

DIVERSIDAD ALIMENTARIA EN LA POBLACIÓN ADULTA ARGENTINA

IGNACIO A. MENDEZ¹, MARÍA V. FASANO^{1,2}

¹Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP), Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica/Comisión de Investigaciones Científicas - Provincia de Buenos Aires (CICPBA),

²Centro de Matemática de La Plata (CMaLP), Facultad de Ciencias Exactas, Universidad Nacional de la Plata/CICPBA, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Ignacio A. Mendez, Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP), Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica, Calle 63 N° 1069, 1900 La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

E-mail: ignacioagustinmg@gmail.com

Recibido: 28-IV-2026

Aceptado: 14-IX-2026

Resumen

Introducción: La diversidad alimentaria es un componente fundamental de la calidad de la dieta y un indicador clave para la salud pública. El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de la Diversidad Alimentaria Mínima (DAM) y sus factores asociados en adultos argentinos. **Materiales y métodos:** Estudio transversal basado en una muestra representativa de 7294 adultos de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2018-2019). Se analizó la ingesta mediante recordatorios de 24 horas, se evaluó la DAM a partir de 10 grupos de alimentos, con un punto de corte ≥ 5 grupos. Se evaluaron factores sociodemográficos, de salud y consumo de nutrientes.

Resultados: Aproximadamente el 50% de la población alcanzó la DAM. Se observó una elevada frecuencia de consumo de cereales y carnes, y una baja frecuencia de ingesta de legumbres y frutos secos. Existió una asociación positiva entre la DAM y el nivel socioeconómico, una mejor salud autopercebida, y regiones Centro, Gran Buenos Aires y Patagonia. El cumplimiento de la DAM se vinculó a una mayor adecuación de micronutrientes, pero también a un incremento en la ingesta de sodio y azúcares.

Conclusión: Cerca de la mitad de los adultos alcanzó la DAM, con marcadas desigualdades sociodemográficas. Estos resultados destacan la necesidad de políticas in-

tegrales orientadas a reducir las desigualdades socioeconómicas en la calidad de la dieta y promover dietas saludables.

Palabras clave: diversidad alimentaria, calidad de la dieta, salud pública, adultos, Argentina

Abstract

Dietary diversity in the adult population of Argentina

Introduction: Dietary diversity is a fundamental component of diet quality and a key indicator for public health. The objective of this study was to describe the prevalence of Minimum Dietary Diversity (MDD) and its associated factors in Argentine adults.

Materials and methods: A cross-sectional study based on a representative sample of 7294 adults from the Second National Nutrition and Health Survey (2018-2019). Intake was analyzed using 24-hour recalls; MDD was evaluated based on 10 food groups, using a cutoff point of ≥ 5 groups. Sociodemographic, health factors, and nutrient intake were evaluated.

Results: Approximately 50% of the population achieved MDD. A high frequency of cereal and meat consumption was observed, along with a low frequency of legume and nut intake. There was a positive association between MDD with socioeconomic status, better self-

perceived health, and Center, Great Buenos Aires and Patagonia regions. Compliance with MDD was linked to higher micronutrient adequacy, but also to an increase in sodium and sugar intake.

Conclusion: About half of the adults reach MDD, with marked sociodemographic inequalities. These findings highlight the need for comprehensive policies aimed at reducing socioeconomic inequalities in diet quality and promoting healthy diets.

Key words: dietary diversity, diet quality, public health, adults, Argentina

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- La diversidad alimentaria constituye un pilar de la calidad de la dieta y un indicador clave de adecuación nutricional. En países de ingresos medios y bajos, su insuficiencia se asocia a la ingesta de micronutrientes y a factores sociodemográficos.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- Aproximadamente el 50% de los adultos argentinos alcanza la diversidad alimentaria mínima, evidenciándose marcadas diferencias socioeconómicas. Si bien la diversidad se asocia a una mayor ingesta de micronutrientes, también conlleva un mayor consumo de sodio y azúcares. Se requieren políticas integrales que faciliten el acceso a alimentos frescos.

La dieta es un determinante clave del proceso salud-enfermedad. Una dieta saludable es importante para el adecuado desarrollo y crecimiento, así como para la prevención de la malnutrición en todas sus formas^{1,2}. Actualmente las dietas no saludables conforman uno de los principales motores de la carga de enfermedad a nivel mundial³. Por lo tanto, la valoración y monitoreo de la calidad de la dieta son actividades clave para la salud pública, ya que permiten estimar la magnitud de los problemas nutricionales, realizar un seguimiento de su evolución a lo largo del tiempo y detectar tempranamente la necesidad de intervenciones.

Además, facilita la identificación de subpoblaciones en riesgo, el análisis de los determinantes de la malnutrición, y el diseño y evaluación de políticas y programas basados en evidencia⁴. La valoración de la calidad de la dieta a nivel poblacional puede ser una tarea compleja considerando las múltiples dimensiones que configuran la alimentación⁵. Entre ellas, la diversidad alimentaria es un componente fundamental, ya que refleja la necesidad de consumir alimentos de distintos grupos y fuentes, para garantizar una ingesta adecuada de nutrientes esenciales⁶. Su relevancia es particularmente marcada en países de ingresos bajos y medianos, donde son más frecuentes la baja diversidad alimentaria, la ingesta insuficiente de micronutrientes y las deficiencias nutricionales⁷⁻⁹.

La diversidad alimentaria (DA) puede definirse como la variedad de alimentos o grupos de alimentos consumidos en un tiempo determinado¹⁰. Existen múltiples índices para su medición, con diversos grados de complejidad y validez^{10,11}. En este contexto, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) ha desarrollado indicadores simples y estandarizados para su valoración tanto a nivel individual como del hogar¹².

En 2016 FAO presentó el indicador “Diversidad alimentaria mínima en mujeres” (*Minimum Dietary Diversity for Women*, MDD-W), cuya guía de aplicación se publicó en 2021¹³. El MDD-W es un indicador dicotómico que permite estimar la proporción de mujeres en edad fértil que alcanzan una diversidad alimentaria mínima, definida como el consumo de al menos cinco de diez grupos de alimentos en las 24 horas previas. El MDD-W demostró ser válido para identificar una mayor adecuación en la ingesta de micronutrientes¹⁴. Su uso se ha extendido y se ha asociado a una menor prevalencia de anemia¹⁵, mayor seguridad alimentaria y mayor diversidad en la producción de alimentos¹⁶, así como con mejores condiciones socioeconómicas, educativas y de acceso a servicios de salud^{17,18}. Un estudio reciente, realizado en ocho países latinoamericanos, incluida Argentina, sugiere que el MDD-W predice adecuadamente la adecuación de la ingesta de micronutrientes tanto en mujeres como en hombres y mujeres en etapas no reproductivas¹⁹.

Dado que el MDD-W es sencillo, de fácil interpretación e integración en encuestas nacionales, ha sido propuesto por organismos como FAO y la Organización Mundial de la Salud para el monitoreo de la calidad de la dieta⁴. En Argentina, la información más reciente del consumo alimentario proviene de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2), que incluye datos de ingesta de alimentos y bebidas, sociodemográficos y de salud autorreportada²⁰. Sin embargo, hasta el momento, la diversidad alimentaria no ha sido analizada en profundidad en esta población. El objetivo del presente estudio fue describir la diversidad alimentaria en adultos argentinos y analizar su asociación con variables sociodemográficas, salud autorreportada y la ingesta de nutrientes a partir de los datos de la ENNyS 2.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal a partir de un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2 (ENNyS2). La misma se aplicó a individuos residentes en hogares particulares de localidades urbanas de Argentina con 5000 habitantes o más, entre 2018 y 2019. Las bases de datos de la ENNyS 2 son de acceso público y disponen de información de los cuestionarios sociodemográficos y de salud, ingesta de alimentos, e ingesta de nutrientes.

Se incluyeron hombres y mujeres de 18 años o más que contaban con información completa sobre las variables sociodemográficas y de ingesta alimentaria requeridas para el análisis. Para el presente estudio se utilizaron los datos de alimentos y nutrientes previamente procesados y disponibles en las bases de datos de la ENNyS2.

Variables demográficas: Se registraron la región (Gran Buenos Aires, Centro, Noreste, Noroeste, Cuyo y Patagonia), sexo, edad, nivel educativo (hasta secundario incompleto y secundario completo o más), cobertura de salud (solo pública, obra social o prepaga) y quintil de ingresos. También se registró el estado nutricional según el índice de masa corporal (IMC), calculado como peso (kg)/talla (m²). Los participantes fueron clasificados en bajo peso (< 18.5), normopeso (18.5-24.9), sobrepeso (25-29.9), y obesidad (≥ 30).

Variables de salud autorreportada: Se consideró la percepción general de salud (Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala) y la presencia o ausencia autorreportada de las siguientes condiciones: diabetes, hipertensión (o presión arterial elevada), dislipemia (niveles elevados de colesterol o triglicéridos), anemia, cardiopatía y obesidad.

Ingesta alimentaria y de nutrientes: En el marco de la ENNyS2, la información sobre el consumo de alimentos y bebidas se obtuvo mediante un primer recordatorio de 24 horas (R24H), aplicado a la totalidad de los participantes por nutricionistas capacitados. La encuesta incluyó el registro de preparaciones, ingredientes y cantidades consumidas, utilizando herramientas estandarizadas como el Atlas Fotográfico Digital de Alimentos Argentinos, equivalencias, porciones estandarizadas, modelos geométricos y recetas estándar. Las preparaciones complejas fueron desagregadas en sus ingredientes y las cantidades estimadas mediante procedimientos estandarizados; posteriormente, los alimentos e ingredientes fueron codificados y cuantificados en gramos por el equipo responsable del procesamiento de la encuesta. La ingesta de energía y nutrientes fue estimada mediante la base de composición química de alimentos SARA2.

Diversidad alimentaria: La diversidad alimentaria se estimó a partir de los datos de alimentos e ingredientes cuantificados en gramos disponibles en la base de la ENNyS2, utilizando la clasificación propuesta en la guía de medición de la Diversidad Alimentaria Mínima en Mujeres (MDD-W). Los alimentos consumidos se agruparon en los siguientes 10 grupos: “Granos, raíces y tubérculos”, “Legumbres”, “Nueces y semillas”, “Leche y productos lácteos”, “Carnes, aves y pescados”, “Huevos”, “Vegetales de hoja verde oscuro”, “Frutas y vegetales ricos en vitamina A”, “Otros vegetales” y “Otras frutas”. Los grupos, sus definiciones y los alimentos incluidos se presentan en la Tabla Suplementaria 1. Se asignó un punto a cada grupo cuya ingesta total alcanzó ≥15 g en el día de referencia. La diversidad alimentaria mínima (DAM) se definió como el consumo de al menos cinco de los diez grupos de alimentos. Adicionalmente, se evaluó el consumo de grupos de alimentos no saludables, incluidos alimentos fritos y salados, dulces y bebidas endulzadas. Se utilizaron categorías complementarias para alimentos y bebidas que no correspondían a los grupos del MDD-W, como los condimentos.

En el caso de la ingesta de nutrientes, se estimó la ingesta usual mediante el *software* PC-SIDE, incorporando la información de un segundo R24H realizado en una submuestra aleatoria del 20% de los participantes. Este procedimiento permitió considerar la variabilidad intra-individual y obtener estimaciones de ingesta usual a nivel poblacional.

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con el *software* R (versión 4.4.1), considerando el diseño de muestra com-

pleja, incluyendo los ponderadores, la estratificación y los conglomerados, según lo establecido en el esquema de muestreo de la encuesta. Las variables cualitativas se describieron mediante porcentajes con su respectivo intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Las variables cuantitativas se informaron como media junto con su IC 95%. Se analizó la relación entre la diversidad alimentaria y las variables sociodemográficas y de salud autorreportada mediante el test de chi-cuadrado ajustado para el diseño muestral. En aquellos casos con más de dos categorías, se realizaron comparaciones *post-hoc* por pares, aplicando corrección de los valores de *p* mediante el método de Bonferroni. Se realizó un modelo de regresión logística multivariado para estimar la asociación ajustada entre el cumplimiento de la DAM y las características sociodemográficas y el estado nutricional. El modelo incluyó sexo, región, nivel educativo, quintil de ingreso y estado nutricional. Los resultados se expresaron como *odds ratios* (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se comparó la ingesta media de nutrientes según individuos con o sin DAM mediante el test de *t* de Student ajustado por el diseño. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.01$ para todos los análisis.

Aspectos éticos

Este estudio constituye un análisis de datos de acceso público. De acuerdo con el manual metodológico de la ENNyS2, esta encuesta fue avalada por el Comité de Ética *ad-hoc* de la Dirección de Investigación para la Salud, de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Asimismo, todos los participantes brindaron su consentimiento informado previo a la participación en la encuesta. Los datos son de libre acceso y se encuentran anonimizados.

Resultados

De la totalidad de la muestra de adultos de la ENNyS 2, 61 individuos fueron excluidos por presentar información faltante sobre la ingesta de alimentos y nutrientes, por lo tanto, la muestra final se compuso de 7294 individuos, proyectables a 24 496 908 adultos del país. La edad promedio fue de 43.1 años y una distribución por sexo de 54.5% mujeres y 45.5% varones. Un 60.2% contaba con obra social o prepaga y la mitad de la muestra (50.6%) había alcanzado nivel educativo secundario completo (Tabla 1).

La prevalencia (IC95%) de adultos con DAM fue de 49.4% (47.7-51.1), con una media de 4.50 (4.45-4.55) grupos de alimentos. La prevalencia

de adultos con DAM fue mayor en mujeres [51.6 (49.4 – 53.8)] que en hombres [46.7 (44.2 – 49.3)] ($p=0.005$).

Los granos, tubérculos y plátanos fueron consumidos por la gran mayoría de la población (94.4%), principalmente a expensas de alimentos a base de cereales (89.8%). Asimismo, el grupo de carnes, aves y pescado alcanzó una elevada prevalencia (90%), destacándose el consumo de carne roja (53.4%). También se reportaron con alta frecuencia otros vegetales (73%) y aceites y grasas (60.1%). Así mismo, el consumo de alimentos no saludables fue relevante, destacándose los dulces (75.7%) y las bebidas endulzadas (39.7%). Por el contrario, se observaron bajas frecuencias de consumo para legumbres (5.7%) y frutos secos y semillas (2.7%) (Tabla 2). La prevalencia de diversidad alimentaria mínima (DAM) mostró diferencias significativas según la región, el nivel educativo y el ingreso ($p<0.001$). A nivel regional, las mayores prevalencias se observaron en Centro (51.5%), Gran Buenos Aires (51.4%) y Patagonia (51.1%), mientras que Cuyo presentó los valores más bajos (34.5%). Estas diferencias se mantuvieron en mujeres ($p<0.001$), pero no alcanzaron significación estadística en varones ($p=0.011$). Se evidenció una mayor prevalencia de DAM en individuos con secundario completo o superior (56.6%) en comparación con aquellos con menor nivel educativo (42.1%) ($p<0.001$). De forma consistente, la prevalencia de DAM aumentó progresivamente con el quintil de ingreso, desde 38% en el quintil más bajo hasta 62% en el más alto ($p<0.001$), patrón que se replicó en ambos sexos. En relación con el estado nutricional, no se observaron asociaciones significativas en el total de la población ($p=0.138$) ni al estratificar por sexo. (Tabla 3). En el análisis multivariado, las asociaciones observadas para sexo, región, nivel educativo e ingreso se mantuvieron luego del ajuste por el resto de las variables incluidas. Los varones presentaron menores *odds* de alcanzar la DAM que las mujeres (OR=0.80; IC95%: 0.70–0.93). En referencia al GBA, se observaron menores *odds* en Cuyo (OR=0.49; IC95%: 0.40–0.60) y NOA (OR=0.76; IC95%: 0.62–0.92). Asimismo, el secundario completo o superior (OR=1.45; IC95%: 1.24–1.69) y los quintiles de ingreso 3, 4 y 5 se asociaron con mayores *odds* de DAM, alcanzando el quintil 5 un OR de 2.22 (IC95%: 1.74–2.82). (Tabla 4)

Tabla 1 | Características sociodemográficas y salud autorreportada de adultos argentinos. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2, 2018–2019

Variable		Porcentaje (IC 95%)
Sexo	Masculino	45.5 (43.8-47.1)
	Femenino	54.5 (52.9-56.2)
Fuma	Sí	24.9 (23.5-26.4)
	No	75.1 (73.6-76.5)
	NS/NC	
Edad (años) media (SE)		43.1 (42.5-43.7)
Región	Centro	33.3 (32.6-33.9)
	Cuyo	7.1 (6.9-7.3)
	GBA	34.4 (33.7-35.1)
	NEA	7.9 (7.7-8.1)
	NOA	11 (10.8-11.3)
	Patagonia	6.3 (6.1-6.4)
Nacionalidad	Argentina	93 (92-93.9)
	Paraguay	2.5 (1.9-3.2)
	Bolivia	1.3 (1-1.8)
	Otros países	3.2 (2.5-4.1)
Cobertura de salud	Solo pública	39.3 (37.7-40.9)
	Obra social o prepaga	60.2 (58.6-61.8)
	Sin dato	0.5 (0.3-0.8)
Nivel de educación	Hasta secundario incompleto	48.4 (46.8-50.1)
	Secundario completo o más	50.6 (49-52.2)
	Sin dato	1 (0.7-1.3)
Estado nutricional	Delgadez	1.6 (1.2-2)
	Peso normal	29.8 (28.3-31.3)
	Sobrepeso	33.1 (31.6-34.7)
	Obesidad	33.1 (31.6-34.7)
	Sin dato	2.4 (2-3)
Ingreso hogar	Quintil 1	16.4 (15.2-17.6)
	Quintil 2	18.3 (17.1-19.6)
	Quintil 3	21.6 (20.3-23)
	Quintil 4	20.8 (19.5-22.2)
	Quintil 5	22.9 (21.6-24.2)
Salud autopercebida	Excelente	6.9 (6.1-7.8)
	Muy buena	22.4 (21-23.8)
	Buena	45 (43.4-46.7)
	Regular	21.9 (20.6-23.3)
	Mala	3.5 (3- 4.2)
	NS/NC	0.2 (0.1-0.5)
Diabetes	Sí	9.1 (8.1-10.1)
Hipertensión	Sí	22.5 (21.1-23.9)
Dislipemia	Sí	16.3 (15.1-17.6)
Anemia	Sí	10.1 (9.2-11.1)
Cardiopatía	Sí	7 (6.2-7.9)
Obesidad	Sí	9.8 (8.8-10.8)

GBA: Gran Buenos Aires, NEA: Noreste Argentino, NOA: Noroeste Argentino

Tabla 2 | Frecuencia de grupos y subgrupos de alimentos con consumo >15 g

Grupos agregados	Porcentaje (IC 95%)	Grupos desagregados	Porcentaje (IC 95%)
Granos, tubérculos y plátanos	94.4 (93.5-95.1)	Alimentos a base de cereales	89.8 (88.7-90.8)
Legumbres	5.7 (5-6.5)	Raíces, tubérculos y plátanos	35.8 (34.2-37.4)
Frutos secos y semillas	2.7 (2.2-3.2)	Legumbres	5.7 (5-6.5)
Lácteos	62.4 (60.8-64)	Frutos secos y semillas	2.7 (2.2-3.2)
Carne roja, ave y pescado	90 (88.9-90.9)	Leche	31.6 (30.1-33.2)
		Productos lácteos	47 (45.4-48.7)
		Carne de órganos	2.2 (1.8-2.7)
		Carne roja de mamíferos	53.4 (51.8-55.1)
		Carne procesada	30.1 (28.5-31.6)
		Ave y otras carnes blancas	36 (34.4-37.6)
		Pescado y mariscos	5.6 (4.9-6.5)
Huevo	33.7 (32.1-35.3)	Huevo	33.7 (32.1-35.3)
Vegetales de hoja verde	19 (17.7-20.4)	Vegetales de hoja verde	19 (17.7-20.4)
Frutas y vegetales ricos en Vit A	35 (33.5-36.7)	Vegetales ricos en vitamina A	34.1 (32.5-35.7)
		Frutas ricas en vitamina A	1.4 (1.1-1.8)
Otros vegetales	72.3 (70.8-73.8)	Otros vegetales	72.3 (70.8-73.8)
Otras frutas	35 (33.5-36.7)	Otras frutas	35 (33.5-36.7)
Aceites y grasas	60.1 (58.4-61.7)	Aceites y grasas	60.1 (58.4-61.7)
Alimentos fritos y salados	37.5 (35.9-39.2)	Alimentos fritos	1.2 (0.9-1.5)
		Snacks salados	36.7 (35.1-38.3)
Dulces	75.7 (74.2-77.1)	Dulces	75.7 (74.2-77.1)
Bebidas endulzadas	39.7 (38.1-41.3)	Bebidas endulzadas	39.7 (38.1-41.3)

Por otro lado, la DAM se asoció significativamente con la salud autopercebida ($p<0.001$), observándose un incremento progresivo desde quienes reportaron mala salud (37.6%) hasta aquellos con percepción excelente (59.8%), particularmente en mujeres, mientras que en varones esta asociación no fue significativa ($p=0.283$). Con respecto a las condiciones de salud autorreportada solo se halló una mayor prevalencia de DAM en adultos con dislipemia (55.5% vs. 48.4%; $p=0.001$), que se mantuvo entre las mujeres ($p=0.004$) (Tabla 3).

El cumplimiento de la DAM se asoció con una mayor ingesta de todos los nutrientes evaluados. En comparación con quienes no alcanzaron la DAM, los individuos con DAM presentaron una mayor ingesta de energía (2012 vs. 1821 kcal), proteínas (85.1 vs. 74 g), lípidos totales (77.8 vs.

67.1 g) y carbohidratos (243 vs. 232 g) ($p<0.001$). Asimismo, se observaron mayores consumos de fibra (13.8 vs. 10.8 g), potasio (2856 vs. 2354 mg), calcio (666 vs. 517 mg), hierro (13.1 vs. 11.3 mg) y folatos (421 vs. 374 $\mu\text{g DFE}$) ($p<0.001$ en todos los casos) (Tabla 5).

De igual manera, la DAM se asoció con mayores ingestas de micronutrientes clave como magnesio, zinc y vitaminas del complejo B. Sin embargo, también se evidenció un mayor consumo de nutrientes potencialmente críticos, como grasas saturadas (23.9 g vs. 20 g) sodio (1724 vs. 1588 mg) y azúcares totales (93.2 vs. 87.3 g). Estos hallazgos fueron replicados al estratificar las comparaciones por sexo, con excepción de fibra en mujeres y carbohidratos en hombres, para los cuales las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla Suplementaria 2).

Tabla 3 | Asociación entre diversidad alimentaria mínima y características sociodemográficas y de salud autorreportada según sexo

Variable		Total % (IC 95%)	p-valor	Mujeres % (IC 95%)	p-valor	Varones % (IC 95%)	p-valor
Región	Centro	51.5 (48.5-54.5)	<0.001	54.3 (50.3-58.3)	<0.001	48.2 (43.5-52.8)	0.011
	Cuyo	34.5 (31.7-37.4)		36 (32.1-40)		32.8 (28.7-37.2)	
	GBA	51.4 (47.8-54.9)		54.8 (50-59.5)		47.2 (41.8-52.6)	
	NEA	50.5 (47.3-53.7)		50.9 (46.7-55)		50 (45.2-54.9)	
	NOA	44.8 (41.9-47.8)		44.1 (40.4-48)		45.7 (41.2-50.3)	
	Patagonia	51.1 (47.9-54.3)		51.4 (47.3-55.4)		50.8 (45.7-55.9)	
Nivel educativo	Hasta secundario incompleto	42.1 (39.8-44.5)	<0.001	42.5 (39.2-45.8)	<0.001	41.7 (38.3-45.2)	<0.001
	Secundario completo o más	56.6 (54.2-58.9)		59.5 (56.5-62.4)		52.5 (48.8-56.3)	
Quintil de ingreso	Quintil 1	38 (34.1-42.2)	<0.001	39.9 (34.9-45.2)	<0.001	34.8 (28.5-41.7)	<0.001
	Quintil 2	41.9 (38.1-45.8)		44.1 (39.1-49.3)		39 (33.3-45)	
	Quintil 3	48.4 (44.7-52.1)		48.9 (44-53.8)		47.8 (42.2-53.5)	
	Quintil 4	52 (48.4-55.7)		56.9 (52-61.7)		47 (41.6-52.4)	
	Quintil 5	62 (58.6-65.2)		65.8 (61.2-70.1)		57.8 (52.8-62.6)	
Estado nutricional	Delgadez	40.5 (29.1-53.2)	0.138	52.6 (37-67.7)	0.045	20.7 (10.8-36.1)	0.182
	Peso normal	52.5 (49.4-55.5)		56.6 (52.7-60.5)		46.7 (41.9-51.6)	
	Sobrepeso	48.5 (45.6-51.4)		50.2 (46.1-54.3)		46.8 (42.6-51)	
	Obesidad	47.9 (45.1-50.8)		48.5 (44.8-52.2)		47.2 (42.7-51.8)	
Salud autopercebida	Mala	37.6 (29.4-46.6)	<0.001	33.2 (24.7-43.0)	<0.001	50.0 (31.6-68.5)	0.283
	Regular	45.6 (42.2-49.1)		47.3 (43.0-51.7)		43.0 (37.3-48.8)	
	Buena	48.2 (45.7-50.7)		50.6 (47.3-54.0)		45.4 (41.6-49.2)	
	Muy buena	53.9 (50.3-57.4)		57.5 (52.6-62.2)		50.3 (45.1-55.4)	
	Excelente	59.8 (53.3-66.0)		69.2 (60.1-76.9)		51.8 (42.9-60.5)	
Diabetes	No	49.4 (47.7-51.2)	0.739	51.8 (49.5-54.2)	0.860	46.5 (43.9-49.2)	0.467
	Sí	50.0 (44.3-55.7)		49.7 (42.2-57.2)		50.3 (41.6-59.0)	
Hipertensión	No	48.7 (46.8-50.6)	0.154	51.8 (49.3-54.3)	0.539	45.1 (42.2-47.9)	0.036
	Sí	52.1 (48.5-55.6)		51.3 (46.7-55.9)		53.2 (47.5-58.8)	
Dislipemia	No	48.4 (46.6-50.3)	0.001	50.4 (47.9-52.8)	0.004	46.2 (43.4-49.0)	0.242
	Sí	55.5 (51.3-59.6)		58.7 (53.3-63.9)		50.9 (44.3-57.4)	
Anemia	No	49.3 (47.6-51.1)	0.314	51.9 (49.4-54.3)	0.575	46.7 (44.1-49.3)	0.412
	Sí	51.2 (46.1-56.3)		51.0 (45.6-56.3)		53.6 (37.2-69.2)	
Cardiopatía	No	49.1 (47.4-50.8)	0.188	51.8 (49.5-54.1)	0.568	45.7 (43.1-48.4)	0.021
	Sí	54.5 (48.0-60.9)		49.8 (41.2-58.4)		60.0 (50.3-69.0)	
Obesidad	No	48.9 (47.1-50.6)	0.012	51.1 (48.7-53.4)	0.016	46.4 (43.8-49.0)	0.544
	Sí	55.1 (49.8-60.2)		57.0 (50.6-63.1)		51.5 (42.3-60.6)	

Discusión

El presente estudio describe la prevalencia de la DAM y su asociación con factores socio-demográficos, de salud autorreportada y la ingesta de nutrientes en adultos argentinos, empleando los datos más recientes de consumo a nivel nacional. Aproximadamente la mitad de la población alcanzó la DAM, hallazgo

similar a lo reportado en poblaciones urbanas en 2015²² y en otros países de ingresos bajos y medianos, donde la prevalencia en mujeres varía entre el 10% y el 50%⁷. Sin embargo, Argentina presenta una media de grupos de alimentos consumidos y una prevalencia de DAM inferiores a las observadas en otros países de la región²³.

Tabla 4 | Asociación ajustada entre características sociodemográficas, estado nutricional y diversidad alimentaria mínima

Variable		OR (IC 95%)
Sexo	Femenino	referencia
	Masculino	0.80 (0.70-0.93)*
Región	Centro	1.00 (0.82-1.22)
	Cuyo	0.49 (0.40-0.60)*
	GBA	referencia
	NEA	0.98 (0.80-1.20)
	NOA	0.76 (0.62-0.92)*
	Patagonia	1.01 (0.83-1.23)
Nivel de educación	Hasta secundario incompleto	referencia
	Secundario completo o más	1.45 (1.24-1.69)*
Quintil de ingreso	Quintil 1	referencia
	Quintil 2	1.11 (0.88-1.42)
	Quintil 3	1.43 (1.14-1.81)*
	Quintil 4	1.59 (1.25-2.01)*
	Quintil 5	2.22 (1.74-2.82)*
Estado nutricional	Delgadez	0.60 (0.35-1.02)
	Peso normal	referencia
	Sobrepeso	0.93 (0.78-1.11)
	Obesidad	0.90 (0.76-1.07)

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; GBA: Gran Buenos Aires; NEA: Noreste Argentino; NOA: Noroeste Argentino.

El modelo se ajustó por sexo, región, nivel educativo, quintil de ingreso y categorías de índice de masa corporal.

*p<0.01

Uno de los resultados más relevantes es la clara asociación entre la DAM y el nivel socioeconómico. Tanto el nivel educativo como el ingreso se asociaron de forma positiva y consistente con la DAM, asociaciones que se mantuvieron luego del ajuste por el resto de las variables sociodemográficas y el estado nutricional. Estos resultados se alinean con la literatura internacional^{17,18}. Esta relación podría atribuirse a una mayor capacidad de acceso a diversos alimentos y a niveles superiores de alfabetización nutricional en los estratos con mayor educación. Asimismo, las disparidades regionales evidenciadas (particularmente en el norte del país) podrían reflejar desigualdades en el acceso físico y económico, además de patrones culturales de consumo²⁴. El rol del acceso también se manifiesta en las diferencias de ingesta energética observadas,

sugiriendo que la DAM no solo actúa como un indicador de variedad, sino que también es un marcador de un mayor consumo total de alimentos.

En cuanto a la composición de la dieta, se observó una elevada frecuencia de consumo de cereales y carnes (especialmente carnes rojas), en contraste con una baja ingesta de legumbres, frutos secos y semillas. Este patrón refleja una dieta con baja diversidad de origen vegetal, lo cual coincide con análisis previos de ingesta²² y de adquisición de alimentos en el hogar²⁵. También se destaca la alta prevalencia de consumo de alimentos densos en energía, como dulces y bebidas azucaradas, lo que refuerza que Argentina posee uno de los consumos de estos productos más elevados de la región²². En este sentido, si bien el cumplimiento de la DAM se asoció con

Tabla 5 | Ingesta media (IC 95%) de nutrientes según diversidad alimentaria mínima

Nutriente	Total	Sin DAM	Con DAM	p-valor
Energía	1915.40 (1893.82-1936.98)	1820.71 (1790.92-1850.5)	2012.37 (1980.84-2043.9)	<0.001
Proteína	79.47 (78.56-80.38)	73.96 (72.7-75.22)	85.11 (83.81-86.41)	<0.001
Lípidos totales	72.37 (71.51-73.24)	67.12 (65.95-68.29)	77.75 (76.5-79.01)	<0.001
Ácidos grasos saturados	24.11 (23.78-24.44)	22.30 (21.86-22.75)	25.96 (25.48-26.44)	<0.001
Ácidos grasos monoinsaturados	25.20 (24.89-25.51)	23.32 (22.9-23.74)	27.12 (26.67-27.58)	<0.001
Ácidos grasos poliinsaturados	18.29 (18.05-18.53)	17.15 (16.82-17.47)	19.46 (19.11-19.82)	<0.001
Ácido alfa-linolénico	0.68 (0.67-0.70)	0.62 (0.6-0.63)	0.75 (0.74-0.77)	<0.001
Ácido linoleico	17.08 (16.84-17.31)	16.06 (15.74-16.38)	18.12 (17.78-18.46)	<0.001
Carbohidratos	224.68 (221.86-227.49)	220.71 (216.67-224.76)	228.74 (224.76-232.71)	0.006
Fibra	12.24 (12.09-12.40)	10.75 (10.56-10.94)	13.78 (13.55-14)	<0.001
Azúcares totales	90.23 (88.57-91.90)	87.33 (84.88-89.78)	93.21 (90.94-95.48)	0.001
Sodio	1655.02 (1632.39-1677.65)	1587.63 (1555.34-1619.91)	1724.04 (1692.06-1756.01)	<0.001
Potasio	2602.07 (2574.37-2629.78)	2354.42 (2317.72-2391.12)	2855.69 (2815.94-2895.44)	<0.001
Calcio	590.66 (582.20-599.13)	516.73 (505.98-527.48)	666.37 (653.92-678.82)	<0.001
Fósforo	1092.19 (1080.02-1104.36)	991.63 (975.35-1007.91)	1195.18 (1177.96-1212.4)	<0.001
Hierro	12.21 (12.06-12.36)	11.32 (11.12-11.52)	13.12 (12.9-13.33)	<0.001
Magnesio	376.23 (370.92-381.54)	356.53 (348.88-364.18)	396.41 (388.87-403.94)	<0.001
Zinc	12.48 (12.34-12.62)	11.89 (11.69-12.09)	13.08 (12.88-13.28)	<0.001
Vitamina B3	19.39 (19.15-19.62)	18.23 (17.91-18.55)	20.57 (20.23-20.91)	<0.001
Folato DFE*	397.25 (391.09-403.40)	373.91 (365.72-382.09)	421.15 (412.01-430.29)	<0.001
Vitamina B2	1.41 (1.38-1.43)	1.21 (1.19-1.24)	1.6 (1.57-1.64)	<0.001

DAM: diversidad alimentaria mínima; DFE: equivalente de folato dietario

*El folato se expresa como equivalentes de folato dietario (DFE). considerando la mayor biodisponibilidad del ácido fólico en comparación con el folato natural

una mayor adecuación de micronutrientes, también conllevó una ingesta superior de nutrientes críticos como grasas saturadas, sodio y azúcares. Esto pone de manifiesto que el indicador mide la variedad de alimentos consumidos, pero no contempla otros aspectos relevantes de la calidad de la dieta. Por ejemplo, un análisis previo de la ENNyS2 ha señalado un mayor consumo de alimentos ultraprocesados entre los sectores de mayores ingresos y nivel educativo²⁶. Según la clasificación NOVA, estos productos corresponden a formulaciones industriales elaboradas principalmente a partir de sustancias derivadas de alimentos y aditivos, mediante diversos procesos industriales, y su consumo se ha asociado con una mayor ingesta de nutrientes críticos y con enfermedades crónicas²⁷. Esto configura un

escenario en el que una mayor diversidad alimentaria puede coexistir con otros componentes desfavorables de la dieta. Por lo tanto, la DAM debe interpretarse como un indicador parcial de la calidad de la dieta y complementarse con otras métricas, como índices de calidad global de la dieta o indicadores de consumo de alimentos ultraprocesados⁴.

Nuestros resultados sugieren que fortalecer la diversidad alimentaria requiere políticas que incentiven el acceso y consumo de frutas, vegetales, legumbres y frutos secos, con especial énfasis en los grupos de menores ingresos y en las regiones del NOA y NEA. En Argentina, si bien las políticas de transferencia de ingresos han sido efectivas para mitigar la inseguridad alimentaria, su impacto en la calidad nutricional ha sido

limitado²⁸. Mejorar la diversidad alimentaria puede requerir estrategias integrales que incluyan la reorientación de los subsidios agrícolas, la implementación de incentivos al consumidor para reducir el costo de alimentos frescos y el diseño de entornos alimentarios que aseguren el abastecimiento y la conveniencia de estos productos^{29,30}.

Respecto a las variables de salud, la asociación entre DAM y una mejor salud autopercebida, particularmente en mujeres, podría reflejar tanto un efecto directo de la dieta como la influencia de factores sociodemográficos y conductuales subyacentes. La ausencia de asociación con la mayoría de las enfermedades crónicas podría explicarse por la limitación del indicador para discriminar el consumo de nutrientes críticos asociados a estas condiciones³¹. Adicionalmente, las prevalencias observadas sugieren un subreporte de enfermedades crónicas en comparación con los datos objetivos de la cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo³². Por su parte, el diseño transversal de este

estudio limita la posibilidad de establecer causalidad; por ejemplo, la mayor prevalencia de DAM en sujetos con dislipidemia podría vincularse a cambios en los patrones de ingesta posteriores al diagnóstico, lo que sugiere un posible sesgo de causalidad reversa. Por último, el uso de recordatorios de 24 horas es susceptible a sesgos de memoria y podría no capturar la dieta habitual de los individuos.

En conclusión, cerca de la mitad de los adultos argentinos alcanza la DAM, con marcadas diferencias sociodemográficas. La diversidad alimentaria se asoció con una mayor ingesta tanto de nutrientes esenciales como de nutrientes críticos, lo que refuerza la necesidad de complementar este indicador con otras medidas de calidad de la dieta. Asimismo, las brechas observadas según nivel socioeconómico destacan la importancia de políticas alimentarias integrales orientadas a reducir las desigualdades y favorecer dietas saludables.

Conflicto de intereses. Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. What are healthy diets? Joint statement by the Food and Agriculture Organization of the United Nations and the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. World Health Organization. Malnutrition. Geneva: WHO. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>; consultado enero 2026.
3. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2019; 393: 1958-72.
4. Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Orientaciones para el seguimiento mundial de las dietas saludables. Ginebra: OMS, FAO, UNICEF; 2024.
5. Alkerwi A. Diet quality concept. *Nutrition* 2014; 30: 613-8.
6. Lawrence M. Fundamentals of a healthy and sustainable diet. *Nutr J* 2024; 23: 150.
7. Islam MH, Nayan MM, Jubayer A, Amin MR. A review of the dietary diversity and micronutrient adequacy among the women of reproductive age in low- and middle-income countries. *Food Sci Nutr* 2023; 12: 1367-79.
8. Passarelli S, Free CM, Shepon A, Beal T, Batis C, Golden CD. Global estimation of dietary micronutrient inadequacies: a modelling analysis. *Lancet Glob Health* 2024; 12: e1590-9.
9. Stevens GA, Beal T, Mbuya MNN, Luo H, Neufeld LM; Global Micronutrient Deficiencies Research Group. Micronutrient deficiencies among preschool-aged

- children and women of reproductive age world-wide: a pooled analysis of individual-level data from population-representative surveys. *Lancet Glob Health* 2022; 10: e1590-9.
10. Ruel MT. Operationalizing dietary diversity: a review of measurement issues and research priorities. *J Nutr* 2003; 133 Suppl 2: 3911S-26S.
 11. Verger EO, Le Port A, Borderon A, et al. Dietary diversity indicators and their associations with dietary adequacy and health outcomes: a systematic scoping review. *Adv Nutr* 2021; 12: 1659-72.
 12. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Guía para medir la diversidad alimentaria a nivel individual y del hogar. Roma: FAO; 2013.
 13. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Minimum dietary diversity for women. Rome: FAO; 2021.
 14. Women's Dietary Diversity Project (WDDP) Study Group. Development of a dichotomous indicator for population-level assessment of dietary diversity in women of reproductive age. *Curr Dev Nutr* 2017; 1: 117.001701.
 15. Jin Y, Talegawkar SA, Sedlander E, et al. Dietary diversity and its associations with anemia among women of reproductive age in rural Odisha, India. *Ecol Food Nutr* 2022; 61: 304-18.
 16. Adubra L, Savy M, Fortin S, et al. The minimum dietary diversity for women of reproductive age (MDD-W) indicator is related to household food insecurity and farm production diversity: evidence from rural mali. *Curr Dev Nutr* 2019; 3: nzz002.
 17. Mekonen EG. Minimum dietary diversity and its determinants among women of childbearing age in three sub-Saharan African and South Asian countries: evidence from the most recent nationally representative surveys (2022). *Womens Health Rep* 2024; 5: 954-64.
 18. Islam MH, Jubayer A, Nowar A, Nayan MM, Islam S. Dietary diversity and micronutrients adequacy among the women of reproductive age at St. Martin's island in Bangladesh. *BMC Nutr* 2023; 9: 52.
 19. Gómez G, Monge-Rojas R, Vargas-Quesada R, et al. Exploring the FAO minimum dietary diversity indicator as a suitable proxy of micronutrient adequacy in men and women across reproductive and non-reproductive ages in 8 Latin American Countries. *Food Nutr Bull* 2024; 45 (Suppl 2): S55-65.
 20. Ministerio de Salud. Base de datos de la 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS2) 2018-2019 [Internet]. Buenos Aires: Datos Abiertos del Ministerio de Salud. En: <http://datos.salud.gob.ar/dataset/ennys2>; consultado julio 2026.
 21. Nusser SM, Carriquiry AL, Dodd KW, Fuller WA. A semiparametric transformation approach to estimating usual daily intake distributions. *J Am Stat Assoc* 1996; 91: 1440-9.
 22. Gómez G, Cavagnari BM, Brenes JC, et al. Calidad y diversidad de la dieta en la población urbana de Argentina. *Medicina (B Aires)* 2022; 82: 81-90.
 23. Gómez G, Nogueira Previdelli Á, Fisberg RM, et al. Dietary diversity and micronutrients adequacy in women of childbearing age: results from ELANS study. *Nutrients* 2020; 12: 1994.
 24. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2025. Buenos Aires: INDEC; 2025. En: <https://www.indec.gob.ar>; consultado junio 2025.
 25. Zapata ME, Roviroso A, Freidin B, Ballesteros MS. Patrones de consumo alimentario en hogares urbanos de Argentina, 2017-2018: determinantes socio-económicos, variaciones geográficas e influencia de la composición del hogar. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil; 2024. En: <https://cesni-biblioteca.org>; consultado junio 2025.
 26. Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M, Louzada MLC, Machado PP. Ultra-processed foods, diet quality, and health: using the NOVA classification system. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2019.
 27. Méndez I, Fasano MV. Consumo de alimentos ultra-procesados en adultos argentinos y su asociación con variables sociodemográficas, y salud autorreportada. *Actual Nutr* 2025; 26: 131-40.
 28. Poy S, Salvia A, Tuñón I. Evaluación de impacto del Programa Tarjeta ALIMENTAR: efectos directos e indirectos en la inseguridad alimentaria, consumos alimentarios y no alimentarios. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa; 2021.
 29. Global panel on agriculture and food systems for nutrition. food systems and diets: facing the challenges of the 21st century. London, UK: Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition; 2016.

30. FAO, FIDA, OMS, PMA, UNICEF. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022: adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles. Roma: FAO; 2022.
31. de Oliveira Otto MC, Anderson CAM, Dearborn JL, et al. Dietary diversity: implications for obesity prevention in adult populations: a science advisory from the American Heart Association. *Circulation* 2018; 138: e160-8.
32. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: resultados definitivos. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos; Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación; 2019.

Tabla Suplementaria 1
Grupos de alimentos del índice de Diversidad Alimentaria Mínima en Mujeres

Grupos y subgrupos	Definición	Ejemplos
Granos, raíces y tubérculos -Alimentos hechos de granos -Raíces y tubérculos blancos o plátanos	Este grupo es también referido como “alimentos básicos ricos en almidón”. Estos alimentos aportan energía, cantidades variables de micronutrientes (por ejemplo, ciertas vitaminas B aportadas por los cereales) y cantidades variables de antinutrientes, como los fitatos. Cuando los cereales se consumen enteros, también aportan fibra dietética.	Arroz, maíz, pan, fideos, espagueti, papas, yuca, batata blanca
Legumbres	Este grupo tiene un alto contenido de proteínas y vitaminas B. Representan una fuente de proteínas muy importante en las dietas basadas en plantas y entre las poblaciones donde los alimentos de origen animal son en gran medida inasequibles.	Porotos, arvejas, lentejas, soja, bebida a base de soja, hummus
Nueces y semillas	Los frutos secos y algunas semillas son ricos en ácidos grasos insaturados, proteínas vegetales, fibra, minerales, tocoferoles, fitoesteroles y compuestos fenólicos.	Maní, nueces, almendras, semillas de girasol, semillas de sésamo, semillas de calabaza
Leche y productos lácteos -Leche -Productos lácteos	Son fuentes importantes de proteínas de alta calidad, potasio y calcio, así como de vitamina B12 y otros micronutrientes.	Leche, leche descremada, leche en polvo, yogur, quesos
Carnes, aves y pescados -Vísceras -Carne roja de mamíferos -Carne procesada -Aves y otras carnes blancas -Pescado y mariscos	También referidos como “alimentos cárnicos”, son fuentes importantes de proteínas de alta calidad y micronutrientes biodisponibles, en particular hierro, zinc y vitamina B12.	Hígado, riñón, vaca, cerdo, cabra, salchichas, hamburguesas, pollo, pato, pescado fresco o seco, mariscos
Huevos	Son una buena fuente de proteínas y contienen vitamina B12 y una variedad de micronutrientes biodisponibles.	Huevos de codorniz, gallina, pato
Vegetales de hoja verde oscuro	Son ricos en vitamina A, folato y otros micronutrientes.	Espinaca, acelga, brócoli, lechuga
Frutas y vegetales ricos en vitamina A -Vegetales ricos en vitamina A -Frutas ricas en vitamina A	Se incluyen tanto frutas ricas en vitamina A como un grupo pequeño pero diverso de verduras ricas en vitamina A (distintas de las de hoja verde). También pueden ser buenas fuentes de vitamina C, folato y/o otros micronutrientes.	Calabaza, zanahoria, boniato, pimientos rojos, durazno, damasco, mango, papaya
Otros vegetales	Incluye verduras que no se han contabilizado como verduras de hoja verde oscuro ni como otras verduras ricas en vitamina A. Poseen una variedad de micronutrientes y compuestos bioactivos incluidos fenólicos, flavonoides y fibra, asociados a resultados positivos para la salud.	Tomate, pepino, berenjena, coliflor
Otras frutas	Incluye la mayoría de las frutas, excepto las frutas ricas en vitamina A. Poseen una variedad de micronutrientes y compuestos bioactivos incluidos fenólicos, flavonoides y fibra.	Naranja, mandarina, manzana, banana

Tabla Suplementaria 2
Ingesta media (IC 95%) de nutrientes según diversidad alimentaria mínima por sexo

Nutriente	Mujeres sin DAM	Mujeres con DAM	p-valor	Hombres sin DAM	Hombres con DAM	p-valor
Energía	1613.21 (1579.07-1647.35)	1835.22 (1800.41-1870.02)	<0.001	2047.22 (2002.38-2092.05)	2247.56 (2196.3-2298.83)	<0.001
Proteína	64.29 (62.9-65.68)	77.44 (76.01-78.87)	<0.001	84.51 (82.66-86.37)	95.29 (93.2-97.38)	<0.001
Lípidos totales	60.07 (58.71-61.42)	71.82 (70.32-73.32)	<0.001	74.82 (73.03-76.61)	85.63 (83.65-87.6)	<0.001
Ácidos grasos saturados	20.02 (19.48-20.56)	23.97 (23.4-24.55)	<0.001	24.8 (24.11-25.49)	28.59 (27.81-29.38)	<0.001
Ácidos grasos monoinsaturados	20.82 (20.34-21.3)	24.97 (24.44-25.5)	<0.001	26.05 (25.41-26.69)	29.99 (29.25-30.72)	<0.001
Ácidos grasos poliinsaturados	15.63 (15.26-16.01)	18.25 (17.81-18.68)	<0.001	18.8 (18.29-19.32)	21.08 (20.53-21.63)	<0.001
Ácido alfa-linolénico	0.56 (0.54-0.57)	0.72 (0.69-0.74)	<0.001	0.68 (0.66-0.7)	0.81 (0.77-0.84)	<0.001
Ácido lineico	14.66 (14.29-15.03)	16.99 (16.57-17.41)	<0.001	17.59 (17.09-18.09)	19.62 (19.08-20.16)	<0.001
Carbohidratos	202.47 (197.32-207.62)	213.28 (208.7-217.86)	0.002	240.63 (234.53-246.73)	249.26 (242.62-255.9)	0.061
Fibra	9.92 (9.7-10.15)	13.2 (12.95-13.45)	0.014	11.65 (11.35-11.95)	14.55 (14.15-14.95)	<0.001
Azúcares totales	83.86 (80.54-87.17)	89.28 (86.5-92.05)	<0.001	91.12 (87.48-94.77)	98.42 (94.69-102.16)	0.006
Sodio	1420.48 (1382.73-1458.23)	1585.97 (1549.74-1622.2)	<0.001	1770.08 (1719.47-1820.69)	1907.34 (1853.38-1961.3)	<0.001
Potasio	2192.78 (2152.3-2233.25)	2720.4 (2672.83-2767.96)	<0.001	2530.87 (2470.88-2590.86)	3035.31 (2969.14-3101.49)	<0.001
Calcio	492 (478.51-505.5)	646.65 (631.08-662.22)	<0.001	543.72 (526.78-560.66)	692.55 (672.09-713.01)	<0.001
Fósforo	881.16 (862.3-900.01)	1105.58 (1085.85-1125.31)	<0.001	1112.22 (1087.94-1136.5)	1314.12 (1286.18-1342.06)	<0.001
Hierro	9.93 (9.72-10.15)	12.16 (11.91-12.41)	<0.001	12.83 (12.52-13.14)	14.39 (14.05-14.74)	<0.001
Magnesio	344.38 (334.81-353.94)	386.5 (376.89-396.11)	<0.001	369.79 (357.6-381.99)	409.57 (397.39-421.74)	<0.001
Zinc	10.69 (10.47-10.9)	12.2 (11.96-12.44)	<0.001	13.2 (12.89-13.51)	14.26 (13.94-14.58)	<0.001
Vitamina B3	16 (15.64-16.37)	18.76 (18.38-19.15)	<0.001	20.65 (20.17-21.13)	22.98 (22.43-23.52)	<0.001
Folato DFE*	347.5 (337.59-357.41)	406.46 (394.43-418.49)	<0.001	402.74 (389.82-415.66)	440.65 (426.73-454.56)	<0.001
Vitamina B2	1.06 (1.03-1.09)	1.47 (1.43-1.51)	<0.001	1.38 (1.33-1.42)	1.77 (1.72-1.83)	<0.001

DAM: diversidad alimentaria mínima; DFE: equivalente de folato dietario

*El folato se expresa como equivalentes de folato dietario (DFE). considerando la mayor biodisponibilidad del ácido fólico en comparación con el folato natural