

UNIVERSIDAD FASTA
FACULTAD DE CS. MÉDICAS
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN



PLAN MÁS VIDA: TARJETA ALIMENTOS

“MADRES BENEFICIARIAS Y SUS HIJOS
ENTRE 1 Y 2 AÑOS DE EDAD”

Scaglia, Antonela
Tutora: Lic. Vulich, María Rosa
Dpto. de Metodología de la Investigación

*“Aprendí que no se puede dar marcha atrás,
que la esencia de la vida es ir hacia adelante.
La vida, en realidad, es una calle de sentido único”.*
Agatha Christie.

Dedico este trabajo de investigación a quienes que me acompañaron en los buenos momentos y en las dificultades.

Mi más profundo y sincero agradecimiento a cada uno de los integrantes del Departamento de Metodología y Estadística, a mi Tutora María Rosa Vulich, a cada uno de los docentes de la Licenciatura en Nutrición, en especial a Andrea Dirr, y directivos de la Universidad FASTA.

Agradezco a mis padres Gustavo y Rosana por su apoyo y confianza, a mi novio Gabriel por sus palabras de aliento en momentos en los cuáles no podía ver las cosas con claridad y a mis compañeras de la facultad, hoy amigas, por estar cuando las necesité, y por todos los lindos momentos compartidos.

Gracias a mi amiga de la infancia, Julia, por colaborar con el diseño gráfico de este trabajo, a Silvina Elhaiek, Licenciada en Nutrición, por los consejos recibidos, a la Secretaría de Salud y de Desarrollo Social de la ciudad de Benito Juárez por abrirme sus puertas amablemente para recabar información.

Para realizar este trabajo de investigación, se encuestaron a 103 madres beneficiarias que reciben la Tarjeta Alimentos del Plan Más Vida en la ciudad de Benito Juárez, durante los meses de agosto y septiembre del año 2012. El objetivo del mismo fue evaluar la información en nutrición que poseen las madres de familia que reciben la Tarjeta, la elección de alimentos realizada con la misma, y el Estado Nutricional de sus hijos entre los 12 y 24 meses de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Salud Ramón Carrillo. Los resultados de la investigación muestran que la edad promedio de las madres encuestadas es de 29 años, la mayoría posee un hijo y el 72% de las mismas recibe \$80 acreditados en la Tarjeta. El grupo que representó el mayor porcentaje de compra fue el correspondiente al de los Cereales y Derivados (99%). Respecto a los alimentos, los más adquiridos fueron: yogur entero (89%), carne picada (31%), manzana (70%), papa (69%), arvejas (26%), fideos (94%), arroz (80%), azúcar blanca (94%) y aceite (67%). El 45% de las encuestadas refirió estar Algo Satisfecha con el uso de la Tarjeta, siendo el principal motivo el escaso monto acreditado en la misma. Sólo un 3% recibió capacitación en alimentación, y un 9% respondió correctamente todas las preguntas sobre conocimientos en nutrición, mostrando interés en participar de encuentros informativos a través de un Licenciado/a en Nutrición. El Estado Nutricional que prevalece en los niños es el Sobrepeso, representando el 25% sobre el total. El estudio se hace necesario para poder desarrollar estrategias que favorezcan la elección en la compra alimentaria, ya que una adecuada nutrición desde la concepción hasta la adultez es esencial no solo para conseguir un desarrollo adecuado en peso y talla, sino también para alcanzar un desarrollo mental, físico y social correcto.

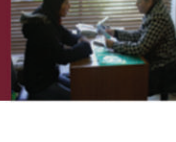
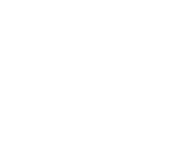
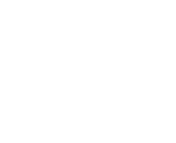
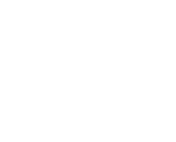
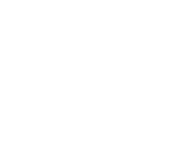
Palabras clave: Plan Mas Vida- Tarjeta Alimentos- Conocimientos en Nutrición- Estado nutricional- Elección de alimentos-Beneficiarios.

For this research, 103 mothers were surveyed beneficiaries who receive Food Plan Card "PLAN MAS VIDA" of Benito Juarez, during the months of August and September 2012. The objective was to evaluate knowledge in nutrition they have, the selection of foods made with it, and the nutritional status of children between 12 and 24 months of age that assist to the Center Primary Health care Ramón Carrillo. The research results show that the average age of the mothers was 29 years, most have one child and 72% of them get \$ 80 credited to the Card. The group that represented the largest percentage was cereals and derived products (99%). About foods, most procured were: yogurt (89%), beef (31%), apple (70%), potatoes (69%), peas (26%), pasta (94%), rice (80%), white sugar (94%) and oil (67%). The 45% of those surveyed referred to be rather satisfied with the Card, the main reason being the limited amount credited therein. Only 3% received qualification in nutrition and 9% correctly answered all questions on nutrition knowledge, showing interest in participating in informational meetings through a Nutritionist. El Estado Nutricional que prevalece en los niños IS overweight, representing 25% of the total. This study is necessary to develop strategies in order to make a good selection in food, as adequate nutrition from conception to adulthood is essential not only to ensure proper development in weight and height, but also to achieve mental development physical and social right.

Keyword: Plan Mas Vida- Card of food- Knowledge in nutrition- Nutritional status- Selection of food- Receivers

Índice

Introducción	2
Capítulo 1	
<i>“Seguridad Alimentaria en Argentina”</i>	7
Capítulo 2	
<i>“Plan Más Vida”</i>	21
Capítulo 3	
“Desarrollo y crecimiento del niño sano desde la concepción hasta los 2 años”	32
Diseño Metodológico	44
Análisis de Datos	54
Conclusión	79
Bibliografía	87



INTRODUCCIÓN

El conocimiento del crecimiento y desarrollo normales del niño, es esencial para prevenir y detectar la enfermedad. El término crecimiento alude al aumento del tamaño corporal en su conjunto o de sus partes, y se reserva el término desarrollo para los cambios en la función. Ambos son el resultado de la interacción entre factores genéticos aportados por la herencia, y las condiciones del medio ambiente en las que vive el individuo. Cuando estas últimas son favorables, el potencial genético podrá expresarse en forma completa y el niño crecerá hasta su meta genéticamente programada. En caso contrario, el potencial genético se verá limitado, dependiendo de la intensidad y persistencia del agente agresor. Una adecuada nutrición en la etapa de crecimiento es esencial no solo para conseguir un desarrollo adecuado en peso y talla, sino también para alcanzar un desarrollo mental, físico y social correcto.¹

El alimento ideal para el lactante durante el primer año de vida es la Leche Materna en forma exclusiva hasta los 6 meses de edad, y con complementación de alimentos sólidos luego de esa fecha. Cuando la Lactancia Materna no es posible, se deben utilizar fórmulas diseñadas para lactantes, que han modificado su composición para que se asemeje a la leche materna en su concentración proteica, grasa, y de hidratos de carbono, conteniendo además todos los minerales y vitaminas necesarios para un adecuado crecimiento. En caso de que el lactante no reciba leche materna y por razones económicas no puede acceder a las fórmulas industrializadas, en Argentina se encuentran disponibles fórmulas artesanales con leche de vaca pasteurizada.² Resulta de gran importancia adecuar la alimentación del niño a su edad, gustos, hábitos y actividad física, a fin de mantener un peso normal a partir de un aporte calórico conveniente, conformado por Hidratos de Carbono, Proteínas y Grasas. El consumo en exceso de los mismos lleva a padecer Obesidad, y por el contrario, un aporte deficiente de energía contribuye con el desarrollo de enfermedades por carencia, entre las cuáles la Desnutrición resulta de vital importancia por correr riesgo la vida. En Argentina se halla en funcionamiento el Plan de Seguridad Alimentaria, con el fin de hacer frente a situaciones críticas de salud como lo es la Desnutrición, asegurando el acceso de la población vulnerable a una alimentación adecuada, suficiente y acorde a cada una de las particularidades y costumbres.³

¹ Jessica Lorenzo, Elisa Guidoni, Marisol Díaz, Soledad MArenzi, Eugenia Lestingi, Julieta Lasivita, Belén Iseñy, Agustina Bozal, **Nutrición del Niño Sano**, Corpus, p.1

² Organización Mundial de la Salud, **La alimentación del lactante y del niño pequeño**, en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf

³ Jessica Lorenzo y otros ob. cit, p.1

En cada uno de los Centros de Salud y Centros Médicos Barriales del país, se desarrolla el Programa Materno Infantil, destinado a mujeres embarazadas y a niños y niñas desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, brindando servicios de control del niño sano, del embarazo, y promoción de la lactancia materna. Mujeres embarazadas y niños hasta el año de vida deben hacerse controles mensuales de salud, y los niños de 2 a 5 años deben asistir al control cada 4 meses para comprobar si el crecimiento y el desarrollo son adecuados. Dentro de dicho Programa se desarrolla desde el año 2003 el Plan Más Vida, con una acción directa sobre las familias en situación de pobreza, con el objetivo de evitar las enfermedades y disminuir la desnutrición en los niños, y el Subprograma Comadres, creado a fin de consolidar la captación precoz del embarazo y los controles de puerperio, con motivo de reducir la Morbi-mortalidad Infantil.⁴

“El Plan Más Vida reemplaza la antigua entrega de alimentos, por una transferencia monetaria en tarjetas magnéticas a las familias beneficiarias, las cuáles poseen \$80 si poseen un hijo, \$100 con dos o más hijos, y \$100 voluntarias vecinales. Se espera que este cambio en la gestión integral permita lograr un fortalecimiento de las capacidades de las familias; un mejor desarrollo de los niños; intenso trabajo de las Manzaneras y Comadres en la promoción de los derechos sociales; reforzar la atención de la salud, educación alimentaria y desarrollo infantil de la población bajo el programa y fomentar y desarrollar las redes comunitarias con capacitación permanente.”⁵

El estudio de los conocimientos en nutrición que poseen las madres beneficiarias del Plan Más Vida, en relación con la elección de alimentos realizada con la tarjeta magnética, se hace necesario para obtener elementos y así poder desarrollar estrategias que favorezcan la elección en la compra. Con el fin de enriquecer la discusión acerca de los cambios necesarios en las políticas alimentarias de Argentina, el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), evalúa el aporte de la experiencia basada en las tarjetas magnéticas con un valor de \$ 30 mensuales por familia, incluyendo el perfil nutricional de los aportes de la tarjeta y de otros programas alimentarios que benefician a las familias en estudio, incluyendo la compra familiar de alimentos, y el costo por unidad nutricional del aporte alimentario de la Tarjeta y los principales programas que benefician a las familias en estudio.

⁴ Ministerio de Desarrollo Social, Plan Más Vida, en: http://www.desarrollosocial.gba.gov.ar/subsec/politicas_sociales/programas/masvida.php

⁵ Ibid.

Una vez concluido el mismo, se arribó a la conclusión de que el Plan Más Vida y la experiencia del Plan Alentar resultaron los programas mas frecuentes en la población en estudio, y el perfil nutricional de las compras con Tarjeta era superior al de la composición de una caja típica de cualquier programa alimentario.⁶

En el año 2003, el Centro de Estudios de Rehabilitación Nutricional y Desarrollo Infantil (CEREN) participa en el diseño y ejecución de la evaluación y conocimiento de los métodos de crianza. Los resultados del estudio destacan que casi la totalidad de las madres carecía de conceptos adecuados sobre la frecuencia de consumo y alimentos que previenen la anemia.⁷ Poco tiempo después, en el año 2007, se desarrolla en Argentina la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, en cuyos resultados se observa una prevalencia de anemia en niños de 6-72 meses del 16,5%; un 34,1% en niños de 6-23 meses y 8,9% en aquellos niños de 2-5 años de edad. Entre los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud cabe destacar el inicio precoz de la alimentación complementaria: un 25% incorpora alimentos antes del 4º mes, otro 43% entre el 4º y el 6º mes de vida y sólo el 32% de los niños al 6º mes o después. Respecto a la ingesta energética promedio, en niños de 6-24 meses fue de 98 Kcal/kg (6-8 meses, 73 Kcal/kg; 9-11 meses, 96 Kcal/kg; 12-14 meses, 96 Kcal/kg; 15-17 meses, 104 Kcal/kg; 18-20 meses, 102 Kcal/kg; 21-24 meses, 108 Kcal/kg), y por otra parte, el grupo de niños entre los 2-5 años de edad presenta un consumo medio de energía de 95 Kcal/kg.⁸ Son los propios hogares, las madres y quienes cuidan a los niños, los principales responsables de brindarles cuidado y protección, y los estímulos necesarios en los momentos oportunos. El futuro de los niños comienza antes de la concepción, con el estado nutricional de la madre antes del embarazo. Luego, desde la concepción hasta la niñez, es una etapa de crecimiento rápido y representa una oportunidad única de brindar a los niños bases sólidas nutricionales e inmunológicas que necesitarán para el resto de sus vidas.

⁶ Britos, Sergio, Programas Alimentarios innovadores: Evaluación de una experiencia de uso de tarjetas alimentarias, en: http://www.cesni.org.ar/pdfs_profesionales/tarjetas_alimentarias.pdf

⁷ Lupica Carina y Cogliandro Gisell, “**Boletín de la Maternidad**” N°3, Junio 2008, p.12

⁸ Dr. Pablo Durána, Lic. Guadalupe Mangialavoria, Lic. Ana Biglieria, Bioq. Laura Kogana y Dr. Enrique Abeyá Gilardona, Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500005

Por lo expuesto anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación: “¿Cuál es la información en nutrición que poseen las madres de familia pertenecientes al Programa Materno- Infantil que reciben la Tarjeta Alimentos del Plan Más Vida, la elección de alimentos realizadas con las mismas, y el Estado Nutricional de sus hijos entre los 12 y 24 meses de edad, quienes asisten al Centro de Atención Primaria de Salud situado en barrio Molino, en la Localidad de Benito Juárez, entre los meses de julio y septiembre del año 2012?

A partir de estos conceptos, surge un Problema General que es:

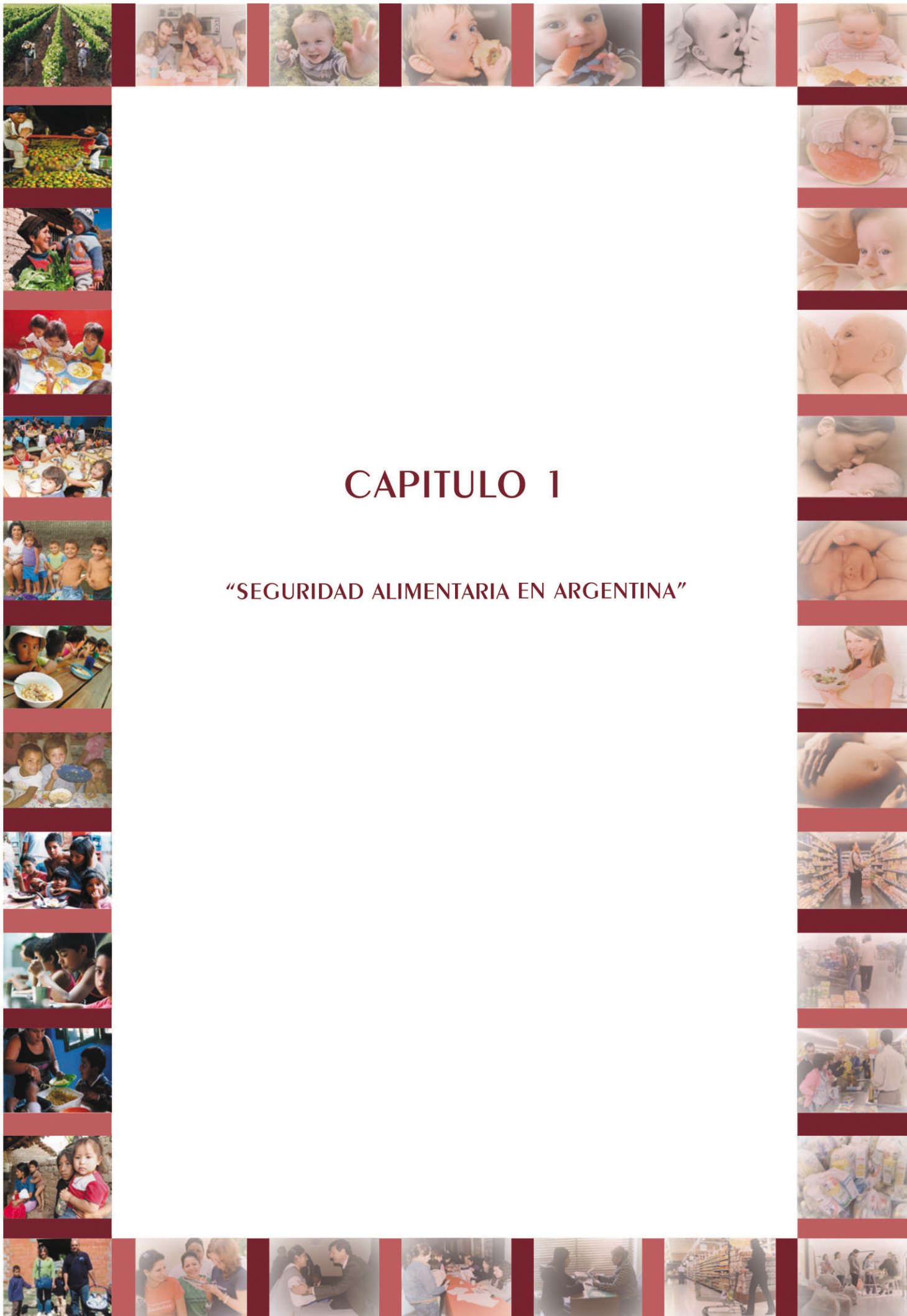
“Evaluar la información en nutrición de las madres de familia pertenecientes al Programa Materno- Infantil que reciben la Tarjeta Alimentos del Plan Más Vida, la elección de alimentos realizadas con las mismas, y el Estado Nutricional de sus hijos entre los 12 y 24 meses de edad, quienes asisten al Centro de Atención Primaria de Salud situado en barrio Molino, en la Localidad de Benito Juárez, entre los meses de julio y agosto del año 2012.

Al mismo tiempo, surgen objetivos específicos:

- Determinar los conocimientos en nutrición que poseen las madres de los niños pertenecientes al Programa Materno- Infantil.
- Indagar el grado de satisfacción respecto al uso de La Tarjeta.
- Analizar la elección de alimentos con la tarjeta al momento de la compra de los mismos.
- Determinar el perfil nutricional de los alimentos adquiridos mediante el uso de la tarjeta.
- Analizar el grado de satisfacción respecto a la utilización de la tarjeta.
- Determinar el Estado Nutricional de los niños.
- Identificar características sociodemográficas maternas como: Edad materna, paridad, y nivel de escolaridad.

CAPITULO 1

“SEGURIDAD ALIMENTARIA EN ARGENTINA”



La ciudad de Benito Juárez, Argentina, se encuentra situada al sudoeste de la provincia de Buenos Aires, entre los sistemas montañosos de Ventania y Tandilia.

Imagen N°1. Ubicación geográfica ciudad de Benito Juárez.



Fuente: Adaptado de: <http://www.argentina.gov.ar> y <http://www.benitojuarez.gov.ar>

La ciudad, que cuenta con una población de 20.402 habitantes según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en el año 2010, se divide en 5 áreas programáticas: una céntrica, que corresponde al Hospital Saintout, y 4 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) para la población de barrios periféricos, los cuales brindan asistencia sanitaria; promoción de la salud y prevención de la enfermedad; acciones de rehabilitación y reinserción social; educación sanitaria y diagnóstico de salud de la población. En el área programática Ramón Carrillo residen 2.541 personas, en un total de 880 viviendas, encontrándose 93 de ellas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).¹

¹ Dirección de Salud, Programa Nacional de Salud Familiar, Proyecto: Sistematización del trabajo en los CAPS, Benito Juárez, 2012.

Personas que se hallan en situación de vulnerabilidad, concurren a estos centros para su atención de manera gratuita. Desde una perspectiva alimentaria, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) define un grupo vulnerable al que padece de inseguridad alimentaria o corre riesgo de padecerla. El grado de vulnerabilidad de una persona, un hogar o un grupo de personas está determinado por su exposición a los factores de riesgo y su capacidad para afrontar o resistir situaciones problemáticas.² En el año 1996, en la Sede de la FAO en Roma, se realizó la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, en donde se explicitó que:

“Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana.”³

Las nociones asociadas con el concepto de Seguridad Alimentaria son: *suficiencia*, la cual se entiende como la existencia de alimentos para satisfacer necesidades poblacionales; *estabilidad*, es decir, posibilidad de cubrir variaciones estacionales de alimentos; *autonomía*, que alude a la capacidad de producir alimentos; *sustentabilidad*, asociado con la forma en que se producen los alimentos, y la *equidad*, que se confirma en el acceso eficiente a todos los alimentos. Para que un país goce de Seguridad Alimentaria, requiere de acciones articuladas y sostenidas entre provincias, municipios, la Nación, ONG, así como también la participación del Sistema Integrado de Nutrición y Alimentación, creado con el fin de que programas sociales de nutrición y alimentación, coordinen su accionar siguiendo una política de seguridad tanto alimentaria como nutricional. Las acciones gubernamentales debieran relacionarse con el aumento de la producción de alimentos agrícolas; importar más y limitar la exportación de los mismos; promoviendo mejores sistemas de mercadeo y distribución.⁴

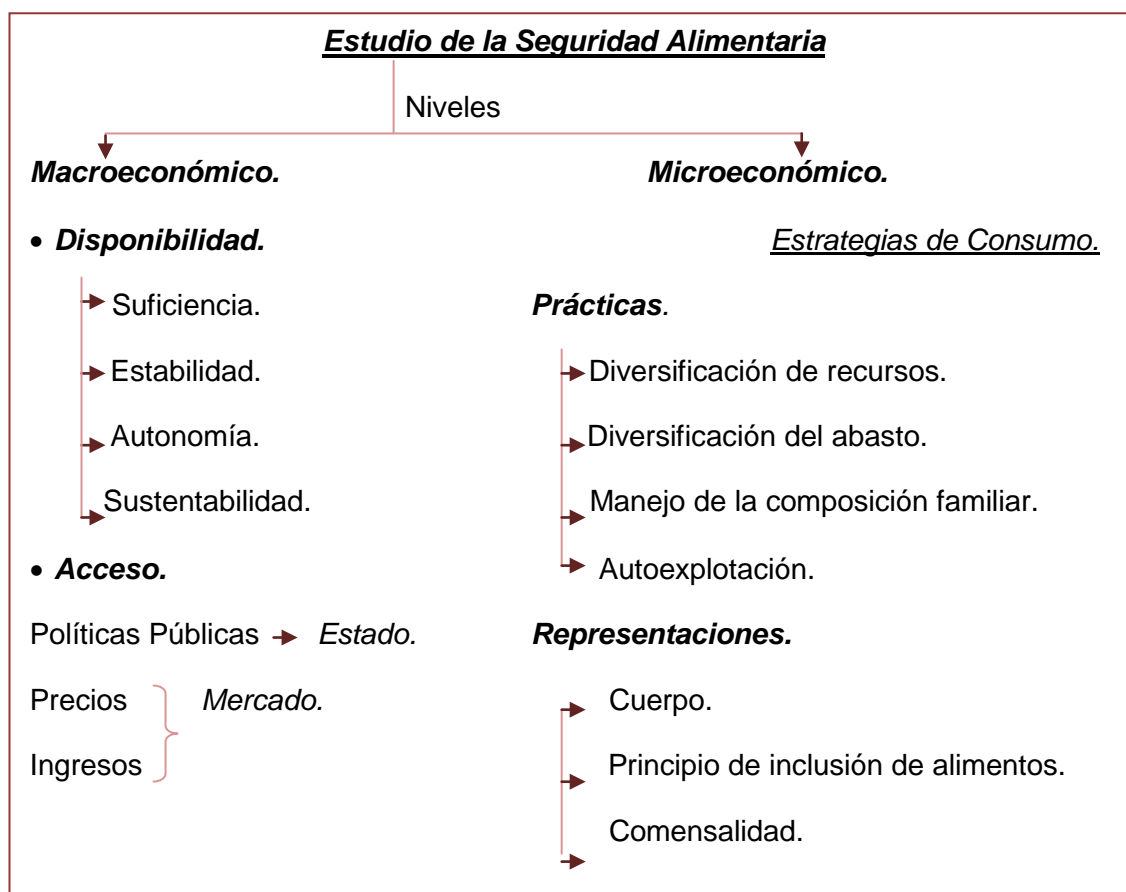
² Departamento de Servicios Internos, Recursos Humanos y Finanzas, Directrices relativas a los Sistemas Nacionales de Información y Cartografía sobre la Inseguridad Alimentaria y la Vulnerabilidad (SICIAV): Antecedentes y Principios, en: <http://www.fao.org/docrep/meeting/w8500s.htm#E11E18>

³ FAO, Informe de políticas: Seguridad Alimentaria, en: ftp://ftp.fao.org/es/esa/policybriefs/pb_02_

⁴ Aguirre, Patricia, Ricos flacos gordos pobres: La alimentación en crisis, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2010, p.79

En tiempos de crisis alimentarias moderadas, cuando se predice escasez de alimentos, se deben liberar o movilizar alimentos al área donde reside el problema, con el fin de prevenir aumentos en los precios y así estabilizar los suministros para proteger a la gente más pobre de algún tipo de trauma alimentario.

Diagrama N°1. Seguridad Alimentaria.



Fuente: Adaptado de: Aguirre, Patricia, Seguridad Alimentaria: una visión desde la antropología alimentaria.

Establecer un control de precios, o subsidiar o establecer raciones, teniendo en cuenta que las mismas no disminuyan el incentivo para la producción alimentaria, mejorar la equidad, y garantizar que todas las personas paguen su cuota de impuestos, se aumenten los salarios mínimos y se ofrezcan mayores servicios gratuitos o subsidiados a los más pobres, contribuirá con el mejoramiento de la situación. Resulta vital la consolidación de estrategias de fortalecimiento territorial en el marco de instancias de articulación entre municipios, provincia y nación, para la lucha contra la exclusión y la pobreza, ya que todos tenemos derecho a los alimentos.⁵

⁵ Aguirre, Patricia, ob cit, p.65

El derecho a los alimentos, es definido por Amartya Sen⁶, como la cantidad de productos que se pueden exigir en la sociedad, de acuerdo con lo que cada persona posee, y dentro de los límites impuestos por normas sociales y estatales. Se clasifican en las siguientes categorías: Derecho al producto de comercio, se refiere a lo que una persona puede comprar con los productos y dinero disponible; Derecho a la producción, es el derecho a lo producido con sus propios recursos; Derecho al producto del trabajo, se refiere a la venta de la fuerza de trabajo, y derechos consecuentes a productos del comercio; y por último derecho sucesorio y de propiedad, es decir, derecho a lo que se le ofrece a una persona en forma voluntaria, como lo son el legado, los alimentos, y la pensión.⁷

Tabla 1. Evolución de la Pobreza e Indigencia en el Total Urbano EPH.

Año	Pobreza %	Indigencia %
2008	17.8	5.1
2007	23.4	8.2
2006	26.9	8.7
2005	33.8	12.2
2004	40.2	15
2003	54.3	27.7
2002	38.5	13.6

Arroyo, Daniel. **Políticas Sociales: Ideas para un debate necesario**, Buenos Aires, La Crujía, 2009, I Edición, p.97. Fuente: INDEC-EPH.

En la pobreza existen dos situaciones claramente diferenciales: la pobreza por ingresos y la estructural. El primer caso es el que puede contar, entre todos sus integrantes, con un sector sin grandes problemas del tipo habitacional, de alto capital humano y social, que constituye redes y tiene capacidades que no están siendo aprovechadas o se encuentran desactualizadas, por lo que tiene problemas a la hora de conseguir empleo o mejorar sus ingresos. Este grupo también es llamado “nuevos pobres” y comprende a la población que vive de changas, ejercen oficios, entrando y saliendo del mercado laboral en general por su falta de formalización y baja capacitación.

⁶ Amartya Sen, economista y filósofo hindú nacido en el año 1933.

⁷ FAO, Seguridad Alimentaria: El Marco Conceptual, en: <http://www.fao.org/docrep/004/W3736S/W3736S03.htm>

La de tipo estructural, se caracteriza por poseer insuficiencia de ingresos, condiciones mínimas de infraestructura, y gran dificultad para insertarse en el mercado laboral por su escaso capital social, baja calificación y desvinculación prolongada con el ámbito de trabajo.

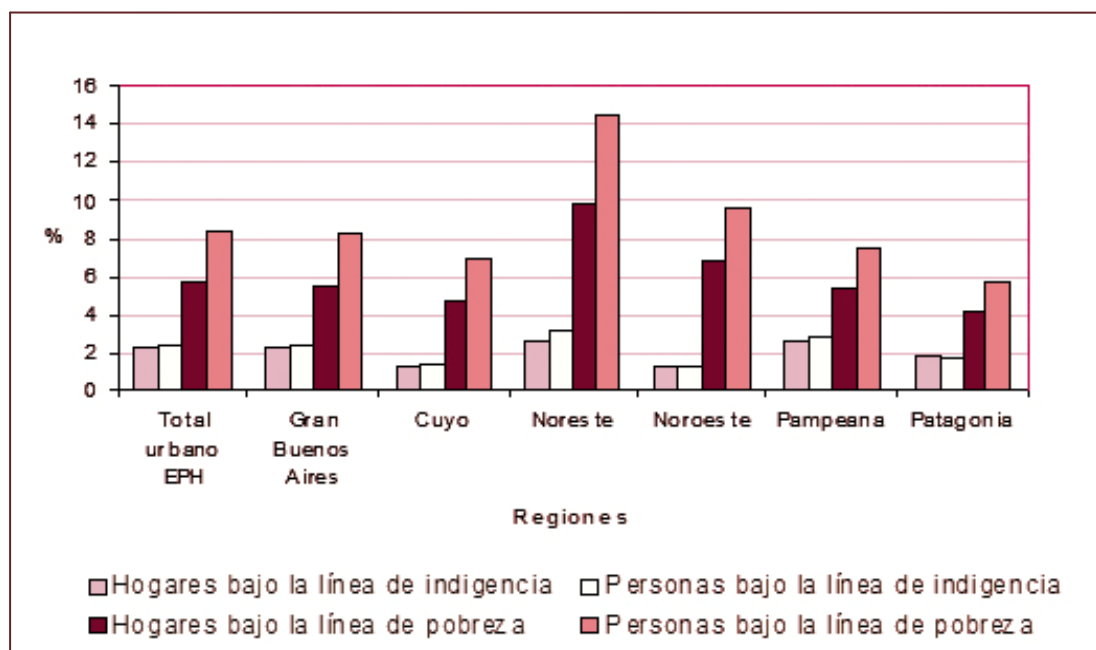
Tabla 2. Incidencia de la pobreza e indigencia en el total urbano EPH y por región estadística. Primer semestre de 2011.

Región	Hogares bajo la línea de indigencia	Personas bajo la línea de indigencia	Hogares bajo la línea de pobreza	Personas bajo la línea de pobreza
Total urbano EPH	2,2	2,4	5,7	8,3
Gran Buenos Aires	2,2	2,4	5,5	8,2
Cuyo	1,3	1,5	4,8	6,9
Noreste	2,6	3,1	9,7	14,4
Noroeste	1,4	1,3	6,8	9,6
Pampeana	2,5	2,8	5,4	7,6
Patagonia	1,8	1,7	4,2	5,6

Fuente: INDEC- EPH

La línea de pobreza mide la cantidad de población que tiene ingresos insuficientes para acceder a una canasta básica de alimentos y servicios.

Gráfico 1. Incidencia de la pobreza e indigencia en el total urbano EPH y por región estadística. Primer semestre 2011.



Fuente: INDEC-EPH.

Serán considerados hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) cuando se encuentran privados de alguno de los siguientes indicadores: más de tres personas por cuarto, vivienda del tipo inconveniente, ausencia de inodoro ó sin descarga de agua, niños en edad escolar pero que no asisten a la escuela, cuatro o más personas por miembro ocupado o jefe de hogar con bajo nivel de educación, es decir, que asistió menos de dos años al nivel primario.⁸ Con el objetivo erradicar la pobreza y mejorar el acceso físico y económico de todas las personas y en todo momento a alimentos suficientes, nutricionalmente adecuados e inocuos, gobiernos de América Latina y el Caribe se comprometieron desarrollar a nivel nacional el Sistema de Información y Cartografía sobre la Inseguridad Alimentaria y Vulnerabilidad (SICIAV), cuyo objetivo detectar zonas y poblaciones en riesgo de padecer desnutrición. Conjuntamente se halla en funcionamiento la Red de Cooperación Técnica (SISVAN) local, la cual permite abordar la problemática en el ámbito donde acontece, facilitando el accionar.⁹

La educación alimentaria nutricional, el acompañamiento de la producción de alimentos seguros en mediana y gran escala, el apoyo a las familias mas necesitadas y a proyectos comunitarios orientados al Desarrollo Infantil y mejora de vida de la población y la Atención Primaria de la Salud, forman parte también del accionar para lograr la Seguridad Alimentaria. Atención Primaria de la Salud (APS) es definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como:

“Asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”. Por otra parte, en la Declaración de Alma Ata se la definió como “un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud”¹⁰

⁸ FAO, Método de Medición de la Pobreza, en: <http://www.rlc.fao.org/iniciativa/cursos/Curso%202006/Mod5/0.pdf>

⁹ Depósito de documentos de la FAO, Recursos Humanos y Finanzas, Directrices relativas a los Sistemas Nacionales de Información y Cartografía sobre la Inseguridad Alimentaria y la Vulnerabilidad (SICIAV): Antecedentes y principios, en: <http://www.fao.org/docrep/meeting/W8500s.htm>

¹⁰ OMS, Atención Primaria de la Salud, en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

En la Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma Ata en el año 1978, se expresó lo siguiente:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”¹¹

Se trata de un modelo de atención y una construcción social de la sociedad en su conjunto para dar respuesta a sus problemas de salud, en donde la participación comunitaria cumple un rol de vital importancia, estimulando el diseño, implementación y seguimiento de una agenda local de salud. Pero, la falta de adaptación a las demandas y necesidades de la población beneficiaria limita su efectividad, afectando, principalmente a los sectores menos favorecidos económicamente. Es por esto que la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el trabajo en el fortalecimiento institucional y de la participación comunitaria resultan líneas de acción prioritarias.¹² La promoción de la salud, según lo expresado en la CARTA emitida por La primer Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, reunida en Ottawa en el año 1986, consiste en brindar a toda la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.¹³ Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, el individuo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente, y dado que el concepto de salud no solo significa llevar una forma de vida sana, la promoción de la salud no concierne únicamente al sector sanitario.

¹¹ OPS, Hospitales seguros frente a los desastres. Campaña mundial de reducción de desastres 2006-2008. Declaración de Alma Ata, en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

¹² Centro de Implementación de Políticas Públicas Para La Equidad y El Crecimiento, Salud, en: www.cippecc.org

¹³ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida de cada uno de los habitantes del país. Factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de ésta. El objetivo se debe centrar en hacer que esas condiciones sean favorables, y así poder promocionarla. Una gestión intersectorial apropiada, entre organismos y actores sociales, contando en primer lugar con un diagnóstico consolidado de la situación de la población en la que se va a actuar en relación a sus principales indicadores y con una adecuada estrategia de desarrollo que cree condiciones para el crecimiento económico y social con igualdad, resultará ser un eje en este accionar, fortaleciendo, promoviendo y favoreciendo la disponibilidad y diversidad de alimentos, por lo tanto, el acceso a los mismos, con la consecuente adecuada, eficaz selección y aprovechamiento, valiéndose de recursos como lo son la promoción de la salud y educación alimentaria nutricional.¹⁴ Esta última se concibe como un proceso para el desarrollo de conocimientos, actitudes y prácticas que otorguen a las personas la posibilidad de reconocer sus problemáticas alimentarias y así poder diseñar estrategias para mejorar y preservar su estado nutricional. Por medio de dicha intervención, se debe intentar producir modificaciones en aquellas prácticas que constituyan un riesgo para la salud.¹⁵ La actual crisis que atraviesa la Argentina, en donde la inequidad en la distribución de las riquezas dificulta enormemente el acceso de cada vez más personas a los alimentos, representa para la Educación Alimentaria Nutricional una gran oportunidad para entrar en ejercicio, con el fin de lograr que estas poblaciones posean las condiciones necesarias para optar por alimentos con la apropiada calidad nutricional en relación con sus bajos ingresos.

“La problemática alimentaria en nuestro país no reside únicamente en una falla en la disponibilidad de alimentos, sino también en la equitativa distribución de los mismos, bien sea a nivel familiar ó nacional. Hambre y desnutrición pueden coexistir aún con alta disponibilidad alimentaria, entonces la problemática reside en el entorno social, por lo que debe tratarse en el sector político para encontrar hallar una solución efectiva. Debemos admitir el derecho que todos tenemos a la alimentación y comenzar a transitar el rumbo de la equidad distributiva.”¹⁶

¹⁴ ibid

¹⁵ Papel de la Educación Alimentaria Nutricional en la Argentina en Crisis, en: <http://alimentacion.org.ar>

¹⁶ Aguirre, Patricia, ob. cit, p.81.

La disponibilidad de alimentos se encuentra condicionada, principalmente, por la producción, el comercio de alimentos y el almacenamiento, en el cual intervienen factores de infraestructura y transporte con el fin de mantener la producción viable para la comercialización y evitar pérdidas que atenten contra la sustentabilidad de la familias productoras. En estas actividades intervienen pequeños y medianos productores, el mercado, el Estado y los municipios. Estos últimos poseen función reguladora en cuanto a fiscalización y control de las condiciones de inocuidad, y deben garantizar la llegada de la mercadería para su comercialización, con buenos términos de intercambio. Cualquier alteración en alguno de estos procesos puede contribuir a la inseguridad alimentaria de la población, entendiendo a la misma como la incapacidad permanente o temporal de la población para asegurar a todos sus miembros los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad adecuadas, para desarrollar una vida saludable, vulnerando de esta manera el derecho humano a la alimentación.¹⁷ Como el estado nutricional de una población determina en gran medida su desarrollo y bienestar, la inseguridad alimentaria condiciona el potencial desarrollo de una sociedad, en la medida en que los desnutridos ven recortadas sus oportunidades en el mañana en términos de trabajo, desarrollo social y crecimiento económico. Tales implicancias superan el nivel individual, y tienen impacto, por un lado, en el sistema de salud en particular y, por el otro, en la sociedad en su conjunto. Es importante resaltar que para que un hogar tenga seguridad alimentaria, no solo es necesaria la existencia de alimentos en cantidad y calidad adecuada, sino la distribución de los mismos dentro del seno familiar, pues, en un hogar que carece de seguridad alimentaria puede haber miembros que no lo sufren. Este factor se halla condicionado por la cultura, ó ideas que tienen sobre las necesidades nutricionales de sus miembros, mitos alimentarios, entre otros.¹⁸

“El consumo viene determinado por el derecho de la persona a los recursos alimentarios del hogar. Los ingresos y los activos individuales o la posición que la persona ocupa en el hogar pueden afectar este derecho, evidentemente, muy pocas veces la necesidad es el único factor que determina la parte del consumo alimentario en el hogar que corresponde a una persona.”¹⁹

¹⁷ Aguirre Patricia, ob.cit, p.81.

¹⁸ Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento, Salud, en: <http://www.cippec.org/Main.php?do=contentShow&id=30>

¹⁹ FAO, Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria: Manual de capacitación. Cap.1 Seguridad Alimentaria, marco conceptual. En: <http://www.fao.org/docrep/004/W3736S/W3736S03.htm>

Cabe destacar que Seguridad Alimentaria a un nivel determinado de agregación no la supone a un nivel inferior: un país que carece de la misma, puede poseer grupos de población gozándola, ó viceversa. Sociedades con ingresos medios ó elevados, pueden padecer malnutrición, pese a que posean seguridad alimentaria a nivel nacional o familiar. En el caso de que las personas carezcan permanentemente de la misma, se la llamará “crónica”, y será “transitoria” cuando deban hacer frente a una reducción pasajera de su acceso a los alimentos, bien sea por trastornos repentinos como lo son las sequías o inundaciones.¹⁸ Se la puede estudiar a nivel macrosocial y microsocioal. En el primer caso, se lo realiza a través de las Hojas de Balance de Alimentos publicadas por la FAO, en las cuáles se ve reflejada la cantidad de alimentos disponibles para el consumo humano por año. A nivel microsocioal, se evalúan las estrategias de consumo de las familias, formadas por las prácticas, creencias y valores a cerca de quien debe comer determinado alimento y por qué, pues es dentro de cada hogar donde se decide el destino de los ingresos y egresos, preparación, distribución de alimentos. También resulta útil la realización de encuestas rápidas y sistemas locales de información, las cuales se realizan con el fin de estudiar un fenómeno específico y medir los cambios en los grupos vulnerables.¹⁹

A nivel individual, una persona goza de Seguridad Alimentaria cuando su consumo es, siempre, mayor que sus necesidades fisiológicas, y con el fin de evaluarlo, se pueden seguir dos orientaciones: registro de la ingesta actual, ó recuerdo de la ingesta realizada en el pasado, entre estas últimas se hayan: registros de pesada, por estimación, recordatorios de 24hr, cuestionarios de frecuencia de consumo, y la historia dietética.²⁰ Estas actividades serán complementadas con estudios antropométricos, bioquímicos, y hallazgos físicos, los cuáles determinan de manera exacta el estado nutricional del paciente, el cual podrá ser normal, con sobrepeso u obesidad, ó puede padecer desnutrición, ya sea leve, moderada, grave, aguda ó crónica.

¹⁸ Depósitos de documentos de la FAO, Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria: Manual de capacitación, en: <http://www.fao.org/docrep/004/W3736S/W3736S03.htm>

¹⁹ Depósito de documentos de la FAO, Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo, en: <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0t.htm#TopOfPage>

²⁰ Depósitos de documentos de la FAO, Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria: Manual de capacitación, en: <http://www.fao.org/docrep/004/W3736S/W3736S03.htm>

Según un análisis de la serie histórica de hojas de balance argentino, realizado por Sergio Britos²¹ y Sergio Scacchia²² en el año 1998, publicado por la FAO en el año 2001, se desprende la conclusión de que en los últimos treinta años el suministro diario de energía alimentaria (SEA) por persona se ubicó por encima de 3000 kcal, sabiendo que, la recomendación diaria de energía por persona se ubican entre las 2300 y 2700 kcal. Según los resultados del estudio, los principales alimentos que contribuyen con las calorías diarias en una persona son: pan, harinas y fideos, carne vacuna, azúcar, leche, quesos, aceite de girasol, papa, verduras de hoja, arroz, naranja, manzana, banana y tomate. Grasas animales (manteca y grasa) y el vino han disminuido su importancia en la dieta, mientras que hay productos que se han sumado a la canasta alimentaria, como lo son el pollo, la cerveza, gaseosas, yogur, galletas y jugos.²³ Finalmente, arribaron a la conclusión de que en Argentina la disponibilidad de alimentos es suficiente, y aún excedente para cubrir las necesidades energéticas por persona y por día, pero, parte de la población tiene un acceso insuficiente a los mismos.

Hogares empobrecidos constituyen la base de los problemas de inaccesibilidad económica a los alimentos y por ende a la instalación de la inseguridad alimentaria, tanto a nivel poblacional como familiar. Para hacer frente a esta situación, han desarrollado prácticas que les permiten acceder a mayor cantidad y/o calidad de alimentos, como lo son la diversificación de las formas y fuentes de ingresos, variar fuentes de autoabastecimiento, el manejo de la composición familiar y la autoexplotación. Las elecciones priorizan los alimentos considerados mas rendidores, además de ser baratos, y que deben llenar y gustar, siempre siguiendo la representación de la imagen de un “cuerpo fuerte”. De esta manera se componen las canastas alimentarias, con un gran porcentaje aportado por los hidratos de carbono (pan, azúcar, fideos, papa), y también de grasas (carnes grasas) que proporcionan mayor saciedad, resultan en canastas alimentarias sin la adecuada calidad nutricional, mucho volumen pero baja calidad.²⁴

²¹ Britos, Sergio. Licenciado en Nutrición. Profesor Titular de Política Alimentaria y Economía de la Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina, UBA. Director Asociado del Centro de Estudios de Nutrición Infantil (CESNI). Director de Seguridad Alimentaria de EticAgro. Integrante del Programa de Agronegocios de la Facultad de Agronomía, UBA.

²² Sacchia, Sergio. Licenciado en Nutrición. Profesor Titular de Política Alimentaria y Economía Alimentaria en Universidad FASTA. Profesor adjunto de Administración de Servicios Alimentarios y Habilitación Profesional en la Universidad de Belgrano.

²³ Servicio de Planificación, Estimación y Evaluación de la Nutrición (ESNA) de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Perfiles Nutricionales por Países- Argentina, en: <ftp://ftp.fao.org/ag/agn/nutrition/ncp/arg.pdf>

²⁴ Aguirre, Patricia, ob.cit, p.122.

Según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (I.N.D.E.C), el precio de la Canasta Básica Alimentaria, la cual se ha determinado en función de los hábitos de consumo de la población, es de \$218,26 y la Canasta Básica Total, en la cual se incluyen de bienes y servicios no alimentarios, es de \$482,67, al mes de mayo del año 2012.²⁵ La misma es utilizada para representar el consumo mínimo de alimentos para un hogar de referencia.

El cálculo de los hogares y personas bajo la Línea de Pobreza se elabora en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). A partir de los ingresos de los hogares se establece si éstos tienen capacidad de satisfacer – por medio de la compra de bienes y servicios- un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales. El procedimiento parte de utilizar una Canasta Básica de Alimentos (CBA) y ampliarla con la inclusión de bienes y servicios no alimentarios, con el fin de obtener la Canasta Básica Total (CBT). Los resultados mensuales de la CBA son evaluados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) para determinar el Índice de Precios al Consumidor (IPC), es decir, el costo de vida. Una familia se considerará pobre cuando su nivel de ingreso o consumo esté por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas. Para calcular la incidencia de la misma, se analiza la proporción de hogares cuyo ingreso no supera el valor de la CBT; para el caso de la indigencia, se analiza la proporción cuyo ingreso no supera la CBA. ²⁶ Alimentos como pan, galletitas saladas, galletitas dulces, arroz, harina de trigo, otras harinas (ejemplo maíz), fideos, papa, batata, azúcar, dulces, legumbres secas, hortalizas, frutas, carnes, huevos, leche, queso, aceite, bebidas edulcoradas, bebidas gaseosas s/edulcorar, sal fina, sal gruesa, vinagre, café, yerba y té, constituyen la Canasta Básica Alimentaria, según informa el INDEC.²⁷ Estas familias se hallan en una situación muy crítica desde el punto de vista nutricional, y son las que padecen con más frecuencia afectaciones en su estado de salud. Obesidad en las mujeres (gordura por escasez) y desnutrición crónica en los niños son los tipos de malnutrición que prevalecen, pues estos sectores de la población no comen lo que quieren ni lo que saben; comen lo que pueden, y la educación, la asistencia alimentaria, los ingresos, se encuentran involucrados en la ingesta dietética de los mismos.

²⁵ INDEC, Valores mensuales de la Canasta Básica de Alimentos (CBA) y de la Canasta Básica Total (CBT) para el Adulto Equivalente, en: http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=84

²⁶ - - - Pobreza: Línea de Pobreza y Canasta Básica, en: http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id_tema=84

²⁷ - - - Valorización Mensual de la Canasta Básica Alimentaria y de la Canasta Básica Total, en: http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/74/canasta_03_11.pdf

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada entre los años 2004 y 2005 en todo el país, demuestra que el estado nutricional que prevalece en niños y niñas entre los 6 meses y 5 años de edad es la obesidad, con un porcentaje promedio del 6.5%. Los objetivos de la misma fueron: Obtener información sobre el estado de nutrición y salud de la población encuestada; Cuantificar la magnitud y distribución de los principales problemas nutricionales, evaluar factores asociados, y contribuir a la construcción y ajuste de políticas de Estado en torno a la nutrición, salud y alimentación. Se realizaron valoraciones antropométricas, bioquímicas, socioeconómicas y demográficas, a cerca de la seguridad alimentaria, lactancia materna, programas sociales y desarrollo del niño, morbilidad, salud reproductiva y sexual, evaluación de los servicios de salud y de ingesta de alimentos. En referencia al último ítem, niños de 6 a 23 meses, consumen principalmente lácteos (34%), seguidos por los cereales (27%) y azúcares (12%). Carnes, frutas y hortalizas suman un 10%. El aporte de grasas es de un 7%. Aquellos que poseen entre 2 y 5 años, consumen en mayor proporción cereales (34%), a los cuáles le sigue el consumo de lácteos (20%), carnes (12%) y por último se ubican frutas, hortalizas y grasas con un promedio del 8%.²⁸

Por encontrarse la seguridad alimentaria estrechamente relacionada con las condiciones de acceso a la alimentación, resulta oportuno no solo el estudio de las capacidades de compra, sino también las políticas públicas, y así observar por que algunos tienen acceso a una alimentación adecuada y oportuna, y otros, desgraciadamente, no.²⁹ El acceso al alimento queda conferido al accionar del mercado -por la capacidad de compra- y el Estado, por las políticas públicas que inciden sobre los precios de los alimentos, en el mercado de trabajo, ó actúan a través de acciones asistenciales que compensan la caída de los ingresos. Resulta primordial identificar la índole y el nivel de los problemas de seguridad alimentaria, como primer paso para la elaboración de una estrategia encaminada a mejorarla. Aunque algunos problemas que afectan a los hogares pueden afrontarse a nivel nacional, y algunos inconvenientes nacionales se resolverán mediante el aumento de los derechos de los hogares, la interacción entre los diferentes niveles de seguridad alimentaria tiene una importancia fundamental en la elaboración de una respuesta eficaz.³⁰

²⁸ Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Propuestas de la Gente, Propuestas para el país, en: <http://msal.gov.ar/htm/Site/ennys/site/default.asp>

²⁹ Aguirre, Patricia, ob. cit, p. 81

³⁰ Depósito de Documentos de la FAO: Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria: Seguridad Alimentaria, Marco Conceptual, en: <http://www.fao.org/docrep/004/W3736S/W3736S03.htm>

La alimentación de cualquier grupo humano pone en juego todas las Instituciones Sociales, entendiéndolas como un sistema de convenciones duraderas y organizadas, conteniendo un conjunto de normas, relaciones, procesos e instrumentos materiales, y dirigidas por una estructura reconocible dentro de la sociedad. Dentro de éstas podemos mencionar a la Familia, base de la sociedad; el Mercado, como conjunto de normas sociales; la Iglesia, que con su aporte permite a las sociedades entender el sentido de la existencia, el orden, la jerarquización y las tradiciones; el Sistema Educativo, desde el cual se aprenden las estrategias que dan lugar las divisiones sociales cuya principal característica es la existencia de clases sociales; el Poder Judicial, encargado de dar la garantía y marcos normativos donde el individuo se pueda recrear en su vida cotidiana; el Municipio, como planificador; y el Sindicato, administrador de la fuerza laboral.¹

Las Instituciones Sociales se ven involucradas en el acceso a la alimentación de los diferentes grupos humanos porque ésta acción implica la producción, distribución y consumo de bienes y símbolos que legitiman qué y por qué puede comer cada quién. El Estado debe fortalecer los mecanismos para garantizar que la población tenga acceso a alimentos suficientes y de óptima calidad, por ser éste es un derecho básico de todo ser humano. Desde el Congreso, en el marco de un proyecto de ley para establecer la soberanía alimentaria, se sostiene que:

“La política social y la política agraria deben ser los eslabones fundamentales para erradicar la desigualdad. El acceso a la alimentación es un derecho social básico, además de un derecho humano, que no debe discriminar entre pobres y ricos. El ejercicio real de este derecho debe ser una política de Estado, que debe garantizar el acceso igualitario de toda la población a las herramientas productivas, a los medios de producción y a los alimentos”²

Respecto a la Política Agraria, existen sectores que fomentan el crecimiento económico, pero solo algunos promueven el desarrollo. Se debe delinear un perfil productivo para el país, que haga hincapié en los sectores que demandan mayor mano de obra y la incluyan laboralmente en condiciones decentes.³

¹ Aguirre Patricia, Seguridad Alimentaria: Una visión desde la antropología alimentaria, en: <http://www.suteba.org.ar/download/trabajo-de-investigacin-sobre-seguridad-alimentaria-13648.pdf>

² García Susana, El acceso a los alimentos debe ser una política de Estado, en: http://www.dipsusanagarcia.com.ar/?pagina=noticia_prensa&id=44

³ Ibid.

Las Políticas Sociales son:

“Mecanismos de intervención social del Estado que surgidos a mediados del siglo XIX como respuesta a las manifestaciones de la Cuestión Social. Así, se constituye en una fuerza activa (que se institucionaliza) que interviene en el ordenamiento de las relaciones sociales, participando en procesos de mantenimiento del orden social, y de construcción de legitimación de los proyectos sociales vigentes, así como también supone procesos de lucha por la búsqueda y definición de los problemas sociales que deben ser atendidos públicamente y la distribución de los recursos necesarios para atenderlos.”⁴

Dichas políticas tienen por objetivo llegar a niveles muy bajos de desempleo, pobreza e indigencia, reducir las brechas de desigualdad en el acceso a los recursos fundamentales para la inclusión social y contribuir a romper de manera definitiva el ciclo de reproducción de la pobreza. Cuando un Gobierno desarrolla este tipo de Políticas, a partir del diagnóstico de la situación social del país y la definición del perfil a seguir, debe reconocer tres grandes problemáticas. En primer lugar se encuentra la pobreza estructural, que posee fuertes carencias en términos de infraestructura, bajo capital humano, social y cultural, e implicancia en términos de políticas públicas. A ésta le sigue el sector informal dinámico, que si bien está dentro del mercado laboral, posee baja capacitación, factor que lo instala bajo la línea de pobreza. Por último, el trabajo en condiciones precarias, inestables y con remuneraciones insuficientes para satisfacer necesidades básicas.⁵

Estas problemáticas deben ser abordadas a través de políticas públicas y sociales articuladas, que cuenten con sistema integral de financiamiento para cubrir a la totalidad de excluidos e inhibir la multiplicación de programas sin contacto entre sí, siempre pensando en una propuesta superadora con el propósito de incluir progresivamente al conjunto de la población, es decir, tendiente a la universalidad y la igualdad, principio vital que debe instrumentarse a través de: la cobertura en los niños y ancianos y de quienes sufren las consecuencias de problemas tanto laborales como de salud.⁶

⁴ Bruzzone, María Paula; Pérez, Daiana; Piñeyro, María Virginia; Ruiz Díaz, Laura; y Vecino, Paula, El Plan Más Vida: Breve reseña histórica y las implicancias de su reciente tarjetización, en: <http://plazapublica.fch.unicen.edu.ar/docs/nro3/Bruzzone%20y%20otras.pdf>

⁵ Arroyo, Daniel, “**Políticas Sociales: Ideas para un debate necesario**”, Buenos Aires, La Crujía, 2009, p.106

⁶ Ibid.

Cabe destacar que un punto clave es contener a la pobreza con un programa de ingresos, asistencia en salud, educación y acceso a todos los servicios básicos, lo que requiere que el núcleo de la política social en Argentina deba sentar sus bases en la extensión del salario familiar universal a todo el conjunto de la población; la articulación entre el ámbito social y el económico, y en la idea de que la política social se relaciona con los derechos y encadenamientos productivos.⁷

En Argentina podemos encontrar diversos tipos de Políticas Sociales. La primera está relacionada con el sector alimentario. Municipios comenzaron a desarrollar este tipo de manejo de recursos por dos vías: la distribución de alimentos recibidos desde el nivel nacional, y a través de la generación de una cadena de valor propia, acordada con productores o comerciantes locales, los cuáles se encargaban de entregarles parte de su producción para su posterior distribución entre los hogares más encarecidos. El otro tipo de Política es la establecida en el eje socio-económico, es decir, a nivel productivo, micro emprendimientos. Los Gobiernos Locales advierten que de esta manera se generan incentivos sustentables, y aunque muchos de ellos han sufrido grandes fracasos, sostienen que ésta es la única vía para permitir al productor insertarse en el mercado, generar ingresos propios, y más importante aún, promover capacidades productivas para seguir creciendo. Por otra parte, aquella relacionada con la Capacitación, obliga a los mandatarios al planeamiento y puesta en marcha de actividades que tengan como fin fortalecer instituciones ya construidas para promover redes y articular a la gente del lugar. La misma se desarrolla con el objetivo de generar instancias de servicios urbanos con recursos humanos capacitados en oficios que puedan insertarse en el circuito económico local. La vinculada con el Empleo, tiene como fin garantizar una política social acompañada de capital de trabajo, para que no quede reducida al simple otorgamiento de subsidios ante la imposibilidad real que tendrán los destinatarios de interactuar con el mercado laboral.⁸

Resulta imprescindible el desarrollo y puesta en marcha de Políticas Alimentarias⁹, manifestadas a través del accionar de un Estado presente, con la intención de transformar la calidad de vida de la gente.

⁷ Arroyo, Daniel, ob. cit, p. 114

⁸ ibid, p. 71

⁹ Aspectos políticos relacionados con la producción, el control, la inspección y la distribución de alimentos.

En hogares encarecidos, uno de los ejes de preocupación radica en cómo conjugar de la mejor manera factores como la nutrición, satisfacción del apetito y bajo costo. Las representaciones sobre la alimentación circulan básicamente en torno a dos espacios: el económico y el nutricional. En el primero se ven involucrados los escasos ingresos del hogar y el constante aumento de precios; y el segundo espacio está relacionado con la tensión de calmar el apetito, de alimentarse.¹⁰

“En Argentina la alimentación está en crisis no porque haya problemas en un área sino porque se presentan simultáneamente en todas ellas. Respecto de la producción estamos al borde de una crisis de sustentabilidad, respecto a la distribución, enfrentamos una crisis de equidad, y desde el punto de vista del consumo, sufrimos una crisis de comensalidad.”¹¹

La participación del Estado en áreas estratégicas como el fomento de la producción y abastecimiento de alimentos para el mercado interno, el financiamiento de la agricultura, el desarrollo de programas de protección social y la suscripción de acuerdos comerciales, permite a los países desarrollar mejores capacidades para amortiguar la crisis alimentaria y la volatilidad de los precios de los alimentos. Identificar sectores en condiciones de alta vulnerabilidad es una acción muy eficiente cuando se tiene por objetivo desarrollar y poner en marcha nuevas estrategias de integración social. Los sectores se pueden dividir en tres grupos. El primero involucra a la población que se padece de pobreza estructural, es decir, un grupo en el que sus relaciones sociales reproducen el círculo de la pobreza, posee poco vínculo con el sistema educativo, resulta afectado con el aumento del costo de vida, por la crisis de la economía real, posee problemas de inserción laboral y carece de servicios básicos. Al segundo se lo puede denominar “sector precarizado”. Se identifica con el sector del labor informal, entre los que se encuentran aquellos que ejercen oficios y pequeños emprendedores que realizan algo productivo, y comparten problemas en lo referente a la previsión social, de salud y de condiciones regulares de trabajo. El último segmento es el de los jóvenes, aquellos que no estudian ni trabajan, y que no sólo padecen de pobreza e indigencia sino también sufren por haber perdido la esperanza de ascenso social.¹²

¹⁰ Arroyo Daniel, ob cit. p. 42

¹¹ Aguirre, Patricia, Seguridad Alimentaria, en: <http://www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/III/Políticas%20alimentarias/Aguirre.pdf>

¹² ibid, p.98.

A fines del siglo XX el pleno empleo se diluye como objetivo prioritario de la política pública, y en su lugar se extiende el desempleo estructural, junto a la precariedad e inestabilidad laboral. En consecuencia, muchas personas transitan por un espacio de vulnerabilidad laboral, sin la garantía de empleo, ingreso ó condiciones mínimas de calidad de los puestos de trabajo. Tener en cuenta la macroeconomía del país y el perfil productivo nacional resulta de suma importancia para determinar cuáles son las actividades que se deben fomentar, y de esta manera incrementar las posibilidades de adoptar un empleo y como consecuencia mejorar los ingresos y el acceso a los alimentos. Para considerarlos, se requiere que además sean culturalmente aceptables y se produzcan en forma sostenible para el medio ambiente y la sociedad. El suministro de alimentos no debe interferir con el disfrute de otros derechos humanos, por ejemplo: no debe costar tanto adquirir suficientes alimentos para tener una alimentación adecuada, que se pongan en peligro otros derechos socioeconómicos, o satisfacerse en detrimento de los derechos civiles o políticos.¹³

Para alcanzar la Seguridad Alimentaria, la principal decisión es la de formular una Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria, que parta de la situación real y defina la visión integral de lo que el país quiere alcanzar. Dicha estrategia debería procurar aumentar la inversión en la agricultura, desarrollar y fortalecer los mercados agrícolas nacionales y locales para que sean más eficientes y transparentes. El desarrollo de programas de acceso a los alimentos para los grupos de población por razones estructurales, ó debido a eventos catastróficos ó déficit de oferta en los mercados, la puesta en marcha de estrategias y programas integrales de educación en seguridad alimentaria y nutricional para formar hábitos saludables de alimentación, conduciría a eliminar las brechas diferenciales, respecto al acceso a los alimentos, entre grupos de población.¹⁴

En Argentina, a principios de los años '90, con el retorno democrático, bajo la presidencia de Raúl Alfonsín, se vivió una gran crisis socioeconómica que afectó al país entero, y se reconoció por primera vez, el deterioro en las condiciones alimentario-nutricionales de una porción significativa de la población, a partir de lo cual se implementaron nuevas modalidades de intervención social a través de programas asistenciales masivos.¹⁵

¹³ Arroyo, Daniel, ob. cit, p. 116

¹⁴ Aguirre, Patricia, ob. Cit p.71

¹⁵ Britos, Sergio; O'Donnell, Alejandro; Ugalde, Vanina; Clacheo, Rodrigo, Programas Alimentarios en Argentina, en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/35-programas.pdf>, p.23

El Gobierno de entonces impulsa el primer *Programa Alimentario Nacional (PAN)*, el cuál distribuía una caja de alimentos secos cada mes a cada uno de los hogares en situación de inseguridad alimentaria, con los que se cubría el 30% de los requerimientos nutricionales de una familia de cuatro personas, y el costo de cada una era de 550 pesos argentinos. Además se realizaban actividades con el fin de reunir a las madres para brindarles educación alimentaria, charlas sobre saneamiento ambiental, se estimulaban las compras comunitarias, así como también detección de problemas de escolaridad en los más chicos y control de crecimiento. En el año 1989 fue reemplazado por Bonos Alimentarios, los cuáles consistían en chequeras con bonos canjeables en los comercios por productos alimenticios. Las mismas eran distribuidas mensualmente. Debido a escándalos generados en su entorno por un mal control en la recepción y distribución, por parte de diputados y políticos, fue discontinuado.¹⁶

Una década después, se inscriben dos fondos destinados a programas alimentarios: el Fondo del Programa Social Nutricional (PROSONU) y el fondo de Políticas Sociales Compensatorias (POSOCO). El primero financiaba las prestaciones alimentarias en escuelas (comedores escolares), con la finalidad de asegurar una alimentación y estado nutricional saludable a los niños de 2 a 14 años con necesidades básicas insatisfechas (NBI). El fondo de Políticas Sociales Compensatorias, por su parte, realizaba diferentes acciones comunitarias, como comedores comunitarios e infantiles o la entrega de bolsones de alimentos. Por otra parte, surgen programas como el Programa Materno-Infantil y Nutricional (PROMIN), Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI) y Apoyo Solidario a Mayores (ASOMA), sin dejar de lado aquellos iniciados o sostenidos por organizaciones sociales u organismos no gubernamentales que construyeron una parte sustancial de la matriz de asistencia social alimentaria.¹⁷

El Programa Materno Infantil y Nutricional, está destinado a mujeres embarazadas y a niños y niñas de hasta 5 años y se desarrolla en todos Centros de Salud y Centros Médicos Barriales, es totalmente gratuito, y brinda servicios de control de embarazo y del niño sano, así como de promoción de la lactancia materna.¹⁸

¹⁶ Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), Programas Alimentarios en Argentina, La historia más reciente y los nuevos escenarios, en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/35-programas.pdf>

¹⁷ *ibid.*

¹⁸ Britos Sergio, y otros, *ob. cit.*, p.12.

Entre los objetivos principales se encuentran: disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil a través de la mejor focalización y el mejor diseño, aplicación y responsable del Área de Nutrición; la coordinación de los servicios y efectores de salud, nutrición y enseñanza preescolar; promover el mejor desarrollo psicosocial de los niños de 2 a 5 años; y mejorar la eficiencia y eficacia de los programas de comedores escolares. Las mujeres embarazadas y los niños durante el primer año de vida deben realizarse controles mensuales de salud. Los niños de 2 a 5 años deben asistir a control cada 4 meses, para comprobar si el crecimiento y el desarrollo son adecuados. Se entrega a los beneficiarios alimentos como: leche, además hierro para prevenir y tratar anemias, y vitaminas, como refuerzo nutricional.

En el año 2001 se desata una fuerte crisis económica en el país: hambre y desnutrición cobraron gran repercusión en la opinión pública, y fue creado el Programa de Emergencia Alimentaria (PEA): se produjo una transferencia de fondos a las provincias para que cada una se organice en forma independiente en la asistencia alimentaria. Dos años después, Presidente Kirchner lanza el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria -Hambre Más Urgente- con el fin de realizar un aporte a las necesidades alimentarias del hogar y fomentar aquellos mecanismos que privilegien el ámbito familiar y el fortalecimiento de redes solidarias en la comunidad.¹⁹

A comienzos del año 2007, el Ministerio de Desarrollo Social asumió el desafío de implementar nuevas políticas sociales que favorezcan la construcción ciudadana y el ejercicio pleno de sus derechos. En dicho contexto se encuentra el cambio realizado en los programas alimentarios del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires, el cual implicó la sustitución de la entrega de alimentos a las familias, por una tarjeta de compra, emitida por el Banco Provincia, para la adquisición de productos alimentarios en los comercios. Esta tarjeta se sustituye la entrega de cajas o bolsones y complementa, desde el punto de vista nutricional, el accionar de los comedores comunitarios más precarios.²⁰ El objetivo que se persigue es mejorar la calidad de vida y la seguridad alimentaria de las familias beneficiarias; favoreciendo con una mayor autonomía por parte de las mismas.

¹⁹ Ministerio de Desarrollo Social, Resolución Ministerial: Plan de Seguridad Alimentaria, en: <http://www.rlc.fao.org/iniciativa/pdf/PNSArgen.pdf>

²⁰ Rebón, Marcela, **“Plan Más Vida: Nuevas estrategias en seguridad alimentaria. La experiencia con la Tarjeta Alimentos”**, Buenos Aires, Ministerio de Desarrollo Social, 2009, p.15

Se encuentra en vigencia bajo este tipo de accionar, en hogares de la Provincia de Buenos Aires con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) superior al 40%, el *Plan Mas Vida*, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de nutrición, crecimiento y desarrollo de la población materno-infantil.²¹ Surge en el año 1994, en un contexto provincial con un porcentaje de desnutrición infantil que rondaba el 21.8%, situación que se propone enfrentar y revertir con la provisión de leche y un suplemento nutricional de alimentos a embarazadas y/o niños menores de 6 años de edad, con controles de niño sano, del embarazo, y capacitación en temas relacionados con lactancia, cuidados prenatales, maternidad adolescente y puerperio. Se dictan actividades de promoción de la salud, desarrollo de acciones de autogestión e interrelación barrial, capacitación en temas de organización comunitaria y elaboración de diagnósticos participativos.²²

El Plan se encuentra incluido dentro del Programa Materno Infantil y está dirigido a embarazadas, madres en período de lactancia y niños en situación de pobreza desde los 6 meses de vida hasta el ingreso al primer año de educación general básica, EGB. La prestación de servicios se efectiviza a través de dos vías: por un lado, una tarjeta de débito emitida por un banco de la Provincia de Buenos Aires y permite acceder a un monto fijo que el Ministerio de Desarrollo Social acredita mensualmente a cada beneficiaria según su número de hijos. Se encuentra destinada a la compra de alimentos, es intransferible y cuenta con un monto mensual de \$100 para manzaneras, comadres y madres con dos o más hijos de 0 a 5 años y de \$80 para aquellas madres con un hijo o en período de embarazo. La otra vía por la cuál se efectúa la prestación de servicios en la ciudad de Benito Juárez, es la entrega mensual de alimentos a cada madre beneficiaria, correspondiendo ½ Kg. de leche en polvo entera por hijo. En caso de que la mujer se encuentre embarazada, se contabiliza como 1hijo a partir del tercer trimestre de embarazo. Aquellas familias compuestas por cuatro integrantes reciben mensualmente por parte del municipio de la ciudad de Benito Juárez, una bolsa de alimentos entre los que se encuentran: yerba 1 y 1/2kg, azúcar 1kg, puré de tomate 1 caja, tomate triturado 1 botella, fideos tallarín y guiseros 2 paquetes de cada uno, leche en polvo 1kg, lentejas 1 bolsa de 500gr, flan de caja 1pack, arroz 1kg, polenta 1 kg, dulce de membrillo 1 caja, albóndigas conservadas 1 tarro. Se refuerzan las entregas en caso de que las mismas se encuentren integradas por más personas.²³

²¹ Subsecretaría de Políticas Sociales, Plan Más Vida, en: http://www.desarrollosocial.gba.gov.ar/subsec/politicas_sociales/programas/masvida.php

²² Rebón, Marcela, ob. cit p. 21

²³ Este dato ha sido aportado por personal de la Secretaría de Desarrollo Social, ciudad de Benito Juárez.

Cabe destacar que al momento de la entrega de la Tarjeta, los beneficiarios reciben un listado de alimentos permitidos y sus características nutricionales, entre los cuales se hayan: Lácteos, frutas y verduras, carnes, panes, cereales y derivados, legumbres, aceite, azúcar y sal, el cual hace hincapié en disminuir el consumo de los últimos dos grupos alimentarios, por su contribución a la aparición de enfermedades como lo son la obesidad, el sobrepeso e hipertensión, todos dañinos para la salud.²⁴

“La Tarjeta Visa Alimentos otorga a las familias destinatarias mayor capacidad de elección de los comestibles que consume y, fundamentalmente, permite avanzar hacia un proceso de fortalecimiento en el acceso a una mejor nutrición, promoviendo la comensalidad en el hogar, la salud y la inclusión educativa. Además, se realiza la entrega diaria de leche a las familias, a través de las trabajadoras vecinales y/o a través de los municipios en los distritos recientemente bancarizados.”²⁵

Las privaciones crónicas impiden a los hogares lograr el sustento diario. La mayor parte de los beneficiarios del Plan no cuenta con un ingreso estable. En el caso de las mujeres, el mayor porcentaje son amas de casa, cuya actividad principal gira en torno a la crianza de sus hijos, lo que en general impide el alejamiento del hogar para la realización de trabajos remunerados, en muchos casos esporádicos o precarios. Poseen bajo nivel de escolaridad, viven con sus parejas o familiares, muchas alquilando y otras tantas compartiendo terreno con sus padres o suegros. Por otra parte, son muchas las dificultades para acceder a las guarderías de los barrios, ó poseer tecnología para progresar en el mundo laboral. Hoy en día, la actividad que más se repite en estas familias es la changa.²⁶ Frente a la inestabilidad laboral, este Plan significa para estos hogares un ingreso más estable que el proveniente del mundo del trabajo remunerado.

²⁴ ibid.

²⁵ Ministerio de Desarrollo Social, Plan Más Vida, en: http://www.desarrollosocial.gba.gov.ar/subsec/politicas_sociales/programas/masvida.php

²⁶ Rebón, Marcela, ob. cit, p. 40.

La gestión social impulsada por el Estado, debe propiciar diseños institucionales que integren los impactos de las políticas y las acciones, con la participación de personas como actores y no destinatarios pasivos.²⁷

“Aunque se valore sobremanera la importancia de contar con un puesto laboral, esto no siempre es factible, a la vez que predominan las ofertas de empleo precario; todo ello representa una fuente de inestabilidad frente a la certeza de la asignación mensual provista por los planes. En consecuencia, aún cuando exista la posibilidad de “blanquear” una relación laboral, se genera el dilema de decidir entre una u otra opción (ya que el empleo registrado produce el cese del beneficio asistencial, a lo que se suma la incertidumbre provocada por el período de prueba, que conlleva el fantasma de la peor situación posible, es decir, perder el trabajo y no recuperar el plan). En tales circunstancias, las destinatarias reciben el ingreso mensual provisto por el PMV como un aporte que ellas realizan a la economía del hogar.”²⁸

En una situación marcada por la pobreza y la exclusión de muchos grupos sociales, la reflexión sobre los medios de acción disponibles, recursos y escenarios alternativos de la política social, resulta una práctica fundamental en el alcance de la optimización de las condiciones de vida de nuestra sociedad. Para fortalecer el carácter alimentario de las asignaciones familiares, el programa debe acompañarse de una estrategia de educación alimentaria con orientación para la compra de alimentos. Resulta entonces particularmente importante la evaluación de este programa nutricional, llamado Plan Más Vida, que se encuentra satisfaciendo las necesidades sociales básicas de una gran parte de las familias bonaerenses. Disponer de información oportuna y relevante, permite clarificar opciones decisivas de movilización de recursos, así como también verificar el progreso de cada una de las actividades que han sido planeadas, sin dejar a un lado los resultados que de ellas se derivan. Al mismo tiempo, pueden anticipar riesgos y amenazas existentes. Se trata de detectar y valorar de manera oportuna las fortalezas y deficiencias de ejecución, y de esta manera, definir si el plan de acción impuesto es el camino más conveniente para alcanzar los objetivos planteados.²⁹

²⁷ Arroyo, Daniel, ob. cit, p.104

²⁸ Rebón, Marcela, ob. cit, p.41

²⁹ Arroyo, Daniel, ob. cit, p.19.



CAPITULO 3

“ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA LOS 2 AÑOS DE EDAD”

“El estado nutricional de la mujer, antes, durante y después del embarazo, contribuye a su propio bienestar general, pero también al de sus niños y otros miembros de la familia. El campo de la nutrición materna focaliza la atención a las mujeres como madres. A menudo se concentra en su estado nutricional principalmente pues éste se relaciona con el bienestar de los niños que engendra y su capacidad de amamantarlos, nutrirlos y cuidarlos. La salud y el bienestar de la madre como tal han sido relativamente descuidados. Tal es así que, el campo de la salud materno-infantil enfatiza al niño y a la prestación de servicios y atención de la mujer a fin de que pueda tener embarazos y lactancias exitosos, también en interés del niño, sin preocuparse demasiado por la madre. La función dual de las mujeres como madres y trabajadoras productivas se ve afectada por las dietas deficientes y la mala salud, y no sólo su propio bienestar sino el de toda la familia. La carga excesiva de trabajo puede llevar a la mujer con bajo consumo de alimentos al borde de la malnutrición.”¹

Son múltiples los factores que interactúan para determinar el avance y resultado final del embarazo, uno de ellos es el estado nutricional de la mujer embarazada. Las evaluaciones nutricionales reflejan directamente el estado nutricional, e indirectamente el crecimiento del feto, y más tarde la cantidad de leche materna.²

TABLA 1. AUMENTO DE PESO RECOMENDADO PARA MUJERES EMBARAZADAS BASADO EN EL INDICE DE MASA CORPORAL³

Categoría de peso basada en IMC.	Aumento total de peso (kg).	Aumento en el 3er trimestre (kg).	Aumento semanal en el 2do y 3er trimestre (kg).
Bajo peso (IMC < 19.8)	12.5- 18	2.3	0.49
Peso normal (IMC = 19.8- 26)	11.5- 16	1.6	0.44
Sobrepeso (IMC > 26- 29)	7- 11.5	0.9	0.3
Obesidad (IMC > 29)	6		

Fuente. Adaptado de: Marie Krause, **Krause Nutrición y Dietoterapia**, Interamericana-McGraw-Hill, Octava Edición, p.154.

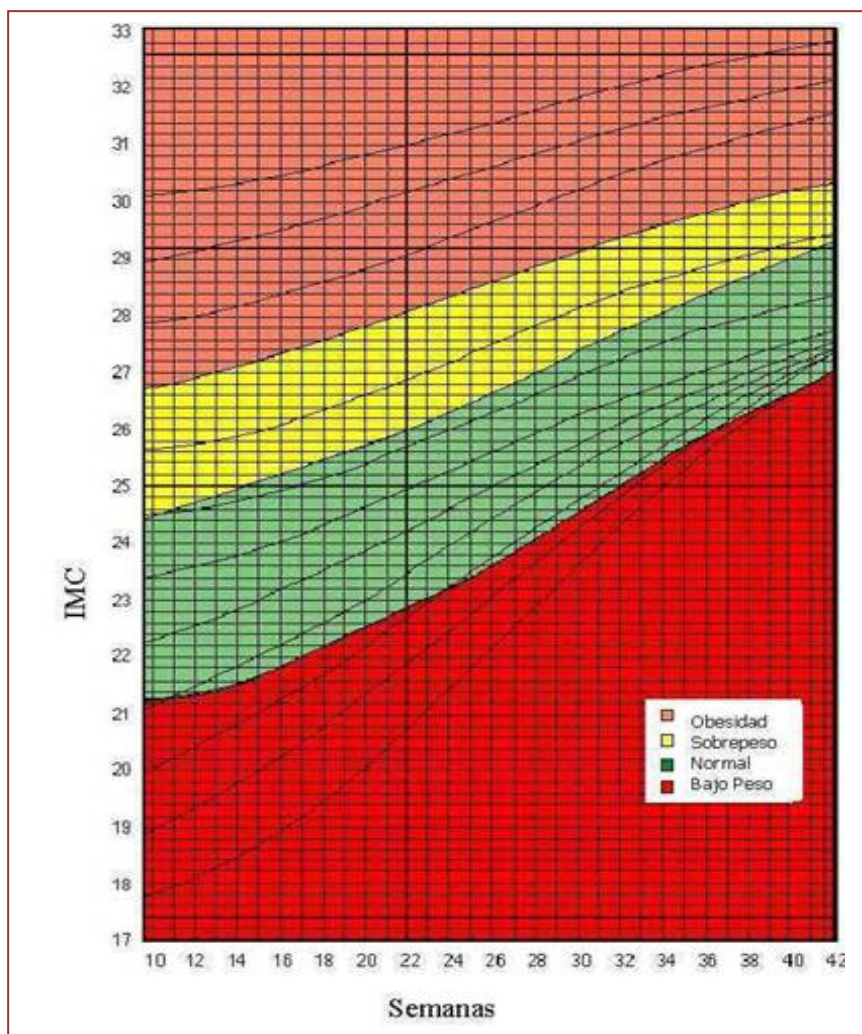
¹ Depósito de Documentos de la FAO, Nutrición humana en el mundo en desarrollo, en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0a.htm>

² Organización Mundial de la Salud (OMS), Mujeres embarazadas y mujeres lactantes, en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_\(chp3\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_(chp3)_spa.pdf)

³ Índice de Masa Corporal (IMC): peso (kg)/ altura (m)²

Evaluaciones del tipo antropométricas se realizan tanto para evaluar el estado nutricional de la embarazada, como para predecir de qué manera se afrontan las exigencias del embarazo e identificar aquellas que se beneficiarán más con las intervenciones nutricionales.⁴

GRÁFICO 1. Curva de incremento de peso para embarazadas según el Índice de Masa Corporal. .



Fuente: Mardones Santander Francisco, ¿Existe solo una curva de ganancia de peso durante el embarazo?, en: <http://www.respyn.uanl.mx/vii/2/editorial/editorial-mardones.htm>

⁴ Marie Krause, ob. cit, p.154.

La desnutrición de la madre produce principalmente disminución del peso de nacimiento del niño. En la práctica, el Equipo de Salud deberá incorporar la evaluación nutricional en futuras madres complementada con educación alimentaria, como una parte de la consulta prenatal. Toda aquella información referente al estado nutricional actual, pasado, consumo alimentario, edad, ocupación, actividad física, paridad, las condiciones socioeconómicas y el nivel de educación, permite seleccionar a quienes estarán en alto riesgo para poder proponer medidas preventivas.⁵

Tabla 2. Criterios de riesgo según el Estado Nutricional

Estado Nutricional	Riesgo	Conducta
Normal	Bajo riesgo	Educación nutricional y seguimiento.
Bajo Peso	Alto riesgo	Recuperación nutricional inmediata.
Sobrepeso y Obesidad	Alto riesgo	Derivación a nutricionista. Recordar que debe aumentar al menos 7 Kg a lo largo de su embarazo.

Fuente: Dr. Enrique O y otros, ob.cit, p.91

La prevalencia de anemia por déficit de hierro en mujeres embarazadas argentinas es del 30,5%, según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS, 2004- 2005).⁶ Dicho estado nutricional trae aparejado un aumento del riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer y este último puede ser consecuencia, además, de un déficit en el consumo de folatos, segunda causa de anemia durante el embarazo. También se puede desarrollar anemia megaloblástica o nacimiento prematuro.⁷ Otros resultados relevantes que arroja la encuesta se relacionan con un consumo ineficiente de energía, alcanzando el 64% en la población argentina total de mujeres embarazadas. Aquellas que viven bajo condiciones de indigencia, superan el 64%, hogares pobres se sitúan entre el 60% y 65%, mientras que en hogares no pobres la ingesta insuficiente de energía alcanza al 60%.⁸

⁵ Enrique Abeyá Gilardon, Elvira B. Calvo, Pablo Durán, Elsa N. Longo, Dra. Carmen Mazza, **Evaluación del estado nutricional de niños, niñas y embarazadas mediante antropometría**, 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2009. p.92.

⁶ Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Plan Federal de Salud, en: www.bvs.org.ar/pdf/resultados.ppt

⁷ Brown, Judith, ob.cit, p.103

⁸ Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, ob.cit.

Por ser el embarazo una época de crecimiento y necesidades adicionales de nutrientes, resulta de suma importancia la ingesta óptima de los mismos, que variará en relación con peso anterior al embarazo, la cantidad y composición del aumento de peso, la etapa de gestación y el grado de actividad.⁹

TABLA 3. Raciones dietéticas recomendadas para mujeres embarazadas.

Energía	+ o Kcal 1er trim. + 300Kcal 2do trim. + 300 Kcal 3er trim.
Proteínas (grs)	60
Vitamina A (ug)	800
Vitamina D (ug)	10
Vitamina E (mg)	10
Vitamina K (ug)	65
Vitamina C (mg)	70
Tiamina (mg)	1.5
Riboflavina (mg)	1.6
Niacina (mg)	17
Vitamina B6 (mg)	2.2
Folatos (ug)	400
Vitamina B12 (ug)	2.2
Calcio (mg)	1.200
Fósforo (mg)	1.200
Magnesio (mg)	320
Hierro (mg)	30
Zinc (mg)	15
Yodo (ug)	175

Fuente: Adaptado de: Marie Krause, ob.cit, p.163.

⁹ Brown Judith, ob cit. p.93

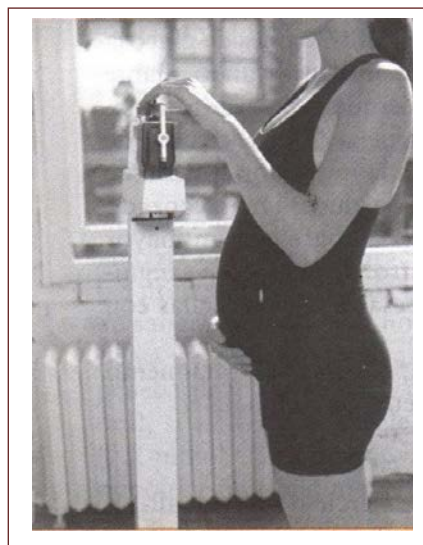
A fin de llevar un embarazo saludable, evitando el déficit de nutrientes anteriormente citados, la dieta debe ser rica en alimentos fuente. En el caso del hierro, productos de origen animal, como el hígado, las carnes rojas en general, y preparados a partir de la sangre. Entre las fuentes de origen vegetal: semillas comestibles y verduras de hojas de color verde oscuro. La diferencia entre ambos grupos de alimentos reside en que éste último posee proteínas de bajo valor biológico, y la absorción del hierro es un 50% menos que en las de origen animal. Por otro lado, entre las más ricas fuentes alimentarias de folatos podemos mencionar:

Las legumbres, los vegetales de hoja verde, cereales fortificados, frutos secos, semillas de girasol y levadura de cerveza.¹⁰

Finalizados los nueve meses de embarazo, las glándulas mamarias se hayan preparadas para alimentar al niño. La leche materna es el mejor alimento y el más completo para los recién nacidos, motivo por el cual durante los seis primeros meses de vida deben ser alimentados por la misma de manera exclusiva para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos.¹¹

La lactancia materna es un proceso vital mediante el cual la madre provee tejido vivo que opera en un amplio espectro de interacciones: nutricionales, sobre la diada madre- hijo, inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido.¹² Entre los beneficios que ofrece la alimentación al pecho se hayan: Para la madre: por favorecer el vínculo con su hijo, reducir el sangrado posparto y el riesgo de padecer anemias. Para el niño: por llegar en forma estéril, a temperatura ideal; asegurar un mejor desarrollo psicomotor, emocional y social; menor incidencia de desnutrición, de infecciones y alergias. Para la familia: por asegurar mejor desarrollo de la misma como célula social, menor gasto en medicamentos y alimentos sustitutos; y la posibilidad de utilizarla como método anticonceptivo.¹³

Imagen 2. Nutrición y Embarazo.



Fuente: Brown, Judith.

¹⁰ Depósitos de documentos de la FAO, ob.cit.

¹¹ Asamblea Mundial de la Salud, 2002, Nutrición del Lactante y del Niño Pequeño, en: http://apps.who.int/gb/archive/s/s_wha55.

¹² Lorenzo, Jessica y otros, ob.cit, p.41

¹³ ob.cit, p.50.

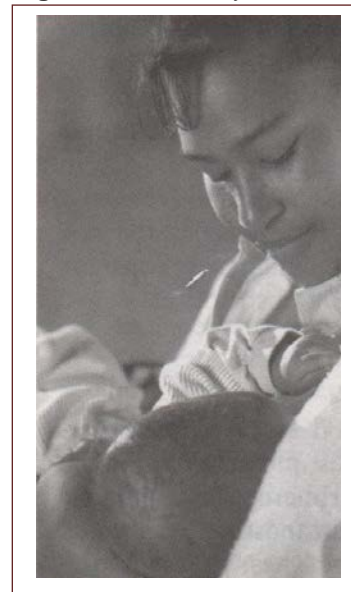
La lactancia materna posee la siguiente clasificación: Será Completa cuando el lactante sea alimentado solo a pecho; Exclusiva en caso de que no reciba otro alimento o bebida, excepto medicina o vitaminas y minerales (hasta los seis meses); Predominante cuando ingiera también pequeñas cantidades de agua o bebidas en base a ésta; y Parcial en el caso de que ingiera alimentos artificiales, alternados con la leche materna.¹⁴

Los niños nacen con reflejos que los preparan para alimentarse, entre los cuales se hayan: la búsqueda, la apertura de la boca, el girado de la cabeza y la deglución y mecanismos de regulación de la ingesta. Al comienzo de la lactancia, éstos se encuentran mediados la sensación de saciedad. En etapas posteriores los reflejos

disminuyen, y aprenden a manifestar de manera voluntaria deseos y necesidades de señalizaciones, más adelante, la posibilidad de verbalizar que tienen hambre. Entre la disminución de los reflejos, y el momento en que el niño aprende a hablar, el apetito y la ingesta de comida son regulados por factores biológicos y ambientales que interactúan entre si.¹⁵

Llegados los 6 meses de edad, se debe comenzar a introducir sólidos en la alimentación, etapa conocida como Alimentación Complementaria, definida como el momento en el que se le suministran al niño nutrientes líquidos o sólidos, por aumento en los requerimientos nutricionales, que la leche materna sola no alcanza a satisfacer. Se buscará aportar la energía, las proteínas y el hierro necesario para alcanzar el máximo potencial genético de crecimiento; estimular el desarrollo psicosensorial e integrarlo a la vida familiar; crear patrones de hábitos y horarios alimentarios; ayudar al desarrollo fisiológico de las estructuras de la cavidad orofaríngea y de los procesos masticatorios, y promover la conducta exploratoria.¹⁶

Imagen 3. Nutrición y Lactancia



Fuente: Brown, Judith.

¹⁴ ob.cit, p.42

¹⁵ Brown, Judith, ob.cit, University of Minnesota, Mc-Graw Hill, Segunda Edición, p.208.

¹⁶ Lorenzo, Jessica y otros, ob.cit, p.113.

Resulta de gran importancia continuar con la lactancia materna a libre demanda para evitar su desplazamiento por otros alimentos. A partir de los 6 meses, se incorpora una comida; entre los 7 y 8 meses, dos; a partir de los 9 meses hasta el año, 3; y durante el segundo año, se continua con la leche materna y el consumo de alimentos en las 4 comidas principales. Se debe ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño, como por ejemplo darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y

Imagen 4. Alimentación Complementaria



Fuente: www.cuidadoinfantil.net

mantener el contacto visual, comenzando con pequeñas cantidades y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo; Mantener una buena higiene de utensilios y personal, evitando la contaminación cruzada.¹⁷

Factores psicosociales, culturales y ambientales, influyen en el consumo de alimentos. Disponer de los mismos en cantidad y calidad apropiadas, el tiempo dedicado para su consumo, sumado a la actitud y dedicación de los padres en cada una de las comidas, en la variedad de las preparaciones, de las combinaciones, sin dejar a un lado la relación madre-hijo, son algunos de los condicionantes en relación a la respuesta del niño a la hora de alimentarse.¹⁸

“La etapa prenatal y los dos primeros años de vida del niño pequeño, constituyen una “ventana de oportunidad” para prevenir la mortalidad infantil atribuible a la desnutrición y promover la nutrición, la salud y el desarrollo óptimo. Se reconoce la importancia de reforzar la nutrición y salud de la mujer embarazada, en periodo de lactancia y en edad reproductiva, debido a que la salud infantil está estrechamente vinculada a la salud de la mujer y por el efecto que tiene para la próxima generación.”¹⁹

¹⁷ OMS, Alimentación del lactante y del niño pequeño, en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/index.html>.

¹⁸ Sociedad Argentina de Pediatría, ob.cit, p.45.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo del Niño, **Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria** de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, diciembre 2008. Lima, Perú. Washington DC, 2009, p.7

En caso de que los alimentos no se introduzcan correctamente (en calidad y cantidad) a estos rangos de edad, resultan insuficientes para satisfacer las necesidades calóricas y de nutrientes, razón por la cual el crecimiento y desarrollo normal actual y futuro, puede verse afectado.

TABLA 4. Requerimiento calórico para la edad según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Edad del niño (meses)	Requerimiento Calórico (Kcal)
6- 8	615
9- 11	686
12- 23	894

Fuente: Lorenzo, Jessica y otros, ob.cit, p. 118.

“Cuatro son los problemas nutricionales de los niños argentinos: La desnutrición aguda, expresada como deficiencia de peso para la talla o peso para la edad; La desnutrición crónica, expresada como deficiencia de talla para la edad; El sobrepeso y la obesidad, expresados como el exceso de peso para la talla; Y la carencia de micronutrientes, en lo que se suele denominar: desnutrición oculta.”²⁰

El estado nutricional resulta del equilibrio entre ingesta y requerimientos de nutrientes. En el aprovechamiento de los mismos intervienen factores como son las combinaciones de alimentos y condiciones del sistema gastrointestinal que los recibe. Las demandas se incrementan en etapas de metabolismo acelerado, así como durante enfermedades infecciosas. Dos factores: ingesta insuficiente y enfermedad, se potencian mutuamente, pues niños desnutridos tendrán menos resistencia a las enfermedades, principalmente infecciosas, las cuales podrán causar pérdida de apetito, incremento del metabolismo y mala absorción intestinal con posterior repercusión en el estado nutricional: disminución del peso. Un acceso insuficiente a los alimentos, servicios de salud y saneamiento básico, bajo nivel educativo o de información de los padres y cuidadores del niño, el nivel de ingresos, la calidad del empleo, también serán factores que influirán en el desarrollo de la desnutrición infantil.²¹

²⁰ O'Donnell, Alejandro, Carmuega, Esteban, **Hoy y Mañana: Salud y calidad de vida de la niñez argentina**, en CESNI, agosto de 1998, p.121

²¹ García J. Luis Segura, Hilario Cárdenas María Elena, Jave Cecilia Montes, López Patricia, Sánchez Giovanna, Pobreza y Desnutrición infantil, en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/1857/cap1.pdf>

La forma más prevalente de desnutrición en Argentina es la de tipo crónica, que puede iniciarse en la vida intrauterina o en los primeros meses de vida, continuando hasta los tres años de edad, por ser tiempos de rápido crecimiento. En etapas posteriores, se desacelerará el mismo y madurará el sistema inmunológico, por lo que cesará la desviación de la curva normal de crecimiento para mantenerse paralela, pero, en los percentilos más bajos.²²

El Calcio y la vitamina D, encontrados en los lácteos; el ácido ascórbico, en vegetales y frutas especialmente los cítricos; los folatos, en vegetales de hojas verdes; el hierro, alojado en las carnes y el zinc, en cereales y semillas, son los nutrientes habitualmente deficitarios en la alimentación de los niños argentinos.

Durante los años 2004 y 2005, El Ministerio de Salud de la Nación realiza la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Como resultado de esta investigación se puede constatar la importancia que adquieren el sobrepeso y la obesidad por sobre el bajo peso y la persistencia del retraso de talla y de la anemia. En el conjunto de las niñas y los niños de entre 6 y 60 meses de edad, la prevalencia de la obesidad alcanza el 10,4%; el retraso de talla afecta al 8,0%; el bajo peso, al 2,1%; y el bajo peso para la talla afecta al 1,3% (en relación a 2 desviaciones estándar del patrón de crecimiento de la OMS). En el grupo de niños, la prevalencia de la anemia es de 16,5%; y en menores de 2 años, la cifra es aún mayor, llegando al 34,1%.²³ Esta última se presenta en muchas ocasiones acompañada de los siguientes estados subclínicos: retraso del crecimiento y desarrollo, apatía, alteraciones en el sistema inmunológico, menor rendimiento escolar, disminución del desarrollo cognitivo y reducción de la capacidad de trabajo en la vida adulta. Este amplio espectro de efectos puede repercutir en la capacidad de cada individuo y de la sociedad, perpetuando el círculo de la pobreza. La concentración de hierro en la leche humana es relativamente baja, pese a su gran biodisponibilidad, por lo que el lactante durante los primeros seis meses de vida, utilizará sus reservas hepáticas para cubrir las necesidades nutricionales de este mineral. Por eso la importancia de la introducción, llegada la Alimentación Complementaria, de alimentos fuente de hierro, en distintas preparaciones y variando las combinaciones de los alimentos que compondrán cada plato.²⁴

²² O'Donnell, Alejandro, ob cit. p.125

²³ UNICEF- Argentina, **Hacia una política en desarrollo infantil temprano**, Ciudad de Buenos Aires, Agosto de 2005, p.23

²⁴ Sociedad Argentina de Pediatría, **Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años**, Buenos Aires, septiembre de 2001, I Edición, p.36.

La obesidad, epidemia universal, conforma junto con la baja talla, el problema nutricional antropométrico más prevalente en la población de niños argentinos. Los antecedentes familiares, factores perinatales, historia alimentaria y el control del crecimiento periódico en los primeros 6 años de vida permiten identificar aquellos con riesgo de desarrollar esta enfermedad e implementar acciones de prevención. Entre los factores de riesgo se hayan: tabaquismo y obesidad materna durante el embarazo, el peso al nacer, bien sea bajo: menos de 2.500 gramos, o alto: mayor de 4.000 gramos, y diabetes materna.²⁵

La obesidad parental también es un factor de riesgo: La paterna aumenta 2.5 veces el riesgo, la materna 4.2, y la presencia de ambos padres obesos, un incremento de 10.4. Las preferencias alimentarias de quienes se encargan de la crianza de los niños, patrones y hábitos de alimentación, se asocian al aprendizaje de conductas alimentarias en los primeros años de vida. Factores postnatales como la lactancia materna, exceso de peso entre 8 y 18 meses de edad, valor superior al percentil 75, alta tasa de ganancia de peso en los primeros 12 meses de vida y un estilo de vida sedentario en la infancia temprana, aumentan el riesgo de obesidad. Cabe destacar que cuando existe una restricción severa del crecimiento intrauterino y/o un bajo crecimiento en el primer semestre de vida, puede aparecer como respuesta una alta tasa de ganancia de peso en los meses posteriores.²⁶

Los primeros años de la vida constituyen la fase más dinámica en el proceso de crecimiento y éste resulta extremadamente vulnerable a las condiciones sociales, económicas y ambientales, por este motivo es fundamental observar la evolución de los niños a lo largo del tiempo. Entre todos los aspectos a tener en cuenta, se cuenta la evaluación integral del estado nutricional, la cual deberá incluir la evaluación antropométrica y clínica, el análisis de la ingesta habitual y de los factores de riesgo. Los déficits en el estado nutricional infantil están generalmente asociados a múltiples factores del ambiente en el que vive el niño desde su concepción. La pérdida de peso o su insuficiente aumento, y el retardo del crecimiento en talla son procesos resultantes de agresiones múltiples. La desnutrición es, fundamentalmente, expresión de una patología social más generalizada: la pobreza.²⁷

²⁵ Enrique Abeyá Gilardon y otros, ob.cit, p.67

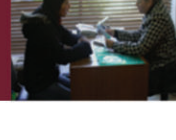
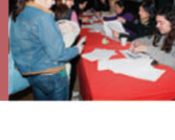
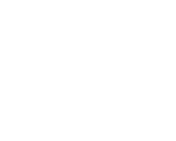
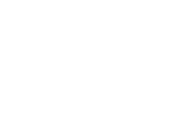
²⁶ ibid.

²⁷ ibid

Resultará positivo pensar en una instancia de coordinación de las políticas y acciones orientadas a la primera infancia, que tome en cuenta al niño ante todo como individuo, y que a partir de allí pueda unificar las distintas intervenciones que se realizan desde la salud, la acción social, la educación, la comunidad, sin olvidar la importancia del apoyo a la familia como un aspecto principal, como el espacio favorecedor del desarrollo en todas sus dimensiones (lo emocional, la salud, lo cognitivo, lo intelectual). Esto apunta a generar programas que la fortalezcan para seguir cumpliendo su rol mas importante: la crianza de sus hijos.²⁸

²⁸ UNICEF, Argetina, **Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano**, Ciudad de Buenos Aires, Agosto de 2005, p.10

DISEÑO METODOLÓGICO



El presente trabajo de investigación tiene un diseño no sólo transversal, por estudiar las variables de manera simultánea en un determinado momento realizando un corte en el tiempo, sino también descriptivo, por estar dirigido a determinar cómo son las variables de estudio, las cuales son: selección de alimentos, estado y educación nutricional. Cabe destacar que el estudio es también observacional, pues no existe intervención por parte del investigador, el cual se limita a medir las variables que define en el estudio.

La población que se estudia son madres beneficiarias del Plan Más Vida y sus hijos, entre los doce y veinticuatro meses de edad, que asisten al Centro de Atención Primaria de la Salud, en la localidad de Benito Juárez.

En el presente trabajo de investigación se evaluará la información en nutrición que poseen las madres que reciben las tarjetas magnéticas, la elección de alimentos realizada con las mismas y el estado nutricional de sus hijos, entre los 12 y 24 meses de edad.

- **Edad Materna.**

- Definición conceptual.

Número de años que posee una mujer que es madre.

- Definición operacional.

Número de años de que poseen las madres beneficiarias del Plan Más Vida en la ciudad de Benito Juárez. Se indaga la edad que posee cada una de las encuestadas.

- **Paridad.**

- Definición conceptual.

Número de hijos que posee una mujer que es madre.

- Definición operacional.

Número de hijos que posee cada una de las madres beneficiarias del Plan Mas Vida en la ciudad de Benito Juárez. Se determina a través de una encuesta en profundidad, contemplándose el número de hijos por cada madre encuestada.

- **Tipo de alimento elegido al hacer uso de la tarjeta.**

- Definición conceptual

Variedad de nutrimentos adoptados por un individuo para su posterior consumo.

- Definición operacional

Variedad de productos alimenticios adoptados al hacer uso de la Tarjeta, por cada una de las madres beneficiarias del Plan Mas Vida para su posterior consumo junto al resto de la familia.

Se determina a través de una encuesta, indagando acerca de cuáles son los alimentos elegidos para su posterior consumo en el hogar. Se detallan a continuación.

Lácteos	Leche	Entera; Descremada.
	Queso	Entero; Descremado.
	Yogur	Entero; Descremado.
	Postres de leche	Entero; Descremado.
	Ricota	Entera; descremada.
Carnes	Vacuna	Pulpa con hueso; Picada; Paleta; Roast beef; Otro.
	Pollo	Entero; Trozado; Otro.
	Pescado	Merluza; Enlatados; Otro.
Hortalizas	Verduras	Papa; Zapallo; Acelga; De estación; Otra.
	Legumbres	Porotos; Arvejas; Lentejas; Garbanzos, Soja.
Frutas		Manzana; Banana; Naranja; De estación; Otra.
Cereales y Derivados.		Harina; Fideos; Arroz, Polenta; Pan blanco; Pan integral.
Azúcares y Dulces		Azúcar común; azúcar negra; Mermelada; Dulce de leche; Dulces compactos; Golosinas.
Cuerpos grasos		Manteca; Margarina; Aceite vegetal; Grasa de pella; Snacks.

Fuente: Elaboración propia.

- **Conocimientos en nutrición de las madres beneficiarias.**

- Definición conceptual.

Información que poseen las personas sobre el valor nutritivo de los alimentos, la cual influye en su comportamiento de compra y por ende hábitos alimentarios.

- Definición operacional.

Información que poseen las madres beneficiarias del Plan Más Vida sobre el valor nutritivo de los alimentos, el cual influye en su comportamiento de compra y por ende hábitos alimentarios. Se determina por medio de una serie de preguntas de conceptos que hacen a una alimentación saludable. Se contempla cuáles son las fuentes alimentarias de los Hidratos de Carbono, Proteínas, Grasas, Hierro y Calcio.

- **Técnica de enseñanza implementada.**

- Definición conceptual.

Tipo de instrucción adoptada para transmitir información nutricional hacia personas que carecen de dicho tipo de conocimiento.

- *Definición operacional.

Tipo de instrucción adoptada para transmitir información nutricional hacia las madres beneficiarias del Plan Más Vida. Se determina indagando por medio de una encuesta si han recibido capacitación en nutrición; y el tipo de técnica de enseñanza implementada, a saber: Charla; Juego de simulación y de demostración; Narración de historias; Discusión grupal; Lluvia de ideas.

- **Grado de satisfacción del uso de la Tarjeta Magnética.**

- Definición conceptual.

Sentimiento de placer y contento por haber hecho uso de un elemento tangible.

- Definición operacional.

Sentimiento de placer y contento de haber hecho uso de la Tarjeta Magnética del Plan Más Vida, por parte de cada una de las madres beneficiarias, en la ciudad de Benito Juárez. Se determina por medio de una encuesta en profundidad. Las opciones se detallan a continuación:

- Muy satisfecha.
- Bastante satisfecha.
- Algo satisfecha.
- Poco satisfecha.
- Nada satisfecha.

- **Nivel educacional de las madres.**

- Definición conceptual.

Perfil educativo que posee una madre de familia, en relación a cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal.

- Definición operacional.

Perfil educativo que poseen las madres beneficiarias del Plan Mas Vida pertenecientes a la ciudad de Benito Juárez, en relación a cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Se determina indagando acerca de cuál fue último año de escolaridad completo, bien sea del primario, secundario, o terciario.

- **Edad que posee el hijo de cada madre beneficiaria.**

- Definición conceptual.

Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de captación de la fuente de información.

- Definición operacional.

Años cumplidos que tiene el niño cuya madre recibe la Tarjeta Magnética perteneciente al Plan Más Vida, en la ciudad de Benito Juárez. Se interroga a cada madre la edad de su hijo.

- **Sexo del hijo de cada madre beneficiaria.**

- **Estado Nutricional del hijo de cada madre beneficiaria.**

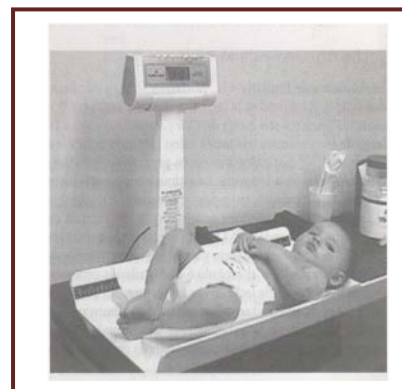
Definición conceptual.

Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.²⁹

El peso es una medición precisa y confiable que expresa la masa corporal total, pero no define compartimientos e incluye fluidos.³⁰

Imagen n°5: Balanza de Lactante.

La talla, por su parte, es una medición sencilla y accesible que permite agrupar a las personas de la misma altura según sexo y edad para establecer criterios de peso normales.³¹ Hasta los dos años del paciente, se lo mide en decúbito supino para obtener la Longitud Corporal, de esta edad en adelante, se lo mide parado para conseguir la Talla³². Este cálculo, relacionado con el Peso, da lugar al Índice de Masa Corporal.



Fuente: Brown, Judit.

El Índice de Masa Corporal define la proporcionalidad de la masa corporal. Refleja el peso relativo al cuadrado de la talla ($\text{peso}/\text{talla}^2$) el cual, en el caso de niños, debe ser relacionado con la edad. Un bajo peso/talla es indicador de emaciación o desnutrición aguda. Un alto peso/talla es indicador de sobrepeso.³³ Se considera:

- IMC Bajo $<pc$ 3
- IMC Normal entre pc 10- 85
- IMC Sobrepeso y Obesidad $pc > 85$ ³⁴

²⁹ Romo Pinos, Edgar Ernesto. "Síndrome de distres respiratorio agudo en niños ingresados en cuidados intensivos pediátricos del hospital Fernando Velez Paiz, en el período de septiembre 2008 – noviembre del 2009". Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas, Nicaragua, 2010.

³⁰ Girolami Daniel. *Fundamentos de la Valoración Nutricional y Composición Corporal*; Buenos Aires; El Ateneo; 2003; p. 72.

³¹ Ibid.

³² Abeyá Gilardon Enrique, Calvo Elvira B., Durán Pablo, Longo Elsa N., Mazza Carmen, *Evaluación del estado nutricional de niños, niñas y embarazadas mediante antropometría*, 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2009. p.26

³³ Ibid, p. 15.

³⁴ Ibid, p.43

Definición operacional: Situación en la que se encuentra el hijo de cada madre beneficiaria, en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Se tomará nota de las mediciones que realice el personal de salud. El peso es determinado por la pediatra con una balanza de palanca de plato para lactantes. Se coloca al niño sin ropa y de manera uniforme, de manera que se distribuya el peso en el centro del plato. Se registra el peso hasta los 50 gramos completos más próximos al equilibrio del fiel de la balanza.³⁵

Para obtener la longitud corporal se utiliza un pediómetro. El niño yace en posición acostada sobre una superficie horizontal. El vértice de la cabeza toca la cabecera vertical fija. El operador sostiene las piernas juntas y extendidas, desliza el cursor móvil hasta que este firmemente en contacto con los talones. Se realiza la lectura de la medición al milímetro completo. El cero de la escala corresponde con el plano fijo vertical donde se apoya la cabeza.³⁶

El IMC se obtendrá aplicando la siguiente fórmula: Peso (Kg.)

$$\text{Long Corp}^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los indicadores IMC/Edad y Talla/Edad.

Tabla n° 1. Criterios de Evaluación.

IMC/Edad	Talla/ Edad	
	Normal (>pc 3)	Baja (<pc 3)
IMC Bajo <pc 3	Bajo peso.	Bajo peso con baja talla.
IMC entre pc 3- 10	Riesgo de bajo peso.	Riesgo de bajo peso con baja talla.
IMC Normal pc 10- 85	Normal.	Talla baja.
IMC Sobrepeso pc 85- 97		
IMC Obesidad pc> 97		

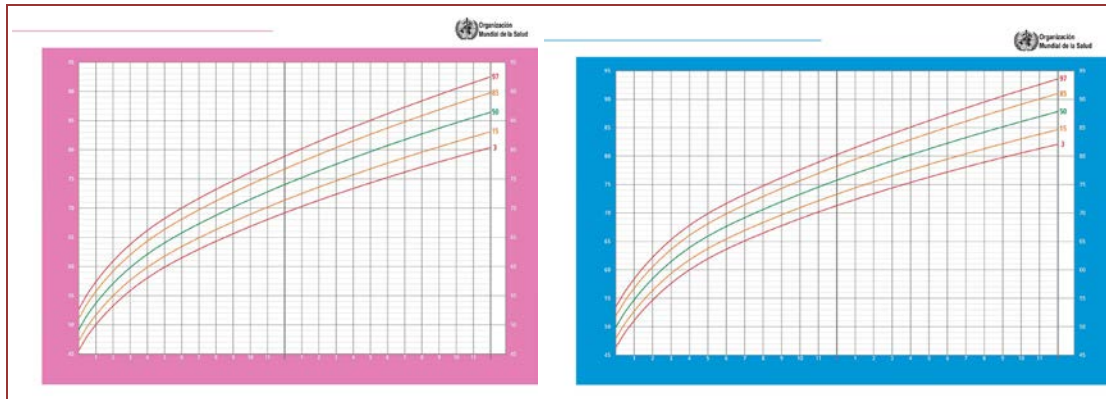
Fuente: Enrique Abeyá Gilardon, Elvira B. Calvo, Pablo Durán, Elsa N. Longo, Dra. Carmen Mazza, **Evaluación del estado nutricional de niños, niñas y embarazadas mediante antropometría**, 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2009. p.43

³⁵ Ibid, p. 26

³⁶ Ibid, p. 25

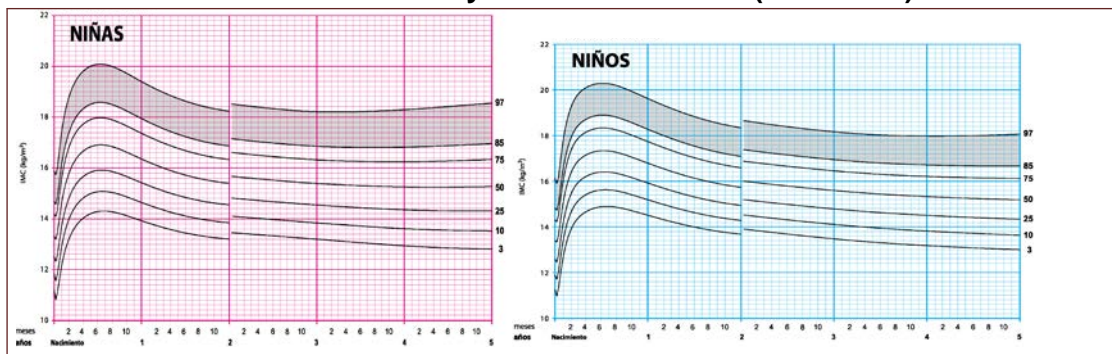
A continuación se presentan los Gráficos con Percentiles de: Longitud Corporal/Edad e IMC/Edad, para niños y niñas según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Gráfico n°1. Longitud Corporal/Edad en Niñas y Niños. Percentiles (0 a 24 meses).



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Patrones de Crecimiento Infantil, en: www.who.int/es

Gráfico n°2. IMC/ Edad en Niñas y Niños. Percentiles (0 a 5 años).



Fuente: ibid.

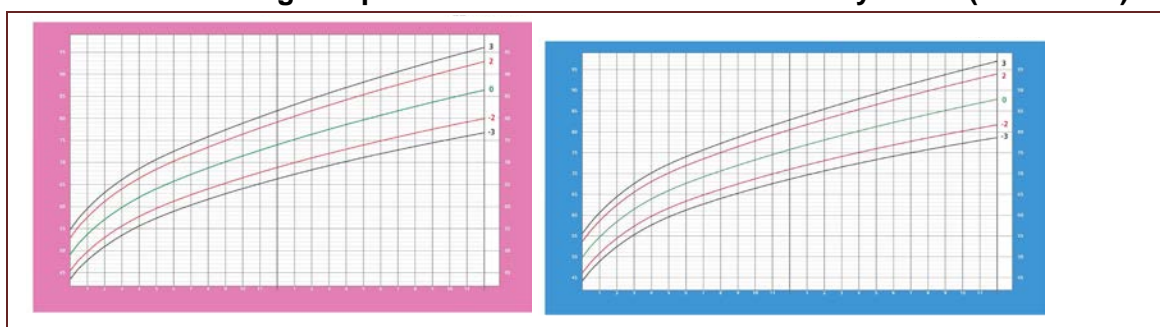
A continuación, el Gráfico con Puntuación Z, utilizado en caso de que los indicadores: Long-Talla/Edad, Peso/Edad, Peso/talla e IMC/Edad, se encuentren por debajo del Percentil 3.³⁷

Tabla n° 2. Puntaje Z. Determina la severidad cuando el percentil es <3.

Puntaje Z (Z-score)	Indicadores			
	Long-Talla/Edad	Peso/ Edad	Peso/ Talla	IMC/ Edad
1. Mediana				
Debajo de -1				
Debajo de -2	Baja talla	Bajo peso	Emaciado	Emaciado
Debajo de -3	Baja severa talla	Bajo severo peso	Emaciado severo	Emaciado severo

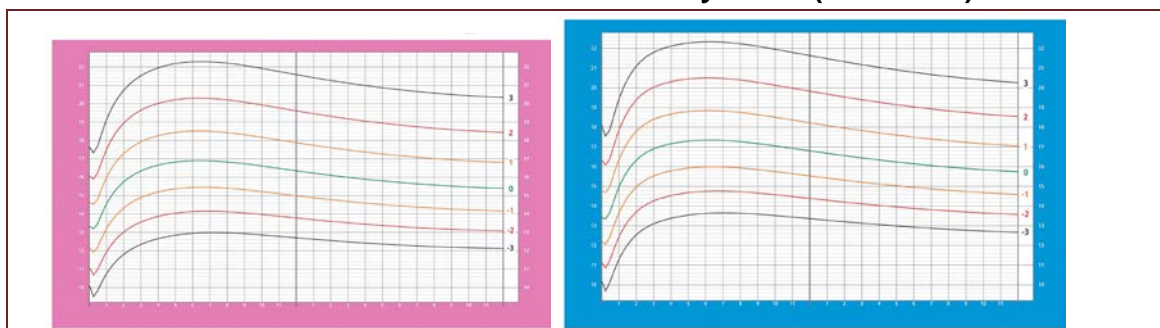
Se presentan los Gráficos con Puntuación Z de: Longitud Corporal/ Edad e IMC/Edad, para niños y niñas según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Gráfico n° 3. Long. Corporal/Edad. Puntuación Z en Niños y Niñas (0 a 5 años).



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Patrones de Crecimiento Infantil, en: www.who.int/es

Gráfico n°4. IMC/Edad. Puntuación Z en Niños y Niñas (0 a 5 años).



Fuente: Ibid.

³⁷ Cuadro adaptado de OMS 2008 y OPS 2010.
A continuación se presenta el consentimiento informado.

Consentimiento informado.

Yo, Antonela Scaglia, alumna de Licenciatura en Nutrición he seleccionado para trabajar en mi tesis el tema: "Tarjetas Alimentarias del Plan Más Vida". Se garantiza el secreto estadístico y confidencialidad brindada por las familias exigidas por la ley. Por esta razón, le solicito su autorización para participar en mi estudio, que consiste en responder una encuesta.

Le informo que no tiene costo, ni riesgo, no recibirá bonificación, no va a figurar su nombre, se puede negar a la encuesta en cualquier momento del transcurso de la misma, la participación es voluntaria.

Agradezco su colaboración.

Yo, en mi carácter de jefa de hogar _____ habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar del trabajo de tesis: "Tarjetas Alimentarias del Plan Más Vida".

Firma:

Fecha:

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: _____

Marque con una cruz la/s respuesta/s correcta/s:

- 1) Edad _____
- 2) Cantidad de hijos.
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 ó más. ¿Cuántos? _____
- 3) Nivel de estudios.
 - Último año de escolaridad completo: _____ año del:
 - Primario.
 - Secundario.
 - Estudio Terciario.
 - Estudio Universitario.
- 4) ¿Cuál es el monto acreditado en la Tarjeta Magnética del Plan Más Vida?
 - \$80
 - \$100
 - Otro: _____
- 5) Alimentos que prioriza a la hora de comprar con la tarjeta magnética.
 - Leche E D
 - Queso E D
 - Yogur E D
 - Postres de leche E D
 - Ricota E D
 - Carne vacuna
 - Pulpa con hueso.
 - Picada.
 - Paleta.
 - Roast beef.
 - Otro: _____
 - Pollo
 - Entero.
 - Trozado.
 - Otro: _____
 - Pescado
 - Merluza.
 - Enlatados.
 - Otro: _____

- Cerdo
 - Frutas
 - Naranja.
 - Manzana.
 - Banana.
 - De estación.
 - Otro: _____
 - Hortalizas
 - Papa
 - Acelga
 - Zapallo
 - De estación
 - Otro: _____
 - Legumbres
 - Porotos
 - Garbanzos
 - Lentejas
 - Arvejas
 - Cereales y derivados.
 - Arroz
 - Fideos.
 - Polenta.
 - Harina
 - Pan
 - Blanco
 - Integral
 - Azúcar y Dulces
 - Azúcar común.
 - Azúcar negra.
 - Mermelada
 - Dulce de leche
 - Dulces compactos
 - Golosinas
 - Grasas y Aceites
 - Manteca
 - Margarina
 - Aceite
 - Grasa de pella
 - Snaks
- 6) ¿Se encuentra satisfecha con el uso de la tarjeta?
- Si, muy satisfecha.
 - Bastante satisfecha.
 - Algo satisfecha.
 - Poco satisfecha.
 - Nada satisfecha.
- 7) ¿Por qué?
- _____
-
- 8) ¿Recibió capacitación en alimentación?
- Si.
 - No.
- 9) Si la respuesta fue: Si, determine a través de qué técnica obtuvo la información:
- Charlas.
 - Juegos de simulación y de demostración.
 - Narración de historias.
 - Discusiones grupales.
 - Lluvia de ideas.
 - Otro: _____
- 10) ¿Cuántas veces? _____
- 11) ¿Le resultó útil la capacitación?
- Si.
 - No.

- 12) Los Hidratos de Carbono se hayan principalmente en:
- Carnes.
 - Pan, arroz, fideos.
 - Manteca, margarina.
 - Huevo.
 - No sabe.
- 13) Las Proteínas se hayan principalmente en:
- Carnes, huevo, leche, yogur, queso.
 - Pan, bizcochos, tortas, arroz, fideos.
 - Manteca, Margarina.
 - Frutas.
 - No sabe.
- 14) ¿El consumo en exceso de qué grasa puede ser perjudicial para la salud?
- Animal.
 - Vegetal.
 - No sabe.
- 15) Los alimentos más ricos en hierro son:
- Legumbres.
 - Las carnes, especialmente el hígado, y morcilla.
 - Los cereales.
 - Todas las frutas.
 - No sabe.
- 16) Alimentos con mayor contenido de Calcio:
- Leche, queso, yogur, ricota.
 - Panes y cereales.
 - Las frutas.
 - Las verduras.
 - No sabe.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DEL HIJO: _____

17) Fecha de nacimiento: _____

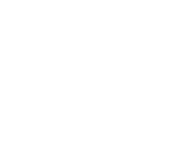
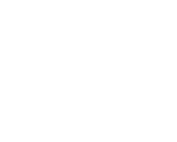
- 18) Sexo
- Masculino.
 - Femenino.

19) Peso actual _____

20) Talla actual _____

- 21) ¿Le gustaría participar en encuentros informativos llevados a cabo por un/a Licenciada/o en Nutrición?
- Si.
 - No.

ANALISIS DE DATOS

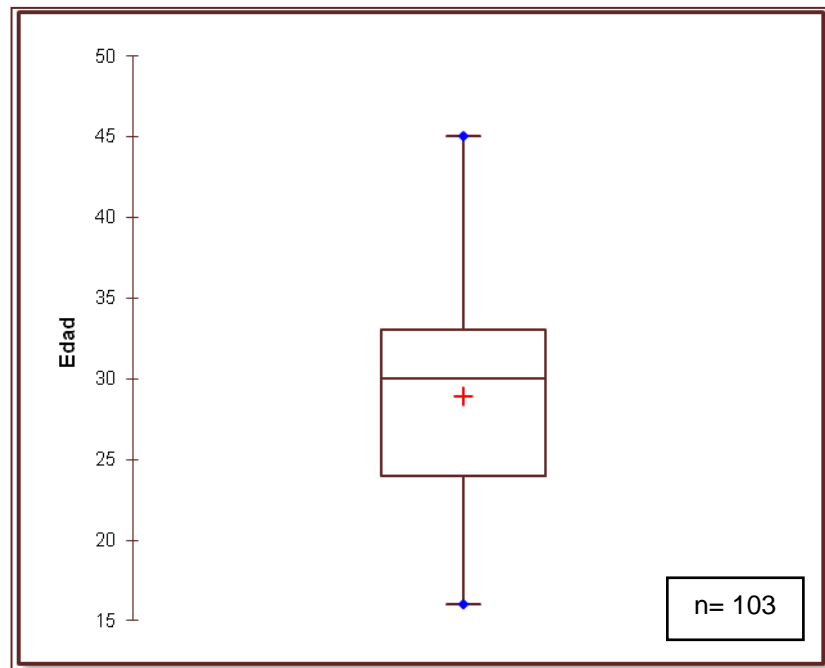


Para la presente investigación se desarrolla un trabajo de campo, el cual consiste en una encuesta que se realiza a 103 madres beneficiarias del Plan Más Vida, en el Centro de Atención Primaria de la Salud "Ramón Carrillo", ubicado en el Barrio Molino de la ciudad de Benito Juárez, entre los meses de agosto y septiembre del año 2012.

El objetivo que se persigue alcanzar es conocer la elección de alimentos realizada con la Tarjeta Magnética por cada una de las madres beneficiarias, los conocimientos en nutrición y el estado nutricional de sus hijos, entre el primer y segundo año de edad.

A continuación se detalla la distribución etérea de las madres beneficiarias que respondieron la encuesta.

Gráfico n°1. Edad materna.

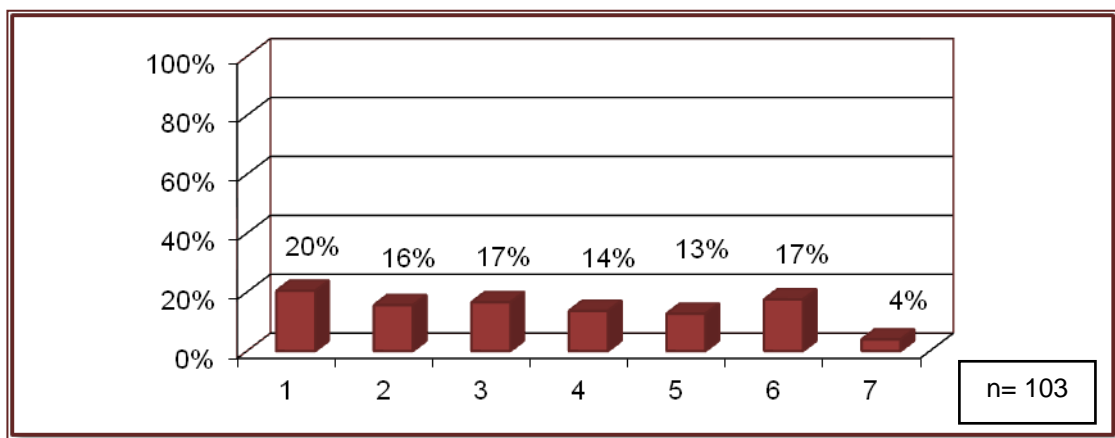


Fuente: Elaboración propia.

En función al gráfico anterior se observa que las edades oscilan entre los 16 y 45 años. La distribución de las edades es aproximadamente simétrica. El 50% central de las edades corresponde a las comprendidas entre los 24 y 33 años. La edad promedio es de 28.9 años.

Se indaga a cada madre acerca de la cantidad de hijos que posee. Los resultados se presentan a continuación.

Gráfico n°2. Paridad.

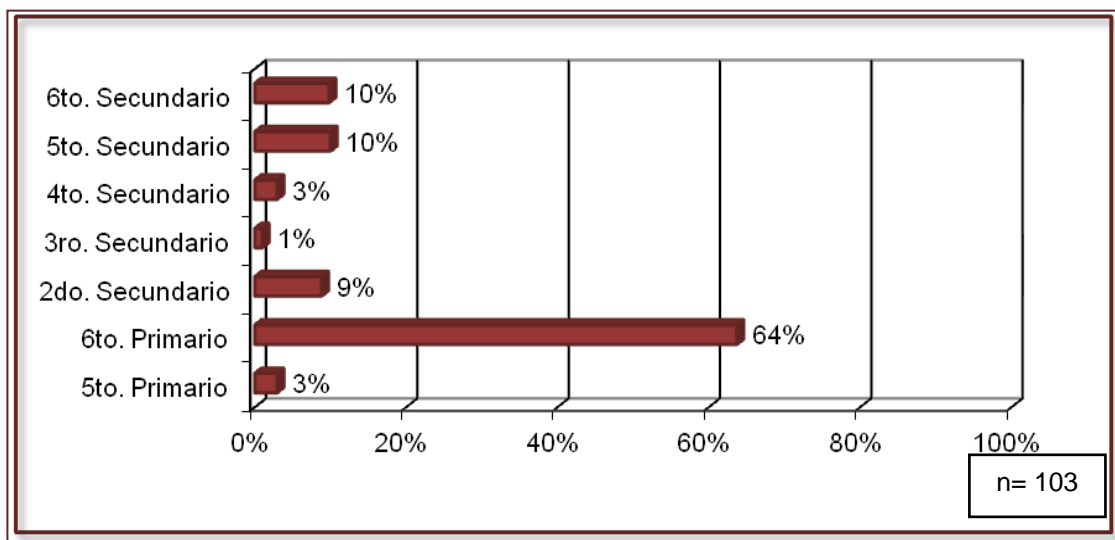


Fuente: Elaboración propia.

El gráfico representa un 20% de madres con solo 1 hijo. Aquellas que poseen 3 y 6 hijos representan el 17% sobre el total. Se observa una distribución homogénea entre quienes poseen 2, 4 y 5 hijos.

A continuación se presenta el Nivel de Estudios de las madres encuestadas.

Gráfico N°3. Nivel de Estudios.

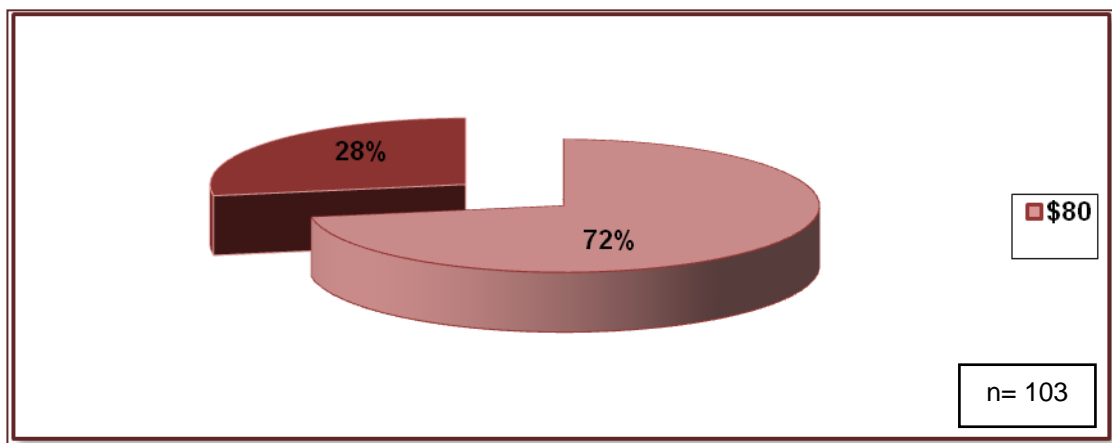


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que el 64% de las encuestadas posee el primario completo, es decir, ha cursado hasta sexto año de ese nivel. El 33% refiere haber concurrido hasta el nivel polimodal, habiendo completado hasta el sexto año apenas el 10%.

A continuación se presenta el monto acreditado en la Tarjeta Magnética, según la cantidad de hijos por madre beneficiaria.

Gráfico n°4. Monto acreditado en la Tarjeta Magnética.



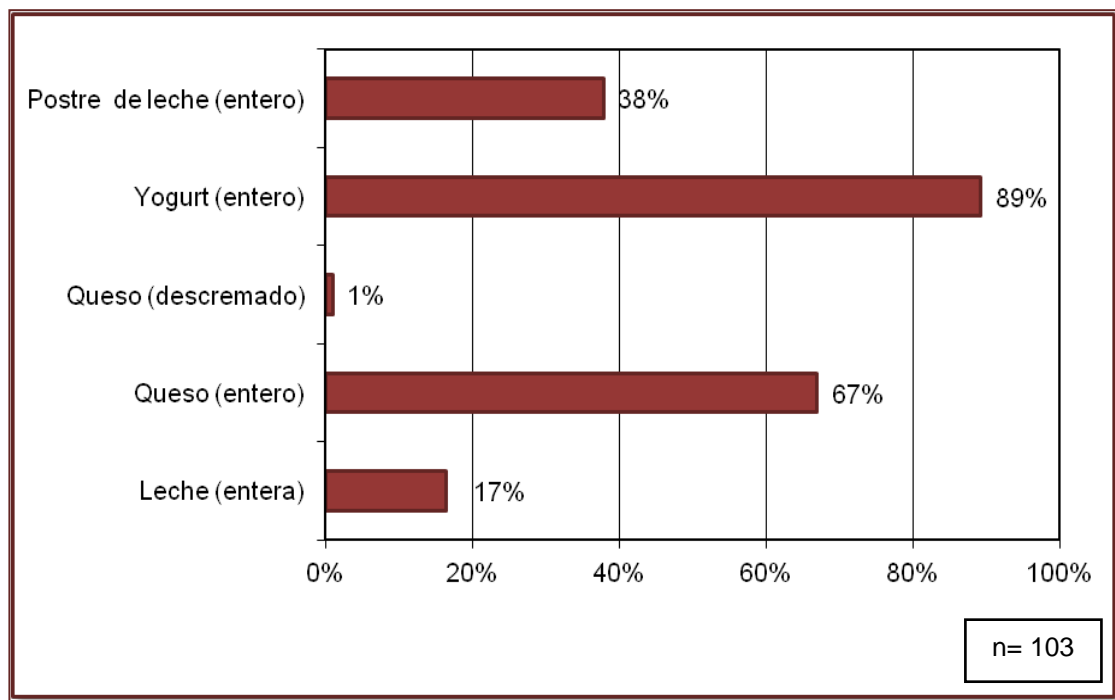
Fuente: Elaboración propia.

En relación a lo expuesto en el gráfico anterior, se observa que el mayor porcentaje de madres beneficiarias reciben acreditado en la Tarjeta Magnética un monto total de \$ 80, representado en un 72%. Sólo una cuarta parte de las encuestadas recibe un total de \$100 mensuales en su Tarjeta.

Se indaga a quienes responden la encuesta, sobre los alimentos que adquieren al momento de la compra haciendo uso de la Tarjeta Magnética.

En relación al grupo de alimentos “Lácteos y Derivados”, los resultados se detallan a continuación.

Gráfico n°5. Elección de Lácteos y Derivados.

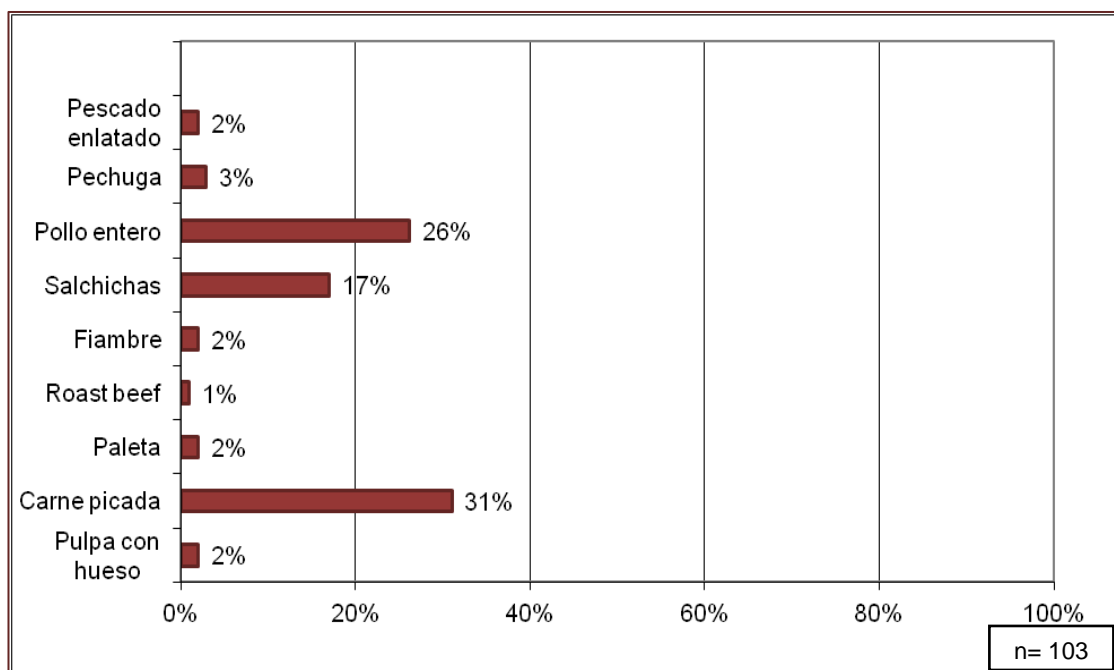


Fuente: Elaboración propia.

Se observa que dentro del grupo de los Lácteos y Derivados, el alimento más optado a la hora de comprar con la Tarjeta Magnética es el yogur, representando el 89% de las respuestas. Le sigue en orden de preferencia de compra el queso entero, con un 67% sobre el total y los postres de leche con un 38%. El bajo porcentaje de compra de la leche, se debe a que cada una de las familias beneficiarias recibe mensualmente, a través del Plan Más Vida, $\frac{1}{2}$ litro de leche en polvo entera por hijo, y desde el Municipio, a través de la Secretaría de Desarrollo Social, 1 kg de leche en polvo entera por familia compuesta por 4 personas.

En relación a la compra de “Carnes”, los resultados se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico n°6. Elección de Carnes.

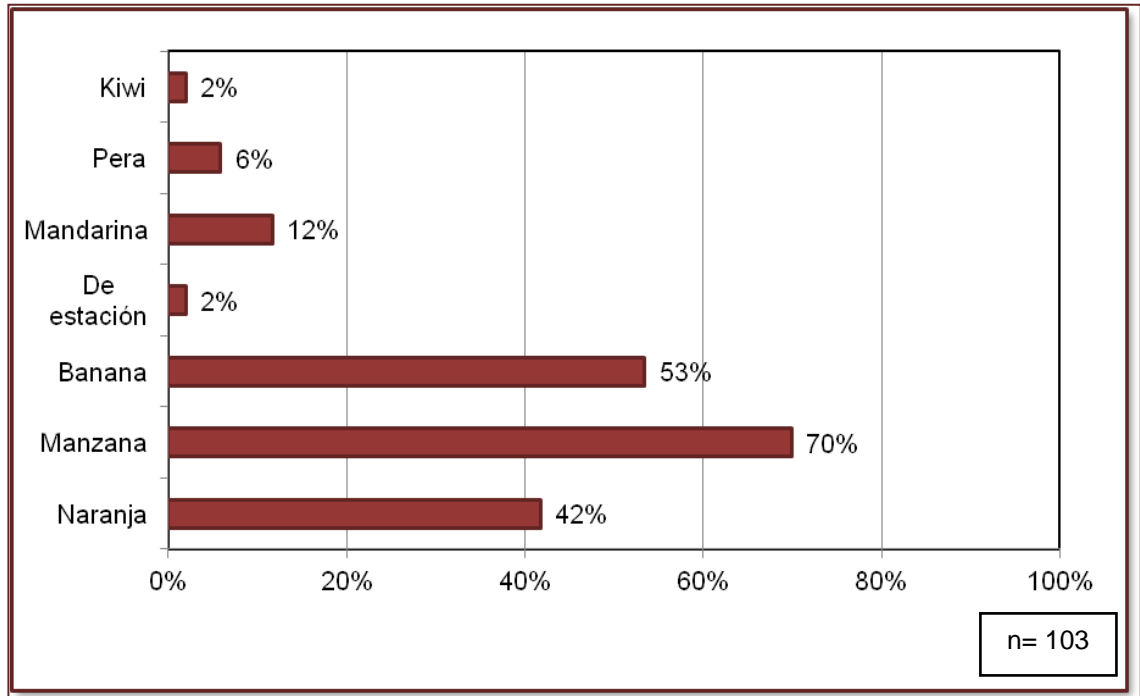


Fuente: Elaboración propia.

Del anterior gráfico se observa que dentro de este grupo, la Carne picada es el alimento más elegido, con un 31%. Cabe destacar que ningún otro tipo de carne roja obtiene porcentajes tan relevantes. En segundo lugar se ubica el Pollo entero, con un 26%, seguido por las Salchichas, representando el 17%. El resto de los alimentos presentan porcentajes homogéneos, inferiores al 3%.

A continuación se presentan los datos obtenidos en relación a la compra de “Frutas”.

Gráfico N°7. Elección de Frutas.

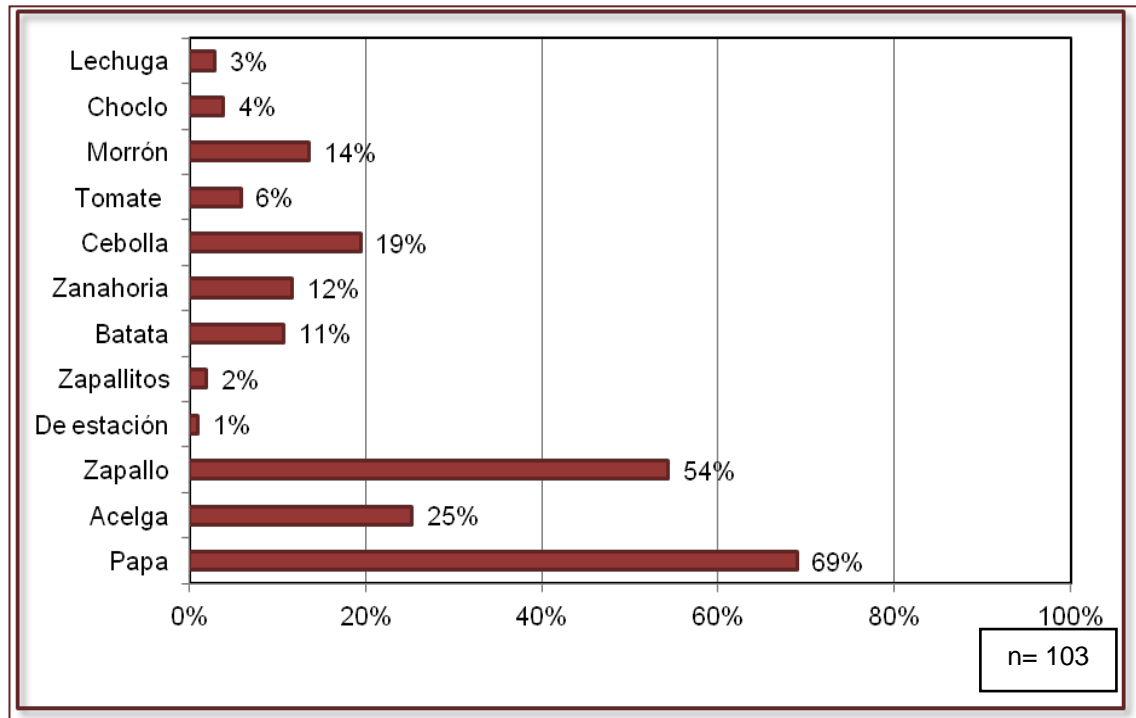


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa, en orden descendente, que la Manzana, con un 70%, la Banana, con un 53%, y la Naranja, con un 42%, son las frutas que representan los mayores porcentajes de compra. Los resultados en relación a la adquisición de Kiwi, Mandarina, Pera o alguna fruta de Estación, no alcanzan en ningún caso el 15%.

Respecto a las “Hortalizas”, los resultados quedan expuestos en el siguiente gráfico:

Gráfico n°8. Elección de Hortalizas.

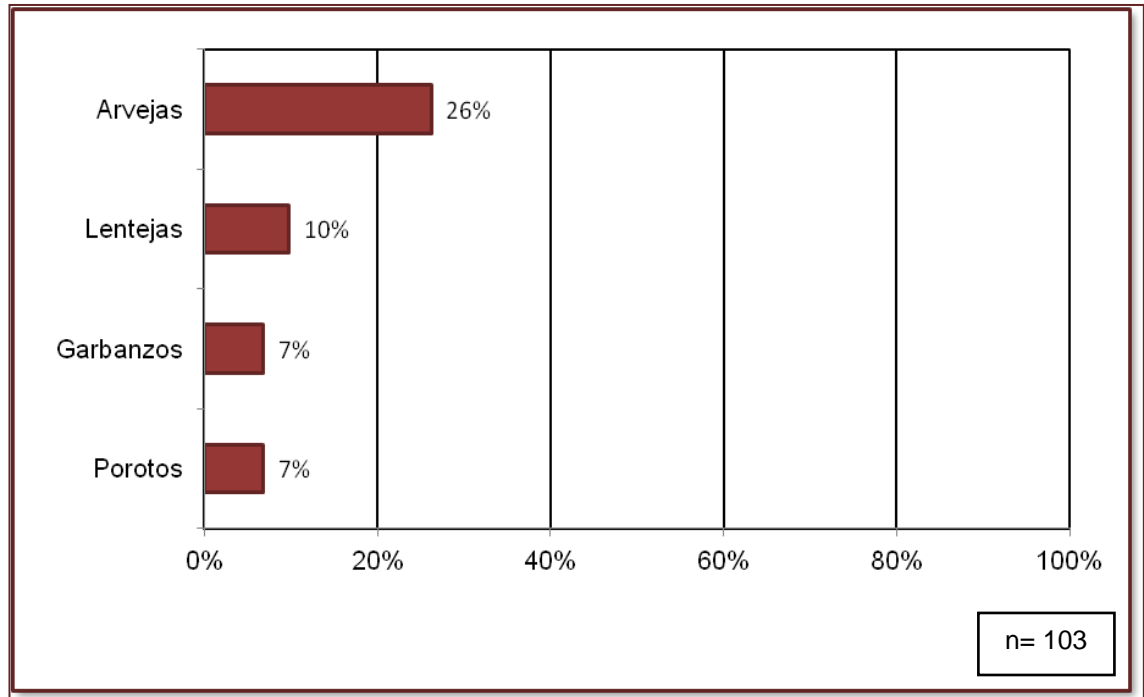


Fuente: Elaboración propia.

Se observa que la Papa, con un 69%, resulta ser el alimento de este grupo más optado a la hora de comprar con la Tarjeta Magnética, seguida por el Zapallo, con el 54%. Una cuarta parte del total de los encuestados, refiere adquirir Acelga, y representando entre el 11% y el 19% se ubican: la Cebolla, el Morrón, la Zanahoria y la Batata.

En referencia a la compra de “Legumbres”, los resultados se detallan en el siguiente gráfico.

Gráfico n°9. Elección de legumbres.

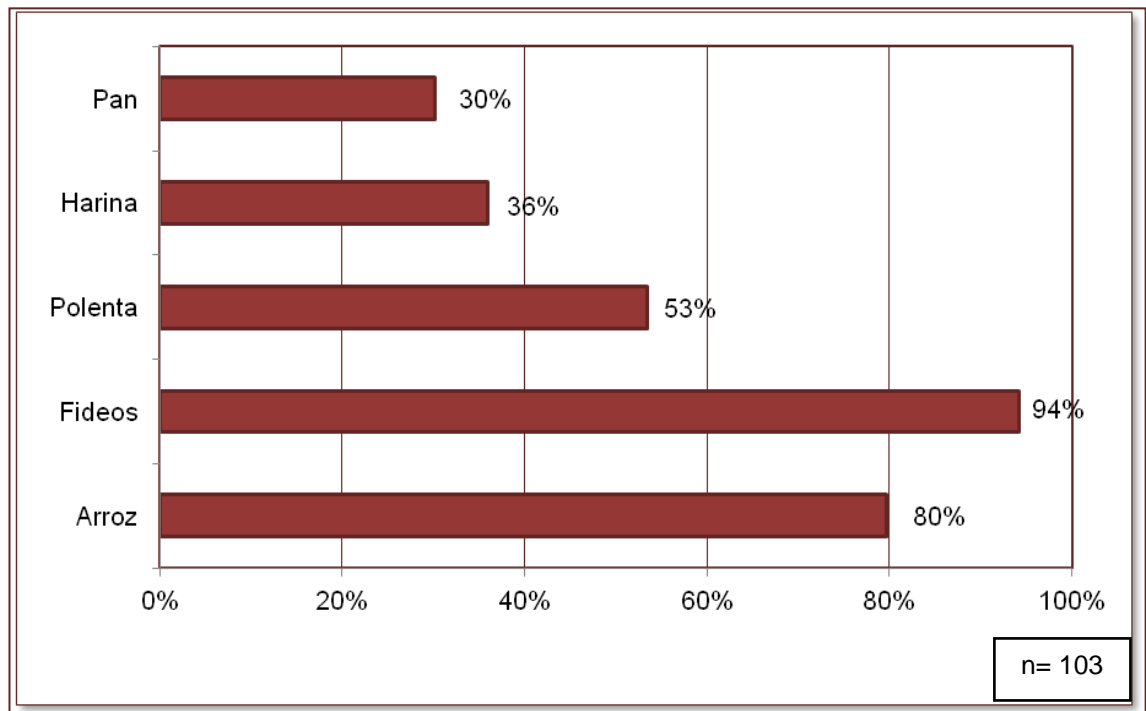


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que las Arvejas, con un 26%, constituyen el mayor porcentaje de compra. Los valores que representan la adquisición de los alimentos restantes son aproximadamente homogéneos, inferiores al 10%.

En relación a la compra de alimentos pertenecientes al grupo “Cereales y Derivados”, los resultados se presentan a continuación.

Gráfico n°10. Elección de Cereales y Derivados.

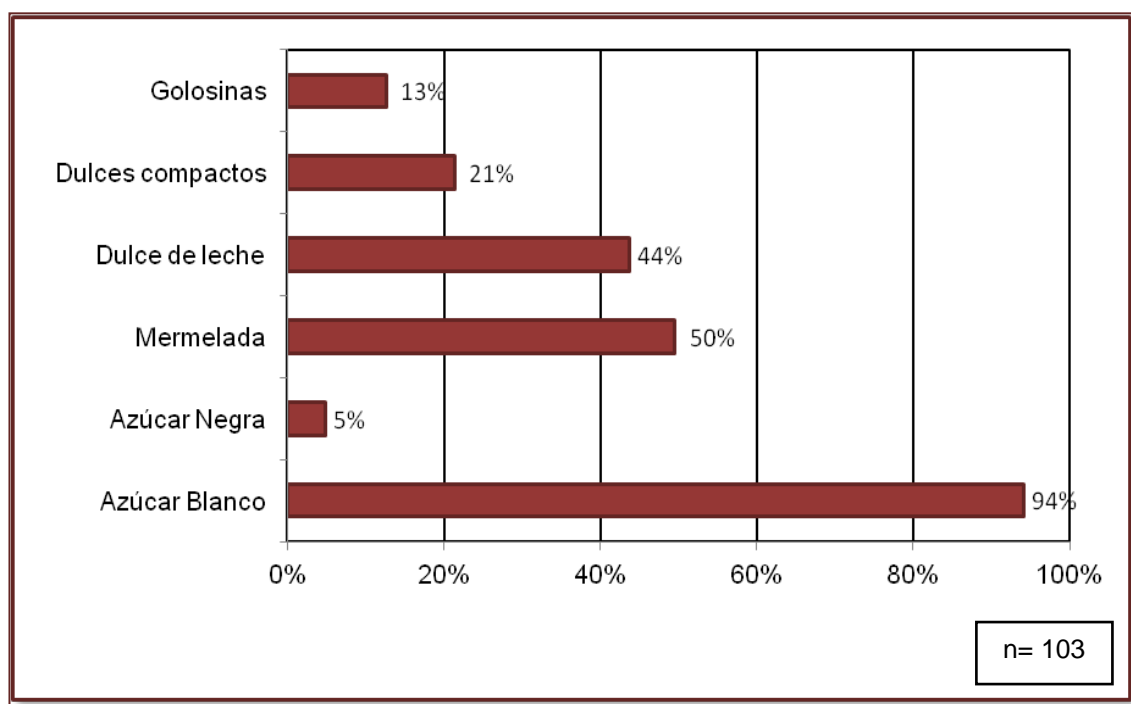


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico anterior se observa que el mayor porcentaje de compra corresponde a los Fideos, con un 94%. En segundo lugar se ubica el Arroz, con el 80% de la muestra, y la Polenta con un 53%, se sitúa en tercer lugar.

La compra de “Azúcares y Dulces” se detalla en el siguiente cuadro.

Gráfico n°11. Elección de Azúcares y Dulces.

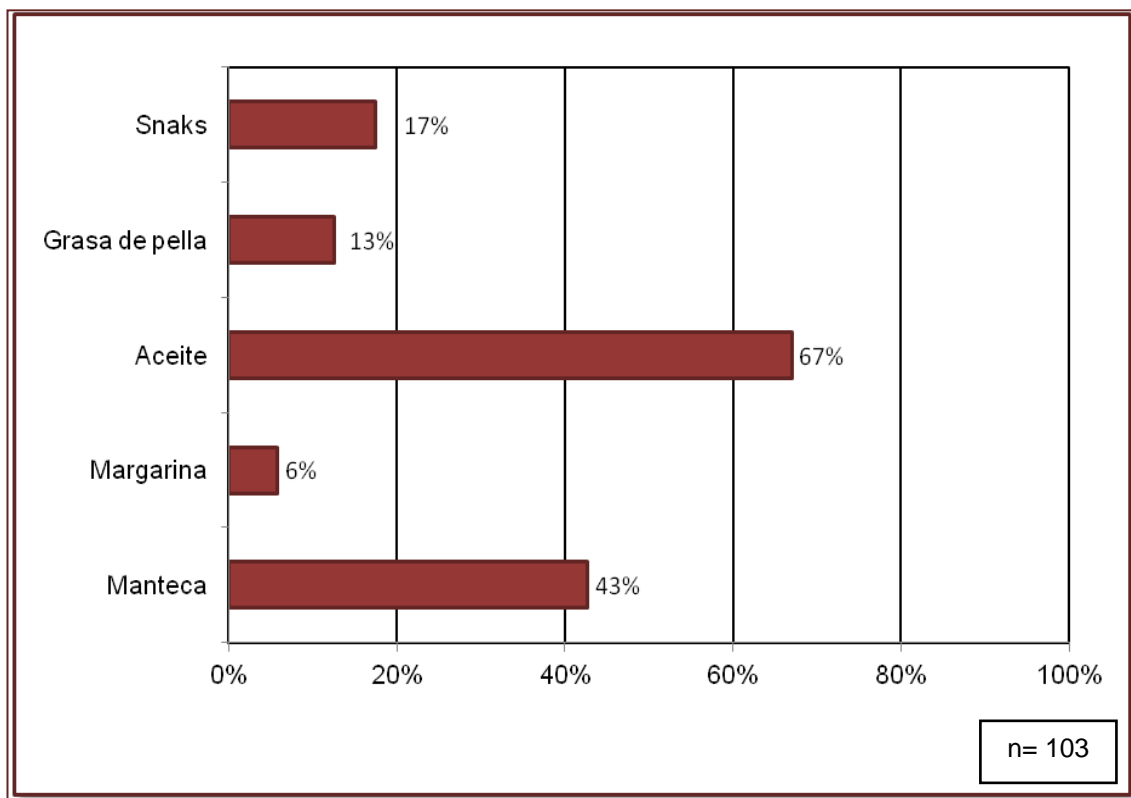


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que el 94% de las madres beneficiarias encuestadas optan por el Azúcar Blanco. La Mermelada representa el 50% de los resultados, y el Dulce de Leche alcanza el 44%. Los Dulces compactos, las Golosinas y el Azúcar Negra resultan ser los alimentos menos elegidos al momento de la compra.

A continuación se presentan los datos obtenidos de la compra del grupo alimenticio “Grasas y Aceites”.

Gráfico N°12. Elección de Grasas y Aceites.

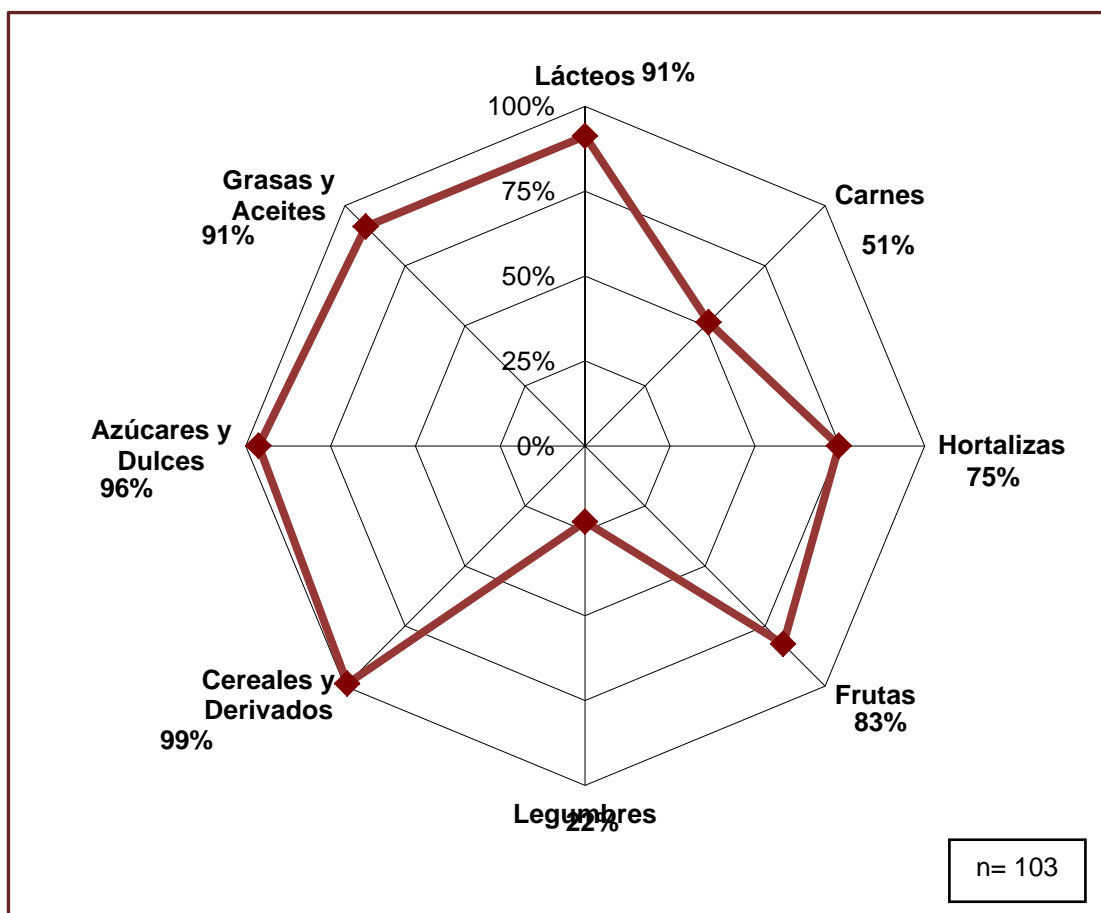


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que el alimento más optado al momento de comprar con la Tarjeta Magnética es el Aceite, con un 67%, seguido por la Manteca, con un 43%. Los resultados en relación a la adquisición de alimentos Snaks, Grasa de pella y Margarina, se encuentran por debajo del 17%.

A partir de los datos obtenidos del ítem que detalla aquellos alimentos que son adquiridos al momento de la compra haciendo uso de la Tarjeta Magnética, se obtiene el siguiente gráfico que representa los porcentajes de compra totales por grupo de alimentos.

Gráfico N° 13. Porcentajes de compra de los diferentes grupos de alimentos.



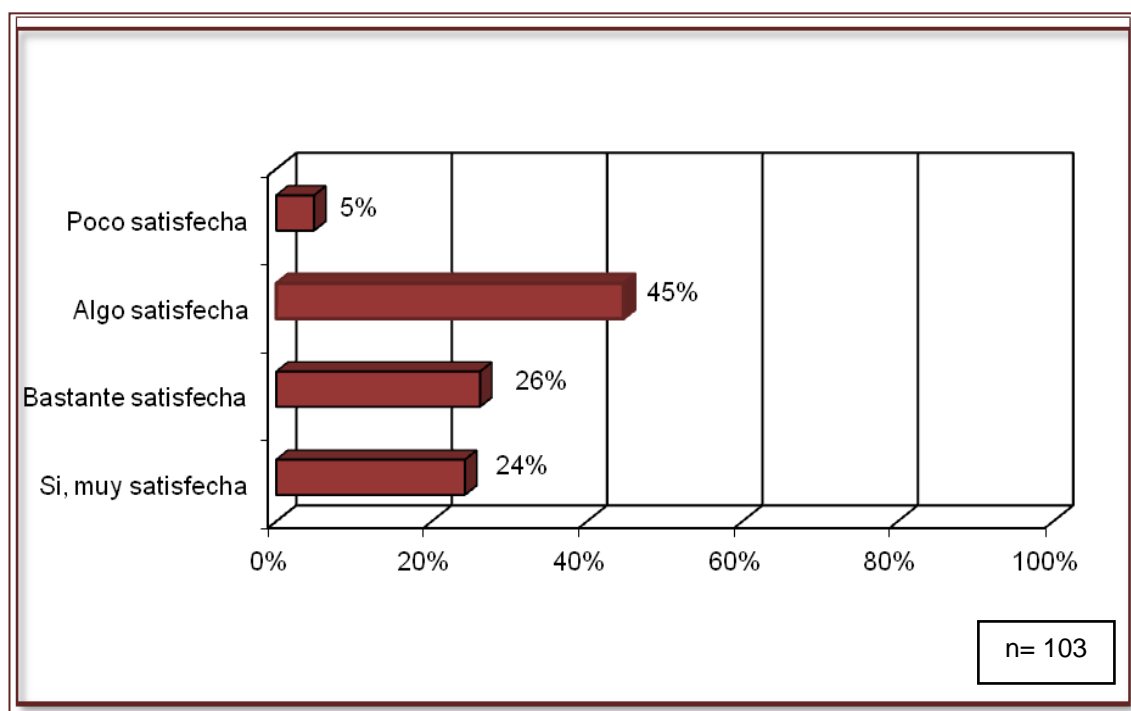
Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que los alimentos que representan el mayor porcentaje de compra con la Tarjeta son los pertenecientes al grupo: Cereales y Derivados, con el 99%, seguidos por Azúcar y Dulces, con el 96%, Grasas y Aceites, con el 91% y Lácteos, con el mismo porcentaje.

El menor porcentaje de compra se atribuye al grupo de las Legumbres, con el 22%.

Se indaga a cerca del grado de satisfacción respecto al uso de la Tarjeta Magnética. Los resultados se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico N°14. Grado de satisfacción del uso de la Tarjeta Magnética.

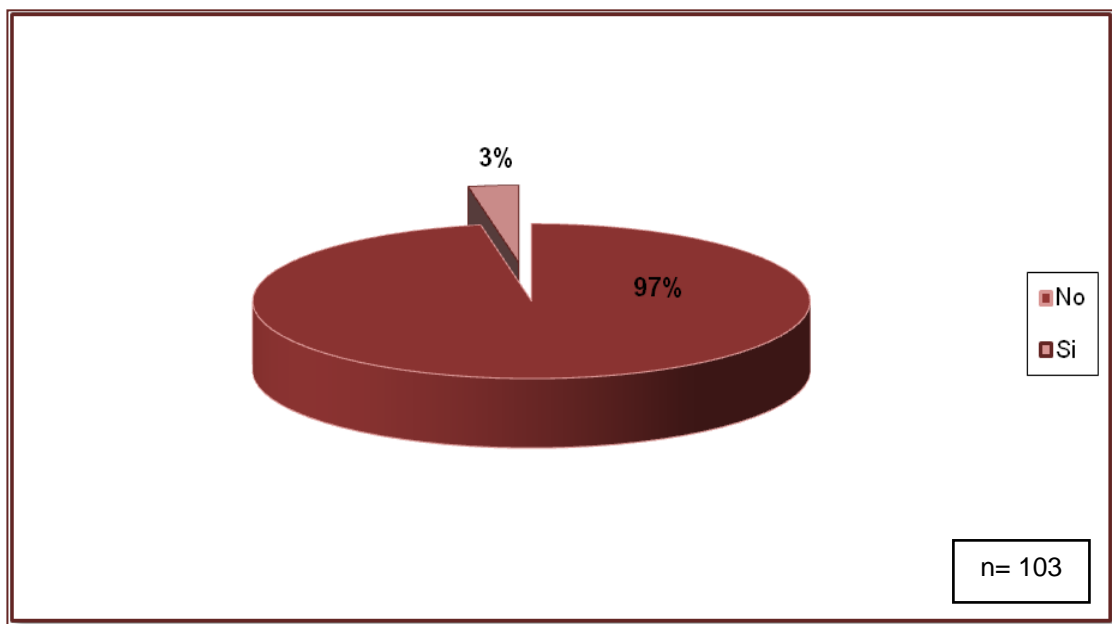


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico anterior se observa que el 45% de las madres encuestadas refiere estar Algo Satisfecha con el uso de la Tarjeta. Presentan porcentajes similares aquellas que refieren encontrarse Bastante Satisfechas, y las que manifiestan estar Muy Satisfechas con el uso de la Tarjeta Magnética.

A continuación se presentan los datos obtenidos en relación a la Capacitación en Alimentación.

Gráfico N°15. Capacitación en Alimentación.



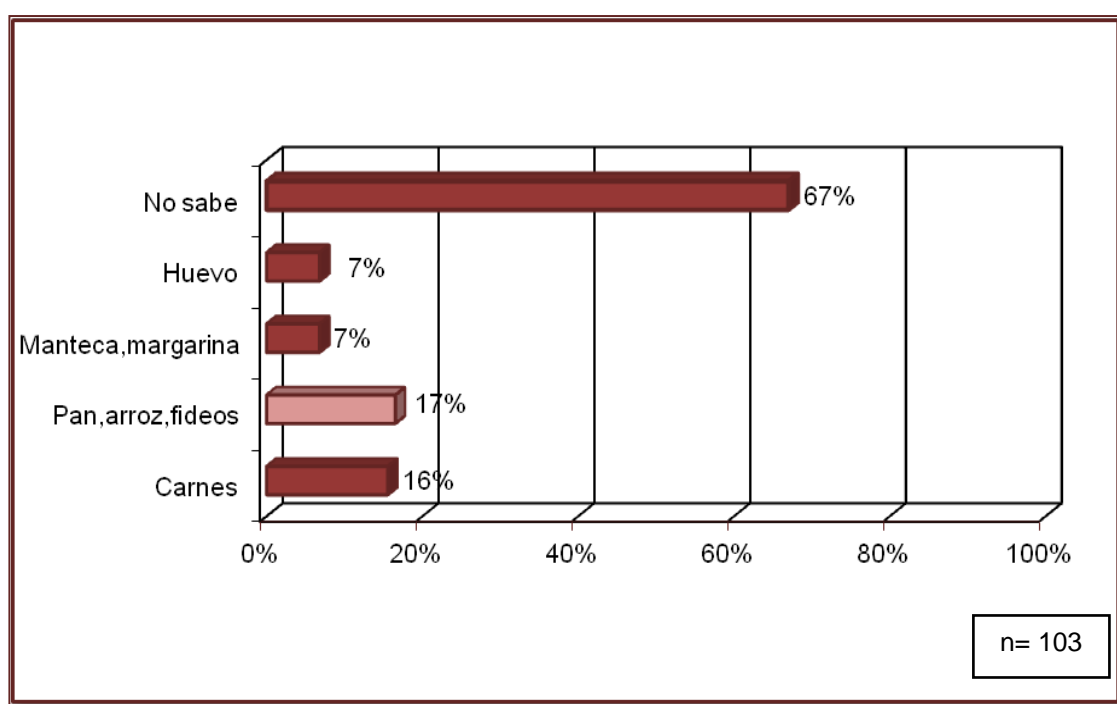
Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el gráfico anterior que sólo un 3% de las madres beneficiarias encuestadas recibe Capacitación en alimentación, siendo “la charla” la técnica de enseñanza más utilizada a través de la cual se instruyen.

Finalmente, se propone a las madres que respondan a 5 cuestiones relacionadas con el conocimiento nutricional. Cabe destacar que en cada ítem pueden elegir más de una opción, siendo solo una la respuesta correcta.

Los Hidratos de Carbono constituyen la principal fuente del organismo. Por este motivo, la importancia de indagar a cerca del conocimiento sobre las fuentes alimentarias de Hidratos de Carbono. Los datos recabados se exponen en el siguiente gráfico.

Gráfico N°16. Conocimiento sobre alimentos fuente de Hidratos de Carbono.

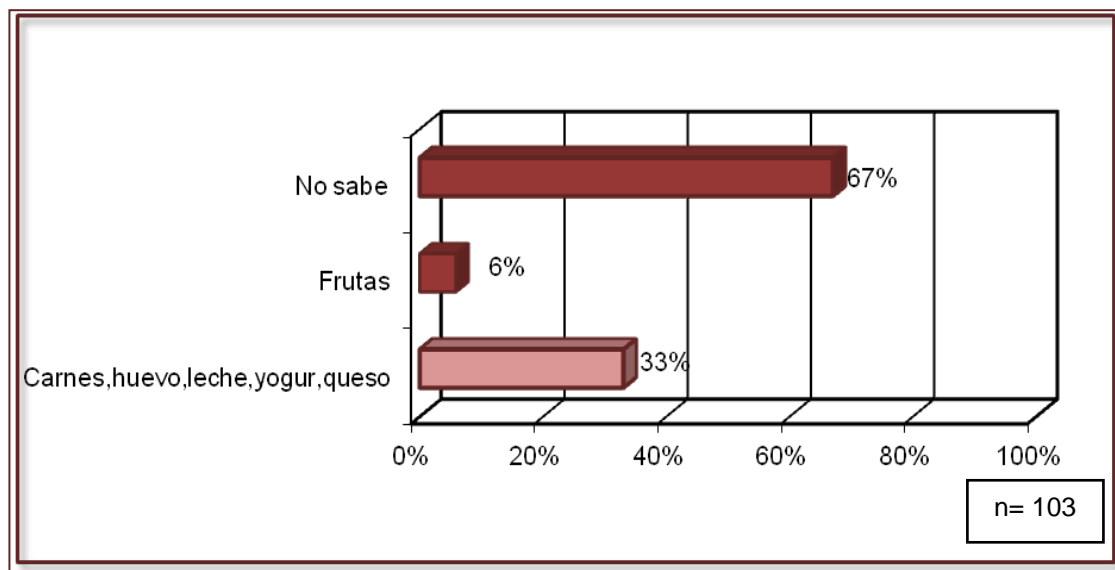


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que el 67% de las madres beneficiarias encuestadas manifiesta no saber cuáles son las fuentes alimentarias de Hidratos de carbono, en tanto que, un 17%, refiere encontrarlos en el pan, los fideos y el arroz, siendo ésta la respuesta correcta.

Posteriormente, se indaga a las madres acerca de cuáles son los alimentos fuente alimentaria de Proteínas, otro tipo de macronutriente, caracterizadas por ser los principales elementos estructurales de las células, actuar como catalizadores bioquímicos y regular la expresión de los genes. Se presentan los resultados en el siguiente gráfico.

Gráfico N°17. Conocimiento sobre alimentos fuente de Proteínas.

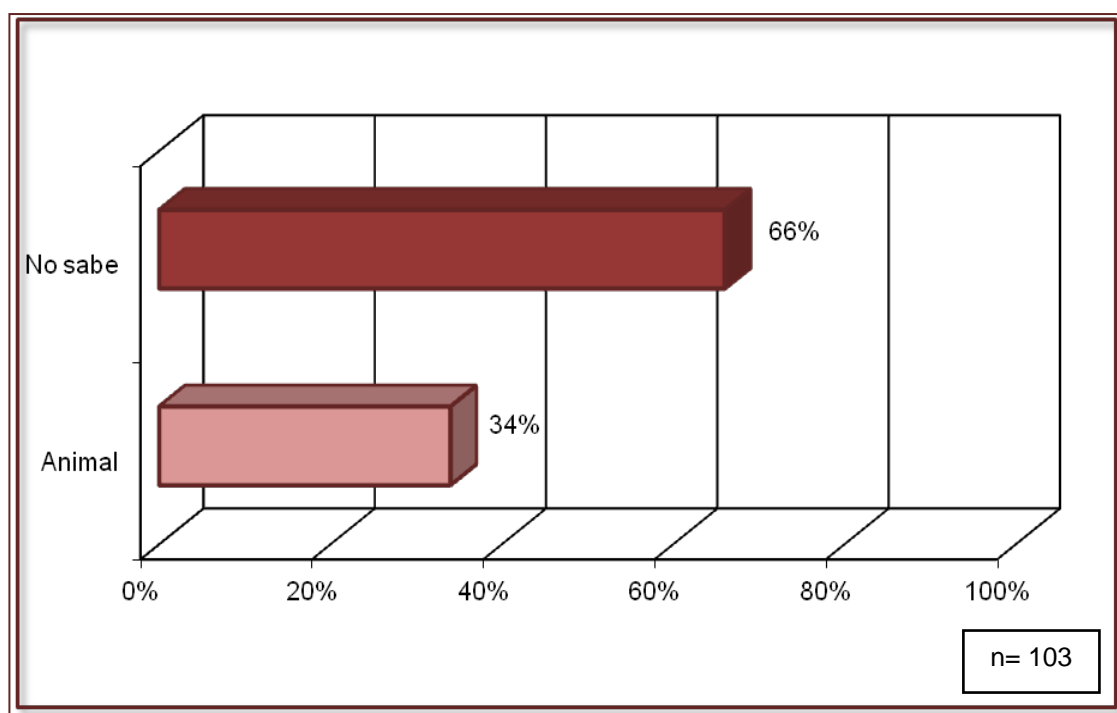


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que el 67% de las madres beneficiarias encuestadas refiere no saber cuáles son las fuentes alimentarias de Proteínas. Las respuestas correctas alcanzan el 33%. Cabe destacar que el ítem contaba con dos opciones más a elegir, en las cuáles se hallaban los siguientes alimentos: pan, bizcochos, tortas, arroz y fideos, en la primera de ellas, y manteca y margarina, en la segunda, pero ninguna encuestada consideró a las mismas como posibles respuestas correctas.

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al tercer y último grupo de Macronutrientes, las Grasas. Se indaga acerca de sus consecuencias para la salud que tiene su consumo excesivo. Es sabido que aquellas grasas de origen animal, son saturadas, motivo por el cual deben consumirse con moderación, pues su exceso conduce a perjudicar la salud, por el contrario, grasas de origen vegetal son beneficiosas para el organismo por contener ácidos grasos insaturados. Al preguntar cuál grasa consumida en exceso podría resultar perjudicial para la salud, se obtienen los siguientes resultados.

Gráfico N°18. Grasas perjudiciales para la salud.

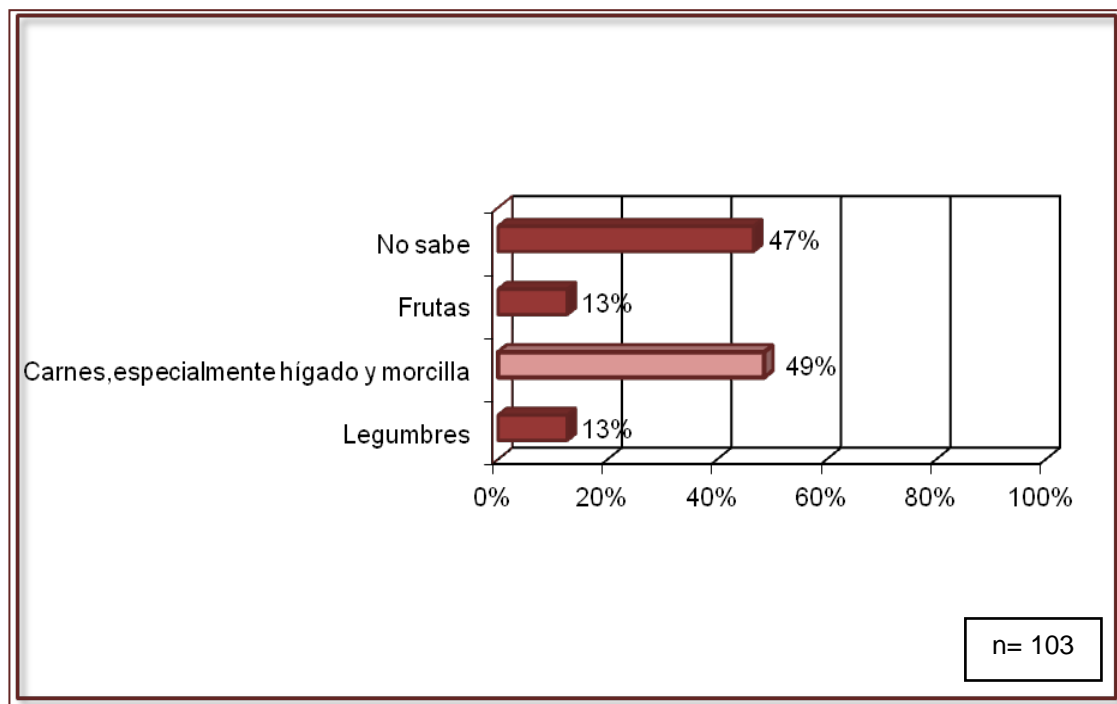


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que el 66% de las madres beneficiarias encuestadas refiere no saber cuáles son las grasas perjudiciales para la salud, mientras que las respuestas correctas representan un 34%. Cabe destacar que ninguna encuestada seleccionó como correcta la tercer opción del ítem, en la cual se encontraban las grasas de origen vegetal.

Se indaga a las encuestadas acerca de cuáles son los alimentos fuente de hierro, el cuál transporta el oxígeno en la sangre, junto con la hemoglobina, responsable también de la pigmentación de la misma. Este mineral interviene en la función de diferentes órganos, entre los cuáles se halla el cerebro y resulta indispensable para la capacidad de aprendizaje. Se detallan los resultados en el siguiente gráfico.

Gráfico N°19. Alimentos fuente de Hierro.

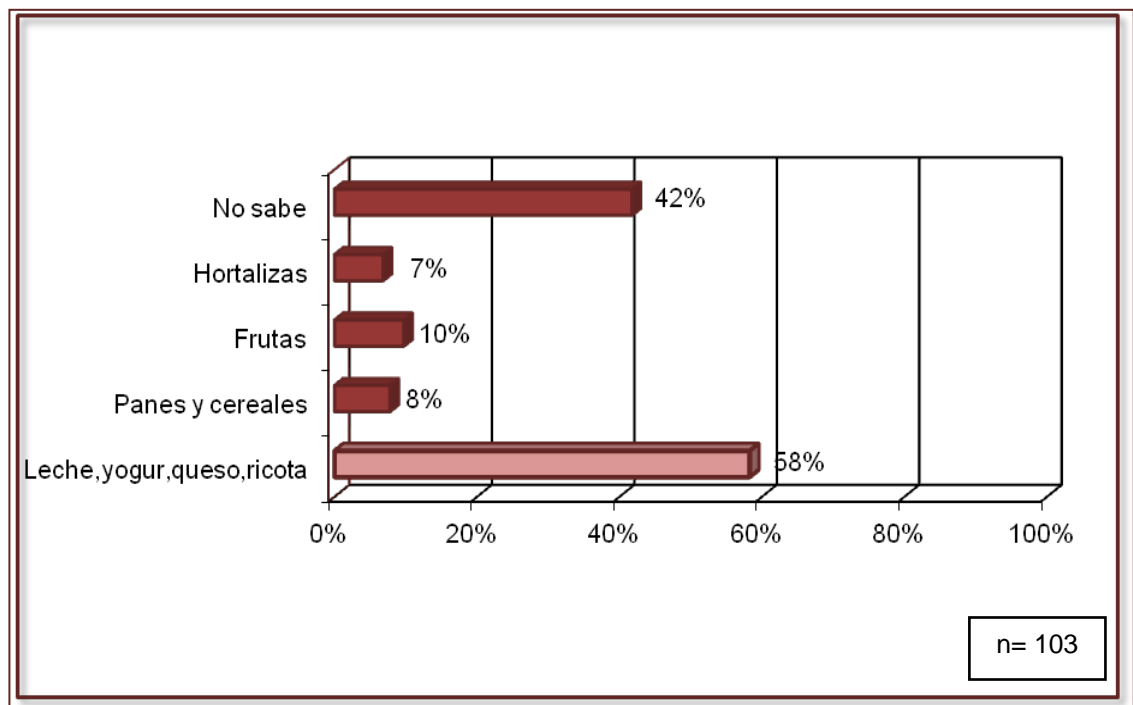


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que el mayor porcentaje de respuestas corresponde a la opción correcta, con un 49%, y aquellas madres encuestadas que refieren no saber cuál es la fuente alimentaria de hierro, representan el 47% del total. Cabe destacar que el hierro se encuentra de dos maneras en la naturaleza: de forma hemínica, en las carnes, con una absorción promedio del 10%, y no hemínica, en las legumbres, con una absorción de tan sólo un 5%. Por este motivo es que se considera como alimentos fuente de hierro a las carnes, en especial al hígado y la morcilla.

Se indaga a las encuestadas sobre cuáles son los alimentos fuente de Calcio. Este micronutriente que se caracteriza principalmente por estar implicado en la mineralización del hueso. Entre otras de sus funciones se haya su participación en la coagulación, en la correcta permeabilidad de las membranas celulares, y en la regulación nerviosa y neuromuscular, modulando la contracción muscular, la absorción intestinal y la liberación de hormonas.

Gráfico N°20. Alimentos fuente de Calcio.

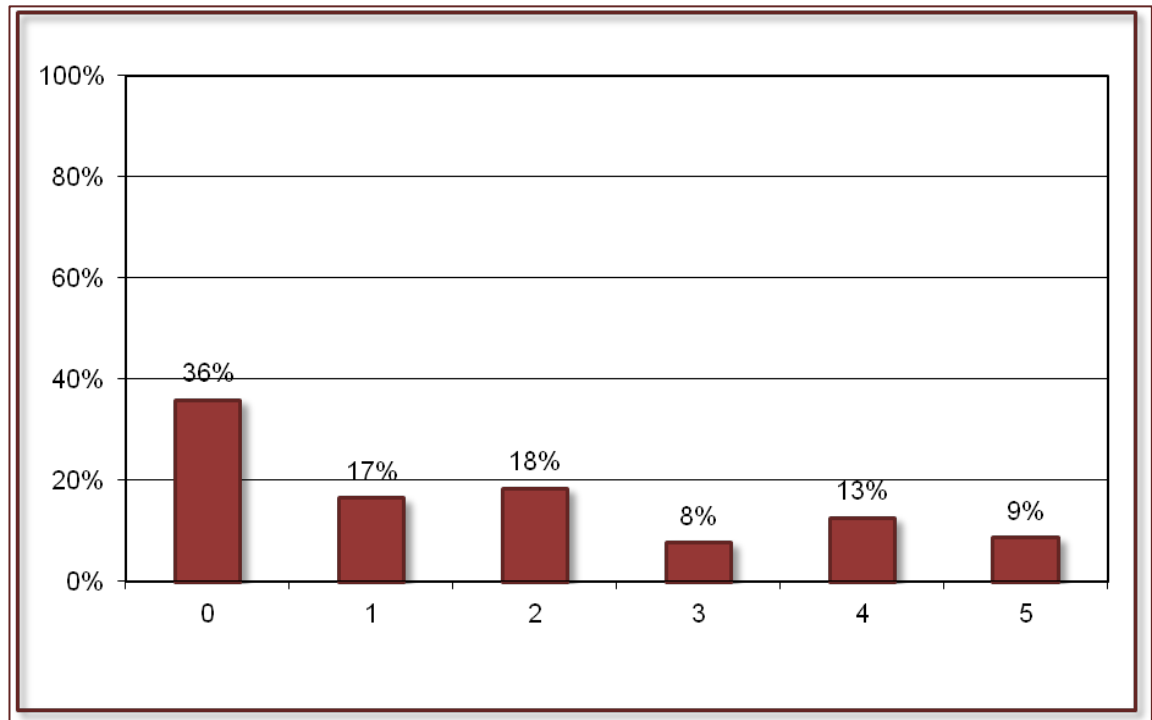


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que la mayoría de las respuestas fueron correctas, con el 58%, mientras que aquellas que corresponden a la opción "no sabe", alcanzan el 42%. Cabe destacar que las otras opciones, incorrectas, no superan el 25% en total.

A continuación, se presenta el Número de Respuestas correctas Totales en relación a los ítems sobre Conocimientos en Nutrición.

Gráfico N° 21. Cantidad de Respuestas correctas Totales.



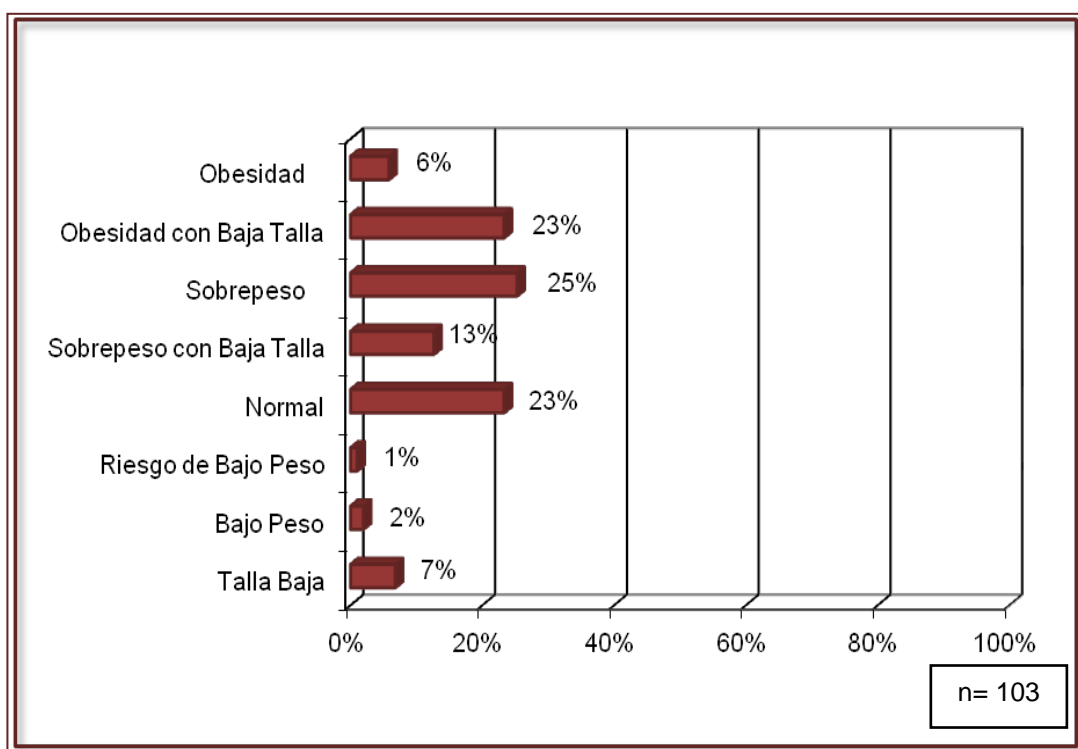
Fuente: Elaboración propia.

En función al gráfico anterior se observa que el porcentaje más alto corresponde a las madres que no han respondido de manera correcta ninguna de las preguntas, siendo estas un 36% de la muestra. Aquellas encuestadas que han respondido correctamente todas las preguntas, alcanzan tan solo el 9%. El número promedio de respuestas correctas resulta de 1,7.

Desde la concepción hasta los 2 años de edad, es un momento crítico para el crecimiento y desarrollo cognitivo del niño. Se toma nota de la Fecha de Nacimiento del niño, Peso actual, Talla, y Sexo, datos registrados en la Libreta Sanitaria del mismo. Posteriormente los datos son analizados en las tablas de percentiles para Niños y Niñas publicados por la Organización Mundial de la Salud.

Los resultados se detallan a continuación.

Gráfico N°22. Estado Nutricional del hijo de cada madre beneficiaria.

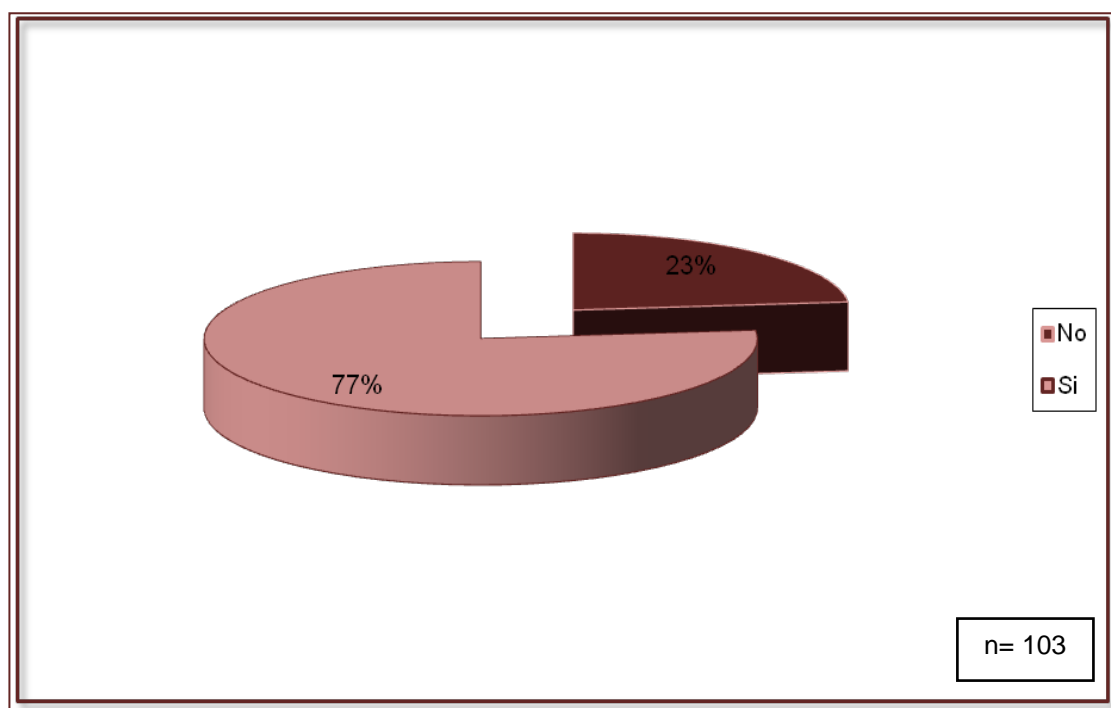


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que el estado nutricional que prevalece es el Sobrepeso, con el 25%. Aquellos niños que se encuentran obesos con baja talla y aquellos que se hallan dentro de los parámetros normales, alcanzan el 23%.

Considerando que resulta de vital importancia una óptima alimentación, tanto en la infancia como en la adultez, para llevar una vida saludable, se indaga a las madres sobre si les interesaría participar de encuentros informativos con un/a Licenciado/a en Nutrición. La Educación Nutricional posee la capacidad de mejorar el comportamiento dietético y el estado nutricional de los individuos. Asimismo, tiene efectos a largo plazo en la actuación independiente de los progenitores y, por medio de estos, en la salud de sus hijos. Contribuye a todos los pilares de la seguridad alimentaria y nutricional, pero se centra especialmente en todo lo que puede influir en el consumo de alimentos y las prácticas dietéticas: los hábitos alimentarios y la compra de alimentos, la preparación de estos, su inocuidad y las condiciones ambientales.

Gráfico N°23. Interés en participar de Encuentros Informativos.

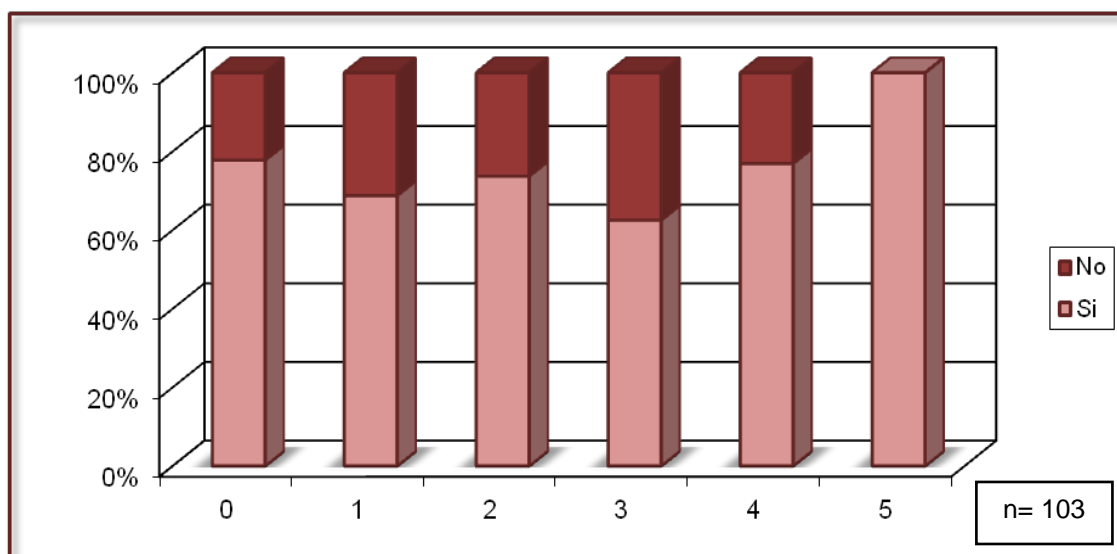


Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que el 77% de las madres beneficiarias encuestadas le interesaría participar de encuentros informativos llevados a cabo por un profesional en Nutrición. Representando este porcentaje una amplia mayoría, lo cuál debería ser tenido en cuenta para el desarrollo de futuros proyectos.

A continuación se presenta la relación entre dos ítems: Por un lado, el interés de las encuestadas en participar en encuentros informativos llevados a cabo por un Licenciado/a en Nutrición, por el otro, el grado de conocimiento en conceptos que hacen a una alimentación saludable, expresado a través del número de respuestas correctas en el Gráfico N° 18.

Gráfico N° 24. Interés en participar en encuentros informativos según el grado de conocimiento.



Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa que dentro de aquellas personas que no han respondido ninguna respuesta correcta, el porcentaje que tiene interés en participar en encuentros informativos dictados por un Licenciado/a en Nutrición representa el 78%, en tanto que al total de encuestadas que han respondido todas las respuestas de manera correctas, les interesaría participar en encuentros informativos.

A continuación se analiza de forma cualitativa cuál es la causa que determina el grado de satisfacción del uso de la Tarjeta Magnética por parte de las madres beneficiarias.

Causa que determina el grado de satisfacción respecto al uso de la Tarjeta Magnética.

- ***“Porque es una gran ayuda”.***

Al 50% de las madres beneficiarias encuestadas, el uso de la Tarjeta Magnética le resulta de gran ayuda para poder adquirir los alimentos en el mercado. Dentro de este porcentaje, un 20.3% manifiesta estar Muy Satisfecha, mientras que un porcentaje menor, correspondiente al 18.4%, dice estar Bastante Satisfecha con el uso de la Tarjeta.

- ***“Porque es un complemento para llegar a fin de mes”.***

Las encuestadas que se hallan Muy Satisfechas ó Bastantes Satisfechas con el uso de la Tarjeta Magnética, refieren estarlo porque el monto acreditado mensualmente en la misma les resulta un complemento para llegar a fin de mes, representando el 5.8% y 4.8%, respectivamente.

- ***“Porque me resulta escaso el aporte por parte de la Tarjeta”.***

Las opciones Bastante Satisfecha, Algo Satisfecha y Poco satisfecha, fueron elegidas por el 76% de las encuestadas, y la razón es, en un 38.7%, por resultar escaso el monto acreditado en la Tarjeta Magnética.

Del presente trabajo de investigación se llega a la conclusión de que la edad promedio de las madres beneficiarias del Plan Más Vida encuestadas es de 29 años, la gran mayoría ha cursado el primario completo y posee solo un hijo, motivo por el cual es también mayor la proporción que recibe 80\$ acreditados en la Tarjeta Alimentos. A principios del año 2008, desde el Ministerio de Desarrollo Social se modificó la modalidad de prestación del Plan Más Vida por medio de la incorporación de esta Tarjeta a fin de mejorar la seguridad alimentaria de los hogares beneficiarios, a partir de la libre elección de alimentos. Por este motivo es que resulta de vital importancia que el programa esté acompañado de una estrategia de educación alimentaria con orientación hacia la compra de los mismos. Concluyendo, ¿Qué grado de autonomía se aprecia en las madres beneficiarias a partir de este cambio en la modalidad de prestación de servicios? La disponibilidad de este ingreso mensual, ¿Asegura el consumo óptimo de alimentos a través de una correcta elección en el momento de compra? ¿Qué alimentos componen principalmente la canasta familiar de las familias beneficiarias? Según el Instituto Nacional de Encuestas y Censos (INDEC), alimentos como pan, galletitas saladas, galletitas dulces, arroz, harinas, fideos, papa, batata, azúcar, dulces, legumbres secas, hortalizas, frutas, carnes, huevos, leche, queso, aceite, bebidas edulcoradas, bebidas gaseosas s/edulcorar, sal fina, sal gruesa, vinagre, café, yerba y té, constituyen la Canasta Básica Alimentaria. Sin embargo, Sergio Britos en su Trabajo de Investigación, expresa lo siguiente:

“La CBA es reflejo de no padecer hambre, pero no expresa el valor de una alimentación saludable. La CBA utilizada en las mediciones de pobreza, fue elaborada en 1988 y nunca ha sido actualizada. Pretender que una persona u hogar no sea considerada indigente porque sus ingresos superan el costo de un estándar alimentario mínimo, básico, aún cuando es claro que se está alimentando de manera no saludable es por lo menos un concepto limitado. Mínimamente, la medición de la indigencia debería incluir en su definición metodológica estándares alimentarios preventivos de los problemas nutricionales contemporáneos. Por ejemplo, el costo de satisfacer niveles de seguridad alimentaria compatibles con una dieta saludable en los términos de las recomendaciones de organizaciones como la OMS.”¹

¹ Saraví Agustina, Lic. en Nutrición, Asistente de Proyectos, Programa de Agronegocios y Alimentos, Facultad de Agronomía, UBA; Britos Sergio, Hay que cambiar la mesa de los argentinos, en: www.fundacionbyb.org/Hay-que-cambiar-la-mesa-de-los-Argentinos-premio-CAN-2009.pdf

Los alimentos mayormente seleccionados a la hora de comprar con la Tarjeta fueron los correspondientes al grupo de los Cereales y Derivados, siguiéndole en orden decreciente el de los Azúcares y Dulces, Grasas, Aceites y Lácteos. Dentro de este último, el más elegido resulta ser el yogur entero. Fue llamativo el gran porcentaje de compra de postres de leche entera, por no encontrarse en el listado de alimentos recomendados para adquirir con la Tarjeta Magnética. Además, comparados con un yogur, el costo resultaba elevado respecto a la composición nutricional, por su menor contenido en calcio, abundantes grasas saturadas, excesivas calorías y sodio. En el grupo Grasas y los Aceites, el mayor porcentaje de compra se atribuyó al aceite, seguido por la manteca. El primero con propiedades que son beneficiosas para el organismo: reducir los niveles de colesterol en sangre, poseer ácidos grasos esenciales y ser una de las fuentes más importantes de vitamina E. La utilidad del mismo es muy amplia: guisos, salteados, frituras, salsas, preparaciones horneadas, para condimentar ensaladas, o para resaltar el sabor de algunas comidas, como un puré. La manteca también posee diversas utilidades, pero tiene un elevado contenido de grasas saturadas. En relación al grupo de Azúcares y Dulces, el azúcar blanco fue el alimento más elegido. En el grupo Cereales y Derivados, los más seleccionados fueron los fideos y el arroz. Su bajo costo en el mercado en relación a otros grupos de alimentos, gran variedad de marcas, y su alto rendimiento los permite utilizar en diferentes preparaciones. Resulta importante destacar que desde la Municipalidad, las personas encuestadas reciben mensualmente 4 paquetes de fideos, y 1 kg de arroz, por lo que se aprecia que sus canastas alimentarias contienen gran aporte de hidratos de carbono. En el grupo Carnes, la carne picada fue la más seleccionada, se debe a que la misma es utilizada en diferentes preparaciones, como guisos, hamburguesas, rellenos de tartas, empanadas, en pasteles y budines con verduras y resulta ser el corte más aceptado por los más pequeños, conveniente para “esconder” aquellas verduras que no les apetecen. Además, el costo beneficia su compra. El Pollo Entero le sigue en orden de preferencia de compra, y por último se sitúan las salchichas. El aporte energético y graso de estas últimas es elevado, aportando, cada 100gr de alimento: 210Kcal y un 40% de grasas saturadas. En tanto que la carne picada posee 264Kcal y un 15% de grasas saturadas, y el pollo 109Kcal y 2.5% de grasas saturadas.

La manzana es la fruta más seleccionada de su grupo. Teniendo en cuenta que la encuesta se realizó entre los meses de agosto y septiembre, podemos considerarla una fruta de estación, por lo tanto proporcionará todos los nutrientes por ser fresca y estará en el mercado a un bajo precio. Sin embargo, se observa que la misma fue elegida por preferencia alimentaria, ya que ninguna madre encuestada seleccionó por el ítem “fruta de estación”. En referencia al grupo de las Hortalizas, la papa resulta ser el tubérculo que representa los mayores porcentajes de compra, así como sucede con las arvejas, dentro del grupo de las Legumbres. Estas últimas proporcionan gran cantidad de fibra y proteínas de bajo valor biológico, que si se combinan con granos enteros, cereales como la avena, el trigo, el centeno, la cebada, el maíz, el arroz y derivados, así como con frutas secas y semillas, se puede formar una proteína completa. Cabe destacar que también influye su bajo costo y utilización en variados platos económicos. Las madres encuestadas reciben mensualmente, desde el Municipio, una bolsa de ½ Kg. de lentejas.

En relación al grado de Satisfacción respecto al uso de la Tarjeta Magnética, denominada Tarjeta Alimentos, el mayor porcentaje de encuestadas refirió estar “*algo satisfecha*”, y el principal motivo fue por resultar escaso el monto acreditado en la misma. Las madres beneficiarias reciben alimentos por parte del Municipio y del Plan Más Vida, pero esta ayuda parece no alcanzar para abastecer sus necesidades y las de su familia. Los precios del mercado aumentan, los niños crecen, pero las cantidades de alimentos y de dinero que reciben no varía en relación a ello. Una ingesta óptima de nutrientes es determinante para conservar un Estado Nutricional dentro de los parámetros de la normalidad. Según datos arrojados por medios periodísticos el día 12 de agosto del corriente año, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) afirma que una familia tipo, compuesta por un matrimonio de 2 adultos mayores y 2 hijos, necesita de \$6 diarios para satisfacer sus necesidades básicas, es decir, \$688.33 mensuales bastan para superar la Línea de Indigencia. En el presente estudio se estimó el costo del bolsón de alimentos que reciben mensualmente las madres beneficiarias por parte del Municipio de la ciudad de Benito Juárez, el cuál arriba los 127.67\$, sumado el costo del ½ Kg. de leche en polvo por hijo que entrega el Plan Más Vida, y los \$80 acreditados en la Tarjeta Alimentos que representan el mayor porcentaje en las encuestas, se llega a una suma de \$260.25 mensuales. Si bien es posible que las familias beneficiarias reciban otros planes sociales que contribuyan con el monto de dinero mensual, en esta investigación solo se tienen en cuenta los datos recogidos a través del trabajo de campo.

A fin de aumentar la disponibilidad y por ende el consumo de hortalizas en el hogar, en la ciudad de Benito Juárez, desde la Secretaría de Salud, los Licenciados en Nutrición y personal del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), desarrollan encuentros con padres de familia de los barrios más carenciados. El Instituto realiza entregas de semillas, así como también enseña cómo debe ser la siembra, lugares ideales para el crecimiento, y el cuidado de los almácigos. Los Licenciados en Nutrición brindan información acerca de los beneficios de su consumo y el ahorro económico que ello significa. Pero, la poca participación de los beneficiarios impide obtener mejores resultados.

Respecto a la Capacitación en Alimentación, sólo un 3% de las encuestadas refirió haberla recibido, y la técnica didáctica más utilizada fue la charla. Las respuestas representadas en los gráficos hacen dar cuenta de la importancia que tiene la Educación Nutricional: el mayor porcentaje de encuestadas refiere no saber cuáles son las fuentes alimentarias de Hidratos de Carbono y Proteínas. Aunque al indagar sobre el consumo de Grasas, las respuestas fueron en su mayoría correctas, al igual que en el caso de los alimentos fuente de Hierro y Calcio. Cabe destacar que la totalidad de respuestas incorrectas supera a quienes han respondido correctamente todas las preguntas. Los escasos conocimientos en conceptos básicos de nutrición, conllevan varias consecuencias negativas para la salud, no sólo de la madre, sino también del hijo. Esto se ve reflejado en el Estado Nutricional de los niños de cada una de las encuestadas, ya que el mayor porcentaje se encuentra con Sobrepeso, valor que no difiere en gran medida con aquellos que tienen un diagnóstico de Estado Nutricional Normal y quienes poseen Obesidad con Baja Talla. Datos similares han sido arrojados por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada entre los años 2004 y 2005 en todo el país, demostrando que el estado nutricional que prevalecía en niños y niñas entre los 6 meses y 5 años de edad era la obesidad, con un porcentaje promedio del 6.5%, encontrándose entre los grupos de alimentos mayormente consumidos, los cereales (27%) y azúcares (12%).²

La obesidad y el sobrepeso son enfermedades crónicas, en las cuáles existe un exceso de tejido adiposo en relación con la masa corporal magra y la talla. El origen es multifactorial, es decir, convergen factores: genéticos (cuando los padres son obesos aumenta tres veces el riesgo de que sus hijos lo sean), biológicos, socioeconómicos, conductuales y ambientales.

Actualmente se consumen más grasas y calorías totales por medio de bebidas azucaradas y comida rápida, y menos fibra, leche, frutas y verduras. Por otra parte se encuentra el sedentarismo, al cual contribuyen: la televisión, la computadora, los juegos de video y la inseguridad, ya que los padres por miedo a que le suceda algo a sus hijos, los mantienen dentro de sus casas. Además el cambio en el rol de la mujer, quien ingresa a la masa laboral con menos tiempo de dedicación a sus hijos tanto para llevarlos a practicar un deporte a algún club como para cocinar, por lo que la familia debe alimentarse fuera del hogar, y las comidas se caracterizaran por ser de bajo costo, de rápida masticación, y gran densidad energética. Por otro lado, los altos precios de las frutas y las verduras frescas y de otros alimentos de alta calidad nutricional, los vuelven poco accesible para los grupos de bajos ingresos, respecto de la que ofrece la industria alimentaria: de alta densidad energética, ricos en grasas y azúcares, deficientes en nutrientes, con un alto valor de saciedad, buena palatabilidad y bajo costo.

La obesidad y el sobrepeso en la niñez incrementan el riesgo de obesidad en la vida adulta, lo cual aumenta la probabilidad de mortalidad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, resistencia periférica a la insulina. Los factores psicológicos también forman parte de estas enfermedades: la discriminación y los cambios físicos llevan en muchos casos al aislamiento social. Estos niños suelen ser más altos, tener edad ósea avanzada, y maduración sexual más temprana en comparación con los niños que poseen un peso saludable.

La baja talla, otro Estado Nutricional hallado en los niños encuestados, expresa la afectación del potencial genético de crecimiento, muchas veces consecuencia de una hipoalimentación, por un déficit calórico- proteico, por monotonía en la alimentación en un ambiente con bajos ingresos de familia numerosa, con baja inserción laboral y de nivel de instrucción, salubridad deficiente, pobre acceso al sistema de salud, alta prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas y mal cuidado infantil.

² Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Propuestas de la Gente, Propuestas para el país, en: <http://msal.gov.ar/htm/Site/ennys/site/default.asp>

La búsqueda de una solución a esta situación, resulta de gran importancia para cada el Profesional de la Salud, ya que estos niños, hoy afectados, pueden en un futuro, como adultos, perpetuar a sus hijos las condiciones que los han llevado a la marginación y a la desnutrición. Este hecho repercute de manera negativa en el desarrollo de un país, ya que el medioambiente inadecuado se mantiene por generaciones, dificultando su incorporación a los procesos de cambio que impliquen desarrollo, mejoras en las condiciones en las cuales vive la comunidad.

En Benito Juárez las casas en las que habitan personas con bajos recursos, se caracterizan por ser húmedas y mal calefaccionadas, lo que conlleva a la acumulación de gérmenes por falta de ventilación, y una de las enfermedades más comunes en los pequeños es la Bronquiolitis, situación que aumenta las demandas energéticas, muchas veces no satisfechas por producir, paralelamente, inapetencia. En lo que respecta al ámbito nutricional, se pueden citar condiciones que hacen que los nutrientes indispensables para el crecimiento lleguen a nivel celular en deficiente cantidad, combinación, oportunidad y biodisponibilidad: la duración de la lactancia materna, el momento de introducción y tipo de alimentos empleados durante el destete, las prácticas alimentarias y cuidado infantil durante los primeros meses de vida. Otra problemática comúnmente encontrada en la ciudad es la Gastroenteritis, por falta de potabilidad del agua, red sanitaria, higiene de manos, contaminación cruzada de los alimentos, y parasitosis, ya que hay muchos perros en las calles que juegan con los niños.

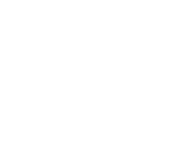
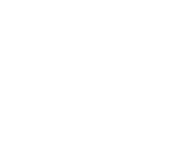
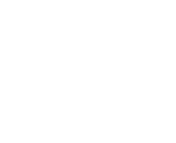
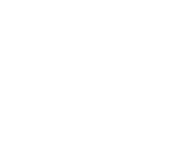
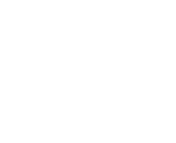
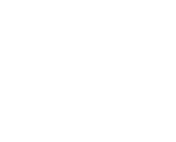
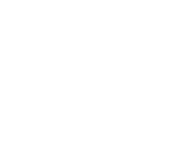
Por último, a más del 50% de las encuestadas le gustaría recibir charlas informativas dictadas por un/a Licenciado/a en Nutrición. Resulta interesante observar entre quienes no han respondido ninguna respuesta correcta en los ítems que hacen referencia a los Conocimientos en Nutrición, el porcentaje que tiene interés en participar en encuentros informativos es menor en comparación con las han respondido todas las respuestas correctas.

A partir de los datos obtenidos, surgen los siguientes interrogantes: ¿Cuáles fueron los factores que generaron un Estado Nutricional caracterizado por exceso de grasa corporal y baja talla en los niños encuestados? ¿Estará acompañado de una Desnutrición Oculta, por déficit de vitaminas y minerales? ¿Cuál fue el Estado Nutricional presente durante el embarazo de cada mujer encuestada? ¿Cuál es el Estado Nutricional actual? ¿Cómo es la distribución de alimentos dentro del seno familiar?

¿Cómo están compuestas las canastas alimentarias de las familias beneficiarias, teniendo en cuenta el análisis realizado en el presente trabajo, más los alimentos que reciben de prestaciones de vecinos, y aquellos comprados con su dinero? ¿Se aprecia una influencia por parte de las publicidades televisivas en la compra de alimentos y alimentación de los niños? ¿Cuál es el consumo promedio de diario de calorías y nutrientes? ¿Cuál es el porcentaje de satisfacción respecto a las Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

Este trabajo pretendió aportar información y análisis que sea útil para la toma de decisiones a corto plazo. Para estar bien alimentadas, las personas deben acceder a una cantidad suficiente de alimentos inocuos y de calidad, pero con esto no basta. Se debe educar en el consumo de alimentos adecuados, acerca de lo que es una dieta sana y los beneficios para la salud. Gran parte de las causas de una nutrición deficiente son actitudes y prácticas modificables a través de la educación: tabúes alimentarios, hábitos dietéticos arraigados, distribución de alimentos en la familia, ideas sobre la alimentación infantil, publicidad engañosa de alimentos, ignorancia en materia de higiene de los alimentos o actitudes negativas frente a las hortalizas. Para velar por el desarrollo adecuado tanto mental como físico de sus hijos, las madres deben no sólo poner en marcha pautas alimentarias dadas por un profesional, sino también conocerlas.

BIBLIOGRAFÍA



- Abeyá Gilardon Enrique, Calvo Elvira B., Durán Pablo, Longo Elsa N., Mazza Carmen, **Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría**, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Buenos Aires, Argentina, 1ª ed., en:
<http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/manual-nutricion-press.pdf>
- Aguirre, Patricia, **Ricos flacos gordos pobres: La alimentación en crisis**, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2009, p 65-122.
- -----, **Seguridad Alimentaria: Una visión desde la antropología alimentaria**, en:
<http://www.suteba.org.ar/download/trabajo-de-investigacin-sobre-seguridadalimentaria-13648.pdf>
- Arroyo, Daniel, **Políticas Sociales: Ideas para un debate necesario**, Buenos Aires: La crujía, 1ª ed., 2009, cap II, III, IV.
- Asamblea Mundial de la Salud, 2002, **Nutrición del Lactante y del Niño Pequeño**, en: http://apps.who.int/gb/archive/s/s_wha55
- Bondarczuk Bárbara. Bozal Agustina, Díaz Marisol, Guidoni Ma. Elisa, Isely María Belén, Lasivita Julieta, Lestingi María Eugenia, Lorenzo Jessica, Marenzi María Soledad, **Nutrición del niño sano**, Corpus 1ª ed., 2007, p. 23-51.
- Britos, Sergio; O'Donnell, Alejandro; Ugalde, Vanina; Clacheo, Rodrigo, **Programas Alimentarios en Argentina**, en:
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/35-programas.pdf>
- Brown Judith, **Nutrición en las diferentes etapas de la vida**, University of Minenesota, Mc-Graw Hill, 2ª ed., p.208
- Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil (CESNI), **Hoy y Mañana: Salud y calidad de vida de la niñez argentina**, 1998, p. 121.
- -----, **Programas Alimentarios en Argentina, La historia más reciente y los nuevos escenarios**, en:
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/35-programas.pdf>
- Departamento de Servicios Internos, Recursos Humanos y Finanzas, **Directrices relativas a los Sistemas Nacionales de Información y Cartografía sobre la Inseguridad Alimentaria y la Vulnerabilidad (SICIAV): Antecedentes y Principios**, en: <http://www.fao.org/docrep/meeting/w8500s.htm#E11E18>
- Depósitos de documentos de la FAO, **Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria: Manual de capacitación**, en:
<http://www.fao.org/docrep/004/W3736S/W3736S03.htm>

- -----, **Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo**, en: <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0t.htm#TopOfPage>
- Dirección de Salud, Programa Nacional de Salud Familiar, **Proyecto: Sistematización del trabajo en los CAPS**, Benito Juárez, Buenos Aires, Argentina, 2012.
- Ministerio de Desarrollo Social, **Resolución Ministerial: Plan de Seguridad Alimentaria**, en: <http://www.rlc.fao.org/iniciativa/pdf/PNSArgen.pdf>
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, **Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)**. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Plan Federal de Salud, en: www.bvs.org.ar/pdf/resultados.ppt
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Salud Pública. **Guías alimentarias para la población infantil**, Buenos Aires, Argentina, 2006. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/pdf_equipo_baja.pdf
- Municipalidad de General Pueyrredón, **Salud y Bienestar, Plan Más Vida**, en: www.mardelplata.gob.ar/Index00.asp
- O'Donnell Alejandro, Britos Sergio, Pueyrredon Paula, Grippo Beatriz, Rovirosa Alicia, Uicich Raul, Bock Irene, Chachoa Candela, Pujato Dolores, Porto Anahí, **Comer en una edad difícil, de 1 a 4 años**, CESNI 1ª e., Buenos Aires, Argentina, 2006, p. 15-37.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO), **Informe de políticas: Seguridad Alimentaria**, en: ftp://ftp.fao.org/es/esa/policybriefs/pb_02_
- ----- **Seguridad Alimentaria: El Marco Conceptual**, en: <http://www.fao.org/docrep/004/W3736S/W3736S03.htm>
- ----- **Método de Medición de la Pobreza**, en: <http://www.rlc.fao.org/iniciativa/cursos/Curso%202006/Mod5/0.pdf>
- -----, **Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria: Manual de capacitación**, cap. 1., en: <http://www.fao.org/docrep/004/W3736S/W3736S03.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), **Mujeres embarazadas y mujeres lactantes**, en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_\(chp3\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_(chp3)_spa.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo del Niño, **Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica**, Lima, Perú, Washington DC, 2009, p7.

- -----, **Hospitales seguros frente a los desastres: Campaña mundial de reducción de desastres 2006-2008. Declaración de Alma Ata**, en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Rebón, Marcela, Ana Vitar, Luciana Piccirillo, **Plan Más Vida nuevas estrategias en seguridad alimentaria: la experiencia de la tarjeta alimentos**, Buenos Aires, Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires, 1ª ed., 2009, p. 39-49; 63-67.
- Servicio de Planificación, Estimación y Evaluación de la Nutrición (ESNA) de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, **Perfiles Nutricionales por Países- Argentina**, en: <ftp://ftp.fao.org/ag/aqn/nutrition/ncp/arg.pdf>
- Sociedad Argentina de Pediatría, **Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años**, Buenos Aires, 2001, I Edición, p 36.
- UNICEF- Argentina, **Hacia una política en desarrollo infantil temprano**, Ciudad de Buenos Aires, 2005, p. 10- 23

Sitios Web consultados:

- <http://www.benitojuarez.gov.ar/>
- <http://www.cesni.org.ar/>
- [http:// www.cippecc.org](http://www.cippecc.org)
- <http://www.desarrollosocial.gba.gov.ar/subsec/politicassociales/programas/masvida.php>
- http://www.fao.org/index_es.htm
- <http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedades/planmasvida.pdf>
- <http://msal.gov.ar/htm/Site/ennys/site/default.asp>
- <http://www.indec.mecon.ar/>
- <http://www.msal.gov.ar/>
- <http://www.ms.gba.gov.ar/>
- <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- <http://www.sap.org.ar/>
- <http://www.scielo.org.ar/scielo.php>
- <http://www.who.int/es/>



UNIVERSIDAD
FASTA

2012