



Espacio Interdisciplinario
Universidad de la República
Uruguay

Programa de Apoyo Alimentario del Plan ABC: Inseguridad alimentaria y características de la alimentación de las personas beneficiarias

Autores: Gerónimo Brunet¹, Alejandra Girona², Gabriela Fajardo², Gabriel Damiano², Belén Araujo², Agustina Vitola¹, Vanessa Gugliucci¹, Gastón Ares³

¹ Espacio Interdisciplinario, Universidad de la República

² Escuela de Nutrición, Universidad de la República

³ Facultad de Química, Universidad de la República

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

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

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue realizar un seguimiento del estado de la (in)seguridad alimentaria y las características de la alimentación de las personas beneficiarias del Programa de Apoyo Alimentario del Plan de Apoyo Básico a la Ciudadanía de la Intendencia de Montevideo entre abril de 2021 y junio de 2023. Se desarrolló un estudio longitudinal, que tuvo como universo a los niños, niñas y mujeres beneficiarias del programa ingresados entre abril de 2021 y junio de 2022. Se aplicó un cuestionario telefónico compuesto por cuatro módulos: i) caracterización del encuestado y el beneficiario, ii) consumo semanal de una serie de grupos de alimentos, iii) (in)seguridad alimentaria, iv) características de la vivienda y el hogar. Se encuestó a 289 beneficiarios/referentes al ingreso al programa, a 219 a los 6 meses y 168 a los 12 meses. Al ingreso al programa el 77% de los hogares beneficiarios que lograron ser encuestados habían experimentado inseguridad alimentaria moderada o grave. Se registró una disminución del porcentaje de hogares con inseguridad alimentaria moderada y grave a los 6 y 12 meses, en el grupo que contestó las tres instancias del seguimiento. Durante el pasaje por el programa, este grupo registró, en el caso de los niños beneficiarios, un aumento significativo en la frecuencia de consumo de alimentos, tales como frutas, leche de vaca o queso, y comidas con agregado de aceites, y en el caso de las mujeres beneficiarias, un aumento de la frecuencia de consumo de comidas con agregado de aceite. A pesar de las mejoras registradas en las características de la alimentación de las personas beneficiarias, luego de 12 meses el 58% de los hogares que completaron las tres olas del relevamiento continuaba experimentando inseguridad alimentaria moderada o grave, y la frecuencia de consumo de varios grupos de alimentos que aportan nutrientes fundamentales continuaba por debajo de las recomendaciones en una importante proporción. La exploración cualitativa de las percepciones y experiencias de las personas beneficiarias respecto al programa mostró una valoración positiva y permitió identificar sugerencias de mejora. Se destaca la necesidad de implementar estrategias multicomponente que mejoren el acceso a una alimentación adecuada en estos grupos poblacionales en conjunto con otras estrategias orientadas a promover hábitos alimentarios saludables.

CONTENIDOS

1 - INTRODUCCIÓN 4

2 - OBJETIVOS 6

3 - METODOLOGÍA..... 7

 3.1 - Encuesta telefónica 7

 3.2 - Entrevistas en profundidad..... 10

4 - RESULTADOS 11

 4.1 - Descripción de las personas beneficiarias y sus hogares..... 11

 4.2 - Inseguridad alimentaria de los hogares 15

 4.3 - Consumo de alimentos y suplementos alimentarios 17

 4.3.1 - Consumo de alimentos y suplementos de las mujeres beneficiarias 17

 4.3.2 - Consumo de alimentos y suplementos de los niños beneficiarios 23

 4.4 - Experiencias y percepciones de las personas beneficiarias respecto a su vínculo con el programa 31

5 - DISCUSIÓN 38

6 - CONCLUSIONES..... 43

REFERENCIAS 44

1 - INTRODUCCIÓN

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

Uruguay tiene disponibilidad suficiente de alimentos para toda la población.³ Sin embargo, una proporción importante de los hogares con niños, niñas y adolescentes experimenta inseguridad alimentaria (IA), es decir dificultades para acceder a una alimentación adecuada por falta de recursos económicos.^{4,5} En 2022, el 17,7% de los hogares con menores de 6 años experimentaba IA moderada, es decir no tenían recursos suficientes para acceder a una alimentación adecuada, tenían incertidumbre acerca de su capacidad de poder adquirir alimentos, habían tenido que saltarse alguna comida o se habían quedado sin alimentos en alguna ocasión.⁴ Mientras tanto, el 3,8% de los hogares enfrentaba IA grave, lo que indica que se habían quedado sin alimentos o que alguna persona del hogar había sentido hambre y no había comido o que había pasado un día entero sin comer en el último año.⁴ Las dificultades de acceso a la alimentación se concentran en los sectores más vulnerables de la población uruguaya, es decir aquellos hogares con menor nivel educativo y menor nivel de ingresos.⁴⁻⁶

Garantizar el pleno ejercicio del DAA es de vital importancia en el período comprendido entre la concepción y los dos años de edad.⁷ Una alimentación adecuada resulta fundamental durante el periodo preconcepcional, el embarazo y la lactancia para garantizar la salud maternofetal y recién nacido.⁸ La nutrición deficiente durante estas etapas, puede aumentar el riesgo de padecer complicaciones con consecuencias irreversibles para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo y la capacidad productiva, comprometiendo la capacidad de niños y niñas de expresar todo su potencial, y en consecuencia el capital humano de una sociedad.^{9,10} En particular, puede incrementar la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas, evitar el logro de mayores niveles escolares y padecer problemas de malnutrición y sus consecuencias a lo largo de la vida.¹⁰⁻¹²

La Convención sobre los Derechos del Niño establece que los gobiernos tienen la obligación legal de proteger y cumplir el derecho a la alimentación y la nutrición de todos los niños y niñas.¹³ En este contexto, sobre finales de 2020, la Intendencia de Montevideo (IM) comenzó a desarrollar el “Plan de emergencia ABC - Apoyo Básico a la Ciudadanía”, el cual tiene como propósito principal *“atender a las poblaciones más vulneradas en sus derechos, reconocer y actuar rápidamente frente a la diversidad de situaciones críticas”*.¹⁴ Dentro del eje de trabajo vinculado a alimentación se creó el “Programa de Apoyo Alimentario”, orientado a niños y niñas menores de 3 años y mujeres embarazadas que presenten algún grado de malnutrición por déficit, púerperas y que sean usuarios de las policlínicas de la IM.¹⁴ El programa incluye diversas actividades: una transferencia monetaria a través de una cuenta corriente para la compra de alimentos en comercios del Centro de Almaceneros Minoristas, Baristas, Autoservicistas y Afines del Uruguay (CAMBADU) con un valor de 2800 pesos, la realización de actividades de educación alimentario nutricional, visitas de apoyo a las familias, y la administración de suplementación nutricional en aquellos casos que se considere necesario.¹⁴ Las policlínicas de la IM, brindan atención a personas usuarias de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y se encuentran ubicadas por lo general en barrios periféricos, por lo que su trabajo se ha orientado principalmente a personas en situación de pobreza y exclusión social.¹⁵

En la Figura 1 se muestra una representación gráfica de la Teoría de cambio del Programa, la cual ejemplifica cómo las actividades del programa podrían contribuir a lograr una mejora en el estado nutricional de las personas beneficiarias.¹⁶ En primer lugar, se espera que las transferencias monetarias generen como resultado inmediato un aumento del ingreso de los hogares que derive en una mejora en su capacidad de acceder a alimentos, contribuyendo en el corto plazo a reducir su IA. Por otra parte la consejería y educación nutricional realizada por profesionales de salud de las policlínicas de la IM, podría derivar en un aumento en los conocimientos y recursos sobre salud y nutrición de las familias, otorgando herramientas para la toma de decisiones en relación con una alimentación adecuada. Esta mejora en los conocimientos, junto con la reducción en la IA y la suplementación nutricional, podría generar en el corto plazo una mejora en la calidad de la dieta de las personas beneficiarias del programa. En el corto plazo, se esperaría que esta serie de resultados derive en una mejora en el estado nutricional.

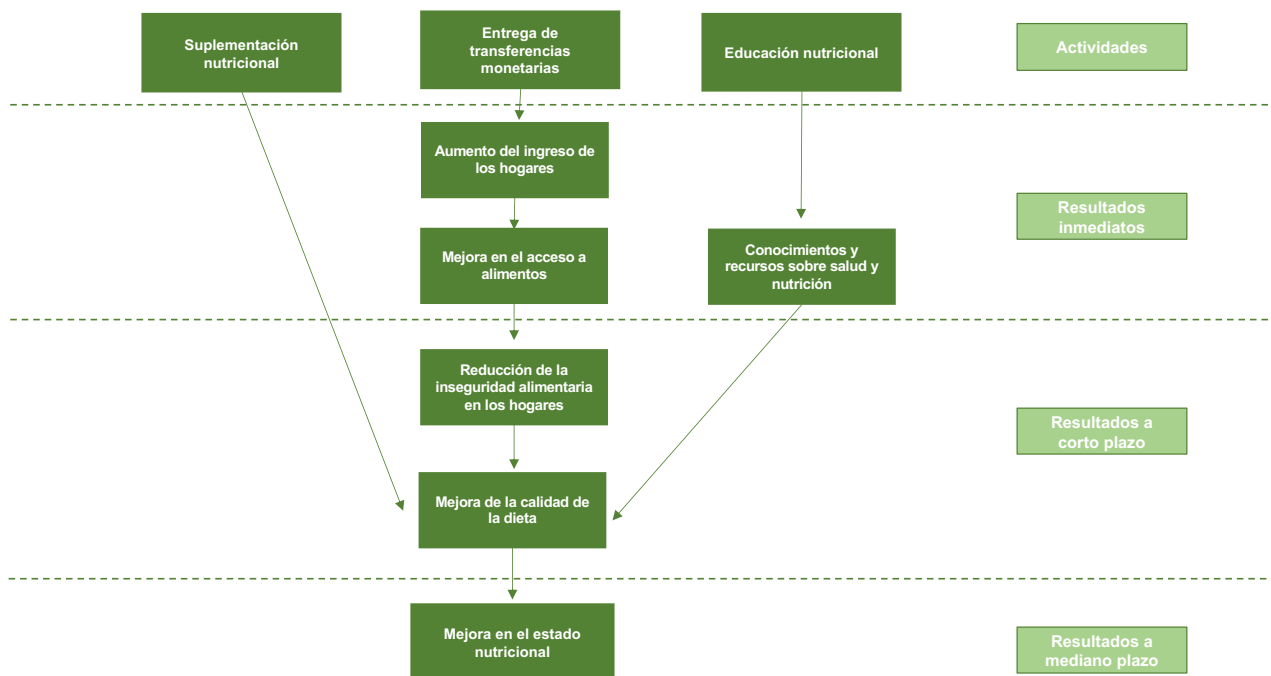


Figura 1. Teoría de cambio del Programa de Apoyo Alimentario del Plan ABC

La evidencia sobre la situación de la (in)seguridad alimentaria, las características de la alimentación y el estado antropométrico de niños, niñas y mujeres embarazadas beneficiarias del Programa de Apoyo Alimentario, reviste particular importancia para la toma de decisiones informadas en el marco del programa, así como para el diseño de estrategias para combatir la malnutrición por déficit en el país.

2 - OBJETIVOS

El presente trabajo tuvo como objetivo realizar un seguimiento del Programa de Apoyo Alimentario del Plan de Apoyo Básico a la Ciudadanía de la Intendencia de Montevideo entre abril de 2021 y junio de 2023.

Se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- i. Describir las características de la alimentación y el estado de la (in)seguridad alimentaria de las personas beneficiarias al ingreso al programa y luego de 6 y 12 meses.

- ii. Analizar cambios en la (in)seguridad alimentaria y las características de la alimentación de las personas beneficiarias al ingreso al programa y luego de 6 y 12 meses.
- iii. Explorar las experiencias y percepciones de las personas beneficiarias respecto a su vínculo con el programa.

3 - METODOLOGÍA

El estudio utilizó un diseño mixto basado en tres componentes: i) encuesta telefónica, ii) datos antropométricos de las consultas en policlínica, iii) entrevistas en profundidad.

3.1 - Encuesta telefónica

Se utilizó un estudio longitudinal que tuvo como universo a los niños, niñas y mujeres gestantes beneficiarias del Programa Alimentario del Plan de ABC de la IM ingresados entre abril de 2021 y junio de 2022. Se realizó una encuesta telefónica al momento del ingreso y luego de 6 y 12 meses en el programa. El proyecto fue aprobado por el Comité de ética de la Escuela de Nutrición de la Universidad de la República.

Participantes

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron ser adulto referente de un niño o niña menor de 3 años beneficiario del programa, o ser una mujer gestante o puérpera beneficiaria del mismo, y haber otorgado su consentimiento. La Tabla 1 presenta los principales datos sobre el trabajo de campo. Se recibieron de la IM 398 contactos de personas beneficiarias y se lograron realizar 289 encuestas a beneficiarios/referentes al ingreso al programa. La tasa de respuesta fue de 73% y solamente 1% de los informantes rechazó participar del relevamiento. A 6 meses del ingreso, se completaron 219 encuestas, lo cual implicó una tasa de respuesta de 76% sobre el total de casos que habían contestado en la primera ola. A los 12 meses, se llevaron adelante 168 encuestas, lo cual representó una tasa de respuesta de 77% respecto a los casos que habían participado en los dos primeros relevamientos. De estos resultados se desprende la existencia de un efecto de atrición, es decir, pérdida de participantes a lo largo del tiempo, lo cual es propio de estudios de tipo panel.¹⁷

Tabla 1. Principales resultados del trabajo de campo de la encuesta al ingreso, 6 y 12 meses de pasaje por el programa.

| Resultados | Ingreso | 6 meses | 12 meses |
|---|----------------|----------------|-----------------|
| Número de casos gestionados | 398 | 289 | 219 |
| Número de encuestas realizadas completas | 289 | 219 | 168 |
| Número de casos sin respuesta o con otro resultado que impidió realizar la encuesta | 105 | 68 | 51 |
| Número de rechazos | 4 | 2 | 0 |
| Tasa de respuesta (%) | 73 | 76 | 77 |
| Tasa de rechazo (%) | 1 | 1 | 0 |

Cuestionario

Se utilizó un cuestionario compuesto por cinco módulos: i) caracterización del encuestado y el beneficiario, ii) consumo semanal de una serie de grupos de alimentos, iii) (in)seguridad alimentaria a través de la Escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES, por su sigla en inglés),¹⁶ iv) características de la vivienda y el hogar (condiciones de la vivienda, aspectos demográficos y socioeconómicos de los hogares y los informantes, y vinculación a programas/apoyos estatales o a organizaciones de la sociedad civil). En el módulo de consumo de alimentos se relevó el número de comidas realizadas el día anterior a la encuesta y la frecuencia de consumo de grupos de alimentos específicos en la semana anterior (carne de vaca, pollo, gallina, cerdo, pescado o vísceras; huevos; leche de vaca o quesos; yogures o postres lácteos envasados; frutas; papas o boniatos; verduras (sin incluir papas ni boniatos); lentejas, porotos, garbanzos; fideos, arroz o polenta; pan o galletas; galletitas o alfajores comprados; papas chips, chizitos u otros snacks salados; refrescos, aguas saborizadas, jugos envasados o polvos para preparar refrescos; fiambres, panchos o embutidos; chocolates o golosinas; comidas con agregado de aceite; dulces o mermeladas, o agregado de azúcar a las preparaciones). En el caso de los niños beneficiarios además se relevó la frecuencia de consumo de leche materna; preparados para lactantes; leche enriquecida con vitaminas y minerales; consumo de hierro y vitamina D en la semana anterior a la encuesta, mientras que en el caso de las mujeres se relevó la frecuencia de consumo de leche enriquecida con calcio y vitaminas; ácido fólico; hierro y polivitamínicos en la semana anterior a la encuesta. En todas las secciones se trabajó predominantemente con preguntas dicotómicas o múltiple opción. El cuestionario fue aplicado vía telefónica. En la encuesta a los 6 meses del ingreso al programa no se aplicaron preguntas

vinculadas a las características de las viviendas y los hogares, a excepción de la escala FIES y la vinculación con programas/apoyos estatales o a organizaciones de la sociedad civil. En la encuesta a los 12 meses se relevaron nuevamente algunas características de las viviendas y datos socioeconómicos de los hogares y los informantes.

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

Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos de todas las preguntas, obteniéndose el porcentaje de participantes que otorgó cada respuesta para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Se estimó el porcentaje de hogares con IA moderada y grave utilizando una variación de la metodología propuesta por la FAO.¹⁸ Se consideró que un hogar se encontraba en IA grave cuando el informante (persona beneficiaria o referente de beneficiario) respondió afirmativamente 7 u 8 preguntas de la escala FIES, mientras que se consideró que aquellos participantes que respondieron de forma afirmativa entre 3 y 6 preguntas se encontraban en hogares con IA moderada.

Se utilizó estadística inferencial para analizar diferencias en los principales indicadores relevados. Para este análisis se consideraron únicamente los datos de los encuestados que participaron de los tres relevamientos (ingreso, 6 y 12 meses). En vistas a descartar potenciales sesgos derivados de la pérdida de casos entre olas, se realizó un análisis de las principales características e indicadores de los grupos de beneficiarios que respondieron en cada uno de los relevamientos y no se hallaron diferencias sustantivas entre ellos. Para analizar diferencias en los niveles de IA y la frecuencia semanal de consumo de alimentos durante su permanencia en el programa se utilizó análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas y pruebas t pareadas. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%. Debido al bajo número de casos, se consideraron también diferencias marginalmente significativas, correspondientes a un nivel de confianza del 90%.

3.2 - Entrevistas en profundidad

Se utilizaron entrevistas en profundidad para explorar las experiencias y percepciones de las personas beneficiarias respecto su vínculo con el programa. Se realizaron 11 entrevistas a mujeres beneficiarias y madres de niños y niñas beneficiarios, seleccionadas a partir de la base de datos que otorgó su consentimiento para participar del seguimiento. Se buscó obtener la mayor heterogeneidad en torno a las características de los hogares de acuerdo a los datos recabados en las encuestas telefónicas. Las entrevistadas firmaron un consentimiento informado antes de comenzar la entrevista.

Tabla 2. Características de las entrevistadas (n=11).

| Característica | Número de entrevistadas |
|--|--------------------------------|
| <i>Género</i> | |
| Mujer | 11 |
| <i>Edad</i> | |
| 20-25 | 8 |
| 26-40 | 3 |
| <i>Nivel educativo</i> | |
| Primaria completa | 5 |
| Secundaria incompleta | 5 |
| Secundaria completa | 1 |
| <i>Número de integrantes del hogar</i> | |
| 1 | 1 |
| 2 a 4 | 8 |
| 5 a 9 | 2 |
| <i>(In)seguridad alimentaria</i> | |
| Seguridad alimentaria | 4 |
| Inseguridad moderada | 3 |
| Inseguridad grave | 4 |
| <i>Tipo de beneficiario del Programa</i> | |
| Mujer embarazada | 1 |
| Niño o niña | 8 |
| Mujer embarazada y niño o niña | 2 |

Las características de las entrevistadas se muestran en la Tabla 2. El número final de entrevistas se definió utilizando el criterio de saturación teórica. Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas a texto con la asistencia del software Whisper. Los datos fueron analizados utilizando análisis de contenido basado en codificación deductiva, tomando como dimensiones de análisis las preguntas incluidas en la guía.

4 - RESULTADOS

4.1 - Descripción de las personas beneficiarias y sus hogares

Al ingreso al programa, casi tres cuartas partes de las personas beneficiarias fueron niños (74% del total), con una media de 16 meses cumplidos, con un mínimo de 1 y un máximo de 38 meses. Por su parte, las mujeres embarazadas o puérperas representaron el 26%, con una media de 24 años. La edad mínima registrada para este grupo fue de 15 años y la máxima de 42 (Tabla 3).

Tabla 3. Principales características de las personas beneficiarias al ingreso al programa (n=289).

| Característica del beneficiario | Valor del indicador |
|---|----------------------------|
| Tipo de beneficiario (n=289) | |
| Niño (%) | 74 |
| Mujer embarazada o puérpera (%) | 26 |
| Edad (meses cumplidos al momento de la encuesta) de los niños beneficiarios (n=213) | |
| Mínimo | 1 |
| Media | 16 |
| Máximo | 38 |
| Desviación estándar | 10 |
| Edad (años) de las mujeres embarazadas beneficiarias (n=76) | |
| Mínimo | 15 |
| Media | 24 |
| Máximo | 42 |
| Desviación estándar | 7 |

Las 289 personas beneficiarias residían en 276 hogares, esto implica que 13 hogares contaban con 2 beneficiarios cada uno. Tal como se presenta en la Tabla 4, el 48% de los hogares presentaba 5 o más integrantes. El 89% de los hogares reportó que uno o dos integrantes percibían algún tipo de ingreso al momento de la encuesta (45% y 44% del total, respectivamente). En cuanto a la tenencia de bienes vinculados a la preparación o preservación de alimentos, 85% de los hogares contaba con heladera y 90% con cocinilla a gas o eléctrica, mientras que 59% reportó disponer de horno y 15% tenencia de microondas para la preparación de alimentos (Tabla 4).

Tabla 4. Principales características de los hogares beneficiarios al ingreso al programa (n=276).

| Característica del hogar | Porcentaje de los hogares (%) |
|---|--------------------------------------|
| <i>Número de integrantes del hogar</i> | |
| 1 | 1 |
| 2 | 10 |
| 3 | 20 |
| 4 | 21 |
| 5 | 17 |
| 6 | 14 |
| 7 o más | 17 |
| <i>Número de personas perceptoras de ingresos</i> | |
| 1 | 45 |
| 2 | 44 |
| 3 | 8 |
| 4 o más | 3 |
| <i>Tenencia de bienes para la preparación y preservación de alimentos</i> | |
| Heladera | 85 |
| Cocinilla con hornalla a gas o eléctrica | 90 |
| Horno | 59 |
| Microondas | 15 |

Las personas encuestadas también fueron consultadas acerca de la recepción de apoyos en sus hogares, provenientes de instituciones del Estado o la sociedad civil, directa o indirectamente vinculados a la alimentación (Tabla 5). Al ingreso al programa, 96% se encontraba vinculado a algún programa o prestación brindado por el Estado en el mes anterior a la encuesta. Entre los más frecuentemente reportados se encontraron las Asignaciones Familiares (82%) y la Tarjeta Uruguay Social (60%). Aproximadamente, en algo más de un tercio de los hogares un niño había asistido a un centro CAIF, en el 29% al menos un integrante había recibido la prestación TuApp o canastas de alimentos del MIDES y el beneficio Bienvenido Bebé en el mes anterior a la encuesta el 30%. La vinculación de los hogares al programa Uruguay Crece Contigo fue reportada en el 11%. Cabe destacar que el 58% de los hogares se encontraba vinculado a dos o tres programas o prestaciones por parte del Estado al ingreso al programa (Figura 2). Por otro lado, 25% de los hogares habían recibido apoyos provenientes de la sociedad civil, principalmente de ollas populares (19%) en el mes anterior al ingreso al programa (Tabla 5).

Tabla 5. Recepción de apoyos de instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil por parte de los hogares beneficiarios al ingreso al programa (n=276).

| Tipo de apoyo | Porcentaje de los hogares (%) |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| <i>Apoyos del Estado*</i> | |
| Algún apoyo del Estado | 96 |
| Asignaciones Familiares | 82 |
| Tarjeta Uruguay Social | 60 |
| Asistencia a CAIF | 36 |
| TuApp/Canasta de alimentos del MIDES | 29 |
| Bienvenido Bebé | 30 |
| Uruguay Crece Contigo | 11 |
| Usuario de comedores del INDA | 4 |
| <i>Apoyos de la sociedad civil</i> | |
| Algún apoyo de la sociedad civil | 25 |
| Asistencia a ollas populares | 19 |
| Canastas de alimentos | 7 |

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

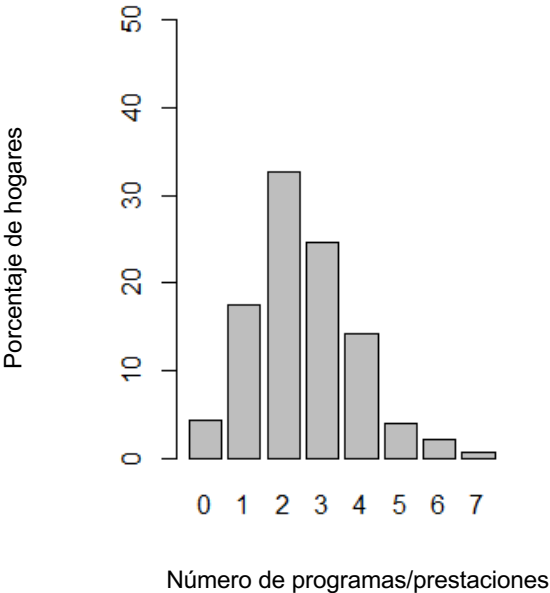


Figura 2. Distribución del porcentaje de hogares según el número de apoyos del Estado recibidos al ingreso al programa (n=276).

La Tabla 6 ilustra el número de perceptores de ingresos y de apoyos recibidos en los 161 hogares que contestaron la encuesta en las tres olas del seguimiento. Se aprecia un descenso en la proporción de hogares con 3 o más perceptores de ingresos (12% a 7%) y un incremento en la de hogares con solamente 1 perceptor (48% a 52%), entre lo reportado al ingreso y a los 12 meses, respectivamente. Además, el porcentaje de hogares con 2 perceptores aumentó en un punto porcentual.

Por otra parte, si bien no se observaron cambios importantes en el porcentaje de hogares que se encontraba vinculado al menos a un programa o prestación estatal a los 12 meses del ingreso, sí se constataron diferencias en el tipo de apoyos recibidos. Se reportó un importante incremento en la proporción de aquellos que recibían Asignaciones Familiares o Asignaciones Familiares del Plan de Equidad (78% a 91%) y en la asistencia de niños a centros CAIF (36% a 42%). Además, el porcentaje de hogares con titulares de cobro de Tarjeta Uruguay Social aumentó en 3 puntos porcentuales. Por el contrario, se observaron descensos en el número de hogares receptores de la prestación TuApp o de canastas de alimentos del MIDES, Bienvenido Bebé, Uruguay Crece Contigo y comedores del Instituto Nacional de Alimentación (Tabla 6).

Tabla 6. Perceptores de ingresos y recepción de apoyos de instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil por parte de los hogares beneficiarios al ingreso y 12 meses (n=161).

| Indicador | Porcentaje de los hogares (%) | |
|--------------------------------------|-------------------------------|----------|
| | Ingreso | 12 meses |
| <i>Perceptores de ingresos</i> | | |
| 1 | 48 | 52 |
| 2 | 40 | 41 |
| 3 o más | 12 | 7 |
| <i>Apoyos del Estado*</i> | | |
| Algún apoyo del Estado | 96 | 97 |
| Asignaciones Familiares | 78 | 91 |
| Tarjeta Uruguay Social | 60 | 63 |
| Asistencia a CAIF | 36 | 42 |
| TuApp/Canasta de alimentos del MIDES | 30 | 7 |
| Bienvenido Bebé | 30 | 26 |
| Uruguay Crece Contigo | 9 | 4 |
| Usuario de comedores del INDA | 4 | 2 |
| <i>Apoyos de la sociedad civil</i> | | |
| Algún apoyo de la sociedad civil | 24 | 12 |
| Asistencia a ollas populares | 17 | 10 |
| Canastas de alimentos | 7 | 2 |

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

Finalmente, también se constató una disminución en el número de hogares vinculados con apoyos provenientes de la sociedad civil. En este sentido, el 12% de los hogares continuaba siendo beneficiario de alguno de ellos, principalmente ollas populares, a los 12 meses del ingreso al programa (Tabla 6).

4.2 - Inseguridad alimentaria de los hogares

Se evaluó la IA de los hogares de los beneficiarios al ingreso, 6 meses y 12 meses luego del ingreso al programa utilizando la escala FIES. El período de referencia para la medición al ingreso fue los últimos 12 meses anteriores a la encuesta. Tal como se presenta en la Tabla 7, el 77% de los hogares presentaba IA moderada o grave al ingreso al programa. En particular, el 40% presentaba IA moderada, lo que indica que en los últimos 12 meses no habían tenido recursos suficientes para acceder alimentos variados y nutritivos, habían tenido que saltarse alguna comida, algún integrante había comido menos de lo que pensaba que debía comer o el hogar se había quedado sin alimentos en alguna ocasión. Mientras tanto, el 37% IA grave, lo que indica que en los últimos 12 meses alguna persona del hogar había sentido hambre, pero no había comido o había pasado un día sin comer por falta de dinero u otros recursos.

El 23% de los hogares beneficiarios presentaba seguridad alimentaria o IA leve. En particular, un 11% afirmó que no había experimentado dificultades para acceder a los alimentos en los últimos 12 meses, mientras que el restante 12% se había preocupado por no tener acceso a suficientes alimentos o no había podido acceder a alimentos nutritivos por falta de dinero u otros recursos (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de los hogares beneficiarios de acuerdo con su nivel de (in)seguridad alimentaria al ingreso al programa (n=276).

| Nivel de (in)seguridad alimentaria | Porcentaje de los hogares (%) |
|--|--------------------------------------|
| Seguridad alimentaria o inseguridad alimentaria leve | 23 |
| Inseguridad alimentaria moderada | 40 |
| Inseguridad alimentaria grave | 37 |

Para los relevamientos a los 6 y 12 meses, el período de referencia utilizado fue el mes anterior a la realización de la encuesta. Esta modificación se realizó para poder captar con mayor

precisión la experiencia de IA de los hogares específicamente en el marco de su pasaje por el programa. La Tabla 8 muestra la evolución en la situación en los hogares que participaron de las tres olas del seguimiento. Tal como se observa, a 6 meses de haber ingresado al programa, el 39% de los hogares presentaba seguridad o IA leve, mientras que 61% experimentaba IA moderada o grave. Estos valores muestran una situación más favorable respecto a la observada al ingreso al programa. En la encuesta realizada a los 12 meses se reportaron resultados similares. Mientras el 42% de los hogares se encontraba en situación de seguridad o IA leve, el restante 58% presentaba IA moderada o grave.

Tabla 8. Distribución de los hogares beneficiarios de acuerdo con su nivel de (in)seguridad alimentaria al ingreso al programa y luego de 6 y 12 meses (n=161).

| Nivel de (in)seguridad alimentaria | Porcentaje de los hogares (%) | | |
|--|-------------------------------|---------|----------|
| | Al ingreso | 6 meses | 12 meses |
| Seguridad alimentaria o inseguridad alimentaria leve | 20 | 39 | 42 |
| Inseguridad alimentaria moderada | 40 | 34 | 30 |
| Inseguridad alimentaria grave | 40 | 27 | 28 |

La Tabla 9 muestra las medias y desviaciones estándar de los puntajes correspondientes a la escala FIES aplicada al ingreso al programa, así como a los 6 y 12 meses. En ella solamente se reporta la situación de los 161 hogares sobre los cuales se recogió información en las tres olas del seguimiento. Tal como se observa, tanto a los 6 como a los 12 meses se registraron puntajes promedio aproximadamente 1 punto por debajo respecto a los reportados al ingreso al programa. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, lo cual sugiere un cambio en la situación de los hogares a nivel agregado durante su pasaje por la intervención (Tabla 9).

Tabla 9. Medias y desviaciones estándar de puntajes obtenidos en la escala FIES al ingreso al programa y luego de 6 y 12 meses (n=161).

| Momento | Media | Desviación estándar |
|------------------------|-------|---------------------|
| Al ingreso | 5,1 | 2,7 |
| A 6 meses del ingreso | 3,9 | 3,1 |
| A 12 meses del ingreso | 3,7 | 3,1 |

* Medias estadísticamente significativas entre los distintos tiempos del seguimiento, en función de los resultados del test ANOVA para medidas repetidas.

En forma complementaria, se analizó la distribución de este conjunto de hogares según el tipo de cambio experimentado en relación a la situación de IA. Tal como se muestra en la Tabla 10, un tercio de los hogares mejoraron su situación (36%). Esto quiere decir que pasaron de situaciones de inseguridad grave a inseguridad moderada o a seguridad/inseguridad leve, o de inseguridad moderada a seguridad/inseguridad leve. Por su parte, 57% mantuvo su nivel de IA (en cualquiera de las tres categorías), mientras que 7% experimentó un agravamiento en su situación, pasando desde seguridad/inseguridad leve a inseguridad moderada o grave, o desde inseguridad moderada a inseguridad grave.

Tabla 10. Distribución de los hogares beneficiarios de acuerdo a su variación en el nivel (in)seguridad alimentaria a los 12 meses del ingreso al programa (n=161).

| Variación en el nivel de (in)seguridad alimentaria | Porcentaje de los hogares (%) |
|---|--------------------------------------|
| Mejóro su nivel de (in)seguridad alimentaria | 36 |
| Mantuvo su nivel de (in)seguridad alimentaria | 57 |
| Agravó su nivel de (in)seguridad alimentaria | 7 |

4.3 - Consumo de alimentos y suplementos alimentarios

En las siguientes secciones se presentan los resultados obtenidos en relación con el consumo de alimentos y suplementos para las mujeres y niños beneficiarios del programa. Para cada uno de los dos grupos, primero se presentan los resultados obtenidos al ingreso para luego describir los cambios ocurridos a los 6 y 12 meses.

4.3.1 - Consumo de alimentos y suplementos de las mujeres beneficiarias

4.3.1.1- Consumo de alimentos y suplementos al ingreso al programa

Como se presenta en la Figura 3, al momento del ingreso, el 66% de las mujeres (n=50) había realizado 3 o 4 comidas el día anterior a la encuesta, 24% (n=18) 5 comidas el día anterior y 10% (n=8) había realizado únicamente 1 o 2 comidas. En promedio, las mujeres beneficiarias habían realizado un promedio de 3,7 comidas el día anterior a la encuesta.

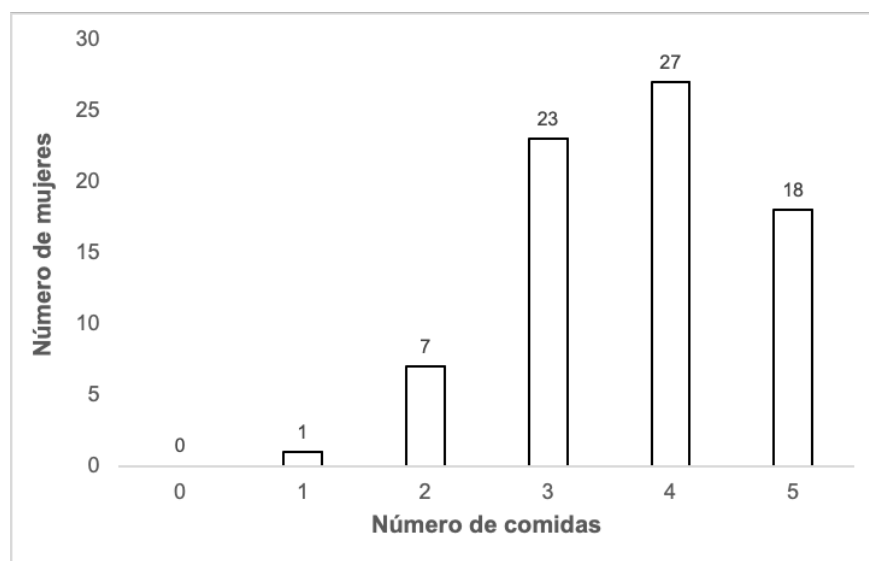


Figura 3. Distribución de las mujeres beneficiarias según el número de comidas realizadas el día anterior a la encuesta al momento del ingreso al programa (n=76).

La comida más frecuentemente realizada por las mujeres fue la cena (93%), seguida por el desayuno (88%). Mientras tanto, el 22% no había almorzado el día anterior a la encuesta y el 24% no había merendado, destacándose además que únicamente el 36% había realizado alguna colación (Tabla 11).

Tabla 11. Porcentaje de mujeres que había realizado distintas comidas el día anterior a la encuesta al momento del ingreso al programa (n=76).

| Comida | Porcentaje de mujeres (%) |
|---------------|---------------------------|
| Desayuno | 88 |
| Almuerzo | 78 |
| Merienda | 76 |
| Cena | 93 |
| Otras comidas | 36 |

En la Tabla 12 se presenta el porcentaje de mujeres que había consumido algunos grupos de alimentos con distinta frecuencia durante la semana anterior a la encuesta. Se destaca que una proporción importante relató una baja frecuencia de consumo de algunos grupos de alimentos que son fuente de nutrientes esenciales en este período. Únicamente el 60% indicó haber

consumido leche de vaca o quesos todos los días la semana anterior a la encuesta, mientras que menos de la mitad había consumido frutas y menos del 20% carne y verduras todos los días. Adicionalmente, se destaca que el 26% de las mujeres no había consumido verduras en la semana anterior a la encuesta, mientras que un 21% no había consumido leche o quesos, un 11% carnes, un 19% preparaciones con agregado de aceite y un 12% frutas.

En lo que respecta al consumo de productos ultra-procesados, se destaca que el 50% había consumido refrescos, aguas saborizadas, jugos envasados o polvos para preparar refrescos al menos 2 días durante la semana anterior a la encuesta. El resto de los productos ultra-procesados fueron consumidos menos de 5 cada 10 mujeres la semana anterior a la encuesta (Tabla 12).

Tabla 12. Porcentaje de mujeres que había consumido grupos de alimentos y bebidas específicos con diferente frecuencia la semana anterior a la encuesta al momento del ingreso al programa (n=76).

| Alimento o bebida | No consumió | 1 día | 2 a 3 días | 4 a 6 días | 7 días |
|--|--------------------|--------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Frutas | 12 | 11 | 25 | 9 | 43 |
| Verduras (sin incluir papas o boniatos) | 26 | 11 | 29 | 17 | 17 |
| Leche de vaca o quesos | 21 | 5 | 8 | 5 | 60 |
| Carne de vaca, pollo, gallina, cerdo, pescado o vísceras | 11 | 7 | 51 | 13 | 18 |
| Fideos, arroz o polenta | 0 | 3 | 29 | 22 | 46 |
| Pan o galletas | 8 | 0 | 11 | 18 | 63 |
| Papas o boniatos | 5 | 14 | 41 | 19 | 21 |
| Lentejas, porotos o garbanzos | 26 | 20 | 41 | 5 | 8 |
| Huevos | 24 | 9 | 38 | 16 | 13 |
| Comidas con agregado de aceite | 19 | 18 | 27 | 8 | 28 |
| Yogures o postres lácteos envasados | 52 | 8 | 17 | 9 | 13 |
| Dulces, mermeladas o le agregó azúcar a las preparaciones | 27 | 9 | 19 | 12 | 33 |
| Fiambres, panchos o embutidos | 47 | 11 | 26 | 9 | 7 |
| Galletitas o alfajores comprados | 60 | 12 | 20 | 5 | 3 |
| Papas chips, chizitos u otros snacks | 79 | 12 | 8 | 0 | 1 |
| Refrescos, aguas saborizadas, jugos envasados o polvos para preparar refrescos | 42 | 7 | 22 | 13 | 15 |
| Chocolates o golosinas | 74 | 11 | 5 | 5 | 5 |

Se registró una baja frecuencia de consumo de suplementos y leche enriquecida con calcio o vitaminas en la semana anterior a la encuesta al ingreso al programa. Como se observa en la Tabla 13, el 55% de las mujeres no había consumido ácido fólico, mientras que el 22% no había consumido hierro.

Tabla 13. Porcentaje de mujeres que había consumido suplementos y leche enriquecida con calcio o vitaminas con diferente frecuencia la semana anterior a la encuesta al momento del ingreso al programa (n=76).

| Suplemento | No consumió | 1 día | 2 a 3 días | 4 a 6 días | 7 días | No sabe/No contesta |
|--|-------------|-------|------------|------------|--------|---------------------|
| Leche enriquecida con calcio o vitaminas | 84 | 0 | 4 | 1 | 11 | 0 |
| Ácido fólico | 55 | 0 | 4 | 1 | 34 | 5 |
| Hierro | 22 | 3 | 11 | 4 | 58 | 2 |
| Polivitamínicos y minerales | 78 | 0 | 3 | 0 | 9 | 10 |

4.3.1.1- Cambios en el consumo de alimentos a los 6 y 12 meses del ingreso al programa

Al analizar las características de la alimentación de las mujeres beneficiarias a los 6 y 12 meses de su ingreso al programa, no se registraron cambios estadísticamente significativos en el número promedio de comidas: 3,7 al ingreso al programa, 3,6 luego de 6 meses y 3,4 a los 12 meses. Como se presenta en la Tabla 14, a los 12 meses el 98% de las mujeres había desayunado y el 89% había cenado, mientras que el porcentaje de mujeres que había merendado y almorzado fue ligeramente inferior: 67% y 78% respectivamente. Durante el transcurso del programa se observó una disminución significativa del porcentaje de mujeres que realizaba otras comidas, pasando de 28% al inicio a 9% . Por otra parte, se registró un aumento marginalmente significativo del porcentaje de mujeres que desayunaba ($p=0,07$), pasando de 87% a 98%.

Tabla 14. Porcentaje de mujeres que había realizado distintas comidas el día anterior a la encuesta a 6 y 12 meses del ingreso al programa (n=46).

| Comida | Porcentaje de las mujeres (%) | |
|---------------|-------------------------------|----------|
| | 6 meses | 12 meses |
| Desayuno | 87 | 98 |
| Almuerzo | 83 | 78 |
| Merienda | 71 | 67 |
| Cena | 91 | 89 |
| Otras comidas | 28 | 9 |

En la Figura 4 se presenta el número de días promedio que las mujeres habían consumido distintos grupos de alimentos al ingreso y a los 6 y 12 meses. Se registró un aumento significativo de la frecuencia de consumo de comidas con agregado de aceite y una disminución significativa en tres grupos de productos ultra-procesados: galletas o alfajores comprados; yogures o postres lácteos envasados; chocolates y golosinas; y refrescos, aguas saborizadas, jugos envasados o polvos para preparar refrescos. El consumo de fiambres, panchos y embutidos aumentó significativamente a los 6 meses para luego descender al nivel observado al ingreso al programa. Adicionalmente, se registró una disminución marginalmente significativa del consumo de pan o galletas y galletitas o alfajores comprados.

En la Tabla 15 se presenta el porcentaje de mujeres que había consumido grupos de alimentos y bebidas específicos con distinta frecuencia la semana anterior a la encuesta realizada a los 12 meses del ingreso al programa. Como se observa, la frecuencia de consumo de grupos de alimentos recomendados continuaba siendo baja. En particular, el porcentaje de mujeres que había consumido verduras (sin incluir papas o boniatos) diariamente la semana previa a la encuesta fue únicamente 28%, 11% había consumido frutas de forma diaria, 39% leche o quesos diariamente y 11% carnes. El consumo de productos ultraprocesados fue bajo, no encontrándose ninguna categoría consumida al menos 4 veces por semana por un porcentaje importante de mujeres. Se destaca además que un 28% y 24% de mujeres no consumió frutas y verduras respectivamente la semana anterior a la encuesta. El 49% consumía más de 2 veces a la semana legumbres y 65% huevos.

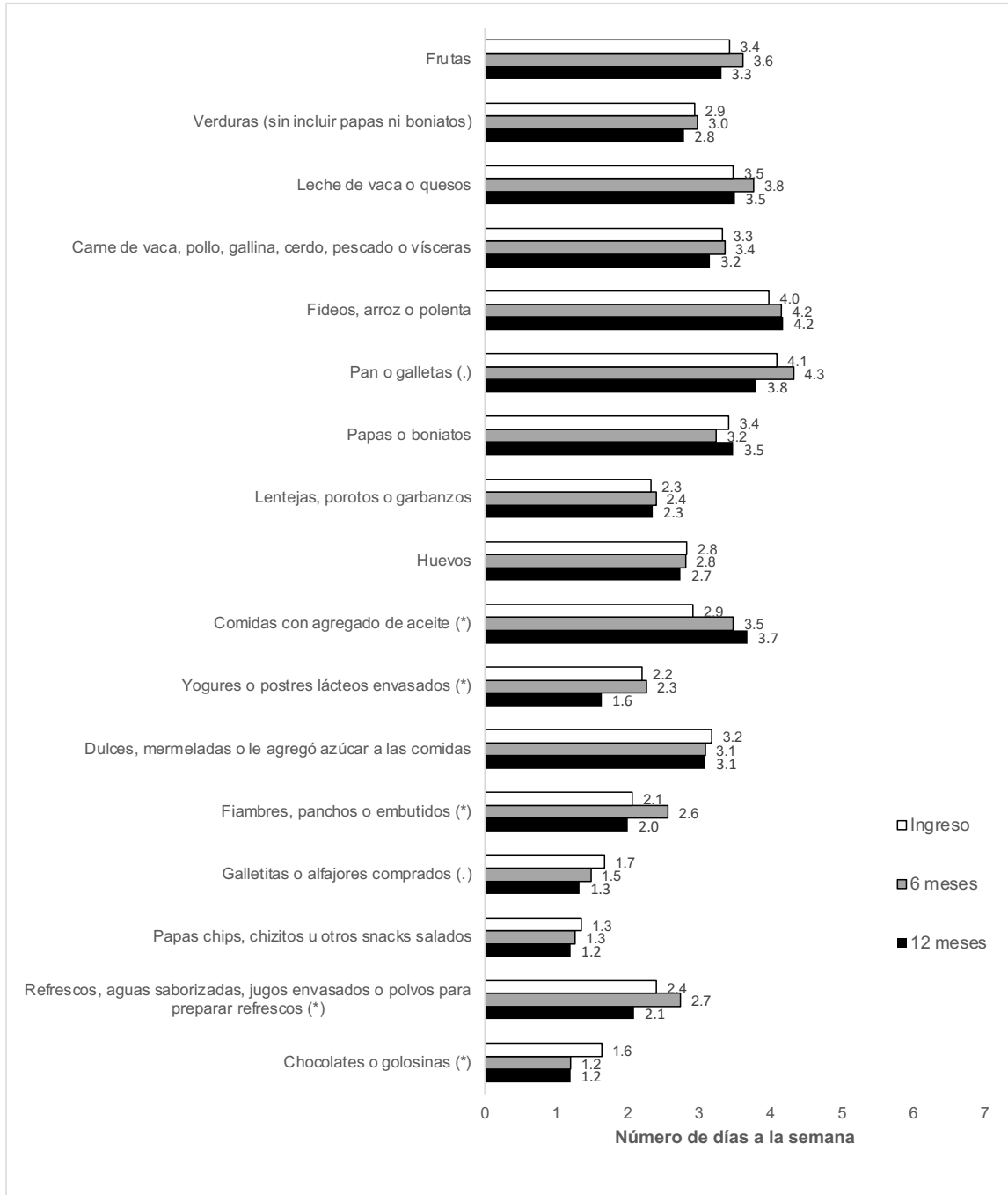


Figura 4. Promedio de días que las mujeres beneficiarias habían consumido distintos grupos de alimentos la semana anterior a la encuesta, al ingreso al programa y luego de 6 y 12 meses (n=46). Nota: Los grupos indicados con (*) corresponden a aquellos en los que se registraron cambios significativos en la frecuencia de consumo entre los tiempos considerados para un nivel de confianza del 95%, mientras que los indicados con (.) corresponden a aquellos en los que se registraron cambios marginalmente significativos (nivel de confianza del 90%).

Tabla 15. Porcentaje de mujeres que había consumido grupos alimentos y bebidas específicos con diferente frecuencia la semana anterior a la encuesta a los 12 meses del ingreso al programa (n=46).

| Alimento o bebida | No consumió | 1 día | 2 a 3 días | 4 a 6 días | 7 días |
|--|--------------------|--------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Frutas | 28 | 9 | 30 | 22 | 11 |
| Verduras (sin incluir papas o boniatos) | 24 | 2 | 22 | 24 | 28 |
| Leche de vaca o quesos | 17 | 7 | 24 | 13 | 39 |
| Carne de vaca, pollo, gallina, cerdo, pescado o vísceras | 13 | 4 | 48 | 24 | 11 |
| Fideos, arroz o polenta | 0 | 0 | 22 | 39 | 39 |
| Pan o galletas | 15 | 2 | 15 | 22 | 46 |
| Papas o boniatos | 2 | 11 | 39 | 33 | 15 |
| Lentejas, porotos o garbanzos | 30 | 22 | 35 | 9 | 4 |
| Huevos | 15 | 20 | 46 | 15 | 4 |
| Comidas con agregado de aceite | 15 | 2 | 26 | 13 | 44 |
| Yogures o postres lácteos envasados | 69 | 9 | 11 | 11 | 0 |
| Dulces, mermeladas o le agregó azúcar a las preparaciones | 27 | 9 | 24 | 9 | 31 |
| Fiambres, panchos o embutidos | 48 | 15 | 26 | 11 | 0 |
| Galletitas o alfajores comprados | 83 | 6 | 9 | 0 | 2 |
| Papas chips, chizitos u otros snacks | 87 | 7 | 6 | 0 | 0 |
| Refrescos, aguas saborizadas, jugos envasados o polvos para preparar refrescos | 54 | 7 | 24 | 6 | 9 |
| Chocolates o golosinas | 87 | 9 | 2 | 2 | 0 |

4.3.2 - Consumo de alimentos y suplementos de los niños beneficiarios

4.3.2.1 Consumo de alimentos y suplementos al ingreso al programa

De acuerdo con los adultos referentes, el 95% de los niños había sido amamantado alguna vez. En la Tabla 16 se presentan datos vinculados a la lactancia materna de los niños beneficiarios al momento del ingreso al programa según su edad. El 85% de los niños menores de 6 meses y el 69% de los niños entre 6 y 23 meses continuaba siendo amamantado al momento de la encuesta. En lo que respecta a los niños mayores de 23 meses, se registró que el 49% continuaba siendo amamantado.

Es de destacar que, si bien el 85% de los niños menores de 6 meses estaba siendo amamantado, el 50% había comenzado la alimentación complementaria y estaba consumiendo alimentos y bebidas diferentes a la leche materna. El 35% de los niños menores de 6 meses estaba siendo

alimentado con lactancia materna exclusiva al ingreso al programa. Se destaca además que el 97% de los niños de entre 6 y 23 meses estaban consumiendo alimentos diferentes a la leche materna.

Tabla 16. Porcentaje de niños (n=189) que habían sido amamantados alguna vez, que estaban siendo amamantados y que consumían alimentos diferentes a la leche materna al ingreso al programa, según grupo de edad.

| | Niños menores de 6 meses (n=27) | Niños de 6 a 23 meses (n=119) | Niños mayores de 23 meses (n=43) |
|--|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Siendo amamantados | 85 | 69 | 49 |
| Consumo de alimentos diferentes a la leche materna | 50 | 97 | 100 |

Nota: Únicamente se incluyen los niños sobre los que se disponía información sobre su edad.

Aquellos niños que se alimentaban con alimentos diferentes a la leche materna habían realizado en promedio 4,2 comidas el día anterior a la encuesta. El 86% de los niños había hecho 5 comidas (Figura 5). Únicamente 7 niños habían realizado 1 o 2 comidas el día anterior a la encuesta, 4 de los cuales eran mayores a 6 meses.

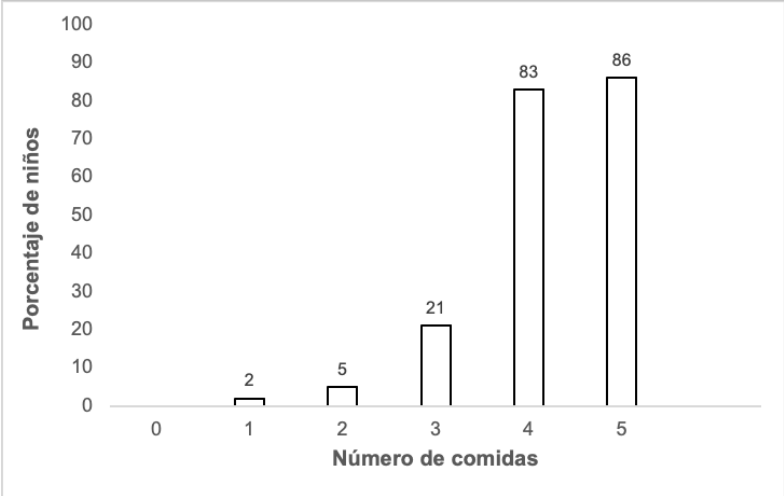


Figura 5. Distribución de los niños según el número de comidas realizadas el día anterior a la encuesta al ingreso al programa (n=197). No se incluyen los niños que se estaban alimentando con lactancia materna exclusiva.

En la Tabla 17 se presenta el porcentaje de los niños que habían realizado distintas comidas el día anterior a la encuesta. Como se observa, el 94% y 95% había realizado el desayuno y el almuerzo, respectivamente, mientras que el 87% y 88% realizaron la merienda y la cena, respectivamente. El 55% había realizado otras comidas diferentes a las 4 comidas principales.

Tabla 17. Porcentaje de los niños que habían realizado distintas comidas el día anterior a la encuesta al momento del ingreso al programa (n=197).

| Comida | Porcentaje de los niños (%) |
|---------------|------------------------------------|
| Desayuno | 94 |
| Almuerzo | 95 |
| Merienda | 87 |
| Cena | 88 |
| Otras comidas | 55 |

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

En la Tabla 18 se presenta el porcentaje de niños que había consumido grupos de alimentos y bebidas específicos con distinta frecuencia la semana anterior a la encuesta. Se registró una baja frecuencia de consumo de alimentos fuente de nutrientes claves para el crecimiento y desarrollo infantil. El 61% de los niños había consumido leche de vaca o quesos todos los días de la semana, el 56% habían consumido frutas diariamente, mientras que únicamente 26% y 27% había consumido diariamente carne y verduras (sin incluir papas o boniatos), respectivamente.

En lo que respecta al consumo de productos ultra-procesados, 3 niños o menos de cada 10 habían consumido galletitas o alfajores comprados, papas chips, chizitos u otros snacks, y chocolates o golosinas durante la semana anterior a la encuesta (Tabla 18). Sin embargo, es relevante notar que el 16% de los niños había consumido refrescos u otras bebidas endulzadas de forma diaria en la semana anterior a la encuesta.

Tabla 18. Porcentaje de los niños que había consumido grupos alimentos y bebidas específicos con diferente frecuencia la semana anterior a la encuesta al momento del ingreso al programa (n=197).

| Alimento o bebida | No consumió | 1 día | 2 a 3 días | 4 a 6 días | 7 días |
|--|--------------------|--------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Frutas | 10 | 7 | 12 | 16 | 56 |
| Verduras (sin incluir papas o boniatos) | 17 | 10 | 27 | 19 | 27 |
| Leche de vaca o quesos | 21 | 4 | 11 | 3 | 61 |
| Carne de vaca, pollo, gallina, cerdo, pescado o vísceras | 9 | 7 | 35 | 22 | 26 |
| Fideos, arroz o polenta | 9 | 5 | 20 | 24 | 42 |
| Pan o galletas | 12 | 2 | 10 | 10 | 66 |
| Papas o boniatos | 9 | 5 | 30 | 24 | 32 |
| Lentejas, porotos o garbanzos | 17 | 17 | 46 | 13 | 7 |
| Huevos | 29 | 20 | 42 | 5 | 4 |
| Comidas con agregado de aceite | 25 | 7 | 13 | 10 | 46 |
| Yogures o postres lácteos envasados | 35 | 15 | 26 | 6 | 18 |
| Dulces, mermeladas o le agregó azúcar a las preparaciones | 27 | 11 | 23 | 8 | 31 |
| Fiambres, panchos o embutidos | 44 | 22 | 25 | 5 | 4 |
| Galletitas o alfajores comprados | 65 | 12 | 16 | 3 | 4 |
| Papas chips, chizitos u otros snacks | 76 | 17 | 6 | 1 | 1 |
| Refrescos, aguas saborizadas, jugos envasados o polvos para preparar refrescos | 58 | 9 | 16 | 2 | 16 |
| Chocolates o golosinas | 81 | 11 | 7 | 1 | 0 |

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

En la Tabla 19 se presenta información sobre el consumo de vitaminas, minerales y leche enriquecida la semana anterior a la encuesta al ingreso al programa, según el grupo de edad de los niños. Se destaca que el 55% de los menores a 6 meses consumía diariamente preparados para lactantes, cifra que desciende a 18% en los niños de 6 a 23 meses. El 82% de los menores de 6 meses y el 81% de los niños de 6 a 23 meses había consumido hierro medicamentoso todos los días la semana anterior a la encuesta, mientras que el 18% de los menores de 6 meses y el 9% de los niños de 6 a 23 meses no lo había consumido. En lo que respecta al consumo de Vitamina D, el 82% de los menores de 6 meses la había consumido diariamente y 52% entre los niños de 6 a 23 meses. No fue frecuente el consumo de leche enriquecida con vitaminas y minerales ni otros polivitamínicos y minerales, independientemente del grupo etario.

Tabla 19. Porcentaje de los niños (n=174) que había consumido suplementos y alimentos enriquecidos específicos con diferente frecuencia la semana anterior a la encuesta, por grupos de edad.

| Edad del niño | Suplemento | No consumió | 1 día | 2 a 3 días | 4 a 6 días | 7 días | No sabe/No contesta |
|-------------------------|---|-------------|-------|------------|------------|--------|---------------------|
| Menor a 6 meses (n=22) | Preparados para lactantes | 41 | 0 | 4 | 0 | 55 | 0 |
| | Hierro | 18 | 0 | 0 | 0 | 82 | 0 |
| | Vitamina D | 18 | 0 | 0 | 0 | 82 | 0 |
| | Leche enriquecida con vitaminas y minerales | 95 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 |
| | Polivitamínicos y minerales | 95 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 |
| 6 a 23 meses (n=109) | Preparados para lactantes | 72 | 1 | 3 | 2 | 18 | 4 |
| | Hierro | 9 | 0 | 10 | 0 | 81 | 0 |
| | Vitamina D | 39 | 1 | 7 | 1 | 52 | 0 |
| | Leche enriquecida con vitaminas y minerales | 93 | 0 | 2 | 0 | 5 | 0 |
| | Polivitamínicos y minerales | 88 | 0 | 0 | 0 | 7 | 5 |
| Mayor a 23 meses (n=43) | Preparados para lactantes | 89 | 0 | 0 | 0 | 9 | 2 |
| | Hierro | 75 | 0 | 0 | 2 | 23 | 0 |
| | Vitamina D | 86 | 0 | 2 | 0 | 9 | 2 |
| | Leche enriquecida con vitaminas y minerales | 92 | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 |
| | Polivitamínicos y minerales | 87 | 0 | 0 | 0 | 8 | 5 |

Nota: Únicamente se incluyen los niños que estaban consumiendo alimentos diferentes a la leche materna y de los que se disponía información sobre su edad.

4.3.2.1- Cambios en el consumo de alimentos a 6 y 12 meses del ingreso al programa

Al analizar los cambios en el consumo de alimentos a 6 meses de ingreso al programa, no se registraron diferencias estadísticamente significativas en el número promedio de comidas realizadas por los niños el día anterior a la encuesta. A los 6 y 12 meses del ingreso realizaban un promedio de 4,2 y 4,0 comidas al día, respectivamente. Como se observa en la Tabla 20, a los 12 meses al menos el 93% de los niños había realizado las 4 comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda y cena), mientras que el 20% había realizado alguna colación. Durante el transcurso del programa no se observaron cambios significativos en el porcentaje de niños que había realizado las distintas comidas, a excepción de otras comidas. Para este último tiempo de comida, el porcentaje disminuyó de 53% al ingreso a 20% a los 12 meses.

Tabla 20. Porcentaje de los niños que habían realizado distintas comidas el día anterior a la encuesta a los 6 y 12 meses del ingreso al programa (n=123).

| Comida | Porcentaje de los niños (%) | |
|---------------|-----------------------------|----------|
| | 6 meses | 12 meses |
| Desayuno | 99 | 97 |
| Almuerzo | 98 | 96 |
| Merienda | 95 | 93 |
| Cena | 95 | 97 |
| Otras comidas | 40 | 20 |

En la Figura 6 se presenta el número de días promedio en lo que los niños consumieron distintos grupos de alimentos al ingreso y a los 6 y 12 meses del ingreso al programa. Se registró un aumento estadísticamente significativo de la frecuencia de consumo de tres grupos de alimentos recomendados como parte de una alimentación saludable: frutas; leche de vaca o quesos; y comidas con agregado de aceite. Es de destacar que el porcentaje de niños que había consumido leche o queso de forma diaria la semana previa a la encuesta aumentó de 61% a 82% entre el ingreso y los 12 meses. La frecuencia de consumo promedio de frutas aumentó de 4,0 a 4,3 días a la semana, mientras que la frecuencia de consumo de leche o quesos aumentó de 3,7 a 4,5 días a la semana. Adicionalmente, la frecuencia de consumo promedio de dulces, mermeladas o azúcar fue significativamente mayor a los 12 meses respecto al ingreso al programa y los 6 meses, pasando de 3,1 a 3,9 días a la semana (Figura 6).

Se registró también un aumento marginalmente significativo en la frecuencia de consumo de carnes, pasando de un consumo promedio de 3,5 días a un consumo promedio de 3,7 días a los 12 meses. La frecuencia de consumo de fideos, arroz o polenta también experimentó un aumento marginalmente significativo, pasando de 3,9 a 4,2 días (Figura 6).

En lo que respecta a la frecuencia de consumo de productos ultraprocesados, no se observaron cambios estadísticamente significativos. La única excepción fue el consumo de yogures o postres lácteos envasados, los cuales experimentaron un aumento significativo a los 6 meses, para luego descender hasta niveles similares a los observados al ingreso al programa (Figura 6).

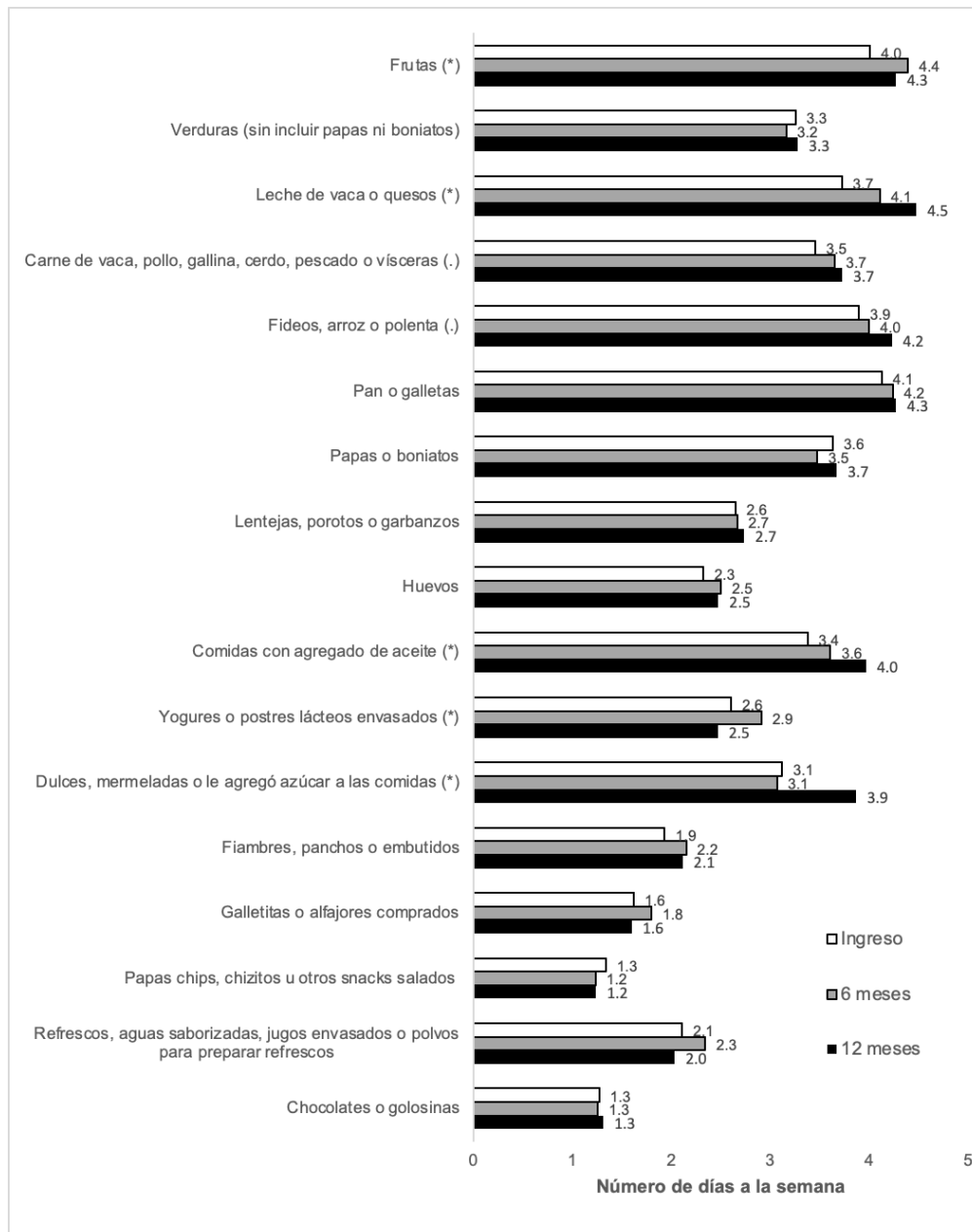


Figura 6. Promedio de días que los niños habían consumido distintos grupos de alimentos la semana anterior a la encuesta, al ingreso al programa y luego de 6 y 12 meses (n=123). Nota: Los grupos indicados con (*) corresponden a aquellos en los que se registraron cambios significativos en la frecuencia de consumo entre los dos tiempos considerados para un nivel de confianza del 95%, mientras que los indicados con (.) corresponden a aquellos en los que se registraron cambios marginalmente significativos (nivel de confianza del 90%)

A pesar de los cambios registrados, es importante destacar que luego de 12 meses del ingreso al programa un porcentaje importante de los niños presentaba una frecuencia de consumo de

grupos de alimentos fundamentales para el crecimiento y el desarrollo por debajo de las recomendaciones nutricionales. Como se observa en la Tabla 21, luego de 12 meses del ingreso únicamente el 20% de los niños había consumido verduras (sin incluir papas o boniatos) diariamente la semana anterior a la encuesta y el 55% había consumido carnes al menos 4 veces. Un 76% consumió más de 4 veces a la semana frutas y se constata que un 71% había consumido leguminosas 2 o más veces a la semana. Con relación al consumo de productos ultra-procesados, se destaca que el 37% había consumido fiambres, panchos o embutidos 2 o más veces a la semana.

Tabla 21. Porcentaje de los niños que había consumido grupos alimentos y bebidas específicos con diferente frecuencia la semana anterior a la encuesta a los 12 meses del ingreso al programa (n=123)

| Alimento o bebida | No consumió | 1 día | 2 a 3 días | 4 a 6 días | 7 días |
|--|--------------------|--------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Frutas | 3 | 2 | 19 | 17 | 59 |
| Verduras (sin incluir papas o boniatos) | 13 | 7 | 39 | 21 | 20 |
| Leche de vaca o quesos | 8 | 3 | 3 | 4 | 82 |
| Carne de vaca, pollo, gallina, cerdo, pescado o vísceras | 4 | 3 | 38 | 25 | 30 |
| Fideos, arroz o polenta | 1 | 1 | 23 | 22 | 53 |
| Pan o galletas | 4 | 5 | 15 | 12 | 64 |
| Papas o boniatos | 7 | 5 | 33 | 23 | 32 |
| Lentejas, porotos o garbanzos | 16 | 13 | 57 | 8 | 6 |
| Huevos | 22 | 27 | 38 | 7 | 6 |
| Comidas con agregado de aceite | 14 | 2 | 17 | 9 | 59 |
| Yogures o postres lácteos envasados | 38 | 16 | 24 | 5 | 17 |
| Dulces, mermeladas o le agregó azúcar a las preparaciones | 13 | 5 | 19 | 7 | 55 |
| Fiambres, panchos o embutidos | 38 | 25 | 30 | 1 | 6 |
| Galletitas o alfajores comprados | 66 | 16 | 15 | 2 | 2 |
| Papas chips, chizitos u otros snacks | 83 | 11 | 5 | 1 | 0 |
| Refrescos, aguas saborizadas, jugos envasados o polvos para preparar refrescos | 56 | 11 | 20 | 2 | 12 |
| Chocolates o golosinas | 77 | 17 | 3 | 3 | 0 |

En lo que respecta al consumo de suplementos nutricionales, no se registraron diferencias significativas en la frecuencia de consumo entre el ingreso al programa y a los 6 y 12 meses. En esta última encuesta el 41% de los niños había consumido hierro, el 20% Vitamina D y el 31% otros suplementos nutricionales (p.ej. Mor-x, Sytab).

4.4 - Experiencias y percepciones de las personas beneficiarias respecto a su vínculo con el programa

Se utilizó un abordaje cualitativo basado en entrevistas en profundidad para explorar las experiencias y percepciones de las personas beneficiarias respecto a su vínculo con el programa. Todas las entrevistadas valoraron positivamente el programa, destacando el apoyo económico que supone la transferencia monetaria y su complementariedad con otros ingresos del hogar. Varias de las entrevistadas destacaron que la transferencia sea efectivizada a principios de mes ya que les permitía comprar alimentos antes de recibir otras transferencias o el pago del salario.

"...pienso que está bueno, o sea, que den la canasta esa por bajo peso, porque a la mayoría de las madres nos sirve, porque ahora que está todo re caro. Y ta, es buen programa"

"Está bueno que piensen en poder ayudar a las familias porque a veces a veces realmente se necesita. Porque a veces realmente los niños no tienen para desayunar. O a veces se les sacan una de las comidas que tienen que ser cuatro. A veces una no se lo puede dar porque los padres no tienen"

"Para mí es una gran ayuda que le dan a la gente que no tiene. Y que uno necesita, porque siendo yo nomás madre sola, que no tengo, no consigo trabajo, no tengo qué darle a mi hijo, porque sinceramente no tengo, es una ayuda más que le dan a las madres solas que a veces... ¿Cómo te puedo decir? No es que uno no quiera darle, es que uno no tiene "

"A mí el programa este me ayudó un montón, sinceramente. Es una de las opciones que me ayuda a principios de mes para poder hacer un surtido"

"La verdad es que a mí me ayudó un montón, sí... ahí creo que estaba trabajando, pero era una buena ayuda...y más que siempre estaba el primer día del mes, estaba sí o sí. Entonces era, como que.... como que vos esperas la fecha de cobro y que eso me venga antes era mejor"

Al ser consultadas por los aspectos que valoraban positivamente, las entrevistadas se refirieron principalmente a la transferencia monetaria, destacando que no tenían mayores conocimientos

sobre el Programa. Algunas entrevistadas mencionaron que no habían tenido una instancia donde se les explicaran sus características y se refirieron a la encuesta de seguimiento o la entrevista realizadas por la Universidad de la República como su forma de interacción con el mismo. Dos de las entrevistadas valoraron las consultas y el seguimiento de sus hijos como un aspecto positivo del programa.

"Solo la canasta tengo yo de la ABC. Yo lo único que tengo es la ABC y la canasta nomás. O sea, para opinar de la canasta, que está bien, eso es lo que te acabo de decir, que es una ayuda para la gente que no tiene, que tiene a los niños de bajo peso, que por algo es que lo tienen"

"Positivas. No tengo mucho que decir del programa, porque no conozco mucho tampoco. Pero ta, no sé. No sé qué decirte acá, porque no tengo palabras como para decir cosas positivas, porque claro, las preguntas me las han hecho por teléfono y nunca tuve una situación así, como que me expliquen por el tema de por qué está el ABC y todas esas cosas, bla bla bla"

"Recién lo estoy conociendo al programa porque vos me llamaste para hacer la entrevista... O sea, fue la doctora que hizo todo por el tema del plan ABC y yo nunca vine a una reunión ni nada de eso..."

"Que estén tipo...la ayuda que nos dan para comprar los alimentos. Que siempre estén preguntando, tipo llamando, haciendo la encuesta. A mí ya me llamaron como dos veces en el año para hacer la encuesta, esta entrevista, que lo estén pesando todos los meses, lo estén midiendo. O sea que se preocupen realmente por (nombre del niño), porque a él tratan por bajo peso, por eso estamos en el programa. Entonces yo veo que siempre están"

En las próximas secciones, se presentan las experiencias y valoraciones de las entrevistadas sobre aspectos específicos del programa.

Transferencia monetaria

Todas las entrevistadas valoraron positivamente la transferencia monetaria y destacaron su contribución al presupuesto del hogar. Mencionaron utilizarla para la compra de alimentos, principalmente fideos, arroz, harina, aceite, azúcar, carne y leche, y en menor medida frutas y verduras. Algunas también mencionaron la compra de productos ultraprocesados, tales como galletas, chizitos, gelatina, cereales y polvos para preparar refrescos.

"es un monto que esta bueno, porque a veces si no te da con la tarjeta de MIDES, lo que te falta lo pagas con el apoyo ese que te dan"

"Fideos, azúcar, huevos, leche, dulce de membrillo, dulce de leche, manteca, carne picada, bondiola, unas cuantas cosas pude comprar. Lo bueno es que no te dejan comprar cosas para la casa, solo comida"

"Comestible. Comestible, lo que es arroz, aceite, fideos. El comestible que yo vea para hacer de comer, lo compro"

"Pollo, fideos , alguna gelatina le hago que a él le gusta, frutas, verduras, atún, cosas así, viste. Eso, lo necesario"

"Compro carne, compro azúcar, cocoa que a veces falta, compro cereales, los dulces, que son cosas que te quedas sin siempre antes"

"Puedo comprar alguna que otra pavadita para él también. Porque él a veces, como te dije, él come algún chizito. No es que pasa comiendo eso, sino que él come que esté en parte de día, yo le doy porque es un niño, le doy alguna galletita, algún chizito. Y se lo compro ya para guardárselo y irle dando para cuando no tenga. Porque yo tengo en ese momento. Después no es que yo tengo todo el mes. O sea, yo compro para ir tirando el mes"

Las entrevistadas indicaron realizar las compras en el comercio del barrio, destacando no conocer todos los comercios donde se aceptaba la transferencia.

"yo en el super que compro ahí en el barrio, que es acá en el (nombre del comercio) no tuve problema nunca"

"Conozco un solo comercio. O sea, es el que me queda más cerca. No sé, no sé en otros lugares... porque me han dicho que hay carnicerías y todo que aceptan el plan, entonces no sé...lo usé siempre ahí. Siempre lo usé en ese mismo comercio"

Algunas entrevistadas plantearon que las decisiones sobre qué alimentos comprar con la transferencia estuvieron definidas por la disponibilidad y precio de alimentos en los comercios. Mencionaron comprar alimentos específicos, por ejemplo frutas, en otros comercios, debido a su menor precio.

"Yo compro todo. Todo lo que son alimentos. Las verduras más bien las compro con plata porque voy a la feria o algún puesto. Y traigo también surtidos para el mes de verduras"

No se identificaron grandes dificultades para utilizar la transferencia monetaria. Únicamente algunas entrevistadas se refirieron a dificultades puntuales vinculadas a falta de información, principalmente al momento de ingresar al programa, o suspensiones transitorias por no asistencia a las consultas debido a causas de fuerza mayor.

"Bien, bastante bien. No se me dificultó nunca"

"La primera vez sí, porque yo vine acá a la policlínica porque me dijeron tenes que ir al Abitab y cobrarlo por plata. Me entreveraron. Y yo una vuelta vine acá otra vez, como 4 veces al lugar, a averiguar. Porque me habian llamado para preguntarme si yo habia cobrado, y yo le dije que no, porque supuestamente era por plata, y ta fui como a los 3 meses al supermercado, tenía como \$8000 casi 9, y con eso hice un surtido muy grande"

"No [tuve dificultades], o sea yo los primeros meses no la habia usado porque no sabía que la tenía porque a mí me la pidió la pediatra y no sabía y después ella me avisó que fuera y después de ahí no tuve ningún problema, o sea voy todos los meses y la levanto"

Una de las entrevistadas indicó que podría ser positivo tener una forma de chequear si la transferencia monetaria había sido acreditada antes de ir a los comercios a hacer las compras.

"¿Por qué no ponen tipo una aplicación? para que uno vea cuando la tiene o cuánto le queda. Porque viste que en la ABC no hay. Porque yo sé que ahora los primeros o los dos ya está, la canasta, pero antes los primero me hacía lío porque no sabía... Tenía que caminar a Punta de Rieles, si estaba o no estaba porque yo no sabía. Viste, eso es lo único que yo veo mal en la ABC, porque todas tienen... la de MIDES, la otra, todas tienen cómo fijarte. La fecha o si está o no está. Porque yo a veces, o a veces llueve o a veces no, yo tengo un niño de un año y cuatro meses que yo lo tengo que sacar"

Talleres

Al ser consultadas por su experiencia y percepción acerca de los talleres del Programa, seis de las entrevistadas mencionaron no estar informadas.

"No, nunca me dijeron de ningún taller"

"Nunca me dijeron nada de eso"

Las restantes entrevistadas hicieron referencias a los talleres de cocina, valorándolos de forma positiva y destacando su utilidad para brindar ideas de nuevas preparaciones culinarias a realizar en el hogar. En particular, una de las entrevistadas mencionó haber realizado hamburguesas de lentejas en su hogar luego de los talleres.

"Muy buenos, la gente muchas veces no se da maña para cocinar y el taller da ejemplos para hacer un revuelto con ensalada como una comida distinta"

"Cuando vinieron acá a hacer el tema de la comida... Hicieron un trabajo de los alimentos...Era el tema cómo se haría un guiso. Cómo se haría la comida. Qué es lo que necesitaba la comida. Y la verdad me pareció bien. Me pareció bien, lindo"

"Y ahí hicimos un montón de cosas y a uno le queda. Entonces sacamos fotos y todo yo quise intentarlo y tá me salió. Y ahora estoy con eso. No le doy todos los días, le doy vez en cuando....Fue tremenda gran ayuda. La cocina, ahí hicieron cosas. Y algo me salió... A mí me pareció bien porque eso está bueno. O sea, aprendí de las comidas que"

habíamos hecho, las que hicimos nosotras. Y tá, aprendí, y a veces le hago, también es algo rico... Como yo le contaba a las gurisas. Yo no sabía nada de cocina, nada de eso. Y ahí, o sea, ahí pude hacer y está buenísimo eso, a mí me gusta"

Otra de las entrevistadas destacó la experiencia de compartir con otras familias como un aspecto positivo de los talleres.

"Uno que cocinaron acá. Sí, yo me tuve que ir antes porque tenía que irme a trabajar...Estuvo bueno compartir con las otras familias las experiencias de todo"

Visitas domiciliarias

Siete de las entrevistadas indicaron no haber recibido visitas domiciliarias en el contexto del Programa. Las cuatro restantes que sí las habían recibido, describieron la instancia de forma neutra. Una de las entrevistadas valoró de forma positiva la interacción con el personal de la Intendencia durante la visita.

"Te visitan. Buenazo. Bien, estuvimos hablando, charlando y eso, miraban y yo estaba ahí. Bien. Miraban"

"Bien, la muchacha me habló bien, me dijo que era de la intendencia por el plan ABC. Que le iba a hacer un control. La pesó. Ahí está. Se retiró. O sea no hablamos nada. Ella me dijo solo que la iba a pesar. A ver cómo venía el peso y eso"

"Bien, bien, fue muy buena"

Consultas en las Policlínicas

Las consultas en las policlínicas fueron valoradas positivamente por la mayoría de las entrevistadas. Sin embargo, algunas mencionaron problemas de relacionamiento con algunos de los profesionales.

“Bien, siempre nos tratan re amable. Venimos, se pesa, se mide. Normal. Está bueno, aparte de eso, que estén ahí pendientes y constante que sea el interés sobre el niño, cómo va creciendo y eso”

“Bien, solamente con la nutricionista que yo tuve un problemita. No traigo más a (nombre niño) a nutricionista. Y es por el tema de la muchacha que es muy... Tuve problema cuando estuve embarazada, no sé si se le agarró conmigo”

“Acá, según la pediatra. Te soy sincera, la atendía solo con (nombre pediatra) porque era la única pediatra que me gustaba. Tuve malas experiencias con mis otros nenes con las otras pediatras que había... No me gustaba como atendía por ejemplo la doctora. O sea, ¿viste cuando no te llama mucho la atención la manera que atiende? Un día fui con (nombre pediatra), me gustó como atendía y preferí atenderla a ella con (nombre pediatra). Como que tenía más paciencia, me sabía aplicar más las cosas”

“El primer día que me tocó con ella ya tuve un pie medio torcido. Porque tenía para las 12 del mediodía, era las 3 de la tarde y yo seguía ahí sentada con ella. Ella era más chiquita todavía. Y estaba medio atacada en el pecho. Y yo esperaba, esperaba. No soy de esas personas impacientes que dicen, bueno, voy y le golpeo a cada rato. Bueno, yo la esperé una hora, dos horas. Hasta que digo, me tengo que ir porque tenía que irme sinceramente. Le golpeo y le pregunto qué estaba pasando, que yo tenía una cierta hora y ella todavía no me atendía. Y como me contestó medio prepotente, dije, bueno, tá. La traje una segunda vez y también pasó lo mismo. Y preferí atenderla con (nombre de pediatra)”

Sugerencias de mejora sobre el programa

En el último tramo de la entrevista se indagó sobre sugerencias de mejora del Programa. Varias de las entrevistadas destacaron nuevamente la falta de información y mencionaron que les hubiera gustado contar con instancias donde se les explicaran las características del Programa.

"Viste que no sé mucho...Que lo sigan dando, porque no sé si tiene fecha de terminación, no tengo ni idea...porque a mi nunca me dijeron nada, solamente me la dieron y se que día me la dan y ya esta, porque después no tengo ni la menor idea. Como nunca me diejron

nada, nunca me dieron información ni nada, no sé cómo es el programa y sé cómo se maneja ni nada"

"me hubiese gustado que me llamaran antes, para alguna reunión o para saber más ¿no?"

En lo que respecta a sugerencias puntuales de mejora, algunas hicieron referencia a cambios en la transferencia monetaria. En particular, mencionaron el aumento del monto de la transferencia y ampliar su utilización a pañales y productos de limpieza.

"Capáz que ayudar un poco más a las personas. O sea, como te dije, están muy caras las cosas y a veces uno sinceramente te dan dos mil pesos, creo"

"Capáz que pañales. Ya que los niños, cuando son chiquitos, en mi punto personal, usan pañales, de repente no llegas, están re caros. Pero después creo que nada más"

"El tema de productos de higiene en realidad. Quizá no comprar un agua jane, un perfumol, pero sí jabón, o shampoo. Ta, no me quejo porque en realidad es una gran ayuda, pero quizás a otras personas sí les hace falta como poder comprar con eso productos de higiene. La única, porque después no tengo ninguna queja del programa"

Una de la entrevistadas mencionó la realización más frecuente de talleres de cocina como uno de los aspectos que podrían mejorarse y otra sugirió la realización de talleres dirigidos a su hijo como un aspecto que podría mejorar su experiencia con el Programa.

5 - DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo realizar un seguimiento de la IA y las características de la alimentación de las personas beneficiarias del Programa de Apoyo Alimentario de la Intendencia de Montevideo entre abril de 2021 y junio de 2023. Al momento del ingreso al programa, el 77% de los hogares de las personas beneficiarias relevados habían experimentado IA moderada o grave en los 12 meses anteriores a la encuesta. Esto sugiere que las dificultades de acceso

económico a los alimentos son altamente prevalentes entre los niños menores de 3 años y embarazadas que presentan algún grado de malnutrición por déficit. En línea con lo anterior, en la encuesta de ingreso al programa se registró una baja frecuencia de consumo de grupos de alimentos fuente de nutrientes esenciales como hierro, zinc y vitaminas, tanto en las mujeres como en los niños beneficiarios. Una dieta deficitaria en nutrientes críticos en etapas tempranas de la vida se relaciona con la malnutrición por déficit, la cual es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad durante la infancia, así como de efectos adversos en el desarrollo a largo plazo.¹⁹⁻²² Por su parte, la desnutrición materna se asocia a mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso del bebé al nacer y retraso del crecimiento intrauterino.^{23, 24}

La transferencia monetaria implementada en el contexto del programa podría aumentar el acceso a una alimentación adecuada. En este sentido, a partir de los 6 meses del ingreso se registró una disminución estadísticamente significativamente en la IA reportada por los hogares beneficiarios que respondieron las tres encuestas de seguimiento. La IA moderada y grave descendió de 79% a 58% a los 12 meses. Los resultados obtenidos indicaron una mejora en la situación de seguridad alimentaria del 36% de este grupo de hogares a los 12 meses del ingreso al programa. Esto podría generar una mejora en la calidad de la alimentación, según lo planteado en la Teoría de cambio del programa, aunque en forma parcial como se aprecia (Figura 1). En este sentido, los resultados del relevamiento de las tres encuestas evidenciaron un aumento estadísticamente significativo en la frecuencia de consumo de frutas, leche de vaca o quesos, y comidas con agregados de aceite en los niños beneficiarios, así como una tendencia al aumento en la frecuencia de consumo de carnes y fideos, arroz o polenta. No obstante, no se logra cumplir con la recomendación de que todos los niños consuman en forma diaria verduras o frutas, esto podría deberse al costo de esos alimentos. Adicionalmente, se registró un aumento de la frecuencia de consumo de dulces, mermeladas o agregado de azúcar a las comidas. En el caso de las mujeres beneficiarias se observó un aumento del consumo de comidas con agregado de aceite. Además, se registró una disminución estadísticamente significativa del consumo de tres categorías de productos ultra-procesados. Estos cambios podrían estar vinculados a mejoras en el acceso a la compra de alimentos por un efecto renta atribuible a la transferencia, así como a la consejería y educación nutricional planificada por el programa. Estos resultados revisten importancia dado que la evidencia disponible sobre impactos de programas de transferencias monetarias ha mostrado tanto incrementos en la diversidad de la dieta,²⁵⁻²⁷ como aumentos en el consumo de alimentos con elevado contenido de grasas y azúcares en las poblaciones beneficiarias.²⁸ Además, cabe mencionar que un aumento en la frecuencia de consumo, no

necesariamente implica una mejora en términos de adecuación a las recomendaciones nutricionales. Para determinar la existencia de mejoras debería realizarse otro tipo de medición y análisis de ingesta en la que se logre cuantificar los alimentos consumidos.²⁹

Es de destacar que en ninguno de los dos grupos de beneficiarios se observaron aumentos significativos en el consumo de productos ultraprocesados entre el ingreso al programa y los 12 meses. En el caso de los niños beneficiarios se registró un aumento en la frecuencia de consumo de yogures o postres lácteos a los 6 meses, luego del cual se observó un descenso para volver al valor inicial a los 12 meses. El aumento registrado a los 6 meses podría explicarse considerando normas sociales y asociaciones con estos productos fuertemente arraigadas en la población uruguaya. Los productos lácteos azucarados generan asociaciones vinculadas a la salud, las cuales motivan a madres y padres a considerarlos alimentos adecuados para sus hijos.^{30,31} Por su parte, las bebidas azucaradas están fuertemente asociadas al placer y a situaciones de disfrute, por lo que es de esperar que su consumo aumente frente a un aumento de los ingresos del hogar.^{30,32} Uno de los factores que podrían incidir en estos cambios son las acciones de consejería y educación nutricional realizadas por los profesionales a nivel de las policlínicas.

A pesar de las mejoras registradas en las características de la alimentación de este grupo de personas beneficiarias, luego de 12 meses de permanencia en el programa, el 58% de sus hogares continuaba experimentando IA moderada o grave y la frecuencia de consumo de varios grupos de alimentos que aportan nutrientes fundamentales para la salud y el desarrollo continuaba por debajo de las recomendaciones de consumo semanal en la gran mayoría de las personas beneficiarias. Esto resalta la necesidad de implementar estrategias multicomponente que faciliten el acceso a una alimentación adecuada en estos grupos poblacionales. La implementación de subsidios a estos grupos de alimentos (fundamentalmente frutas, verduras y carnes) asociados a la transferencia monetaria podría contribuir a mejorar su acceso y facilitar su consumo.³³ Además, la regulación de la publicidad y los impuestos a los productos ultraprocesados podría contribuir a reducir su consumo en la población general, incluyendo niños, niñas, adolescentes y mujeres embarazadas.³⁴ A nivel individual las instancias de acompañamiento por parte de los técnicos del programa podrían promover cambios en los hábitos de consumo y prácticas de crianza,²⁷ considerando formas de preparación adecuadas para la población beneficiaria siempre que sea posible, así como la importancia de la suplementación y el uso de alimentos fortificados, entre otros. Además, se requiere de guías de

acompañamiento de la desnutrición materno infantil que incluyan orientaciones técnicas sobre el tratamiento, en especial de los casos más graves de la desnutrición infantil.^{22,32} Además, los datos de que 1 de cada 10 hogares beneficiarios no contaba con heladera o cocinilla, y 4 de cada 10 no contaban con horno al ingreso al programa, sugieren la necesidad de adoptar estrategias que promuevan la tenencia de medios para la preparación y conservación de alimentos para promover la seguridad y autonomía alimentaria de los hogares.³⁵

La mayoría residían en hogares en los que al menos un integrante era beneficiario de un programa o prestación del Estado directa o indirectamente conectado con la alimentación. Se observó una elevada proporción de hogares beneficiarios cubiertos por Asignaciones Familiares (incluyendo Asignaciones Familiares-Plan de Equidad) y Tarjeta Uruguay Social tanto al ingreso como a los 12 meses. Sin embargo, en el grupo que participó de las tres olas del seguimiento se observó una disminución en el porcentaje de hogares que recibían la prestación TuApp/Canasta de emergencia de MIDES, así como apoyos de organizaciones de la sociedad civil a los 12 meses del ingreso al programa. Además, tanto al ingreso como luego de 12 meses se registró una baja proporción de hogares vinculados a planes o programas integrales, como el Plan CAIF y el Programa Uruguay Crece Contigo. Este tipo de intervenciones son fundamentales para contribuir al desarrollo físico, psicosocial, emocional y cognitivo en la primera infancia.²⁰ En este sentido, los cambios en la vinculación a apoyos estatales y de la sociedad civil podrían suponer desafíos para las actividades y metas propuestas en el Programa de Apoyo Alimentario en el mediano plazo. Se torna necesario considerar y promover la coherencia y coordinación entre las políticas públicas orientadas a la disminución de la pobreza, la promoción de la salud y la educación, de forma de delimitar roces, superposiciones, bloqueos y complementariedades, así como potenciar sus metas.³⁶ La proporción de hogares con niños y adolescentes del país que experimenta pobreza e inseguridad alimentaria³⁷⁻³⁹ destaca la necesidad de implementar políticas integrales para garantizar el derecho a la alimentación en la población.

La exploración de las experiencias y percepciones de las personas beneficiarias mostró una valoración positiva del programa, destacando el apoyo económico recibido y sus efectos favorables en su capacidad para la compra de alimentos. En este sentido, las beneficiarias entrevistadas indicaron utilizar la transferencia monetaria del programa principalmente para tal fin. Estos resultados están alineados con los cambios observados en la experiencia de IA.

Un aspecto de relevancia que surgió durante las entrevistas fue la falta de información general sobre el programa en particular sobre los talleres y la inexistencia de visitas domiciliarias. Esto sugiere la necesidad de fortalecer la comunicación y los componentes del programa vinculados al acompañamiento, que debería promover hábitos saludables de salud y de nutrición, habilidades culinarias, habilidades de crianza, atendiendo además de forma integral y en particular la recuperación integral de la desnutrición instalada mediante encuentros periódicos. La valoración positiva de los talleres de cocina por parte de algunas mujeres, sugieren el potencial de este enfoque para abordar algunos de estos aspectos. Por otra parte, la evidencia muestra que ganancias máximas en términos de prevención de la malnutrición requieren de intervenciones tempranas basadas en el modelo de ciclo de la vida, que incluyan la nutrición, el acompañamiento educativo, el apoyo continuo para la mejora de la interacción efectiva entre niños y sus cuidadores.⁴⁰

Finalmente, se torna importante puntualizar que los cambios en la IA y la frecuencia de consumo de alimentos reportados en este informe no pueden atribuirse a un impacto directo del Programa de Apoyo Alimentario. Las principales dificultades para la estimación de efectos atribuibles a la intervención derivan de la complejidad de construir un grupo de control de individuos de la población objetivo que no hayan participado de esta, así como de la identificación, medición y aislamiento de factores exógenos (p.ej. territoriales, de los hogares, o características individuales de los beneficiarios) que no son controlables por el programa, y que pueden influir positiva o negativamente en su secuencia de efectos e impactos.⁴¹

6 - CONCLUSIONES

Los resultados del presente trabajo mostraron que se registró una mejora significativa en la situación de IA entre los hogares beneficiarios del Programa de Apoyo Alimentario que participaron de las tres olas del seguimiento. Estas mejoras ocurrieron a partir de los 6 meses del ingreso al programa y se mantuvieron a los 12 meses. Además, se registraron cambios significativos en la frecuencia de consumo de algunos grupos de alimentos importantes, tanto en las mujeres como en los niños beneficiarios. Si bien estos cambios están alineados a los resultados a corto plazo planteados en la Teoría de cambio (Figura 1), no es posible atribuirlos a impactos directos del Programa de Apoyo Alimentario, los cuales no fueron analizados. Además, cabe destacar que luego de 12 meses la mayoría de las personas beneficiarias presentó una frecuencia de consumo de alimentos fuente de nutrientes esenciales menor a las recomendaciones nutricionales.

La desnutrición es un problema multidimensional con varios factores subyacentes, incluida la pobreza y la exclusión. En este sentido, se torna importante promover la coherencia y coordinación entre las políticas orientadas a la disminución de la pobreza, la erradicación de la desnutrición, la promoción de la salud y la educación para abordar esta problemática dentro del departamento.

REFERENCIAS

1. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (1999) *General Comment No. 12: The Right to Adequate Food (Art. 11 of the Covenant)*. Ginebra: Naciones Unidas.
2. Grupo de Alto Nivel de Expertos (2020) *Seguridad alimentaria y nutrición: elaborar una descripción global de cara a 2030*. Roma: Comité de Seguridad Alimentaria Mundial.
3. Gomez Perazzoli A (2019) Uruguay: país productor de alimentos para un sistema alimentario disfuncional. *Agrociencia* 23, 92-100.
4. Ares G, Brunet G, Girona A (2021) *La alimentación de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay*. Montevideo: UNICEF.
5. MIDES (2018) *Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Informe de la Segunda ronda*. Montevideo: MIDES.
6. Rossi M, Ferre Z, Curutchet MR, et al. (2017) Influence of sociodemographic characteristics on different dimensions of household food insecurity in Montevideo, Uruguay. *Public Health Nutr* 20, 620-629.
7. UNICEF (2021) *Fed to Fail? The Crisis of Children's Diets in Early Life. 2021 Child Nutrition Report*. Nueva York: UNICEF.
8. Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, Peral-Suárez A, et al. (2020) Importance of nutrition during pregnancy. Impact on the composition of breast milk. *Nutr. Hosp.* 37, 38-42.
9. UNICEF (2023) *The State of the World's Children 2023: For every child, vaccination*. Florence: UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
10. Sullivan AJ, Monk C (2020) Maternal and environmental influences on perinatal and infant development. *Future Child* 30, 11–34.
11. Elver I (2016) *Informe Provisional de la Relatora Especial sobre el Derecho a la Alimentación*. Ginebra: Naciones Unidas.
12. Hoddinott J, Behrman, JR, Maluccio JA, et al. (2013) Adult consequences of growth failure in early childhood. *Am J Clin Nutr* 98, 1170-1178.
13. ONU (1989) *Convención de los Derechos del Niño*. Ginebra: ONU.
14. Intendencia de Montevideo (2021) *Plan ABC*. Disponible en: <https://montevideo.gub.uy/plan-abc>
15. Intendencia de Montevideo (2021) *Policlínicas*. Disponible en: <https://montevideo.gub.uy/areas-tematicas/salud/policlinicas>
16. Rogers P (2016) *La teoría del cambio, Methodological Briefs no. 2E*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef-irc.org/publications/803-la-teor%C3%ADa-del-cambio.html>

17. Frankel L, Hillygus D (2014) Looking Beyond Demographics: Panel Attrition in the ANES and GSS. *Political Anal* 22(3), 336-353.
18. FAO (2014) *Proyecto Voces del Hambre - Escala de inseguridad alimentaria basada en la experiencia*. Roma: FAO.
19. Akseer N, Kandru G, Keats EC, et al. (2020) COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *Am J Clin Nutr* 112, 251-256.
20. Pérez-Escamilla R, Rizzoli-Córdoba, A, Alonso-Cuevas A et al. (2017) Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala. *Bol Med Hosp Infant Mex* 74, 86-97,
21. Kominiarek MA (2016) Nutrition recommendations in pregnancy and lactation. *Med Clin North Am* 100, 1199-1215.
22. Dewey KG (2013) The challenge of meeting nutrient needs of infants and young children during the period of complementary feeding: An evolutionary perspective. *J Nutr* 143(12), 2050–2054.
23. Mousa, A., Naqash, A., Lim, S. (2019). Macronutrient and micronutrient intake during pregnancy: an overview of recent evidence. *Nutrients*, 11, 443.
24. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. (2013) Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 382, 427–451.
25. Downs S, Demmler KM (2020) Food environment interventions targeting children and adolescents: A scoping review. *Glob Food Sec* 27, 100403.
26. Martins APB, Monteiro CA (2016) Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi experimental study. *BMC Public Health* 16, 827.
27. Hoddinott J, Skoufias E (2004) The Impact of PROGRESA on Food Consumption. *Econ Dev Cult Change* 53(1), 37-61.
28. Leroy JL, Ruel M, Verhofstadt E (2009) The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: a review of evidence using a programme theory framework. *J Dev Eff* 1(2), 103-129.
29. Leclercq C, Allemand P, Balcerzak A, et al. (2019) FAO/WHO GIFT (Global Individual Food consumption data Tool): a global repository for harmonised individual quantitative food consumption studies. *Proc Nutr Soc* 78(4), 484-495.
30. Vidal L, Brunet G, Bove I, et al. (2021) Parents' mental associations with ultra-processed products for their infant children: Insights to improve complementary feeding practices. *Food Qual Prefer* 94, 104335.

31. Vidal L, Iragola V, Machín L, et al. (2022) A qualitative exploration of parents' food choices during early childhood. *J Nutr Educ Behav* <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2022.03.006>
32. Ares G, Antúnez L, Alcaire F, et al. (2022) Listening to the voices of adolescents for the design of strategies to promote healthy eating: an exploratory study in a Latin American country. *Pub Health Nutr* 24, 5953-5962.
33. Thow AM, Downs S, Jan S (2014) A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets: understanding the recent evidence. *Nutr Rev* 72, 551-565.
34. World Health Organization (2021) *Action framework for developing and implementing public food procurement and service policies for a healthy diet*. Ginebra: World Health Organization.
35. Miewald C, Ostry A (2014) A Warm Meal and a Bed: Intersections of Housing and Food Security in Vancouver's Downtown Eastside. *Hous Stud* 29(6), 709–729.
36. Cejudo GM, Michel CL (2016) Coherencia y políticas públicas: Metas, instrumentos y poblaciones objetivo. *Gestión y Política Pública* 15, 3-31.
37. Ares G, Brunet G, Girona A (2021) *La alimentación de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay*. Montevideo: UNICEF.
38. MIDES (2018) *Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Informe de la Segunda ronda*. Montevideo: MIDES.
39. INE (2022) *Primer informe nacional de prevalencia de inseguridad alimentaria en hogares*. Montevideo: INE.
40. Viscusi WK, Aldy JE (2003) The Value of a Statistical Life: A Critical Review of Market Estimates throughout the World. *J Risk Uncertainty* 27(1), 5-76.
41. Navarro H, King K, Ortegón E, Pacheco JF (2006) *Pauta metodológica de evaluación de impacto ex-ante y ex-post de programas sociales de lucha contra la pobreza. Aplicación metodológica*. Santiago de Chile: CEPAL.