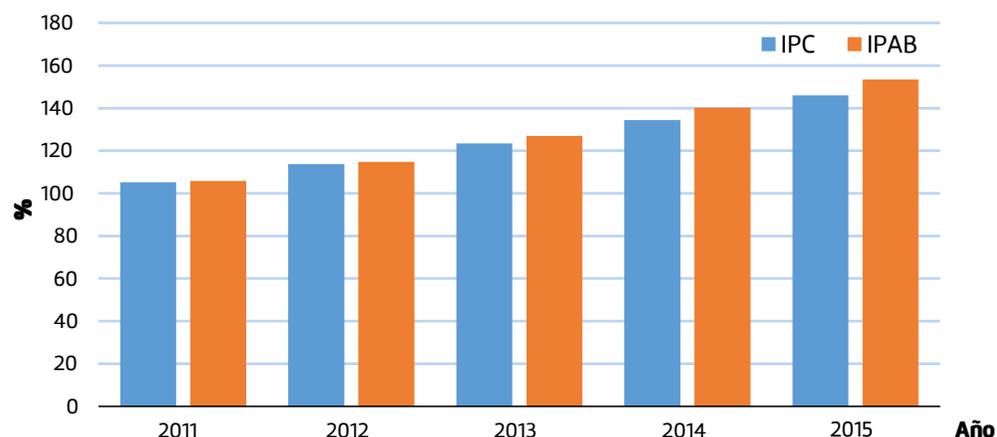
Fuente: INE ECH 2006 – 2015

Según informa el Reporte Social (MIDES, 2015)³, el 33,8 % de las personas y el 30,3 % de los hogares presentan al menos una carencia crítica, pero la situación varía significativamente al considerar la edad y el departamento de residencia. La estructura por edades de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es claramente más joven que la de la población con Necesidades Básicas Satisfechas (NBS). La diferencia de carencias se maximiza cuando se compara a la población infantil con la de adultos mayores, en detrimento de los primeros. Los departamentos ubicados al norte del Río Negro presentan mayores porcentajes de hogares y personas con NBI respecto a los del sur, destacándose los valores de Artigas (54%), Rivera (45%) y Salto (49%).

Índice de Precios al Consumo e Índice de Precios de Alimentos y Bebidas (INE)

Por otro lado, la evolución del Índice de Precios al Consumo (IPC) y del Índice de Precios de Alimentos y Bebidas (IPAB) en el período 2010–2015 muestra un mayor incremento en los precios de los alimentos con respecto a otros rubros, por tanto esto es un aspecto condicionante en el acceso a los alimentos de la población (Gráfico 4), y que afecta la calidad de la alimentación.

Gráfico 4: Índice de Precios al Consumo e Índice de Precios de Alimentos y Bebidas no Alcohólicas.



Fuente: INE

Gastos en alimentos

De acuerdo a la última Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares (INE, 2006)⁴, existían diferencias en la estructura del gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas según área geográfica, nivel de ingreso y cantidad de integrantes en el hogar.

Con respecto al área de residencia, los hogares de Montevideo destinaban el 17,3% de su presupuesto a la compra de alimentos y los hogares del interior un 23,9%.

Según quintil de ingreso, los hogares más pobres destinaban el 38% de sus ingresos a cubrir el gasto alimentario mensual, con una integración promedio de 4,2 personas, en tanto que el quintil más rico destinaba el 18% de sus ingresos, con una integración de 2,1 personas (Cuadro 1).

Cuadro 1. Gasto alimentario mensual de los hogares urbanos según nivel de ingresos.

Nivel de ingresos	Gasto Alimentario Mensual por Hogar (\$)	% del Gasto Alimentario Mensual en relación al Gasto Mensual	Promedio de integrantes por hogar
Total de hogares	4.078	24	3.0
20% más pobre	3.004	38	4.2
Ingreso medio	3.794	26	2.7
20% de mayores ingresos	5.888	18	2.1

Fuente: INE ECH 2006–2015

Inseguridad Alimentaria percibida por los hogares

Recientemente se ha comenzado a explorar la seguridad alimentaria de los hogares utilizando la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA)⁵.

En los últimos años, esta herramienta, que mide la percepción de los hogares de su situación, fue aplicada en dos estudios: la Encuesta Alimentación y Bienestar (Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar)⁶, relevada en el año 2014, y la Primera Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS)⁷, relevada en los años 2012 y 2013.

Ambas encuestas mostraron resultados similares, si bien debe considerarse que estudian universos distintos; la primera representa a hogares de la zona de mayor población del país: Montevideo y el área metropolitana, que incluye a los hogares que residen en aproximadamente 30 km en el entorno de Montevideo; la segunda representa a hogares con niños de 0 a 3 años y 11 meses, residentes en localidades de 5000 y más habitantes de todo el país.

En la primera, el 60,9 % [intervalo de confianza 56,8–64,7] del total de hogares presentaba seguridad alimentaria, el resto se distribuyó entre un 24,7% [21,4–28,3] para inseguridad leve, 7,3% [5,6–9,6] para inseguridad moderada y 7,1% [5,2–9,7] para inseguridad grave (Cuadro 2). En el caso de hogares integrados únicamente por adultos se observó seguridad alimentaria en el 69,5% [64,5–74,2]. El restante 30,4% de los hogares experimentó inseguridad alimentaria, siendo el nivel leve el más frecuente (cuadro 2).

El 4,8 [3,1–7,5] de los hogares integrados únicamente por adultos experimentó inseguridad alimentaria moderada, asociada con una cantidad y calidad de alimentos inadecuada, mientras que el 3,8% [2,3–6,4] experimentó inseguridad alimentaria grave, asociada con hambre.

La prevalencia de inseguridad alimentaria fue mayor en los hogares integrados por adultos y menores de 18 años, lo que muestra que tanto la pobreza como la inseguridad alimentaria son mucho más prevalentes en hogares con menores. Como se observa en el cuadro 2 el 49,9% [43,7–56,2] de dichos hogares experimentó seguridad alimentaria y el resto experimentó algún tipo de inseguridad alimentaria. Es de destacar que el 11,6% [8,4–15,9] de los hogares integrados por adultos y menores de 18 años consideró no haber accedido a cantidad y calidad de alimentos suficiente, experimentando inseguridad alimentaria moderada. Mientras tanto, el 7,4% [4,4–12,2] de los hogares compuestos por adultos y menores de 18 años experimentó inseguridad alimentaria severa, asociada con limitación severa en el acceso a alimentos para satisfacer sus necesidades básicas.

Cuadro 2: Prevalencia de seguridad alimentaria y de los niveles de inseguridad alimentaria de acuerdo a la Escala Lationamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) en Montevideo y Área Metropolitana.

Tipo de hogar	Porcentaje de seguridad alimentaria en hogares (%)			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Total de hogares	60.9 [56.8–64.7]	24.7 [21.4–28.3]	7.3 [5.6–9.6]	7.1 [5.2–9.7]
Hogares integrados solamente por personas adultas	69.5 [64.5–74.2]	21.8 [17.7–26.4]	4.8 [3.1–7.5]	3.8 [2.3–6.4]
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	49.9 [43.7–56.2]	31.0 [25.6–37.0]	11.6 [8.4–15.9]	7.4 [4.4–12.2]

Fuente: Encuesta Alimentación y Bienestar 2014 (Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar), UDELAR-INDA.

La segunda Encuesta citada mostró que el 58,4% [58.1–58.6] de los hogares con niños menores de 4 años se encontraban en situación de seguridad alimentaria, mientras que el 28,7% [28,4–28,9] presentaba inseguridad leve, el 8,8% [8,7–9,0] inseguridad moderada y el 4,1% [4.0–4.2] inseguridad grave, (Cuadro 3). Al analizar los resultados según condición de pobreza se destaca que dentro de los hogares pobres, dos de cada tres presentaba algún grado de inseguridad alimentaria y un 9,8% [9,5–10,1] presentaba inseguridad alimentaria severa (ENDIS, 2015).

Cuadro 3: Prevalencia de seguridad alimentaria y de los niveles de inseguridad alimentaria de acuerdo a la Escala Lationamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA).

Tipo de hogar	Porcentaje de seguridad alimentaria en hogares (%)			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Total de hogares	58.4 [58.1–58.6]	28,7 [28.4–28.9]	8.8 [8.7–9.0]	4.1 [4.0–4.2]
Hogares debajo de la Línea de Pobreza	32.2 [31.7–32.7]	39.4 [38.9–39.9]	18.6 [18.2–19.0]	9.8 [9.5–10.1]
Hogares no pobres	66.6 [66.3–66.9]	25.3 [25.1–25.6]	5.8 [5.6–5.9]	2.3 [2.2–2.4]

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS), 2015.

Conclusiones y desafíos

Uruguay ha presentado importantes avances significativos en el abatimiento de la pobreza e indigencia, aunque persisten desigualdades en grupos de alta vulnerabilidad, como son los niños y adolescentes. Por otro lado el problema del hambre aún no ha sido resuelto y constituye un desafío tanto proteger contra el hambre como facilitar el acceso continuo a una alimentación variada y de calidad nutricional. Más allá de que la calidad de la alimentación se ve afectada por diversos factores (hábitos alimentarios, educación nutricional del consumidor, estrategias publicitarias, composición de alimentos, entre otros), de acuerdo a los indicadores citados, se puede estimar que el acceso económico a los alimentos saludables sigue siendo un factor determinante en la población.

Referencias bibliográficas de acceso a los alimentos:

1. INE, 2011. Censo 2011. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
2. INE, 2016. Estimaciones de pobreza por el método del ingreso, año 2015. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
3. MIDES-OPP-AGEV. 2015. Reporte Uruguay 2015. Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Ministerio de Desarrollo Social, Montevideo. Disponible en: http://www.opp.gub.uy/images/ReporteUruguay2015_OPP_web.pdf
4. INE, 2006. Bove, I. Cerruti, F. Los alimentos y las bebidas en los hogares. Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares 2005-2006. Montevideo. Instituto Nacional de Estadística.
5. FAO, 2012. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): manual de uso y aplicaciones. Comité Científico de la ELCSA. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i3065s.pdf>
6. UDELAR-INDA, 2015. Resultados de la Encuesta sobre Alimentación y Bienestar. Disponible en: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/2/2015/11/0815.pdf>
7. UDELAR, INE, UCC-MIDES, 2015: Primera Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS). Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/44017/3/innova.front/primera-encuesta-nacional>

Disponibilidad de alimentos en Uruguay

Lic. Nut. Gabriela Fajardo, Lic. Nut. Florencia Muniz, Lic. Nut. Cecilia Piñeyro, Lic. Nut. Flavia Noguera, Lic. Nut. Fernanda Risso (Escuela de Nutrición-UdelaR).

La disponibilidad de alimentos refiere a la cantidad suficiente de alimentos de calidad adecuada y culturalmente aceptables para la población de un país en un período determinado. Resulta de la capacidad de producir, almacenar, importar y distribuir los alimentos para atender las necesidades básicas de todos los grupos de la población.

La medición de la disponibilidad consiste en el cálculo de:

PRODUCCIÓN + IMPORTACIÓN + EXISTENCIAS

Al que se le resta el resultado de la sumatoria de

EXPORTACIÓN + DESPERDICIOS + SEMILLAS + PIENSOS

Dando como resultado la cantidad de

ALIMENTOS PARA CONSUMO HUMANO

El análisis de la disponibilidad de alimentos se presentará a partir de la información brindada por la hoja de balance de alimentos de la FAO¹.

La hoja de balance brinda información sobre la dinámica del suministro y utilización de cada bien agroalimentario, permite medir aportes energéticos y nutricionales, el origen de la disponibilidad alimentaria (animal, vegetal), el patrón físico de la participación de cada alimento, la procedencia en términos de dependencia (importaciones), entre otros aspectos.

En este sentido la disponibilidad de alimentos en Uruguay expresada en kilocalorías (Kcal) per cápita por día, entendida como suministro de energía alimentaria (SEA), durante el período 1995-2011 registró un aumento, observándose un leve descenso en el año 2009. Cabe destacar que en Uruguay la última hoja de balance disponible corresponde al año 2011. El porcentaje de adecuación del SEA en relación a las necesidades promedio de energía de la población, supera las recomendaciones nutricionales, aun considerando el ajuste de un 10% por concepto de pérdidas en el hogar (Cuadro 1).

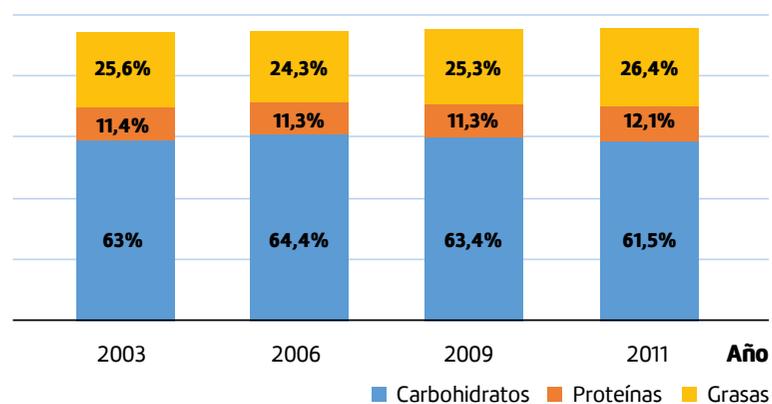
Cuadro 1. Suministro de energía alimentaria y necesidades de energía promedio para la población uruguaya período 1995–2011.

	1995 - 97	2000 - 02	2005 - 07	2008	2009	2011
Necesidad promedio de energía alimentaria (Kcal/persona/día)	2380 ²	2390 ²	2400 ²	2401*	2365*	2429*
Suministro de energía alimentaria promedio (Kcal/persona/día)	2740 ²	2800 ²	2820 ²	2881 ³	2861 ³	2939 ³
Adecuación del SEA en relación a la necesidad promedio de energía	115%**	117%**	118%**	120% ⁴	121% ⁴	121% ⁴

Fuente: Elaboración propia en base a la Hoja de Balance de FAO.
 * Necesidad promedio de energía alimentaria: SEA/Adecuación del SEA *100
 **Adecuación del SEA: SEA/Necesidad promedio de energía*100

Al comparar la composición del SEA promedio según el aporte de los macronutrientes en los años 2003 y 2011, se observa un descenso en los carbohidratos (1,5%), con un incremento en las proteínas (0,7%) y las grasas (0,8%), (Gráfico 1).

Gráfico 1: Tendencia del suministro de energía alimentaria según porcentaje proveniente de carbohidratos, proteínas y grasas (Período 2003–2011).



Fuente: Elaboración propia a partir de las hojas de balance FAO.

En el año 2011 se aprecia que el porcentaje de calorías provenientes de los carbohidratos, las proteínas y las grasas se encuentran dentro del rango de ingesta recomendado⁵. El 53,6% de las proteínas y el 60,5% de las grasas son de origen animal.

Al analizar la composición del SEA por grupo de alimentos (Cuadro 2), se destaca que los cereales son la mayor fuente de energía, seguidos por las carnes y el azúcar.

Al indagar el aporte de los alimentos, se observa que el trigo proporciona 27,7%, el azúcar (9,7%), la leche (8,7%), el arroz (6,6%), el maíz (5,9%), la carne de vaca (5,6%), el aceite de soja (3,3%), la carne de aves (2,8%), la carne de cerdo (2,4%) y la papa (2%). Estos 10 alimentos contribuyen con el 75% del SEA.

Cuadro 2. Grupos de alimentos y su contribución porcentual al SEA, 2011.

Grupo de alimentos	% de contribución
Cereales	41,3
Carne	12
Azúcar	11,8
Leche	8,7
Aceites vegetales	6,8
Frutas	3,6
Tubérculos	3,4
Grasas animales	2
Huevos	1,6
Hortalizas	1,4
Legumbres	1
Pescado y Frutos de Mar	0,4
Otros	6

Fuente: Elaboración propia a partir de la Hoja de Balance FAO 2011.

En relación al suministro de los diferentes grupos de alimentos en gramos por persona por día, en los años 2003 y 2011 se destaca un incremento en la disponibilidad de leche, carne, huevo, frutas y cereales; mientras que el suministro de las hortalizas disminuyó (Cuadro 3).

Cuadro 3. Suministro de los grupos de alimentos (g/persona/día) 2003 – 2011.

Grupos de alimentos	Año			
	2003	2006	2009	2011
Cereales	419,2	460,5	469,7	459,2
Azúcar*	103,3	98,9	106,8	99,6
Legumbres	5,8	8,2	8,2	7,3
Grasas	7,7	2,6	8,2	8,1
Aceites	22,7	26,3	26,9	22
Hortalizas	158,9	153,7	150	141,7
Frutas	206,6	204,4	201,4	257
Carne	147,4	146,8	137	190,3
Huevo	25,2	29,6	35,9	36,4
Leche**	520,3	400	486,8	566
Pescado	19,2	32,1	22	17,8
Tubérculos	146,6	149	139,4	137,7

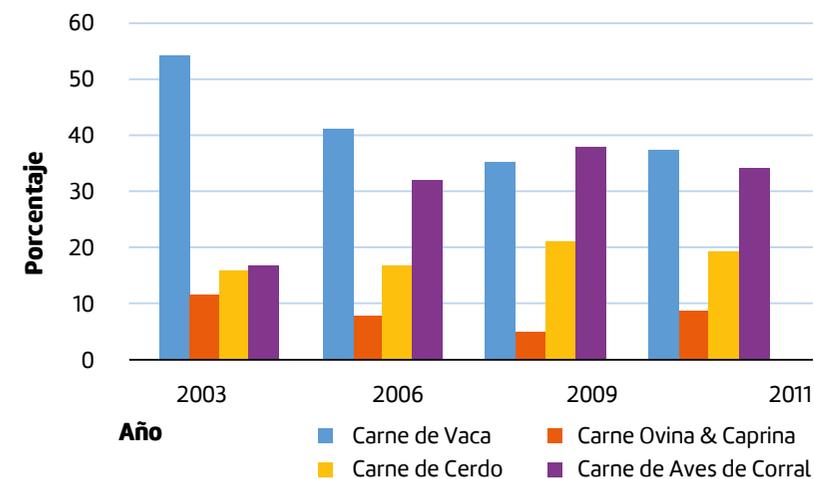
Fuente: Elaboración propia a partir de las Hojas de Balance FAO.

* Incluye azúcar, jarabe y miel pero no considera dulces y mermeladas.

** En la hoja de balance no se especifica la disponibilidad de yogur y queso. El dato de leche disponible excluye la manteca.

Específicamente en lo que respecta a la disponibilidad de carnes, la vacuna y ovina disminuyeron mientras que la de cerdo y aves aumentaron (esta última más de un 100%), (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribución de los tipos de carne disponibles. Período 2003–2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de las Hojas de Balance FAO.

Dependencia a las importaciones

Otra información relevante que se obtiene de la hoja de balance es el origen de los alimentos, insumo básico para calcular la dependencia de las importaciones (DI). La DI se calcula: $\text{Importaciones} / (\text{Importaciones} + \text{Producción} + \text{Variación de stock} - \text{Exportaciones}) \times 100$.

Se considera que el país es absolutamente dependiente de las importaciones cuando la DI es mayor o igual a 100%, dependiente en alguna medida cuando es menor a 100% y autosuficiente cuando es igual a 0%.

En Uruguay existe importación de todos los grupos de alimentos en diferentes niveles: para el pescado, el azúcar y los aceites vegetales es absolutamente dependiente y presenta una menor dependencia en la leche, los huevos y en todas las carnes excepto la de cerdo, con una DI menor al 10%.

Conclusiones y desafíos

Uruguay, como país productor y exportador de alimentos, que ha multiplicado su producción agrícola, ganadera y lechera, requiere del análisis sistemático sobre la disponibilidad de los mismos. Para ello es necesario el desarrollo de un proceso de transferencia de información multisectorial y continua que posibilite la estructuración y realización de la Hoja de Balance Uruguaya (HBU) actualizada. Este instrumento, de consenso interinstitucional, permite sistematizar los aspectos metodológicos con el fin de conocer la dinámica de la disponibilidad calórica y de nutrientes procedentes de los principales grupos de alimentos, sus mecanismos de suministro y niveles de transformación alimentario, así como también, el grado de autonomía o dependencia de energía. La información obtenida contribuirá además, en la definición de estrategias relacionadas al logro de la seguridad alimentaria y nutricional a nivel nacional. Por la información multisectorial detallada que contendrá sobre la realidad agroalimentaria y sus determinantes, será un insumo para fortalecer o propiciar la realización de estudios e instrumentos destinados al logro de sistemas alimentarios sostenibles.

Referencias bibliográficas de disponibilidad de alimentos:

1. FAO. Hoja de balance de la FAO. Disponible en <http://faostat3.fao.org/download/FB/FBS/E>
2. FAO (s/f). Perfil del país: Indicadores de Seguridad Alimentaria. País: Uruguay. Recuperado en http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/country_profiles/esp/Uruguay_S.pdf
3. FAO (s/f). Suministro Alimentario de Energía en Uruguay 2003–2011 kcal/persona/día. Recuperado en http://faostat3.fao.org/browse/FB/*/S
4. FAO (s/f). Average dietary supply adequacy (%). Recuperado en <http://faostat3.fao.org/browse/D/FS/S>
5. Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Nutrición. Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población Uruguaya, 2005.

Bibliografía:

- FAO. Food balance sheets: A handbook, 2001.
- FAO. Hoja de balance de alimentos colombiana–Año 2010. Transferencia Metodológica por parte de la FAO al Estado Colombiano, Convenio ICBF–FAO (TCP/COL/3402) 2012–2014, 2014.
- Martínez, R., & Palma, A. Seguridad alimentaria y nutricional en cuatro países andinos: Una propuesta de seguimiento y análisis, 2014.
- MSP, Programa Nacional de Nutrición. Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población Uruguaya. Montevideo, 2005.

Consumo de alimentos en Uruguay

Mag. Nut. Alejandra Girona (AUDYN), Lic. Nut. Virginia Puyares, (AUDYN), Mag. Nut. Luisa Saravia (Escuela de Nutrición–UdelaR), Dr. Gastón Ares (Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar–UdelaR), Mag. Nut. Isabel Pereyra (UCUDAL), Chef Laura Rosano (SLOW FOOD Uruguay).

El análisis del consumo alimentario constituye una herramienta de gran importancia para el establecimiento de políticas y estrategias de mejora de la alimentación y nutrición. Sin embargo, el país cuenta con limitados estudios nacionales sobre hábitos alimentarios de la población. Por este motivo, las Encuestas de Gastos e Ingresos representan la mejor aproximación disponible al consumo de alimentos y bebidas a nivel de los hogares. En el año 2005 el Instituto Nacional de Estadística realizó la última Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares, lo que permite estimar el consumo aparente de alimentos y bebidas de los hogares uruguayos. El análisis de los datos obtenidos ha permitido identificar diferentes patrones alimentarios, condicionados fundamentalmente por el nivel de ingreso de los hogares y no tanto por su localización geográfica o tipo de hogar¹.

Consumo energético y de macronutrientes

De acuerdo a la última Encuesta de Gastos e Ingresos, los alimentos adquiridos por los hogares correspondían a un consumo aparente de energía promedio de 2432 kcal/persona/día, lo cual superaba en un 14% las necesidades establecidas por FAO OMS¹. Sin embargo, existían grandes diferencias entre niveles socioeconómicos, observándose que los hogares más pobres no alcanzaban a satisfacer sus requerimientos diarios de energía. En lo que respecta a la composición nutricional de los alimentos adquiridos por los hogares, se observó que éstos contenían una elevada cantidad de grasas, aportando un 34% de las calorías (lo cual superaba la meta establecida). Una elevada proporción de éstas eran de origen animal, observándose una proporción de ácidos grasos saturados correspondiente al 12% de la energía total y una cantidad de colesterol por encima de las recomendaciones¹. Además, el

consumo aparente de azúcares correspondía al 9% de la energía consumida¹.

Los alimentos adquiridos por el promedio de la población del país aportaban una abundante cantidad de proteínas (92g). En términos nutricionales, es importante destacar que la mitad de las proteínas eran de alto valor biológico, proveniente de carnes y lácteos. Las proteínas provenientes de cereales correspondían a un tercio de la ingesta total.

Consumo de micronutrientes

En lo que respecta al consumo de sodio, su ingesta aparente promedio en la población uruguaya, era de 3742 (IC 95%, 3731–3754) mg de sodio/persona/día, lo cual supera las recomendaciones establecidas². En la Segunda Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles se observó que 1 de cada 10 adultos entre 15 a 64 años le agregan sal a la comida preparada, lo hacen siempre o casi siempre (14,1%), mientras que casi 8 de cada 10 lo hacen raramente o nunca (75,1%)³. Las fuentes de sodio de la dieta variaban según el nivel socioeconómico. En el primer quintil de ingresos, el sodio proveniente de la sal discrecional (agregada en la cocción de los alimentos y en la mesa en el momento del consumo) representaba el 57,4% del total ingerido, mientras que para los niveles socioeconómicos más altos la contribución de la sal discrecional era de 38,8%. En dicho segmento de la población los alimentos procesados aportaban el mayor porcentaje del sodio ingerido². El grupo de los panificados era el grupo de alimentos que representaba el mayor aporte de sodio a la dieta de los uruguayos, luego del sodio discrecional. Los panificados aportaban en promedio 802mg de sodio/persona/día, aunque su contribución relativa variaba en función del nivel socioeconómico de la población². Para el primer quintil de ingresos correspondía al 23% del sodio

total ingerido, mientras que para el quinto quintil no alcanzaba el 20%. Es de destacar que en este último grupo, el sodio proveniente de las comidas fuera del hogar representaba un 11% de la ingesta².

El país no cuenta con encuestas alimentarias nacionales que den cuenta de la realidad en cuanto al consumo de otros micronutrientes en la actualidad, en especial en personas mayores de 5 años. Sin embargo, los datos de la Encuesta de Gastos e Ingresos permite estimar el consumo de calcio de la población a partir del consumo aparente de lácteos, observándose que en el año 2005 las necesidades de calcio de hombres y mujeres adultas (1000 mg) eran cubiertas únicamente por el 20% de hogares de mayores ingresos. Entre los hogares más pobres el calcio aportado por los alimentos y las bebidas que se adquieren no alcanzaban para cubrir las necesidades de calcio (402 mg/persona/día)¹.

Consumo de grupos de alimentos específicos

En todos los grupos de población se ha identificado un patrón alimentario con variedad de alimentos, con una dieta no monótona, lo cual resulta un factor de protección a la salud, al contribuir con una variedad de nutrientes esenciales, disminuyendo el riesgo de carencias nutricionales específicas¹. A continuación se presentan datos de consumo de grupos de alimentos específicos.

De acuerdo a la Encuesta de Gastos e Ingresos del 2005, se consumían en promedio en el país urbano 117 gramos netos de carne (sin huesos ni desperdicios) por persona y por día, 22g de fiambres y embutidos y 8g de pescado¹. Es de destacar la existencia de importantes diferencias en el consumo de carne entre hogares de distinto nivel socioeconómico: los hogares de mayor ingreso consumían en promedio 154g de carne, mientras que en los de menor ingreso esta cifra descendía a 62g¹. Además, los hogares de mayores ingresos seleccionaban cortes de carnes más magros y consumían más cantidad de pescado que los hogares de menores ingresos.

El consumo aparente de lácteos en los hogares urbanos era de 317g por persona y por día, lo que apenas constituye una porción y media, mientras

que lo aconsejable es entre 2 y 3 porciones diarias. Al observar las cantidades adquiridas de alimentos por estrato geográfico urbano, el consumo de leche y derivados no mostraba diferencias significativas. En cuanto al consumo de productos específicos, se destacaba la ingesta de leche entera sobre el resto de los demás productos lácteos, con un consumo aparente promedio de 200g/persona/día¹.

En lo que respecta al consumo de frutas y verduras, en la Segunda Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del año 2013, se observó que el 90,9% de los adultos entre 25 a 64 años acerca del consumo de frutas y verduras consumían menos de 5 porciones diarias. Los datos mostraron una disminución estadísticamente significativa entre la cantidad de porciones de frutas y verduras consumidas en relación al año 2006 (84,9%)³. Otros estudios señalaron que casi la mitad de los trabajadores dependientes de Montevideo y zona Metropolitana consumían verduras 3 ó 4 veces por semana, mientras que un tercio lo hacía a diario. Es importante destacar diferencias en el consumo de frutas y verduras con el ingreso de los hogares. En el caso de hogares de bajos ingresos, las frutas y verduras son escasas y su consumo está muy por debajo de la cantidad recomendada¹.

En relación al consumo de frutas, más de la mitad de los trabajadores las incluían a diario y casi la cuarta parte lo hacía 3 ó 4 veces por semana⁴. En el caso de adolescentes, en el año 2012 la Segunda Encuesta Mundial de Salud Adolescente indicó que únicamente el 44,9% de los adolescentes consumían frutas dos o más veces al día, mientras que solo la cuarta parte de los mismos consumían frutas y verduras 5 o más veces al día en los últimos 30 días. Es interesante destacar que el bajo consumo de frutas y verduras entre adolescentes no parecía estar afectado por variables como género, edad, y la región del país⁵.

El elevado consumo de alimentos listos para consumir ha sido destacado por diversos estudios recientes realizados en nuestro país. En una encuesta realizada en Montevideo con adultos mayores de 18 años se observó que el 66% de los encuestados consumía algún tipo de alimento listo para consumir

al menos una vez al día⁶. Además, en un estudio realizado recientemente con niños de escuelas públicas y privadas de Canelones se observó un claro predominio de alimentos industrializados en la merienda, principalmente galletitas y alfajores⁷⁻⁸. Por otra parte, casi el 10% de los adolescentes afirmó en el año 2012 comer en locales de venta de comida rápida tres o más días en la última semana anterior a la encuesta, no observándose diferencias significativas entre los grupos de edad ni entre regiones del país⁵.

Respecto al consumo de bebidas azucaradas, en la Segunda Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles se observó que las personas entre 25 a 64 años consumían en promedio 3 días a la semana bebidas azucaradas. En un estudio reciente realizado en Montevideo y zona Metropolitana el 41% de los hogares afirmó haber consumido refrescos o jugos industrializados en la cena del día anterior⁶. Mientras tanto, los jóvenes con edades entre 15 a 24 años consumen en promedio bebidas azucaradas 5 días a la semana³. De forma similar, el 71% de los adolescentes afirmó consumir refrescos azucarados en forma diaria en los últimos 30 días. La proporción de estudiantes que consumían diariamente este tipo de bebidas era mayor entre los estudiantes de 16 y más años respecto a los de 13 a 15 años, lo cual indicaría que el consumo aumenta a medida que aumenta la edad y los adolescentes adquieren mayor independencia en la selección de los alimentos y bebidas que eligen para el consumo⁵.

Hábitos alimentarios

La mayoría de los estudios en Uruguay no abordan los hábitos alimentarios de la población en términos del número, tipo y características de las comidas. Sin embargo, varios estudios muestran que la mayoría de los hogares en Montevideo y zona Metropolitana desayunan, almuerzan y cenan. Un estudio reciente realizado en Montevideo y zona metropolitana mostró que el 83% de la población consumía desayuno, el 92% almuerzo y el 90% cena. Mientras tanto, el 67,5% de los encuestados indicó merendar, mientras que el 47,5% realizaba comidas entre

horas⁶. Cuando se indagaron las preparaciones más comunes en la cena, se observó que sándwiches/tortas/empandas, milanesas, carnes rojas y pastas eran mencionados con más frecuencia.

En un estudio realizado con trabajadores dependientes de Montevideo y zona metropolitana se concluyó que, si bien las cuatro comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda y cena) eran realizadas por la gran mayoría de los participantes, el 43% de los trabajadores omitía, al menos una de las comidas principales del día⁴. El 92% de los trabajadores desayunaba y el 15% lo hacía en su trabajo. Sin embargo, el 17% de los trabajadores incluía solo un alimento en este tiempo de comida, predominado las infusiones (mate, café). En lo que respecta al almuerzo, el 95% de los trabajadores almorzaba. Las preparaciones más citadas incluían carnes rojas, verduras cocidas y cereales. En relación a la merienda, existía el hábito en el 70% de los trabajadores; 30% lo hacía en el horario de trabajo. El 94% de los trabajadores cena⁴. Por otra parte, en un estudio realizado en el 2011 en 10 escuelas públicas de la Costa de Oro con niños de 4º año de escuela, se observó que un 58% de los niños encuestados no desayunaban. Entre los niños que sí lo hacían el 26% tomaba solo leche y 16% leche, pan o cereales de desayuno. En relación a este hábito, en adolescentes se observó que solo el 64% de los estudiantes declaraban haber desayunado siempre o la mayor parte del tiempo en el último mes, observándose que esta proporción descendía a medida que aumentaba la malnutrición por exceso⁵.

La información sobre comensalidad en la población uruguaya es sumamente limitada. Sin embargo, existen datos sobre comensalidad en adolescentes que demuestran el efecto de comer en compañía en los patrones alimentarios. Al indagar sobre las comidas realizadas por los adolescentes en compañía de alguno de sus padres, se observó que el 72% declaró realizar alguna comida en compañía de sus padres 5 o más días en una semana típica, siendo más frecuente entre los adolescentes de entre 13 a 15 años que entre los de 16 años y más⁵. Al analizar los hábitos alimentarios de los estudiantes según la

realización de comidas en compañía de sus padres, se observó que aquellos adolescentes que comen en compañía de sus padres 4 o más veces en la semana tenían mayor probabilidad de desayunar en forma habitual y mostraban un mayor consumo de frutas y verduras, así como de lácteos. Estos resultados indican que la presencia de los padres durante los momentos de alimentación es un factor positivo en el desarrollo de hábitos alimentarios saludables, aún en la adolescencia.

Principales determinantes de la selección de alimentos

Entender el proceso de selección de alimentos es fundamental para identificar los obstáculos existentes para modificar los patrones de alimentación y diseñar campañas educativas y estrategias de intervención tendientes a fomentar una alimentación más saludable. La selección de alimentos es un proceso sumamente complejo que depende de diversos factores interrelacionados⁹. De acuerdo a algunos estudios realizados recientemente en nuestro país, los factores que determinan la selección de alimentos están fuertemente modulados por el nivel socioeconómico, principalmente en lo que refiere al acceso a los alimentos¹⁰.

En los niveles socioeconómicos bajos, el presupuesto disponible para la compra de alimentos es limitado, por lo que el precio es un factor clave para elegir qué consumir¹⁰⁻¹¹. Asociado a los factores económicos aparece la necesidad de que los alimentos sacien, o sea que quiten la sensación de hambre y que generen sensación de saciedad por un tiempo prolongado¹¹. Esto hace que se conceptualice un buen alimento como aquel que llena, dejándose a un lado otras características nutricionales de los productos. En este contexto, la selección de alimentos está principalmente determinada por la maximización de la sensación de saciedad ocasionada por los alimentos consumidos, utilizando el presupuesto limitado del que se dispone. Los factores económicos impiden muchas veces la realización de dietas balanceadas y el consumo de alimentos saludables, tales como frutas, vegetales, carne o productos

lácteos, los cuales tienen un elevado costo relativo comparado con otros productos como arroz o fideos. Dentro de los niveles medio y medio-alto la selección de alimentos pasa a ser determinada principalmente por la conveniencia¹⁰⁻¹². En este contexto socioeconómico se busca minimizar el tiempo que se invierte en la preparación de alimentos, lo que fomenta el consumo de alimentos procesados, listos para consumir o comida preparada. Muchos de los alimentos procesados disponibles en el mercado tienen mayores contenidos de grasa, sal y azúcar que los alimentos preparados en el hogar¹³. Por lo tanto, la priorización del tiempo frente a las características nutricionales de los alimentos contribuye a patrones alimentarios no saludables. Es importante destacar que la minimización del tiempo invertido en la preparación de alimentos se vincula fuertemente con la valoración o priorización de la cocina y los alimentos en la vida cotidiana. Muchas veces el acto de cocinar es percibido como una tarea que lleva tiempo y de la cual no se perciben sus beneficios asociados¹⁰. Por otra parte, algunas personas manifiestan no tener habilidades culinarias desarrolladas, por lo que recurren a alimentos listos para consumir. En este sentido, el tiempo necesario para preparar frutas y vegetales y el no conocimiento de técnicas culinarias han sido identificados como una de las barreras para su consumo¹⁴⁻¹⁵. Estudios realizados en Europa muestran una importante correlación entre las habilidades culinarias y la realización de patrones de alimentación saludables¹⁷. Las características nutricionales de los alimentos no aparecen priorizadas al momento de elegir qué comer¹⁰⁻¹². Las vitaminas y minerales aparecen como los aspectos nutricionales más relevantes para los consumidores. En este sentido, el uso de mensajes que jerarquizan estos nutrientes en la publicidad actual de muchos alimentos y bebidas atenta sobre la capacidad de las personas de decidir qué es un alimento saludable. Por ejemplo, en un estudio realizado recientemente con madres de nivel socioeconómico bajo, los postres lácteos y yogures industrializados son considerados uno de los grupos de alimentos más adecuados para niños menores de

5 años¹¹.

Toma de decisiones y entorno alimentario

El ser humano tiene capacidades cognitivas limitadas para procesar información, por lo que utiliza mecanismos rápidos, intuitivos y automáticos para tomar decisiones, especialmente aquellas vinculadas a actividades familiares y repetitivas¹⁷. Considerando que comer es una de las actividades más comunes del ser humano, puede hipotetizarse que la selección y el consumo de alimentos están fuertemente determinadas por decisiones no racionales¹⁸. Por este motivo, las recomendaciones basadas en consumo de alimentos o nutrientes específicos generalmente no ocasionan cambios en los patrones de consumo de alimentos.

Una de las principales características de las decisiones intuitivas es que no necesitan que prestemos atención, y por lo tanto ocurren sin que estemos conscientes de ellas¹⁷. Por este motivo, es necesario aumentar el tiempo que se dedica a planificar la alimentación y específicamente la atención que se invierte al momento de comer¹⁹. El consumo y la percepción de alimentos están fuertemente influenciados por el entorno alimentario¹⁹. Comer mientras se realizan otras actividades, tales como mirar televisión o utilizar teléfonos celulares, disminuyen la atención y ocasionan un aumento de la porción consumidas²⁰.

Cultura Alimentaria

Otro de los aspectos que debe tenerse en cuenta para entender los patrones alimentarios de la población es la cultura alimentaria definida como el acumulado de representaciones, creencias, conocimientos y prácticas heredadas o aprendidas asociadas a la alimentación y que son compartidos por los individuos de una cultura o grupo social determinado²¹. El comer responde a una función biológica primaria pero también se caracteriza por una función social visualizada desde la forma de adquirir los alimentos, la organización que se hace de los mismos y la formas en que se distribuyen²¹. La influencia cultural y social ejerce claramente

un importante efecto sobre las elecciones de los alimentos en los individuos. Pensar el consumo de alimentos como un hecho social puede permitir identificar diferentes unidades alimentarias orientativas del comportamiento y las decisiones de la población²². En particular, conocer y comprender el efecto de los factores sociales sobre el desarrollo de las preferencias alimentarias podría ser crucial a la hora de elaborar nuevas guías alimentarias basadas en alimentos.

Entender los significados asociados a los alimentos podría contribuir a entender los motivos por los que a pesar de que muchas de las recomendaciones nutricionales son conocidas por la población, los consumos alimentarios están tan alejados de ellas. Por ejemplo, un estudio reciente muestra que si bien las madres comparten un discurso en el que saben que el brindar frutas y vegetales a los niños diariamente es esencial para garantizar una alimentación saludable, al indagar sobre las prácticas alimentarias este grupo de alimentos rara vez aparece en la dieta diaria¹¹. Esta falta de correspondencia puede ser explicada en la presencia de múltiples factores que determinan las diferentes decisiones alimentaria domésticas y personales y que son atravesadas por comodidad, placer, hábitos, publicidad y otras representaciones sociales. Es necesario pensar cómo la toma de decisiones en torno a lo alimentario responde a relaciones existentes entre salud y alimentación, y a las representaciones y significados que se le otorgan a los alimentos, a los estilos de vida y a la compatibilidad entre la alimentación saludable y estos nuevos ritmos sociales.

Conclusiones y desafíos

Uno de los principales desafíos del Uruguay es generar información nacional sobre consumo de alimentos, hábitos alimentarios y motivos determinantes de alimentos, así como las representaciones asociadas a los alimentos. A la luz de los datos disponibles sobre consumo de alimentos en Uruguay cabe formularse la interrogante de qué es lo que preocupa a los uruguayos a la hora de alimentarse. Parece ser que la salud no es priorizada y que priman otros factores tales como las restricciones económicas, la falta de tiempo, la comodidad en la preparación y consumo de alimentos, así como la selección de alimentos que generen placer. Si bien en el Uruguay se conocen algunos aspectos vinculados al consumo de alimentos y al aumento de la incidencia de ciertas enfermedades asociadas a los modos del comer, no se dispone de información nacional sobre las motivaciones de la selección de alimentos de los uruguayos, y el modo en que están determinadas por factores socioculturales.

Por otra parte, debe considerarse que en Uruguay existen sectores de la sociedad en los que todavía es una preocupación obtener alimentos suficientes diariamente. Al mismo tiempo, en otros segmentos de la población existe un fuerte interés por conocer si los alimentos que se consumen son seguros, cuál es su origen y cuál es su potencial impacto en la salud. Parece importante incorporar a los mensajes de las guías alimentarias aspectos vinculados al comportamiento y la toma de decisiones en la selección, preparación y consumo de alimentos, destacando la necesidad de valorizar el acto de cocinar, promover el desarrollo de habilidades culinarias y de planificación de la alimentación y la inversión de tiempo en la preparación de alimentos. Además, es necesario destacar aspectos vinculados al acto de comer, tales como las formas de comer y la calidad del entorno en el cual se come.

Finalmente, es esencial destacar que al momento de formular los mensajes es necesario analizar aspectos comunicacionales relacionados al ámbito del marketing y la publicidad que influyen en la toma de decisiones a la hora de consumir alimentos.

Referencias bibliográficas consumo de alimentos

1. Bove I, Cerruti F. Los alimentos y bebidas en los hogares: ¿Un factor de protección o de riesgo para la salud y el bienestar de los uruguayos? Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares 2005–2006. Montevideo: Instituto Nacional de Estadística; 2008.
2. Taroco L. Estimación de los efectos de una disminución en el contenido de sal de los panificados sobre la salud cardiovascular. Tesis presentada para obtener el grado de Magíster en Nutrición. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay; 2011.
3. MSP. Segunda Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Montevideo: MSP; 2015. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2da%20Encuesta%20Factores%20de%20Riesgo.pdf
4. Accor Services y Escuela de Nutrición y Dietética. Alimentación de los trabajadores dependientes de la zona metropolitana de Montevideo. Montevideo: Accor Services; 2009.
5. MSP. Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente–GSHS, 2012, Uruguay. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2015.
6. Ferre Z, Rossi M, Giménez A, Curutchet MR, Ares G. Encuesta sobre Alimentación y Bienestar. Montevideo: Universidad de la República; 2015.
7. Puyares V. Encuesta de hábitos de vida, conductas y prácticas de niños de escuelas públicas y colegios privados de Canelones 2013–2014. Canelones: Dirección Departamental de Salud De Canelones, MSP; 2014.
8. Rama P, Rosano L. Hábitos alimentarios en escuelas públicas de Canelones; 2012.
9. Shepherd R. Factors influencing food preferences and choice. En: Shepherd R, editor, Handbook of the psychology of human eating. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 1989.
10. Ares G, Machín L, Girona A, Curutchet MR, Giménez A. Comparison of motives underlying food choice and barriers to healthy eating between low and medium income consumers in a Uruguay. Cad Sad Pub 2016; En prensa.
11. Girona A. Significados y usos de los alimentos en la infancia. Tesis de Maestría en Psicología Social. Montevideo: Facultad de Psicología; 2015.
12. Machín L, Giménez A, Vidal L, Ares G. Influence of context on motives underlying food choices. J Sens Stud. 2014; 29: 313–324.
13. Monteiro CA, Moubarac J–C, Cannon G, Ng S, Popkin BM. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. Obesity Rev. 2014; 2:21–28.
14. Id Retail. IICA–Mercado Modelo. Relevamiento cualitativo de familias. Montevideo: Id Retail; 2011.
15. Id Retail. (2011b). IICA–Mercado Modelo. Relevamiento cualitativo de familias II. Montevideo: Id Retail; 2011.
16. Hartmann C, Dohle S, Siegrist M. Importance of cooking skills for balanced food choices. Appetite. 2013; 65:25–131.
17. Kahneman D. Thinking, fast and slow. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
18. Cohen DA, Farley T. Eating as an automatic behavior. Prev Chronic Dis. 2008; 5: 1–7.
19. Wanskink B. Mindless Eating: why we eat more than we think. New York: Bantam; 2006.
20. Braude L, Stevenson RJ. Watching television while eating increases energy intake. Examining the mechanisms in female participants. Appetite. 2015; 76:9–16.
21. Contreras J. Los aspectos culturales en el consumo de la carne. En Gracia M (editor), Somos lo que comemos. Madrid: Ariel; 2002.
22. Fischler C. Commensality, society and culture. Soc Sci Inf. 2011; 50: 528–548.

Perfil epidemiológico nutricional

Mag. Nut. Ximena Moratorio (Ministerio de Salud, Área Programática de Nutrición), Lic. Nut. Gabriela Berri (Ministerio de Salud, Área Programática de Nutrición), Mag. Nut. Carolina de León (Ministerio de Salud, Área Programática Salud de la Niñez), Dra. María José Rodríguez (Ministerio de Salud, Área Programática Enfermedades No Transmisibles)

En las últimas décadas el país ha atravesado importantes cambios desde el punto de vista demográfico, epidemiológico y nutricional, que conllevan consecuencias en el estado de salud de la población. Entendiendo que conocer estos cambios nos ayuda a comprender mejor los principales problemas alimentario-nutricionales actuales, intentaremos reseñar brevemente los conceptos de transición demográfica y epidemiológica y el perfil nutricional de la población en los diferentes grupos etarios.

Transición demográfica

Como TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA se conoce al proceso por el cual la población se va transformando y reconfigurando su estructura y dinámica a través del tiempo, debido a las modificaciones que ocurren al disminuir las tasas de natalidad y mortalidad. Los elementos fundamentales para explicarla son

los nacimientos, las muertes, las migraciones, la esperanza de vida, y las relaciones que se establecen entre los distintos grupos de edad.

En términos de la estructura de la población, el descenso sostenido de la natalidad y la mortalidad provoca una disminución del peso relativo de los niños y adolescentes y un aumento de la proporción de personas en edades avanzadas. A este proceso se le conoce como “envejecimiento de la población”¹.

La teoría de la transición demográfica tiene su inicio en los estudios iniciados por el demógrafo estadounidense Warren Thompson en el año 1929, quien observó los cambios que habían experimentado en los últimos doscientos años las sociedades industrializadas de su tiempo con respecto a las tasas de natalidad y de mortalidad.

Fase 1: Transición incipiente

En el primer estadio – típico de las sociedades preindustriales – las tasas de natalidad y de mortalidad son muy altas, por lo cual el crecimiento natural de la población es muy lento.

Fase 2: Comienzo de la transición

Esta fase corresponde a países en vías de desarrollo. Los índices de mortalidad bajan de forma repentina gracias a los avances en medicina y la alfabetización y las mejoras en las técnicas agrícolas que aumentan los rendimientos y las mejoras tecnológicas. Estos cambios contribuyen decisivamente a alargar la esperanza de vida de las personas y a reducir la mortalidad. Las tasas de natalidad se mantienen muy altas, como consecuencia, el crecimiento natural es cada vez mayor.

Fase 3: Transición plena

La tasa de natalidad desciende, la tasa de mortalidad ya ha alcanzado cifras bajas, con lo que el crecimiento natural es moderado. En esta fase el descenso de la fecundidad es aún reciente y la estructura por edades se mantiene todavía relativamente joven.

Fase 4: Transición avanzada

Estadio típico de las sociedades postindustriales: la tasa de mortalidad llega a su nivel más bajo y la de natalidad se iguala prácticamente con ella; el crecimiento natural de la población se hace muy bajo o prácticamente nulo.

Fase 5: Adición al modelo o crecimiento cero.

La tasa de natalidad se mantiene baja, mientras que la mortalidad aumenta ligeramente debido al envejecimiento de la población. En esas circunstancias el crecimiento natural puede llegar a ser negativo pero se compensa con cifras positivas del saldo migratorio, produciendo un estancamiento de la población, tal como se ha observado en países de Europa Central y de Europa Occidental, como Alemania e Italia.

Transición rezagada

Se hace evidente en las poblaciones más pobres, del área rural y los grupos indígenas y la importancia de identificar este fenómeno tiene que ver con que sus riesgos no afectan a todos por igual. Se atribuye a que estas comunidades sufren otra serie de problemáticas sociales y económicas que las sitúa con menor capacidad de respuesta ante los eventos demográficos, como el acceso a la educación, servicios de salud, vivienda, y otros.

El rezago transicional tiene como características:

- Alta mortalidad general
- Alta proporción de población joven (estructura juvenil)
- Altas tasas de dependencia demográfica
- Bajo grado de urbanización
- Bajos niveles de escolaridad
- Alta deserción y repitencia escolar
- Alta prevalencia e incidencia de enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias
- Altos niveles de mortalidad infantil
- Tasa elevada de fecundidad (especialmente en los grupos más jóvenes)
- Acelerado crecimiento demográfico
- Altos índices de pobreza urbana y rural
- Marginalidad de migrantes rurales en las ciudades

Segunda transición demográfica

Este concepto fue creado por Lesthaghe y Van de Kaa en 1986. Describe fenómenos emergentes en países desarrollados, que también empiezan a verse en América Latina.

Se caracteriza por: incremento de la soltería, retraso del matrimonio, postergación del primer hijo, aumento de las uniones consensuales, aumento de los nacimientos fuera de matrimonio, aumento de las rupturas matrimoniales, diversificación de las modalidades de estructuración familiar. Se considera que estos cambios pueden abrir nuevos frentes de desventajas sociales vinculadas a la toma de decisiones.

De acuerdo al Censo de Población realizado en 2011 la **población total** de Uruguay es de 3.286.314 personas y los resultados mostraron que la población crece a un ritmo anual de 0,19 por ciento¹. Los resultados ratifican la agudización del proceso de envejecimiento de la población uruguaya, propio de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica, similar a la que se encuentran los países desarrollados.

En el Gráfico 1 se observa como Uruguay ha experimentado un crecimiento de la proporción de personas en edades avanzadas y una reducción de la proporción de niños, niñas y adolescentes. Esto es producto del descenso de la natalidad y mortalidad, el aumento de la expectativa de vida, así como también el resultado de varias décadas de saldos migratorios negativos².

Según Estadísticas de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud³, en 2015 la **tasa de mortalidad general** fue de 9,51 por 1000 habitantes, observándose un comportamiento estable desde hace ya varias décadas.

En el grupo de **menores de 5 años** en el año 2015 la tasa de mortalidad se ubicó en 8,7 cada 1000 nacidos vivos, mostrando una marcada disminución respecto al año 2000 donde la tasa fue de 16,5 cada 1000 nacidos vivos.

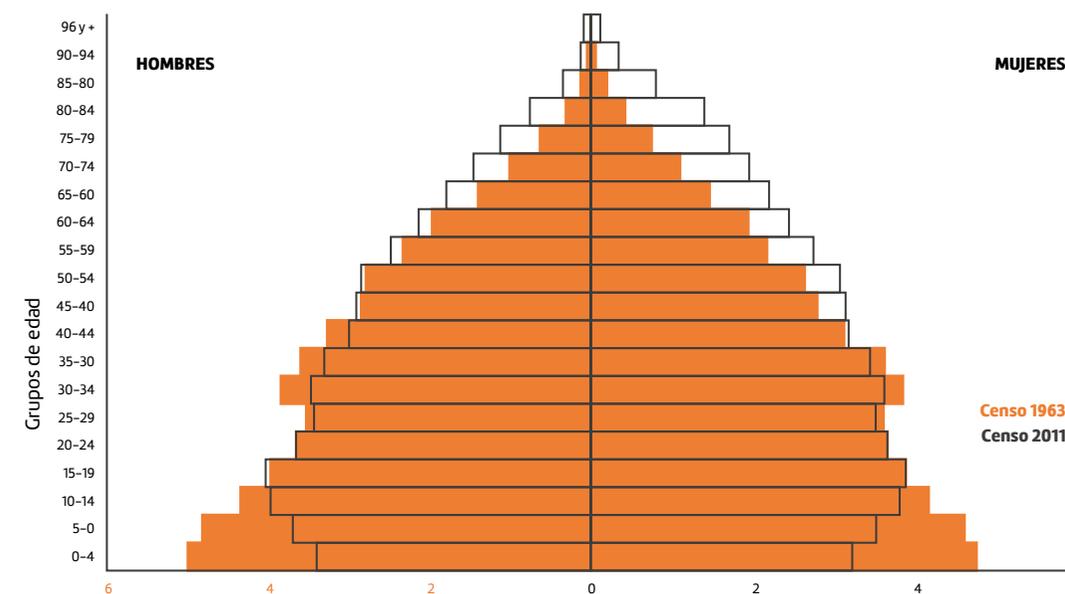
La **tasa de mortalidad infantil** (en menores de un año) también muestra una tendencia descendente para el mismo período, bajando de 14,1 a 7,5 por 1000 nacidos vivos.

La **tasa de natalidad** ha mostrado un descenso sostenido pasando de una tasa de 33,04 por mil habitantes en 1900 a 25,43 por mil en el año 1950 y ubicándose en 14,11 por mil habitantes en 2015, siendo una de las más bajas de América Latina.

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas, **la tasa global de fecundidad**⁴ bajó de 2,51 en el año 1996 a 1,84 en 2015. Mientras que, la proyección de la **esperanza de vida al nacer** continúa en aumento, siendo de 77,23 años en 2015, 73,62 para los hombres y 80,46 para las mujeres.

Tasa Global de fecundidad (TGF): es el número de hijos que en promedio tendría cada mujer, de una cohorte hipotética de mujeres en un año determinado (se consideran dos supuestos: a) que durante su período fértil las mujeres tengan sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y b) que no estuvieran expuesta a riesgo de mortalidad desde su nacimiento hasta el término de su período fértil).

Gráfico 1. **Evolución de la pirámide poblacional, Uruguay 1963–2011.**



Fuente: Indicadores básicos de Salud 2013 en base a Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de Población 2011.

Transición epidemiológica

La TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA, concepto definido por primera vez por Omran en 1971, se refiere a la modificación en los patrones de mortalidad, morbilidad e invalidez de una población conforme ocurren transformaciones demográficas, sociales y económicas. Evoluciona en fases, y estas en general coinciden con las fases de evolución que se han descrito para la transición demográfica. En la fase incipiente de la transición, cuando predomina la población joven, las principales causas de enfermedad y muerte corresponden a enfermedades infecciosas y traumatismos, envenenamientos y violencia. En la fase avanzada, en cambio, al prolongarse la expectativa de vida, las personas se encuentran expuestas durante un período de tiempo más prolongado a la influencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, lo que determina que sean estas entonces las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Las Enfermedades No transmisibles (ENT), son actualmente la causa principal de morbi-mortalidad en Uruguay y el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan las personas.

El primer Estudio de Carga Global de Enfermedad⁵ realizado en el país, muestra que el grupo de ENT explica el 78% de la carga global de enfermedad medida a través del indicador AVISA (Años de Vida Saludables Perdidos), el 75% de los AVP (Años de Vida Perdidos) y el 85,4% de los AVD (Años de Vida Perdidos por Discapacidad).

Al analizar datos de mortalidad proporcional por grupos de causas también se destaca el gran peso del grupo de ENT (incluye: Cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas) que ocupan el primer lugar entre las causas de muerte y dan cuenta de casi 60% de las muertes ocurridas en el país en el año 2015. La proporción de muertes por este grupo de causas se eleva a 62% en adultos de entre 30 a 69 años (mortalidad precoz).

Tabla 1. **Mortalidad proporcional por año según grupos de causas. Uruguay.**

Causas	Año			
	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)
Enfermedades infecciosas y parasitarias, maternas, perinatales, desnutrición, influenza y neumonía ¹	7,16	7,00	6,21	6,08
Cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas ²	56,65	57,07	57,96	59,39
Causas externas ³	6,98	7,35	7,42	7,24
Resto de causas	29,20	28,59	28,42	27,28
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente de datos: Estadísticas vitales Ministerio de Salud.

¹ Incluye: enfermedades infecciosas y parasitarias (A00–B99); embarazo, parto y puerperio (O00–O99); ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00–P96); desnutrición (E40–E46); influenza (J09–J11) y neumonía (J12–J18).

² Incluye: enfermedades cardiovasculares (I00–I99), tumores (C00–D48), diabetes mellitus (E10–E14) y enfermedades pulmonares crónicas (J40–J47)

³ Corresponde al código V01–Y89 de la CIE–10

Tabla 2. **Mortalidad proporcional ENT* por año según sexo. Uruguay.**

Sexo	Año			
	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)
Ambos sexos	56,65	57,07	57,96	59,39
Hombres	57,53	57,86	58,74	60,03

Fuente de datos: Estadísticas vitales Ministerio de Salud

* Incluye enfermedades cardiovasculares (I00–I99), tumores (C00–D48), diabetes mellitus (E10–E14) y enfermedades pulmonares crónicas (J40–J47)

Tabla 3. **Mortalidad proporcional por años según grupos de causas 30 a 69 años. Uruguay.**

Causas	Año			
	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)
Enfermedades infecciosas y parasitarias, maternas, perinatales, desnutrición, influenza y neumonía ¹	5,58	5,75	5,17	5,09
Cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas ²	59,99	60,22	61,18	62,86
Causas externas ³	11,49	11,55	11,83	11,92
Resto de causas	22,94	22,48	21,83	20,13
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente de datos: Estadísticas vitales del Ministerio de Salud

¹ Incluye: enfermedades infecciosas y parasitarias (A00–B99); embarazo, parto y puerperio (O00–O99); ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00–P96); desnutrición (E40–E46); influenza (J09–J11) y neumonía (J12–J18).

² Incluye enfermedades cardiovasculares (I00–I99), tumores (C00–D48), diabetes mellitus (E10–E14) y enfermedades pulmonares crónicas (J40–J47)

³ Corresponde al código V01–Y89 de la CIE–10

Dentro del grupo de ENT, se destacan las enfermedades cardiovasculares y el cáncer ya que constituyen la primera y segunda causa de muerte en el país, respectivamente. De acuerdo a las estadísticas de mortalidad del Ministerio de Salud, para el año 2015 las enfermedades del sistema circulatorio representan el 28,1% del total de las muertes, mientras que, los tumores malignos explican el 24,7%. Cabe mencionar además que desde hace varias décadas la primera y segunda causa de muerte en Uruguay permanecen incambiables.

En el caso del cáncer, los principales sitios de localización de acuerdo a su incidencia en mujeres son mama, colo-recto y cuello uterino, mientras que en hombres corresponden a próstata, pulmón y colo-recto.

Tabla 4. **Distribución de casos incidentes de cáncer en Uruguay según localización.**

Sitio	Casos nuevos por año*
Mama	1834
Colon-recto	1819
Próstata	1492
Pulmón	1362
Cuello uterino	330

(*) Promedio anual correspondiente al quinquenio 2007-2011. Registro Nacional de Cáncer (RNC), CHLCC.

En la tabla 5 se muestra el promedio anual de defunciones por los principales sitios (considerando ambos sexos) y las relaciones entre las tasas de mortalidad y de incidencia de acuerdo al sexo.

Tabla 5. **Principales sitios. Número anual de defunciones. Distribución de casos incidentes de cáncer en Uruguay según localización.**

Sitio	Defunciones/año	Tasa mortalidad/Tasa incidencia	
		Hombre	Mujer
Pulmón	1218	0,94	0,84
Colon - recto	1057	0,51	0,47
Mama	638	-	0,29
Próstata	589	0,34	-
Cuello uterino	120	-	0,36

(*) Promedio anual correspondiente al quinquenio 2007-2011. Registro Nacional de Cáncer (RNC), CHLCC.
 (**) TA: tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100000. Período 2007-2011 (Datos aportados por el RNC).

El consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación poco saludable y el uso nocivo de alcohol aumentan el riesgo de las ENT y son considerados los principales factores de riesgo modificables. Además estos comportamientos favorecen cuatro cambios metabólicos/fisiológicos claves que también aumentan el riesgo de ENT: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre).

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico de ENT a nivel mundial es el aumento de la presión arterial, al cual se atribuyen el 18% de las defunciones a nivel mundial, seguido por el sobrepeso y la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea⁶.

De acuerdo a los resultados del Estudio de Carga Global de Enfermedad, en Uruguay el consumo de tabaco ocupa el primer puesto en generación de AVISA. En un segundo grupo, de impacto intermedio, se ubica la presión arterial elevada, la glicemia elevada y la obesidad; y por último el sedentarismo y el colesterol elevado, que serían de menor impacto.

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad han crecido en nuestro país de forma alarmante en las últimas décadas y se presentan en todos los grupos de edad, sexo y nivel socioeconómico, aunque su frecuencia aumenta conforme aumenta la edad.

Perfil nutricional de la población

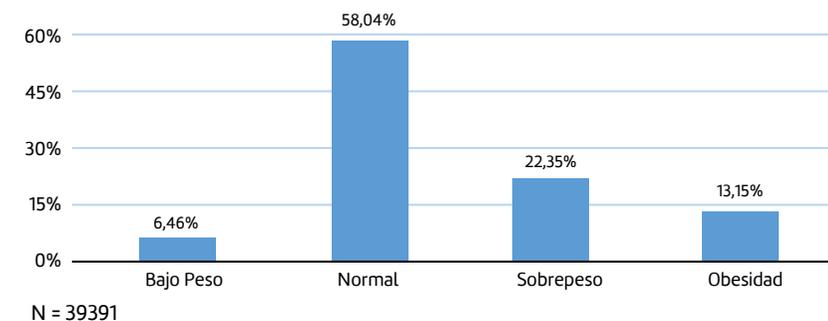
Mujeres embarazadas

El estado de salud y nutrición de las mujeres embarazadas se considera un factor clave para el crecimiento intrauterino y por ende para la salud y desarrollo del recién nacido.

El Ministerio de Salud cuenta con información de las gestantes y sus recién nacidos a partir del Sistema Informático Perinatal (SIP), ésta es procedente de todas las instituciones asistenciales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Al analizar el estado nutricional de las mujeres al inicio del embarazo según el índice de masa corporal (IMC) calculado como Peso en kg/ (talla en m)², se observa que un elevado porcentaje de las mismas presenta problemas de nutrición por exceso (sobrepeso 22%, obesidad 13%), mientras que un 6% presenta bajo peso.

Gráfico 2. **Estado nutricional pre gestacional de las mujeres año 2014.**



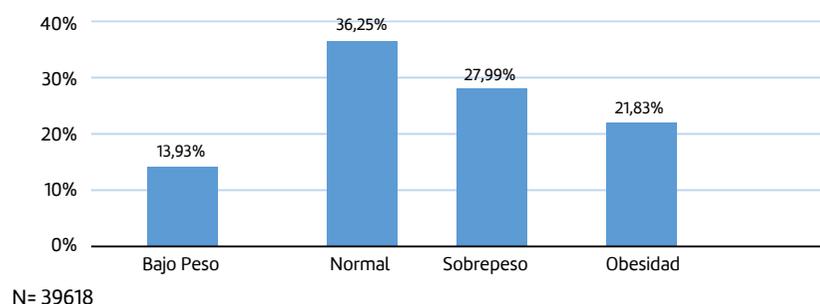
Fuente: Sistema Informático Perinatal, año 2014.

El IMC de las mujeres al final del embarazo (edad gestacional de 37 semanas o más), valorado de acuerdo a la referencia de Atalah E. y col. muestra que, al igual que al inicio del embarazo se presentan problemas nutricionales tanto de déficit como de exceso, siendo estos últimos lo de mayor magnitud.

El 14% de las mujeres que tuvieron a sus recién nacidos en el año 2014 estaban adelgazadas al final de la gestación. Este porcentaje supera al 6% observado anterior al embarazo, lo que hace presuponer que un porcentaje considerable de mujeres no logran alcanzar el incremento de peso recomendado.

Por su parte, el sobrepeso y obesidad sumados, afectan prácticamente a la mitad de las mujeres, y esta proporción es comparativamente mayor que la observada en la etapa pregestacional (35%), lo que indica que el problema se incrementa a medida que transcurre el embarazo.

Gráfico 3. Estado nutricional de las mujeres embarazadas al final del embarazo, evaluado según Referencia Atalah y col. año 2014.



Fuente: Datos procesados por Programa Mil Días de Oportunidad-Comuna Canaria/UNICEF y Ministerio de Salud-Área Programática de Nutrición a partir de Sistema Informático Perinatal 2003 a 2014.

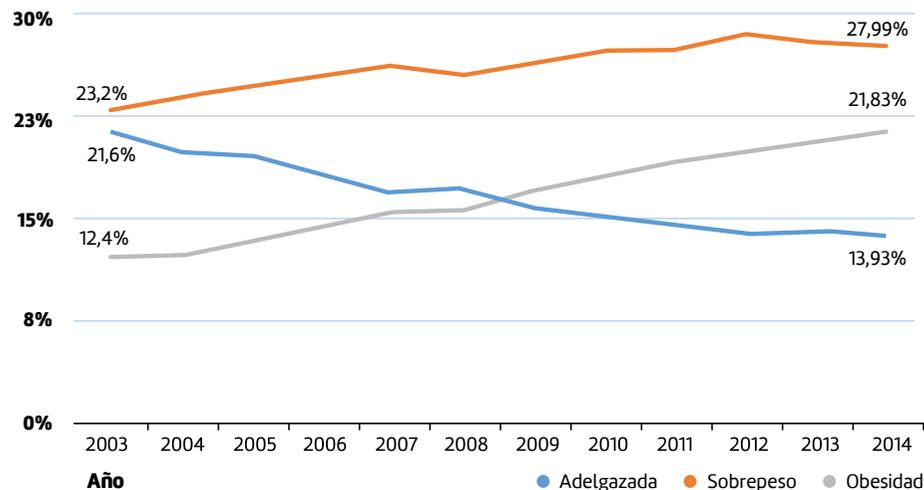
En la tabla siguiente (Tabla 6) se presenta el estado nutricional de las embarazadas entre los años 2003 y 2014 a partir de los registros del SIP. Este análisis presenta ciertas limitaciones, fundamentalmente vinculadas a las diferencias de cobertura durante el período estudiado. En los últimos años, cambios en las políticas sanitarias determinaron que la cantidad y calidad de los registros del SIP sufrieran una mejora significativa. Sin embargo, por su alta casuística permite identificar las tendencias en la situación nutricional durante el embarazo de las mujeres uruguayas. En los doce años estudiados, se observa una progresiva disminución de las mujeres que finalizan el embarazo con bajo peso, pasando de 21% a 13% al final del período. El sobrepeso y en particular la obesidad, en cambio, muestran una tendencia ascendente, con un incremento de casi 10 puntos porcentuales, en el caso de esta última.

Tabla 6. Estado nutricional de las mujeres embarazadas a las 37 semanas de gestación o más evaluado según Referencia Atalah y col. años 2003 a 2014.

Año	N	Adelgazada	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Total
2003	18.232	21,6%	42,8%	23,2%	12,4%	100%
2004	16.263	20,2%	43,0%	24,3%	12,5%	100%
2005	15.262	19,8%	42,2%	24,9%	13,1%	100%
2006	16.504	18,6%	41,5%	25,7%	14,1%	100%
2007	3.229	17,1%	40,7%	26,6%	15,6%	100%
2008	15.817	17,4%	40,9%	25,9%	15,9%	100%
2009	17.557	16,1%	39,9%	26,7%	17,3%	100%
2010	20.614	15,4%	38,9%	27,6%	18,2%	100%
2011	22.591	14,6%	38,2%	27,8%	19,4%	100%
2012	25.454	14,1%	36,8%	29,0%	20,1%	100%
2013	39.342	14,4%	36,5%	28,3%	20,9%	100%
2014	39.618	13,93%	36,25%	27,99%	21,83%	100%
Total	171.523	17,2%	40,1%	26,4%	16,3%	100%

Fuente: Datos procesados por Programa Mil Días de Oportunidad-Comuna Canaria/UNICEF y Ministerio de Salud-Área Programática de Nutrición a partir de Sistema Informático Perinatal 2002 a 2014.

Gráfico 4. **Evolución del bajo peso, sobrepeso y obesidad en mujeres embarazadas a las 37 semanas de gestación o más, valuado según, Referencia Atalah y col. años 2003 a 2014.**

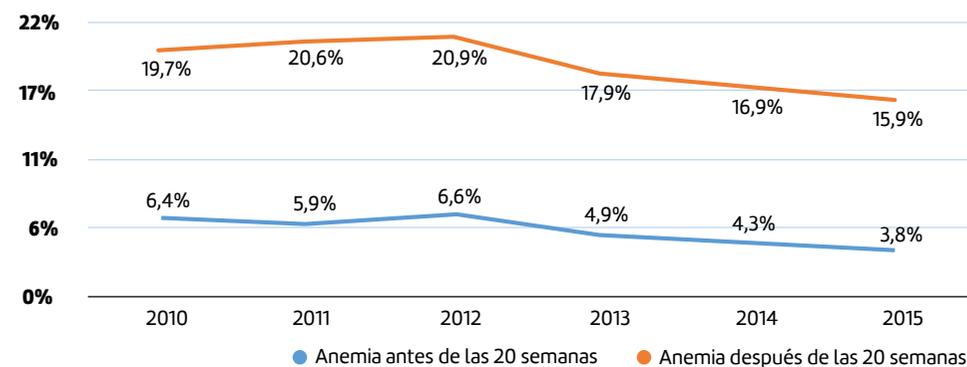


Fuente: Datos procesados por Programa Mil Días de Oportunidad-Comuna Canaria/UNICEF y Ministerio de Salud-Área Programática de Nutrición a partir de Sistema Informático Perinatal 2003 a 2014.

Anemia en mujeres embarazadas

La deficiencia de hierro, incluida la anemia, constituye la carencia nutricional más frecuente y más grave a nivel mundial. En la mujer embarazada la anemia moderada o grave se asocia con mayor riesgo de parto prematuro, enfermedades infecciosas y mortalidad materna. En nuestro país, según datos del Sistema Informático Perinatal, en el año 2015 el 3,8% de las mujeres presentó anemia antes de las 20 semanas de gestación y esta cifra aumentó a 15,9% luego de las 20 semanas de gestación. La anemia afecta a un número importante de mujeres después de las 20 semanas de gestación, sin embargo, al observarse la serie de datos entre los años 2010 y 2015, se destaca una tendencia a la baja (Gráfico 5).

Gráfico 5. **Hemoglobina <11mg/dl en mujeres embarazadas antes y después de las 20 semanas de gestación 2010 a 2015.**



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de la Salud, División Epidemiología, Área Sistema Informático Perinatal y UINS

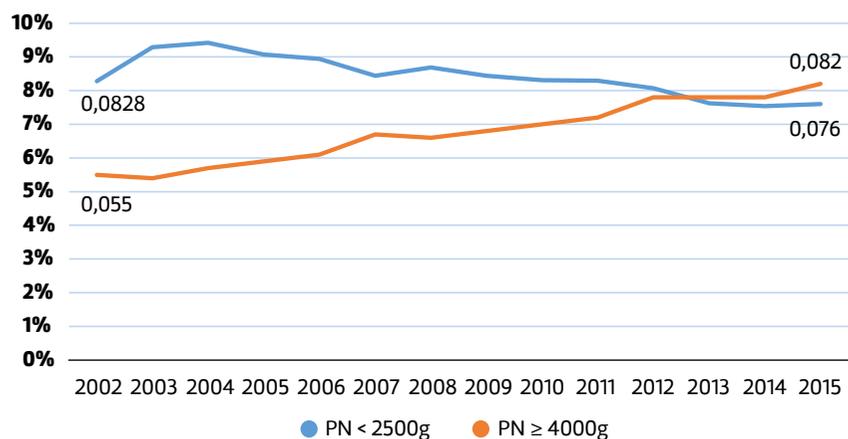
Primera infancia

Recién nacidos

La proporción de bajo peso al nacer para el año 2015 se ubica en 7,6%. En el Gráfico 6 se muestra la evolución del indicador en los últimos 13 años, como puede observarse, a consecuencia de la gran crisis económica que sufrió el país en el año 2002 se produce un incremento en la proporción de niños nacidos con bajo peso (peso inferior a 2500g) que luego se estabiliza y se mantiene en el entorno del 8% en el período comprendido entre 2007 a 2011, mostrando una leve tendencia a la baja en los años subsiguientes.

La proporción de niños con macrosomía, es decir, con un peso al nacimiento de 4000g y más, fue de 8,2% en el 2015. A diferencia del bajo peso, la macrosomía muestra una tendencia ascendente en el período analizado, lo cual se condice con el perfil epidemiológico nutricional observado en etapas posteriores de la vida.

Gráfico 6. Evolución de la prevalencia de bajo peso al nacer y macrosomía en porcentajes. Uruguay años 2002 a 2014.

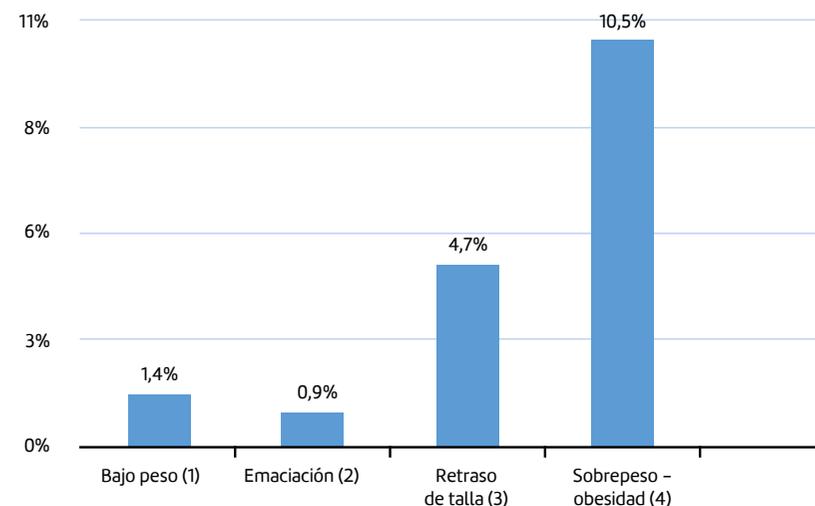


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de la Salud, División Epidemiología, Área Sistema Informático Perinatal y UINS.

Niños menores de 5 años

La Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS)⁷, brinda información sobre el estado nutricional de niños menores de 4 años. Los hogares seleccionados para esta encuesta correspondieron a aquellos ubicados en áreas urbanas que incluían niños de 0 a 3 años cumplidos entrevistados por la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (INE) entre febrero de 2012 y noviembre de 2013. Fueron entrevistados 2.665 hogares, los que totalizaron una muestra de 3.077 niños.

Gráfico 7. Estado nutricional en niños menores de 4 años.



(1) Peso para la edad <-2DE en niños menores de 1 año.
(2) Peso para la talla <-2DE en niños de 1 a 3 años.
(3) Talla para la edad <-2DE total de la muestra 0 a 3 años.
(4) Valor promedial de los niños de 0 a 3 años: peso para la talla > 2DE en niños de 0 a 2 años e IMC para la edad >2 DE en niños de 2 y 3 años.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil, 2015.

De los primeros resultados arrojados por esta encuesta se destaca una prevalencia de retraso de talla de 4,7% y de sobrepeso-obesidad de 10,5%. En cambio, el bajo peso solo se detectó en un 1,4% de los niños menores de 1 año y la emaciación en el 0,9% de los niños mayores de un año. Estos resultados ponen de manifiesto que los principales problemas nutricionales observados en este grupo de edad son el sobrepeso-obesidad y el retraso de talla, coincidiendo con estudios anteriores que ya mostraban resultados similares.

Al analizar el retraso de talla según edad se observa que los niños menores de dos años presentan una prevalencia mayor (5,4%) que los niños de dos y tres años (4,1%). Si se analiza el retraso de talla según los ingresos del hogar, se observa que los niños que viven en hogares bajo la línea de pobreza presentan una prevalencia mayor (7,4%) respecto a los niños pertenecientes a hogares sobre línea de pobreza (3,7%). Se hallaron diferencias por sexo, presentando los varones una mayor prevalencia (5,5%) que las niñas (3,5) y el indicador alcanza un 11,7% entre los niños que nacieron con bajo peso.

Tabla 7. Retraso de talla en niños menores de 4 años.

Retraso de talla Talla para la edad < -2DE		Porcentaje
Total de la muestra		4,7
Edad	0 a 2 años	5,4
	2 y 3 años	4,1
Sexo	niñas	3,5
	varones	5,5
Región geográfica	Montevideo	4,9
	Interior	4,5
Nivel de pobreza	hogares bajo línea de pobreza	7,4
	hogares sobre línea de pobreza	3,7
Peso al nacer	bajo peso	11,7

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil, 2015.

En relación al sobrepeso-obesidad, al analizarlo según edad del niño, se observa que el 10% de los niños menores de 2 años presenta un peso para la talla por encima de 2 DE, mientras que en los niños de entre 2 y 3 años la proporción que muestra un IMC para la edad mayor a 2 DE asciende a 11,1%.

Los niños pertenecientes a hogares no pobres (por encima de la línea de pobreza), mostraron una prevalencia mayor (10,4%) que los niños pobres (9%) y los niños que viven en Montevideo presentaron mayor prevalencia (10,8%) respecto a los que viven en el interior del país (9,5%). La macrosomía incrementó la prevalencia de obesidad alcanzando al 11,3% de estos niños.

La OMS define como obesidad en niños menores de 4 años un IMC para la edad o peso para la talla mayor a 3 DE. La prevalencia de obesidad observada entre los niños fue de 1,7% si se considera el índice peso/talla y 2,3% para IMC.

Tabla 8. Sobrepeso-obesidad en niños menores de 4 años.

Sobrepeso – obesidad IMC según edad o Peso para la talla > 2DE		Porcentaje
Total de la muestra		10,5*
Según edad	0 a 2 años	10**
	2 y 3 años	11,1***
Según región geográfica	Montevideo	10,8**
	Interior	9,5**
Según nivel de pobreza	hogares bajo línea de pobreza	9**
	hogares sobre línea de pobreza	10,4**
Según peso al nacer	bajo peso	2,7**
	macrosomía	11,3**

*valor promedial de los niños de 0 a 3 años utilizando ambos indicadores P/T>2DE e IMC/edad >2DE

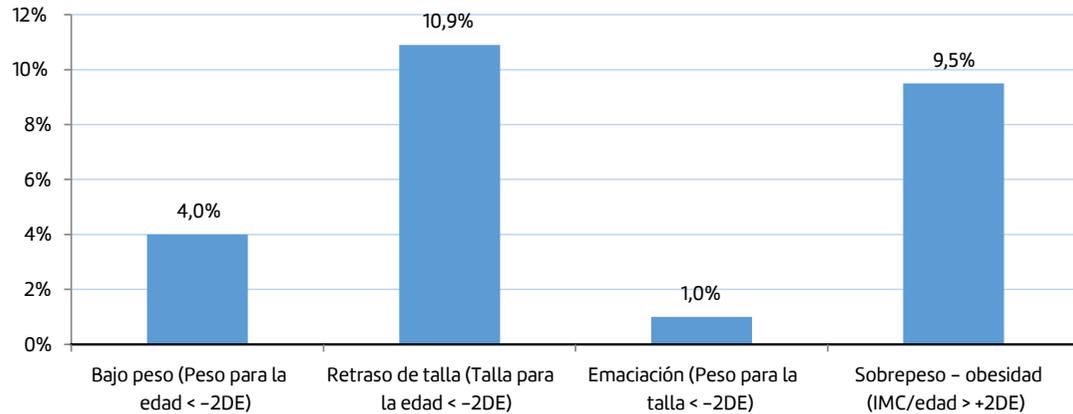
**P/T>2DE

***IMC/edad>2DE

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil, 2015.

El país cuenta con una serie de encuestas que dan cuenta del estado nutricional de los niños menores de 2 años usuarios de servicios de salud públicos y privados de Montevideo e interior del país, lo cual permite evaluar las tendencias de los principales problemas detectados. La última edición de esta encuesta fue realizada en el año 2011 sobre una muestra de 2994 niños⁸.

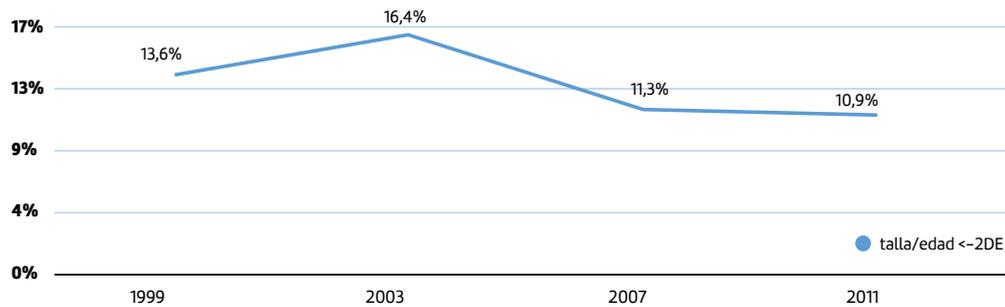
Gráfico 8. **Prevalencia de problemas nutricionales en niños menores de 2 años usuarios de servicios de salud de los subsectores públicos y privados.**



Fuente: Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. MSP/MIDES/RUANDI/Unicef, 2011.

El retraso de talla se presentó en 10,9% de los niños menores de 2 años encuestados, porcentaje que es sensiblemente mayor al identificado posteriormente por la ENDIS en el mismo grupo etario (5,4%). Como se observa en el gráfico 9, la prevalencia muestra una tendencia decreciente respecto al año 1999. En el año 2003 la proporción de niños que presentaban afectada la talla aumentó de forma significativa, fenómeno asociado a la crisis económica del país, observándose un posterior descenso y ubicándose en el entorno del 11% para los años 2009 y 2011.

Gráfico 9. **Retraso de talla en niños menores de 2 años usuarios de servicios de salud de los subsectores públicos y privados. Años 1999 a 2011.**



Fuente: Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. MSP/MIDES/RUANDI/Unicef, 2011.

Al analizar el indicador según sexo, se observa que los varones presentan mayor retraso de talla que las niñas. En relación a la edad, se destaca que el problema afecta en mayor magnitud a los niños durante el primer semestre de vida. Si se comparan las prevalencias según el subsector de salud donde se asisten los niños, se observa una mayor afectación de la talla entre los niños del sub sector público respecto a los del sub sector privado.

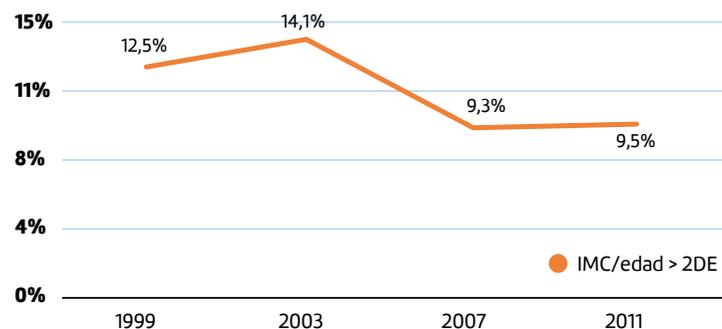
Tabla 9. **Prevalencia de retraso de talla en niños menores de 2 años usuarios de servicios de salud de los subsectores públicos y privados.**

Retraso de talla		Porcentaje
Talla para la edad < -2DE		
Total de la muestra		10,9%
Sexo	niñas	9,8%
	varones	11,9%
Edad	0 a 5 meses	15,9%
	6 a 11 meses	8,3%
	12 a 17 meses	7,6%
	18 a 23 meses	11,9%
Subsector de salud	Público	12,8%
	Privado	9,2%

Fuente: Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. MSP/MIDES/RUANDI/Unicef, 2011.

En el 9,5% de los niños se detectó sobrepeso-obesidad (IMC para edad > 2 DE). El sobrepeso-obesidad mostró una disminución importante entre los años 2003 y 2007, sin embargo en el año 2011 no se evidenciaron diferencias significativas respecto a la anterior medición. En concordancia con estos resultados, posteriormente en la ENDIS, se identificó una prevalencia de 10% en niños de igual edad.

Grafico 10. **Sobrepeso-obesidad en niños menores de 2 años usuarios de servicios de salud de los subsectores públicos y privados. Años 1999 a 2011.**



Fuente: Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. MSP/MIDES/RUANDI/Unicef, 2011.

Si se analiza la prevalencia según semestre de vida se destaca que el exceso de peso afecta en mayor magnitud a los niños entre el segundo y cuarto semestre de vida. Al comparar la prevalencia según el sub sector de salud en el cual se asisten, se observa que la proporción de niños es mayor en el subsector privado respecto al público. No se observaron diferencias significativas según sexo.

Tabla 10. **Prevalencia de sobrepeso-obesidad en niños menores de 2 años usuarios de servicios de salud de los subsectores públicos y privados.**

Sobrepeso y Obesidad IMC según edad > 2DE		Porcentaje
Total de la muestra		9,5%
Sexo	niñas	9,2%
	varones	9,7%
Edad	0 a 5 meses	3,6%
	6 a 11 meses	11,4%
	12 a 17 meses	11,1%
	18 a 23 meses	11,8%
Subsector de salud	Público	8,2%
	Privado	10,6%

Fuente: Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. MSP/MIDES/RUANDI/Unicef, 2011.

Anemia en niños menores de 2 años

Esta misma encuesta realizada en 2011 permitió conocer la prevalencia de anemia en niños entre los 6 y 23 meses de vida. Se observó una prevalencia de anemia total de 31,5%. El 23,3% de los niños presentó anemia leve, el 8,1% anemia moderada y en ningún niño se observó anemia grave².

Al analizar la prevalencia de anemia según edad del niño, se detectó una mayor frecuencia de anemia en los niños durante el segundo semestre de vida, alcanzando al 41,0% de los mismos. Al comparar según región del país se destaca que la prevalencia es significativamente mayor entre los niños del interior del país (39,1%) respecto a los que residen en Montevideo (24,6%).

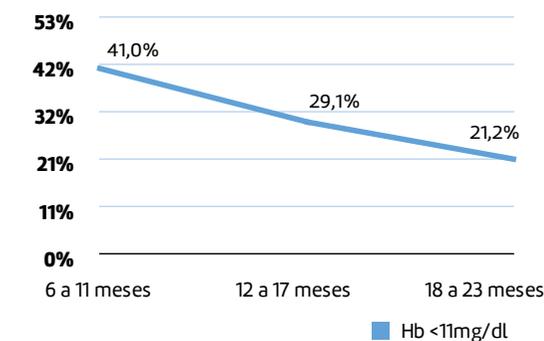
En relación al nivel de ingresos, se observa que los niños pertenecientes a hogares con menor ingreso (quintil 1: 37,1% y quintil 2: 38,8%) presentan una prevalencia de anemia tres veces superior a la de los niños de los hogares de mayores ingresos (quintil 5: 12,5%). A pesar de las diferencias mencionadas, se destaca que la anemia no es un problema exclusivo de los niños de bajos ingresos sino que está presente también en los niños de medios socioeconómicos más altos.

Tabla 11. **Prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado.**

Anemia (Hb<11mg/dl)	31,5%
Anemia leve (Hb 10 a 10,99 mg/dl)	23,3%
Anemia moderada (Hb<11mg/dl)	8,3%

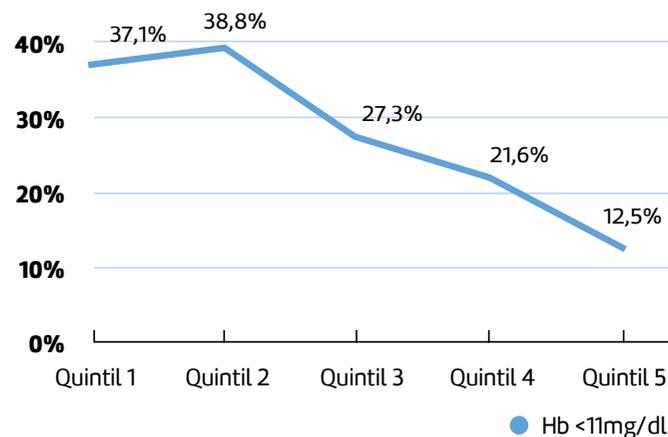
Fuente: Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. MSP/MIDES/RUANDI/Unicef, 2011.

Gráfico 11. **Prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado según semestre de vida.**



Fuente: Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. MSP/MIDES/RUANDI/Unicef, 2011.

Gráfico 12. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado según ingresos del hogar.



Fuente: Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. MSP/MIDES/RUANDI/Unicef, 2011.

Evolución de problemas nutricionales en niños menores de 5 años que concurren a centros CAIF

El Instituto Nacional de Alimentación del Ministerio de Desarrollo Social, lleva a cabo el Sistema de Vigilancia Nutricional de los niños que concurren a Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF). Dichos centros, priorizan el acceso de niños que provienen de familias en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social.

En la tabla 12 se muestra la prevalencia de los problemas nutricionales en niños de 0 a 5 años y su evolución en el período comprendido entre 2008 y 2014. Se evidencia que los problemas nutricionales de mayor magnitud en la población de niños que asiste a CAIF corresponden a los observados en la población general, es decir, retraso de talla y sobrepeso-obesidad. La prevalencia de retraso de talla (6,9%) es mayor que el promedio nacional. La proporción de niños que presentan sobrepeso (6,8%) es inferior al promedio nacional pero continúa siendo alta y existe casi un 20% de niños en riesgo de sobrepeso⁹.

Tabla 12. Evaluación del estado nutricional de niños de 0 a 5 años Plan CAIF 2008 a 2014.

N	Año	Emaciación	Riesgo de sobrepeso	Sobrepeso	Retraso de talla	Bajo peso
		Peso para la talla < -2DE	Peso para la talla > +1DE y < +2DE	Peso para la talla > +2DE	Talla para la edad < -2DE	Peso para la edad < -2DE
14164	2do sem2008	1,7%	23,4%	13,3%	13,3%	2,5%
19306	2009	1,7%	23,3%	10,8%	10,9%	2,6%
19886	2010	1,3%	22,8%	10%	9,6%	2,2%
26973	2011	1,4%	22,6%	9,5%	8,5%	2,1%
15280	2012	1,3%	22,5%	8,6%	7,4%	2,1%
19924	2013	1,6%	22,6%	10%	7,8%	2,3%
26620	2014	2%	19,7%	6,8%	6,9%	3,2%

Fuente: Informe Evaluación del estado nutricional de niños y niñas participantes de Plan CAIF año 2014. Instituto Nacional de Alimentación, Ministerio de Desarrollo Social, 2015.

Los varones presentan porcentajes mayores de emaciación, retraso de crecimiento y bajo peso, lo cual coincide con observaciones realizadas en otros estudios. Mientras que las niñas presentan mayores porcentajes de riesgo de sobrepeso y sobrepeso.

El Bajo Peso en la muestra general se ubica casi un punto porcentual por encima de lo esperado para la población de referencia, destacándose el tramo de 0 a 5 meses, en el cual el bajo peso asciende al 13%.

También se identifican diferencias entre tramos de edad respecto a la emaciación. Mientras en la muestra total se presenta por debajo de los porcentajes esperados, alcanza al 6,6% en los menores de 6 meses y disminuye a partir de esa edad.

La comparación de los datos a través de las diferentes evaluaciones muestra una tendencia a la disminución tanto del retraso de talla como del sobrepeso.

Escolares

Existe información recabada por tres Censos Nacionales de Talla de Escolares, realizados por el Programa de Alimentación Escolar del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP), en los años 1987, 1990 y 2002. El último Censo, comprendió un total de 56.647 niños de primer grado escolar de todas las escuelas públicas del país; que representa un 82% de los escolares a nivel nacional. De acuerdo a los datos obtenidos en 2002, para el total del país el retraso de la talla representó un 4.1% (Talla/edad <-2 DS, referencia NCHS/OMS), porcentaje que supera lo esperado en relación a la población de referencia¹⁰.

Posteriormente el Instituto de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la UdelAR, en convenio con el CEIP, realizó una serie de estudios basados en el seguimiento de una cohorte de niños en edad escolar entre los años 2004 a 2009¹¹. La investigación se realizó en base a una muestra estadística cuyo objetivo fue conocer la situación nutricional de los niños que asistían a primer año escolar en escuelas públicas del país.

Las medidas antropométricas fueron tomadas en una primera fase en el año 2004, es decir cuando los niños estaban iniciando el ciclo escolar, un segundo relevamiento fue realizado en 2005 y la instancia final en 2009, año en el cual la mayoría de los niños involucrados egresaban de la institución escolar.

Los resultados mostraron que al inicio del ciclo escolar un 4,07% de los niños presentaban retraso de talla, concordando con lo observado en el último censo de talla. No se observaron variaciones importantes en el retraso de talla al comparar estos resultados con los del año 2009.

El bajo peso o delgadez, se identificó en un 1,05% de los niños en el año 2004, porcentaje que se encuentra dentro del esperado respecto a la población de referencia. Sin embargo, la estimación para el año 2009 ascendió en forma significativa alcanzando al 3,28%.

Al iniciar el seguimiento de la cohorte, el sobrepeso y la obesidad ya afectaban al 16,7% y 8,11% de los escolares respectivamente. Cinco años después se observó una prevalencia de sobrepeso de 21,24% y 9,32% de obesidad. Estas observaciones confirman que la malnutrición por exceso constituye el principal problema nutricional en niños en edad escolar y evidencian que su magnitud se incrementa a medida que aumenta la edad.

Al analizar los resultados de acuerdo al sexo, se observa que en ambos períodos los problemas nutricionales afectan en mayor medida a los varones que a las niñas, lo cual se constata tanto en el IMC como en la talla para la edad, sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas. Las diferencias registradas respecto al bajo peso entre una y otra ola son significativas tanto en niñas como en varones. En cambio, el aumento del sobrepeso fue solo significativo para los niños.

Tabla 13. Evaluación del estado nutricional de una cohorte de escolares. Años 2004 y 2009.

	N	Retraso de talla	Bajo peso	Sobrepeso	Obesidad
		% Talla para la edad < -2DE (IC)	% IMC para la edad < -2DE (IC)	% IMC para la edad entre +1DE y +2DE (IC)	% IMC para la edad >+2DE (IC)
2004	5146	4,07% (3,04 - 5,10)	1,05% (0,62 - 1,47)	16,7% (14,77 - 18,62)	8,11% (6,74 - 9,49)
2009	3688	3,78% (2,70 - 4,87)	3,28% (2,29 - 4,27)	21,24% (19,04 - 23,44)	9,32% (7,72 - 10,93)

Fuente: Elaborado a partir de Arim R, Failache E, Salas G, Severi C, Vigorito A. (2010) Trayectorias del bienestar multidimensional en la infancia. Un estudio en base a datos de panel. Informe final. CSIC. Proyectos de Investigación e Innovación Orientados a la Inclusión Social. Llamado 2010.

Tabla 14. Evaluación del estado nutricional de una cohorte de escolares según sexo. Años 2004 y 2009.

	N	Retraso de talla		Bajo peso		Sobrepeso		Obesidad	
		% Talla para la edad < -2DE (IC)		% IMC para la edad < -2DE (IC)		% IMC para la edad entre +1DE y +2DE (IC)		% IMC para la edad >+2DE (IC)	
		Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
2004	5146	5,02% (3,40 - 6,64)	3,05% (1,82 - 4,29)	1,35% (0,67 - 2,03)	0,72% (0,22 - 1,22)	15,47% (12,88 - 18,07)	18,00% (15,15 - 20,85)	9,09% (7,07 - 11,11)	7,06% (5,21 - 8,91)
2009	3688	3,56% (2,15 - 4,97)	4,02% (2,36 - 5,68)	3,83% (2,33 - 5,33)	2,68% (1,44 - 3,93)	21,76% (18,66 - 24,87)	20,67% (17,56 - 23,79)	10,92% (8,52 - 13,31)	7,06% (5,49 - 9,72)

Fuente: Elaborado a partir de Arim R, Failache E, Salas G, Severi C, Vigorito A. (2010) Trayectorias del bienestar multidimensional en la infancia. Un estudio en base a datos de panel. Informe final. CSIC. Proyectos de Investigación e Innovación Orientados a la Inclusión Social. Llamado 2010.

Adolescentes

En el año 2012 se realizó la segunda edición de la Encuesta Mundial de Salud Estudiantil¹² (GSHS, por sus siglas en inglés); la primera había sido realizada en el año 2006. Dicha encuesta, es un estudio con representatividad nacional realizado a estudiantes de 2do y 3er año de ciclo básico y primero de bachillerato de liceos públicos y privados del país, y se lleva a cabo siguiendo la metodología establecida por la OMS para tales fines. La muestra de estudiantes que se consideraron para el análisis del estado nutricional presentado a continuación estuvo constituida por 2582 adolescentes de entre 13 y 15 años.

1,9% de los estudiantes presenta bajo peso, el 27,2% presenta sobrepeso u obesidad y el 7,0% es obeso. No se observan diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de sobrepeso, obesidad o bajo peso según sexo. Más de la cuarta parte de los estudiantes encuestados presenta algún grado de sobrepeso u obesidad, colocando al exceso de peso como el principal problema nutricional entre los adolescentes. La proporción de estudiantes que presentan obesidad (7,0%) es más de 3 veces superior a la esperada para la población de referencia (2,3%) en todos los grupos de edad. Si bien el porcentaje de adolescentes varones que presentan obesidad es mayor respecto a las adolescentes mujeres, al comparar los grupos según sexo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Tampoco se evidenciaron diferencias en las prevalencias de los problemas nutricionales al comparar a los estudiantes de Montevideo con los del resto del país.

Tabla 15. Estado nutricional de adolescentes de 13 a 15 años.

	Delgadez	Sobrepeso u obesidad	Obesidad
	% IMC para la edad < -2DE (IC)	% IMC para la edad >+1DE (IC)	% IMC para la edad >+2DE (IC)
Ambos sexos	1.9 (1.3 - 2.6)	27.2 (25.0 - 29.5)	7.0 (5.9 - 8.2)
Varones	2.2 (1.6 - 3.1)	29.7 (26.8 - 32.8)	8.4 (7.0 - 10.1)
Mujeres	1.6 (0.9 - 2.6)	25.0 (22.6 - 27.6)	5.7 (4.5 - 7.3)

Fuente: GSHS Uruguay, 2012.

Un estudio realizado en una muestra representativa de adolescentes que asisten a liceos privados de Montevideo, en los años 2012-2013, observó también una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad. De los 671 estudiantes encuestados, el 27,5% presentó sobrepeso y el 9,5% obesidad. La obesidad fue mayor entre los varones (13,7%) respecto a las mujeres (4,7%). Además se observó que la población de adolescentes de primer grado presentó una prevalencia obesidad (16,7%) que duplica a la de cuarto grado (8,5%) y a su vez es 3 veces mayor que la de segundo (5,2%) y tercer grado (5,0%)¹³.

En 2007 se estudió el estado nutricional de los adolescentes evaluados en 11 Aulas Comunitarias asistidas por el INDA, constatando la existencia de malnutrición por déficit siendo el riesgo nutricional 16%, desnutrición 4% y talla baja 7% y malnutrición por exceso: sobrepeso 14% y obesidad 5%¹⁴.

En 2009 el Instituto de la Niñez y Adolescencia del Uruguay (INAU) realizó el Primer Censo del Estado Nutricional en Hogares Oficiales en Montevideo, se observó entre los adolescentes un 21,5% de sobrepeso (IMC/Edad >+1 DE) y 11,2% de obesidad (IMC/Edad > +2 DE). En el mismo año, se llevó a cabo el estudio en Centros Oficiales del Interior del País obteniendo los siguientes resultados: sobrepeso un 25,4% y obesidad 7,5%. Además se identificó entre los adolescentes que 7,1% de los mismos presentaban una circunferencia de cintura de riesgo cardiovascular ($P \geq 90$)¹⁵⁻¹⁶.

Jóvenes y Adultos

En 2013 se realizó en el país la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT), que sigue la metodología STEPs recomendada por la OMS. Fue llevada a cabo en una muestra representativa de la población de 15 a 64 años residente en localidades urbanas de Uruguay, de 10.000 y más habitantes¹⁷.

Los resultados obtenidos en 2013 muestran que la prevalencia de sobrepeso y obesidad (IMC \geq 25) en personas de 25 a 64 años (tabla 16), es de 64,9%. Es decir, casi dos de cada tres adultos en Uruguay tiene sobrepeso o es obeso. Si se compara este valor con el obtenido en la 1ª ENFRENT del año 2006, 56,6%, se constata una diferencia estadísticamente significativa, que se traduce en un aumento de 8,3 puntos porcentuales.

La prevalencia de sobrepeso, definida como IMC \geq 25 y <30, es de 37,2%, no mostrando diferencias significativas respecto a la cifra observada en 2006. La obesidad (IMC \geq 30) se observa en un 27,6% de la población, mientras en 2006 afectaba al 19,9% de los adultos, lo que corresponde a un aumento de casi 8 puntos porcentuales.

Al analizar el estado nutricional de los adultos considerando el sexo (tabla 16), se destaca que los hombres presentan mayores niveles de sobrepeso que las mujeres y esta diferencia resultó estadísticamente significativa.

En relación a la prevalencia de sobrepeso/obesidad según tramos de edad (tabla 17), se observa una tendencia ascendente a medida que aumenta la edad y entre los tramos de edad de los extremos las diferencias fueron significativas desde el punto de vista estadístico.

Tabla 16. **Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 25 a 64 años.**

Prevalencia	Sexo		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
	% (IC)	% (IC)	% (IC)
Sobrepeso*	42,1% (38,0-46,2)	32,7% (29,6-35,7)	37,2% (34,6-39,7)
Obesidad**	26,0% (22,5-29,4)	29,2% (26,4-31,9)	27,6% (25,5-29,8)
Sobrepeso y obesidad***	68,3% (64,4-72,1)	61,8% (58,6-65,0)	64,9% (62,3-67,5)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT, MSP 2013.

Tabla 17. **Prevalencia de sobrepeso/obesidad según edad.**

Grupo de edad (años)	Sobrepeso/obesidad
	% (IC)
15 a 24	38,5% (32,4-44,4)
25 a 34	56,9% (51,6-62,1)
35 a 44	61,8% (57,0-66,7)
45 a 54	66,8% (62,2-71,4)
55 a 64	78,1% (74,2-82,1)
15 a 64	58,5% (56,1-61,0)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT, MSP 2013.

El promedio de IMC en adultos de entre 24 y 65 años es de 27,6, lo que implica un aumento significativo respecto a 2006 cuando el valor se ubicaba en 26,4.

Los jóvenes muestran un promedio de IMC tres puntos menor al de los adultos, lo que va en consonancia con lo que muestran los resultados de sobrepeso y obesidad analizados anteriormente.

Tabla 18. **Promedio de Índice de Masa Corporal (IMC) por edad según sexo. Uruguay, 2013.**

Sexo	EDAD (años)		
	15 a 24	25 a 64	15 a 64
	IMC (IC)	IMC (IC)	IMC (IC)
Hombres	23,9 (23,0-24,7)	27,5 (27,1-27,9)	26,0 (26,3-27,0)
Mujeres	24,5 (23,7-25,4)	27,7 (27,3-28,0)	26,9 (26,6-27,3)
Ambos sexos	24,2 (23,6-24,8)	27,6 (27,3-27,9)	26,8 (26,5-27,0)

Fuente de datos: 2ª ENFRENT, MSP 2013.

Una circunferencia de cintura ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres, se asocia a un mayor riesgo de enfermedades metabólicas. Para ambos sexos, en edades de entre 25 a 64 años, se observa una prevalencia de perímetro de cintura de riesgo de 41,0%. Para el mismo tramo de edad, las mujeres muestran una prevalencia significativamente mayor (51,1%) respecto a los hombres (29,9%). Las diferencias según sexo, también se observan en el tramo entre 15 y 24 años, donde ya casi la cuarta parte (23%) de las mujeres presenta cintura de riesgo.

Tabla 19. Promedio de perímetro de cintura por edad según sexo. Uruguay, 2013.

Sexo	EDAD (años)		
	15 a 24	25 a 64	15 a 64
	cm (IC)	cm (IC)	cm (IC)
Hombres	83,1cm (80,9–85,4)	96,8cm (95,7–97,9)	93,5cm (92,5–94,6)
Mujeres	81,3cm (79,2–83,3)	91,3cm (90,4–92,3)	88,9cm (88,0–89,8)
Ambos sexos	82,2cm (80,6–83,7)	93,9cm (93,2–94,7)	91,1cm (90,4–91,8)

Fuente de datos: 2ª ENFRECNT 2013 – MSP

Tabla 20. Prevalencia de perímetro de cintura de riesgo* por edad según sexo. Uruguay, 2013

Sexo	EDAD (años)		
	15 a 24	25 a 64	15 a 64
	% (IC)	% (IC)	% (IC)
Hombres	6,1% (1,9–10,3)	29,9% (26,4–33,3)	24,0% (21,2–26,8)
Mujeres	23,9% (17,7–30,2)	51,1% (48,1–54,2)	44,8% (42,0–47,7)
Ambos sexos	15,0% (11,2–18,8)	41,0% (38,7–43,3)	34,8% (32,8–36,8)

Fuente de datos: 2ª ENFRECNT 2013 – MSP. * ≥ 102 cm en hombre y ≥ 88 cm en mujeres

Adultos mayores

En el país no están disponibles encuestas oficiales nacionales que den cuenta de la situación nutricional de este grupo etario. Sin embargo existen trabajos de investigación que pueden brindar una aproximación al estado de nutrición de los adultos mayores autoválidos.

La encuesta ENSO II, se realizó en el año 2006 a partir de una muestra representativa de personas residentes en el país urbano, mayores de 18 años, incluyendo al grupo de 65 años y más (N total= 900 personas). Entre sus resultados muestra que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el grupo de adultos mayores alcanza cifras de 74%¹⁸.

Tabla 21. Estado nutricional en adultos mayores de 66 años y más.

Índice de Masa Corporal	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Normopeso IMC < 25	27%	22%	29%
Sobrepeso IMC 25 a 29,9	46%	53%	42%
Obesidad IMC 30 a 34,9	21%	15%	24%
Obesidad grado II–II IMC ≥ 35	7%	10%	5%

Fuente: Pisabarro, R y cols (2009). II Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO II) adultos (18 – 65 años o más).

Un estudio realizado por la Escuela de Nutrición y Dietética de la UdelAR en el APEX del Barrio Cerro de Montevideo, que incluyó 205 ancianos autoválidos valorados según IMC, detectó un 3,4% de bajo peso y un 73,3% de exceso de peso¹⁹.

Además, se destaca en el informe la coexistencia de malnutrición por exceso con la presencia de factores de riesgo nutricional, ya que el 78% de la población estudiada presentó entre 1 y 3 factores de riesgo para malnutrición por déficit (dificultades para la masticación, cambios en la alimentación, consumo diario de alcohol, dos o menos comidas al día, polifarmacia, pérdida de peso, vivirsolos entre otros).

Conclusiones y desafíos

El perfil nutricional, muestra un país en una fase avanzada de la transición nutricional donde predominan los problemas de malnutrición por exceso. Se observan aún problemas de déficit, que están concentrados en etapas críticas de la vida como el embarazo y los primeros años de vida. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, y enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta es muy preocupante, ya que afecta a una gran parte de la población uruguaya y desde edades tempranas. Las ENT constituyen la principal causa de morbilidad en el país, así como el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y son responsables de la mayor parte de las defunciones. En definitiva, Uruguay ha alcanzado importantes logros en la mejora de indicadores de salud tales como la disminución de tasas de mortalidad infantil, aumento de la esperanza de vida al nacer, entre otros. Sin embargo, muchas de las conquistas para la salud que han contribuido a la mejora de la calidad de vida y la longevidad se ven amenazadas por los altos niveles de sobrepeso y obesidad y de las enfermedades asociadas que hoy se observan en la población.

Referencias bibliográficas perfil epidemiológico nutricional:

1. Instituto Nacional de Estadísticas. Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=12d80f63-afe4-4b2c-bf5b-bff6666c0c80&groupId=10181
2. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadística, Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos de Salud, Uruguay 2013. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicacion/indicadores-basicos-de-salud-de-uruguay>
3. Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/estadisticas>
4. Instituto Nacional de Estadística, Indicadores demográficos. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/indicadores-demograficos1>
5. Ministerio de Salud (2015). Estudio de Carga Global de Enfermedad, Uruguay 2010. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicacion/estudio-carga-global-de-enfermedad>
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles, Nota descriptiva, Enero de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
7. Grupo de Estudios de Familia – UdeLaR (2015). Salud, Nutrición y Desarrollo en la primera Infancia. Primeros resultados de la ENDIS. INE, UdeLaR, OPP, MIDES, UCC. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/encuesta-nacional-de-desarrollo-infantil-y-salud-endis->
8. Bove, M. (2011). Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay, Montevideo: MSP, MIDES, RUANDI y UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/spanish/encuesta_lactancia_uruguay2011_web.pdf
9. Turra, S, Azambuya, T. (2015). Evaluación del estado nutricional de los niños y niñas participantes de Plan CAIF año, 2014: INDA. Disponible en: <http://www.inda.gub.uy/documentos/caif/InformeFinal2014.pdf>
10. ANEP (2003). Tercer Censo Nacional de Talla en niños de primer grado escolar. Informe técnico, Montevideo: Administración Nacional de Educación Pública, Consejo de Educación Primaria.
11. Arim R, Failache E, Salas G, Severi C, Vigorito A. (2010) Trayectorias del bienestar multidimensional en la infancia.

Un estudio en base a datos de panel. Informe final. CSIC. Proyectos de Investigación e Innovación Orientados a la Inclusión Social. Llamado 2010.

12. JND-MSP-MIDES (2012). Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. GSHS, 2012. Uruguay. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/II_Encuesta_Mundial_de_Salud_Adolescente_.pdf
13. Pereyra I, de León C. (2016). Prevalencia de malnutrición por exceso entre los adolescentes de los liceos privados de Montevideo. Enfermería Cuidados Humanizados, vol 5, N° 1, junio 2016.
14. Curutchet, M.R., Martínez, J, Demov, M.N. y col. (2010) Perfil Nutricional del Uruguay, INDA.
15. Barrera, G., Köncke, F, Leis, S. y col (2010). Primer Censo del Estado Nutricional de Niños, Niñas y Adolescentes de Hogares Oficiales de Montevideo del INAU.
16. Köncke, F, Peregalli, F, Barrera, S. y col (2010). Informe de la situación nutricional de los adolescentes del Interior del País 2010.
17. MSP (2013). 2a Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf
18. Pisabarro, R y cols (2009). II Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO II) adultos (18 – 65 años o más). Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2009v1/art3.pdf>
19. Moirano, M, Palumbo, R, Girona, A, Picasso, M, Da Luz, L, Alonso, R (2003). Estado nutricional de ancianos residentes en el Cerro. Valoración antropométrica y factores condicionantes. Proyecto financiado por CSIC-UDELAR. Escuela de Nutrición y Dietética. UR. Subprograma Adultos Mayores-APEX – Cerro.



Ministerio de SALUD

Área Programática Nutrición: nutricion@msp.gub.uy

 Ministerio de Salud - Uruguay

 @MSPUruguay

www.msp.gub.uy