



UNIVERSIDAD
DE CHILE

POLICY BRIEF
POLICY • BRIEF

Octubre / 2022

**Recomendaciones para la
consideración del
ambiente alimentario
doméstico en las intervenciones
alimentario-nutricionales**

Recomendaciones para la consideración del ambiente alimentario doméstico en las intervenciones alimentario-nutricionales¹

Patricia Gálvez Espinoza, Nutricionista, Magíster en Nutrición Humana, Doctora en Salud Comunitaria, Profesora Asistente, Dpto. de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Carolina Franch, Antropóloga, Magíster en género y cultura, mención ciencias sociales. Doctora en ciencias sociales, Profesora Asistente. Depto. de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Lorena Rodríguez Osiac, Médica, Especialista en Pediatría, Magíster en Nutrición, Profesora Asistente, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Daniel Egaña Rojas, Antropólogo, Doctor en Ciencias Antropológicas, Profesor Asistente, Dpto. de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Fabián Duarte Vásquez, Ingeniero Matemático, Magíster en Economía, Doctor en Economía, Profesor Asociado. Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile.

1. RESUMEN EJECUTIVO

En Chile existe un modelo de ambientes alimentarios que considera un conjunto de relaciones e interacciones multidireccionales para comprender cómo estos ambientes influyen en la conducta alimentaria. El modelo propone cinco ambientes alimentarios: doméstico, institucional, vía pública, restauración y abastecimiento, los cuales se encuentran atravesados por dimensiones culturales, simbólicas, económicas y sociales.

El problema que se aborda en este policy brief es la obesidad

y sus determinantes, específicamente, la influencia que tiene el ambiente alimentario doméstico en el exceso de peso, dado que se sabe que las decisiones de compra, preparación y consumo alimentario, están mediadas por factores que van más allá de las preferencias y elecciones personales. Es por esto que para este ambiente se requieren considerar las intervenciones individuales como las colectivas, así como el desarrollo de leyes, políticas, planes y programas de índole nacional y local.

1. Este documento se enmarca en los proyectos FONIS SA20I0004 "Evaluando ambientes alimentarios desde el hogar: una contribución a las políticas locales"; FONIS SA19I0085 "Transmisión de dinámicas alimentarias y actividad física en el entorno doméstico: Estudio cualitativo en familias con niños/as de 6 meses a 5 años de edad en la comuna de San Joaquín"; FONDECYT 11180370 "Everything is in the family: Understanding family influences on diet and nutritional status of poor women".

El ambiente alimentario doméstico es complejo. Las condiciones físicas y económicas al interior de los hogares son diversas, así como las relaciones que se dan entre los miembros del hogar, y durante la preparación y consumo de alimentos. Estas condiciones influyen en la calidad de la alimentación de las personas.

Los patrones alimentarios al interior de los hogares han cambiado. Esto puede ser atribuido a las extensas jornadas fuera del hogar de sus miembros, a la salida de las mujeres del hogar a la fuerza laboral (sin redistribución equitativa de los cuidados), y a la falta de tiempo para la preparación de los alimentos, entre otros. Lo anterior, ha llevado a que la alimentación doméstica suela ser externalizada a la industria, ampliando la adquisición y consumo de alimentos ultraprocesados e insanos. Esto se torna más problemático en tanto es el espacio doméstico el lugar de socialización primaria de las personas, en el cual las personas transfieren los distintos saberes alimentarios.

Sumado a lo anterior, este ambiente alimentario doméstico está fuertemente afectado por lo que ocurre en otros ambientes en especial el de abastecimiento, que hace referencia a la disponibilidad y acceso a los alimentos saludables. Así también, este ambiente se ha visto afectado por la pandemia por COVID-19, dado que ha conllevado una crisis social y económica para los hogares.

A pesar de su gran relevancia, existe un vacío de conocimiento y propuestas para abordar el ambiente alimentario doméstico. Por lo que el objetivo de este policy brief es relevar la importancia del ambiente alimentario doméstico en las políticas y programas para combatir la obesidad. Se plantean una serie de recomendaciones tanto para la educación alimentario-nutricional poblacional y familiar (guías alimentarias), como al sistema de salud en términos del manejo y prevención de la obesidad en atención primaria, y a los programas de atención de personas con malnutrición por exceso. Así también, se plantean recomendaciones en políticas públicas de orden más estructural, como leyes que permitan la mejora del ambiente alimentario de abastecimiento y el ejercicio efectivo del derecho a la alimentación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es el principal problema de salud pública en Chile, el cual se ha visto agudizado con la crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19, y -recientemente- por eventos de

impacto global como la guerra en Ucrania que ha afectado los sistemas alimentarios globales, aumentando el precio de los alimentos producto de la escasez y alterando los ambientes alimentarios (World Food Programme, 2022). Esto ha contribuido a aumentar la inseguridad alimentaria en todas sus formas, favoreciendo la mala alimentación, el hambre y el incremento del sobrepeso y obesidad en el mundo (FAO & Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños, 2020) y también en Chile (Egaña Rojas et al., 2020).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (Universidad de Chile, 2010), un 87% de la población chilena requiere cambios en su dieta, basado en el incumplimiento de las guías alimentarias poblacionales (GABA). La Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2017), ratifica este diagnóstico, indicando además que, cerca de un 74% de la población presenta sobrepeso u obesidad.

Tanto la obesidad como la alimentación, son problemas complejos de abordar, y están condicionados por factores que van más allá de las preferencias y elecciones personales, tales como el nivel socioeconómico y la calidad de los ambientes alimentarios en los que se desarrolla la vida de las personas (Story et al., 2008; Walker et al., 2010; Wildig et al., 2020).

Los ambientes alimentarios (AA) se entienden como el contexto "*físico, económico, político y sociocultural que enmarca la interacción de los consumidores con el sistema alimentario con miras a la adquisición, la preparación y el consumo de alimentos*" (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition, 2017). Estos ambientes junto a la clase socioeconómica, que comprende el capital económico, cultural, simbólico y social (Bourdieu, 2017), son los de mayor incidencia en los hábitos de vida de la población.

En Chile, el año 2015 se elaboró un modelo de AA que describe 5 ambientes principales: doméstico, institucional, vía pública, restauración y abastecimiento, los cuales interactúan y se encuentran atravesados por dimensiones culturales, económicas y sociales (Cerdea et al., 2016). Este modelo plantea un conjunto de relaciones e interacciones multidireccionales que contribuyen a comprender el condicionamiento de la conducta alimentaria (Cerdea et al., 2016).

El AA doméstico ha sido descrito como uno de los más complejos, debido a la diversidad en la configuración de los hogares y su carácter privado (Cerdea et al., 2016). Las condiciones materiales y económicas de los hogares, las dinámicas y nivel de comunicación que se da entre los miembros del



Fotografía. En el centro se observan las manos de una persona cerrando la masa de una empanada con un tenedor metálico.

hogar, así como los métodos de preparación de los alimentos y las prácticas de consumo, influyen en la calidad de la alimentación. Este ambiente constituye la puerta de entrada para la prevención de condiciones que afectan la salud de la población (Gálvez Espinoza et al., 2017; Dallacker et al., 2018).

La definición más frecuente de AA doméstico hace referencia al acceso y disponibilidad de alimentos al interior del hogar y su relación con el estado de salud nutricional de las personas de ese hogar (Kegler et al., 2021). Sin embargo, esta conceptualización no permite recoger ni comprender a cabalidad la complejidad del proceso y la cultura alimentaria al interior de los hogares.

La cultura doméstica se entiende como el conjunto de prácticas alimentarias individuales y familiares, a partir tanto de los recursos, saberes y valores, como de la disponibilidad y acceso a los alimentos (Franch et al., 2013). Esta cultura al interior de los hogares determinaría el consumo, los patrones alimentarios, las preferencias y aversiones y la forma de adquisición, repartición, y preparación de alimentos, las que provienen tanto del ámbito privado como del escenario global (Bates et al., 2018; Horning et al., 2017; Martin-Biggers et al., 2014; Skelton et al., 2012).

En este contexto el objetivo de este policy brief es relevar la importancia del ambiente alimentario doméstico y plantear propuestas para que este ambiente sea considerado en las políticas y programas para combatir la obesidad, como lo

son guías alimentarias poblacionales (GABA), las normas y recomendaciones de alimentación y nutrición para los controles de salud a través del curso de vida, las consultas nutricionales y el Programa Vida Sana de la Atención Primaria de Salud. Así también, en políticas públicas de orden más estructural que permitan el ejercicio efectivo del derecho a la alimentación a través, por ejemplo, de una Ley de Alimentación y Nutrición basada en la actual Política Nacional de Alimentación y Nutrición (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2017).

3. ANTECEDENTES Y ANÁLISIS DE POLÍTICA PÚBLICA

La evidencia muestra que el AA doméstico tiende cada vez más a ser obesogénico, lo que podría contribuir a la ganancia excesiva de peso en quienes viven al interior de ese hogar (Kegler et al., 2014). Esto se refleja, por ejemplo, en la alta presencia de alimentos no saludables tales como galletas, embutidos y bebidas azucaradas, y al uso de ingredientes y métodos en la preparación de alimentos que aumentan la ingesta de energía y grasas (Kegler et al., 2014).

La incorporación de las mujeres al mundo laboral ha sido asociada a una pérdida del control de los alimentos consumidos al interior del hogar y la casi desaparición de preparaciones culinarias caseras y comidas más tradicionales, reemplazándolas preferentemente por comidas de rápida

preparación y alimentos ultraprocesados, en parte explicado por la falta de tiempo y la falta de redistribución de las tareas relacionadas a la alimentación (Gálvez et al., 2017; OPS, 2015).

Las relaciones personales en el AA doméstico inciden también en la salud nutricional de los integrantes del hogar. González-Rico et al. (2012) en un estudio en niños concluyen que existe un 63% de mayor riesgo de obesidad en familias con problemas relacionales. En ese mismo sentido, la comensalidad al interior del hogar y comer en familia, ha sido relevado como un factor protector contra el exceso de peso en niños, niñas y adolescentes (Scander et al., 2021; Amaral E Melo et al., 2020; Vik et al., 2016). A la inversa ver televisión mientras se come, ha sido asociado con mayor prevalencia de obesidad (Scander et al., 2021).

La evidencia también señala que los hogares con menores recursos suelen tener AA domésticos más obesogénicos, esto debido a que, a su vez, están rodeados por AA de abastecimiento que no favorecen una alimentación saludable (Kegler et al., 2021; Egaña et al., 2022).

El escenario al interior de los hogares, se vio aún más alterado producto de la pandemia por COVID-19. Los estilos de vida de las personas cambiaron drásticamente debido a restricciones de movilidad y tener que estar en sus hogares todo el día, producto de prolongadas cuarentenas, lo que ha alterado las dinámicas al interior del hogar, así como la salud mental de sus miembros (Browne et al., 2021; Cassinat et al., 2021; Wade et al., 2021). Por otro lado, diversos reportes señalan a la pandemia como una crisis social y económica que ha llevado a la pobreza a millones de hogares en Chile y el mundo (CEPAL y OPS, 2020; Kegler et al., 2014; Naciones Unidas, 2020). Lo anterior, en conjunto con problemas en las cadenas de abastecimiento de alimentos durante la crisis sanitaria, ha generado que las personas no puedan acceder ni física ni económicamente, a alimentos sanos y seguros. Producto de esta situación se observa un incremento de la inseguridad alimentaria de un 13% a un 19% de la población, y de la obesidad en niños, niñas y adolescentes de 23,5% a 25,4% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Gobierno de Chile y Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile, 2020; Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas Ministerio de Educación. Gobierno de Chile, 2020).

La intervención que más frecuentemente se asocia a la modificación del AA doméstico es la educación alimentaria y nutri-

cional poblacional (campañas comunicacionales en distintos medios) o individual (recomendaciones en centros de salud y en establecimientos educacionales). En Chile, y en la mayor parte de los países, existen las guías alimentarias basadas en alimentos (GABA), que constituyen un instrumento de educación nutricional destinado a la población general (FAO y OMS, 1998). Las GABA brindan un conjunto de recomendaciones sobre alimentación saludable a través de mensajes e ilustraciones de fácil comprensión. Estos mensajes deben ser concordantes con las recomendaciones alimentario-nutricionales de organismos reconocidos, y adecuarse a las costumbres locales y condiciones socioeconómicas de la población objetivo.

A pesar de contar con GABA, el consumo alimentario de la mayoría de la población en Chile se encuentra muy distante de cumplir con estas guías (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2017). Hallazgos recientes, dan cuenta que existe conocimiento sobre las recomendaciones expuestas en las GABA chilena, más no así en su modificación conductual hacia estilos de vida saludables (Hernández y Franch, 2019). Es decir, las GABA son conocidas y recordadas particularmente por las personas responsables de la alimentación en los entornos domésticos (principalmente mujeres), pero no hay una adopción y aceptación de sus contenidos, mostrando barreras para la factibilidad y aplicación de los consejos señalados, lo que da cuenta de la incidencia de factores estructurales determinantes de la mal nutrición. Esto probablemente se debe a la falta de pertinencia sociocultural y a la falta de consideración de los ambientes alimentarios y condiciones materiales que rodean la cotidianidad de las personas. Excepto las recientes GABA brasileñas y uruguayas, no hay otras experiencias internacionales en que estos aspectos hayan sido considerados (Franch et al., 2021). En el caso de Brasil, sus GABA se adecuaron a la promoción de platos tradicionales y socialmente aceptables en los hogares, incluyendo diferencias territoriales, etarias y étnicas, explicitando el consumo de productos frescos, naturales y preparaciones caseras v/s productos ultraprocesados (Ministerio de Salud de Brasil, 2015). Así también las GABA de Uruguay evidencian mensajes de promoción de alimentación en compañía de otros miembros del hogar y apagar las pantallas al momento de sentarse a la mesa (Ministerio de Salud de Uruguay, 2019).

Por otra parte, el sistema de atención primaria de salud, también ha intentado hacerse cargo de modificar el AA doméstico a través de acciones de salud preventivas orientadas a los individuos, tales como controles de salud y consultas

nutricionales en distintos grupos etarios (Reyes et al., 1999). La evidencia señala que, para el manejo de la obesidad en la atención primaria de salud, esta debiese ser tratada por equipos multidisciplinarios que trabajen en conjunto y no de manera disciplinar (Semlitsch et al., 2019). Sin embargo, en el país, estas acciones son principalmente de índole educativas, individuales y a cargo de un profesional de la salud específico, que es parte de un equipo interdisciplinario, y que basa su quehacer en normativas y guías de atención que eluden la complejidad de los AA y los determinantes sociales de la salud. Ejemplo de ello son la Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años y la Norma del Manejo de la Malnutrición por Déficit y Exceso en el niño(a) menor de 6 años, que invitan a los/as profesionales de Atención Primaria en Salud a educar en lactancia materna y en alimentación saludable, estableciendo pautas de riesgo de exceso de peso que la mayor parte de nuestra población infantil presenta (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, s.f.-a; Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2007). Otras políticas como el Sistema Chile Crece Contigo y el Sistema Elige Vivir Sano, también presentan componentes educativos en hábitos de vida, entre los que se encuentra la alimentación (Subsecretaría de la Niñez. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022; Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Gobierno de Chile, 2022).

A pesar de los esfuerzos en realizar educación alimentaria nutricional en diferentes instancias, esta no ha logrado modificar las conductas alimentarias de las personas. El análisis de la evidencia disponible en esta temática ha demostrado que, para tener impacto, la educación debe considerar la motivación y habilidades cognitivas de autorregulación del individuo, el modelo de hábitos del núcleo familiar, y un componente ambiental que facilite el cambio conductual (Contento, 2011). En línea con lo anterior, la conclusión de una revisión reciente sobre intervenciones para modelar el consumo alimentario indica que es necesario poner en marcha programas, campañas educativas y recomendaciones individuales, con enfoque de psicología conductual, motivación personal y autoeficacia, a través de sutiles invitaciones al cambio y teniendo en consideración los contextos en los que se desarrolla la vida de las personas (Rodríguez-Osiac y Navarro-Rosenblatt, 2020), aspectos que aún no se observan en la realidad nacional.

A nivel internacional, se han recomendado estrategias que favorecen la interacción entre las personas con obesidad y

los profesionales de la salud, para lograr una buena comunicación entre ambos, lo que sería de utilidad para revertir las altas tasas de obesidad. Un ejemplo de estas estrategias es la entrevista motivacional, que implica un enfoque comunicacional orientado a establecer una relación de ayuda entre el profesional de salud y el usuario/a del sistema de salud, para así movilizar la motivación interna para el cambio de conducta, siempre en el marco del entorno donde este usuario/a se desenvuelve diariamente” (Miller y Rollnick, 2013). La evidencia sugiere que la entrevista motivacional podría ser una estrategia de utilidad para el cambio de conducta relacionada con obesidad en el corto y largo plazo (Makin et al., 2021; Michalopoulou et al., 2022).

La visita domiciliaria pareciera ser otra estrategia para conocer y abordar de mejor manera la realidad de las personas y sus hogares. La visita permite el abordaje de la salud desde un enfoque biopsicosocial y de determinantes sociales. El concepto de visita domiciliaria se configura desde una visión plural que destaca la inclusión de una dimensión política y plantea la necesidad de trascender el predominante modelo médico hegemónico mediante un abordaje comprensivo y cultural (Giraldo-Osorio et al., 2020). Existe evidencia que la visita domiciliaria mejora la atención de salud, incrementa la participación y responsabilidad de la familia en el proceso de cuidado, mejora la calidad de vida de usuarios/as, y otorga una sensación de intimidad y bienestar. En la visita la gente siente que la asistencia es personalizada, más humana, que mejora la entrega de educación y promueve la inserción social (Cubillos, 2007). Evidencia en el manejo de la obesidad ha demostrado que un programa de intervención de visitas domiciliarias redujo significativamente la tasa de obesidad entre los/as niños/as de 2 años que vivían en comunidades de bajo nivel socioeconómico (Ordway et al., 2018).

En la búsqueda de intervenciones que vayan más allá de la educación alimentaria, en Chile, existe el Programa Vida Sana (también llamado Elige Vida Sana), que consiste en un conjunto de actividades declaradas como multidisciplinarias, de 6 a 8 meses de duración, para atender a personas con exceso de peso y otros factores de riesgo. Aunque este Programa declara como fin “insertar a las personas y sus familias en hábitos de vida saludable”, se centra principalmente en actividades alimentarias individuales, con muy pocas actividades colectivas y actividades familiares sólo de índole recreativo (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2020). La



Fotografía. En el centro se observa un local de verduras en una feria. Al fondo dos personas mayores intercambiando una bolsa con verduras.

evaluación realizada al Programa en el año 2016, mostró una tasa de deserción de 86% (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2016), indicando que la composición y funcionalidad familiar son elementos clave del ambiente doméstico y que constituyen un determinante de la adherencia (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile., 2018). Esta evaluación mostró que las mujeres con hijos/as tienden a abandonar más, así también si tienen problemas relacionales o pertenecen a hogares monoparentales. El factor tiempo surge también con mucha fuerza como una barrera para la asistencia y para el cambio conductual (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2018). Evidencia a nivel internacional ha demostrado que este tipo de intervenciones son más efectivas cuando se incorpora a otros miembros de la familia, especialmente cuando se aborda la obesidad infantil (Berge y Everts, 2011; Landgren et al., 2020).

Finalmente, el modelo de atención de salud familiar y comunitario en Chile se basa en la constatación de que el individuo no es un ente exclusivamente biológico, y que se debe incorporar en su análisis una dimensión psicosocial y familiar. Este modelo es definido como *"el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna,*

que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural" (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile., n.d.-b, p.12). Este modelo establece tres principios irrenunciables, debe ser centrado en la persona, integral y dar continuidad al cuidado; además, considera, de manera irrevocable, el AA doméstico en su implementación, toda vez que el contexto primario de cualquier individuo es el hogar. Sin embargo, ha sido difícil traducir estos planteamientos teóricos a la práctica clínica (García-Huidobro et al., 2018; Louro, 2005) y la mayor parte de los instrumentos normativos del Ministerio de Salud siguen orientados al trabajo individual más que familiar o comunitario. Las razones para esto son múltiples, desde la falta de coherencia entre normativas y programas, hasta la cultura de atención de los equipos de salud y la falta de recursos y competencias de los y las profesionales de atención primaria (Egaña y Barría, 2015).

4. RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA PÚBLICA

4.1 Se recomienda la modificación/actualización de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para Chile.

Si bien los mensajes definidos en las GABA se generan desde principios científicos y deben reflejar la situación nutricional del país, es imprescindible que contemplen los distintos ambientes alimentarios, en especial el doméstico, en el cual las condiciones socioeconómicas, de género, y la cultura alimentaria del hogar determinarían el poder seguir o no estas recomendaciones. Se sugiere entonces que las GABA, e iconografías asociadas, apuesten a algo más que la enumeración de órdenes, superando la visión dicotómica de lo bueno y lo malo. Es necesario que las GABA reflejen las dinámicas domésticas, la comensalidad y que den cuenta de preparaciones más que de una simple recomendación de frecuencia de consumo de alimentos aislados (Scander et al., 2021; do Amaral et al., 2020; Vik et al., 2016).

Por otra parte, es necesario que las GABA reconozcan que los sujetos principales que realizan las labores del ciclo alimentario son las mujeres. Para alimentarse se requiere de mucho trabajo, energía y tiempo y si la tarea está centrada en una sola persona no es posible pensar en cumplir recomendaciones de alta exigencia de compra y preparación (Franch et al., 2021; Sen y Ostin, 2007). Identificar a dichos sujetos responsables es otorgar reconocimiento y posibilitar ayudas directas. Se requiere, además, recomendaciones acerca de la redistribución de las tareas relacionadas a la alimentación en el interior del hogar.

Considerar poblaciones homogéneas y carentes de contextos desde políticas públicas, tiene el problema de soslayar medidas concretas para poner fin a esas desigualdades, lo que contribuiría a mantener y naturalizar las condiciones de vida que merman el acceso a una igualdad sustantiva para las mujeres, que son en todos los reportes, quienes predominan en el quehacer de la alimentación y quienes peor se alimentan (Franch et al., 2021).

Por último, es necesario representar a las mujeres de manera diversa mostrando una correspondencia étnica, generacional, territorial y local, que atienda a distintas expectativas y motivaciones, dándole pertinencia a las GABA (PNUD, 2013).

Actualmente (2022), el Ministerio de Salud está conduciendo

un proceso de actualización de las GABA chilenas, pero no hay claridad de si los tópicos indicados anteriormente estarán presentes en esta nueva versión.

4.2 Modelo de Atención Integral en Salud.

La determinación del estado nutricional de la población se basa principalmente en mediciones estandarizadas (peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia de cintura). Si bien, se incluye la indicación de indagar sobre "información alimentaria" en las normativas, esta suele limitarse a preguntas generales basadas en las guías alimentarias, así como preguntas por preferencias y aversiones. En algunos casos también se incluye la indagación de patologías crónicas de la familia nuclear; en otros casos antecedentes socioeconómicos. Esto es insuficiente para un diagnóstico integrado.

4.2.1 Se recomienda incorporar en el diagnóstico nutricional integrado, en la consulta nutricional y en los controles de salud, la indagación del contexto, las prácticas y rutinas alimentarias del entorno doméstico.

La información de contexto y prácticas, da cuenta de los espacios, ritmos, estructura y personas que intervienen y se despliegan en las distintas etapas del proceso alimentario (decisión, compra, preparación, servicio, limpieza, orden, desecho). Son relevantes preguntas respecto de dónde se come, en compañía de quién, quién cocina, qué se transmite en las cocinas e ingestas, cuándo y cuánto se come y se prepara, qué es lo que se desecha o no se compra, cómo se cocina, quiénes toman decisiones y por qué y quién realiza las tareas vinculadas a la alimentación. Explorar cómo las personas viven y las dinámicas familiares que influyen en su ambiente doméstico, permite identificar barreras y potencialidades para mantener una alimentación saludable, más allá de las indicaciones de cumplimiento de recomendaciones y guías alimentarias. El objetivo es identificar por qué no pueden llevar a cabo los cambios que necesitan, aun manejando la información. Se debe focalizar la conversación de manera que aparezca, sin agobio, el potencial y la agencia de las propias personas a posibilitar sus cambios y metas. Estos cambios pueden ser realizados a través de la incorporación de la entrevista motivacional como herramienta comunicacional diagnóstica para adaptar las guías alimentarias a la situación individual y contextual de las personas. Esta reco-



Fotografía. En el centro se observa una olla de porotos con un cucharón metálico y otra cuchara de madera.

mendación requiere de capacitación de los equipos de salud en el uso de esta herramienta.

4.2.2 Se recomienda incorporar visitas domiciliarias de alimentación y nutrición

Estas visitas permitirían transitar a un modelo de salud familiar en que el hogar pase a ser la unidad de intervención en esta problemática, pasando de lo individual a lo colectivo.

Escoger la intervención en el ambiente alimentario doméstico es un abordaje que posee un carácter colectivo de indagación, involucrando en la observación a diversos actores (madres, padres, niños/as, figuras de apoyo en la crianza, redes locales, etc.), evitando una estrategia de corte exclusivamente individual, pero, además, abocada a comprender las maneras en que las socializaciones y transmisiones se llevan a cabo en los contextos cotidianos circunscritos en sus territorios.

4.2.3 Se recomienda implementar en forma efectiva la atención nutricional (y de salud) por un equipo multidisciplinario.

Una mirada integral implica complementar la mirada técnica nutricional con otros elementos socioculturales del contexto en el que viven las personas. La alimentación es un hecho social complejo, lo que nos obliga a pensar intervenciones

transdisciplinarias, que ponderen elementos económicos, sociales, culturales y psicológicos al elaborar planes e intervenciones. El trabajo en duplas (ya utilizado en atención primaria para visitas domiciliarias), puede ser pertinente tanto para el diagnóstico como las intervenciones terapéuticas de la malnutrición con enfoque familiar en el ambiente doméstico.

4.3 Programa Vida Sana

4.3.1 Se recomienda incorporar intervenciones familiares o del hogar al Programa Vida Sana de Atención Primaria de Salud.

Aunque este Programa declara la promoción de hábitos saludables a nivel familiar, no incluye intervenciones especialmente centradas en la familia o el ambiente alimentario doméstico; solo contempla una actividad recreativa familiar por mes, durante los seis u ocho meses de la intervención. Las intervenciones familiares o del hogar que recomendamos, no deberían ser de carácter electivas (como lo es, actualmente, la participación de familiares en los Círculos de Vida Sana). El objetivo es cambiar el foco individual de transformación al foco de cambio familiar o colectivo. Las dinámicas relacionales al interior del hogar no abordadas, tienden a perpetuar los malos hábitos alimentarios. No es posible pensar en un niño o niña comiendo solo ensaladas mientras el resto de la familia come pan, cecinas y dulces.

4.4 Se recomienda mejorar el ambiente alimentario de abastecimiento

Desplazar el foco de las intervenciones desde lo individual hacia lo estructural y poblacional, basado en la comprensión de los determinantes sociales y los ambientes alimentarios. Actualmente, se acepta que las políticas para prevenir la obesidad deben apuntar a mejorar los comportamientos alimentarios al incrementar la disponibilidad, el acceso y la aceptabilidad de dietas saludables, y al mismo tiempo disminuir la disponibilidad, acceso y aceptabilidad de las dietas no saludables (Hawkes et al., 2013). Modificar el ambiente alimentario de abastecimiento, aumentando por ejemplo el número y horario de ferias libres, regulando la proporción de la oferta de alimentos saludables y ultraprocesados al interior de supermercados y locales de barrio, y mejorando el acceso económico a alimentos saludables a través de subsidios (Egaña et al., 2022), puede incidir en la calidad de los alimentos disponibles al interior de los hogares. Estas y otras recomendaciones respecto a modificación del ambiente alimentario de abastecimiento se encuentran en el policy brief denominado *“Mejorar el acceso a alimentos saludables: Propuestas para transformar los ambientes alimentarios en Chile”* (Egaña et al., 2022).

4.5 Se recomienda legislar sobre el derecho a la alimentación.

El proceso constituyente ha incorporado como derechos la seguridad alimentaria, la soberanía alimentaria y promovido la producción, distribución y el consumo de alimentos que garanticen el derecho a la alimentación sana y adecuada, el comercio justo y sistemas alimentarios ecológicamente responsables. Además, se establece el derecho a una ali-

mentación adecuada, saludable, suficiente, nutricionalmente completa y pertinente culturalmente (Convención Constitucional, 2022). Independientemente de si adquieren rango constitucional, estas garantías deben ser establecidas en una Ley de Alimentación y Nutrición (o de Soberanía y Seguridad Alimentaria), e implementadas a través de un conjunto de estrategias, programas y eventualmente cambios a las normativas vigentes. Chile ya cuenta con una Política Nacional de Alimentación y Nutrición (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2017) que propone 8 dimensiones de acción y que sirve de base para el diseño de esta Ley. Las recomendaciones de los puntos 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4 contribuirán a esta implementación en lo relativo al ambiente doméstico.

El proceso constituyente también ha promovido la corresponsabilidad social y de género, comprometiéndose a establecer mecanismos para la redistribución del trabajo doméstico y de cuidados, procurando que no representen una desventaja para quienes la ejercen (Convención Constitucional, 2022). Independientemente de si adquiere rango constitucional, el reconocimiento social y económico del rol doméstico debería ser materia de ley. Esto incide directamente en uno de los hallazgos preponderantes de los estudios del AA doméstico, que identifican a las mujeres como responsables de todas las tareas vinculadas al proceso alimentario, desde la compra y preparación de alimentos, hasta la limpieza y orden posterior al consumo. El reconocimiento y redistribución del trabajo doméstico probablemente implica considerar salario por esas tareas, disminuir horas laborales, permitir licencia para cuidado de niños y niñas a padres y madres, incorporar en guías y normas de atención primaria recomendaciones de distribución de tareas e incorporar en el currículum escolar este tipo de enseñanza, entre otros.

5. MATERIAL DE CONSULTA Y REFERENCIA

- Bates, C. R., Buscemi, J., Nicholson, L. M., Cory, M., Jagpal, A. & Bohnert, A. M. (2018). *Links between the organization of the family home environment and child obesity: a systematic review*. 11. <https://doi.org/10.1111/obr.12662>
- Berge, J. M. & Everts, J. C. (2011). Family-based interventions targeting childhood obesity: A meta-analysis. *Childhood Obesity*, 7(2), 110–121.
- Bourdieu, P. (2017). *La distinción, criterios y bases sociales del gusto*. Editorial Taurus.
- Browne, D., Wade, M., May, S., Jenkins, J., & Prime, H. (2021). COVID-19 disruption gets inside the family: A two-month multilevel study of family stress during the pandemic. *Developmental Psychology*, 57(10), 1681–1692.
- Cassinat, J. R., Whiteman, S. D., Serang, S., Dotterer, A. M., Mustillo, S. A., Maggs, J. L., & Kelly, B. C. (2021). *Changes in family chaos and family relationships during the COVID-19 pandemic: Evidence from a longitudinal study*. *Developmental Psychology*, 57(10), 1597–1610
- CEPAL, & OPS. (2020). Informe COVID-19: La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47301-la-prolongacion-la-crisis-sanitaria-su-impacto-la-salud-la-economia-desarrollo>
- Cerda, R., Egaña, D., Galvez E, P, Masferrer, D., Egana, D., Galvez, P. & Masferrer, D. (2016). *Marco conceptual sobre factores condicionantes de los ambientes alimentarios en Chile*. <http://www.bibliotecaminsal.cl/marco-conceptual-sobre-los-factores-condicionantes-de-los-ambientes-alimentarios-en-chile/>
- Contento, I. (2011). *Nutrition Education. Linking research, theory, and practice*. Jones and Bartlett Publisher.
- Convención Constitucional. (2022). *Constitución Política de la República de Chile*. <https://www.chileconvencion.cl/>
- Cubillos, X. (2007). Visita domiciliaria integral para actuar en salud familiar. *VIII Congreso Chileno de Medicina Familiar*. <https://www.medwave.cl/puestadia/congresos/949.html#:~:text=La%20visita%20domiciliaria%20integral%20se,para%20enfrentar%20problemas%20bio%2Dpsicosanitarios>
- Dallacker, M., Hertwig, R., y Mata J. *The frequency of family meals and nutritional health in children: A meta-analysis*. *Obesity Reviews*. 2018; 19: 638–653.
- do Amaral E Melo, G. R., Silva, P.O., Nakabayashi, J., Bandeira, M. V., Toral, N. & Monteiro, R. (2020). Family meal frequency and its association with food consumption and nutritional status in adolescents: A systematic review. *PLoS ONE*, 15, 1–29.
- Egaña, D., Galvez, P., Rodríguez, L. & Duarte, F. (2022). *Mejorar el acceso a alimentos saludables: Propuestas para transformar los ambientes alimentarios en Chile*. <http://www.uchile.cl/publicaciones/183346/policy-brief-mejorar-el-acceso-a-alimentos-saludables>
- Egaña Rojas, D., Rodríguez Osias, L. & Galvez Espinoza, P. (2020). La alimentación en tiempos de pandemia por COVID-19. In *Revista Chilena de Salud Pública* (Ed.), *Virus y sociedad. Hacer de la tragedia social una oportunidad de cambios* (pp. 110–122). Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile.
- Egaña, D. y Barría, S. (2015). La familia como categoría difusa en la atención primaria del sistema de salud chileno. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(3), 363–375.
- FAO & Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños. (2020). *Seguridad Alimentaria bajo la Pandemia de COVID-19*. http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/rlc/docs/covid19/Boletin-FAO-CELAC.pdf
- FAO & OMS. (1998). *Preparación y uso de directrices nutricionales basada en los alimentos: informe de una reunión consultativa conjunta FAO/OMS*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42160>
- Franch, C., Galvez, P. & Gaete, P. (2021). Familia y mujer: una mirada integral para enfrentar la obesidad de las poblaciones. In *Aproximaciones transdisciplinarias para afrontar la obesidad: construcción de posiciones y propuestas* (pp. 159–178). Universidad de Chile. <https://gtop.uchile.cl/repositorio/>
- Franch, Carolina, Hernández, P, Weisstaub, G. & Ivanovic, C. (2013). *Consideraciones para identificar barreras y potencialidades culturales para el control y prevención del sobrepeso y obesidad en mujeres de bajos recursos*. <http://www.cieg.cl/wp-content/uploads/2014/07/Consideraciones-FONIS.compressed.pdf>
- Franch, C., Pemjean Contreras, I., Rodríguez Osias, L., Hernández Hirsch, P. & Ortega Guzmán, A. (2021). Comparación de las Guías Alimentarias en nueve países de las Américas. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 71(2), 149–160. <https://doi.org/10.37527/2021.71.2.007>
- Gálvez Espinoza, P., Egaña, D., Masferrer, D. & Cerda, R. (2017). Propuesta de un modelo conceptual para el estudio de los ambientes alimentarios en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1–9. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.169>
- García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G. & Vargas, I. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1–9.
- González-Rico, J. L., Vásquez-Garibay, E. M., Cabrera-Pivaral, C. E. & González-Pérez, G. J. (2012). La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. *Revista de Medicina Del Instituto de Seguridad Social de México*, 50(2), 127–134.
- Hawkes, C., Jewell, J. & Allen, K. (2013). A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases: The NOURISHING framework. *Obesity Reviews*, 14, S159–S168.
- Hernandez, P. & Franch, C. (2019). Percepción del discurso nutricional para el control del sobrepeso y obesidad por parte de mujeres de nivel socioeconómico bajo en Santiago de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(5), 579–584.
- Horning, M. L., Fulkerson, J. A., Friend, S. E. & Story, M. (2017). Reasons Parents Buy Prepackaged, Processed Meals: It Is More Complicated Than “I Don” t Have Time”. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49(1), 60–66.e1.
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, & Ministerio de Educación. Gobierno de Chile. (2020). Mapa Nutricional. https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2021/03/MapaNutricional2020_.pdf
- Kegler, M. C., Alcantara, I., Haardörfer, R., Gazmararian, J. A., Ballard, D. &

- Sabbs, D. (2014). The Influence of Home Food Environments on Eating Behaviors of Overweight and Obese Women. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(3), 188–196. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2014.01.001>
- Kegler, M. C., Hermstad, A. & Haardörfer, R. (2021). Home food environment and associations with weight and diet among U.S. adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1–10.
- Landgren, K., Quaye, A. A., Hallström, E. & Tiberg, I. (2020). Family-based prevention of overweight and obesity in children aged 2–6 years: a systematic review and narrative analysis of randomized controlled trials. *Child and Adolescent Obesity*, 3(1), 57–104.
- Louro Bernal, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(4), 1–6.
- Makin, H., Chisholm, A., Fallon, V. & Goodwin, L. (2021). Use of motivational interviewing in behavioural interventions among adults with obesity: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Obesity*, 11(4), e12457.
- Martin-Biggers, J., Spaccarotella, K., Berhaupt-Glickstein, A., Hongu, N., Worobey, J. & Byrd-Bredbenner, C. (2014). Come and Get It! A discussion of family mealtime literature and factors affecting obesity risk. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 5(3), 235–247.
- Michalopoulou, M., Ferrey, A. E., Harmer, G., Goddard, L., Kebbe, M., Theodoulou, A., Jebb, S. A. & Aveyard, P. (2022). Effectiveness of Motivational Interviewing in Managing Overweight and Obesity. *Annals of Internal Medicine*, 175(6), 838–850.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Guilford Press.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2017). *Política Nacional de Alimentación y Nutrición*. http://www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/BVS_POLÍTICA-DE-ALIMENTACIÓN-Y-NUTRICIÓN.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile. (2020). Encuesta Social COVID-19. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/covid19/Inseguridad_Alimentaria_Encuesta_Social_Covid-19.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Gobierno de Chile. (2022). *Elige Vivir Sano*. <http://eligevivirsano.gob.cl/que-es/>
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (s.f.-a). *Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Programa Nacional de Salud de la Infancia*. <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015bkp20161212/10/Norma-T%25E9cnica-para-la-supervisi%25F3n-de-ni%25F1os-y-ni%25F1as-de-0-a-9-en-APS.pdf>
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (s.f.-b). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. http://buenaspracticaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-implementacion-del-Modelo-de-Atenci%25C3%25B3n-Integral-e-Salud-Familiar-y-Comunitaria_DIVAP_2013.pdf
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2007). *Norma para el manejo ambulatorio de la malnutrición por déficit y exceso en el niño(a) menor de 6 años*. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2007_Norma-para-el-manejo-ambulatorio-de-la-malnutricion-por-exceso-o-deficit-en-menores-de-6-años.pdf
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2011). *Manual de Programas Alimentarios*. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/caa1783ed97a1425e0400101640109f9.pdf>
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2016). *Evaluación de programas gubernamentales: Programa Vida Sana. Intervenciones en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en niños, adolescentes, adultos y mujeres*. http://www.dipres.gob.cl/595/articles-149542_r_ejecutivo_institucional.pdf
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2018). *Estudio diagnóstico de causas de no adherencia y deserción al Programa Vida Sana*.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2020). *Orientación Técnica Programa Elige Vida Sana*.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2022). *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016- 2017. Primeros resultados*. http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- Ministerio de Salud de Brasil. (2015). *Guía alimentaria para la población brasileña*. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentaria_poblacion_brasilena.pdf
- Ministerio de Salud de Uruguay. (2019). *Guía alimentaria para la población uruguaya*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guia-alimentaria-para-la-poblacion-uruguaya>
- Naciones Unidas. (2020). La pandemia de COVID-19 representa una “doble crisis” para los más pobres. <https://www.un.org/es/desa/eradication-poverty-2020>
- OPS. (2015). *Alimentos y bebidas ultraprocesadas en América Latina: Tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000718cnt-2015-11_obesidad_OMS.pdf
- Ordway, M. R., Sadler, L. S., Holland, M. L., Slade, A., Close, N. & Mayes, L. C. (2018). A home visiting parenting program and child obesity: A randomized trial. *Pediatrics*, 141(2), e20171076.
- PNUD. (2013). *Atando cabos, deshaciendo nudos. Igualdad de género e interculturalidad: Enfoques y estrategias para avanzar en el debate*. <https://fdocuments.ec/document/genero-e-interculturalidad.html>
- Reyes, W. G., Abalo, J. G. & Prendes Labrada, M. D. L. C. (1999). ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 176–183.
- Rodríguez-Osiac, L. & Navarro-Rosenblatt, D. (2020). *Serie Sistema agroalimentario y los desafíos que trae el COVID-19: Características y determinantes de las preferencias alimentarias de los consumidores en América Latina y el Caribe: desafíos COVID-19*.
- Scander, H., Wiklund, M. L. & Yngve, A. (2021). Assessing time of eating in commensality research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062941>

- Semlitsch, T., Stigler, F. L., Jeitler, K., Horvath, K. & Siebenhofer, A. (2019). Management of overweight and obesity in primary care—A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obesity Reviews*, 20(9), 1218–1230.
- Sen, G. & Ostin, P. (2007). La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. [http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/adjuntos_noticias/La_inequidad_de_genero_en_lasalud_desigual_injusta_ineficaz_e_ineficiente\[1\].pdf](http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/adjuntos_noticias/La_inequidad_de_genero_en_lasalud_desigual_injusta_ineficaz_e_ineficiente[1].pdf)
- Skelton, J., Buehler, C. & Grzywacz, J. (2012). Where are family theories in family-based obesity treatment?: conceptualizing the study of families in pediatric weight management. *International Journal of Obesity*, 37(7), 891–900.
- Story, M., Kaphingst, K. M., Brien, R. R., Glanz, K., Robinson-O'Brien, R. & Glanz, K. (2008). Creating Healthy Food and Eating Environments: Policy and Environmental Approaches. *Annual Review of Psychology*, 29, 253–272.
- Subsecretaría de la Niñez. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022). *Chile Crece Contigo*. <https://www.crececontigo.gob.cl/>
- The High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security*. <http://www.fao.org/cfs/cfs-hlpe>
- Universidad de Chile. (2014). *Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA)*. http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA_FINAL_DIC_2014.pdf
- Vik, F. N., Te Velde, S. J., Van Lippevelde, W., Manios, Y., Kovacs, E., Jan, N., Moreno, L. A., Bringolf-Isler, B., Brug, J. & Bere, E. (2016). Regular family breakfast was associated with children's overweight and parental education: Results from the ENERGY cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 91, 197–203.
- Wade, M., Prime, H., Johnson, D., May, S. S., Jenkins, J. M., & Browne, D. T. (2021). The disparate impact of COVID-19 on the mental health of female and male caregivers. *Social Science & Medicine*, 275, 113801.
- Walker, R., Keane, C. & Burke, J. (2010). Disparities and access to healthy food in the United States: a review of food deserts literature. *Health Place*, 16, 876–884.
- Wildig, S., Ziauddeen, N., Smith, D., Roderick, P., Chase, D. & Alwan, N. (2020). Are environmental area characteristics at birth associated with overweight and obesity in school-aged children? Findings from the SLOPE (Studying Lifecourse Obesity PrEdictors) population-based cohort in the south of England. *BMC Medicine*, 18, 43–55.
- World Food Programme. (2022). *War in Ukraine drives global food crisis*. <https://www.wfp.org/publications/war-ukraine-drives-global-food-crisis>

POLICY BRIEF
POLICY • BRIEF

Octubre / 2022

**Comité
Editorial**

Fabian Retamal, Paulina Osorio
Parraguez, Svenska Arensburg, Rodrigo
Soto, Lorena Oyarzún, Cecilia Baginsky,
Claudio Olea, Francisco Chavez, Sonia
Perez, Jaqueline Meriño, Pablo Riveros

Edición

Pía González

Fotografías
Diseño

Kris Saavedra, Claudio Fuentes
Alicia San Martín

Como citar este documento:

Gálvez, P.; Franch, C.; Rodríguez, L.; Egaña, D.
y Duarte, F. (2022) Recomendaciones para la
consideración del ambiente alimentario doméstico
en las intervenciones alimentario-nutricionales.
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la
Universidad de Chile, Santiago.

Fotografía. En el centro se observan las manos de una persona cortando láminas de zanahoria.

