



**Objetivos Sanitarios Nacionales 2030**  
**Caracterización de problemas priorizados**  
**Problemas nutricionales: Sobrepeso, obesidad, anemia, retraso de crecimiento,**  
**deficiencias de nutrientes**

## Introducción

La alimentación no saludable y el bajo nivel de actividad física constituyen dos de los principales factores de riesgo para la salud de la población uruguaya en la actualidad. Las prácticas saludables en alimentación comienzan desde la gestación y continúan durante las edades tempranas con la lactancia materna que tiene efectos a largo plazo en la salud reduciendo, por ejemplo, el riesgo de tener sobrepeso u obesidad y de padecer enfermedades no transmisibles (ENT). El aumento del consumo de productos ultraprocesados (PUP), la urbanización y el cambio en los estilos de vida han llevado a modificaciones en los patrones de alimentación. Actualmente, se consume una alimentación con alto contenido energético, de grasas, azúcares libres y sodio, y escasas frutas y verduras. <sup>(1)</sup>

La pandemia por Covid-19 aumentó la pobreza a 11,6 %.<sup>(2)</sup> Esto está directamente vinculado con la inseguridad alimentaria general y, más específicamente, con el acceso de las familias a alimentos sanos y nutritivos. En este sentido, la inseguridad alimentaria, que se estima aumentó durante la pandemia <sup>(3)</sup>, se manifiesta de dos maneras: con una alimentación de baja calidad con déficit de micronutrientes y en algunos casos de energía, y con patrones de alimentación de de baja calidad nutricional y bajo costo, a menudo dominadas por un alto consumo de alimentos, *snacks* y bebidas con contenido excesivo de azúcares, grasas y sal. <sup>(3)</sup>

Este tipo de alimentación contribuye a aumentar la doble carga de malnutrición, que es la coexistencia de la desnutrición (ej. deficiencias de micronutrientes, bajo peso, desnutrición aguda y retraso del crecimiento en los niños) y el sobrepeso, obesidad y ENT relacionadas con la dieta. La malnutrición se puede dar en individuos, en hogares y en poblaciones.

Las diferentes formas de malnutrición pueden interactuar a lo largo de la vida de generación en generación. La manifestación de la malnutrición temprana por medio de mecanismos fisiológicos extiende los efectos a lo largo de la vida, de modo que la malnutrición en adolescentes y adultos puede transmitir sus efectos a la próxima generación.

La malnutrición como tal se ha abordado históricamente con dos enfoques: centrándose en la desnutrición, la inseguridad alimentaria y las deficiencias de micronutrientes, o en el sobrepeso, la obesidad y la alimentación excesiva. En la actualidad las acciones doble propósito buscan abordar simultáneamente la desnutrición y los problemas de sobrepeso, obesidad y ENT relacionadas con la dieta, como diferentes caras de un mismo problema.

La malnutrición tiene un denominador común: sistemas alimentarios que no proporcionan a todas las personas dietas saludables, seguras, asequibles y sostenibles. Los costos económicos, sociales y ambientales de la inacción constituirán obstáculos para el crecimiento y el desarrollo de individuos y sociedades en las próximas décadas.

Existen diferentes patrones alimentarios consumidos por la población, algunos de ellos pueden revestir riesgos nutricionales si no se realizan en forma adecuada y asesorada, por tanto se deberán planear estrategias vinculadas con patrones emergentes como pueden ser el vegetariano, el vegano y la alimentación basada en plantas.



## Situación en Uruguay

A partir de los últimos datos de la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos en los Hogares,<sup>(4)</sup> se estimó el consumo aparente de alimentos y bebidas en los hogares uruguayos.<sup>(5)</sup>

En la tabla que sigue se muestra la comparación de las metas/recomendaciones nutricionales nacionales y el consumo aparente observado para el total país. Del análisis se destaca que los alimentos adquiridos por los hogares superan en aproximadamente 300 calorías la recomendación diaria por persona. Dentro de estas calorías un elevado porcentaje es aportado por azúcares libres (13,6 % del RE), y por las grasas (33,5 % del RE) y un consumo aparente de sodio cercano al doble de la recomendación (datos preliminares).

Tabla resumen de las metas nutricionales de la población uruguaya y su comparación con el consumo aparente. 2016-2017. Uruguay

	<b>Meta / recomendación</b>	<b>Consumo aparente</b> (persona/día) para total país (datos preliminares)
ENERGÍA	2.045 kcal	2.315 Kcal Adecuación calórica 113%
GLÚCIDOS	55%-65% de RE*	51 %
AZÚCAR LIBRE	Reducción mínima <10% (<51 g/día)	13,6 % (78 g/día)
PROTEÍNAS	10% - 15% de RE	14,8%
GRASAS	20% - 30% de RE	33,5 %
AGS	≤10% de RE	11,8 %
Na **	< 2000 mg/día Na o NaCl *** 5 g/día	3.337,5 mg / NaCl 8,3g
Fibra Total	25 g Mujeres – 38 g Hombres	6,3 g

\* RE - requerimiento energético

\*\* Na - Sodio

\*\*\* NaCl - Cloruro de Sodio

Fuente: Consumo aparente de alimentos y bebidas en los hogares uruguayos. Una mirada a la realidad nacional y en hogares donde viven niños menores de 5 años. Análisis de los datos de la ENGIH 2016 - 2017. En proceso.



## Consumo aparente por persona según región del país y nivel de ingresos. 2016-2017. Uruguay

	Metas nutricionales (persona/día)**	Consumo aparente (p/día) Total País	Consumo aparente (p/día) Montevideo	Consumo aparente (p/día) Localidades 5000 y más	Consumo aparente (p/día) Localidades pequeñas y zonas rurales	5 % con menores ingresos	20 % con menores ingresos	5 % con mayores ingresos	20 % con mayores ingresos
Calorías aportadas por alimentos y bebidas (a)	2045*	2314,6	2299,4	2303,7	2377,9	1576,1	1822,9	3016,3	2838,4
Calorías adquiridas en relación a la necesidad esperada (%)	90 - 110	113,1	117,5	118,2	120,5	86,5	95,6	152,3	142,9
Proteínas % (a)	10 - 15	14,8	15,0	14,9	14,1	14,1	14,2	15,9	15,5
H. de Carbono % (a)	55-65	51,7	50,8	52,0	52,8	57,8	55,0	47,7	48,3
Grasas Totales%(a)	20 - 30	33,5	34,2	33,2	33,1	28,1	30,7	36,4	36,2
AGS % (a)	≤10	11,8	12,0	11,8	11,6	10,5	11,2	11,4	12,0
Sal g (a)	5	8,3	7,5	8,7	9,4	6,3	7,8	9,2	8,6
Sodio mg (a)	< 2000	3337,5	3001,6	3484,5	3741,1	2500,7	3107,1	3686,0	3455,0
Fibra g (a)	**mínimo 19	6,3	6,6	6,0	6,1	3,3	4,0	12,0	9,4
Hierro mg (a)	**mínimo 7	13,9	13,9	13,8	14,0	9,4	10,7	20,9	18,2
Ácido Fólico mcg	****mínimo 120	493,8	462,0	502,4	546,1	436,0	474,4	490,6	489,1



Azúcares libres % (a)	< 10	13,6	14,3	13,3	12,7	11,4	12,2	14,6	14,5
Potasio (K) mg	3510 ***	1900,4	1856,9	1945,8	1884,8	1279,5	1474,5	2667,9	2318,5
Relación Na/K	1:1,75	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,7	0,7
Calcio mg (a)	**mínimo 700	646,9	680,9	625,2	623,6	401,9	466,7	1014,1	888,4

(a) Fuente: MSP, Escuela de Nutrición. Recomendaciones de Ingesta, Energía y Nutrientes para la población uruguaya. Montevideo: MSP; 2021

\*Requerimiento de energía promedio de la población uruguaya; VCT: valor calórico total. \* conde al valor inferior para todos los grupos poblacionales a partir de los 2 años. \*\*\* recomendación para adultos, la OMS sugiere que para los niños la cantidad recomendada para adultos debe reducirse para que sea proporcional a las necesidades energéticas del niño. \*\*\*\* EAR µg/d para niños mayores de 2 años.

Fuente: Consumo aparente de alimentos y bebidas en los hogares uruguayos. Una mirada a la realidad nacional y en hogares donde viven niños menores de 5 años. Análisis de los datos de la ENGIH 2016 - 2017. En proceso.

### Metas y recomendaciones nutricionales para niños y niñas de 6 meses a 4 años y su comparación con la ingesta observada. 2018. Uruguay

	Meta / recomendación	Mediana de consumo (IC 95%)
Energía (RE)	1.082 Kcal*	1.407 Kcal (1385 - 1429) Adecuación 130 % (128,1 - 131,8)
Hidratos de carbono	55 - 65% del RE	190 g (186,7 - 193,3) Adecuación 53,5% (53,1 - 53,9)
Azúcares libres	Reducción mínima < 10% del RE	58g (55,8 - 60,2) Adecuación 15,5% (15,0 - 16,0)
Proteínas	10 - 15% del RE	48,8 g (47,9 - 49,7) Adecuación 13,7% (13,5 - 13,9)
Grasas totales	20 - 30% del RE	50,7g (49,7 - 51,7) Adecuación 32,6% (32,3 - 32,9)
Colesterol	Sin especificación	206 mg (200,4 - 211,5)
Fibra	19g/día (1 a 3 años) 25g/día (4 años)	7,3g (7,1 - 7,5)



Calcio	260 mg/día (<1 año) 700 mg/día (1 a 3 años) 1.000 mg/día (4 años)	734 mg (720,1 - 747,9)
Hierro	11 mg/día (< 1 año) 7 mg/día (1a 3 años) 10 mg/día (4 años)	8,2 mg (8,0 – 8,4)
Sodio	370 mg/día (< 1 año) 1.000 mg/día (1 año) <2.000 mg/día (2 a 3 años)	1.221 mg (1186,3 - 1255,7)
Potasio	700 mg/día (< 1 año) 3.000 mg (1 a 3 años) 3.800 mg (4 años)	1.323 mg (1295,7 - 1350,3)
Zinc	2,5 mg/día (0 a 3 años) 4 mg/día (4 años)	4,5 mg (4,4 - 4,6)

Fuente: MSP, Escuela de Nutrición. Recomendaciones de Ingesta, Energía y Nutrientes para la población uruguaya. Montevideo: MSP; 2021; Human Energy Requirements, Report of a Joint FAO/WHO/ONU/Expert Consultation, 2001.; MIDES. Principales resultados del análisis de la encuesta de estimación de ingesta alimentaria en niños de 6 meses a 4 años. ENDIS 2018: Mejores datos, mejor alimentación. Montevideo: MIDES-UCC, INE, MSP, INAU; 2021.

IC = Intervalo de confianza

Nota: (\*) Según metodología ENDIS, la adecuación al requerimiento energético se realizó individualmente para cada niño/a (según edad y sexo). Para fines prácticos y de la presentación en este cuadro, se calculó la mediana para el grupo poblacional comprendido en la Encuesta, tanto para la RE como para el consumo.

RE: Requerimiento energético.

## Lactancia materna y alimentación complementaria

Con respecto de la lactancia materna, se observa un descenso en el inicio de la lactancia en la primera hora de vida luego de nacer. <sup>(6)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida luego del nacimiento. La evidencia científica actual muestra que el contacto directo piel con piel inmediato al nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna de forma temprana y aumenta la chance de mantener la lactancia exclusiva al cuarto mes de vida, así como la duración total de la lactancia materna.

En Montevideo, el inicio temprano de la lactancia en casos de cesárea llega a los niveles más bajos en el subsector público, representando el 20 %. <sup>(6)</sup>



Con relación a la alimentación de los niños recién nacidos durante su estadía en la maternidad, se destaca que el 44,5 % recibió Preparado para lactante (PPL), siendo esto notablemente superior en el subsector público de Montevideo donde asciende a 71,1 %.<sup>(6)</sup>

La administración de PPL afecta negativamente el establecimiento de la producción de leche materna. Los niños que reciben PPL pedirán el pecho con menos frecuencia y, por lo tanto, estimularán de forma ineficiente la producción de leche, creando un ciclo de baja producción y suplementación que puede llevar al fracaso de la lactancia materna.

La tasa de lactancia materna exclusiva (LME) en niños menores de 6 meses descendió 7,8 puntos porcentuales con respecto a 2011 (57,4 %, frente a 65,2%), volviendo a las tasas de 2007 (57,1%).<sup>(6)</sup> Este valor es similar a la tasa de lactancia reportada en la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud 2018 (ENDIS),<sup>(7)</sup> según la cual asciende al 58 %. Esta caída en la tasa de LME es a expensas de los primeros meses de vida, cayendo en 24 puntos porcentuales en el primer mes con respecto de 2011, y viéndose un aumento de las prevalencias al sexto mes en 7,7 puntos porcentuales (43,4 % en 2019 y 37 % en 2011).

Uno de los problemas que se percibe es que el 47,8 % de las madres no había recibido orientación sobre lactancia en el embarazo. Sin embargo, según lo establecido en la Guía para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio del MSP,<sup>(8)</sup> toda mujer tiene derecho a recibir consejería en lactancia materna.

Con respecto de la alimentación complementaria es necesario resaltar que se encontraron prácticas de alimentación subóptimas, ya que por ejemplo no se consumen suficientes alimentos fuente de hierro, y casi la tercera parte de los niños mira una pantalla mientras come, así como se observa un consumo frecuente de alimentos como postres lácteos y cereales para el desayuno, cuyo consumo se desaconseja en lactantes y niños pequeños.

Otro problema es el acceso a espacios de lactancia en sus trabajos, de acuerdo con la normativa vigente.<sup>(9) (10)</sup> Un 24,1 % de las madres que trabajaban relató que contaban con una sala o espacio de lactancia en sus trabajos.

Este último punto cobra especial importancia al tratarse de los primeros datos a nivel país, que generan aportes para poder avanzar en el seguimiento de esta nueva política pública relacionada con la protección de la lactancia.

## **Consumo de frutas y verduras**

Cabe destacar que, recientemente ha sido publicado el informe *Principales resultados del análisis de la encuesta de estimación de la ingesta alimentaria en niños de 6 meses a 4 años, ENDIS 2018*,<sup>(11)</sup> donde se observó que si bien el 85 % de los niños habían consumido fruta el día anterior, dicho consumo no alcanza la recomendación de 200 g al día del Ministerio de Salud Pública y si bien el 70 % había consumido vegetales y legumbres el día anterior, se observó un bajísimo consumo que solo cubre la quinta parte de la recomendación.

En los escolares de 4 a 12 años la media del consumo de frutas es de 150 g y el de vegetales es 58 g, en ambos casos es bajo en relación con las recomendaciones, igualmente se destaca que en el caso frutas se acerca a los 200 g recomendados.<sup>(12)</sup> En adolescentes de 13 a 17 años solo el 6,7 % consumió frutas 3 veces al día en los 7 días



previos a la encuesta. En lo que refiere al consumo de verduras, el 13,6 % consume vegetales 2 veces al día, en los 7 días previos a la encuesta.<sup>(13)</sup> Se destaca que el 15,4 % de los estudiantes no había consumido frutas y el 8,4 % no había consumido vegetales en los últimos 7 días previos a la encuesta. En lo que refiere a población de 15 a 64 años, solamente el 9,4 % consume las porciones recomendadas.<sup>(14)</sup>

### **Consumo de azúcar**

A partir de los datos de la ENGIH 2016-2017<sup>(5)</sup> se realizó un estudio para estimar el consumo aparente de alimentos. Allí se señala que el consumo aparente de azúcares libres (78 g/día/persona) es casi el doble del máximo recomendado para la población uruguaya (51 g/persona/día).

Por su parte, 65 % de los niños y niñas de entre 6 meses y 4 años consume más azúcar que el máximo establecido.<sup>(11)</sup>

El consumo de bebidas azucaradas permite aproximar el consumo de azúcares. En los niños de 0 a 3 años<sup>(17)</sup> el 13 % consume refrescos, jugos y aguas saborizadas, mientras que en los niños de 2 a 6 años ese porcentaje aumenta a 20 %<sup>(17)</sup>

En niños de 2 a 4 años se observó que el 52 % había consumido refrescos, jugos artificiales y/o aguas saborizadas en el día anterior a la entrevista.<sup>(11)</sup>

En un trabajo más reciente,<sup>(12)</sup> que evaluó el consumo de alimentos en escolares, se identificó una media de consumo diaria de bebidas azucaradas de un vaso (212 ml). Mientras que el consumo de azúcares libres promedio fue de 92,3 g lo que corresponde a un 18,1 % del valor calórico total del consumo energético de estos niños.

Por otro lado, el 23,8 % de los adolescentes de 13 a 17 años<sup>(13)</sup> consumió 1 a 4 veces por día bebidas azucaradas en los 7 días anteriores a la encuesta.

El promedio de número de días de consumo de bebidas azucaradas (refrescos, jugos, jugos en polvo y mate con azúcar) en la población de 15 a 64 años, es de 4 días por semana.<sup>(14)</sup>

### **Consumo de sodio**

Los datos preliminares obtenidos a partir del análisis de resultados de la ENGIH 2016-2017<sup>(5)</sup> señalan que el consumo aparente de sodio en los hogares uruguayos es de 3.337,5 mg equivalentes a 8,3 g de sal (NaCl), lo que representa prácticamente el doble de las recomendaciones establecidas.

En el estudio del Programa de Alimentación Escolar<sup>(12)</sup> el consumo de sodio en niños de 4 a 12 años alcanzó una media de 2 g. Al tiempo que, el 28 % de los niños y niñas de entre 6 meses y 4 años consume más sodio que el recomendado.<sup>(11)</sup>

### **Consumo de productos ultraprocesados (PUP)**

Los productos ultraprocesados son formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas. La mayoría de estos productos contienen pocos alimentos enteros o ninguno. Vienen listos para consumirse o para calentar y, por lo tanto, requieren poca o ninguna preparación culinaria.

Un estudio de la OPS estimó las tendencias de consumo de PUP en Latinoamérica usando información de venta de la base de datos de Euromonitor.<sup>(1)</sup> Este análisis encontró que



Uruguay fue el país que aumentó en mayor medida la venta de PUP, duplicando la venta de alimentos ultraprocesados y casi triplicando la venta de bebidas ultraprocesadas.

De acuerdo con los datos recabados por recordatorio de 24 horas, el 32 % de las calorías consumidas por niños de entre 6 meses y 4 años proviene de productos ultraprocesados.<sup>(11)</sup> A su vez, el análisis de consumo aparente de la ENGIH muestra que el aporte de calorías proveniente de los PUP en la alimentación es de un 26 % con un rango de 19% en el quintil más bajo de ingresos y un 34 % en el quintil más alto.

## Estado Nutricional

### Sobrepeso y obesidad

La obesidad ha crecido exponencialmente en todo el mundo, constituyendo un problema de salud pública con proporciones epidémicas. Uruguay no escapa a esta realidad, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad han crecido de forma alarmante en las últimas décadas, en todos los grupos etarios desde etapas tempranas.

La obesidad, además de ser una enfermedad en sí misma, constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

En los niños, el sobrepeso y la obesidad conllevan importantes consecuencias tanto durante la infancia como en etapas posteriores de la vida. En la infancia los exponen a mayor riesgo de desarrollar distintas enfermedades, tales como complicaciones musculoesqueléticas y ortopédicas, aparición temprana de diabetes tipo 2 y otras ENT y problemas emocionales y de comportamiento, como depresión. De la misma manera, la obesidad en la niñez expone a los niños al *bullying* y reduce el desempeño escolar. Además, la obesidad en la infancia es un indicador fiable de obesidad en la edad adulta.

La investigación sugiere que las causas por detrás del aumento drástico de las cifras de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están relacionadas con la ingesta cada vez mayor de calorías, la sustitución de las dietas tradicionales por alimentos ultraprocesados, la urbanización y la disminución de la actividad física y aumento del sedentarismo, y uso de pantallas.<sup>(16)</sup>

La obesidad, como enfermedad crónica recurrente, requiere reducir la influencia de entornos obesogénicos, creando entornos saludables, fundamentales en la lucha contra la obesidad y las patologías frecuentemente asociadas.

De acuerdo con cifras reportadas por la ENDIS 2018,<sup>(7)</sup> el 12 % de los niños menores de 5 años del país presenta sobrepeso u obesidad y un 27,9 % están en riesgo de sobrepeso. En la misma línea, la encuesta de lactancia 2019 <sup>(6)</sup> reportó una prevalencia de 9,9 % en los niños estudiados, los cuales pertenecían a los subsectores público y privado del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).





En las diferentes rondas de la ENDIS, en relación con el estado nutricional de los niños y niñas se observa un aumento en el sobrepeso y la obesidad, aumentando 7 puntos porcentuales desde el año 2015 <sup>(7)</sup> al 2019 <sup>(17)</sup> pasando de 11,5 % en la primera ronda a 18,4 % en la tercera.

Mientras que el retraso en el crecimiento descendió casi 3 puntos porcentuales, pasando de 4,9 % en la primera ronda a 2,1 % en la tercera ronda.

### Prevalencia sobrepeso u obesidad desde el nacimiento hasta los 11 años de edad, en niños y niñas uruguayos.

IMC/EDAD	> + 1 DE	> + 2DE	> + 3DE
0 - 4 años*	27,9 %	9,8 %	2,4 %
Inicial (4 a 5 años)**	15,3%	6,6%	3,7%
Segundo (8 a 9 años)**	18,6%	12,6%	5,8%
Quinto (10 a 11 años)**	26,2%	11,8%	3,1%

\* ENDIS 2018

\*\* Evaluación del Programa de Alimentación Escolar y monitoreo del estado nutricional de los niños escuelas públicas y privadas en Uruguay 2019

En lo que refiere al sobrepeso y obesidad en adolescentes de 13 a 15 años, la prevalencia general es de 36,3 % <sup>(13)</sup>

### Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes uruguayos de 13 a 15 años

IMC/EDAD	+ 1 DS	+ 2DE
13 -15	36,3% (34.2-38.5)	10,7% (9.1-12.5)

Fuente: Global School-based Student Health Survey Uruguay 2019 (EMSE 2019).

### Prevalencia de sobrepeso y obesidad por edad (15 a 64 años) según sexo

Sexo	15 a 24 años	25 a 64 años	15 a 64 años
Hombres	37,3% (28,4-47,0)	68,3%(64,4-72,1)	60,9%(57,3-64,4)
Mujeres	39,1% (31,8-46,5)	61,8% (58,6-65,0)	56,4% (53,3-59,4)
Ambos sexos	38,5%(32,4-44,4)	64,9%(62,3-67,5)	58,5% (56,1-61,0)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles, MSP 2013.

### Retraso de crecimiento



El término “retraso en el crecimiento” se usa para describir a los niños que tienen una estatura menor a la esperada para su edad. Cuando en una población una proporción importante de niños lo presenta es un claro indicio de que los niños no se están desarrollando adecuadamente ni física ni mentalmente, en particular, en los mil primeros días de vida. Los niños con retraso de crecimiento completan menos años de escolaridad y obtienen menos ingresos durante la edad adulta. La pobreza, la mala salud y la inadecuada nutrición también afectan a las siguientes generaciones. Por esta razón, se lo señala como el mejor indicador general del nivel de bienestar de los niños y un reflejo fiel de las desigualdades sociales.

En Uruguay, el retraso de crecimiento afecta al 7,3 % de los niños menores de 5 años,<sup>(7)</sup> siendo un 1 % de grado severo. Al analizar este indicador según nivel de ingresos, se destaca que entre los niños pertenecientes al tercil 1 la prevalencia aumentó a 10 %.

En la misma línea, la Encuesta Nacional de Lactancia 2019,<sup>(6)</sup> realizada en prestadores de salud públicos y privados, estimó una prevalencia de retraso de crecimiento en niños de 0 a 24 meses de 11,5 %, alcanzando al 16,8 % de los niños que se asisten en subsector público de Montevideo.

Al realizar un análisis transversal de los niños y niñas en las diferentes rondas de la ENDIS se observa una tendencia a una disminución del retraso en el crecimiento, descendiendo casi 3 puntos porcentuales, pasando de 4,9 %<sup>(7)</sup> en la primera ronda a 2,1%<sup>(17)</sup> en la tercera.

## Anemia

La anemia durante la primera infancia altera los mecanismos inmunitarios, se asocia con mayores tasas de morbimortalidad y afecta el desarrollo cognitivo, psicosocial y motor. Entre los principales factores asociados al desarrollo de la anemia se destacan: depósitos deficientes de hierro al inicio del embarazo y aporte insuficiente durante la gestación, bajo peso al nacer, ligadura precoz del cordón umbilical, corta duración de la práctica de lactancia materna exclusiva e introducción precoz de leche fluida de vaca, dietas con baja biodisponibilidad de hierro, introducción tardía de los suplementos de hierro medicamentoso y de la carne en la dieta.

Prevalencia de anemia leve, moderada y severa en niños de 6 a 24 meses. 2019. Uruguay

Anemia	Anemia leve	Anemia moderada	Anemia severa
27,01% (20,5-33,5)	18,67% (13,2-24,1)	8,13% (4,3-12)	0,19% (0,04-0,34)

Fuente. Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses usuarios del SNIS, MSP, RUANDI/UNICEF 2020.

En 2019 una nueva edición de la Encuesta Nacional de Lactancia<sup>(6)</sup> se estimó que la prevalencia de anemia en niños de entre 6 y 24 meses se ubica en 27,01 % (IC 20,5-35%), el 18,7 % de los niños estudiados presentó anemia leve (10 a 10,99 g/ dl hemoglobina) y el 8,1 % anemia moderada (7 a 9,99 g/dl). Al comparar con la medición anterior<sup>(18)</sup> no se



observan diferencias estadísticamente significativas (31,5 %). Se identificó además que la proporción de niños afectados aumenta a 33,3 % entre los niños del nivel socioeconómico (NSE) bajo, mientras en el NSE alto es de 15,1 %. Al comparar los resultados según subsector de salud y región, se destaca que la prevalencia más alta (47,2 %) se observa en los niños de Montevideo asistidos en subsector público.

En la mujer embarazada la anemia moderada o grave se asocia con mayor riesgo de parto prematuro, enfermedades infecciosas y mortalidad materna. Si bien al analizar la prevalencia en la última década puede observarse una tendencia a la baja, en 2020, último año reportado, la prevalencia de anemia en gestantes después de las 20 semanas es de 15,6%.<sup>(19)</sup>

Respecto a su estado nutricional, de acuerdo con datos del Sistema Informático Perinatal (SIP)<sup>(19)</sup> correspondientes al año 2014, el 14 % de las mujeres estaban adelgazadas al final de la gestación. 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.

### Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington, D.C.: OPS; 2015.
2. Instituto Nacional de Estadística. Estimación de la pobreza por el método de ingreso 2020 [Internet]. INE. 2021 [cited 2022 Feb 22]. Available from: [https://www.ine.gub.uy/inicio/-/asset\\_publisher/qCQOi0UnXKap/content/estimaciones-de-la-pobreza-por-el-metodo-de-ingreso-2020/maximized](https://www.ine.gub.uy/inicio/-/asset_publisher/qCQOi0UnXKap/content/estimaciones-de-la-pobreza-por-el-metodo-de-ingreso-2020/maximized)
3. Ares G, Brunet G, Girona A. La alimentación de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay. Montevideo: UNICEF; 2021
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares 2016 - 2017 (ENGIH) [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-de-gastos-e-ingresos-de-los-hogares-2016>
5. Ministerio de Salud Pública, UNICEF, Somos Nutrición. Consumo aparente de alimentos y bebidas en los hogares uruguayos. Una mirada a la realidad nacional y en hogares donde viven niños menores de 5 años. Análisis de los datos de la ENGIH 2016 - 2017. Montevideo: MSP, UNICEF; 2022. *En prensa*
6. Carrero A, Ceriani F, de León C, Girona A, Colistro V, Aguirrezábal P. Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, INE, UNICEF, RUANDI; 2020
7. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud. Cohorte 2018. Primera ronda [Internet]. Montevideo; 2018. Available from: <https://www.ine.gub.uy/endis>
8. Ministerio de Salud Pública, UNFPA. Recomendaciones sobre prácticas y actitudes



en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional [Internet]. Montevideo, Uruguay: MSP; 2018. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/RECOMENDACIONES.pdf>

9. Uruguay. APROBACIÓN DE LA INSTALACIÓN DE SALAS DE LACTANCIA MATERNA [Internet]. Montevideo, Uruguay; Sep 11, 2017. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19530-2017#:~:text=- En los edificios o locales,sala destinada a la lactancia.>

10. Uruguay. REGLAMENTACIÓN DE LA LEY 19.530, RELATIVA A LA INSTALACIÓN DE SALAS DE LACTANCIA MATERNA [Internet]. Montevideo, Uruguay; Aug 3, 2018. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/234-2018>

11. Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Instituto Nacional de Estadística, Administración Nacional de Educación Pública. Principales resultados del análisis de la encuesta de estimación de la ingesta alimentaria en niños de 6 meses a 4 años ENDIS 2018 Mejores datos, mejor alimentación [Internet]. Montevideo, Uruguay: MIDES; 2021. Available from: [https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Principales resultados del análisis de la encuesta de estimación de la ingesta alimentaria en niños de 6 meses a 4 años\\_0.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Principales resultados del análisis de la encuesta de estimación de la ingesta alimentaria en niños de 6 meses a 4 años_0.pdf)

12. Administración Nacional de Educación Pública, Consejo Directivo Central, Departamento de Investigación y Estadística Educativa, Consejo de Educación Inicial y Primaria, Programa de Alimentación Escolar. Evaluación del Programa de Alimentación Escolar y monitoreo del estado nutricional de los niños de escuelas públicas y privadas en Uruguay [Internet]. Montevideo, Uruguay: ANEP; 2019. Available from: <https://cardiosalud.org/wp-content/uploads/2020/12/Evaluación-del-PAE-y-Estado-Nutricional-de-los-Niños-V.1.pdf>

13. Organización Mundial de la Salud. Global School-based Student Health Survey Uruguay 2019 (EMSE 2019) [Internet]. OMS; 2019. Available from: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/GSHS>

14. Ministerio de Salud Pública, Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles. 2.a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles [Internet]. Montevideo, Uruguay: MSP; 2013. Available from: [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2DA\\_ENCUESTA\\_NACIONAL\\_final2\\_digital.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf)

15. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud. Cohorte 2013. Segunda ronda [Internet]. Montevideo; 2013. Available from: <https://www.ine.gub.uy/endis>

16. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación. Nueva York, Estados Unidos: Unicef; 2019.

17. Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Instituto Nacional de Estadística, Administración Nacional de Educación Pública. Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud. Informe de principales resultados de la tercera ronda. Niños y niñas de 5 a 10 años [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2021. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Informe Tercera ronda.pdf>



18. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil, UNICEF. 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 [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2011. Available from: <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/236>
19. Ministerio de Salud Pública Estadísticas Vitales. Estadísticas vitales. Inf en sitio web [Internet]. 2021; Available from: <https://uins.msp.gub.uy>