

# Efectividad en las prestaciones y estado nutricional de las personas receptoras del programa “Comer en Familia”

Alumna: María Gabriela Fernández

Tutor: Lic. Sergio Scacchia

Asesoramiento: Depto de Metodología de la Investigación

Universidad FASTA

Ciencias de la Salud

Lic. en Nutrición



DE LA FRATERNIDAD DE AGRUPACIONES SANTO TOMAS DE AQUINO



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA  
UFASTA

ESTE DOCUMENTO HA SIDO DESCARGADO DE:

THIS DOCUMENT WAS DOWNLOADED FROM:

CE DOCUMENT A ÉTÉ TÉLÉCHARGÉ À PARTIR DE:



REPOSITORIO DIGITAL  
UFASTA

ACCESO: <http://redi.ufasta.edu.ar>

CONTACTO: [redi@ufasta.edu.ar](mailto:redi@ufasta.edu.ar)

Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en los resultados. Un esfuerzo total es una victoria completa.

M. Gandhi



## Agradecimientos

Quiero agradecerle principalmente a mi mamá que hizo posible que mi sueño de estudiar nutrición se haya hecho realidad. A mi hermana Laura y a mi hermano Martín por haberme alentado y acompañado en diferentes momentos.

A todas las personas que estuvieron junto a mi transitando este camino, donde tuve el placer de vivir diferentes emociones, especialmente a mis amigos Mariana, Emilia, Juan y Nicolás, ellos me recuerdan cada día a disfrutar de la vida.

A la Lic. Evangelina Pérez Aramburú por brindarme todo su apoyo en los momentos de definición.

A la Sra Margot Aramburú por haberme facilitado toda la información sobre el programa.

A la Asistente Social Jimena Fernández por sus correcciones, asesoramiento y apoyarme en todo momento.

Al Lic. Alberto Gimenez por confiar y alentar este trabajo.

Al Lic. Scacchia por enseñarme con tanto interés una nueva área de nutrición y transmitirme su energía positiva para realizar este estudio.

Al Departamento de Metodología e Investigación y al Departamento de Estadística por todo su asesoramiento.

## Abstract

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud de la Nación, el bajo peso y la desnutrición crónica son las deficiencias nutricionales más significativas a nivel nacional. Además, la obesidad se presenta como una problemática en ascenso que afecta en forma desigual a las regiones argentinas, y la anemia en menores de 2 años se encuentra todavía lejos de ser controlada. La política alimentaria constituye un eje fundamental para el análisis de la situación nutricional de la población, ya que muchas veces los alimentos distribuidos desde el Estado son el componente fundamental de la alimentación de quienes se constituyen como población beneficiaria.

El presente informe tiene por objetivo analizar el estado nutricional de las personas que reciben el Programa Alimentario Comer en Familia implementado en la localidad de General Conesa provincia de Río Negro así como la efectividad de las prestaciones alimentarias.

Para cumplir con los objetivos de este estudio sin dejar de entender el contexto en el que se desarrollan los programas alimentarios primero se realiza un repaso de los programas alimentarios nacionales implementados en las últimas dos décadas en la Argentina, analizando la focalización geográfica y poblacional, las prestaciones ofrecidas, la modalidad organizativa y se realiza una evaluación antropométrica a los beneficiarios de dicho programa así como también una encuesta semiestructurada a las jefas de familia.

La alimentación debe ser considerada por los tomadores de decisiones como uno de los principales indicadores sanitarios. Por ello fortalecer la presencia del área de Salud Pública en este tipo de intervenciones para que ellas sean orientadas a evitar el deterioro de la salud y mejorar la calidad de vida de la población.

**ÍNDICE**

Frase.....I  
Agradecimientos.....II  
Abstract.....III  
Introducción..... 2

**Capítulo 1**  
Reseña histórica de los programas alimentarios en Argentina.....6

**Capítulo 2**  
Evaluación del Estado Nutricional.....18  
Patologías relacionadas al estado nutricional.....26

**Capítulo 3**  
Programa alimentario Comer en Familia.....35  
Diseño metodológico.....48  
Análisis de datos.....65  
Conclusiones.....79  
Bibliografía.....85  
Anexos .....88



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
FASTA

# Introducción





La prestación de servicios alimentarios y de salud pública a los sectores vulnerables constituye una práctica históricamente generalizada en las políticas sociales de Argentina. Esto responde a las fuertes expectativas culturales que tiene el país respecto de la alimentación, compartidas no sólo por los sectores más carenciados, sino por el conjunto de la sociedad.

Desde hace cincuenta años, los programas de reparto, complementación o suplementación alimentaria se implementan casi sin interrupciones por el Estado Nacional, Provincial o Municipal. La entrega directa de alimentos como comidas calientes, leche en polvo o fluida, alimentos entregados a las familias, o de bonos para su adquisición a los grupos en situación de vulnerabilidad socio-económica, es un componente casi permanente de las políticas sociales, que procura un efecto redistributivo indirecto hacia los sectores a los que se dirige. Como antecedentes históricos de programas con cobertura nacional, se establecen el Programa Materno-Infantil<sup>1</sup>, que se distribuye en los centros de salud públicos, y el Programa de Comedores Escolares<sup>2</sup>, que ofrece desayunos, almuerzos y meriendas a niños en edad preescolar y escolar, ambos parten de una concepción universalista de la cobertura. Sin embargo durante la década del '90, se suceden importantes transformaciones que redefinen la relación entre el Estado y el mercado, así como entre las distintas jurisdicciones propias de un país federal. En este marco, también el sistema de políticas sociales sufre cambios de relieve, entre ellos cabe destacar las distintas expresiones de la descentralización<sup>3</sup>, que se ponen de manifiesto en los casos de educación y salud, así como en lo referido a ciertos recursos destinados a programas alimentarios.

La devaluación de la moneda argentina en el año 2002 implica un profundo cambio en la política económica y en las condiciones de seguridad alimentaria nacional generando tensiones tanto en la oferta como en la demanda de alimentos genera un aumento sostenido en los productos básicos lo que afecta la estructura de consumo de los sectores pobres. En este escenario las autoridades adoptan políticas de regulación de precios que también inciden en la seguridad alimentaria nacional.

---

<sup>1</sup> Programa Materno Infantil: implementado en el año 1937 tiene como fin alcanzar la cobertura universal de madres, niños y adolescentes en la promoción y atención de la salud.

<sup>2</sup> Por decreto nacional número 3607 y por iniciativa del senador Alfredo Palacios se sanciona el 3 de Mayo de 1938 la ley 12.558, de "Protección a los niños en edad escolar", mediante la cual, se crea la Comisión Nacional de Ayuda al Escolar. A su vez, por efectos de la misma ley se habilitan comedores escolares en todo el país.

<sup>3</sup> Al menos en cuanto a su expresión de transferencia de responsabilidades hacia niveles inferiores de gobierno.



Desde el año 2003 la secretaria de Desarrollo Social de la Nación destina el 75% de su presupuesto para financiar el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria<sup>4</sup> destinado a cubrir los requisitos nutricionales de personas en vulnerabilidad social, de niños de hasta 14 años, embarazadas, discapacitados, ancianos a partir de los 70 años, todos ellos en situación de pobreza, priorizando a las embarazadas y niños de hasta 5 años es un programa descentralizado ya el Gobierno Nacional le transfiere los fondos a las provincias y ellas deciden sus destinos conforme a criterios preestablecidos. A esta modalidad se le incorporan todos los programas alimentarios de carácter nacional en ejecución hasta ese año<sup>5</sup> con el objetivo de procurar una mayor articulación y unificación de los diferentes programas existentes y el confeccionamiento de un único padrón de beneficiarios.

A su vez a esta estrategia nacional se le suman programas de carácter provincial, los mismos varían en cobertura y población beneficiaria de acuerdo a la magnitud de la recaudación fiscal de cada una de ellas.

Como se ha mencionado las políticas alimentarias se han ido modificando el tiempo, un ejemplo de ello es el manejo descentralizado de su presupuesto así como también el carácter universal de su cobertura para después ir focalizando según las necesidades. Mas allá de su forma de aplicación y después de 40 años de distribución de programas alimentarios los resultados de la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud de la Nación, el bajo peso y la desnutrición crónica son las deficiencias nutricionales más significativas a nivel nacional. Además, la obesidad se presenta como una problemática en ascenso que afecta en forma desigual a las regiones argentinas, y la anemia en menores de 2 años se encuentra todavía lejos de ser controlada.

La política alimentaria constituye un eje fundamental para el análisis de la situación nutricional de la población, ya que muchas veces los alimentos distribuidos desde el Estado son el componente fundamental de la alimentación de quienes se constituyen como población beneficiaria.

Ante lo expuesto surge el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es el grado de efectividad de las prestaciones alimentarias y el estado nutricional de las personas que reciben el programa alimentario Comer en Familia en la localidad de General Conesa, provincia de Río Negro?

---

<sup>4</sup> PNSA: programa nacional creado por la ley 25724 en el año 2002 en respuesta a la problemática del hambre generada por la crisis financiera del año 2001.

El objetivo general que se propone investigar el presente trabajo es:

- Investigar el grado de efectividad de las prestaciones alimentarias del programa y el estado nutricional de las personas que reciben el programa alimentario “Comer en Familia” en la localidad de General Conesa, provincia de Río Negro.

Los objetivos específicos propuestos son:

- Determinar el perfil nutricional de la población que actualmente recibe el programa Comer en Familia en la localidad de General Conesa, utilizando sus historias clínicas e indicadores antropométricos.
- Evaluar la efectividad de las prestaciones del programa con respecto a la regularidad en la entrega de módulos y tickets para la compra de alimentos.
- Averiguar el porcentaje de las recomendaciones de nutrientes y energía que cubren las prestaciones alimentarias.
- Indagar el asesoramiento seleccionado para utilizar alimentos recibidos a través de los módulos alimentarios.
- Identificar el número de familias que realizan huertas y/o granjas para el consumo propio con asistencia técnica del programa.
- Verificar la capacidad de compra de los vales alimentarios con respecto a la canasta básica de alimentos local.



# Programas Alimentarios



En la Argentina se han implementado programas alimentarios desde la década del '60, aunque no siempre se han evaluado periódicamente, ni se han construido líneas de base que permitan una evaluación certera. Las tendencias de los años '90, que continúan vigentes en la actualidad, instituyeron el ajuste del gasto público y su focalización de manera que las poblaciones vulnerables como la materno- infantil ha sido priorizada para su abordaje. Los diferentes lineamientos de los programas sociales pueden incluir a toda la familia, al sostén de familia, o selectivamente a las mujeres.

Sabido el riesgo que conlleva para los niños no tener un adecuado aporte nutricional durante la gestación, así como, el estado nutricional anterior de la madre, muchas acciones del estado se focalizan en este período: los primeros 6 años de vida. Otras acciones se localizan en los escolares con intención de retener en la instrucción básica a los niños y al mejoramiento del estado nutricional en zonas vulnerables o situaciones de emergencia, pero pocas acciones están destinadas a los jóvenes y a las familias en situación de pobreza e indigencia.

Los programas alimentarios pueden ser evaluados en los diferentes momentos de su desarrollo, por ejemplo: en la gestión, ejecución presupuestaria, en las acciones realizadas, en cambios de conductas y/o evaluaciones antropométricas. Esta última forma parte de la evaluación nutricional<sup>1</sup> que permite conocer el estado nutricional el cual indica el resultado neto de la utilización individual de los alimentos, el estado de salud y las necesidades según el trabajo desarrollado. Para mantener un estado de salud equilibrado es preciso que las personas cubran sus necesidades nutricionales, las mismas expresan la cantidad diaria de energía y nutrientes que un determinado grupo de personas, en buenas condiciones de salud, necesitan para desarrollar y llevar una vida normal<sup>2</sup>. Las recomendaciones nutricionales se han establecido basándose en estudios fisiológicos y varían según la edad, el sexo, el peso corporal, el grado de actividad y estado fisiológico<sup>3</sup> de las personas, se expresan en promedio, teniendo en cuenta las variaciones individuales.

Se entiende como programa alimentario a toda acción planificada y realizada que pretende mejorar la capacidad de compra y el consumo de alimentos en la población, y por ende, su estado nutricional siendo utilizado como una estrategia para

---

<sup>1</sup> Método que permite determinar la situación nutricional de individuos o poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa.

<sup>2</sup> Departamento de cooperación técnica, FAO, "Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria", *Manual de Capacitación* en: <http://www.fao.org/docrep/004/w3736s/W3736S04>., p.21.

<sup>3</sup> Las necesidades nutricionales se modifican por situación biológica, por ejemplo en el embarazo, lactancia, enfermedad, etc.



mejorar la Seguridad Alimentaria<sup>4</sup>. En nuestro país desde fines del siglo XIX se impulsan desde formas rudimentarias hasta sistemas más formales de asistencia alimentaria, por ejemplo la mala alimentación en los niños identificada como obstáculo en su rendimiento intelectual fue el disparador de las primeras experiencias de copa de leche, cantinas o comedores escolares. Sin embargo, no es hasta la década del '60 cuando comienzan a generalizarse los programas alimentarios de reparto de alimentos.

El Instituto Nacional de Nutrición (INN) hasta su cierre en el año 1968 mantiene un protagonismo y liderazgo técnico en relación con el diseño e implementación de programas alimentarios, destacándose por sus investigaciones en todos los ámbitos donde se entregara alguna forma de prestación alimentaria, evaluando el tipo de alimentos distribuidos y el estado de nutrición de los beneficiarios. Los ámbitos técnicos nacionales y provinciales que planifican las acciones y programas alimentarios, se han destacado y se destacan en su labor y profesionalidad, pero no alcanzan a cubrir el espacio de rigurosidad programática en la implementación que caracterizó al INN.

Los alimentos que cualquier programa distribuye deben ser apropiados para resolver los problemas nutricionales de la población objetivo. También es importante que los mismos formen parte de su cultura alimentaria y no presenten complejidad en su utilización, que se entregue de manera sistemática, sin interrupciones, acompañado de un componente de educación alimentaria y que el programa en su conjunto tenga un mecanismo operativo ágil y eficiente.

La historia de los programas alimentarios en nuestro país comienza con el programa Materno Infantil -PMI-<sup>5</sup>, el cual inicia en 1937, un año después de la puesta en vigencia de la ley de Palacios<sup>6</sup>, y tiene como propósito alcanzar la cobertura universal de madres, niños y adolescentes en la promoción y atención a la salud.

Las acciones para alcanzar su objetivo incluyen la elaboración de normas de atención de la madre y el niño, asistencia técnica y capacitación a las áreas provinciales de maternidad e infancia, el suministro de medicamentos e insumos básicos a centros de salud y hospitales así como también la complementación alimentaria a embarazadas y niños de hasta dos o seis años de edad.

---

<sup>4</sup> Departamento de cooperación técnica, FAO, p.22.

<sup>5</sup> Britos, Sergio, O'Donnell, Alejandro, Ugalde, Vanina, Clacheco, Rodrigo "Programas Alimentarios en Argentina" en:

[www.cesni.org.ar/sistema/archivos/35programas\\_alimentarios\\_en\\_argentina.pdf](http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/35programas_alimentarios_en_argentina.pdf)

<sup>6</sup> La ley Palacios en el año 1936 fue un hito en la protección de los derechos de la infancia, instituyendo la Dirección de Maternidad e infancia, aún antes de que existieran el propio Ministerio de Salud.

Es un programa nacional que no tiene ni administra efectores propios, aunque sus acciones se orientan fundamentalmente a la red de casi 6000 centros de salud existentes en todo el país. Entre sus acciones principales dirigidas a las provincias se destacan la vigilancia del crecimiento a través de evaluaciones nutricionales antropométricas, la promoción de la lactancia materna, la complementación alimentaria y en menor medida la educación alimentaria.

La complementación alimentaria es su componente presupuestario más importante, insumiendo un 75% de los recursos económicos asignados a las actividades del Plan Nacional a favor de la madre y el niño. Desde sus inicios en los '40, y durante seis décadas, la complementación alimentaria consiste en el reparto de leche entera en polvo a las mujeres embarazadas desde la captación de su embarazo hasta finalizar el amamantamiento y al niño desde ese momento hasta los dos años de edad, o hasta los seis en los casos con diagnóstico antropométrico de desnutrición<sup>7</sup>.

La programación de los recursos presupuestarios para la adquisición de leche siempre ha sido realizada por el PMI en el nivel nacional, de acuerdo con criterio de entrega de dos kilos mensuales a las embarazadas y nodrizas, dos kilos mensuales a los niños entre seis meses y un año y un kilo a los niños entre uno y dos años.

La meta anual de adquisición de leche es de aproximadamente 17 millones de kilos anuales. A lo largo de su existencia, la administración de los fondos para la obtención de leche ha variado entre una modalidad centralizada<sup>8</sup> y otra basada en transferencias financieras a cada provincia para que cada una, por medio de licitaciones públicas, satisfaga sus propias necesidades.

El Programa Alimentario Nacional –PAN- se crea en el año 1984 como consecuencia del deterioro en las condiciones alimentario-nutricionales de una porción significativa de la población y es el hito fundacional de la historia contemporánea de los programas alimentarios. Si bien el programa nace con carácter de emergencia y transitorio<sup>9</sup>, se puede decir que con diferencias de nombres y modelos de gestión, continúa vigente hasta la actualidad, entregándose una caja de alimentos secos, básicamente leche en polvo, cereales, legumbres, aceite y enlatados que equivale al 30% de las calorías mensuales necesarias para un grupo familiar tipo<sup>10</sup>. La localización de los beneficiarios parte de la elaboración de un “Mapa de Emergencia Social” con base en los datos de vivienda con distinto grado de

<sup>7</sup> Bajo peso para la edad o bajo peso para la estatura.

<sup>8</sup> Compra de leche por parte del Gobierno Nacional y distribución a cada provincia.

<sup>9</sup> La ley establece dos años.

<sup>10</sup> Familia conformada por dos adultos y dos niños en edad escolar.

precariedad y educación del Censo de 1980<sup>11</sup>. En su período de mayor cobertura, llega a cubrir a unos 5 millones de personas.

Si bien sus fundamentos de creación hacen hincapié en la desnutrición que afecta a la población infantil, tanto el contenido nutricional mismo de la caja como su débil articulación con los servicios de prevención y atención de la salud llevan al PAN a ser un programa de impacto desconocido -nunca fue evaluado- aunque presumiblemente bajo, dadas las características de su componente alimentario y los efectos de dilución intrafamiliar, resultando un programa básicamente asistencialista cuestionado por su uso clientelar y prácticas poco transparentes en los procesos de adquisición de alimentos.

En el año 1989 es discontinuado y reemplazado por una breve experiencia de bonos alimentarios, chequeras distribuidas con una frecuencia mensual con bonos canjeables en los comercios por productos alimenticios.

**Cuadro N° 1 Primeros Programas Nacionales**

Programa	Años de vigencia
Programa Materno Infantil PMI	1937-2009
Programa Alimentario Nacional PAN	1984- 1989
Programa de Promoción Social y Nutricional PROSONU	1984- 1991

Fuente: Elaboración propia

Los procesos hiperinflacionarios al finalizar la década del 80 dan origen a los "comedores comunitarios", que surgen como respuesta comunitaria al derrumbe de la capacidad de compra de alimentos de la población, algunos de ellos adoptan formas más organizadas y se mantienen en el tiempo. La Ley 24049 de transferencia de servicios a las provincias instituye el fondo de Políticas Sociales Comunitarias (Posoco), por medio del cual se transfieren anualmente unos 90 millones de pesos, utilizados mayoritariamente para financiar el funcionamiento de los comedores comunitarios.

Estos comedores atienden preferencialmente a niños de 2 a 5 años que no son abordados por el PMI ni por los comedores escolares, cubriendo a un segmento etéreo más amplio dado que a los mismos concurren hermanos, madres y padres de los niños preescolares.

<sup>11</sup> Tenti Fantini; *"Estado y pobreza, estrategias típicas de intervención"*, Buenos Aires. Centro Editor 1989.



Sin embargo, la gran mayoría de los comedores existentes funcionan como espacios comunitarios en los que la comida es el eje central y las prestaciones alimentarias son muy precarias. Su funcionamiento se caracteriza por: prestaciones irregulares, sin una planificación con sentido nutricional, un menú similar en términos de perfil nutricional a la alimentación de los hogares vulnerables, con ausencia severa de infraestructura básica y altos riesgos en materia de seguridad higiénico-bromatológica. Suelen funcionar con aportes muy irregulares provenientes de transferencias nacionales, aportes provinciales y con donaciones que gestionan las organizaciones que los sostienen<sup>12</sup>.

En los últimos diez años tres programas nacionales inciden en su desenvolvimiento. En primer término, el Programa Materno Infantil y Nutricional (PROMIN)<sup>13</sup>, contempla el fortalecimiento de comedores infantiles para transformarlos en Centros de Desarrollo Infantil (CDI), incorporar pautas en funcionamiento de la prestación alimentaria y capacitar a madres voluntarias para organizar del servicio alimentario, esta gestión resulta más exitosa que el mejoramiento de la asistencia alimentaria, la cual no es adecuadamente garantizada, en montos o en la frecuencia de las transferencias.

En 1996 se implementa el Programa Alimentario Nutricional Infantil -PRANI-<sup>14</sup>, cuyas líneas programáticas son similares al PROMIN, dado que propone transformar los comedores infantiles en Centros de Cuidado Infantil (CCI). Los CCI del PRANI eran el equivalente a los CDI del PROMIN, con la diferencia de que este último programa promovía una articulación entre cada CDI y el centro de salud más próximo a su localización.

Ambos programas no tienen el éxito esperado para establecer un modelo de organización y niveles adecuados de cobertura alimentaria, tampoco aseguran la sustentabilidad de las acciones de asistencia alimentaria.

El PRANI es discontinuado en el año 2000 y el PROMIN sigue vigente con modificaciones en sus líneas programáticas y menor atención al componente de desarrollo infantil.

El tercer programa, más reciente y contemporáneo es el Fondo Participativo de Inversión Social –FOPAR-, cuenta con financiamiento del Banco Mundial y desde el año 2002 costea prestaciones alimentarias en comedores pertenecientes a organizaciones comunitarias a quienes les transfiere en forma directa fondos para la

---

<sup>12</sup> Britos, Sergio; “Programas Alimentarios en Argentina”: Situación actual y desafíos pendientes en: [www.cesni.org.ar/sistema/archivos/113-programasalimentariosdesafiospendientes.pdf](http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/113-programasalimentariosdesafiospendientes.pdf)

<sup>13</sup> PROMIN: programa de carácter nacional financiado mediante un préstamo otorgado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)/Banco Mundial.

<sup>14</sup> PRANI: programa de carácter nacional implementado entre los años 1994-2001.

adquisición de alimentos de acuerdo con un proyecto que las entidades deben presentar. El programa también financia fondos para infraestructura, equipamiento y capacitación.

Los programas que protagonizan los '90 y los primeros tres años de esta década, el Promin, el Prani, el Programa Unidos y más recientemente el Programa de Emergencia Alimentaria -PEA-, todos tienen como común denominador el reparto de cajas de alimentos como eje de las acciones de asistencia alimentaria.

PROMIN: se ejecuta en año 1993 como un programa focalizado en áreas de alta incidencia de pobreza urbana, cuenta con financiamiento parcial del Banco Mundial y tiene el propósito de reforzar las acciones regulares del PMI.

Procura ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención de la salud, nutrición y desarrollo infantil en las áreas más pobres con la finalidad de disminuir la morbimortalidad infantil y materna, e incluye entre sus acciones la identificación de mujeres embarazadas y niños con desnutrición para su rehabilitación nutricional, financiando la adquisición en las provincias cubiertas de un módulo alimentario o caja familiar de alimentos secos como leche en polvo, aceite, azúcar, cereales y legumbres secas. Este complemento solo se distribuye durante el tiempo que demanda la recuperación nutricional del niño desnutrido, entre 4 y 5 meses aproximadamente.

Su implementación encuentra diferentes obstáculos<sup>15</sup> que afectan su desenvolvimiento y el sostén de sus acciones y resultados. Una evaluación interna que se realiza en 1999 no halla resultados satisfactorios de la asistencia alimentaria con módulos en el estado nutricional de la población beneficiaria del programa ni cambios en el perfil nutricional de los niños atribuibles al reparto de cajas<sup>16</sup>, por lo que desde principios del 2000 el PROMIN discontinúa esa actividad.

Actualmente está articulado con las acciones regulares del PMI y financia actividades de capacitación, asistencia técnica a los equipos materno-infantiles provinciales y comunicación social además de contribuir al financiamiento de la leche fortificada que distribuye el área de salud.

PRANI: se inicia en el año 1995 con la Resolución 1005 de la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación por medio de la cual se crea la Unidad Central de Análisis y Planificación de Políticas Alimentarias y Nutricionales -UCAPPAN-, como ámbito institucional para una mejor articulación de los programas alimentarios y para la institucionalización de un Programa Alimentario Único, que incluya no sólo a los programas nacionales sino a los que se implementan con fondos federales

<sup>15</sup> Mayormente dificultades presupuestarias de los gobiernos provinciales para sostener las acciones en un marco de progresivo deterioro de déficit fiscal y la ampliación de la crisis con el consiguiente empobrecimiento de la población.

<sup>16</sup> Britos, Sergio; O'Donnell, Alejandro; Ugalde, Vanina, Clacheco; Rodrigo. Ob.cit.p. 25.

-PROSONU y POSOCO-. El PRANI es el primer intento serio en los '90 de coordinación del conjunto de programas alimentarios.

Su modalidad posee tres componentes principales: el mejoramiento y transformación de comedores infantiles en CCI, la implementación de las cajas PRANI y los proyectos de Refuerzo de la Dieta de comedores infantiles. Las cajas que distribuye se otorgan a los niños que asisten a comedores infantiles y aporta aproximadamente 40 mil Kcal. por entrega, su distribución se convierte en el eje central absorbiendo el 70% del presupuesto.

El Refuerzo de Dieta consiste en transferir fondos a organizaciones de comedores infantiles, contra la presentación de proyectos específicos. Los fondos complementan el presupuesto disponible por la organización o bien se utilizan, por un tiempo limitado para ampliar la cobertura de las prestaciones alimentarias. La incidencia presupuestaria del Refuerzo de Dieta es marginal, aproximadamente un 10% del presupuesto del PRANI, convirtiéndose rápidamente en un programa tradicional de reparto de cajas de alimentos a familias pobres, que además concurren a comedores infantiles y/o comunitarios.

Programa Apoyo Solidario a Mayores -ASOMA-: vigente desde 1994, se basa en la adquisición centralizada y distribución de unas 180 mil cajas de composición similar, destinada a adultos mayores sin cobertura social. Este programa se suma al Probienestar, un programa alimentario dependiente de la obra social de jubilados y pensionados PAMI, que cubre a cerca de 500 mil ancianos indigentes con una combinación de bolsones de alimentos y prestaciones alimentarias ofrecidas en comedores para tercera edad.

En el año 2000, se unifican los programas PRANI y ASOMA bajo la denominación UNIDOS que no significa más que una modificación en las características de la asistencia alimentaria, el reparto de cajas de alimentos a familias pobres con niños menores de 14 años o adultos mayores sin cobertura social.

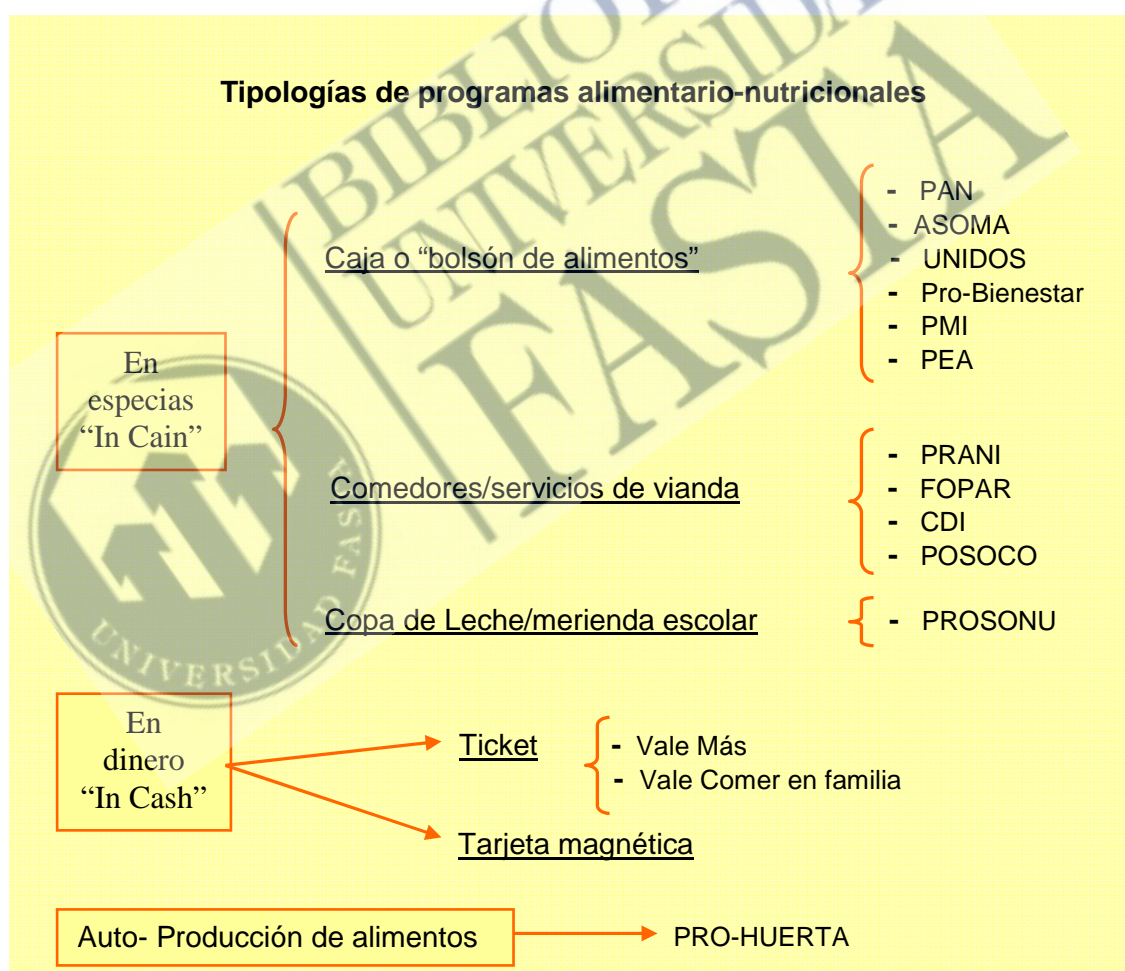
El año 2001, previo a la crisis desatada en el mes de diciembre, encuentra a los programas del Ministerio de Desarrollo Social en su pico más bajo de cobertura, por las propias limitaciones financieras en que se halla el Gobierno Nacional y la indefinición de las autoridades políticas en el diseño de su política social. Debido a la vulnerable situación socioeconómica de un alto porcentaje de la población se crea en el año 2002 el Programa de Emergencia Alimentaria -PEA- que es concebido como un programa de transferencia de fondos a las provincias. Cada una recibe partidas presupuestarias destinadas a programas alimentarios y con una asignación per cápita mensual de aproximadamente \$ 25.



No teniendo mayores cambios en cuanto a la modalidad de asistencia, la distribución de cajas alimentarias repartidas a las familias que antes recibían la caja Unidos y más anteriormente el PRANI o ASOMA absorbe el 80 % del presupuesto. El cambio sustantivo que sí es atribuible a la gestión del PEA es la completa descentralización de los fondos a las provincias para su ejecución en los niveles locales.

El Gobierno Nacional, a través de los equipos técnicos del PEA elabora algunas pautas programáticas para la conformación de los contenidos de la asistencia alimentaria, aunque su capacidad efectiva de supervisión y asistencia técnica a los equipos provinciales no guarda relación con el alcance del programa en todo el país.

Cuadro Nº: 2



Fuente: Adaptado de Políticas alimentarias: algo más que programas compensatorios p: 21, en: [www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/III/Políticas%20alimentarias/Diaz.pdf](http://www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/III/Políticas%20alimentarias/Diaz.pdf)

La profunda crisis financiera provoca que la problemática del hambre y de la desnutrición cobren gran repercusión en la opinión pública, algo que no sucede desde fines de los '80. En respuesta a esta problemática el Gobierno Nacional sanciona en el

año 2003 la Ley 25724<sup>17</sup> que crea el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria “El Hambre más Urgente”, destinado a cubrir los requisitos nutricionales de personas en vulnerabilidad social, de niños de hasta 14 años, embarazadas, discapacitados, ancianos a partir de los 70 años, todos ellos en situación de pobreza, priorizando a las embarazadas y niños de hasta 5 años, poniendo su acento en la atención de la emergencia alimentaria.<sup>18</sup> A esta modalidad se incorporan los programas alimentarios en ejecución, PEA<sup>19</sup> FOPAR<sup>20</sup> Asistencia a comedores (infantiles, comunitarios, otros) PROSONU<sup>21</sup> / POSOCO<sup>22</sup>; Asistencia nutricional directa, Prohuerta y el Programa Materno Infantil, procurando una mayor articulación y unificación de los diferentes programas existentes y el confeccionamiento de un único padrón de beneficiarios.

La lógica es la transferencia de ingresos a las provincias para ejecutar acciones de asistencia alimentaria que generalmente adquieren la modalidad de distribución de cajas de alimentos y comedores comunitarios.

Al mismo tiempo el programa prevé un acompañamiento de educación y redes de integración y articulación social, sin embargo, en su mayoría el peso de los bienes que otorga recae principalmente en la provisión de alimentos. Los mecanismos de organización para la prestación de servicios son claros, específicos y organizados en las estructuras que actúan en los niveles locales.

Hasta el momento los programas en ejecución y estipulados para el corriente año en el proyecto de presupuesto nacional son los mismos que los vigentes, (ver cuadro N°:3) previéndose que el 75% del presupuesto financie en las provincias actividades de reparto de cajas o módulos alimentarios y comedores comunitarios con una cobertura estimada en 1,6 millones de familias.

<sup>17</sup> Del 27 de diciembre del 2002 y su correspondiente reglamentación mediante el Decreto N° 1018/2003, éste último que faculta a los Ministerios de Desarrollo Social y de Salud, en su carácter de autoridades de aplicación, a instrumentar, en sus respectivos ámbitos de competencia, los mecanismos inherentes al cumplimiento de lo estipulado por la ley.

<sup>18</sup> Los montos a girar están determinados por un coeficiente que surge del cálculo del índice de coparticipación federal (55%); población indigente (35%) y mortalidad infantil (10%).

<sup>19</sup> PEA: Programa de emergencia alimentaria.

<sup>20</sup> FOPAR: Fondo Participativo de Inversión Social.

<sup>21</sup> PROSONU: Programa de Promoción Social y Nutricional.

<sup>22</sup> POSOCO: Políticas Sociales Comunitarias.

Cuadro Nº: 3 Programas Alimentarios Vigentes

Programa	Prestación	Observaciones
<b>Materno- Infantil PMI</b>	Distribución de leche en polvo, fortificada con hierro y zinc a mujeres embarazadas y niños hasta 2 o 6 años de edad en centros de salud	El Ministerio de Salud transfiere fondos para adquisiciones o directamente leche en polvo a cada provincia. La distribución no necesariamente tiene frecuencia mensual.
<b>Comedores escolares</b>	Suministro de diferentes tipos de prestaciones, desayunos, meriendas, refrigerios, almuerzos en escuelas públicas.	Las provincias reciben transferencias financieras para adquirir alimentos. No disponen de orientaciones claras respecto de contenidos de las dietas a suministrar. La calidad de la prestación es muy variable y dependiente de las capacidades locales
<b>Comedores Comunitarios FOPAR</b>	Suministro de prestaciones, mayoritariamente almuerzos en espacios comunitarios de diverso grado de precariedad	Organizaciones de la comunidad reciben transferencias financieras para adquirir alimentos. Hay orientaciones respecto de contenidos de las dietas a suministrar, aunque la capacidad de supervisión no guarda relación con el alcance del programa.
<b>Centros de cuidado o desarrollo Infantil</b> (ex PRANI y PROMIN)	Se trata de centros con mayor grado de organización y en los que la comida se acompaña de acciones de atención del desarrollo psicosocial de niños entre 2 y 5 años	Transferencias financieras para adquirir alimentos con destino a los centros de cuidado o desarrollo infantil. No disponen de orientaciones claras respecto de contenidos de las dietas a suministrar. La calidad de la prestación es muy variable y dependiente de las capacidades locales
<b>Pro-Huerta</b>	Suministro de semillas para la autoproducción en unidades familiares, escolares o comunitarias. Se acompaña de capacitación	Las unidades del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria INTA reciben kits de semillas (2 veces por año) para distribuir a las familias beneficiarias
<b>Programa Nacional de Seguridad Alimentaria</b> (ex PEA)	Tiene como eje la distribución de cajas o módulos alimentarios conteniendo alimentos secos- y en menor escala- vales para comprar alimentos en comercios seleccionados	Transferencias financieras a provincias para la adquisición, embalaje y distribución de cajas o módulos de alimentos a familias. En una proporción pequeña (menos del 4% del total de familias beneficiarias) se distribuyen vales para comprar alimentos en comercios seleccionados. La distribución de las cajas tiene frecuencia mensual; las familias reciben entre 7 y 8 entregas anuales

Fuente: Programas Alimentarios en Argentina. CESNI. Centro de estudios en Nutrición Infantil. 2003.

Una debilidad inherente a los programas no sólo alimentarios sino sociales en general, es la ausencia de una base única de beneficiarios del conjunto de programas.

Esta característica, además de los vicios de transparencia en la gestión de los recursos y los espacios de superposición y clientelismo que genera, cada programa y sus administradores o gestores son "dueños" de su padrón específico, dificulta la adecuación entre beneficiarios y recursos transferidos. En la práctica esto se traduce en que el Gobierno Nacional transfiere fondos para una cantidad programada de beneficiarios, que termina siendo generalmente mayor o variable, por lo que el contenido final de cada caja, su traducción a valor nutricional o su frecuencia de entrega es variable según las diferentes provincias. Esto se comprueba en los resultados arrojados en el análisis realizado por el CESNI<sup>23</sup> el cual evalúa diferentes composiciones de cajas adquiridas por los programas como el PRANI, PROMIN, PAN, UNIDOS o pautas programáticas como las de PEA y traducido los alimentos a su valor nutricional en kilocalorías y principales nutrientes. Así se ha estimado el valor nutricional teórico que proviene de ese cálculo y dos escenarios de valor nutricional efectivo, que surge al considerar la frecuencia de reparto de cajas que se observa y se ha reportado en muchas provincias.

Las diferencias se suscitan porque el traspaso de fondos desde el Gobierno Nacional hacia las provincias se realiza en ocasiones con demoras, muchas veces generadas por los propios incumplimientos de las jurisdicciones en las rendiciones de cuentas de transferencias previas. Una vez que las provincias obtienen los fondos inician el trámite de adquisición por medio de licitaciones o concursos públicos de precios, procedimientos administrativos complejos que raramente se completan en un mes. Una vez obtenidos, los alimentos deben ser embalados y distribuidos a diferentes lugares a veces muy distantes de los depósitos, lo cual se traduce en que las cajas son recibidas por los beneficiarios cada 45 o 60 días.

---

<sup>23</sup> Britos, Sergio; O'Donnell, Alejandro; Ugalde, Vanina; Clacheco; Rodrigo. Ob.cit.p. 33.



De esta manera, el valor nutricional mensual que se calcula en las pautas programáticas del nivel nacional se diluye en no más de 7 u 8 entregas anuales. Los aportes calculados se presentan en el siguiente cuadro:

**Cuadro Nº: 4 Composición de energía y nutrientes de una caja alimentaria, según diferentes pautas de entrega**

Nutriente	Aporte nutricional teórico 12 entregas anuales	Aporte nutricional con 8 entregas anuales	Aporte nutricional con 7 entregas anuales
Kilocalorías	57500	38300	33500
Proteínas	1215	810	709
Calcio	16862	11241	9836
Hierro	156	104	91
Zinc	134	89	78
Vitamina A	5640	3760	3290
Vitamina C	240	160	140

Fuente: Idem.

Transcurridos seis años desde su implementación, aun no se ha realizado ninguna evaluación sistemática de resultados del PNSA y los cambios más sustanciales que se verifican en la matriz de asistencia social-alimentaria están dados por una percepción –no sustentada por ninguna evaluación- de mayor articulación y seguimiento de los programas alimentarios provinciales, un mayor protagonismo de la autoridad central, vinculando con un menor grado de autonomía presupuestaria en las jurisdicciones y la interrupción de un nuevo formato de programa alimentario: las transferencias mayormente no condicionadas -de ingreso monetario- a las familias beneficiarias bajo la forma de tickets o tarjetas electrónicas para la compra de alimentos. Esta modalidad, inexistente antes del año 2003, hoy representa una fracción marginal pero creciente del presupuesto destinado por el Gobierno Federal en el marco del PNSA.

# Valoración Nutricional



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
FASTA

El estado nutricional es un término que expresa el resultado neto de la utilización individual de los alimentos, el estado de salud y las necesidades según el trabajo desarrollado<sup>1</sup>. Representa la consecuencia de la alimentación anterior e indica la presencia o ausencia de signos de carencia, la falta de crecimiento o algún otro aspecto de la capacidad funcional. Un estado de alimentación equilibrado implica un aporte adecuado de nutrientes y energía específico para cada individuo. La deficiencia prolongada de una determinada sustancia alimenticia, conduce a su desaparición progresiva en los tejidos, con las siguientes alteraciones bioquímicas, que más tarde se traducen en manifestaciones clínicas. Por otra parte el consumo excesivo de uno o varios nutrientes pueden causar situaciones de toxicidad u obesidad.

Por lo mencionado anteriormente se concibe al estado de nutrición como un concepto amplio y multifacético que no puede ser medido directamente con facilidad. Para ello se emplea la evaluación nutricional, la cual es una interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos, antropométricos y/o clínicos que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa<sup>2</sup>. Si solo se la piensa como un instrumento operacional nos permite definir conductas, por ejemplo en el ámbito clínico nos permite seleccionar individuos que necesitan intervención dietoterapica, en el término epidemiológico porque el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de impacto de muchos programas nutricionales (basados o no en la asistencia alimentaria) se basan en el diagnóstico nutricional que se haya realizado.

El modo de su implementación varía según el objetivo que se busca, por ejemplo cuando su fin es diagnosticar una población cobran importancia consideraciones estadísticas relativas a la sensibilidad<sup>3</sup> y especificidad<sup>4</sup> de los indicadores y su interpretación<sup>5</sup>. Un error muy frecuente es confundir sus modalidades utilizando criterios validos en un contexto y en condiciones a las cuales no puede ser aplicable<sup>6</sup>. Un modelo de ello es el indicador talla para la edad<sup>7</sup> utilizado como un criterio de intervención, sobre esta base se deciden acciones de salud pública. Sin embargo el sólo uso de este criterio diagnóstico suele ser insuficiente e inapropiado en condiciones clínicas. Es difícil establecer un criterio único para la clasificación y

<sup>1</sup> Departamento de cooperación técnica, FAO., ob.cit. p 21.

<sup>2</sup> O'Donnell, Alejandro; Carmuega, Esteban, "Evaluación del estado nutricional en pediatría", en *Boletín CESNI*, nº 9, Junio 2000, p.5.

<sup>3</sup> Sensibilidad: capacidad de un método de detectar en un grupo dado, los individuos patológicos.

<sup>4</sup> Especificidad: capacidad de un método para detectar a los individuos normales.

<sup>5</sup> Martínez, P. D. "Consecuencias sociales de la mala nutrición", *Cuaderno de Nutrición* 1985; p.17-32.

<sup>6</sup> O'Donnell, Alejandro; Carmuega, Esteban, ob.cit.,p. 3.

<sup>7</sup> Peso para la talla: indicador antropométrico utilizado en la población pediátrica, refleja el peso corporal en relación a la talla.

descripción de los indicadores del estado nutricional, una forma de tipificarlos es por su objetivo con lo cual tendremos indicadores para el diagnóstico comunitario y para el diagnóstico clínico. Otra forma es por el tipo de indicadores utilizados, los podemos clasificar en alimentarios cuando básicamente registran ingesta. Este método para recopilar información puede ser utilizado en forma retrospectiva cuando brindan información de los alimentos consumidos durante un período de tiempo determinado<sup>8</sup>, entre ellos los más utilizados son: recordatorio de 24 horas<sup>9</sup>, encuestas de consumo alimentario en el ámbito nacional<sup>10</sup>, historia dietética<sup>11</sup>, cuestionario de frecuencia de consumo<sup>12</sup>.

#### Cuadro Nº 5 Clasificación de Indicadores

En cuanto al método prospectivo es

el que analizan la ingesta del momento actual<sup>13</sup>, los más utilizados en esta clasificación son los registros alimentarios<sup>14</sup>, pesada de alimentos consumidos<sup>15</sup> e inventario de la despensa familiar<sup>16</sup>. Son útiles para conocer las necesidades de una población, gustos y rechazos alimentarios, tipo de alimentación, calidad en la preparación, manipulación de los alimentos, caracterizar el primer estadio de la deficiencia nutricional pero solo evalúan si una persona se encuentra en riesgo de padecer una carencia porque no son capaces de discriminar si puede o no aumentar su

- **Alimentarios:**
  - Retrospectivos: recordatorio de 24 horas, historia dietética, encuesta de consumo alimentario en el ámbito nacional, cuestionario de frecuencia de consumo.
  - Prospectivos: registro alimentario, pesada de alimentos consumidos, inventario de la despensa familiar.
- **Bioquímicos:**
  - Hierro: hemoglobina, hematocrito, ferritina.
  - Colesterol: colesterol total, LDL, HDL, Triglicéridos
  - Glucosa sanguínea: glucemia, nivel de tolerancia a la glucosa.
- **Clínicos:**
  - Sigo de bandera. Osteomalacia.
  - Dermatitis herpetiforme.
  - Estomatitis angular. Queilosis. Glositis
- **Antropométricos:**
  - Peso.
  - Talla.
  - Peso para edad.
  - Peso para la talla.
  - Talla para la edad.
  - Índice de masa corporal.

Fuente: Adaptado de "Evaluación del estado nutricional en pediatría", en *Boletín CESNI*, nº 9.

<sup>8</sup> De Girolami, Daniel H., *Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal*, Argentina, El Ateneo editorial, 2003, p. 266.

<sup>9</sup> Indicador alimentario más utilizado para estimar la ingesta reciente de un individuo. Si es realizado por siete días incluyendo los fines de semanas, permite calcular la ingesta habitual.

<sup>10</sup> Indicador que se utiliza para determinar el consumo a nivel nacional.

<sup>11</sup> Mide la ingesta usual a lo largo de un periodo de tiempo prolongado. Es utilizado en el ámbito poblacional.

<sup>12</sup> Facilita la clasificación de los pacientes de acuerdo con su ingesta en hiperfágicos, vegetarianos, hiperproteicos, etc.

<sup>13</sup> De Girolami, Daniel H., ob.cit., p266.

<sup>14</sup> La persona registra los alimentos en el mismo momento que los va consumiendo.

<sup>15</sup> Todos los participantes del estudio deben pesar la totalidad de los alimentos consumidos.

<sup>16</sup> Proporciona datos sobre patrones de consumo en el ámbito familiar. Se realizan dos inventarios de los alimentos disponibles, uno al inicio del estudio y otro al finalizar el mismo mas un registro de la cantidad de alimentos adquiridos en durante el periodo de investigación.



eficiencia en la absorción, utilización y excreción del nutriente en cuestión. En otra categoría se encuentran los indicadores bioquímicos que requieren de alguna metodología de laboratorio para su realización. Se obtienen en investigaciones de terreno a partir de una muestra de sangre o de orina, evalúan por lo general un nutriente en particular ya sea a nivel de las reservas o de las alteraciones funcionales que su carencia ocasiona. Se emplean fundamentalmente para descubrir los estados deficitarios subclínicos, o bien como complemento de otros métodos de la valoración del estado nutricional. Para un mejor diagnóstico, se recomienda la utilización de combinaciones de análisis o pruebas estáticas que se basan en la determinación del nutriente en fluidos biológicos o tejidos y la velocidad de excreción urinaria del nutriente o su metabolito, también se cuenta con pruebas dinámicas y funcionales que a través de indicadores específicos cuantifican la disfunción provocada por la deficiencia de un nutriente en particular. Si una serie de indicadores funcionales son combinados en forma adecuada, constituyen una verdadera radiografía metabólica del momento en el que se realiza el estudio, proporcionando perfiles nutricionales que permiten identificar a los individuos en situación de riesgo. Las deficiencias calórico-proteica y/o proteica conducen a los llamados déficit globales denominados así porque en el primer caso existe un bajo consumo general de alimentos, y en el segundo están prácticamente ausentes grupos de alimentos que además de brindar un aporte fundamental de proteínas, aportan otra importante cantidad de nutrientes; por tal motivo, estas deficiencias llevan a la aparición de otras carencias nutricionales. En la actualidad se cuenta con métodos e indicadores que permiten detectar desequilibrios globales o específicos como: ingesta proteica<sup>17</sup>, masa muscular<sup>18</sup>, crecimiento, pool metabólico de aminoácidos<sup>19</sup>, etc. Si bien este parámetro es el más objetivo de todos los indicadores de diagnóstico tienen un costo elevado y se los consideran muy invasivos para ser utilizados en una evaluación poblacional.

Otro componente de la valoración nutricional son los indicadores clínicos que surgen de la semiología nutricional, detectan signos de carencia o exceso de uno o

---

<sup>17</sup> Para su medición se utilizan balance nitrogenado: su valor positivo refleja retención de nitrógeno más síntesis proteica. El índice nitrógeno ureico/ creatinina: en una muestra de orina basal mide la urea que es el producto final del metabolismo proteico, cuando se refiere a la creatinina presente en la misma muestra tiene una relación lineal con la ingesta proteica. Permite detectar cambios en los niveles de ingesta en cortos períodos de tiempo

<sup>18</sup> El más utilizado es índice creatinina talla, su valor entre 60% del estándar se considera una deficiencia moderada de masa muscular y valores inferiores indica deficiencia severa. Toma a la creatinina en orina porque solo proviene de la creatina y la fosfocreatina muscular, se elimina totalmente por la orina, la cantidad eliminada diariamente es proporcional a la masa muscular del individuo.

<sup>19</sup> Se determina sobre una muestra de suero o plasma tomados en ayunas, se basa en la relación que existe entre la concentración de 8 aminoácidos: 4 no esenciales (glicina, serina, glutamina y taurina) y 4 esenciales (leucina, isoleucina, valina y metionina). El rango de normalidad está entre 1 y 3.

más nutrientes, siendo los más sutiles de la malnutrición global y en las manos adecuadas quizás los más sensibles para el diagnóstico clínico<sup>20</sup>.

Por último tenemos la antropometría que en contraposición a la evaluación bioquímica es el recurso más sencillo, económico, y menos invasivo para realizar un diagnóstico poblacional. Sus datos permiten conocer el patrón de crecimiento propio de cada individuo, evaluar su estado de salud y nutrición, detectar alteraciones, predecir su desempeño en salud y posibilidades de supervivencia. Ha sido uno de los ejes de la vigilancia nutricional para focalizar intervenciones alimentarias o de salud, a pesar de todos sus puntos positivos es aún poco apreciada<sup>21</sup>. La antropometría permite medir el estado de las reservas corporales de energía y proteínas, es decir en el caso de emaciación la disminución de peso o una progresión de altura mayor que la aumento de peso así como también la depleción de la masa muscular y de la masa grasa y en el caso de la obesidad el aumento de la misma. Las medidas corporales como peso, longitud corporal- talla, perímetro cefálico, pliegues cutáneos y circunferencia del brazo reflejan el proceso de crecimiento, sin embargo no pueden realizar un diagnóstico nutricional por si solas. Para ello son utilizados los indicadores antropométricos que surgen de combinar una medida corporal, como talla o peso, con la edad o con otra medida<sup>22</sup>. Los indicadores más utilizados en pediatría son el peso para la edad que permite detectar cambios tempranos, ya que los niños rápidamente reflejan en su peso cambios cotidianos de ingesta calórica, agua, actividad física o la existencia de algún tipo de injuria como enfermedades agudas. No sirve para discriminar entre desnutrición aguda o retraso crónico del crecimiento en cambio el indicador talla para la edad nos muestra que la estatura alcanzada a una determinada edad refleja la vida previa de un niño expresando así el resultado final de su crecimiento<sup>23</sup>. A su vez los cambios de talla no son tan rápidos como los cambios de peso, por lo que la deficiencia de este indicador usualmente se interpreta como desnutrición crónica o retraso crónico del crecimiento. Para evaluar estos dos índices se utilizan las tablas de Lejarraga H. y Orfila J., toman una población de referencia de niños de sexo femenino o de sexo masculino, con una edad comprendida entre los 0 a 6 años o de 0 a 19 años tomando como limite de inclusión los percentilos ente 3 – 97. El indicador peso para la talla permite inferencias trascendentes, por un lado la estatura no se modifica en el corto término, sí lo hace con el tiempo en la medida que

<sup>20</sup> Carmuega, Esteban, Durán, Pablo, "Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes" en *Boletín CESNI* Junio 2000 p.14

<sup>21</sup> Gabulli Rojas, M.I., "Aspectos de la antropometría en pediatría", en *Argentina Pediátrica*, vol, 3, N°1, Enero. Abril, 200; p.22.

<sup>22</sup> Roggeiro, Eduardo; Sanzo, Mónica. "Desnutrición Infantil" fisiopatología, clínica y tratamiento dietoterapico. Corpus Editorial; p. 20.

<sup>23</sup> Lejarraga, H. "Evaluación antropométrica del estado nutricional". *Boletín CESNI*. Volumen 3 Octubre 1990.

las circunstancias desfavorables para el niño persistan. El peso puede afectarse con rapidez en situaciones de enfermedad o carencias alimentarias agudas o prolongadas, y recuperarlo con rapidez cuando la noxa desaparece<sup>24</sup>. Es un indicador para seleccionar niños emaciados<sup>25</sup> y para la clasificación de niños desnutridos entre emaciados y acortados<sup>26</sup> para realizar este diagnóstico se comparan los valores obtenidos con las tablas de peso para la edad y talla para la edad de Lejarraga H. y Orfila J.. Esta relación representa la situación actual del niño y tiene en cuenta el riesgo de enfermar o morir. Por convención se consideran límites de normalidad entre 90 – 110% de adecuación al peso teórico<sup>27</sup>. Este valor significa que el niño tiene una relación de peso para la talla armónica, pero no nos asegura su estado eutrófico<sup>28</sup>, por debajo o por encima de dichos parámetros se determina el estado disarmónico ya sea por déficit o por exceso respectivamente. Este indicador no es adecuado para evaluar niños menores de un año pues para cada medida de longitud corporal los niños menores tienden a ser más pesados que los niños mayores<sup>29</sup>. Para diagnosticar sobrepeso<sup>30</sup> u obesidad<sup>31</sup> en los niños y los adolescentes tenemos el peso el cual es una medida muy fácil de tomar pero su expresión percentilar no tiene utilidad para diagnosticar obesidad salvo que se trate de niños de estatura promedio, ya que ésta es en realidad la que define la adecuación del peso de un niño. El peso para la talla es un progreso respecto al peso, pero tiene la deficiencia de no diferenciar un niño muy musculoso de uno con exceso de grasa. Por ello se utiliza el Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet (IMC) el cual es el peso en kg dividido por la estatura en metros elevada al cuadrado, es un mejor indicador de grasa corporal que los otros métodos. La razón para elevar la estatura al cuadrado es neutralizar parcialmente la influencia de la estatura sobre el tamaño corporal; de allí su utilidad para comparar la obesidad o desnutrición en individuos de diferentes alturas. El IMC también es utilizado en la población adulta de ambos sexos para el diagnóstico de obesidad por su eficacia y confiabilidad. Para ellos se determinaron puntos de corte, basados en criterios de riesgo (ver cuadro N°6) de padecer complicaciones relacionadas con sobrepeso (IMC > 25Kg/m<sup>2</sup>.) y obesidad (>30Kg/m<sup>2</sup>) para ambos sexos.

<sup>24</sup> O'Donnell, Alejandro "Evaluación del estado nutricional en pediatría". PRONAP 2000.

<sup>25</sup> Individuos que con un peso anterior normal pierden peso, es decir adelgazan o niños en los cuales la progresión de altura es mayor que la progresión de peso

<sup>26</sup> Individuos que no han podido mantener una velocidad de crecimiento normal y en consecuencia tienen una mayor estatura que la de sus pares

<sup>27</sup> Peso Teórico: peso que podemos encontrar en las tablas de Peso-Talla de población normal y está ligado al sexo, la talla y la contextura el individuo.

<sup>28</sup> Eutrófico: estado de nutrición normal.

<sup>29</sup> O'Donnell, Alejandro ob.cit., p.27.

<sup>30</sup> Aumento de peso en relación a la talla.

<sup>31</sup> Aumento de peso a expensas del tejido adiposo, teniendo consecuencias negativas en el estado de salud.



**Cuadro Nº 6 IMC y riesgos en adultos**

En mujeres con IMC > 26:

- El riesgo de enfermedad coronaria es el doble que si IMC < 21. En varones, 1.5 veces.
- El riesgo de diabetes tipo II, 4 veces más en mujeres y 8 veces en varones.
- El riesgo de hipertensión y colelitiasis, 2-3 veces más.

A partir de un IMC > 29, los riesgos aumentan sustantivamente.

La desnutrición se define por un IMC menor a 18; IMC entre 30 y 35 Kg./m<sup>2</sup> como obesidad leve o Clase I; entre 35 y 40Kg/m<sup>2</sup>, obesidad moderada o Clase II y superior a 40 Kg./m<sup>2</sup> obesidad mórbida o Clase III<sup>32</sup>. Pero estos patrones de diagnóstico utilizados en la edad adulta no son edad-dependientes<sup>33</sup> porque este grupo etáreo ya no se encuentra en edad de crecimiento. En cambio a lo largo de la infancia y la adolescencia se producen modificaciones en la cantidad y distribución

Fuente: O'Donnell, A. Grippo, Beatriz

"Obesidad en la niñez y la adolescencia".

de la grasa corporal en relación a la estatura. Esto genera que en los mencionados grupos biológicos los valores del IMC sean edad-específicos y su interpretación no pueda realizarse tal como se hace en los adultos. Por esta razón se utiliza el IMC para la edad, actualmente se recomienda su utilización en todas las edades como más apropiado porque además de la simplicidad de su cálculo, permite detectar los cambios que ocurren con el transcurso de la edad (tracking) y es una medición que puede ser empleada continuamente hasta los 20 años. Los patrones de referencia más empleados para realizar el diagnóstico en niños y adolescentes son las tablas realizadas por Must<sup>34</sup> basadas en la información de la primera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de EEUU (NHANES I). Las tablas del National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion<sup>35</sup> (CDC) 2000 las cuales son una versión actualizada de las tablas del NCHS de 1977 y las tablas realizadas por Cole. T.J. del Internacional Obesity Task Force (IOTF)<sup>36</sup>. Para estudios epidemiológicos se recomienda el uso de la tabla del IOFT, estas se desarrollaron con la intención de que sirviesen para comparación en estudios llevados a cabo en distintos lugares del mundo debido a diferencias en el crecimiento, y de los distintos segmentos corporales y maduración sexual de poblaciones infantiles y adolescentes en diferentes países y

<sup>32</sup> Torresani, M. Elena; Somoza, M. Inés "Lineamientos para el cuidado nutricional". Eudeba, Editorial, segunda edición, 2003, p. 234.

<sup>33</sup> El resultado del IMC en la población adulta no es afectado por la variación de talla porque esta no se modifica independientemente de la edad.

<sup>34</sup> Must, A; GE & Diezt WH: "Referent date of obesity" 85 and 95<sup>th</sup> percentiles del IMC Am J Clin Nutr 1991; 53:773.

<sup>35</sup> Organismo internacional que estudia enfermedades crónicas no transmisibles.

<sup>36</sup> Cole TJ; "Definición estándar de sobrepeso y obesidad en niños: "Estudio Internacional" BMJ 2000; 320:1-6 Estudio que evaluó la validez del IMC en varones y mujeres de hasta 25 años.

comunidades. En general el crecimiento es bastante parecido hasta los seis años de edad para luego separarse de los valores de los países más desarrollados. Para ello se tomaron las tablas de crecimiento de EEUU, Brasil, Reino Unido, Hong Kong, Holanda y Singapur y se tomaron como punto de corte para el diagnóstico a un IMC de 25.Kg./m<sup>2</sup> para definir sobrepeso y un IMC de 30Kg./m<sup>2</sup> para definir obesidad.

El diagnóstico nutricional a través de los indicadores antropométricos se realiza comparando el valor obtenido de la medición con una población de referencia la cual es la distribución de los indicadores en una población normal, siendo valores de normalidad que se utilizan para comparar en cada indicador el valor observado en el sujeto. Las poblaciones de referencia asumen una distribución normal o gaussiana y en consecuencia es posible definir con criterios estadísticos los límites de la normalidad. Establecer un límite de inclusión o de corte es asumir un valor a partir del cual se considera anormal o normal a un individuo para una población en relación con los patrones de referencia. El límite de corte se define como una distancia al valor promedio que puede estar expresada bajo la forma de desviaciones estándar (o puntaje Z), de percentilos o como un porcentaje de adecuación o la mediana<sup>37</sup>.

Para estos indicadores existen distintas poblaciones “normales” una de ellas es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud que ha sido construida con datos provenientes de niños americanos por el National Center of Health Statistics<sup>38</sup>, conocida como NCHS o Población de Referencia Internacional y es utilizada hasta el momento para comparar poblaciones de distintas raíces geográficas. En nuestro país el Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría<sup>39</sup> -SAP- ha elaborado tablas propias conocidas como Población de Referencia Nacional, son utilizadas en hospitales y centros de salud para el diagnóstico de desnutrición infantil y para focalizar intervenciones de asistencia alimentaria. Cuando el objetivo es la evaluación clínica del crecimiento o la decisión de conductas por ejemplo ayuda alimentaria, es conveniente la utilización del patrón nacional porque permite la comparación con estudios anteriores a la publicación y el seguimiento poblacional en el tiempo. La recomendación para cualquier distrito es seguir las normativas de evaluación antropométrica de niños recomendada por el Ministerio de Salud o equivalente, utilizando las tablas indicadas para permitir la construcción de indicadores regionales y nacionales. Solo cuando no se cuenten con tablas locales de referencia

<sup>37</sup> Lorenzo, J., Guidoni, E., Díaz, M., Marenzi, M.S., Jorge, J., Lasivita, J., Lestingi, E., Busto Marolt, I., Neira, L., “*Nutrición Pediátrica*” Corpus Editorial 2004, p. 29.

<sup>38</sup> Principal agencia estadísticas de América para la salud que recopila información estadística con el objetivo de planear líneas de acción para incrementar la calidad de vida de las personas.

<sup>39</sup> SAP: institución científica fundada en el año 1911 que congrega a los médicos pediatras y a profesionales interesados en el estudio y la atención del ser humano en su período de crecimiento y desarrollo.

se justifica la utilización de estándares de países vecinos que tengan una población genética similar.

El estado nutricional es un factor que puede repercutir negativa o positivamente sobre la salud. En Argentina al igual que otros países en desarrollo, el contexto de alta incidencia de pobreza (60% en niños) se acompaña con un incremento en la prevalencia de obesidad, aun en poblaciones con manifestaciones de desnutrición. El caso típico es la coexistencia de la triada: desnutrición crónica o baja talla que tiene una prevalencia del 8.2% en los niños de 6 meses a 5 años; carencias marginales de micronutrientes o desnutrición oculta como por ejemplo: déficit de hierro, zinc, calcio- y obesidad con una prevalencia del 9% en los niños (más un 15% de prevalencia de sobrepeso). La obesidad actualmente es reconocida como una epidemia, al punto que ha sido bautizada como globesidad, la importancia de prevenirla radica en todas las comorbilidades que a ella se asocian, más los altos costos que produce en la salud pública y la merma en la productividad del trabajo que también genera. Cuando al diagnóstico de la obesidad se le suma el sobrepeso, la cifra supera la tercera parte de la población de niños menores de 6 años y alcanza prácticamente al 50% de las mujeres adultas.<sup>40</sup>

Según su origen la obesidad puede ser clasificada como exógena cuando acompaña diferentes síndromes dismórficos o trastornos endócrinos como el Síndrome de Cushing<sup>41</sup>, el hipotiroidismo<sup>42</sup>, tumores del sistema nervioso central, o puede ser de origen exógeno cuando es producida por un desbalance entre el ingreso y el consumo de energía, esta representa el 95 a 99% de las obesidades. A su vez por su ubicación anatómica se diferencian 4 tipos de obesidades: generalizada cuando el tejido adiposo se distribuye en forma difusa sin respetar límites anatómicos, teniendo mayor prevalencia en los primeros años de la infancia sin hacer distinción de sexos. Obesidad androide cuando hay una mayor proporción de la adiposidad en la parte superior del cuerpo, sobre todo en la cara, cuello, tronco, flancos y región supraumbilical del abdomen, es más frecuente en el sexo masculino, obesidad ginoide también llamada trocantera en donde el tejido adiposo se distribuye en la parte inferior del cuerpo, predominando en el abdomen infraumbilical, región glútea, nalgas y músculos, siendo más frecuente en el sexo femenino.

---

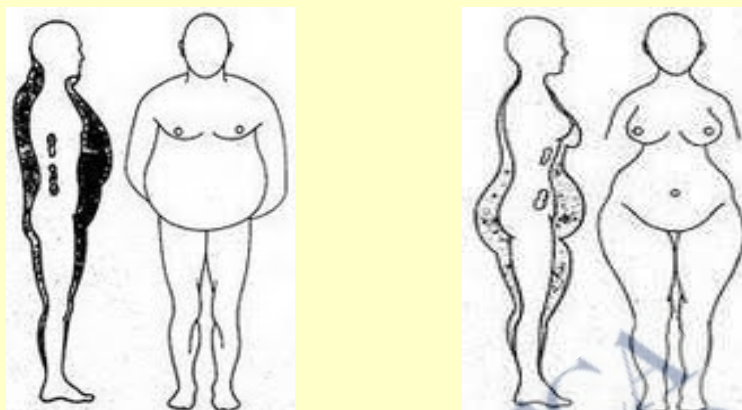
<sup>40</sup> Datos provenientes de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), 2006, Ministerio de Salud.

<sup>41</sup> Síndrome de Cushing: aumento en los niveles de glucocorticoides producido por una alteración funcional de la corteza suprarrenal.

<sup>42</sup> Hipotiroidismo: alteración estructural o funcional que interfiere en la producción de cantidades adecuadas de hormona tiroidea.



Cuadro Nº:7 Tipos de Obesidad



Fuente:www.gettyimages.com

Por último se encuentra la obesidad visceral<sup>43</sup> cuando la grasa se deposita en el parénquima visceral ocasionando alteraciones en la función de diferentes órganos. Su importancia anatómica radica en las complicaciones y el mal pronóstico clínico a largo plazo, ya que frecuentemente se asocia a diabetes, hipercolesterolemia<sup>44</sup>, hiperuricemia<sup>45</sup>, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial<sup>46</sup> y aterosclerosis<sup>47</sup> en la edad adulta. Para su diagnóstico se pueden utilizar métodos indirectos<sup>48</sup> como los indicadores peso para la talla hasta niños de 6 años, El IMC para la edad para niños mayores de 6 años y adolescentes y en la población adulta se utiliza el IMC.

Se considera a la obesidad una enfermedad multisistémica con consecuencias potencialmente muy graves para la persona que la padece por estar asociada con la hipertensión arterial (HTA), dislipemia, inflamación crónica, tendencia a la hipercoagulabilidad sanguínea<sup>49</sup>, disfunción endotelial<sup>50</sup> e hiperinsulinemia<sup>51</sup>. El

<sup>43</sup> Torresani, María Elena, "Cuidado nutricional Pediátrico"; Eudeba Editoria 2006., p, 456-457.

<sup>44</sup> Hipercolesterolemia: aumento del colesterol total, es considerado un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

<sup>45</sup> Hiperuricemia: aumento anormal en los valores de ácido úrico sanguíneo producido por un desorden en el metabolismo de las purinas

<sup>46</sup> Aumento sostenido de la tensión arterial.

<sup>47</sup> Aterosclerosis: termino genérico que engloba tres clases de enfermedades vasculares que tienen en común el engrosamiento y la pérdida de la elasticidad de las paredes vasculares.

<sup>48</sup> Permiten evaluar la intensidad de exceso de peso pero no su origen, deben ser complementados con un examen físico que diferencie el compartimento en exceso.

<sup>49</sup> Hipercoagulabilidad sanguínea: alteración de las vías de la coagulación que predispone a la trombosis.

<sup>50</sup> Disfunción endotelial: describe varias alteraciones potencialmente reversibles del estado funcional de las células endoteliales, las cuales se producen en respuesta a los estímulos ambientales.

<sup>51</sup> Hiperinsulinemia: aumento anormal en la secreción de insulina asociada en gran medida al aumento de los ácidos grasos libres.

conjunto de estas alteraciones, es conocido como síndrome de resistencia a la insulina<sup>52</sup> que ya ha sido diagnosticado en niños de 3 a 5 años, esto nos demuestra que el porcentaje de la obesidad ha aumentado representativamente en este grupo biológico. La prevalencia de hipertensión –diastólica- es significativamente alta en la población con sobrepeso y obesidad y se interpreta como un efecto de la hiperinsulinemia. Cuando se presenta en la población infantil es un fuerte predictor de hipertensión en el adulto. La HTA tiende a normalizarse con el descenso de peso y también mejora con el aumento de actividad física.

Las alteraciones metabólicas que tienen una asociación muy fuerte con la obesidad son la resistencia a la insulina y la diabetes mellitus ya que la obesidad es un factor etiológico directamente relacionado con la aparición de diabetes no insulino dependientes<sup>53</sup>. El riesgo es de 2.9 veces superior a partir de un IMC > 27.8 en varones y 27.3 en mujeres entre la población de 20 y 75 años<sup>54</sup>, este riesgo no solo crece con el grado de obesidad sino también con la duración de la misma y con la distribución central de la grasa. Otra alteración metabólica es la dislipemia que genera un aumento en el colesterol total y en los triglicéridos, esta modificación del perfil lipídico incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares a temprana edad. A su vez las alteraciones cardiovasculares por sí mismas también representan una complicación asociada a la obesidad abdominal, obesidad visceral, dislipemia y diabetes mellitus. La obesidad, particularmente la de tipo androide, aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular tanto en hombre como en mujeres incluyendo: cardiopatía isquémica<sup>55</sup>, hipertensión arterial, miocardiopatías<sup>56</sup>, arritmia<sup>57</sup>, insuficiencia cardiaca congestiva<sup>58</sup>, etc. La litiasis vesicular<sup>59</sup> presenta una prevalencia de 1-2/100 es menos común en los adolescentes obesos que en los adultos con IMC > 29, pero la obesidad está presente en el 50 % de los casos de colecistitis calculosa

---

<sup>52</sup> O'Donnell, Alejandro; Grippo, Beatriz "Obesidad en la niñez y la adolescencia". Científica Interamericana Editorial; p.101.

<sup>53</sup> O'Donnell, Alejandro; Grippo, Beatriz, ob.cit., p.115.

<sup>54</sup> Braguisky, Jorge y colaboradores "Obesidad": saberes y conflictos". ACINDES Editorial 2007 p.229.

<sup>55</sup> Cardiopatía Isquémica: denominación genérica de un grupo de síndromes íntimamente relacionados que producen isquemia miocárdica, es decir un desequilibrio entre el aporte y las demandas de sangre oxigenada por el corazón.

<sup>56</sup> Miocardiopatía: cardiopatías resultantes de alguna afección primaria del miocardio.

<sup>57</sup> Arritmias: trastornos de la conducción o irritabilidad miocárdica después de un infarto de miocardio.

<sup>58</sup> Insuficiencia cardiaca congestiva: pérdida de células miocárdicas funcionantes luego de una injuria al miocardio.

<sup>59</sup> Litiasis vesicular: formación de cálculos biliares que pueden ser de colesterol o de pigmentos biliares.

aguda<sup>60</sup> en adolescentes. Estas dos patologías se manifiestan con mayor frecuencia durante el descenso del peso<sup>61</sup>.

La obesidad también es uno de los factores de riesgo más importantes prevenibles de la osteoartritis<sup>62</sup> de rodilla y cadera y para las minusvalías. La relación entre el sobrepeso y la osteoartritis se explica por la alta presión sobre la articulación que se produce en los individuos con exceso de peso, teniendo una mayor incidencia en las mujeres cuyo peso excede en un 30% a su peso ideal.

Los niños con sobrepeso importante (>150% de adecuación del P/T) o los adultos con un IMC > 29 tienen con mayor repetición problemas respiratorios durante el sueño como insomnio, ronquidos y pueden padecer apneas (1/100), que en los niños puede acompañarse de déficit cognitivos. Con mayor frecuencia, a la obesidad se asocian asma e intolerancia al ejercicio que pueden limitar la actividad física, ocasionando mayores aumentos de peso y dificultades en el tratamiento.

Otra complicación asociada a la obesidad son las minusvalías psicosociales que produce tanto en niños, adolescentes y adultos generada por una sociedad que sacraliza a la delgadez como paradigma de la belleza humana. Los niños con sobrepeso u obesidad, tan chicos como de 5 años desarrollan una imagen propia negativa. Una característica particular de los niños obesos es que prefieren jugar con niños de menores edades que ellos para no ser discriminados y para no competir desventajosamente con su cuerpo. Los adolescentes pueden padecer una progresiva declinación de su autoestima, asociada con depresión, soledad, nerviosismos y conductas de alto riesgo. Tienen una alta prevalencia de trastornos de la alimentación, especialmente bulimia y atracones de comida, con las consecuencias psicológicas tan negativas que tienen quienes las padecen.

El cuadro número 8 resume las relaciones entre obesidad, factores de riesgo, enfermedades crónicas y mortalidad. Los costos directos e indirectos de la obesidad se han estimado acerca del 8% del gasto sanitario total.

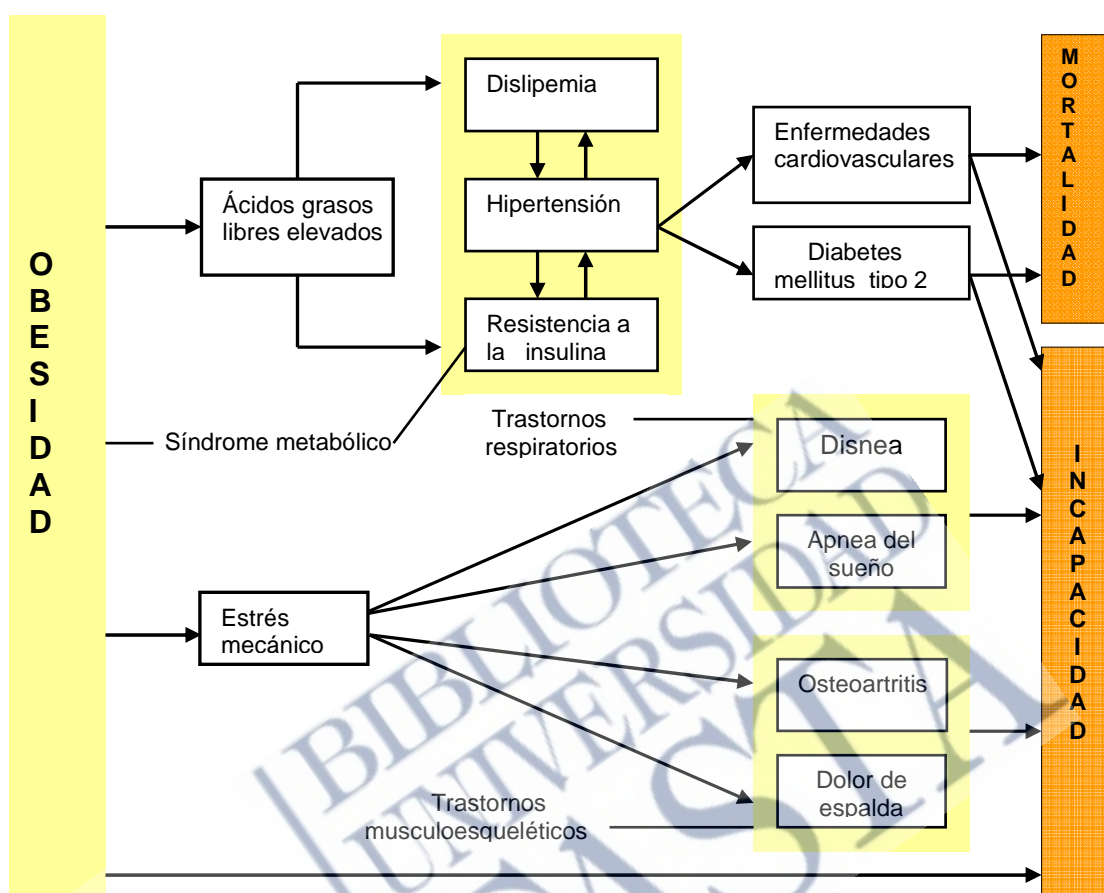
---

<sup>60</sup> Inflamación aguda del de la vesícula biliar producida en el 90% de los casos, por la obstrucción del cuello de la vesícula o del conducto cístico por un cálculo.

<sup>61</sup> Cotran, Ramzi; Kumar, Vinay; Tucker, Collins. *“Patología estructural y funcional”* McGraw – Hill. Interamericana Editorial 2000; sexta edición; p: 480-481.

<sup>62</sup> Enfermedad intrínseca del cartílago con alteraciones bioquímicas y metabólicas que provocan su destrucción.

Cuadro Nº 8 Impacto de la obesidad sobre salud pública



Fuente: Adaptado de Visscher y Seidell (2001), Annual Review of Public Health, volúmen 22. <http://www.annualreviews.org>.

La obesidad está relacionada con la mortalidad por cualquier causa y más intensamente con la instauración de enfermedades cardiovasculares que consumen el 62.6% del costo mencionado anteriormente la diabetes tipo2 con un 25%, la dislipemia con un 6.6%, alteraciones musculoesqueléticas un 2.8% más incapacidades laborales y apneas de sueño. Estas estimaciones están basadas en las tasas de prevalencia y en los riesgos relativos. La obesidad aumenta enormemente el número en años no saludables debido a la relación más estrecha de la obesidad con la morbilidad y la incapacidad que con la mortalidad.

No obstante, es muy claro que su impacto sobre la salud pública es altamente significativo y aumentará rápidamente con el incremento en la prevalencia de la obesidad. Actualmente encontramos que un mayor porcentaje de la población concurre a los centros de atención no por el sobrepeso o la obesidad que padecen, sino por las otras patologías asociadas a ella. Aún con la aprobación de la Ley de Obesidad en el año 2008, el Ministerio Nacional de Salud todavía no ha realizado campañas masivas para la prevención del sobrepeso y obesidad, siguiendo con el mismo patrón de asistencia secundaria olvidando la importancia para la salud de la



población así como la disminución en el uso de los recursos monetarios y humanos que se obtendrían si las políticas de salud se acentuaran en la prevención primaria de la enfermedad.

Por otro lado nuestro país tiene una disponibilidad alimentaria registrada según las Hojas de Balance (FAO) que ha variado entre algo más de 2850 kcal y un poco menos de 3100 kcal por habitante. Disponemos de un holgado autoabastecimiento y un patrón alimentario similar al de algunos países en desarrollo, con elevados porcentajes de calorías y proteínas de origen animal debido al alto consumo de carnes, en especial vacuna, y lácteos. Sin embargo y a pesar de los indicadores alimentarios alentadores la historia sigue estando asignada por la desnutrición aguda - desnutrición crónica, encontrada mayormente en poblaciones con necesidades básicas insatisfechas a la que se le ha sumado en los últimos años la desnutrición oculta hallada en cualquier estrato de la población.

Estas patologías repercuten negativamente en el estado de salud, principalmente en la infancia considerada como una etapa trascendental en el proceso evolutivo del hombre. Está caracterizada por dos fenómenos, el crecimiento que nos indica un aumento de tamaño y el desarrollo representado por una diferenciación morfológica y funcional<sup>63</sup>. Para que estos dos procesos se produzcan con total normalidad, es fundamental una adecuada alimentación, la cual a su vez está sometida a factores condicionantes ya sean fijos o dinámicos, entre los primeros podemos mencionar el potencial genético del individuo y entre los segundos se encuentran los factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se modifica el equilibrio de estos factores y se ve alterado el proceso de alimentación, se interrumpe el crecimiento y el desarrollo de los niños, dando lugar a la desnutrición. Algunos de los factores de riesgo para su desarrollo es el déficit energético, la mala combinación de alimentos de la madre y las infecciones intercurrentes durante el embarazo, estos guardan una relación directa en el desarrollo de prematuridad y bajo peso in útero. No es raro que niños nacidos en estas condiciones de desventaja nutricional en su pasado inmediato, sean víctimas de prácticas inadecuadas de alimentación, especialmente en regiones en donde la lactancia materna esta siendo reemplazada desde etapas muy tempranas de vida por fórmulas de alimentación preparadas de manera deficiente y en malas condiciones de higiene. La desnutrición puede presentarse en todas las edades, sin embargo es notoria y grave entre los 6 y 36 meses de edad. Después del destete que con frecuencia inicia antes del cuarto mes, el niño recibe poco o ninguna alimento con leche o sus derivados u otro producto de origen animal. La combinación de una dieta

<sup>63</sup> Torresani, María Elena, ob.cit.,p 23.

baja en energía y proteínas propicia un avance lento y progresivo hacia una desnutrición grave. La pobreza es causa y consecuencia de la falta de educación, mala salud de la población, baja productividad, balance económico desfavorable que conducen a errores en el consumo y a una inadecuada distribución de los alimentos entre los miembros de la familia particularmente desfavorable hacia los niños pequeños. La desnutrición calórico proteica -DCP- es una enfermedad multisistémica, que afecta a todos los órganos y sistemas del ser humano, puede ser *primaria* cuando se produce por una carencia nutritiva y *secundaria* cuando existe una enfermedad que la determina, independientemente de su situación socio-cultural; por ejemplo enfermedades genéticas, metabólicas, inmunológicas, malformaciones, que puedan afectar a cerebro, corazón, riñón, hígado, etc. A través de una serie de mecanismos fisiológicos, el organismo tiende a mantener un equilibrio dinámico ante la ingesta de energía, cuando existen períodos largos de restricción energética y/o proteica, el organismo se adapta en forma progresiva a esta restricción con el objeto de mantener un estado funcional adecuado tanto como lo permita el suministro de nutrientes. La adaptación nutricional significa que para sobrevivir a dos agresiones sinérgicas, la carencia de nutrientes y las infecciones frecuentes, el organismo modifica sus patrones biológicos de normalidad y crea nuevas condiciones homeostáticas. La DCP se desarrolla gradualmente y permite una serie de ajustes metabólicos que resultan en una disminución de las necesidades de nutrientes y en un equilibrio nutricional compatible con una disponibilidad más baja de nutrientes celulares. Si en ese punto el aporte de nutrientes continua siendo cada vez más bajo que el aceptado por el organismo para su adaptación sobreviene la muerte; sin embargo, aunque en la mayoría de los casos ese suministro es bajo, no lo es tanto para causar la muerte y el individuo es capaz de vivir en un estado adaptado a una ingestión disminuida. En esta situación se producen ciclos de perpetuidad que complican y dificultan la resolución del problema porque una alimentación insuficiente se puede continuar de generación en generación. Los jóvenes con retraso en su crecimiento se convierten en mujeres de baja estatura con mayores probabilidades a dar a luz a niños con bajo peso. Cuando se trata de niñas, es muy probable que perpetúen en el ciclo convirtiéndose en mujeres de baja estatura y así sucesivamente. A su vez embarazo entre adolescentes también aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y la dificultad de interrumpir el ciclo. La desnutrición además compromete en forma importante y precoz la inmunidad del individuo- produciéndose una estrecha y directa interrelación con la infección. Las infecciones en los niños desnutridos no son más frecuentes sino también más graves, prolongadas, complicadas y respiratorias. En cada episodio infeccioso el estado nutricional se deteriora y el ciclo se repite. Desde otra óptica, cada internación por

desnutrición e infección aumenta el gasto de salud y el recurso económico se desvía a tratar las complicaciones en lugar de mejorar las condiciones sanitarias de la población. Hay dos síndromes clínicos de desnutrición severa o MCP: marasmo y kwashiorkor. El marasmo se caracteriza por una depauperación<sup>64</sup> extrema, es la adaptación fisiológica a la restricción marcada de energía en la dieta. Hay una reducción marcada en la grasa y los tejidos viscerales. Aquellos que lo sufren limitan su actividad física y presentan disminución de las tasas de metabolismo y de reposición de proteínas en un esfuerzo por conservar nutrientes. Comparando con una población sana los individuos marasmáticos son más susceptibles a las infecciones y es más probable que mueran o sufran incapacidades por las mismas.

El Kwashiorkor es producido por un déficit en el consumo proteico, representa la constelación clínica de edema, se observa mayormente en los niños menores de 5 años de edad y se asocia generalmente con irritabilidad, anorexia y ulceración de la piel. La irritabilidad es un cambio patológico del estado mental, que convierte la realimentación de estos pacientes en un verdadero reto. Los trastornos metabólicos son más severos que en el marasmo al igual que la tasa de casos fatales es mayor.

Es importante reconocer además que los efectos de la desnutrición se valoran a corto y largo plazo. En un primer momento aparece la pérdida de peso, la progresión de la altura es mayor que la progresión del peso, se los denomina emaciados a quienes se los evalúa por la disminución de peso para la talla<sup>65</sup> o el IMC para la edad y se la llama desnutrición aguda. Más tardíamente si la carencia de energía se perpetúa en el tiempo y los individuos no pueden mantener una velocidad de crecimiento normal y en consecuencia tienen una estatura menor que la de sus pares, encontrando un cuadro de retraso crónico de crecimiento también llamado desnutrición crónica. Esta situación es revelada con el indicador talla para la edad que también nos permite evaluar la severidad de la desnutrición crónica<sup>66</sup>. Las causas del RCC pueden ser intrauterinas o pos natales. La desaceleración del crecimiento ocurre a partir del 3 – 6 to mes de vida y dependiendo de la intensidad de la misma se hará clínicamente evidente a partir del 2-5 to año de edad.

Hay clara evidencia acerca de la importancia de la desnutrición como factor predisponente de un mayor riesgo de enfermar o de morir y como condición antecedente de una limitación estructural y funcional. Durante el estadio agudo de la desnutrición severa, la aparente mayor susceptibilidad del niño a contraer

<sup>64</sup> Depauperación: malnutrición energético proteica aguda.

<sup>65</sup> Clasificación según porcentaje de déficit de P/T: Leve: 11-20%; Moderada: 21-30%; Severa: >30%.

<sup>66</sup> Clasificación según porcentaje de déficit de la talla para la edad de Waterloo: Normal:<10%; Leve: 10-24%; Moderada: 25-39%; Severa:>40%.

enfermedades infecto-contagiosas es sin duda la consecuencia de mayor trascendencia clínica. Con respecto a las potencialidades somáticas los niños con desnutrición severa presentan tallas inferiores al promedio para su edad considerándose estos como “Enanos Nutricionales”.

Un niño con una desnutrición grave sufre un deterioro más acentuado, eso es debido a desequilibrios hidroelectrolíticos, a trastornos gastrointestinales, insuficiencia cardiovascular y a un déficit de los mecanismos de defensa. Los estudios sobre el desarrollo mental indican que existe una interrelación estrecha entre la desnutrición y el desarrollo sistema nervioso central del niño, impactando en el desarrollo conductual e intelectual, a su vez las alteraciones psicológicas pueden ser profundas. Cuando se conjugan síntomas clínicos como la anorexia severa, apatía e irritabilidad hacen que el niño sea difícil de realimentar y manejar, lo que nos lleva a tener un pronóstico negativo en la evolución de la enfermedad.





Programa Alimentario  
“Comer en Familia”



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
FASTA

En la provincia de Río Negro durante el año 2004 se formula el programa alimentario "Comer en Familia", conforma una de las estrategias financiadas a nivel provincial (ver cuadro nº:9) e implementadas por el Ministerio de la Familia con el fin de mejorar la seguridad alimentaria de su comunidad.

**Cuadro Nº: 9 Programas alimentarios con financiación provincial**

Programa	Población objetivo	Prestaciones
Programa PROMENU	Personas y hogares carenciados. Beneficiarios: 22.000	Ver componente
Componente Comedores Comunitarios Beneficiarios: 3700	Niños ancianos, discapacitados, embarazadas y personas en riesgo social.	Asistencia alimentaria diaria a comedores.
Componente Refrigerios Comunitarios	Niños, ancianos, discapacitados, embarazadas y personas en riesgo social	Asistencia Alimentaria
Programa "Comer en Familia"	Familias por debajo de la línea de pobreza, con menores de 14 años a cargo y/o discapacitados y/o embarazadas. Mayores de 65 años sin jubilación ni pensión.	Módulo alimentario y vale alimentario. Seguimiento nutricional. Fortalecimiento familiar. Emprendimientos para autosustento: huertas y granjas
Programa Pronur Rural Beneficiarios: 4500.	Familias carenciadas de Comisiones de Fomento y parajes de la Región	Módulo alimentario.
Programa de pequeños Productores ganaderos Beneficiarios: 2600	Productores ganaderos de menos de 1000 ovejas de la Línea Sur, Andina y Atlántica, que deben tener registro señal propia de ganado, ser propietario y/o arrendatarios de campos.	Módulo Alimentario
Programa PASAR Beneficiarios: 140	Enfermos de tuberculosis.	Módulos alimentarios
Programa Rionegrino de Refuerzo Alimentario	Familias en situación de vulnerabilidad social.	Módulos alimentarios

Fuente: Adaptado de Mapa de políticas alimentarias SIEMPRO- SISMAF- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

Se implementa progresivamente en el primer semestre del mismo año en las tres ciudades más pobladas de la provincia: General Roca, Viedma y Bariloche, se inicia con una ejecución focalizada para incorporar paulatinamente al resto de las localidades. La meta de cobertura para el 2005 es las 35 localidades restantes. Transcurridos 5 años de su implementación, actualmente el programa se efectúa en 37 municipios y tiene bajo su cobertura a 13.034 familias compuestas por 80000 beneficiarios, de los cuales 26136 son menores de 14 años, 1381 son personas con algún tipo de discapacidad, 240 son mujeres embarazadas y 1103 son mayores de 65

años. General Conesa es una localidad ubicada en el este de la provincia norpatagónica de Río Negro, en ella residen 6917 habitantes donde el 76.2% reside en el área urbana mientras un 23.8% reside en la zona rural. Las condiciones edafoclimáticas posibilitan que la actividad económica por excelencia sean las actividades agropecuarias entre las que se destacan la fruticultura, horticultura, ganadería, apicultura y otras alternativas productivas no tradicionales. Con respecto a la producción frutícola existen principalmente plantaciones de frutales de pepita y carozo que tiene como principales destinos los mercados internos de la fruta fresca<sup>1</sup> y la exportación<sup>2</sup>. La ganadería es de tipo extensiva, el ganado vacuno es el más desarrollado en la zona, efectuándose tanto en áreas de secano<sup>3</sup> como en áreas de bajo riego<sup>4</sup>. En esta localidad el programa se desarrolla desde el año 2005, donde se encuentra administrado por la Secretaría Municipal de Desarrollo Social y actualmente su cobertura es de 159 personas.

El programa Comer Familia se formula para modificar el Programa Comedores Comunitarios y así trabajar sobre la reconversión del recurso humano y del espacio físico. Esto significa, que a través de una adecuada estrategia de capacitación en servicio las cocineras y referentes comunitarios se transforman en promotores y operadores comunitarios. Por otra parte, la progresiva incorporación de actividades complementarias como talleres, actividades culturales, recreativas, deportivas y comunitarias transforman al comedor en un centro integral de capacitación y participación comunitaria.

El Programa Comer en Familia es dirigido al grupo familiar en su conjunto, incluye estrategias de asistencias directas y promocionales a partir de los distintos componentes del programa como: aporte alimentario, seguimiento nutricional, fortalecimiento familiar y emprendimientos para el autosustento.

Pretende favorecer y acompañar la construcción de capacidades para la autonomía de la familia, conjuntamente promueve y fortalece el armado de redes sociales y también incorpora como modalidad la articulación con otras instituciones para facilitar el acceso a las políticas sociales universales -salud y educación-, apuntando al resguardo de mujeres, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con capacidades diferentes.

<sup>1</sup> Buenos Aires, Rosario, Córdoba, Bahía Blanca y sur patagónico.

<sup>2</sup> Estados Unidos y la Unión Europea.

<sup>3</sup> Área de cría.

<sup>4</sup> Área de cría y engorde.

Su objetivo general y los específicos se describen en el siguiente cuadro:

**Cuadro Nº 10: Objetivos del Programa Comer en Familia**

<b>Objetivo General</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar asistencia alimentaria a la población beneficiaria en sus hogares, preservando y/o recuperando de ese modo, la dignidad e integridad del ámbito familiar como espacio genuino de contención y desarrollo humano.</li> </ul>
<b>Objetivos específicos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer los vínculos del grupo de convivencia (familia) a fin de favorecer el desarrollo pleno e integral de sus miembros.</li> <li>• Promover una adecuada utilización y compra de los alimentos.</li> <li>• A partir de un proceso de capacitación y servicio, reconvertir el recurso humano que se desempeña en comedores, refrigerios y otros referentes de la comunidad, transformándose de este modo en promotoras/es comunitarias/os.</li> <li>• Asegurar las articulaciones necesarias con el sector salud para garantizar el diagnóstico y seguimiento nutricional de los beneficiarios.</li> <li>• Contribuir a la inclusión educativa de los beneficiarios en edad escolar que se encuentren en situación de riesgo social.</li> <li>• Promover y brindar asistencia técnica e insumos básicos para los emprendimientos de auto consumo (huertas- granjas).</li> <li>• Contribuir al desarrollo de las economías locales. (A través de la utilización de los vales para alimentos frescos y secos tradicionales, que serán canjeados en los pequeños y medianos comercios de la localidad).</li> <li>• La adecuada preparación de los alimentos.</li> <li>• Virtudes nutricionales de los alimentos protectores.</li> <li>• Distribución de roles al interior de la familia, su dinámica y los conflictos.</li> <li>• Los recursos institucionales en su barrio o localidad.</li> <li>• La importancia de los controles de salud.</li> <li>• Acompañamiento familiar a los niños y adolescentes, durante el tránsito escolar.</li> <li>• Emprendimientos para el autosustento (huertas y granjas).</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Ministerio la Familia Provincia de Río Negro.

Este programa es destinado a familias que se encuentran en estado de inseguridad alimentaria y por lo tanto en situación de vulnerabilidad social, con menores de 14 años y/o embarazadas, y/o personas con capacidades diferentes, y/o

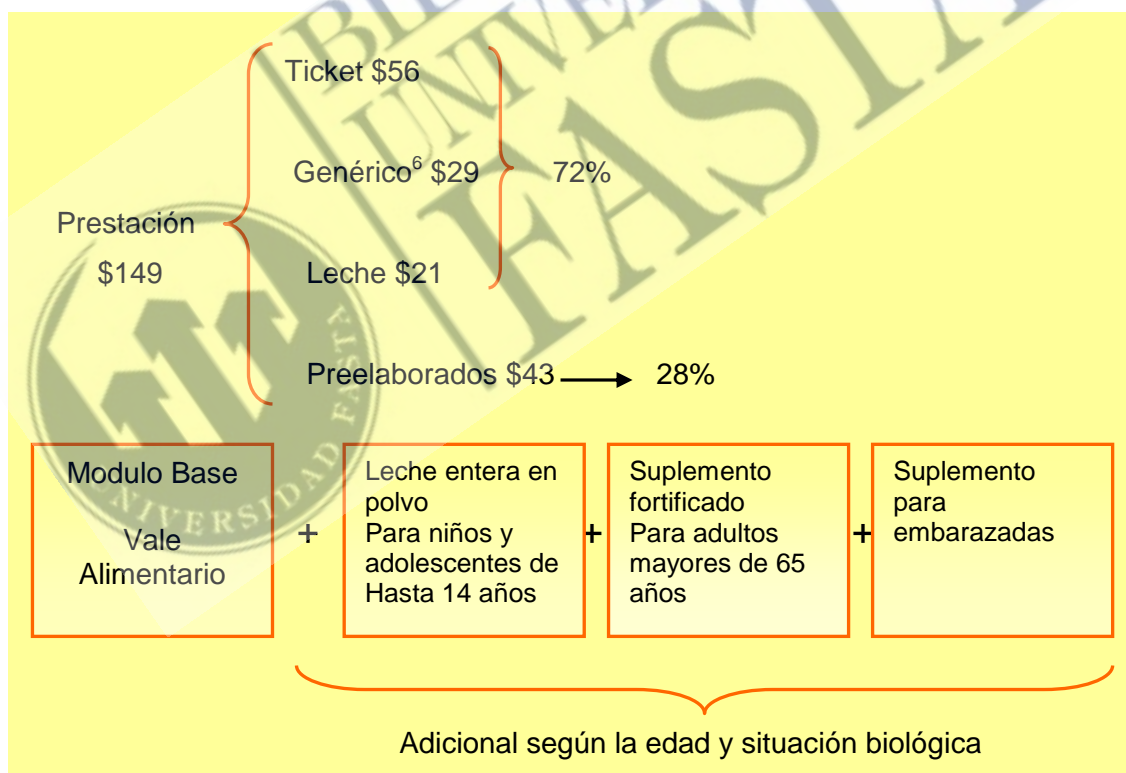


adultos mayores de 65 años<sup>5</sup>, toma como patrón de potenciales destinatarios aquellos que eran beneficiarios de los comedores comunitarios

En carácter de contraparte le exige a la jefa/e de la familia beneficiaria que se comprometa en: realizar una adecuada utilización o compra de los alimentos, asistir a los talleres de capacitación, realizar los controles de salud y presentar certificados de escolaridad de los integrantes del grupo familiar que estén en edad escolar.

La prestación alimentaria tiene su base en: la entrega de un módulo alimentario, el Vale Comer en Familia para la compra de alimentos (ver cuadro N°: 11), y la distribución de semillas para favorecer el autoconsumo. Adopta un enfoque integral desde el punto de vista alimentario-nutricional, encontrándose dirigida a prevenir o equilibrar necesidades de los grupos poblacionales más vulnerables tales como niños, embarazadas, adolescentes y adultos mayores.

**Cuadro N°: 11 Composición de la prestación alimentaria  
Familia con menos de 4 miembros con hijos menores de 14 años**



Fuente: Idem.

A su vez fija una meta de cobertura de al menos un 20% de los requerimientos diarios de calorías y micronutrientes del grupo familiar -IDR<sup>7</sup>-, contemplando almuerzo y refrigerio. De los alimentos preelaborados, tres de sus preparaciones están

<sup>5</sup> Que no perciban jubilaciones y/o pensiones, excepto las pensiones graciables de la provincia.

<sup>6</sup> Genéricos se define con este nombre a los alimentos no perecederos.

<sup>7</sup> IDR: ingesta diaria recomendada.

fortificadas, además contempla las raciones necesarias para niños y adolescentes de leche fortificada. En el caso de embarazadas o adultos mayores se incluye un suplemento nutricional para estos grupos etéreos.

Dicha prestación posibilita que cada familia pueda planificar las preparaciones alimentarias según criterios y metas nutricionales con una grilla sugerida por las promotoras comunitarias<sup>8</sup> para quince días, una vez cumplido el mosaico se retoma el menú 1 hasta completar los 30 días del mes (ver anexo).

Tanto el vale como los módulos alimentarios se entregan simultáneamente al grupo familiar beneficiario con una frecuencia mensual en los lugares donde inicialmente funcionaban los comedores comunitarios. La prestación alimentaria se encuentra diseñada en base a la cantidad y tipo de integrantes del grupo familiar beneficiario con una cobertura de 30 días. En la etapa preliminar de su implementación el programa han contemplado las siguientes composiciones de grupos familiares (ver cuadro N°: 12), las que pueden ajustarse con el relevamiento y actualización del padrón de beneficiarios que realice la provincia.

**Cuadro N°: 12 Composición Familiar**

<b>Cantidad</b>	<b>Composición grupos familiares</b>		
3 Beneficiarios	1 adulto, 2 niños y/o adolescentes	1 adulto (embarazada o nodriza) y 2 niños y/o adolescentes	1 adulto mayor a 65 años y 2 niños y/o adolescentes
4 Beneficiarios	2 adultos, 2 niños y/o adolescentes	2 adultos (1 embarazada o nodriza) y 2 niños y/o adolescentes	2 adulto mayor a 65 años y 2 niños y/o adolescentes
5 Beneficiarios	2 adultos, 3 niños y/o adolescentes	2 adultos (1 embarazada o nodriza) y 3 niños y/o adolescente	2 adultos (1 adulto mayor) y 3 niños y/o adolescentes

Fuente: Idem.

El Vale Comer en Familia permite la compra de alimentos frescos y genéricos contribuyendo al desarrollo de las economías locales, reactivando las ventas de éstos productos en los pequeños y medianos comerciantes de la zona. Se emite con todas las normas de seguridad previstas por el Ministerio de Trabajo de la Nación para

<sup>8</sup> Cuentan con un menú y recetarios alternativos realizados por las nutricionistas del nivel central del Ministerio Provincial de la Familia.

asegurar su legitimidad e inviolabilidad. En el frente del vale se indica: el valor nominal, nombre, apellido, DNI del beneficiario (jefe/a de hogar), logotipo del Ministerio de la Familia, logotipo del programa Comer en Familia, referencia a la cantidad de integrantes del núcleo familiar (base 3, 4, 5, etc.), especificación del rubro alimenticio<sup>9</sup>, numeración, vigencia<sup>10</sup>. En el reverso del mismo se indican las condiciones establecidas por el decreto nacional 592/95: los productos que pueden ser adquiridos por los beneficiarios, los casos en el que el vale alimentario no tenga validez, el nombre del emisor y el marco legal correspondiente.

El usuario debe presentar su documento cada vez que desee utilizarlos y solo pueden ser intercambiados en los comercios minoristas adheridos de la provincia de Río Negro.

No se les aplica ningún descuento respecto de su valor nominal por los productos que el gobierno de la provincia ha determinado previamente como elegibles para la operatoria. Las autoridades del nivel provincial determinan las penalidades correspondientes ante el no cumplimiento de los comercios, de la misma manera, toma los recaudos correspondientes para evitar que los beneficiarios puedan intercambiar el vale Comer en Familia por dinero en efectivo.

El valor nominal total mensual del ticket alimentario a favor del grupo familiar beneficiario varía desde \$45 a \$70 aproximadamente dependiendo de su capacidad de miembros (ver cuadro N° 13). Este valor total se divide de tal manera con el objetivo de asegurar que el beneficiario pueda realizar semanalmente sus compras de alimentos.

El gobierno provincial dispone mensualmente de los fondos necesarios para rescatar los vales alimentarios que son utilizados por las familias beneficiarias y realiza las emisiones mensuales previstas para los vales. De igual forma, se encarga de confeccionar y actualizar, cada 30 días, tanto el padrón de beneficiarios de los tickets como de comercios minoristas a la operatoria.

El encargado de emitir la gestión del Vale Comer en Familia tiene entre otras las siguientes responsabilidades: recibir el listado de beneficiarios por parte del gobierno provincial y emitirlo de acuerdo a la normativa nacional y provincial vigente, entregar en tiempo y forma los vales alimentarios al gobierno provincial, depositar una garantía definida a favor el gobierno provincial, efectuar una rendición mensual de cuentas y de vales alimentarios pagos y no pagos.

En el mercado la gestión y la emisión de los tickets alimentarios absorben una comisión que va del 2% al 5% más gastos.

<sup>9</sup> Carnes, frutas, verduras, huevos, etc.,

<sup>10</sup> El vale tiene una vigencia de al menos seis meses desde su impresión.

**Cuadro Nº: 13 Variantes de vales alimentarios en base a la conformación familiar y a la composición de productos.**

<b>Vale base 2: Grupo familiar de dos integrantes</b>		
<b>Alimento</b>	<b>Número de vales</b>	<b>Total: \$38</b>
Carne	4 de \$4 cada uno	\$16
Frutas y verduras	4 de \$3 cada uno	\$12
Huevos	1 de \$3	\$3
Queso	1 de \$2	\$2
Varios (harina, aceite y levadura)	1 de \$5	\$5
<b>Vale Base 3 Grupo familiar de 3 integrantes</b>		
<b>Alimento</b>	<b>Número de vales</b>	<b>Total: \$46</b>
Carne	4 de \$5 cada uno	\$20
Frutas y verduras	4 de \$4 cada uno	\$16
Huevos	1 de \$3	\$3
Queso	1 de \$2	\$2
Varios (harina, aceite y levadura)	1 de \$5	\$5
<b>Vale Base 4 Grupo familiar de 4 integrantes</b>		
<b>Alimento</b>	<b>Número de vales</b>	<b>Total: \$54</b>
Carne	4 de \$6 cada uno	\$24
Frutas y verduras	4 de \$5 cada uno	\$20
Huevos	1 de \$3	\$3
Queso	1 de \$2	\$2
Varios (harina, aceite y levadura)	1 de \$5	\$5
<b>Vale Base 5 Grupo familiar de 5 integrantes</b>		
<b>Alimento</b>	<b>Número de vales</b>	<b>Total: \$62</b>
Carne	4 de \$7 cada uno	\$28
Frutas y verduras	4 de \$6 cada uno	\$24
Huevos	1 de \$3	\$3
Queso	1 de \$2	\$2
Varios (harina, aceite y levadura)	1 de \$5	\$5

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Ministerio provincial de la Familia.

El tercer eje de la prestación alimentaria es favorecer el Autoconsumo de las familias, los responsables del programa se comprometen a la entrega de diferentes tipos de semillas junto con capacitación técnica por parte de los promotores de Huertas familiares, coordinadores del PROHUERTA, y referentes técnicos del



Ministerio de Producción para que las familias o la comunidad puedan desarrollar sus huertas o granjas familiares y/o comunitarias. Este emprendimiento pretende alcanzar un doble objetivo: mejorar el aporte alimentario que reciben las familias ya que uno de los déficit detectados y reiterados a lo largo de la implementación de distintos programas alimentarios es la escasa o nula incorporación de alimentos frescos, por tal motivo la incorporación del componente de huertas y granjas contribuye al logro de las metas nutricionales planteadas. Su segundo objetivo es generar actividades que favorezcan la autonomía de las familias beneficiarias y así recuperar actividades productivas para el autoconsumo familiar las que han ensayado con anterioridad en la provincia y sobre las cuales se asentan estas nuevas iniciativas optimizando la capacidad técnica instalada.

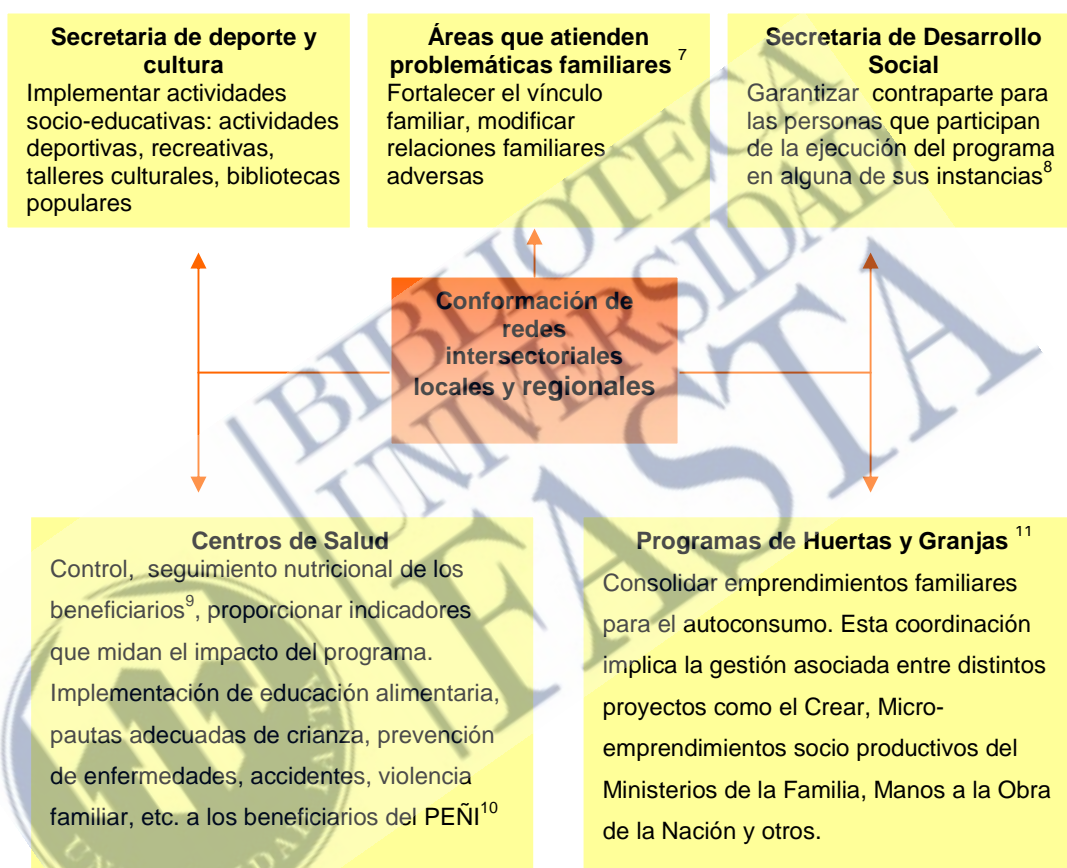
Entre las prestaciones no alimentarias que también contempla el programa se destaca al componente de Fortalecimiento Familiar como columna ventral en torno a la cual se desarrollan las demás intervenciones. En este sentido se habla del fortalecimiento de vínculos democráticos en la familia y promoción de pautas adecuadas para la crianza, el fin deseado es que cada familia logre la autonomía para resolver los propios conflictos y/o problemáticas, sin excluir a ninguno de sus miembros y asegurando el desarrollo pleno de los mismos.

Para el logro de este objetivo se trabaja en un sentido doble: primero a partir de la conformación de redes interinstitucionales, intersectoriales, locales, regionales es decir reconversión institucional (ver cuadro N° 14).

Plantea la recuperación del espacio físico de los comedores como un espacio educativo y comunitario, para así transformarlos progresivamente en centros integrales de participación y capacitación comunitaria. Esta tarea implica la articulación de áreas y/o programas Municipales, Provinciales y Nacionales.

Si bien el origen de la prestación del Programa Comer en Familia es de carácter alimentario nutricional, conceptualmente aborda en forma transversal las demandas de otras temáticas sociales como: inclusión educativa, prevención y atención de la salud, promoción y fortalecimiento familiar, recreación y expresión cultural y familias en riesgo entre otras.

#### Cuadro N°:14 Conformación de redes intersectoriales locales y municipales



Fuente: Idem.

En un segundo sentido el programa trabaja a partir de una propuesta de capacitación (ver cuadro N°: 15) en servicio con operadores<sup>11</sup> cuyas funciones son trabajar en conjunto con el coordinador/profesional técnico del municipio y las delegaciones del Ministerio de Familia, facilitar la tarea del Promotor Comunitario -acompañamiento, seguimiento y orientación a las familias-, articular con otras instituciones y promotores<sup>12</sup> que entre sus actividades se encuentran ser el nexo

<sup>7</sup> Área de Desarrollo Social Municipal, Equipos Técnicos de Educación, Centros de Desarrollo Infantil Unidades Locales de Violencia Familiar.

<sup>8</sup> Cocineras, promotoras comunitarias, responsables de unidades para el autoconsumo, etc.

<sup>9</sup> Poniendo énfasis en mujeres embarazadas y menores de cinco años a través del Programa Materno Infantil.

<sup>10</sup> Programa de rehabilitación nutricional para embarazadas y niños desnutridos.

entre la familia y la coordinación Local y Provincial, visitar a las familias semanalmente, solicitar y organizar la documentación necesaria para la confección de los legajos<sup>14</sup>, promover la participación a los a las diferentes actividades, realizar

**Cuadro Nº: 15 Capacitaciones y actividades de extensión a la comunidad**

Actividad	Objetivo	Responsable
Educación Alimentaria	Instaurar hábitos saludables, pautas para el almacenamiento, manipulación, preparación de alimentos y momento de la comida como espacio de aprendizaje.	Nutricionistas del nivel central <sup>15</sup> diseñan los talleres y realizan las primeras capacitaciones, continúan con el seguimiento y ejecución de los talleres con profesionales locales. También esta articulado con el Programa de Educación Alimentaria Nacional para la difusión de guías alimentarias.
Asistencia técnica para emprendimientos de auto sustento	Brindar asistencia técnica y facilitar las articulaciones pertinentes a las familias y promotoras comunitarias del programa fin de dejar capacidad técnica instalada que asegure la sustentabilidad de estas iniciativas.	Coordinadores de PROHUERTA y referentes técnicos del Ministerio de la Producción.
Educación para la salud	Brindar conocimientos sobre el cuidado de salud de los niños, la mujer embarazada y los adultos mayores. Contemplar acciones de extensión a la comunidad: prevención de accidentes, importancia de la lactancia materna. Enfermedades prevalentes, adicciones.	Médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos y agentes sanitarios de los Centros de Salud y Hospitales.
Fortalecimiento de vínculos democráticos en la familia y promoción de pautas adecuadas para la crianza	Ofrecer a las promotoras comunitarias del programa donde los concepto de familia, conflictos familiares, familias en riesgo, pautas adecuadas de crianza, violencia familiar, etc.	Técnicos del nivel central, las delegaciones y operadores del área de la Subsecretaría de Asistencia y Promoción Familiar.

Fuente: Idem.

talleres con las familia como ferias de platos, degustaciones y creación de nuevas recetas entre otras.

<sup>11</sup> Programas administrados por la Secretaría de Producción y Fondo Solidario para Desocupados.

<sup>12</sup> Operadores: el programa cuenta con uno cada 30 promotores.

<sup>13</sup> Promotores: debe haber uno cada 30 familias.

El plan de capacitación en servicio se inicia con un encuentro de promotoras comunitarias de las localidades donde comienza a implementarse el programa, en este primer espacio se explicitan los lineamientos generales, modalidad de intervención, el rol de las promotoras y se brinda la asistencia técnica para aplicar la planilla de actualización y/o relevamiento de beneficiarios. Esta es la primera tarea que las promotoras comunitarias deben desarrollar en el barrio.

Luego se trabaja durante un mes, antes del lanzamiento formal del programa con un cronograma de talleres donde se abordan los núcleos centrales de los cinco ejes mencionados anteriormente.

Una vez concluida la etapa intensiva de los talleres las promotoras comunitarias comienzan a organizar su actividad de multiplicadoras de éstas temáticas con las familias beneficiarias,

A su vez el programa cuenta con un coordinador técnico que brinda asistencia técnica a su localidad sede y localidades próximas, coordina a operadores y promotores difunde las actividades desarrolladas, registra actividades de extensión a la comunidad, supervisa padrones y rendiciones y un equipo interdisciplinario en el nivel central con dependencia directa del Ministerio de Familia, quienes tienen a su cargo la formulación, puesto en marcha y seguimiento de las acciones y articulaciones pertinentes.

Desde la fecha de su implementación el equipo técnico del nivel central y local realizan diferentes capacitaciones a los promotores y operadores comunitarios así como también a todas las familias bajo el programa. Hasta el mes de agosto del 2008 el Ministerio Provincial de la Familia registra la realización de: 170 talleres del componente nutrición –uso adecuado preparación de alimentos- ,170 talleres del componente del fortalecimiento familiar, 220 capacitaciones de extensión sobre nutrición y 35 talleres sobre educación alimentaria en los cuales se han abordado entre otros temas hábitos saludables, celiaquia, obesidad, desnutrición y las guías alimentarias argentinas

---

<sup>14</sup> Certificado de escolaridad, carnet de vacunación, certificado de embarazo, dictamen de discapacidad etc.

<sup>15</sup> Ministerio Provincial de la Familia y Ministerio Provincial de Salud.



# Diseño Metodológico



El presente es un estudio observacional, de tipo descriptivo<sup>1</sup>, ya que observa y describe el grado de cumplimiento de las prestaciones alimentarias y el estado nutricional de las personas que reciben el programa alimentario Comer en Familia en la localidad de General Conesa, provincia de Río Negro. El mismo es realizado durante los meses de abril del 2009 a junio del 2009, en función al período de tiempo es de corte transversal<sup>2</sup>, las variables fueron estudiadas en un único momento de evaluación para describir una situación prevalente y permitir verificar el estado de las variables planteadas en un momento determinado.

El universo de estudio esta conformado por todas las familias bajo el programa alimentario Comer en Familia que habitan en la localidad de General Conesa provincia de Río Negro. En la actualidad son 159 personas que reciben el programa las cuales conforman unas 37 familias, que forman parte del padrón de beneficiarios. En este caso la población coincide con la muestra.

Las variables seleccionadas son:

**Sexo:** se procederá a estudio de esta variable clasificando a los beneficiarios del programa en sexo masculino o femenino. Estos datos son obtenidos a través de la encuesta alimentaria.

**Edad**

Definición conceptual: tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento<sup>3</sup>.

Definición operacional: tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento. Se determina a través de la encuesta alimentaria.

**Nivel de instrucción:**

Definición conceptual: grado de educación formal que ha adquirido una persona.

Definición Operacional: es el grado de educación formal que han adquirido las jefas/es de familias que reciben el PACF. Se evalúa a través de la encuesta alimentaria realizada a las mismas y se clasifica como alto, medio o bajo dependiendo si ha completado o no el nivel primario, el secundario o algún estudio terciario o universitario, respectivamente. De esta manera se evaluarán las características educativas del grupo de estudio.

---

<sup>1</sup> Pineda, Elida y otros, *Metodología de la Investigación Manual para el desarrollo de personal de salud*; Washigton DC, OPS/OMS, 1994, 2º edición, 35,p. 82.

<sup>2</sup> Pineda, Elida y otros,ob. cit.p.86.

<sup>3</sup> Diccionario enciclopédico Larousse, Editorial Larousse, 1º edición., 1996.

**Estado nutricional:**

Definición Conceptual: estado de salud de una persona en relación con los nutrientes de su régimen de alimentación.

Definición operacional: estado de salud de las personas bajo el programa alimentario Comer en Familia (PACF) en relación con los nutrientes de su régimen de alimentación. Para su valoración se tienen en cuenta las variables sexo, edad, peso y talla o longitud corporal. Los niños de 0 a 6 años son valorados con los indicadores peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, mediciones realizadas por el personal del Hospital Hector Agustín Monteoliva. Estos datos son extraídos de sus controles pediátricos y comparados con las tablas nacionales elaboradas por el Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud. Los escolares y adolescente son evaluados a través de los índices peso para la edad, talla para la edad, los que se interpretan con las tablas nacionales de la Sociedad Argentina de Pediatría, y con el IMC para la edad teniendo en cuenta la clasificación de Cole. T.J. del Internacional Obesity Task Force -IOTF-<sup>4</sup>, la población adulta es valorada a través del IMC utilizando para su diagnóstico nutricional la clasificación de la OMS.

**Peso:**

Definición conceptual: masa corporal expresada en kg que presenta un individuo al momento de la medición.

Definición Operacional: es la masa corporal expresada en kg que presenta los pacientes de 0-6 años bajo el PACF en cada control pediátrico efectuado en la sala sanitaria de la ciudad y asentado en su control pediátrico. Es determinado por el pediatra con balanza Roma calibrada con precisión +/- 100 g, sin calzado, con ropa liviana y con los brazos relajados al costado del cuerpo. En lactantes se determina con una balanza pediátrica de palanca marca Roma. Con precisión +/- 10g sin ropa, acostado o sentado al niño sobre la bandeja. Los datos son extraídos de su control pediátrico y asentados en una planilla. El resto de la población se determina con prendas livianas, descalzo y los brazos relajados al costado del cuerpo utilizando la misma balanza que para la población pediátrica dicha medición se toma a través del presente estudio.

---

<sup>4</sup> Cole, T.J ob.cit.25.

### Longitud corporal

Definición conceptual: longitud máxima en decúbito supino expresada en cm. que presenta un individuo al momento de la medición.

Definición Operacional: longitud máxima en decúbito supino expresada en cm. que presenta un individuo de 0 a 2 años bajo el PACF en cada control pediátrico efectuado en la sala sanitaria determinada por la enfermera y pediatra. La enfermera ubica al niño en decúbito supino en una superficie plana, apoyando la cabeza con el extremo cefálico de dicha superficie, contra el plano vertical fijo, la pediatra estira las piernas de este y mantiene los pies en ángulo recto y se efectúa la medición. Estos datos son extraídos de su control pediátrico y asentado en una planilla.

Imagen N°:1 Técnica de medición corporal en decúbito supino



Fuente: Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)

### Talla

Definición conceptual: longitud corporal máxima de pie expresada en cm. que presenta un individuo al momento de la medición.

Definición Operacional: longitud corporal máxima de pie de los niños de 2 a 6 años bajo el PACF expresada en cm. determinada por la enfermera que asiste a la pediatra con el paciente de pie, ubicado de espalada al tallímetro (colocado en un sector de la pared del consultorio), con los talones tocando el plano posterior, con los pies y las rodillas juntas. La medición es realizada en inspiración, con el paciente descalzo, erguido con la cabeza derecha y mirada al frente en la posición de Francfort. En el resto de la población será tomada con la misma técnica. Estos datos son extraídos de su control pediátrico.

**Indicadores antropométricos:** surgen de combinar una medida corporal (como peso o talla) con la edad o con otra medida

❖ **Peso para la talla.** Refleja el peso corporal en relación con la talla.

Medidas: Peso (Kg.) y talla (Cm).

Población de referencia: Lejarraga H. y Orfila J., de sexo femenino o de sexo masculino

Limite de inclusión: percentilos 3-97.

Limite de inclusión: %de adecuación: 90- 110%

% de adecuación peso para la talla:  $\text{Peso para el percentilo 50 de la talla actual} / \text{Peso actual} * 100 =$



❖ **Peso para la edad:** refleja la masa corporal en relación a la edad cronológica.

Medidas: el peso corporal (Kg.) se combina con la edad (años y meses) para conformar el indicador P/E.

Población de referencia: Lejarraga H. y Orfila J., de 0 a 6 años o de 0 a 19 años de sexo femenino o de sexo masculino

Límite de inclusión: percentilos 3-97.

❖ **Longitud corporal o Talla para la edad:** refleja la longitud corporal alcanzada en relación a la edad cronológica.

Medidas: la medida corporal longitud corporal o talla (Cm.) se combina con la edad (años y meses).

Población de referencia: Lejarraga H. y Orfila J., de 0 de 0 a 19 años de sexo femenino o de sexo masculino.

Límite de inclusión: percentilos 3-97.

❖ **Índice de masa corporal para la edad:**

Definición conceptual: relación entre peso, talla y edad que permite definir el estado nutricional de una persona entre 2 y 18 años.

Definición operacional: relación entre peso, talla y edad que permite definir el estado nutricional de una persona entre 6 y 18 años bajo el PACF. Para su clasificación se utiliza la tabla realizada por Cole, T.J. del Internacional Obesity Task Force –IOTF-. Esta medición es realizada mediante este estudio.

**IMC=** peso/ talla<sup>2</sup>

Peso: en kilogramos

Talla: en metros.

Edad: en años.

Parámetros de clasificación para niños/ adolescentes:

Autores	Grupos de edad	IMC/ edad Puntos de corte
Cole, T.J. Internacional Obesity Task Force	2-18 años	Sobrepeso 25 kg/m <sup>2</sup> Obesidad 30 kg/m <sup>2</sup>

**Índice de masa corporal:**

Definición Conceptual: relación entre el peso corporal y altura que permite definir el estado nutricional de una persona adulta.

Definición Operacional: relación ente el peso corporal y altura que permite definir el estado nutricional de una persona adulta que se encuentra bajo el PACF. Para la valoración se utilizará la clasificación de la OMS. Esta medición se realiza a través del presente estudio.

IMC= peso/ talla<sup>2</sup>

Peso: en kilogramos

Talla: en metros

Parámetros de clasificación:

IMC	Clasificación
< 18.55	Bajo peso
18.5 - 24.9	Peso normal
25.0 – 29.9	Sobrepeso
30.0-34.9	Obesidad clase I
30.5 – 39.9	Obesidad clase II
> o = 40.0	Obesidad mórbida

Fuente: OMS.

**Educación alimentaria:**

Definición conceptual: proceso en el cual se desarrollan conocimientos, aptitudes y prácticas las cuales brindan herramientas a las personas para poder resolver las problemáticas planteadas por la alimentación y así poder mejorar y preservar su estado nutricional.

Definición operacional: proceso en el cual una jefa de familia del PACF participa de reuniones, talleres u otra forma de educación impartida por parte de las nutricionistas pertenecientes al mismo programa para desarrollar conocimientos, aptitudes y prácticas que le brindan las herramientas necesarias para poder resolver las problemáticas planteadas por la alimentación y así mejorar y preservar su estado nutricional. Los datos se obtienen mediante una encuesta que evalúa las prestaciones alimentarias y los conocimientos sobre nutrición.

❖ **Tipo de estrategia implementada para brindar educación alimentaria:**

Definición Conceptual: medio a través del cual son realizadas charlas, talleres, u otra forma de capacitación destinadas a los individuos para brindarles información sobre nutrición y preparaciones o combinaciones saludables de alimentos.

Definición Operacional: medio a través del cual son realizadas por las nutricionistas del PACF o de la localidad charlas, talleres u otra forma de capacitación destinadas a las jefas de familia receptoras de dicho programa, para brindarles información sobre nutrición y preparaciones o combinaciones saludables de alimentos. Los datos se obtienen a través de la encuesta alimentaria que se realiza en forma personal.

❖ **Número de capacitaciones recibidas:**

Definición conceptual: cantidad de reuniones o capacitación sobre nutrición en la que participa una jefa de familia.

Definición operacional: cantidad de reuniones o capacitación sobre nutrición en la que participó una jefa de familia del PACF. Los datos se obtienen a través de la encuesta alimentaria realizada por un encuestador en forma personal y domiciliaria.

❖ **Utilidad de la educación alimentaria recibida:**

Definición conceptual: posibilidad de poner en práctica la información transmitida en una capacitación sobre educación alimentaria manifestada por una jefa de familia.

Definición operacional: posibilidad de poner en práctica la información transmitida por las nutricionistas del PACF en una capacitación sobre educación alimentaria manifestada por una jefa de familia perteneciente al mismo programa. Los datos se obtienen a través de la encuesta alimentaria realizada por un encuestador en forma personal y domiciliaria a la jefa de familia.

❖ **Tema de la última capacitación:**

Definición conceptual: conceptos y estrategia abordados en el último encuentro sobre educación alimentaria dirigido las jefas de familias.

Definición operacional: conceptos y estrategia abordados en el último encuentro sobre educación alimentaria brindada por las nutricionistas del PACF a las jefas de familias bajo el mismo programa. Los datos se obtienen a través de la encuesta alimentaria realizada por un encuestador en forma personal y domiciliaria a la jefa de familia.

❖ **Nivel de información adquirida:**

Definición conceptual: información y/o instrucción que el sujeto logra adquirir luego de un proceso educativo al que es sometido.

Definición operacional: información y/o instrucción que el sujeto logra adquirir luego de un proceso educativo al que es sometido. Se evalúa mediante una encuesta donde se incluyen preguntas sobre alimentos fuentes de hidratos de carbono, proteínas, grasas y las principales enfermedades secundarias a la obesidad, las mismas son de tipo

multiple choice con 10 opciones siendo 5 de las mismas las correctas. El nivel de conocimientos se clasificará como sin conocimiento cuando no marque ninguna respuesta correcta y/o no pueda responderla, muy malo si marca una opción correcta, malo si responde 2, regular con 3 opciones, bueno con 4 respuestas positivas y muy bueno con 5 respuestas correctas.

### **Entrega de módulos alimentarios y ticket alimentarios:**

Definición conceptual: cumplimiento en la entrega de la caja alimentaria y tickets para la compra de alimentos que una familia debe recibir mensualmente.

Definición operacional: cumplimiento en la entrega la de caja alimentaria y tickets para la compra de alimentos que una familia bajo el PACF debe recibir mensualmente. Los datos se obtienen a través de la encuesta alimentaria realizada por un encuestador en forma personal y domiciliaria a la jefa de familia.

#### **❖ Frecuencia de entrega:**

Definición conceptual: intervalo de tiempo transcurrido entre dos entregas de un producto determinado.

Definición operacional: intervalo de tiempo transcurrido entre dos entregas del módulo alimentario y el Vale Comer en Familia. Los datos se obtienen a través de la encuesta alimentaria realizada por un encuestador en forma personal y domiciliaria a la jefa de familia.

### **Autosustento:**

Definición conceptual: forma en que una familia produce alimentos para su propio consumo.

Definición operacional: forma en que una familia produce alimentos para su propio consumo fomentado por el programa alimentario Comer en Familia. Los datos se obtienen a través de la encuesta alimentaria realizada por un encuestador en forma personal y domiciliaria a la jefa de familia.

#### **❖ Entrega de semillas:**

Definición conceptual: distribución de semillas por parte de un organismo oficial a las familias para la realización de granjas o huertas.

Definición operacional: distribución de semillas por parte del programa PROHUERTA a las familias bajo PACF para la realización de granjas o huertas. Los datos se obtienen a través de la encuesta alimentaria realizada por un encuestador en forma personal y domiciliaria a la jefa de familia.



**❖ Asistencia técnica:**

Definición conceptual: capacitación brindada a las familias por personal idóneo para la realización de huertas y/o granjas.

Definición operacional: capacitación brindada a las familias del PACF por los promotores de huertas familiares, coordinadores del PROHUERTA y/o referentes técnicos del Ministerio de la Producción para la realización de huertas y granjas. Los datos se obtienen a través de la encuesta alimentaria realizada por un encuestador en forma personal y domiciliaria a la jefa de familia.

**Capacidad de compra de ticket:**

Definición conceptual: cantidad de alimentos que se pueden comprar con cada ticket entregado por el programa en relación a sus metas nutricionales.

Definición operacional: cantidad de alimentos que se pueden comprar en la localidad de General Conesa con cada ticket entregado por el PACF en relación a sus metas nutricionales.

**❖ Costo de la canasta básica de alimentos:**

Definición conceptual: costo mensual de los alimentos necesarios para cubrir los requerimientos normativos de energía y proteínas de un hombre adulto entre 30 y 59 años de actividad moderada. Para el cálculo del resto de las unidades consumidoras de una familia en términos del adulto equivalente, se utiliza la tabla de equivalencias de las necesidades energéticas (ver cuadro N°:1). Los alimentos y cantidades que la componen (ver cuadro N°:2) se seleccionaron a partir de la información provista por la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares establecido en función de los hábitos de consumo de la población. Los precios son relevados por el Índice de precios al consumidor (IPC) en la provincia de Bs. As y publicados por el INDEC.

Definición operacional: costo mensual de los alimentos necesarios para cubrir los requerimientos normativos de energía y proteínas de un hombre adulto entre 30 y 59 años de actividad moderada. Para el cálculo del resto de las unidades consumidoras que constituyen una familia en términos del adulto equivalente, se utiliza la tabla de equivalencias de las necesidades energéticas (ver tabla N°:1). Los alimentos y cantidades que la conforman se seleccionaron a partir de la información provista por la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares determinado en función de los hábitos de consumo de la población (ver tabla N°:2). Los precios son relevados en los comercios de la localidad de General Conesa utilizando la misma composición y metodología de la CBA oficial. Para determinar la capacidad de compra de los tickets entregados por el PACF se compara el precio final de la CBA local con el número de unidades consumidoras que integran el núcleo familiar bajo el mismo programa.

Tabla Nº: 1 Equivalencias

Edad	Sexo	RDA de Kcal.	Unidades consumidoras por adulto equivalente
Menor de un año	Ambos	880	0,33
1 año		1.170	0,43
2 años		1.360	0,50
3 años		1.500	0,56
4 a 6 años		1.710	0,63
7 a 9 años		1.950	0,72
10 a 12 años	Varones	2.230	0,83
13 a 15 años		2.580	0,96
16 a 17 años		2.840	1,05
10 a 12 años	Mujeres	1.980	0,73
13 a 15 años		2.140	0,79
16 a 17 años		2.140	0,79
18-29 años	Varones	2.860	0,82
<b>30-59 años</b>		<b>2.700</b>	<b>1,00</b>
60 y + años		2.210	1,06
18-29 años	Mujeres	2.000	0,74
30-59 años		2.000	0,74
60 y + años		1.730	0,64

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)



**Tabla N° 2: Composición de la canasta básica de alimentos del adulto equivalente (mensual)**

Componente	Gramos	Especificaciones
Leche	7.950	
Queso	270	Fresco Crema Cuartirolo De rallar
Huevos	630	
carnes	6.270	Asado Carnaza Carné picada Cuadril Falda con hueso Nalga Paleta Pollo
hortalizas	3.930	Acelga Cebolla Lechuga Tomate Zanahoria Zapallo Tomate en lata
Papa	7.50	
Batata	690	
Frutas	4.020	banana mandarina naranja manzana
Harina de trigo	1.020	
Otras harinas (maíz)	210	
Arroz	630	
Fideos	1.290	
Legumbres secas	240	Lentejas Porotos Arvejas
Otras harinas (maíz)	<b>210</b>	
Azúcar	1.440	
Dulces	240	De leche De batata Mermeladas
Aceite	1.200	Mezcla
Bebidas edulcoradas	4.050	Jugos sin diluir/ gaseosas
Bebidas gaseosas s/edulcorar	3.450	Soda
Sal fina	150	
Sal gruesa	90	
Vinagre	90	
Café	60	
Té	60	
Yerba	600	

Fuente: Idem

Para valorar el estado nutricional de las personas bajo el programa Comer en Familia, implementado en la localidad de General Conesa, se realiza una evaluación antropométrica a través de mediciones transversales<sup>5</sup>, donde se tienen en cuenta las siguientes variables: sexo, edad, peso, talla y/o longitud corporal. En los niños de 0 a 6 años se utilizan los indicadores peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla, mediciones tomadas por el personal de la sala sanitaria Padre Juan. Los datos se extraen de sus historias clínicas y se comparan con las tablas nacionales elaboradas por el Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud, utilizadas por la misma institución. Los escolares y adolescente son evaluados a través de los índices peso para la edad, talla para la edad, los que se interpretan con las tablas nacionales de la Sociedad Argentina de Pediatría, y con el IMC para la edad teniendo en cuenta la clasificación de la tabla realizadas por Cole. T.J. del Internacional Obesity Task Force. En la población adulta se determina el IMC utilizando para su diagnóstico nutricional la clasificación de la OMS.

La evaluación antropométrica de los escolares, adolescentes y adultos es realizada a través de este estudio en el centro comunitario Manos Solidarias. Con los datos recolectados se efectúa una evaluación antropométrica de tipo transversal a través de las gráficas percentilares del IMC para la edad, peso para la talla, talla para la edad, peso para la edad. Los percentilos establecen la posición que ocupa un individuo con respecto a la población de referencia, esto nos permite definir si la persona se encuentra en una situación armónica, deficitaria, de exceso o de riesgo nutricional.

Para evaluar el grado de efectividad de la prestación alimentaria conformada por la entrega de módulos y tickets alimentarios y educación alimentaria se emplea una encuesta efectuada por un encuestador en forma personal y domiciliaria a cada jefa de familia, la misma tiene una duración aproximada de 20 minutos. Con esta metodología de esta manera también se pueden relevar los datos personales tanto de la madre y de la composición familiar para poder estimar el costo de la canasta básica de alimentos y estimar la capacidad de compra de los ticket alimentarios según el número de integrantes.

La encuesta que se emplea es de tipo estructurada, usando un conjunto de preguntas previamente redactadas cuyo orden también se predeterminó de manera tal que todas las encuestas que forman parte de la investigación se realicen teóricamente en forma idéntica. De este modo los interrogantes son comparables y la variabilidad

---

<sup>5</sup> Medición Transversal: permite medir en un sujeto el tamaño alcanzado a determinada edad.



entre los sujetos puede atribuirse a variaciones reales en las respuestas y no al instrumento utilizado.

Las preguntas e ítems que se incluyen en el cuestionario son la expresión de las variables que se analizan y que pueden ser clasificadas de diversas maneras. De acuerdo al tipo de interrogaciones que admiten, fueron utilizadas algunas preguntas cerradas donde algunas permiten solo dos respuestas y otras en las cuales el encuestado debe escoger entre una serie de posibles alternativas como contestación. Para resguardar aspectos éticos de la investigación se implementa un consentimiento informado que se detalla a continuación:

Nombre de la evaluación: Programa Alimentario Comer en Familia: efectividad en sus prestaciones alimentarias y evaluación nutricional.

Se me ha invitado a participar de la siguiente evaluación explicándome que consiste en la realización de una encuesta y evaluación nutricional, la misma servirá de base a la presentación de la tesis de grado sobre el tema arriba enunciado, que será presentado por la Srta. María Gabriela Fernández, estudiante de la carrera Lic. En Nutrición de la Facultad de ciencias de la Salud de la Universidad FASTA. Dicha encuesta consiste en una entrevista en la que me realizaran una serie de preguntas y me tomaran la talla y el peso con una duración aproximada de 20 minutos. La misma no provocará ningún efecto adverso hacia mi persona, ni implicará algún gasto económico, pero contribuirá en la determinación del perfil nutricional y el grado de información sobre alimentación de las personas bajo el programa Comer en Familia ya que el fin de este estudio es analizar los datos que se obtengan y proponer líneas de acción. Los resultados que se obtengan serán manejados en forma anónima. La firma de este consentimiento no significa la pérdida de ninguno de los derechos que legalmente me corresponden como sujeto de la investigación, de acuerdo a las leyes vigentes en la Argentina.

Yo.....he recibido de la estudiante de nutrición la Srta. María Gabriela Fernández información clara y decido en mi plena satisfacción participar voluntariamente de la entrevista, pudiendo abandonar la evaluación en cualquier momento sin que ello repercuta en las prestaciones del programa Comer en Familia.

Firma del entrevistado: Aclaración:.....

Firma del testigo: Aclaración:.....

Firma del estudiante: Aclaración:.....

**Encuesta de prestación alimentaria:**

**Datos del encuestado:**

Nombre:.....

Edad:.....

Sexo:.....

Nivel de escolaridad.....

Composición familiar:

Edad	Sexo

**Cuestionario:**

1- Cada cuanto tiempo recibe los módulos alimentarios y los tickets para la compra de alimentos?:

- Cada mes
- Cada mes y medio
- Cada 2 meses
- Cada tres meses.

2- De los alimentos que recibe normalmente; hay alguno en particular que no consuma?

- SI                     Cuál es?.....
- NO

3- Por qué?

- No le gusta el sabor
- No le gusta a sus hijos
- No sabe como cocinarlos
- No sabe como combinarlos
- No esta acostumbrada a consumirlos

4- Cambiaría alguno de los alimentos de los que recibe por otro?

- SI      → Por cuál?.....
- Por qué?.....
- NO

5- Ha participado de las capacitaciones que se han realizado para conocer como preparar y combinar los alimentos del módulo?

- SI
- NO      → Por qué?.....

6- A cuantas capacitaciones ha asistido?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Más de 4

7-Cuál fue la modalidad de la capacitación?

- Charlas
- Talleres prácticos.
- Entrega de Recetarios
- Otros

8-Cuál fue el tema de la última capacitación?

.....

9- Aplicó los conocimientos obtenidos?

- SI      → En qué situación?.....
- NO      → Por qué?.....

10- Para usted que alimentos son fuente de hidratos de carbono?

- Fideos                      Verduras
- Leche                        Polenta
- Pan                            Carne
- Frutas                        Papas
- Chocolate                  Galletitas

11- Para usted que alimentos son fuente de proteínas?

- Porotos                      Carne
- Huevo                        Arroz
- Frutas                        Pollo
- Lentejas                     Remolacha
- Pescado                     Queso

12- Que alimentos considera que son fuentes grasas?

- Aceite                        Margarina
- Carne                        Crema de leche
- Manteca                     Cereales
- Huevo                        Galletitas
- Pollo                         Facturas

13- Sabe que enfermedades están asociadas a la obesidad?

- Hipertensión arterial.                      Dificultades respiratorias
- Diabetes.                                      Hepatitis
- Enfermedades renales.                     Anemia
- Alteraciones en la piel                     Problemas en el corazón
- Problemas en la vista                        Alteraciones músculo-esqueléticas

14- En su casa tiene alguna huerta o granja?

- SI
- NO

15- Con que agua riega la huerta?

- De red
- De pozo
- Otras

16- Recibió semillas para producir alimentos por parte del PACF?

- SI
- NO                      Por qué?.....



17- Qué semillas recibo para realizar la huerta?

.....  
.....  
.....

18- Recibió Asistencia Técnica para manipular las semillas recibidas?

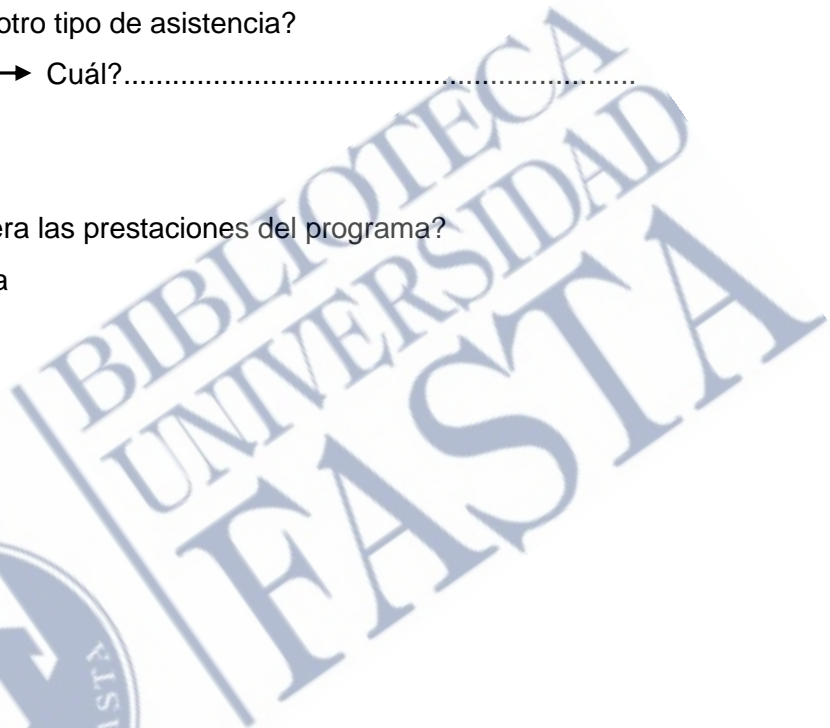
- SI →Cuál fue?.....
- NO

19- Recibe algún otro tipo de asistencia?

- SI →Cuál?.....
- NO

20- Cómo considera las prestaciones del programa?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala



# Análisis de Datos



La presente investigación se plantea con la finalidad de evaluar las prestaciones alimentarias y el estado nutricional de las personas que reciben el programa alimentario Comer en Familia en la localidad de General Conesa (R.N) a través de una evaluación antropométrica realizada a toda la población receptora y mediante una encuesta efectuada a las jefas de familia. Los datos obtenidos son examinados con el software XLSTAT.2009.4.05, y las relaciones entre las variables son analizadas con la prueba del chi-cuadrado<sup>1</sup>.

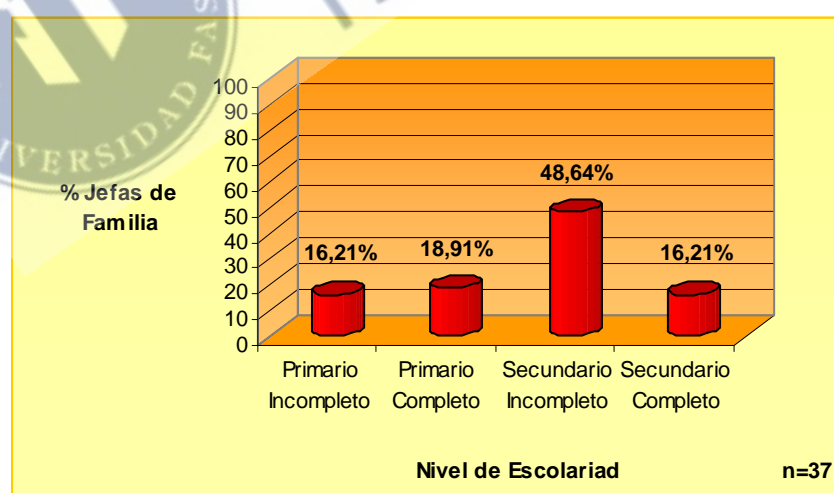
Al evaluar el grado de instrucción de las 37 jefas de familia entrevistadas, podemos concluir que un alto porcentaje de la población tiene un bajo nivel de escolaridad ya que un 35.12% está entre la categoría con primario incompleto y completo; el 48.6% tiene el secundario incompleto, mientras que sólo un 16.21% cuenta con el secundario completo.

**Tabla Nº 1 Escolaridad de las Jefas de Familia**

Nivel académico	n	%
Primario Incompleto	6	16.21
Primario Completo	7	18.91
Secundario Incompleto	18	48.64
Secundario Completo	6	16.21
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico Nº 1 Distribución porcentual de las jefas de familias según el nivel de instrucción. General Conesa 2009**

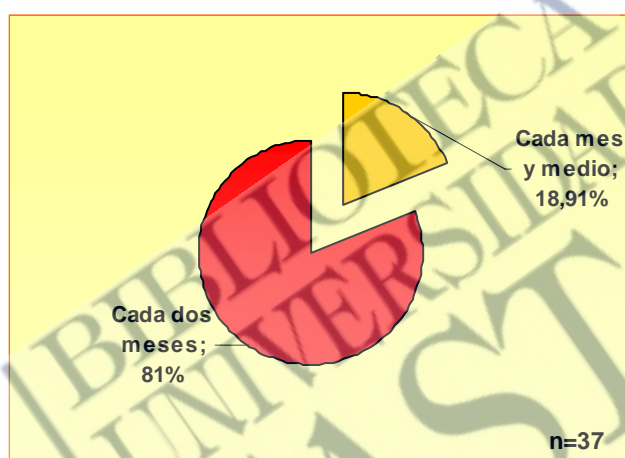


Fuente: Elaboración propia.

<sup>1</sup>La prueba de chi-cuadrado es considerada como una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica (bondad de ajuste), indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas, de haberlas, se deben al azar. También se utiliza para probar la independencia de dos muestras entre sí, mediante la presentación de los datos en tablas de contingencia.

La entrega de los módulos alimentarios y los tickets para la compra de alimentos debe realizarse mensualmente. Al consultar a las jefas de familia cada cuanto tiempo reciben los módulos alimentarios y tickets para la compra de alimentos el total de las mismas indica no recibir la caja alimentaria desde el mes de noviembre del 2008. Con respecto a los tickets el 18.91% expresa que lo reciben cada mes y medio mientras que un 81.08% indica recibirlo cada dos meses.

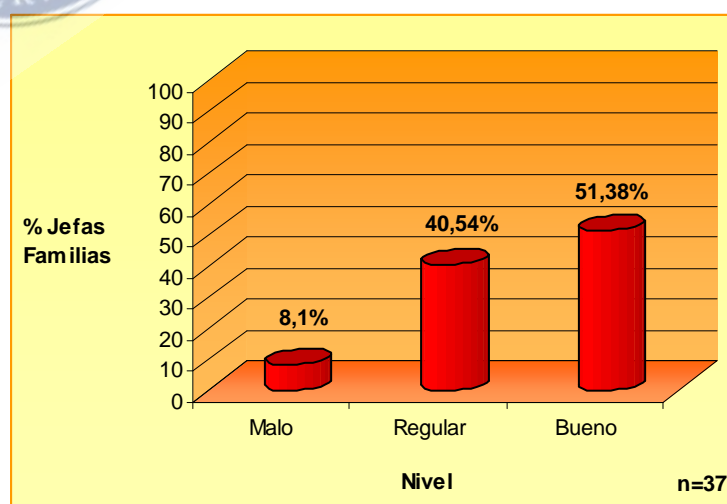
**Gráfico N° 2 Frecuencia de entrega en las prestaciones alimentarias. General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la calificación asignada por las jefas de familia a las prestaciones alimentarias entregadas por el programa, el 8.10% indica tener un nivel malo, el 40.54% un nivel regular mientras que un 51.35% indica que cuenta con un nivel bueno.

**Gráfico N° 3 Distribución porcentual de las jefas de familia según la calificación asignada. General Conesa 2009**

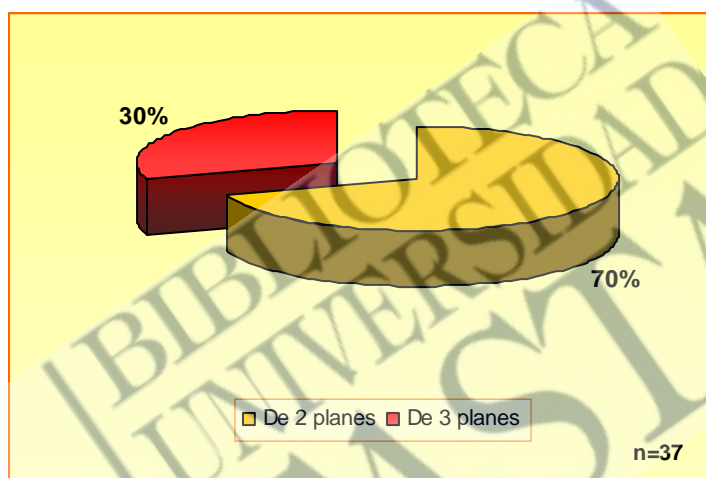


Fuente: Elaboración propia.



En cuanto a la asistencia social brindada por la Secretaria de Desarrollo Social se puede observar que el 45.95% indica no recibir otro tipo de programa asistencial mientras que el 54.05% de las familias reciben alguna otra ayuda además del programa alimentario Comer en Familia, entre los que se pueden destacar el programa Comedores Escolares, Jefas y Jefes de Familia, y el PEÑI destinado a mujeres embarazadas y/o madres con niños de hasta 5 años.

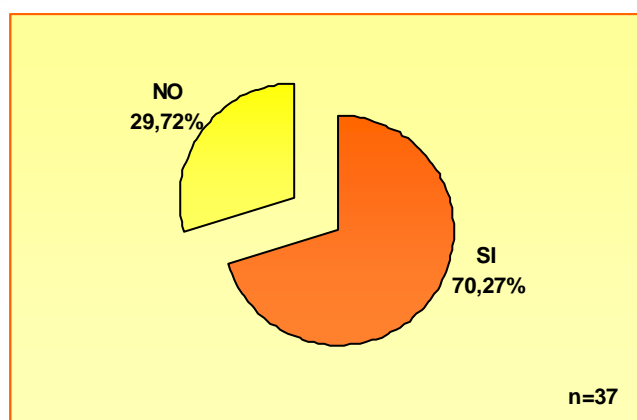
**Gráfico N° 4 Recepción de planes sociales simultáneos  
General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

Al preguntar a las jefas de familia sobre su participación en las capacitaciones sobre alimentación y/o preparación de alimentos que brinda el programa Comer en Familia, se puede destacar una alta concurrencia a las mismas ya que el 70% nos confirma haber asistido a ellas mientras que un 30% no ha participado.

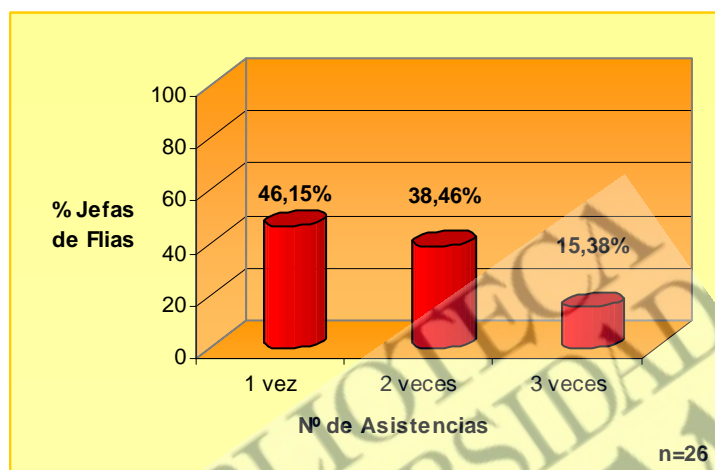
**Gráfico N° 5 Asistencia a Capacitaciones  
General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

De las 26 jefas de familia que han concurrido a alguna de las capacitaciones un 46.15% indica haber asistido una vez, un 38.46% dos veces y un 15.38% 3 veces.

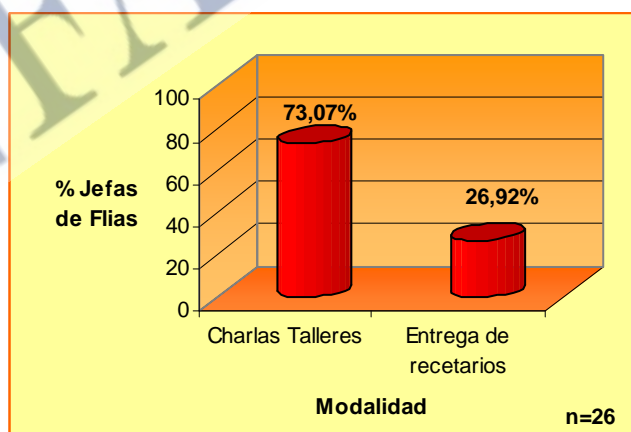
**Gráfico N° 6 Distribución porcentual de las jefas de familia según el número de asistencias. General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

Se consulta además por la modalidad de las capacitaciones a las 26 de las jefas de familia que confirmaron su participación en algún tipo de capacitación, ellas indican haber recibido información a través de talleres y charlas en un 73.07% mientras que un 26.92% mediante entregas de recetarios. El total de las mismas expresa haber recibido información por las promotoras del programa quien si bien esta

**Gráfico N° 7 Distribución porcentual de las jefas de familias según la modalidad de capacitación General Conesa 2009**

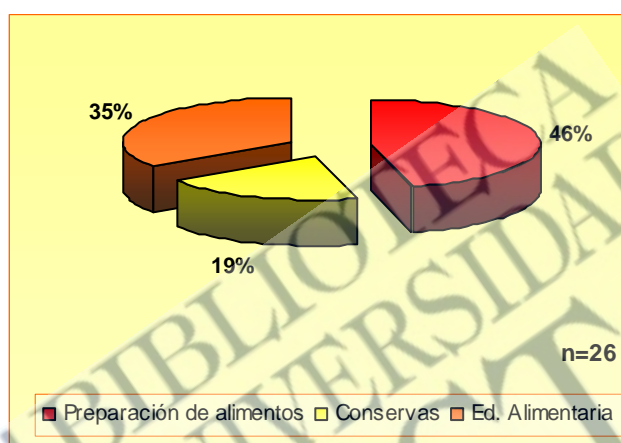


Fuente: Elaboración propia.

informada sobre los temas a tratar no es directamente una profesional en Nutrición.

Respecto a los temas tratados y/o información recibida mediante las capacitaciones a las 26 jefas de familias que confirmaron su asistencia el 46.15% expresa haber recibido información sobre preparación de alimentos, un 19.23% sobre realización de conservas, mientras que el 34.61% restante indica haber asistido a capacitaciones sobre educación alimentaria.

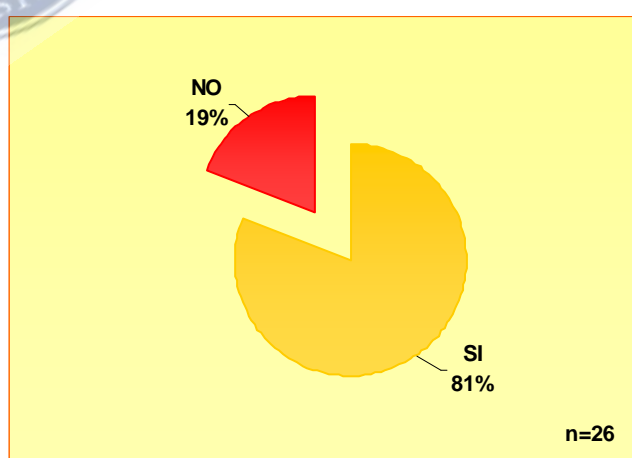
**Gráfico N° 8 Temas tratados en las capacitaciones  
General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia

Se puede observar una alta utilidad de las capacitaciones recibidas sobre alimentación y/o preparación de alimentos manifestada por las jefas de familia que han concurrido a las mismas, el 73.07% las ha considerado útiles mientras que un 26.92% contesta negativamente.

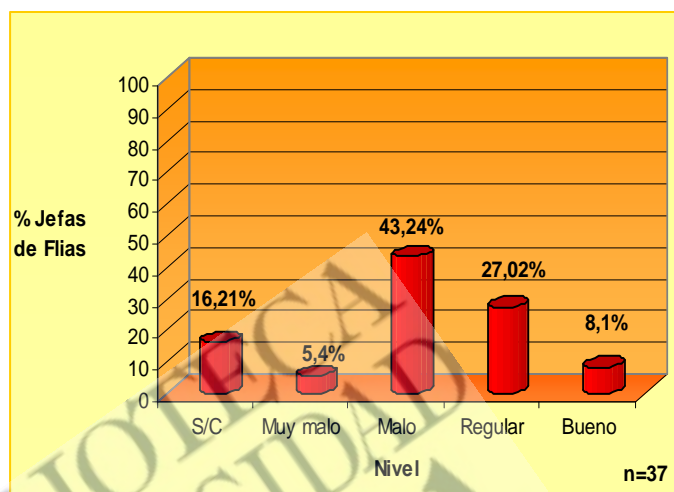
**Gráfico N°: 9 Utilidad de las capacitaciones recibidas  
General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

Al consultar al total de las jefas de familia sobre los alimentos fuentes de hidratos de carbono y en base a sus respuestas se puede concluir que el 5.40% tiene un nivel de información muy malo, el 43.24% un nivel malo, el 27.02% un nivel regular y el 8.10% un nivel bueno mientras que el 16.21% restante opta por no contestar la pregunta expresando no tener información sobre las mismas.

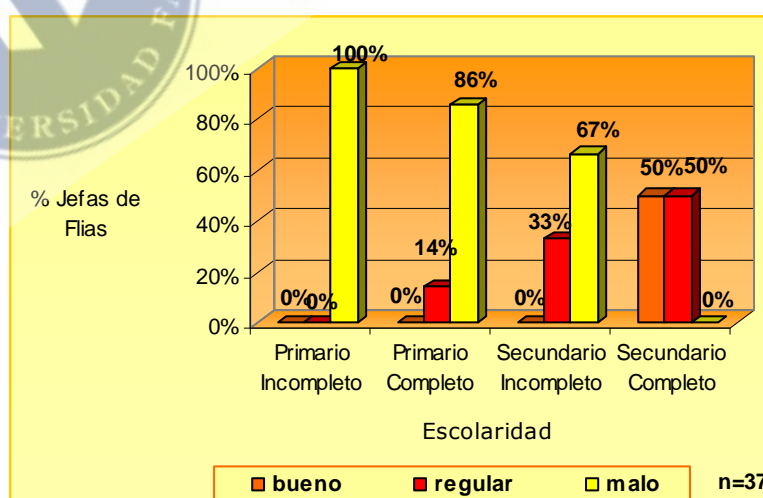
**Gráfico N° 10 Distribución porcentual de las jefas de familias según el nivel de información sobre Hidratos de Carbono. General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente gráfico se puede observar que el nivel de información de alimentos fuentes de hidratos de carbono va aumentando conforme aumenta el nivel de instrucción de las jefas de familia encontrando los mayores niveles de información en las personas con secundario completo (ver resultado de la prueba chi-cuadrado en anexo n°:2)

**Gráfico N° 11 Relación entre el nivel de información sobre HC y el nivel de instrucción. General Conesa 2009**

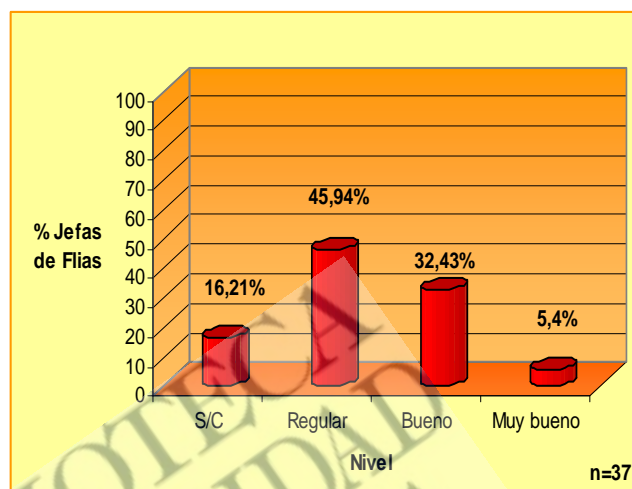


Fuente: Elaboración propia.



Respecto al nivel de información de las jefas de familia sobre los alimentos fuentes de proteínas se puede observar que el nivel en general mejora en forma considerable. En este grupo se parte de un nivel de información regular que concentra al 45.94% de la población. Esta mejoría se ve reflejada en la categoría de la información buena y muy buena que presentan los mayores valores encontrado en la totalidad de las preguntas que se realizaron

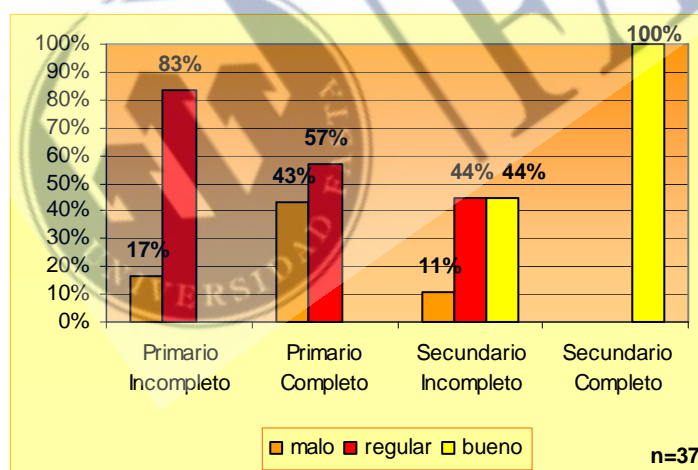
**Gráfico N° 12 Distribución porcentual de las jefas de familia según el nivel de información sobre Proteínas. General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia

sobre alimentación. A su vez el 16.21% que opta por no contestar la pregunta refiriendo no conocer en que alimentos se encontraban se mantiene constante.

**Gráfico N° 13 Relación entre el nivel de información sobre proteínas y el nivel de escolaridad General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia

disminuye proporcionalmente se ve aumentado el nivel de escolaridad y si bien el grado de información bueno se concentra en las personas con el nivel de instrucción mínimo completo, el 44% de las jefas de familia con el secundario incompleto también se encuentra dentro de esta categoría. (ver prueba de chi-cuadrado en el anexo n°:3)

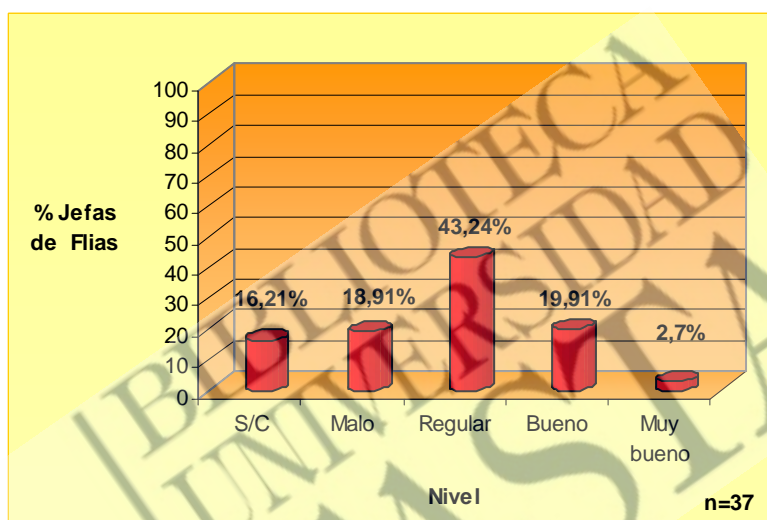
En cuanto a la relación entre la clase de información y el grado de escolaridad encontramos que el nivel de información malo y regular se concentra en mayor proporción en las jefas de familia que tienen un primario incompleto y completo.

El nivel de información regular

Respecto al nivel de información sobre los alimentos fuentes de grasas se puede concluir que entre la población prevalece un nivel regular, el cual demuestra que el

43.24% de la misma puede identificar correctamente como mínimo 3 alimentos fuentes de grasas. Hay una similitud entre las categorías malo y bueno con un valor del 19% mientras que solo un 2.7% posee un nivel óptimo de información. A su vez el porcentaje de personas que opta por no contestar la pregunta refiriendo no tener información sobre la misma se mantiene constante.

**Gráfico Nº 14 Distribución porcentual de las jefas de familias según el nivel de información sobre Grasas. General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

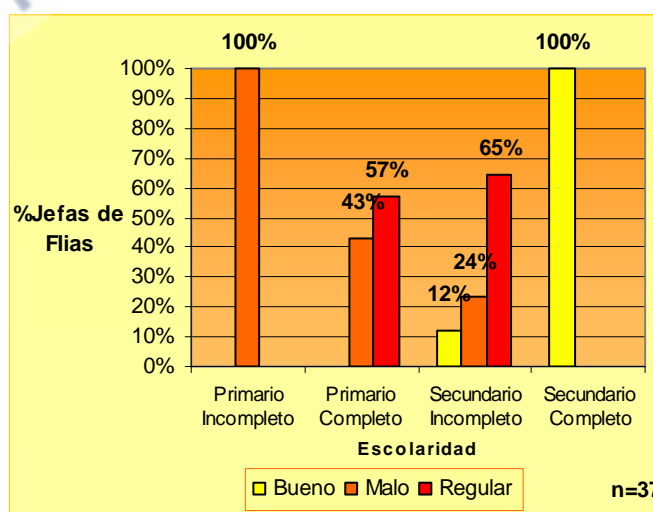
Todas las personas con el primario incompleto presentan un nivel de información malo, en contraposición a las jefas de familias con el secundario completo las cuales poseen una buena noción.

Si bien el nivel malo y regular se agrupa en las personas con el primario completo y el secundario incompleto, este último grupo concentra mayores niveles de información.

(Ver prueba de chi-cuadro en el anexo nº:4)

Al consultar sobre las principales enfermedades

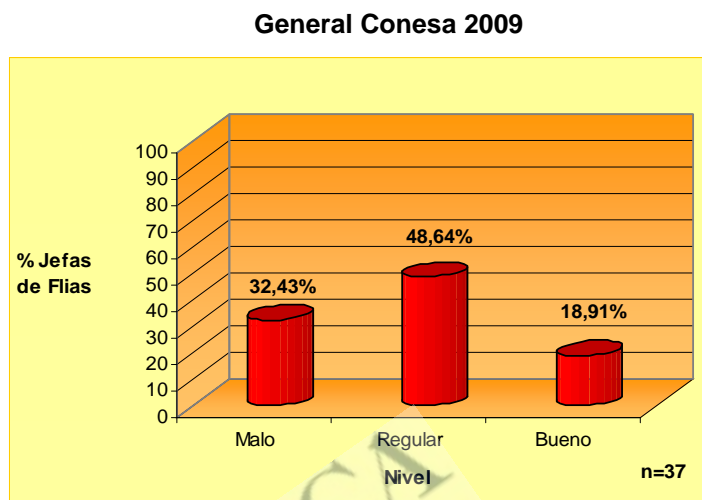
**Gráfico Nº:15 Relación entre el nivel de información sobre grasas y el nivel de escolaridad General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico Nº 16 Distribución porcentual de las jefas de familia según el nivel de información sobre Obesidad**

asociadas a la obesidad se se debe destacar que la totalidad de las jefas de familia pueden responder dicha pregunta. Sin bien hay un alto porcentaje que tiene un nivel de información malo, cabe destacar que casi el 50% de la población cuenta con un nivel de información regular.

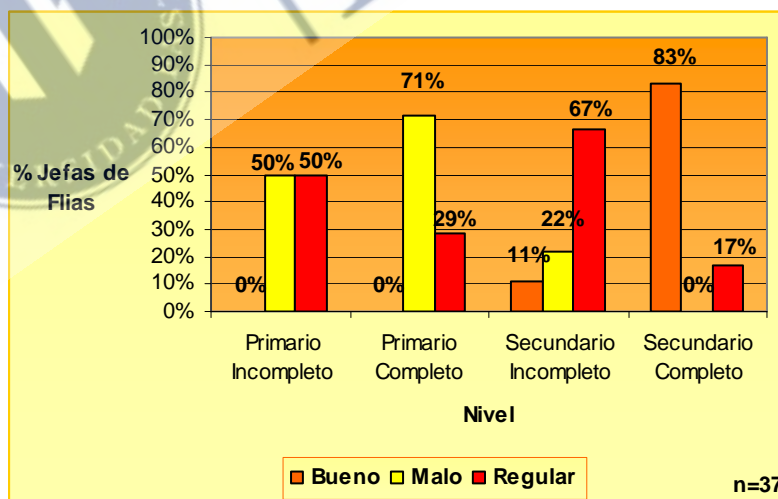


Fuente: Elaboración propia.

Solo el 18.91% puede identificar cuatro patologías asociadas a la obesidad lo que representa un nivel de información bueno.

En el siguiente grafico se puede observar que el nivel malo de conocimientos se distribuye entre las personas con el primario incompleto-completo y con el secundario incompleto, sin embargo el mismo disminuye considerablemente en el grupo con mayor escolaridad. A su vez el mayor nivel de información predomina en las jefas de familias con el nivel educación mínima obligatoria completo. (Ver prueba de chi-cuadrado en anexo nº:5)

**Gráfico Nº 17 Relación entre el nivel de información sobre obesidad y el nivel de escolaridad. General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

En general se encuentra que la población receptora del programa tiene un nivel de información sobre los alimentos fuentes de hidratos de carbono, proteínas, grasa y de enfermedades secundarias a la obesidad que predomina entre un nivel malo y regular. Entre ellos se puede destacar el alto porcentaje de jefas de familias que no pueden identificar los alimentos fuente de hidratos de carbono, si bien ellos son la principal base en la alimentación de las familias del primer y segundo quintil de la población, el 64.85% no puede identificarlos correctamente. En el resto de los grupos el nivel de información se concentra en el nivel regular asumiendo un valor de aproximadamente 45%. Los alimentos fuentes de proteínas son los mejores reconocidos por las jefas de familias ya que esta categoría no posee un nivel malo y a su vez reúne al 37.83% de las entrevistadas en un nivel bueno de información. En cuanto a las patologías secundarias a la obesidad se puede destacar que el nivel regular que concentra el mayor porcentaje de personas, las patologías más identificadas fueron: problemas del corazón, hipertensión arterial y diabetes.

**Tabla N°: 4 Niveles de Información.**

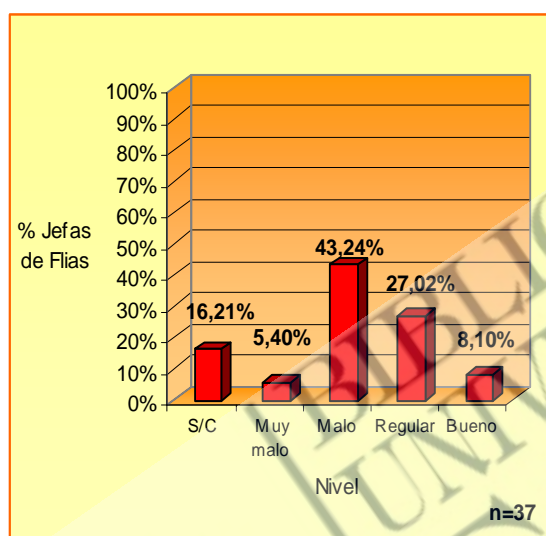
<b>Conocimiento</b>	<b>HC</b>	<b>Proteínas</b>	<b>Grasas</b>	<b>Obesidad</b>
S/C	16.21%	16.21%	16.21%	0
Muy malo	5.4%	0	0	0
Malo	43.24%	0	18.91%	32.43%
Regular	27.02%	45.94%	43.24%	48.64%
Bueno	8.1%	32.43%	19.91%	18.91%
Muy bueno	0	5.4%	2.7%	0
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.



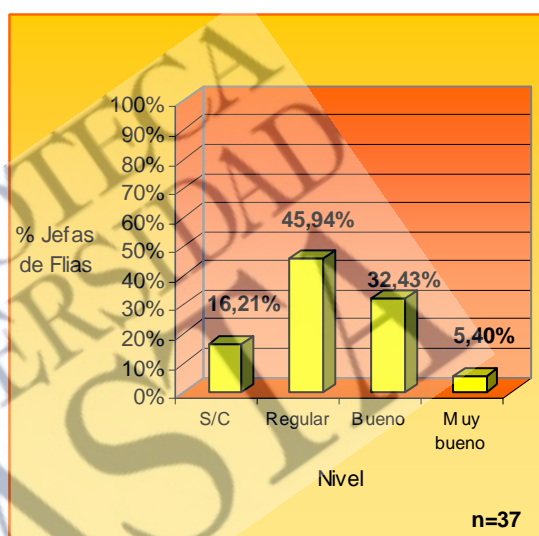
A su vez podemos afirmar que se encuentra una relación directamente proporcional entre el nivel de información y el grado de escolaridad, ya que el mismo va mejorando conforme aumenta el grado de instrucción formal, concentrándose los mejores niveles de información en las personas con un grado de escolaridad mayor (ver prueba de chi-cuadrado en anexo 2-3-4-5).

**Gráfico N° 18 Distribución porcentual de las jefas de familia según su nivel de información sobre H. C. General Conesa 2009**



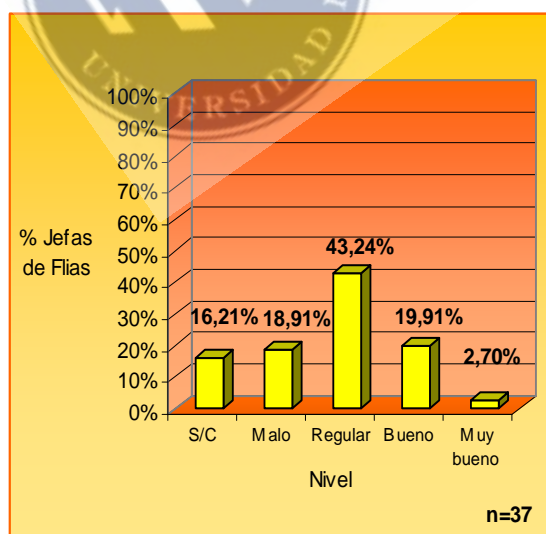
Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N° 19 Distribución porcentual de las jefas de familia según su nivel de información sobre Proteínas General Conesa 2009**



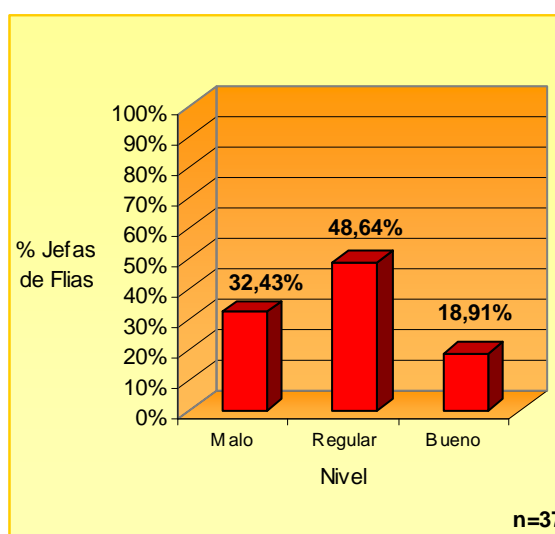
Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N° 20 Distribución porcentual de las jefas de familia según su nivel de información sobre Grasas. General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

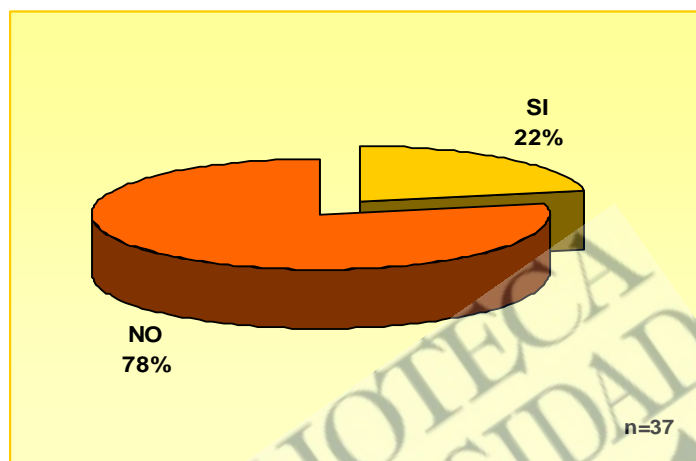
**Gráfico N° 21 Distribución porcentual de las jefas de familia según su nivel de información sobre Obesidad General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

Respecto al desarrollo de huertas familiares, al consultar a las jefas de familia cuantas de ellas posee una huerta en sus casas, el 21.62% responde en forma positiva mientras que el 78.37% lo hace negativamente.

**Gráfico N° 22 Desarrollo de Huerta. General Conesa 2009**

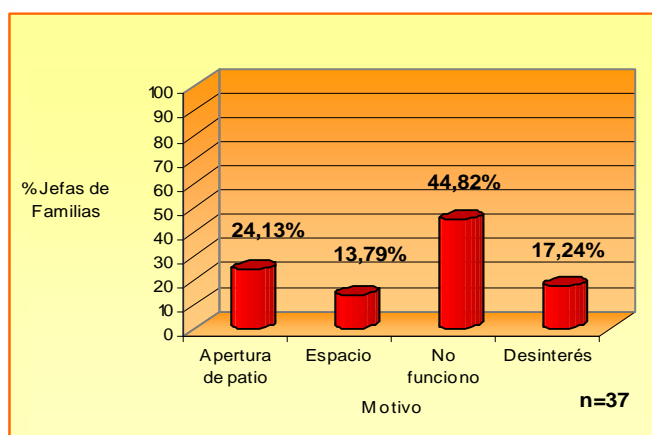


Fuente: Elaboración propia.

De las 6 jefas de familia que afirmaron tener una huerta en sus domicilios el 66.66% indica que cuenta con agua de red para regarlas, mientras que un 33.33% responde que riega con agua de pozo, al indagar por su domicilio este grupo refiriere vivir en una zona rural.

A su vez se le pregunta a las jefas de familias que no desarrollan emprendimientos de autosustento cuales son las causas de ello, el 24.13 % indica que sus patios no cuentan con el cercamiento necesario para desarrollarla, el 13.79% por no tener el espacio correspondiente, un 44.82% expresa haber cultivado las plantas recibidas por el programa pero sin tener éxito mientras que el 17.24% restante indica no estar interesado en tener una huerta.

**Gráfico N° 23 Distribución porcentual de las jefas de familia según las causas de no tener huerta. General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

Se consulta al total de las jefas de familia sobre la recepción de semillas y/o plantas, en base a sus respuestas se puede concluir que las personas que no poseen huerta las reciben en mayor proporción a aquellas que si realizan esta actividad.

**Tabla Nº 5 Distribución de semillas- plantas**

	NO	SI	Total
Sin huerta	33%	67%	100%
Huerta	44%	56%	100%
Total	36%	64%	100%

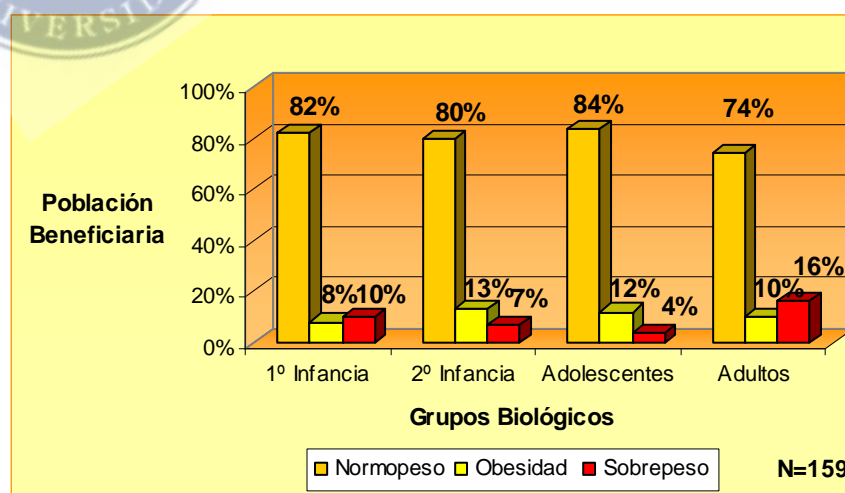
Fuente: Elaboración propia.

n=37

Al total de las personas que confirmaron la recepción de semillas y/ o plantas para la realización de huertas en sus hogares se les consulta si han recibido asistencia técnica por parte de algún organismo oficial, el 100% de las jefas de familia contesta negativamente.

Se realiza una evaluación antropométrica a toda la población receptora del programa Comer en Familia para evaluar su estado nutricional, si bien los resultados muestran una similitud con los últimos datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, se puede destacar que hay un leve aumento en el porcentaje de sobrepeso y obesidad en los grupos biológicos de la primera y segunda infancia. A su vez se puede observar que en el grupo de los adultos el sobrepeso tiende a predominar en las mujeres mientras que en los hombres se encuentra una obesidad mas acentuada. (Ver anexo nº:6)

**Gráfico Nº 24 Distribución porcentual de la población receptora del programa Comer en Familia según su Estado Nutricional. General Conesa 2009**



Fuente: Elaboración propia.

# Conclusiones





Los resultados obtenidos en relación a las prestaciones alimentarias del programa Comer en Familia demuestran que en general la población que lo recibe está conforme ya que la misma lo califica con un nivel bueno en el 51.38% de los casos y un 40.54% como regular. Sin embargo la frecuencia de entrega de módulos y tickets alimentarios demuestran que ninguna jefa de familia ha recibido la caja alimentaria desde el mes noviembre del año 2008 y en relación a la frecuencia de entrega de los tickets el 80% confirma recibirlo en forma bimestral mientras que un 20% indica recibirlo cada mes y medio.

La Secretaria de Acción Social atribuye que el incumplimiento en la entrega de cajas alimentarias se debe a una etapa de transición que tiene por objetivo la confección de tarjetas magnéticas para que en el futuro la población receptora del programa tenga mayor libertad de compra. Sin embargo este período de transición en donde falla la entrega de los módulos debería de compensarse con el aumento en el dinero que las familias reciben a través de los vales, ya que el programa en sus objetivos alimentarios tiene como meta cubrir el 20% de las recomendaciones nutricionales del grupo familiar, objetivo al cual es difícil de llegar con el monto de dinero que actualmente están recibiendo. Otra particularidad a destacar es que la población no tiene conocimientos de todas las prestaciones que se formulan en el programa y por esta razón se transforma en un receptor pasivo de sus derechos. Que no reclama porque no sabe y que no participa por no tener un sentido de pertenencia, se debe tener en cuenta que cuando se sustituye la pasividad por la participación, se da a los participantes la oportunidad de ampliar sus conocimientos y perfeccionar su competencia.

Una forma de medir el impacto de la Seguridad Alimentaria es por medio del análisis de su contribución en relación a los gastos alimentarios corrientes al ingreso familiar o alguna referencia como por ejemplo el costo de la canasta básica de alimentos. Para ello se tomó el costo minorista de los alimentos que distribuye el programa 149\$<sup>1</sup>, según sus propias normas de frecuencia de entrega. Este monto representó en el mes de mayo del corriente año el 16.80% del valor de la línea de la indigencia o costo de la canasta básica de alimentos de la localidad<sup>2</sup> (ver anexo n:1), pero si al mismo se le restan el precio de la caja y los genéricos que no so entregados solo alcanza a representar un 8% del valor de la canasta básica. Podemos concluir que hay un desencuentro entre los objetivos del programa alimentario Comer en Familia como en la mayoría de los planes alimentarios actuales que tienen como

<sup>1</sup> Costo publicado en la página oficial del Ministerio Provincial de Familia.

<sup>2</sup> Canasta Básica de alimentos calculada en el mes de junio en la localidad de General Conesa según las normas del INDEC.

objetivo superior prevenir, reducir o eliminar la desnutrición de los grupos considerados más vulnerables (niños, embarazadas, ancianos, etc.). Sin embargo, el aporte nutricional estimado por beneficiario (alrededor del 30% de las recomendaciones calóricas diarias), la dilución intrafamiliar de los alimentos, independientemente de quien sea el destinatario, y los mecanismos de monitoreo centrados en cantidad de alimentos entregados y/o población cubierta hacen que estos objetivos sean inalcanzables o -cuanto menos- imposibles de evaluar. Es decir, resulta demasiado exigente establecer metas nutricionales para programas alimentarios del tipo de los implementados en nuestro país. Este aspecto que puede resultar totalmente secundario, resulta central a la hora de evaluar el impacto de un programa y realizar los ajustes necesarios para optimizar sus resultados.

Con respecto a las capacitaciones sobre alimentación y/o preparación de alimentos se puede afirmar que han tenido un alto porcentaje de asistencias ya que el 70.27% de las jefas de familia entrevistadas han participado, en las mismas se abordaron temas como preparación de alimentos, elaboración de conservas y educación alimentaria. Un resultado interesante que se puede observar, esta relacionado con la utilidad de las capacitaciones recibidas, el 70.07% de las jefas de familia que recibieron algún tipo de capacitación, considera que le resultó útil. Lo que refuerza la importancia que reviste la falta de educación en dichas familias. Esto se correlaciona con su nivel de instrucción formal, ya que el 16.21% indicó haber realizado la escuela primaria en forma incompleta, el 18.91% en forma completa, en cuanto al nivel secundario el 48.64% lo hizo de manera incompleta, solo el 16.21% ha terminado la educación mínima obligatoria.

El grado de escolaridad también se ve relacionado con el nivel de conocimientos sobre alimentación, ya que el 16.21% de jefas de familias entrevistadas indicó no tener conocimientos sobre las preguntas realizadas las mismas cuentan con un bajo nivel de escolaridad. De las personas que si pudieron responder se puede destacar que hay una fuerte desinformación sobre los alimentos fuentes de hidratos de carbono, si bien ellos son la principal base en la alimentación de las familias del primer y segundo quintil de la población, el 5.24% tiene un nivel muy malo y un 43.24% presenta un nivel malo. Entre las respuestas erróneas cabe destacar que no relacionan a los fideos y la polenta como fuente de hidratos de carbono mientras que si asocian a las frutas y la leche con este grupo de alimentos. El nivel de información de los alimentos fuente de grasas presenta una leve mejoría en cuanto a las respuestas ya que solo el 18.91% tiene un nivel malo pero al mismo tiempo reconocen en forma incorrecta como fuente lípidos al huevo relacionado con su contenido de colesterol y al pollo asociado a su piel. El grupo de los alimentos fuentes de

proteínas tiene el mejor nivel de información, el 45.94% de las jefas de familia pudo contestar tres respuestas en forma correcta lo que representa un nivel regular.

En cuanto a la pregunta realizada sobre las comorbilidades asociadas a la obesidad, la cual es una patología predominante entre la población el 35.12% tiene un nivel de información malo sobre las enfermedades asociadas a ella, entre las respuestas incorrectas no la vinculan con problemas osteoarticulares y dificultades respiratorias. Si bien los lineamientos alimentarios o nutricionales del programa son planificados por nutricionistas, no hay ningún Lic. en Nutrición en la localidad de General Conesa que trabaje directamente con el programa alimentario Comer en Familia.

Los resultados de la evaluación nutricional muestran una semejanza con los datos publicados por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud<sup>3</sup> en cuanto al sobrepeso y obesidad de los niños de la primera infancia. Sin embargo se debe marcar que en la primera y segunda infancia estas dos patologías representan un 20% en este grupo biológico, destacándose la obesidad con un 13%, si bien esta tendencia se repite en el grupo de adolescentes cabe destacar que la población beneficiaria del programa toma a los adolescentes de hasta 14 años, o sea que en este trabajo ha quedado afuera de evaluación el grupo de 14 a 18 años por no ser contemplados por el mismo. En cuanto a la población adulta se observa un marcado sobrepeso que representa el 16% el cual predomina en las mujeres, mientras que la obesidad se encuentra en un 10% y se concentra en los hombres.

El sobrepeso y la obesidad son dos patologías que tienen múltiples causas, su prevalencia ha aumentado en todos los estratos de la sociedad cabe destacar que si bien cada consumidor decide que comprar y comer de acuerdo con el placer o displacer que confieren a las diferentes canastas de consumo que pueden adquirir, los sectores más pobres de la sociedad están sujetos a dos fuertes limitantes más, ellas son el presupuesto disponible para la compra de alimentos y la calidad de información que reciben y la comprensión de la misma relacionado con su grado de instrucción formal. Se vincula al dinero destinado a la canasta básica porque los alimentos obesogénicos caracterizados por su alto porcentaje en grasas y azúcares relacionados a un bajo costo poseen una alta participación en la alimentación cotidiana del primer y segundo quintil de la población, en el mes de mayo en la localidad de General Conesa los mismos tuvieron un costo de 6 veces menos que los alimentos saludables.

Con respecto a la calidad de información nutricional que recibe la población y específicamente los sectores más vulnerables con bajo grado de escolaridad para interpretarla correctamente, la información nutricional su vuelve confusa constituyendo una modalidad de notable crecimiento en el caso de los alimentos. En esta situación

---

<sup>3</sup> ENSyN: encuesta realizada por el Ministerio Nacional de Salud en el año 2006.



los consumidores se encuentran en inferioridad de conocimientos para adoptar decisiones correctas bajo el punto de vista preventivo de la obesidad. El resultado es que la información insuficiente o poco clara sumada al menor dinero disponible para la alimentación y a la preferencia predominante por los alimentos obesogénicos determinan una elevada preferencia por los mismos y una contribución al aumento de la obesidad y sobrepeso como problema de salud pública. En este sentido, la mayor preponderancia que adquiere el exceso de peso en los sectores pobres<sup>4</sup> impone considerar el peso de las futuras complicaciones<sup>5</sup> sobre el presupuesto público de salud.

Con respecto al desarrollo del autosustento a través de huertas familiares el 21.62% de las familias manifiesta que cuenta en las casas con dicho emprendimiento mientras que un 78.37% indica no desarrollarlo, las causas de ello representan en un 24.13% a que los patios no cuenta con un cerramiento adecuado, el 13.79% no cuenta con espacio suficiente para la huerta, 17.24% por desinterés mientras que el 44.82% intentó sin éxito cultivar las plantas recibidas por parte del programa. Cabe destacar que ninguna jefa de familia ha recibido asesoramiento de algún organismo oficial para realzar este emprendimiento.

A modo de conclusión, se puede mencionar que en este programa alimentario como en muchos otros es posible identificar los conceptos de focalización, ya que tiene una población destino definida; descentralización, porque algunos son de responsabilidad nacional, provincial o municipal. Si bien la descentralización permite tener acciones más rápidas y efectivas en la población, porque en teoría el municipio de la localidad tendría que tener un conocimiento mas claro de las necesidades de su población, como van cambiando y atender situaciones específicas, este punto positivo se pierde cuando a nivel regional las acciones no son activas, se entregan los programas pero no se evalúa el impacto que están teniendo en la población, en este sentido los responsables de los programas están alejados de la población.

A su vez la participación debe ser fomentada por parte de los ejecutores de los programas para que estos resulten más dinámicos y así poder atender realmente las necesidades de la población, si esto se lograra la población dejaría de ser un receptor pasivo de sus derechos. Si hubiera más conexión entre las personas que formulan los objetivos de los programas con la población destino estos tendrían un resultado más positivo, ya que superar la pobreza es un desafío que requiere múltiples estrategias provenientes de la política económica, social y alimentaria; una de esas estrategias debe contemplar el diseño e implementación de intervenciones nutricionales con

---

<sup>4</sup> Sin cobertura privada.

<sup>5</sup> Diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedades cardiovasculares.



objetivos y metas claramente definidos y mecanismos de monitoreo y evaluación de resultados.

En base a las conclusiones y a partir de los resultados de este estudio, se propone:

- Fomentar la participación activa de la población objetivo para que la misma deje de ser receptora pasiva de sus derechos y así poder conocer más claramente las necesidades específicas y potenciar la característica descentralizada del programa.
- Contar con un sistema de control y relevamiento de datos actualizados que permita la realización de un padrón homogéneo de programas sociales para evitar la superposición de beneficios sociales.
- Realizar acciones para reforzar la educación alimentaria de la población, poniendo énfasis en el conocimiento en los distintos grupos de alimentos y las principales enfermedades por exceso.
- Fomentar las prácticas de autoproducción para que las familias dispongan de mayor cantidad de alimentos frescos para su consumo.
- Focalizar la intervención y seguimiento nutricional en los niños, adolescentes y adultos que se encuentren con algún grado de sobrepeso u obesidad.



# Bibliografía



- ❖ Aranceta Bartrina, Javier, **Nutrición Comunitaria**, Barcelona España 2000, Masson, Editorial 2ª edición; p: 119-125.
- ❖ Bauza, Carlos A., Céliz Oscar R., y colaboradores, **Obesidad causas consecuencias y tratamiento**, Argentina 2007, Corpus Editorial; p: 43.
- ❖ Braguisky, Jorge y colaboradores **Obesidad: saberes y conflictos**. ACINDES Editorial 2007 p.229.
- ❖ Britos, Sergio, O'Donnell, Alejandro, Ugalde, Vanina, Clacheo, Rodrigo **Programas Alimentarios en Argentina** en: [http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/35programas alimentarios en argentina.pdf](http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/35programas%20alimentarios%20en%20argentina.pdf)
- ❖ Britos, Sergio; **Programas Alimentarios en Argentina: Situación actual y desafíos pendientes** en: [www.cesni.org.ar/sistema/archivos/113-programasalimentariosdesafiospendientes.pdf](http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/113-programasalimentariosdesafiospendientes.pdf)
- ❖ Carmuega, Esteban, Durán, Pablo, Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes en **Boletín CESNI** Junio 2000 p.14.
- ❖ Cotran, Ramzi S. Kumar Vinay, Tucker Collins. **Patología Estructural y Funcional**. McGraw – Hill. Interamericana Editorial, 2000, sexta edición; p: 480-481.
- ❖ Díaz, Adrián; **“Políticas alimentarias: algo más que programas compensatorios”** p: 21, en: [www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/III/Políticas%20alimentarias/Diaz.pdf](http://www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/III/Políticas%20alimentarias/Diaz.pdf)
- ❖ De Girolami, Daniel H., **Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal**; Argentina, El Ateneo editorial, 2003, p: 266.
- ❖ Departamento de cooperación técnica, FAO, **Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria**, Manual de Capacitación en: <http://www.fao.org/docrep/004/w3736s/W3736S04.>, p.21.
- ❖ Disilvestro Robert A., Hampl Jeffrey S., Wardlan Gordon M., **Perspectivas en Nutrición**, D.F Mexico 2005, Mc Graw Hill Editorial 6ª edición; p728-723.
- ❖ Gabulli Rojas, M.I., Aspectos de la antropometría en pediatría, en **Argentina Pediátrica**, vol, 3, N°1, Enero. Abril, 200; p.22.
- ❖ Galán Morena Ricardo, Malagón Londoño Gustavo, **La Salud Pública, situación actual propuestas y recomendaciones**, Bogotá Colombia 2002, Panamericana Editorial Medica; p 333-337.
- ❖ Gibney, Michael; Margetts, Barrie; Kearney, John; Arab, Leone. **Nutrición y Salud Pública** Zaragoza España 2004 ACRIBIA, Editorial; p.195-199; 202-203.
- ❖ Lejarraga, H. Evaluación antropométrica del estado nutricional. **Boletín CESNI**. Volumen 3 Octubre 1990.
- ❖ Lorenzo, J., Guidoni, E., Díaz, M., Marenzi, M.S., Jorge, J., Lasivita, J., Lestingi, E., Busto Marolt, I., Neira, L., **Nutrición Pediátrica**, Argentina 2004, Corpus Editoria; p. 29.
- ❖ Maceira, Daniel; Stechina, Mariana; **Intervenciones de política nutricional en 25 años de democracia** en: [http://www.cippe.org/nuevo/files/bv\\_320.pdf](http://www.cippe.org/nuevo/files/bv_320.pdf)

- ❖ Manfred, J. Müller, Trautwein Elke A., **Nutrición y Salud Pública** Zaragoza España, 2005, Acribia SA Editorial; p: 265- 269.
- ❖ **Mapa de políticas alimentarias**, Sistema de Información Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales -SIEMPRO-, Sistema de Identificación y Selección de Familias Beneficiarias de Programas Sociales -SISMAF- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. 2004; p: 29. en:  
[http://www.chubut.gov.ar/agencia/documentos/mapa\\_alimentario\\_v12.pdf](http://www.chubut.gov.ar/agencia/documentos/mapa_alimentario_v12.pdf)
- ❖ Martínez, P. D. **Consecuencias sociales de la mala nutrición**, Cuaderno de Nutrición 1985; p.17-32.
- ❖ Ministerio Nacional de Salud **Encuesta Nacional de Nutrición y Salud** en:  
<http://www.msal.gov.ar/htm/site/ennys/download/Implementación.pdf>
- ❖ Must, A; GE & Diezt WH: **Referent date of obesity** 85 and 95<sup>th</sup> percentiles del IMC Am J Clin Nutr 1991; 53:773.
- ❖ O'Donnell, Alejandro Evaluación del estado nutricional en pediatría. **PRONAP 2000**. Buenos Aires, Sociedad Argentina de Pediatría, Módulo N° 2, p 16.
- ❖ O'Donnell, Alejandro; Carmuega, Esteban, Evaluación del estado nutricional en pediatría, en **Boletín CESNI**, n° 9, Junio 2000, p.5.
- ❖ O'Donnell, Alejandro; Grippo, Beatriz **Obesidad en la niñez y la adolescencia**. Científica Interamericana Editorial; p.101.
- ❖ Pineda, Elida y otros, **Metodología de la Investigación.Manual para el desarrollo de personal de salud**; Washigton DC, OPS/OMS, 1994, 2º edición, 35,p. 82.
- ❖ **Programa alimentario Comer en Familia**; Ministerio de Familia. Gobierno de la provincia de Río Negro, en: <http://www.rionegro.gov.ar/familia/comer/index.php>
- ❖ Roggeiro, Eduardo; Sanzo, Mónica. **Desnutrición Infantil** Fisiopatología, Clínica y Tratamiento Dietoterapico. Argentina 2007, Corpus Editorial; p:20.
- ❖ Serra Majem Lluís, Aranceta Batrina Javier, **Obesidad Infantil y juvenil**, estudio en kid 1998-200, Barcelona España 2001, Masson SA editorial; p: 48-50.
- ❖ Tenti Fantini, **Estado y pobreza, estrategias típicas de intervención**, Buenos Aires. Centro Editor 1989.
- ❖ Torresani, M. Elena; Somoza, M. Inés, **Lineamientos para el cuidado nutricional** Argentina 2003, Eudeba, Editorial, segunda edición; p: 234.
- ❖ Torresani, María Elena, **Cuidado nutricional Pediátrico**; Argentina 20006, Eudeba Editorial; p: 23.
- ❖ Vaccarisi, María Elizabeth, **Asistencia Social y políticas alimentarias: tensión entre legitimización y control social**, Capitulo 6 en:  
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/cehepyc/cap6.pdf>
- ❖ Visscher y Seidell (2001), **Annual Review of Public Health**, volúmen 22. en: <http://www.annualreviews.or>



# Anexos



**Anexo N 1**

Costo de la canasta básica relevado en el mes de mayo del corriente año en la localidad de General Conesa, provincia de Río Negro.

Alimento	Precio	Unidad	Cantidad	Costo Equivalente
Leche	9,69	0,35	7,95	27,12
Queso	13,99	1	0,27	3,77
huevo	5,5	1 doc	0,63	5,77
Carne	14,38	1	6,27	90,16
Hortalizas	3,8	1	3,93	14,93
Papa	2,9	1	7,05	20,44
Batata	4,4	1	0,69	3,03
Frutas	4,62	1	4,02	18,57
H. trigo	1,49	1	1,02	1,51
H. maiz	3,5	1	0,21	0,73
Arroz	2,72	1	0,63	1,71
Fideos	3,22	0,5	1,29	8,3
Legumbres secas	5,64	0,5	0,24	2,7
Pan	4,3	1	6,06	26,05
Galletitas saladas	4,49	0,324	0,42	5,82
Galletitas dulces	4,99	0,5	0,72	7,18
Azúcar	1,79	1	1,44	2,57
Dulces	2,95	0,5	0,24	1,41
Aceite	3,15	0,9	1,2	4,2
Bebidas edulcoradas	2,6	2,25	4,05	4,68
Bebidas gaseosas sin edulcorar	5,29	2,25	3,45	8,11
Sal fina	1,00	0,5	0,15	0,3
Sal gruesa	1,4	0,5	0,09	0,25
Vinagre	3,25	1	0,09	0,29
Te	6,55	0,2	0,06	1,96
Café	11,57	0,17	0,06	4,08
Yerba	6,4	1	0,6	3,84
<b>Costo Total</b>				<b>269,48</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la canasta básica de alimentos realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC).

Prueba de dependencia entre el conocimiento de alimentos fuentes de hidratos de carbono y grado de instrucción (chi-cuadrado ajustado):

**Tabla de Contingencia sobre la información de Hidratos de Carbono**

Nivel de escolaridad	Bueno	Malo	Muy malo	Regular	S/C
Primario Incompleto	0	4	1	0	1
Primario Completo	0	2	1	1	3
Secundario Incompleto	0	10	0	6	2
Secundario Completo	3	0	0	3	0

Interpretación de la prueba:

H<sub>0</sub>: El nivel de escolaridad y el grado de conocimientos sobre alimentos fuentes de hidratos de carbono son independientes.

H<sub>a</sub>: Hay una dependencia entre el nivel de escolaridad y el grado de conocimientos sobre alimentos fuentes de hidratos de carbono.

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	31,367
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	21,026
GDL	12
p-valor	0,002
alfa	0,05

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación  $\alpha=0,05$ , se concluye que hay relación entre el nivel de conocimientos de alimentos fuentes de hidratos de carbono con el grado de escolaridad.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H<sub>0</sub> cuando es verdadera es menor que 0,17%.

Prueba de dependencia entre la información de alimentos fuentes de proteínas y grado de instrucción (chi-cuadrado ajustado):

**Tabla de contingencia sobre la información de Proteínas**

Nivel de escolaridad	Malo	Regular	Bueno
Primario Incompleto	1	5	0
Primario Completo	3	4	0
Secundario Incompleto	2	8	8
Secundario Completo	0	0	6

Interpretación de la prueba:

H0: El nivel de escolaridad y el grado de conocimientos sobre alimentos fuentes de proteínas son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre el nivel de escolaridad y el grado de información sobre alimentos fuentes de proteínas.

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	20,363
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	12,592
GDL	6
p-valor	0,002
alfa	0,05

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación  $\alpha=0,05$ , se concluye que hay relación entre el nivel de escolaridad y el nivel de información de los alimentos fuentes de proteínas.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es menor que 0,24%.



Prueba de dependencia entre la información de alimentos fuentes de grasas y el grado de instrucción (chi-cuadrado ajustado):

**Tabla de contingencia sobre la información de Grasas**

Nivel de escolaridad	Bueno	Malo	Regular
Primario Incompleto	0	6	0
Primario Completo	0	3	4
Secundario Incompleto	2	4	11
Secundario Completo	6	0	0

Interpretación de la prueba:

H0: El nivel de escolaridad y el grado de información sobre alimentos fuentes de grasas son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre el nivel de escolaridad y el grado de información sobre alimentos fuentes de grasas.

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	37,409
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	12,592
GDL	6
p-valor	< 0,0001
alfa	0,05

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación  $\alpha=0,05$  se concluye que relación entre el grado de escolaridad y el nivel de información de alimentos fuentes de grasas.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es menor que 0,17%.

Prueba de dependencia entre la información de patologías secundarias a la obesidad y el grado de instrucción (chi-cuadrado ajustado):

**Tabla de contingencia sobre la información de Obesidad**

Nivel de conocimientos	Bueno	Malo	Regular
Primario Incompleto	0	6	0
Primario Completo	0	3	4
Secundario Incompleto	2	4	11
Secundario Completo	6	0	0

Interpretación de la prueba:

H0: El nivel de escolaridad y el grado de información de patologías secundarias a la obesidad son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre el nivel de escolaridad y el grado de información sobre las patologías secundarias a la obesidad.

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	25,621
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	12,592
GDL	6
p-valor	0,001
alfa	0,05

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación  $\alpha=0,05$  se concluye que hay relación entre el nivel de escolaridad y el nivel de conocimientos de patologías asociadas a la obesidad.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es menor que 0,03%.

#### Anexo Nº 6

**Tabla de Contingencia: Estado Nutricional**

Grupo Biológico	Normopeso	Obesidad I	Sobrepeso
1º Infancia	27	2	4
2º Infancia	33	5	3
Adolescentes	20	2	1
Adultos	46	6	10