

Universidad FASTA  
Facultad de Ciencias de la  
salud.  
carrera: Lic. en Nutrición  
Tesis de Licenciatura

*“Distribución del  
ingreso familiar y  
Estado Nutricional en  
niños de 6-24 meses  
que asisten a los  
controles de PMI en  
los centros de Atención  
Primaria de la Salud  
APAND y 9 de Julio”*

Autora: Natalia Bellino  
Tutor: Lic. Sergio Scacchia  
Co-tutora: Lic. Natalia Sordini.  
Departamento de Metodología





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)

*“La infancia es mucho más que la época que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta, se refiere al estado y la condición de la vida de un niño: a la calidad de esos niños”*

UNICEF. “La infancia amenazada”. 2005



- x Agradezco a mi familia, por apoyarme incondicionalmente en cada momento, y por todo el esfuerzo y dedicación para darme siempre lo mejor.
- x A mis amigas de la vida por estar siempre, acompañándome en las buenas y en las malas; en particular a quien con su talento artístico me brindó su ayuda en el diseño de la tesis.
- x A mis amigas de la facultad que con su amistad, comprensión, ayuda, aliento y compañía de cada día, convirtieron esta etapa de mi vida en un recuerdo inigualable e inolvidable.
- x A mi tutor, el licenciado Sergio Scacchia, por aceptar mi propuesta de trabajo y brindarme su ayuda en la realización de la tesis.
- x A la Licenciada Natalia Sordini por su predisposición y colaboración.
- x A los profesionales de la salud que trabajan en los centros de atención primaria APAND y 9 de Julio de la ciudad de Mar del Plata por permitirme trabajar con la mayor libertad y confianza.
- x A la Universidad FASTA y al Departamento de Metodología por su asesoramiento en la elaboración de la tesis.



El presente estudio tiene como objetivo Determinar la relación entre la distribución de los ingresos familiares destinado a la compra de los diferentes grupos de alimentos en el hogar, y el estado nutricional de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles de PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata.

A través del mismo se realiza una evaluación del estado nutricional de los niños mediante los indicadores antropométricos de peso para la edad (P/E), longitud corporal para la edad (LC/E), y peso para la longitud corporal (P/LC), a partir de datos recolectados mediante una encuesta dirigida a las madres/padres/tutores de los niños, y el acceso a las historias clínicas. Al mismo tiempo se indaga sobre la recepción de planes de asistencia alimentaria y el ingreso mensual de cada uno de los hogares, para poder identificar la población bajo la línea de pobreza y estimar el porcentaje del ingreso mensual del hogar destinado a la alimentación en general, y por grupos de alimentos. Para la estimación de éstos últimos datos, se utiliza, además, una frecuencia de compra que permite registrar los alimentos y cantidades compradas el último mes, con la posterior investigación de los precios de los alimentos en el comercio mas referido por las madres/padres/tutores en la encuesta.

Los resultados del análisis muestran que el sobrepeso y la obesidad emergen como la forma de malnutrición más prevalente en la totalidad de los niños de 6-24 meses. Que las familias encuestadas, en promedio destinan mas de la mitad de sus ingresos en el rubro alimentación, y al analizar por grupos de alimentos, se observa que gastan el mayor porcentaje en la compra de carnes, productos de pesca y huevos, luego en alimentos feculentos y alimentos azucarados, seguido por vegetales y frutas, en cuarto lugar por la leche y productos lácteos, posteriormente bebidas y por último materias grasas. Además se puede comprobar que cuanto más bajo es el ingreso, mayor es el porcentaje del mismo destinado a la compra de alimentos, el gasto total de alimentos puede disminuir, pero aumenta su importancia relativa. A su vez, se evidencia que las madres y padres de APAND alcanzan un nivel de escolaridad mayor que los de 9 de Julio. Y que la mayoría de las madres de ambos centros de atención primaria para la salud, no contribuyen con el ingreso mensual del hogar ya que son amas de casas, siendo los padres los que tienen la mayor participación en el mismo.

Los resultados afirman la necesidad de lograr la autonomía de estas familias a través del desarrollo de capital humano mediante la intervención nutricional, crianza y desarrollo de un ambiente educativo adecuado.

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1:	
<i>Seguridad Alimentaria: Nivel Macroeconómico.....</i>	7
CAPÍTULO 2:	
<i>Seguridad Alimentaria: Nivel Microsocial.....</i>	17
CAPÍTULO 3:	
<i>Problemática nutricional e intervención desde la política pública en la pobreza.....</i>	32
DISEÑO METODOLÓGICO.....	51
ANÁLISIS DE DATOS.....	62
CONCLUSIÓN.....	81
BIBLIOGRAFÍA.....	87
ANEXO:	
<i>Anexo 1: Listado de precios supermercado Carrefour.....</i>	94
<i>Anexo 2: Necesidades energéticas y unidades consumidoras según edad y sexo.....</i>	96
<i>Anexo 3: Valores de la CBA y CBT para el adulto equivalente (Abril/Septiembre 2009).....</i>	97
<i>Anexo 4: Composición de la CBA del adulto equivalente.....</i>	98
<i>Anexo 5: Patrones de crecimiento infantil de la OMS.....</i>	100
<i>Anexo 6: Pruebas de Chi-cuadrado: APAND.....</i>	104
<i>Anexo 7: Pruebas de Chi-cuadrado 9 de Julio.....</i>	105

# *Introducción*



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
FASTA



Argentina se destaca por un mediocre desempeño macroeconómico que se refleja en una tendencia de largo plazo de muy bajo crecimiento y con profundas oscilaciones<sup>1</sup>, que desemboca en la paradoja más grande que depara la historia en las últimas décadas, la crisis socioeconómica de los años 2001 y 2002; reflejada en más de 20% de población desempleada, 18,8 millones de pobres y 9 millones de indigentes; 22,9% de hogares en situación de riesgo o inseguridad alimentaria, que destinan una alta proporción de sus ingresos a comprar alimentos, pero no alcanzan a cubrir la totalidad de la Canasta Básica de Alimentos, valor que llega a 40% en el 2003; con la más regresiva desigualdad en la distribución de ingreso en la población: un ingreso familiar per. cápita de los hogares más ricos de 46,6 veces mayor que el de los más pobres; y un aumento del 44,5% de los precios generales, y del 69% de los precios de los alimentos básicos<sup>2</sup>; convirtiendo, a La Argentina, uno de los productores de alimentos más importantes del comercio mundial, en un país incapaz de asegurar una alimentación digna a sus habitantes<sup>3</sup>. Tal es así, que la crisis alimentaria en nuestro país no es considerada un problema de disponibilidad sino de acceso: sin considerar lo que se destina a la exportación, los volúmenes de producción de alimentos permitirían brindar a los 37 millones de argentinos una dieta diaria de 3181 calorías, muy por encima de las 2200 que recomienda la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO. El ensanchamiento agudo y desmesurado de la brecha entre ricos y pobres de los años noventa también genera una dicotomía en el patrón de consumo alimentario de los argentinos: mientras las clases media y alta disponen de unos 250 alimentos diferentes, a la mano de los sectores más pobres solo llegan 22 productos. Así, comienza a surgir un patrón diferenciado: ahora los pobres consumen más pan, fideos y pastas, y menos carne, frutas, verduras y alimentos lácteos. Esta desigualdad en el acceso a los alimentos expresa la aparente paradoja de que un país rico en recursos naturales, con llanuras

---

<sup>1</sup> "Alcanza con tomar el período que abarca la convertibilidad hasta el presente para demostrar que la característica que destaca a la economía argentina son los ciclos económicos muy marcados, donde el país crece agresivamente y se desploma en forma violenta. Entre 1991-1994, por ejemplo, la economía creció a una tasa promedio anual de 7,1%, cayó en 1995 en un 2,9%, y retomó el crecimiento con mucha agresividad entre 1996-1998 a una tasa promedio anual de 5,9%. A partir de ese momento, viene una prolongada recesión que termina en el 2002 con una contracción del 5% por año; retomándose, en el 2003, el crecimiento en forma agresiva a una tasa del 10%. El balance final es que Argentina ha crecido a una modesta tasa promedio anual del 2,5% en el marco de una altísima volatilidad. Esto queda reflejado en un coeficiente de variación de 2,44". Fuente: BADEINSO de CEPAL y el Ministerio de Economía de Argentina.

<sup>2</sup> Análisis realizado por el CESNI a partir de la de las Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC), 2003-2005.

<sup>3</sup> P. Cafiero y Daniel O. Godoy. Intervención eficaz sobre los problemas nutricionales de la población desde la política pública. *Pobreza y desarrollo infantil*. Jorge A. Colombo, 2007, p.274

fértiles para cultivos y pasturas, que produce buenas carnes rojas y abundancia de peses comestibles, tiene a más de la mitad de la población viviendo en pobreza<sup>4</sup>.

En áreas urbanas, como la ciudad de Mar del Plata, donde la autoproducción está limitada por el espacio, la accesibilidad depende en gran medida del mercado y del estado. Del mercado a través de la capacidad de compra: la relación entre los precios de los alimentos y de los ingresos. Y del estado, a través de las políticas públicas que inciden sobre precios e ingresos o actúan a través de políticas asistenciales compensando su caída. Hoy en día es evidente que a pesar de la presencia del Estado; se encuentran superposición de planes con objetivos iguales, mala distribución de los mismos, excesos y deficiencias programáticas, ausencias de herramientas desde los municipios para gestionar racionalmente los recursos, información inadecuada y falta de participación comunitaria<sup>5</sup>. Esto, adicionado al creciente porcentaje de la población que se ha vuelto dependiente de la ayuda alimentaria, el caos de las generosas donaciones tanto en la cantidad o en la variedad de los alimentos donados, y las diferentes estrategias de consumo familiar, se hace indispensable definir quienes deberían recibir más o mejor calidad alimentaria cuando los recursos son escasos y no alcanzan para todos igual.

El estado nutricional es un indicador clave de pobreza y de riesgo de mala salud, siendo el componente más importante en la primera etapa de reconocimiento de la salud y del potencial de desarrollo poblacional. Por consiguiente, el diagnóstico y la vigilancia nutricional deben formar un componente esencial en el conocimiento de los procesos y en el desarrollo de programas destinados a la prevención, al mejoramiento integral y a la resolución de los problemas que afectan a las poblaciones socioeconómicamente minusválidas. La situación nutricional antropométrica, en los niños Argentinos, demuestra una coexistencia de problemas por defecto y por exceso, prevaleciendo la desnutrición crónica por sobre la aguda y la creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad como problema de salud y nutrición pública<sup>6</sup>. Desde una visión estrictamente nutricional clínica-experimental se sabe que los efectos de la mal nutrición son más graves y duraderos cuanto más joven es quien lo padece. De acuerdo a esto, las secuelas ya sean de orden somático, funcionales, inmunológicas, o a largo plazo son más severas en los primeros años de vida<sup>7</sup>. Estas razones, sumadas a que la proporción de niños en hogares con inadecuadas condiciones sociales es

---

<sup>4</sup> Aguirre Patricia: *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2004

<sup>5</sup> Instituto de Desarrollo e Investigaciones pediátricas (IDIP), hospital de Niños "Sor Maria Ludovica", La Plata. 2007

<sup>6</sup> Según las referencias de la OMS en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), documentos de resultados 2007.

<sup>7</sup> Alejandro O'Donnell, Sergio Britos. *Reflexiones y propuestas a partir de la emergencia alimentaria*.2002

más elevada que en otros grupos de edad, situación que incrementa el riesgo de alteraciones en el estado de nutrición, salud, crecimiento y desarrollo<sup>8</sup>, constituyen los elementos que motivan la necesidad de focalizar las acciones en esta población tan vulnerable.

De esta forma surge el siguiente problema de investigación:

¿Cómo se relaciona la distribución de los ingresos familiares destinada a la compra de los diferentes grupos de alimentos en el hogar, con el estado nutricional de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles de PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata?

El objetivo general planteado es:

- x Determinar la relación entre la distribución de los ingresos familiares destinado a la compra de los diferentes grupos de alimentos en el hogar, y el estado nutricional de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles de PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata.

Los objetivos específicos son:

- x Evaluar el estado nutricional de los niños de 6-24 meses a través de indicadores antropométricos.
- x Averiguar el ingreso mensual de cada uno de los hogares.
- x Identificar la población bajo la línea de pobreza.
- x Estimar el porcentaje del ingreso mensual del hogar destinado a la alimentación familiar en general.
- x Examinar como se distribuye el ingreso familiar destinado a la alimentación mensual del hogar, por grupo de alimento.
- x Determinar los sitios de venta de alimentos, más concurridos por la población estudiada.
- x Investigar los precios de los alimentos que consume la población estudiada.
- x Indagar sobre la recepción de planes de asistencia alimentaria.
- x Inspeccionar la ocupación y el nivel de educación materno y paterno.

---

<sup>8</sup> Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), documentos de resultados 2007

Las hipótesis planteadas son:

H1:	Existe mayor prevalencia de obesidad en los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria para la salud APAND y 9 de Julio que se encuentran por debajo de la línea de pobreza, que en aquellos que están por encima de la misma.
H2:	En los hogares donde habitan los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria para la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata destinan mas del 50% del ingreso familiar en la compra de alimentos.
H3:	En los hogares donde habitan los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria para la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata se invierte el mayor porcentaje del dinero destinado a la alimentación, en la compra del grupo de alimentos feculentos y azucarados: fideos, arroz, polenta, harinas, pan, galletitas, cereales para desayuno, azúcar, cacao.



# Capítulo 1

*Seguridad  
alimentaria:  
nivel  
macroeconómico*



LIBRERIA  
UNIVERSIDAD  
FASTA



La seguridad alimentaria recorre un largo camino, ésta es utilizada a partir de 1974 por la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO, definiéndola como un derecho. Documentos internacionales, desde 1924, reconocen a la alimentación como uno de los derechos fundamentales del ser humano y como tal se encuentra en las actas fundacionales de la Organización y en su mismo preámbulo. En la década de los 80 y a tono con los esquemas neoliberales impuestos por el mundo anglosajón de Thatcher y Reagan<sup>1</sup>, la seguridad alimentaria se transforma en una capacidad, trasladando la responsabilidad al individuo. La propuesta de la organización para repararla pasa por lograr un mejoramiento en el abastecimiento, optimizando la producción y la calidad biológica de los alimentos. Es Amartya Sen<sup>2</sup>, en 1982, quien critica esta postura desde la ética, la economía y la política. La seguridad alimentaria, según él, no depende de la producción agroalimentaria, que en el mundo para esa década alcanza a superar las necesidades promedio de la población, sino del acceso. Para apoyar su afirmación estudia las

---

<sup>1</sup> Para muchos la crisis económica actual que asola el planeta tiene su origen en las políticas neoliberales que comenzaron a aplicarse en los EEUU y en Gran Bretaña a comienzos de la década de 1980, año que es elegido como presidente Ronald Reagan, quien atribuye la causa de todos los males al aumento excesivo de los poderes del Estado del que son responsables las administraciones demócratas desde 1960. Plantea como remedio la vuelta a las reglas de mercado, suprimiendo o flexibilizando toda normativa que pusiera obstáculos a la economía. Para ello suprime las políticas adoptadas para favorecer el empleo de las mujeres y las minorías étnicas, así como las que favorecen la integración escolar, o las iniciativas a favor de los consumidores. Se llevan a cabo restricciones en el presupuesto federal mediante recortes de los créditos a la ayuda social o la interrupción del empleo de nuevos funcionarios en la administración federal. Por último, para sacar al país de la crisis, el gobierno decide aplicar la "teoría de la oferta" preconizada por los economistas liberales: disminuir los impuestos en un 10% durante tres años para estimular la inversión y permitir el relanzamiento del engranaje económico. Una política liberal idéntica es la que pretendió aplicar la conservadora Margaret Thatcher en el Reino Unido desde su victoria en 1979. Oponiéndose al consenso establecido desde 1945, preconiza el retorno a los valores victorianos, exaltando el esfuerzo individual y esperando de las prácticas liberales un enderezamiento de la economía británica, según ella deteriorada por el intervencionismo estatal, si bien no cuestiona abiertamente el Estado de Bienestar, que la población aprobaba. Su acción vino configurada por la disminución de impuestos para favorecer la inversión y estimular el mercado, junto a un amplio programa de privatizaciones que amputa al sector público más de la mitad de su patrimonio en sectores como el petróleo, los transportes, las comunicaciones, la aeronáutica y el automóvil, así como la supresión de más de un millón de viviendas sociales. El Estado decide clausurar las empresas no rentables, en particular el sector minero. Las protestas de las Trade Unions son respondidas con dureza por la "Dama de Hierro", que consigue hacer fracasar la gran huelga de mineros de 1984-1985 y acabar con el poder sindical. Esta política de liberalismo integral logra sus éxitos: la consumación del relanzamiento, el aumento de la producción industrial, el recorte de la inflación y el déficit presupuestario. Con todo, resulta muy costosa en el campo social, al provocar un aumento del paro, un fuerte crecimiento de las desigualdades y fenómenos de marginación en los suburbios urbanos. Fuente: <http://www.ojosdepapel.com/Index.aspx?blog=819> . Autor: Juan Antonio González Fuetes.

<sup>2</sup> Economista y filósofo nacido en 1933 en la India. En 1959 realizó su doctorado en la Universidad de Cambridge en el Reino Unido y luego fue profesor en la India, el Reino Unido y los Estados Unidos de América. Actualmente enseña en el Trinity College, de la Universidad de Cambridge (Reino Unido). La Real Academia Sueca de Ciencias en 1998 le entregó el Premio Nobel de Ciencias Económicas por sus contribuciones a la investigación del bienestar económico. Fuente: <http://www.geocities.com/WallStreet/Floor/9680/nobel.htm?200912>

hambrunas en diferentes tiempos y culturas hasta 1971 en Bangladesh y observa que en todos los casos los alimentos están potencialmente disponibles en forma de cosechas o de stocks exportables, pero no fueron accesibles a una parte de la población, la que padece hambre. El concluye que en ninguna hambruna muere la población; bajo ese punto de vista se encubre que sólo mueren los pobres, los que no pueden acceder a los alimentos<sup>3</sup>.

Posteriormente, Sen afirma que la capacidad de las personas de estar bien alimentadas, no depende de la disponibilidad alimentaria que existe en la sociedad, ya que las personas pueden no tener ingresos suficientes para tomar la cuota de alimentos que estadísticamente les corresponde; sino, del derecho de una persona de acceder a un conjunto de bienes y servicios alternativos. En una economía de mercado, ese derecho opera a través del ingreso real<sup>4</sup>, y en base a esos derechos una persona puede adquirir capacidades: la capacidad de estar bien alimentado, que según

Imagen N°1: Acceso a los Alimentos



Fuente: [www.ciudadania-express.com](http://www.ciudadania-express.com)

Amarthya Sen, es decisiva para la libertad; de no padecer cólera; de envejecer apaciblemente. El hambre es un atentado a la libertad de tal magnitud que justifica una política activa orientada a tutelar el derecho a los alimentos hasta tanto este se haga efectivo y los pobres puedan asumir su propia autonomía. Siguiendo esta concepción, las organizaciones internacionales vuelven a considerar la seguridad alimentaria como un derecho y como tal se inscribe tanto en la Convención de los Derechos del Niño<sup>5</sup>, como en las Conferencias Internacionales de Nutrición de 1992<sup>6</sup> y 1996<sup>7</sup> en Roma, donde FAO compromete a los países miembros a garantizar su cumplimiento a través de un marco socio-político que asegure a todos el acceso real a los alimentos. A partir de 1994 el concepto de seguridad alimentaria va más allá de la disponibilidad física, ligada a la producción como corresponde al viejo criterio, haciendo hincapié en el

<sup>3</sup> Sen A, 1993. *Los bienes y la gente*. Comercio Exterior Vol. 33 (12). México.

<sup>4</sup> Si un trabajador vende su fuerza de trabajo y percibe un salario de doscientos pesos, sus derechos abarcan todos aquellos bienes y servicios que sumados cuesten hasta esa cifra. El límite queda fijado por su patrimonio, la dotación, y sus posibilidades de intercambio, con la naturaleza o con el mercado. Fuente: Sen, A. 1982. *Poverty and Famines: an essay of entitlement and deprivation*. Claredon Press. Oxford.

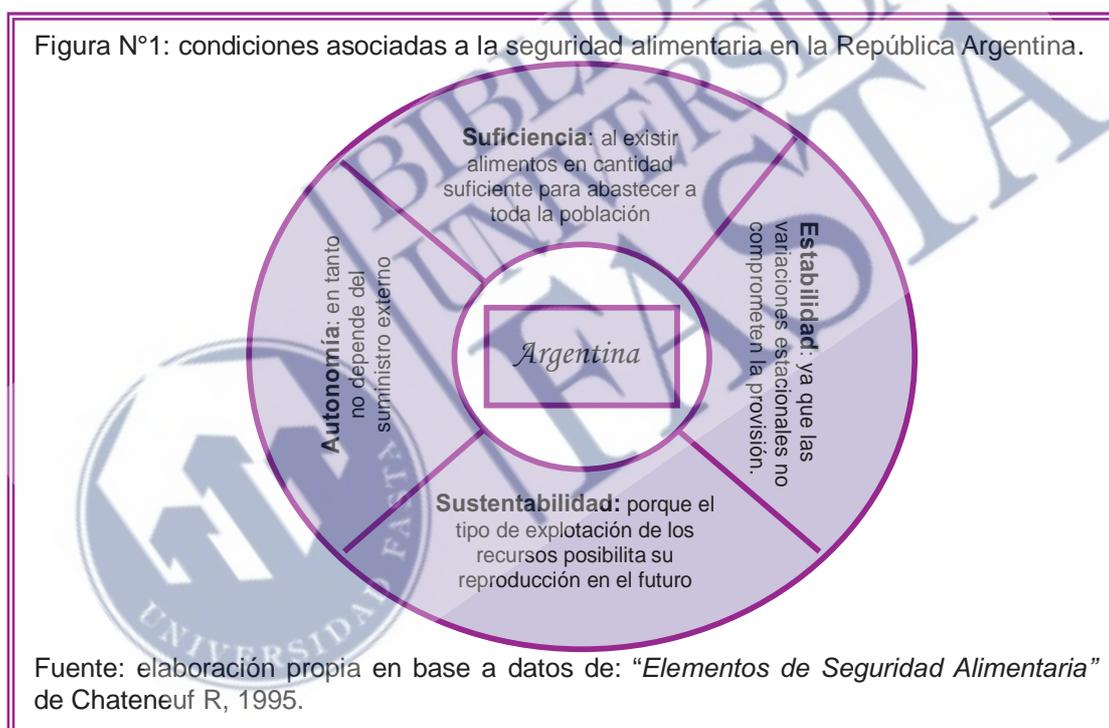
<sup>5</sup> ONU 1989, art. 24

<sup>6</sup> FAO, 1992. CIN. Conferencia Internacional de Nutrición. Nutrición y Desarrollo. Una Evaluación Mundial.

<sup>7</sup> FAO, 1996. Seguridad Alimentaria. FAO. Roma

marco social y político que regula las relaciones que permiten a los agregados sociales adquirir sus alimentos en una economía organizada a escala mundial: salarios, precios, impuestos; producirlos; derechos de propiedad; o entrar en programas asistenciales: gasto público social<sup>8</sup>.

De las cinco condiciones asociadas a la seguridad alimentaria, Argentina cumple con cuatro (ver figura N°1), lo que no está garantizado es la equidad, es decir, que toda la población, y sobre todo los más pobres, tengan acceso a una alimentación socialmente aceptable, variada y suficiente para desarrollar su vida. Durante décadas anteriores la problemática alimentaria no tiene lugar en la agenda pública, porque en un país exportador de alimentos, gran parte de la población, y su dirigencia, siguen situando el problema en la disponibilidad antes que en la equidad con que se distribuyen los recursos<sup>9</sup>



En Argentina, si la distribución es equitativa, la disponibilidad es suficiente para brindar a cada habitante 3181kcal/día; pero, tal equidad estadística no existe, y no basta que los alimentos estén disponibles sino que deben ser accesibles<sup>10</sup>. En un área urbana, donde la autoproducción está limitada por el espacio, ésta depende en gran medida del mercado y del estado. Del mercado a través de la capacidad de compra, es decir, de la relación entre los precios de los alimentos y de los ingresos; y del

<sup>8</sup> FAO, 1994. Elementos Principales de Estrategias Nutricionales. FAO. Roma

<sup>9</sup> Chateneuf R, 1995. *Elementos de Seguridad Alimentaria*. ININ. Salta. Mimeo.

<sup>10</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación 2000. Inseguridad Alimentaria. La población se ve obligada a convivir con el hambre y teme morir de inanición. El estado de la Inseguridad Alimentaria en el mundo, 2000. Roma: FAO.

estado a través de las políticas públicas que inciden sobre precios e ingresos o actúan a través de políticas asistenciales compensando su caída. A estos componentes del acceso en el nivel macro hay que sumarles las estrategias de consumo en el nivel microsocial.

Es necesario, remontarse al período hiperinflacionario y al de la convertibilidad, para visualizar las grandes tendencias en las cuales se inscribe la inseguridad alimentaria Argentina. Esto permite contextualizarla y comparar la evolución de las diferentes variables con aquellos años, que sin duda son puntos claves en la inseguridad alimentaria de nuestro país.

En el último cuarto de siglo, si bien la disponibilidad tiene altibajos, las oscilaciones que soporta no son mayores a un 15%, lo que indica que aún en la crisis de los saqueos de 1989 hay alimentos disponibles. En cambio la capacidad de compra sufre enormes variaciones con caídas que llegan al 55%. Tales caídas, muy marcadas y de corto plazo, se dan en 1981, en la última etapa del gobierno militar y en 1989-90, época de la hiperinflación. El desempeño de la capacidad de compra presenta un importante crecimiento que comienza en 1991 y se mantiene hasta 1993, cuando inicia una suave pero permanente caída hasta diciembre de 2001<sup>11</sup>.

Cuadro N°1: componentes económicos de la disponibilidad

**Disponibilidad** = alimentos que se producen + alimentos que se importan + stock - alimentos que se exportan – pérdidas por industrialización y transporte

Fuente: elaboración propia en base a datos de INDEC.

El precio relativo de los alimentos, aumenta sistemáticamente<sup>12</sup>. El resultado es que Argentina pasa de ser un país de alimentos baratos a ser un país de alimentos caros, con precios similares a los de Europa o Estados Unidos. En diciembre de 2001, ocurre una importante caída en el precio de los alimentos por restricciones en la demanda, que cae el 30%.<sup>13</sup>

A su vez, la República Argentina pasa de tener ingresos medios a tener ingresos bajos, y eso es particularmente importante donde la población es 90% urbana y accede a los alimentos a través de mecanismos de mercado. El ingreso de la

---

<sup>11</sup> INDEC 1975-01. Encuestas de Gastos e Ingresos de los Hogares.

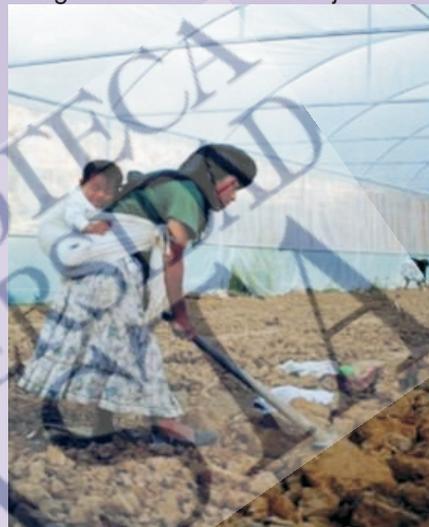
<sup>12</sup> Comparando el precio de los alimentos y bebidas con el índice de precios al consumidor, IPC, de nivel general, se observa que el precio de los alimentos no deja de crecer, y aún los meses con deflación no lograron remontar la tendencia. Fuente: INDEC.

<sup>13</sup> INDEC 1991-2002. Estadística Mensual. Índice de Precios al Consumidor.

población desciende, principalmente el de los sectores que ya son pobres<sup>14</sup>. Pero no sólo desciende el ingreso medio sino que, se produce un crecimiento del PBI que concentra sus ventajas en los sectores de mayores ingresos, aumentando la polarización social<sup>15</sup>.

Para empeorar las cosas, los perceptores de ingresos también son cada vez menos ya que los desocupados abiertos y los sub-ocupados involuntarios son cada vez más. Cuando crecen simultáneamente la desocupación y la subocupación, ni siquiera en los trabajos informales o las nuevas categorías de empleo del sector formal como contratos de corto tiempo sin protección social, la población económicamente activa encuentra un refugio ocupacional que le permita obtener algún ingreso; y esto es así hasta el punto que en octubre de 2002, casi el 10%<sup>16</sup> de los hogares del país no tienen ingreso alguno<sup>17</sup>. La pérdida de la empleabilidad llega a todos, empleados de larga data estables e inestables, pero en especial a los más pobres y, dentro de los más pobres, especialmente a las mujeres ya fueran jefas de hogar o trabajadoras secundarias<sup>18</sup>. Esto es doblemente importante para la seguridad alimentaria porque en

Imagen N°2: Madres Trabajadoras



Fuente: [www.fao.org.mx](http://www.fao.org.mx)

<sup>14</sup> Quienes en 1991 ganan el equivalente a \$76 en el primer decil, diez años más tarde ganan \$39 (a pesos constantes). Fuente: INDEC 1991-2002. Estadística Mensual. Índice de Precios al Consumidor.

<sup>15</sup> La hiperinflación representa una impresionante transferencia de ingresos hacia los más ricos: el 80% de los perceptores de ingreso pierde participación, pero las pérdidas son nefastas en los que tienen menos, que llegan al 2,6% y 3,4% respectivamente, perdiendo cerca del 30% de su participación porcentual. Durante los primeros años, la convertibilidad trajo una importante recuperación de la participación en la distribución del ingreso para los más pobres, aunque sin llegar a las cifras de 1980; año en el que el 10% más pobre (1º decil) se apropia del 3,6% de los ingresos mientras que los más ricos (10º decil) concentran el 25,9% de la riqueza; atenuándose los efectos concentradores de la hiperinflación al caer la participación de los más acomodados del 34 al 29%. Sin embargo, a partir de 1993 la situación del ingreso vuelve a deteriorarse para el 80% de la población al mismo tiempo que la riqueza se concentra en los más ricos, haciendo que la participación del 10% más pobre llegue a ser menor que en el período hiperinflacionario: 2,1%. La salida de la convertibilidad sigue la misma tendencia concentradora de los ingresos, bajando aún más la participación de los más pobres: 1,5%. Fuente: Encuesta Permanente de Hogares de INDEC, Evolución de la distribución del ingreso familiar per. capita, 1980-2002.

<sup>16</sup> 960.000/10.000.000 hogares Argentinos.

<sup>17</sup> Encuesta Permanente de Hogares de INDEC, Desocupación y Subocupación, 1980-2002.

<sup>18</sup> Cuando comienza la convertibilidad en 1991, aún después de las hiperinflaciones de 1989 y 1990, los desocupados son 5,3% de la PEA y aquellos que permanecen sin emplearse más de tres meses son cerca del 15% de aquellos. Al terminar la convertibilidad, en diciembre de 2001, la tasa de desocupación llega al 19% y el 26,8% de los varones, y el 23,3% de las mujeres sufren desocupación prolongada, la que se prolonga y profundiza en el 2002 hasta alcanzar al

un área urbana donde los alimentos se compran, sin empleo no hay ingresos, y por lo tanto no hay capacidad de compra y, además, porque son las mujeres con ingresos propios las que más aportan a la alimentación del hogar. Entonces, más que la desocupación abierta a nivel general, la desocupación de los jefes de hogar es un indicador de gran sensibilidad para la problemática alimentaria<sup>19</sup>. Dentro de los hogares donde ambos cónyuges tienen ingresos propios, los varones destinan a gastos propios un 22,6% de sus ingresos, casi tanto como a la comida familiar que es del 22,2%. El dinero masculino es particularmente importante en el gasto del mantenimiento físico de la casa, al cual destinan el 27%, que crece sensiblemente al privatizarse los servicios. El destino del ingreso de las mujeres, en cambio, se destina al mantenimiento del hogar y los hijos: alimentación 43%, salud 7,9% y educación 3,9% y en menor proporción para sí mismas, 10,8%. Dado que el destino primordial del dinero femenino es el rubro alimentación, toda reducción en los ingresos femeninos, incide directamente en el nivel de consumo alimentario de la familia. Si los ingresos caen y los precios de los alimentos suben, la pobreza, medida por línea de pobreza, es decir por los ingresos necesarios para adquirir una canasta básica de alimentos y servicios, aumenta.

Esta relación olvida a otro de los grandes actores en la seguridad alimentaria como es el estado que, a través de políticas públicas puede incidir en los precios de los alimentos, en el mercado de trabajo o compensar la caída de los ingresos. En Argentina existen cientos de acciones alimentarias, en su mayor parte programas asistenciales de entrega directa de alimentos. A pesar de los esfuerzos tendientes a diagramar una política alimentaria<sup>20</sup>, no existe trascendencia, en parte porque tratan la problemática desde el área de su competencia cuando, por su complejidad, una política alimentaria debe cortar transversalmente las acciones de varios ministerios abordando tanto la producción como la distribución y el consumo, y los efectos de éste, de manera de transformarse en una verdadera política de estado. Se llama política, a los programas de asistencia directa, concentrándose en los efectos y anulando el análisis de las políticas económicas que afectan indirectamente la alimentación al afectar la capacidad de compra. Como consecuencia de esta falta de visión política en el tema alimentario, el estado termina actuando procíclicamente: cuando hay un período de serenidad, reparte más y a medida que avanza la crisis

---

32% de los desocupados varones y al 25% de las mujeres. Fuente: Encuesta Permanente de Hogares de INDEC, Tasa de Desocupación Según Género, 1980-2001.

<sup>19</sup> Encuesta Permanente de Hogares de INDEC, Tasa de Desocupación, 1980-2001.

<sup>20</sup> Como ocurre durante la convertibilidad con el Plan Nacional de Acción para la Alimentación y Nutrición del Ministerio de Salud, y el Plan Social Nutricional de la Secretaría de Desarrollo Social.

alimentaria reparte menos; exactamente lo contrario de lo que sería social y nutricionalmente deseable<sup>21</sup>.

Desde 1991 las góndolas de supermercados se llenan de productos importados que compiten, algunas veces a precio de dumping, con los locales mejorando la capacidad de compra de la población al mismo tiempo que producen serios problemas en la agroindustria local incapaz de competir con productos alimentarios de calidad y altamente subsidiados por sus países de origen. Los productos más expuestos a la competencia externa, como la carne aviar, aumentan sus precios muy por debajo de la media, mientras que los flex: frutas y hortalizas, crecen pronunciadamente por encima, hasta que se desploman por la caída de la demanda. El tipo de cambio fijo tampoco

resulta neutral para la seguridad alimentaria, ya que alienta la importación de alimentos. La desregulación, prevé que la eliminación de las retenciones y toda forma de control se reflejan bajando los precios en el mercado interno. Esto no resulta así, la mayoría de los productos desregulados aumentan por encima del promedio inflacionario<sup>22</sup>. La política impositiva también afecta los precios de los alimentos



al llevar la alícuota del Impuesto al Valor Agregado, IVA, hasta el 21% y eliminar los alimentos exentos de tal impuesto que se limitan solamente al pan de panadería de 12 unidades y la leche entera. El IVA se transforma en un puntal de la recaudación con un carácter marcadamente regresivo, ya que este impuesto pesa proporcionalmente más en los consumidores pobres, quienes dedican el mayor porcentaje de su gasto a la compra de alimentos.

Las políticas de ingresos tampoco resultan compensatorias. La desregulación del mercado de trabajo y la eliminación de los aportes patronales inciden para que al fin del milenio el estado acompañe, antes que compense la caída de los ingresos de la población, aún reduciendo, hacia el 2001, el 13% de los ingresos de los jubilados y empleados públicos que ganan más de \$500 y \$1000 respectivamente. El salario social, es un componente importante de la política de ingresos, ya que el gasto público

<sup>21</sup> Aguirre Patricia: *Ricos flacos y gordos pobres*. La alimentación en crisis, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2004

<sup>22</sup> IPC INDEC, Evolución de los precios de los alimentos desregulados, Estadística mensual 1991-1997.

social, GPS<sup>23</sup>, per. Cápita aumenta entre 1941 y 1986 a una tasa promedio anual, muy superior al promedio del producto bruto interno por habitante anual. Pero, por los datos que existen, el GPS se mantiene en un porcentaje estable medido respecto del PBI; sin embargo, este último es extremadamente variable y registra crecimientos notables como el de 1993 a caídas también notables como las de 1995, 1999, 2001 y 2002. Además, a medida que crece la pobreza, este gasto público cae, ya que debe repartirse entre mayor número de gente<sup>24</sup>.

Rompiendo con décadas de un tipo de estado de bienestar, que entra en crisis y que sin duda debe modificarse, la respuesta liberal es que siendo el mercado el mejor redistribuidor, el estado solo debe actuar compensando sus fallas. Sus dos responsabilidades constituyen en: garantizar el libre funcionamiento del mercado, quien se encarga de orientar la producción y distribución del bienestar, y compensar las fallas del mercado asistiendo a aquellos que por su incapacidad no pueden integrarse al primer mundo. Esta visión conduce al redireccionamiento del GPS. Antes que programas de cobertura universal, como son los de salud y educación, que pretenden atacar las causas de la pobreza, se propician programas focalizados apuntados a compensar las faltas de los que quedan fuera del mercado. Consistentes con la visión del mercado como mejor redistribuidor se propicia la transferencia hacia los privados de los servicios asistenciales y educativos para la población que pudiera pagarlos, mientras el estado se reserva la atención de los indigentes. Este accionar puede ser operativo cuando hay un 5 o 10% de pobreza concentrada, pero cuando la pobreza es masiva y creciente, los programas focalizados que atacan los efectos de la pobreza, pero no sus causas, son totalmente ineficientes. Por otra parte, la insistencia en la ineficiencia del estado como administrador de la asistencia propicia una gestión tercerizada, cuya eficiencia también está en duda, con programas contratados directamente con ONGs, civiles y confesionales, y los organismos internacionales con sus propios objetivos, técnicos y presupuestos dependientes de la deuda externa, y ambos contribuyen a que las políticas contra la pobreza queden fuera del control del

---

<sup>23</sup> El GPS desde 1991 se utiliza como una variable clave de la política macroeconómica, ya que se considera que "un aumento del gasto público sin la correspondiente caída en el resto de los gastos o sin un aumento en la presión tributaria, puede llevar a un déficit presupuestario que provoque inflación" De hecho el GPS aumenta algunos años y el déficit también, sólo que no se enjuga con emisión monetaria, impedida por la Ley de Convertibilidad, sino con ingreso de capitales extranjeros. Fuente: Secretaría de Planificación Económica. Gasto Público Social. 1992.

<sup>24</sup> Secretaría de Programación Económica y Regional. Gasto Público Social en Alimentación y Promoción Social per/cap sobre pobreza. 1993-2001

estado, estalladas en miles de pequeños programas con objetivos propios, escasa financiación y menor coordinación<sup>25</sup>.

Desde el punto de vista alimentario, tanto el mercado por la reducción de la capacidad de compra, como el estado por la contracción del gasto público y la negativa ideológica para intervenir en aquel, contribuyen a hacer más restringido el acceso a la alimentación de un creciente contingente de personas. La Línea de pobreza mide la pauperización de la población en un momento dado en tanto depende fuertemente de los ingresos y los precios. En los primeros años de la convertibilidad la pobreza disminuye sensiblemente respecto al período hiperinflacionario anterior, 1991-1994, y desde allí comienza a aumentar. Entre los años 1995-2001 se presenta una de las situaciones más graves de la historia, ya que por primera vez aumenta significativamente la pobreza en un período de inflación nula, lo que se traduce como pobreza estructural. Esta transformación ha ocurrido por el aumento y permanencia de la desocupación, fuente de los ingresos, ya que los precios de la canasta se mantuvieron relativamente estables<sup>26</sup>.

A pesar de que todo esto verifica una crisis de acceso que impacta en la seguridad alimentaria a nivel macro, los agregados sociales no son pasivos: los hogares desarrollan estrategias domésticas que les permiten moderar, aunque no superar, la crisis de acceso. Estas estrategias son el punto clave de la seguridad alimentaria de los hogares y desde el punto de vista analítico constituyen el nivel microsocial del acceso<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Ministerio de Economía; Gasto Público Social Consolidado 1994-2003. López, A.; Evolución de la Pobreza 2002; Consultora X; Buenos Aires.

<sup>26</sup> Torrado, S.2003. *Historia de la familia en la Argentina Moderna*. Ediciones de la Flor. Buenos Aires

<sup>27</sup> Aguirre P. -1994. *Papel de las Estrategias Domésticas de Consumo en el Acceso a los Alimentos*. Simposio FAO/SLAN de Seguridad Alimentaria en los Hogares.

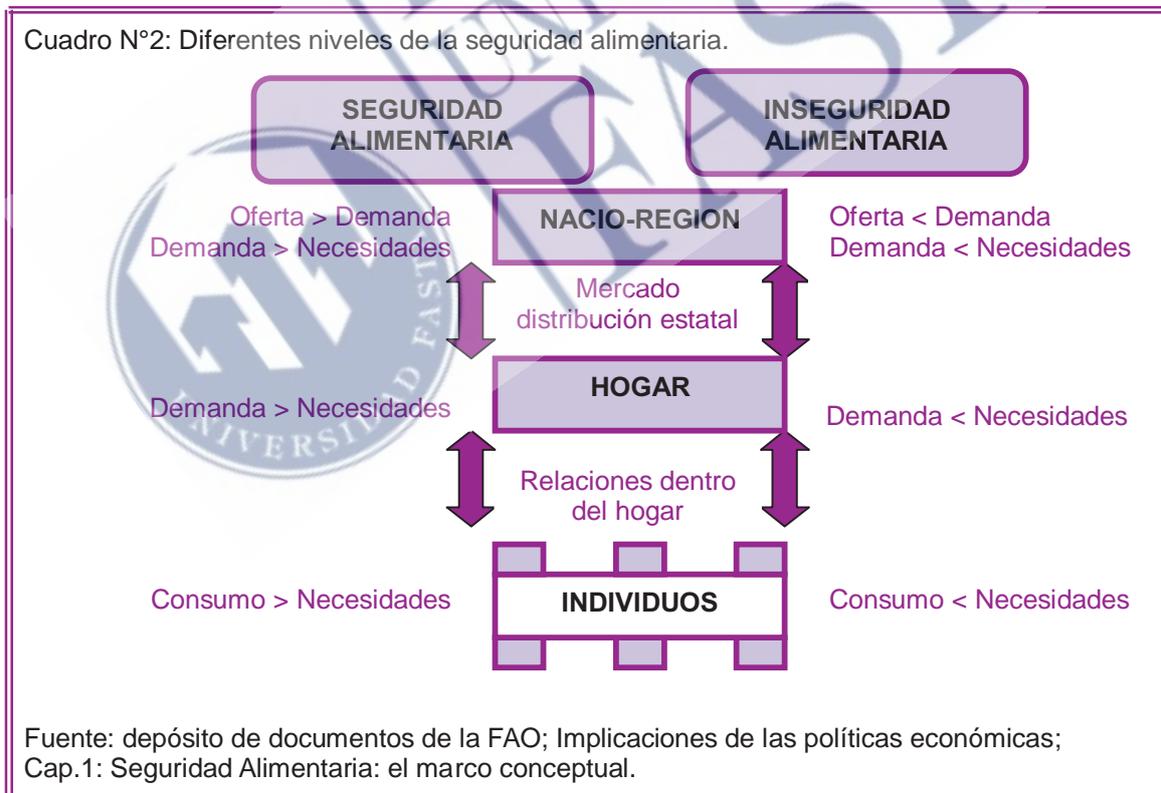
# Capítulo 2

*Seguridad  
alimentaria:  
nivel  
microsocial*



En el ámbito individual y familiar la inseguridad alimentaria es un reflejo de la falta de acceso suficiente a los alimentos, y aquí es donde se relaciona la seguridad alimentaria nacional y la familiar, lo que representa una de las cuestiones más difíciles e importantes que deben resolver los gobiernos de todos los países, problema que se agrava más por el hecho de que el acceso de los hogares a los alimentos es condición necesaria pero no suficiente para que todos los miembros del hogar tengan una alimentación adecuada y mejoren su estado nutricional ya que este depende de que se cumplan dos condiciones más: Cuidados apropiados y adecuada prevención y control de las enfermedades. Así, para el logro de la seguridad alimentaria familiar, debe ubicársela en un contexto amplio que muestre los diversos niveles organizativos en los cuales ésta puede enfocarse y las obligaciones estatales definirse; estos niveles son: el nivel global, nacional, comunitario o regional, familiar e individual pudiendo destacar y evaluar los componentes o factores que la componen, los cuales a su vez están influenciados por una diversidad de agentes posibles de usar como indicadores que hacen que la seguridad alimentaria tenga que ser analizada desde un entorno socioeconómico y político (ver cuadro N°2: )<sup>1</sup>.

Cuadro N°2: Diferentes niveles de la seguridad alimentaria.



Ningún marco conceptual es capaz de modelar todos los aspectos involucrados en el complejo proceso que determina la seguridad alimentaria de hogares; la

<sup>1</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación 1996. El estado mundial de la agricultura y la alimentación. Roma: FAO.

importancia relativa de un factor sobre otro varía de país a país, entre regiones dentro del mismo país, como también entre comunidades y entre hogares. Pero, sin embargo, la identificación de los factores de la seguridad alimentaria de hogares, las interrelaciones entre ellos y los mecanismos o procesos básicos que explican el comportamiento de los mismos, son conocimientos claves para el diseño de alternativas más eficientes y más efectivas que buscan su seguridad alimentaria<sup>2</sup>. La suficiencia de alimentos a través del mercado y de otros canales, constituye uno de los factores determinantes de la Seguridad Alimentaria y el bienestar nutricional familiar, ya que la disponibilidad de alimentos en los hogares requiere que éstos estén disponibles primero en los mercados locales, para lo cual es necesario que exista la producción, la acumulación de existencias y el comercio internacional de alimentos. Un fallo en cualquiera de estos eslabones contribuye a la inseguridad alimentaria<sup>3</sup>. Otro factor es la estabilidad de los suministros y el acceso, que para lograrse debe existir estabilidad de la producción y de los precios entre las diferentes zonas, como también una adecuada infraestructura de mercado, al igual que la capacidad de almacenamiento que afecta tanto la seguridad en el ámbito nacional como local y familiar<sup>4</sup>. El tercer factor es la capacidad de los hogares para adquirir los alimentos que pueden ofrecer el mercado y otras fuentes, lo cual depende de los niveles de ingresos y de los precios y de la infraestructura de mercado y carreteras. Dado la fragilidad de muchas economías rurales, los problemas con la accesibilidad, como los sistemas inadecuados de comercialización y/o distribución, pueden ocasionar serias afectaciones nutricionales. El acceso insuficiente de los hogares a los alimentos puede ser crónico debido a la pobreza o transitorio debido a malas cosechas, mal año ganadero, pérdida del empleo, problemas de importación, desastres naturales, etc.<sup>5</sup> Otro factor de gran importancia para garantizar la seguridad alimentaria es el cuidado adecuado a determinados grupos, en particular a los niños, que permita una correcta distribución intrafamiliar de alimentos, lo cuales consisten en la dedicación, en el hogar y en la comunidad, de tiempo, atención y ayuda para cubrir las necesidades físicas, mentales y sociales de los niños en crecimiento y otros miembros de la familia. Estos cuidados redundan en el uso óptimo de los recursos humanos, económicos y sociales. Particular importancia tiene la alimentación de los niños: amamantamiento y practicas de destete, lo cual depende del apoyo nutritivo y emocional de los que prestan

---

<sup>2</sup> Dehollaín P. 1995. Conceptos y factores condicionantes de la seguridad alimentaria en hogares. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*; 45 (1): 338-40

<sup>3</sup> Eide A, A. Oshaug and W. Eide 1992. Food security and the right to food in international law and development. New York: *UNICEF*; 1992, Vol. 1 (2)

<sup>4</sup> Frankenberger T R, and M K McCaston 1998. The household livelihood security concept. *Food, Nutrition and Agriculture*; 22: 30-5

<sup>5</sup> Chen R S and R W Kates 1994. World food security: prospects and trends. *Food Policy*. 19: 192-208

cuidados, en particular las madres por lo que se hace indispensable la educación materna; sin descuidar el apoyo de toda la familia al ser esta la unidad social económica de mayor responsabilidad para el bienestar nutricional por lo que hay que considerar las funciones, conocimientos, limitaciones de tiempo, ingresos y recursos y motivaciones de los miembros del hogar y de la familia en general. Un aspecto importante en los países en desarrollo es la distribución de los alimentos en los hogares; en ocasiones la suficiente disponibilidad de alimentos en los hogares no garantiza a todos sus miembros un consumo suficiente de los mismos, ya que se le da prioridad a determinados miembros de la familia de acuerdo con su posición en el hogar y no sus necesidades nutricionales. Para que los alimentos disponibles por la familia se repartan de acuerdo con las necesidades individuales primeramente tiene que existir el deseo de comprar alimentos específicos disponibles en el mercado o de cultivarlos para el consumo doméstico, esto está relacionado con los hábitos alimentarios, el control de los ingresos dentro de los hogares y los conocimientos nutricionales. En el ámbito de la comunidad es importante el disponer de una suficiente organización y prestación de cuidados de los grupos vulnerables, tanto directamente, evaluando la comunidad, sus propios problemas y decidiendo las medidas apropiadas; e indirectamente mediante la capacidad de la comunidad de sobrevivir en un ambiente ecológico y económico hostil. Además de la participación comunitaria otros mecanismos son los programas de alimentación, los subsidios alimentarios y los sistemas de seguridad social. Las personas desposeídas, los refugiados y las personas desplazadas son ejemplos particulares de grupos que dependen de la asistencia exterior para satisfacer sus necesidades nutricionales<sup>6</sup>. Y el último, pero no menos importante, factor que determina la seguridad alimentaria en una familia es la adecuada prevención y control de las enfermedades, que los alimentos sean suficientemente variados de calidad e higiénicos permite, a cada miembro de la familia que tenga un adecuado estado de salud, beneficiarse desde el punto de vista nutricional de los alimentos consumidos en lo cual influyen el control de los ingresos, las limitaciones de tiempo, los hábitos alimentarios y los conocimientos nutricionales. Para que la ingestión de alimentos de por resultado efectos nutritivos deseables el organismo debe estar libre de enfermedades, principalmente de infecciones, que reducen el apetito, la ingestión de alimentos, y aumentan la demanda metabólica y las pérdidas de nutrientes; ya que el estado de salud influye en la digestión, absorción y utilización biológica de los nutrientes, y depende, entre otras cosas, del estado nutricional de los mismos, de los conocimientos nutricionales, de las

---

<sup>6</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación/Organización Mundial de la Salud. 1992. Conferencia Internacional sobre Nutrición: Nutrición y desarrollo - una evaluación mundial -; 1992 Ag 18-24; Roma: FAO y OMS.

condiciones de salud e higiene en los hogares y comunidades<sup>7</sup> y de la atención recibida. Los servicios de salud contribuyen a mejorar el bienestar nutricional a través de las vacunas, servicios terapéuticos, rehidratación oral; además reforzándolos se puede promover más eficazmente la lactancia materna y prácticas apropiadas de destete, así como los cuidados en el hogar y la alimentación de los niños enfermos, cuidados apropiados antes del parto, servicios de asistencia en el parto, asesoramiento y enseñanza nutricional y apoyar estrategias apropiadas para la prevención de carencias de micronutrientes. En estos servicios de salud reviste vital importancia la Atención Primaria de la Salud responsable de los cuidados sanitarios comunitarios<sup>8</sup>.

A todo esto se debe agregar el factor tiempo ya que es éste quien determina el tipo de inseguridad alimentaria familiar. Dado que el hecho de garantizar la seguridad alimentaria de los hogares es una condición necesaria para mejorar el estado nutricional pero no es suficiente, lleva a distinguir en el plano familiar dos tipos de inseguridad alimentaria: la crónica y la transitoria<sup>9</sup>. La crónica se debe a una dieta insuficiente durante períodos prolongados a causa de la incapacidad mantenida de los hogares para adquirir productos alimenticios necesarios ya sea por las compras en los mercados o por la producción, y por ello tiene como origen la pobreza por lo que merece políticas de incremento del suministro de alimentos, orientación selectiva de la asistencia al desarrollo o las transferencias de ingreso a favor de los pobres y la ayuda a los mismos para que tengan mejor conocimiento de las prácticas de nutrición y salud<sup>10</sup>. La inseguridad alimentaria transitoria deriva de una disminución temporal del acceso a los alimentos necesarios por parte de los hogares, debido a factores como la inestabilidad de los precios, de los ingresos o del suministro de productos, la variación estacional de la producción y de los precios, los cambios repentinos en los mismos y en los ingresos, que de prolongarse puede convertirse en crónica y llevar al deterioro del estado nutricional. La inseguridad transitoria puede paliarse estabilizando los suministros y ayudando a los grupos vulnerables con programas de empleo de urgencia, transferencia de ingresos o alimentos<sup>11</sup>. Además cabe destacar las diferencias que se establecen entre la seguridad alimentaria de los hogares en zonas urbanas y rurales. En las zonas urbanas la seguridad alimentaria depende sobre todo

---

<sup>7</sup> Las condiciones de salud ambiental incluyen los problemas del agua contaminada, la evacuación insana de los desechos humanos y del hogar y la deficiente higiene alimentaria y personal en los hogares y en los lugares de elaboración y comercialización de alimentos.

<sup>8</sup> Jiménez Acosta S. 1994. Algunas consideraciones generales sobre la Seguridad Alimentaria. Tercer Seminario Internacional de Nutrición; 1994 Ag; Riobamba (Ecuador): ESPOCH.

<sup>9</sup> Maxwell S. and T R Frankenberg 1993. Household food security: Concepts, Indicators, Measurements: A technical review. New York: UNICEF/IFAD

<sup>10</sup> Jiménez Acosta S. *Op.cit.*

<sup>11</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. 1996. *Op.cit.*

del nivel de ingresos, y en las zonas rurales de la disponibilidad de los alimentos, de los precios que son función de la producción agrícola y además de las reservas y del comercio cuyos déficit provoca un aumento o la interrupción de los canales de distribución y por tanto Inseguridad Alimentaria, y de los ingresos que están determinados por las oportunidades de empleo<sup>12</sup>.

Los países más susceptibles a tener problemas de inseguridad alimentaria son los que tienen niveles de consumo de alimentos promedio muy bajos, los que presentan grandes oscilaciones en los suministros alimentarios unidos a un bajo nivel de consumo y los que tienen una gran proporción de habitantes pobres. Las características comunes socioeconómicas, agro-ecológicas, demográficas y educacionales constituyen factores de vulnerabilidad que operan simultáneamente en combinación para aumentar el riesgo. Las familias más vulnerables a la inseguridad alimentaria son aquellas más sensibles a la degradación del medio ambiente, pobres condiciones sanitarias, contaminación y superpoblación (ver cuadro N°3). La razón por la cual, a pesar de los adelantos de la ciencia y de la tecnología y de los esfuerzos individuales de los gobiernos y de organismos en desarrollo, hay aún, tanta gente hambrienta es por la inequidad, tanto entre individuos en una misma región o país como entre países<sup>13</sup>. Los riesgos aumentan en los niños de campesinos sin tierras, de trabajadores ocasionales y son mayores en las regiones áridas que en las húmedas. Los niños en los primeros años de la vida son los más vulnerables a la inseguridad alimentaria y a los riesgos nutricionales como lo indican las tendencias de mortalidad, de ahí la necesidad de garantizar el acceso a los alimentos.

Cuadro N°3: Familias más expuestas a la inseguridad alimentaria.

Familias encabezadas por campesinos pobres con producción marginal o inadecuada de alimentos.
Núcleos familiares con mujeres al frente.
Núcleos familiares con gran número de integrantes.
Núcleos familiares situados en áreas ecológicamente desventajosas.
Núcleos familiares con ingresos muy bajos para permitir el acceso a suministros de alimentos adecuados en calidad y cantidad.

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. 1995.

<sup>12</sup> Delgado H. 1996 Seguridad alimentaria y nutrición en hogares rurales y urbanos: Experiencias en la región centroamericana. Guatemala: INCAP/OPS.

<sup>13</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. 1996. *Op.cit.*

Con determinados niveles de seguridad alimentaria familiar y de higiene del medio algunas familias y niños tienen mejor nutrición que otros. Un elemento fundamental está en la capacidad de las mujeres para prestar cuidados alimentarios, lo cual está en íntima relación con el tiempo disponible, los conocimientos nutricionales, el control de los recursos del hogar y la existencia de determinados bienes de consumo y de servicio. Las mujeres de los hogares pobres son más susceptibles al deterioro de los ingresos y su volumen de trabajo se ve más afectado por situaciones tales como, la falta de salud, empeoramiento de los precios, acceso a los servicios<sup>14</sup>.

Otro punto importante a considerar en la seguridad alimentaria familiar son las estrategias domésticas de consumo alimentario<sup>15</sup>, las cuales no son individuales sino del agregado social: hogar o familia o unidad doméstica, porque allí se realizan los más importantes y significativos eventos para la alimentación de las personas, quienes deciden en conjunto, con todas las negociaciones culturalmente admitidas, el destino de los ingresos y egresos, la preparación, distribución y consumo de los alimentos, todo esto justificado por creencias y valores acerca de que se debe o puede comer. Con esta posición, Argentina, se sitúa en la órbita teórica latinoamericana diferenciándose de las concepciones economicistas europeas ligadas a la teoría de la elección racional que consideran la estrategia familiar como la suma de las estrategias individuales, porque a pesar de que son los individuos los que actúan, sus prácticas están fuertemente condicionadas por las decisiones del colectivo, así se explica que haya estrategias familiares que condenan a alguno de sus miembros, como el caso de la madre sacrificada<sup>16</sup>. Al hablar de estrategias estamos hablando de elecciones entre

---

<sup>14</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. 1995. Cuestiones relacionadas con la pobreza rural, el empleo y la seguridad alimentaria. Cumbre Mundial sobre el desarrollo 1995 Mar 6-12; Roma: FAO

<sup>15</sup> Las estrategias domésticas de consumo alimentario son las prácticas que los agregados sociales realizan en el marco de la vida cotidiana para mantener o mejorar la alimentación y las razones, creencias y sentidos que se aducen para justificarlas. Éstas, permiten comprender cómo y por qué fueron cambiando las formas de comer y qué efectos tuvieron estos cambios en la población. Las estrategias no hacen referencia a la prosecución intencional y planificada de metas calculadas, sino al despliegue activo de conductas, líneas de acción y prácticas, orientadas a la obtención de satisfactores, respecto de la alimentación, y que obedecen a regularidades socialmente inteligibles para el investigador, aunque no necesariamente evidentes para los agentes que las realizan. Las estrategias se desarrollan en la práctica por ensayo y error, alimentadas por los resultados de la experiencia familiar y del entorno de amigos, vecinos e iguales. Más que racionales, en el sentido de conscientes de fines y medios, son razonables esos sentidos prácticos de los que habla Bourdieu. Es decir, que las estrategias son conductas o cursos de acción, posibles y probados, que se observan por sus resultados y se mantienen en el tiempo largo del ciclo de vida, diferenciándolas de los arreglos coyunturales que se efectúan en el corto plazo para superar un evento puntual. Por ejemplo, no comprar tomates porque aumentó el precio es un arreglo coyuntural; reducir el consumo de frutas y verduras porque en la década han mantenido los precios relativos más caros es una estrategia. Fuente: Bourdieu P, 1995. *Razones Prácticas*. Taurus. Antropología. Madrid

<sup>16</sup> Garrido Medina L, Gil Calvo E, 1993. *Estrategias Familiares*. Alianza Editorial. Madrid.

diferentes cursos de acción posibles de realizar, pero estas elecciones no son libres ni infinitas. Los hogares deciden dentro de un limitado espectro de posibilidades, tanto más limitado cuanto más pobre sea el hogar, y esto no se refiere sólo a los recursos materiales sino también respecto a las representaciones, las cuales se delinearán en función de futuros posibles, siempre pensados en relación a las condiciones objetivas del presente.

Con el correr del tiempo se observa una disminución del consumo de alimentos por parte de las familias Argentinas más pobres, y la pérdida de participación de la mayoría de los alimentos con excepción de los cereales, tubérculos, azúcares, aceites y carnes grasas que, sustituyen a los de mayor densidad nutricional, como: carnes magras, lácteos, frutas y verduras que se dejan de consumir. Los consumos según sectores de ingresos indican, que a medida que aumentan los ingresos, no solo se come más, también se come distinto. El último quintil de ingresos no sólo come casi el doble en volumen que el primero, sino que su principal consumo son las frutas y verduras, le siguen los cereales, lácteos, carnes magras y gaseosas<sup>17</sup>.

La diversificación de las formas y fuentes de los ingresos asegura que, al no depender de una cadena única, las pérdidas puedan ser compensadas. Respecto de las formas de los ingresos, en la pobreza, las mezclas de ingresos monetarios y en especie amortiguan las restricciones salariales. Los trabajadores del mercado informal: ambulantes, peones, changarines, personal doméstico, etc. tienen posibilidad de obtener parte de sus ingresos en especie. Son generalmente los trabajadores secundarios los que aceptan cobrar en especie, porque cuanto menor es el monetario, mayor es la dependencia respecto del empleador, y menor la posibilidad de vertebrar una estrategia de consumo independiente. Sin embargo, a medida que la gente se empobrece, la elección de trabajar y producir a cambio de mercaderías se convierte en una opción aceptable, y a veces la única posible. Esta se complementa con los clubes del trueque que permiten a hogares, que nunca antes han soñado salir del circuito monetario, intercambiarlos. Las fuentes de donde provienen los ingresos son múltiples y variadas: mercados de trabajo urbanos formal e informal, asistencia social provista por el estado, redes de ayuda mutua, autoproducción. Las cuentas nacionales, al registrar solamente los ingresos monetarios, reflejan sólo una parte de las pérdidas de los sectores pobres. La declinación es aún más notoria de lo que esas cifras muestran puesto que a la regresividad en la distribución del ingreso y al aumento de la

---

<sup>17</sup> EGIH –INDEC, Comparación de los Consumos en las Encuestas de 1985 y 1996

desocupación se suma el deterioro en el gasto público social que impide que la asistencia compense su caída<sup>18</sup>.

La esperanza de todas las unidades domésticas pobres es colocar a todos sus integrantes en el mercado formal, ya que ello les asegura un flujo de ingresos con estabilidad al mismo tiempo que prestaciones de salud y cobertura previsional en el futuro. Desde el primer tramo de la convertibilidad hay un gran movimiento en pos de formalizar el trabajo en negro, que pocos años después se revierte aumentando la precariedad del empleo en el sector formal, con la flexibilización laboral que, termina diferenciándose muy poco del mercado informal. La alternativa de los hogares pobres y no-pobres frente al desempleo abierto es el subempleo en el sector informal o el sobre-empleo en ambos sectores. En realidad toda la sociedad logra mantener algún nivel de ocupación a costa de la precarización y la informalización del empleo. Dentro del mercado de trabajo informal, y a medida que aumenta la pauperización del sector de ingresos medios que son sus consumidores, también decrecen el empleo doméstico, la venta ambulante, la producción en pequeños establecimientos, el trabajo a destajo, la producción o los servicios de baja calificación y corta duración pactados directamente con el empleador como las changas, pero crecen el reciclado de basura: cirujeo y una amplia gama de actividades ilegales. Los ingresos obtenidos en este sector, más bajos que los del sector formal, siguen la caída generalizada. Por eso, no es extraño que ante salarios menguantes y el sesgo sexista de la desocupación, los hogares pobres hayan privilegiado, sobre todo en el ciclo expansivo de la vida familiar, la función materna de la mujer frente a su función como trabajadora<sup>19</sup>.

Otra fuente de ingresos es la asistencia alimentaria tanto del estado: nacional, provincial y municipal, como de Organizaciones No-Gubernamentales, ONGs. La explotación de esta fuente de recursos está a cargo de las mujeres-madres que invierten su tiempo y su energía en tramitar la gestión burocrática de la educación, la salud y la alimentación subsidiada. A medida que los ingresos de las familias y las partidas de la asistencia se reducen esta gestión se hace más difícil, exigiendo más trabajos para entrar y permanecer en los

Imagen N°4: Función materna



Fuente: [www.fao.org](http://www.fao.org)

<sup>18</sup> Daniel R. Petteta; Evolución epidemiológica de la pobreza urbana en la Argentina: el impacto sobre indicadores demográficos, educativos y laborales; *Pobreza y desarrollo infantil*. Jorge A.Colombo, 2007

<sup>19</sup> Becaria, L.; *Hay que crear empleos de calidad*; Buenos Aires, Cambio Cultural; 2002

planes. La participación, a medida que avanza la pobreza y disminuyen las prestaciones se convierte en un elemento indispensable, no sólo para el funcionamiento de los programas asistenciales que suman fuerza de trabajo gratuita, sino para que los caudillos locales aseguren el control social a través del clientelismo político. Por eso los programas que en 1991 pasan por entregas de cajas o cheques para que la familia organice sus comidas, luego se convierten en comedores dependientes de instituciones o en Planes Trabajar, bajo el control directo de los punteros locales. A medida que la asistencia se transforma en clientelismo su gestión pasa de las mujeres a los varones. De todas formas, en ningún momento el aporte de la asistencia del estado a los ingresos de los hogares pobres, aún si reciben todos los programas simultáneamente, supera el 10% del ingreso medio del hogar<sup>20</sup>.

Cuando los ingresos se reducen y la asistencia se hace más discrecional, los hogares aumentan la confianza en la ayuda que pueden recibir, no de un estado en retirada, sino de su propio entorno. Así, cultivan sus redes de ayuda mutua, que son relaciones de amistad, vecindad o parentesco basadas en la confianza. Estas redes de relaciones forman un verdadero sistema de seguridad social que canaliza la solidaridad mutua en forma de mensajes, bienes y servicios que se desplazan desde los miembros y los hogares que tienen más, hacia los miembros y los hogares que tienen menos, quienes, a su vez, devuelven los favores recibidos a sus vecinos, amigos o parientes cuando mejora su situación o aquellos se encuentren necesitados. Puede dudarse de la eficacia de las redes cuando la crisis es generalizada, puesto que son sistemas de seguridad entre pares. Sin embargo, existen registros que, en momentos de crisis incrementan su participación en la estructura del gasto. Pero hacen esto a expensas de la realización de los activos del hogar, es que esta es la forma que adquiere la acumulación en la pobreza<sup>21</sup>. Sin embargo, ante crisis prolongadas como la destrucción de puestos de trabajo que convierte a los desocupados en inempleables, sólo la solidaridad de aquellos comprometidos por relaciones de afecto y confianza mutua puede mantener a vecinos, parientes o amigos durante largo tiempo, sacando recursos del propio hogar para cederlos a los que están peor. Cuanto más densa, numerosa y heterogénea es la red de relaciones del hogar,

---

<sup>20</sup> Cafiero J.P., Godoy D.O., "Intervención eficaz sobre los programas nutricionales de la población desde la política pública". La experiencia de la Estrategia de Intervención Nutricional desde el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Bs. As durante los años 2004-2005. *Pobreza y Desarrollo Infantil, Una contribución multidisciplinaria*. Ed. Jorge A. Colombo. Buenos Aires. 2007

<sup>21</sup> Cuando recomienza el crédito se compran electrodomésticos, cuya tenencia es criticada por los no pobres, desconociendo que su función es malvenderlos ante la necesidad: un TV color o un audio moderno se hacen plata rápidamente para afrontar crisis puntuales, como la operación de un hijo. Fuente: Aguirre, P; *Seguridad alimentaria. Una visión desde la antropología alimentaria*; Desarrollo Integral en la Infancia: El Futuro Comprometido. Fundación CLACYD- Córdoba 2004

mayores son las posibilidades de que contribuya exitosamente al sostén de alguno de sus miembros. Pero cuando más hogares entran en crisis, difícilmente las redes puedan sostener a un gran número de demandantes. Aún sin recursos, la función de sostén psicológico de las redes se visualiza en el mensaje de afecto, valorización y esperanza que realizan los amigos y que es un elemento clave de la supervivencia. Por eso los pobres aseguran con prestaciones y contraprestaciones sus redes de relaciones, porque tienen confianza que lo que han dado volverá cuando estén en las malas, pero no de la misma forma en que fueron dados sino convertidos en los bienes o servicios que necesiten junto al mensaje de afecto que garantiza que no están solos<sup>22</sup>.

Otra fuente de ingresos es la autoproducción: caza de pequeños animales o la producción en huertos y gallineros domésticos. Sin embargo, en un área urbana las posibilidades de cazar o mantener una huerta o un gallinero son escasas. A diferencia de otros países donde la huerta es un complemento importante de la alimentación, en Argentina su mantenimiento es costoso sobre todo en términos de la sobreexplotación de las mujeres pobres. Porque donde el agua se obtiene de canillas públicas y llega a las casas por acarreo, el aporte calórico final de las verduras cosechadas no llega a cubrir el gasto energético empleado en regarlas. Además, se debe tomar en cuenta que la tierra sobre la que se asientan los más pobres esta fuertemente contaminada por las fábricas que han vertido sus desechos desde hace décadas sin ninguna responsabilidad ecológica<sup>23</sup>. También hay que considerar que la mayoría de los más pobres se han asentado en terrenos tomados, normalmente espacios vacíos y tierras fiscales que se encontraban bajo la inundación, por eso estaban vacíos, lo que obliga a los que desean mantener una huerta a airear y abonar la tierra después del reflujó del

Imagen N°5: Huerta urbana.



Fuente: [www.inta.gov.ar](http://www.inta.gov.ar)

agua. Por añadidura, las familias pobres no pueden cercar la huerta como no sea con cerco de palo, por lo que las verduras son sistemáticamente contaminadas por los animales vagabundos, robadas por los caminantes nocturnos o destruidas por los niños deambuladores. Finalmente, las huertas compiten con el espacio disponible para la familia. En su mayoría, las casas más pobres se componen de un único ambiente

<sup>22</sup> Gamboa, N.; Cordero, A.; Las redes de ayuda mutua: mecanismos de sobrevivencia; *Revista de Ciencias Sociales*. Universidad de Costa Rica, 1989 JUN; (44).

<sup>23</sup> En el arroyo Las Piedras (S. F. Solano, Quilmes), un análisis realizado por CONICET arrojó contaminación con nitritos, nitratos, arsénico y aún un mineral radioactivo como el Celsio.

que hace las veces de cocina comedor y dormitorio, de manera que gran parte de la vida se realiza en los terrenos adyacentes: el juego de los niños, el lavado de ropa, aún el depósito de materiales para ampliar la casa se realiza a cielo abierto. A pesar de la función cultural de la huerta, desde el punto de vista alimentario, sopesando costos y beneficios, no resultan eficientes. Por eso la cantidad de huertas descende a medida que descenden los ingresos y los más pobres directamente no la cultivan a pesar de los esfuerzos del estado en promoverlas<sup>24</sup>.

Por la misma razón que tratan de diversificar las fuentes de ingresos, las familias pobres diversifican las fuentes de abastecimiento. Existen dos cadenas de abastecimiento alimentario: el circuito formal de ferias, almacenes, supermercados, panaderías, etc. que venden productos industrializados y sufren alguna forma de control sanitario y fiscal, y el circuito informal, tanto más importante cuanto más nos alejamos del centro hacia la periferia, de locales multifunción, vendedores ambulantes y quintas. Este comercializa, junto a productos industriales, otros de producción casera como: verduras, pan, aves, quesos, conservas; sobrantes de la industria alimentaria como: huesos con carne, carcasas de pollo, patas de cerdo, etc.; y alimentos provenientes de establecimientos clandestinos que operan sin control bromatológico alguno. Este circuito informal funciona a través de locales multifunción que concentran en un solo lugar varios rubros: almacén, carnicería y bar. Tienen en pequeña escala, poco stock y modalidades de crédito adaptadas a las posibilidades de sus clientes, quienes valorizan más la oportunidad de la compra y el plazo hasta el pago, que el interés sobre la deuda que suele ser altísimo. También opera a través de vendedores ambulantes, o en el caso de las carnes, los productos de mataderos clandestinos se comercializan a través de las carnicerías formales que usan esta mercadería para abaratar sus precios<sup>25</sup>. Esta modalidad mixta, que combina la producción informal con la comercialización formal, sigue siendo informal y con enorme peligro en la seguridad biológica. Los precios en el mercado informal suelen ser más baratos para algunas mercaderías, de producción primaria, y más caros para otras, como los productos industrializados que a veces se compran en locales minoristas y se revenden, y

---

<sup>24</sup> Baumgartner, B y Belen, H. A systematic overview of urban agriculture in developing countries. Pág. 4. EAWAG. Swiss Federal Institute for Environmental Science. Setiembre, 2001.

<sup>25</sup> La población pobre no reconoce que la carne vacuna pueda provocarle mal alguno. En cambio está alerta respecto a las "otras" carnes, como por ejemplo al cerdo como transmisor de triquinosis o la carne aviar sospechosa de contener hormonas. Pero la carne vacuna carece, en la representación popular, de enfermedades que afecten al ser humano. Los datos sobre la aftosa se ven como un problema político de colocación de las carnes argentinas en el mercado europeo; de hidatidosis, ántrax o brucelosis no se tiene registro. Se sabe, en cambio, que no hubo casos de "vaca loca" en Argentina, lo que confirmaría que "nuestra carne" es intrínsecamente sana. Por lo tanto comprar carne barata, aunque se sospeche que proviene de mataderos clandestinos, no configura, en la visión popular, ningún riesgo. Fuente: Aguirre P (2003) *Op.cit.*

dependen en alto grado del saber comprar del cliente y su posibilidad de pagar en efectivo. De más está decir que parte del buen precio depende de la falta de controles, de manera que los compradores, que no desconocen esta característica cambian buen precio por riesgo para su salud. A partir de 1994 aparece lo que se ha dado a llamar el mercado de los pobres, de la mano de la distribución supermercadista. Las grandes superficies que, concentran su oferta en los sectores de ingresos altos y medios, abriendo sucursales en lugares claves para el acceso de sectores de ingresos bajos. Para acceder a esta población deben modificar la oferta; aparecen así las marcas del distribuidor segundas y aún terceras marcas que abaratan los alimentos industrializados, agregándole mayor tenor graso y mayor nivel de azúcar que el mismo producto destinado al sector de ingresos medios o altos<sup>26</sup>. La explotación de este nicho de mercado permite a la gran distribución captar una población numerosa y a los hogares pobres abaratar sensiblemente su canasta de consumo, sentirse clientes y no discriminados en los supermercados, por lo menos los de su zona. Junto con esto, la extensión del mercado formal hace retroceder el mercado informal anulando cada vez más esta alternativa, que en momentos de crisis es importante. Además, se registra una modificación del mercado informal que pasa de comercializar productos a comidas, intentando cubrir el espacio que brindan los cambios en la comensalidad: cada vez más gente toma por lo menos una comida fuera del hogar, y la caída de los ingresos hace que cada vez menos trabajadores puedan pagar por una mesa. En la gente pobres, la importancia del precio a la hora de seleccionar sus alimentos; logra mayor cantidad, sin tomar en cuenta la densidad, de alimentos que cuesten menos. La estrategia de los hogares es invertir la energía de las mujeres en la búsqueda de los mejores precios en todos los circuitos<sup>27</sup>. Si se comparan los precios de los alimentos que marcan las canastas de los pobres<sup>28</sup>, respecto de aquellos que predominan en las canastas de los sectores de mayores ingresos<sup>29</sup>, se puede comprender, con la lógica del ama de casa pobre, la razón para elegir los primeros<sup>30</sup>. Es extraño que en un país

---

<sup>26</sup> Si se establece una comparación entre las galletitas Gold Mundo (segunda marca) que tiene un 19% de grasa declarada, y las Terrabussi (primera marca) con un 13% de grasa declarada, se observa que el aumento de precio de las Gold Mundo es de 1%, mientras q el de las Terrabussy es del 60%. Fuente: Tabla de Composición Química de los Alimentos CESNI 1993 e IPC INDEC

<sup>27</sup> Esta conducta en 1991 permite abaratar la canasta de consumo un 38%, en 1995 un 22% y en 1999 un 27%. Fuente: INDEC, Encuestas de Gastos e Ingresos de los Hogares.

<sup>28</sup> Pan, fideos y carnes del cuarto delantero como la carnaza.

<sup>29</sup> Frutas y verduras

<sup>30</sup> Con el precio de 1 Kg. de lechuga se compran cerca de medio kilo de carne, casi 800 gr. de fideos secos o entre 1,300Kg. y 800 gr. de pan. Con esos precios y donde cada centavo cuenta, elegir una verdura o una fruta que tienen categoría de acompañamiento, frente a una carne roja que tiene categoría de comida por su valor nutritivo, simbólico y social, equivale a una irracionalidad. Fuente: IPC de INDEC: Kg. de carnaza, fideos y pan, equivalentes al precio de 1 Kg. de lechuga, tomates, manzanas y duraznos desde 1980

de clima templado los productos fruti hortícolas tengan precios comparables a la carne bovina que necesita un proceso industrial más caro y complejo: transporte, faena, cadena de frío, etc., además del tiempo de crianza del animal, pero estas son relaciones históricas y mientras no cambien las características de la comercialización fruti hortícola, sus productos llegan al consumidor a un precio igual o superior a la carne, lo que hace que los pobres no los prefieran<sup>31</sup>.

Desde hace milenios los humanos han descubierto que la organización doméstica es un comportamiento estratégico que permite optimizar los recursos disponibles y el tamaño de la misma ha dependido del sentido del flujo de los ingresos. Cuando los ingresos fluyen de los hijos a los padres se tiende a tener familias numerosas, incluso a captar miembros a través de la adopción o del parentesco ampliado. Cuando este flujo es al revés, los padres elijen tener familias más pequeñas, con pocos niños, buscando calidad antes de cantidad de hijos. Las familias pobres son numerosas y tienden a captar miembros ya que los niños desde muy jóvenes generaban ingresos. La actividad de los niños, aún cuando no son trabajadores que perciben un salario, permiten mejorar la calidad de vida de la familia, a veces a expensas de su educación, lo que termina condenándolos a ocupaciones de baja calificación. De manera que para aumentar los recursos del hogar actual, se reproduce el círculo de pobreza para la generación futura. Al beneficio de ingresos hay que sumarle el beneficio de seguridad. Es que

Imagen N°6: Familia pobre.



Fuente: [www.periodicoelpulso.com.co](http://www.periodicoelpulso.com.co)

con una pobrísima cobertura para la vejez, cuantos más hijos, mayor es la posibilidad de que varios de ellos contribuyan al sostenimiento de padres ancianos. Estos beneficios de ingreso y seguridad recién se obtienen a partir del cuarto hijo. Frente a estos beneficios, los costos de mantenimiento de una familia numerosa, en la pobreza, están atemperados por la contribución del estado, en forma de educación y salud pública, asistencia alimentaria, vacaciones sociales y asignaciones familiares. El creciente deterioro de la ocupación y el ingreso de las mujeres generan que los costos de oportunidad, el ingreso que la madre deja de percibir en el tiempo que dedica al niño, sean cada vez más bajos, haciendo que las familias grandes no sean funcionales, de manera que el manejo de la composición doméstica en pobres y ricos tiende a reducir el tamaño de la familia, pero se advierte sus consecuencias a largo

<sup>31</sup> Aguirre P.; Papel de las estrategias domésticas de consumo en el acceso a los alimentos. Archivos Latinoamericanos de Nutrición; 1995.

plazo en los más pobres. La híper-desocupación a partir de 1993, modifica el sentido del flujo de ingresos de los hijos hacia los padres, porque estando los progenitores desempleados ellos realizan más eficazmente las tareas antes destinadas a los jóvenes; por lo que el tamaño del hogar comienza a reducirse, pero con el riesgo de que los hogares pequeños de hoy no puedan mantener a los que hoy son padres adultos cuando llegue su vejez, sin que exista ninguna otra fuente para ellos debido al colapso de la seguridad social<sup>32</sup>.

Para combatir la inseguridad alimentaria familiar, se trata de crecimiento económico donde resulta más posible poner en práctica medidas que aumenten la equidad para lo cual en los países subdesarrollados el sector agrícola constituye la fuente directa o indirecta de supervivencia de una gran parte de la población. Son importantes las acciones a todos los niveles, sin embargo tanto como sea posible la acción debe generarse en directa respuesta a las necesidades según se identifiquen por y para las familias. Manteniendo presente que la seguridad nutricional para los miembros individuales es la última meta, se debe establecer además de la suficiencia, la estabilidad y el acceso, los cuidados y la adecuada prevención y control de las enfermedades para el logro de la seguridad alimentaria y nutricional. Por ello cada condición o componente puede y debe definirse y ser elaborada operacionalmente en todos los niveles y se debe tener presente que al nivel doméstico todas las condiciones deben estar presente simultáneamente para el máximo efecto de la seguridad nutricional del individuo<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Por el contrario, en los hogares más acomodados son los padres quienes transfieren ingresos hacia los menores, cuya entrada al mundo del trabajo esta retrasada por la búsqueda de mayor nivel educativo. Esta inversión esta justificada porque les permite lograr mayores salarios. La seguridad en la vejez, en tanto, no se consideraba garantizada por los hijos sino por la acumulación. Los costos de mantenimiento y de oportunidad de los hijos de los sectores de mayores ingresos son altos, tanto por los gastos que demanda la educación, salud, esparcimiento, etc. privados, como por los empleos calificados de las mujeres. Fuente: Torrado, S.2003. *Historia de la familia en la Argentina Moderna*. Ediciones de la Flor. Buenos Aires.

<sup>33</sup> Young F. 1994. The structural causes of infant mortality decline in Chile. *Social Indicators Research*; 32: 133-52

# Capítulo 3

*Problemática  
nutricional,  
e  
intervención  
desde la  
política  
pública*



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
DEL ESTE



Desnutrición no es sinónimo de falta de comida únicamente, es producto del cúmulo de circunstancias adversas que rodean la vida. El adecuado desarrollo cognitivo, emocional y el crecimiento somático de un niño dependen de factores ambientales, nutricionales, infecciosos y genéticos, que actúan desde el momento de la concepción y algunos de los cuales son predecibles aún antes, según quienes sean los futuros progenitores y el medio ambiente en el que le toca vivir<sup>1</sup>; con seguridad los hijos de padres adolescentes en un medio de pobreza extrema son más vulnerables que los niños concebidos y nacidos en circunstancias favorables; ya que carecen de maduración adecuada como para cuidar y asegurar el crecimiento de un niño y proporcionarle la correcta estimulación. Más aún, cuando provienen de hogares muy pobres y poco educados, el embarazo los obliga a adoptar roles adultos muy tempranamente, con lo cual el abandono escolar es altamente prevalente, agravando la situación de marginación transmitida al recién nacido<sup>2</sup>. La pobreza es la primera razón de sufrimiento, enfermedad y muerte en la humanidad de hoy. La inadecuada alimentación y la desnutrición están estrechamente relacionadas con la pobreza, que es, su principal causa, por la mala calidad de alimentos que reciben o que pueden comprar<sup>3</sup>. Si se reconstruye la historia de vida de los más de 400.000 jóvenes que hoy no estudian ni trabajan, se encuentra que la enorme mayoría de ellos provienen de hogares pobres, con padres desocupados o subocupados y con bajo nivel de instrucción. Asimismo, 10% a 15% de ellos han nacido con bajo peso. Luego, entre los tres y cuatro años, solo una pequeña proporción ha estado expuesta a experiencias de aprendizaje y socialización en centros de desarrollo infantil, e incluso, cerca del 15% no han cursado el preescolar antes del ingreso al primer año de educación general básica. Finalmente el 20% presenta problemas de repitencia y termina abandonado la escuela antes de concluir el ciclo primario, lo cual representa un obstáculo prácticamente insalvable para que pueda incorporarse al mercado laboral. De esta manera se cierra el círculo de reproducción intergeneracional de la pobreza. Actualmente en Argentina existen más de 3 millones de niños y niñas en situación de pobreza que se encuentran recorriendo un camino similar al descrito<sup>4</sup>. La crisis del año

---

<sup>1</sup> Grantham-McGregor, S.M. "Relationship between physical growth, mental development and nutritional supplementation in stunted children: the Jamaican study", *Acta Paediatr*, 1995, 84: 22-29.

<sup>2</sup> Sameroff, A.: "Environmental context of child development", *Paediatrics*, 109: 192-200.

<sup>3</sup> O'Donnell, A.M.: "Una visión de la problemática nutricional de los niños argentinos", en A.M. O'Donnell y E. Carmurga (eds.): *Hoy y Mañana. Salud y calidad de vida de los niños argentinos*, Publicación CESNI n°18, 1998, p. 100-195.

<sup>4</sup> En el informe publicado por el INDEC, correspondiente al segundo semestre del 2005, los porcentajes presentados para un total de 28 aglomerados urbanos indican que se encuentran por debajo de la línea de pobreza 1.746.000 hogares, que incluyen a 7.921.000 personas. En ese conjunto, 594.000 hogares se encuentran a su vez, bajo la línea de indigencia, lo que supone 2.848.000 personas indigentes, es decir, sin ingresos suficientes para cubrir las

2001, puso a la luz las consecuencias de un modelo económico y social que, a lo largo de los últimos años, produce niveles de pobreza, exclusión e inequidad sin precedentes y cuyas principales víctimas son los niños y niñas, quienes ven vulnerados sus derechos más esenciales e hipotecado su futuro<sup>5</sup>. Esos años muestran la paradoja más grande de todos los tiempos: Argentina, uno de los productores de alimentos más importantes del comercio mundial, no puede asegurar una alimentación digna a sus habitantes, florecen entonces, comedores sociales, comunitarios, de organizaciones religiosas y sindicales. Las escuelas sensibles a la crisis del hambre aportan sus aulas para brindar ayuda alimentaria. La familia, empobrecida, sin trabajo, va perdiendo el rol de construir un hogar: juntarse en la mesa para compartir el alimento queda en el olvido. La comensalidad familiar, es decir, la alimentación compartida por los integrantes de la familia, pasa a ser un objeto de política concreto, para que la crianza de los chicos no pierda el don del vínculo a través de la palabra, el diálogo, el sinceramiento de la crisis en la profundidad del drama familiar<sup>6</sup>. Llega, ONG Acción contra Hambre<sup>7</sup> en respuesta a esa crisis económica, alimentaria y social que conmociona al mundo, abocándose al desarrollo de proyectos de seguridad alimentaria y nutrición<sup>8</sup>. Dicha intervención aporta conocimientos de gran valor respecto a la situación nutricional de la infancia en las zonas pobres del país, encontrándose en total concordancia con lo observado en otros estudios poblacionales

---

necesidades alimentarias mínimas. Fuente: INDEC, *Encuesta permanente de Hogares. Población de menores de 14 años según incidencia de la pobreza y la indigencia. Total 28 aglomerados urbanos, regiones estadísticas y agrupaciones por tamaño. Primer semestre del 2005*, <http://www.indec.gov.ar/>.

<sup>5</sup> Cinco años después del estallido social, ya olvidadas las imágenes de los niños desnutridos y los saqueos a los supermercados, el INDEC informa que, en promedio, el 54,6% de los menores de 14 años se encuentran en situación de pobreza, y en las provincias del noroeste del país esa cifra supera el 70%. Fuente: INDEC: *Encuesta Permanente de Hogares.2005*. [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)

<sup>6</sup> Cafiero y Daniel O. Godoy. Intervención eficaz sobre los problemas nutricionales de la población desde la política pública. *Pobreza y desarrollo infantil*. Jorge A. Colombo, 2007, p.274.

<sup>7</sup> Acción contra Hambre (AcH) es una organización humanitaria no gubernamental, apolítica, aconfesional, fundada en 1979 en Francia y con desarrollos posteriores en España, el Reino Unido y los Estados Unidos. Su mandato es acabar con el hambre en el mundo, cualquiera que sean sus causas y manifestaciones, para lo cual se encuentra en más de 40 países. En la Argentina, se hizo presente a principio del 2002, como consecuencia de la emergencia social que vivía el país, y desde ese momento se encuentra desarrollando proyectos de seguridad alimentaria y nutrición en Moreno (provincia de Buenos Aires), Santa Fe, Rosario y Gran San Miguel de Tucumán.

<sup>8</sup> Estudios sobre nutrición y desarrollo infantil realizados por la AcH: 1) Encuesta nutricional a niños/as de 6 a 71 meses de edad y escolares de primer grado afectados por las inundaciones, ciudad de Santa Fe, 2003. 2) Evaluación de la suplementación semanal con sulfato ferroso a escolares de primer año, ciudad de Santa Fe, 2003-2004. 3) Encuesta nutricional y de desarrollo en niños de 6 a 71 meses de edad en áreas en situación de pobreza en Gran San Miguel de Tucumán, 2004. 4) encuesta Nutricional y desarrollo cognitivo a escolares de primer grado de la Provincia de Santa Fe, 2005.

realizados en el país durante la última década<sup>9</sup>, ya que, una de las características de la política social en la Argentina es la ausencia de un sistema unificado de vigilancia nutricional que dé cuenta del estado de la población en la materia y provea insumos para el desarrollo de acciones que puedan intervenir sobre las patologías prevalentes<sup>10</sup>. En vistas de esta falta de información de alcance nacional, las evaluaciones sobre patología nutricional de la población se derivan del análisis de investigaciones parciales, los cuales afirman que la población más vulnerable presenta un perfil nutricional en transición. Éste término, al igual que la transición epidemiológica o demográfica, es utilizado para caracterizar a muchos países subdesarrollados que se encuentran a mitad de camino entre las sociedades más pobres y las economías más poderosas del planeta; es un eufemismo que hace referencia a la acumulación de riesgos y daños a los que están expuestos los habitantes de nuestro país, que deben agregar a los problemas históricos y no resueltos, aquellos que prevalecen en los países ricos. En el caso de la situación nutricional esta transición está caracterizada por la sumatoria de problemas de carencia: baja talla, anemia, bocio endémico, avitaminosis A, etc.; con los de exceso: sobrepeso y obesidad.

Mucho se ha debatido en los últimos tiempos, tanto en el plano académico como a nivel de efectores de políticas, de la fragmentación de programas sociales dirigidos a la población en situación de pobreza, de sus problemas de coordinación y de sus consecuencias en términos de superposición de objetivos y poblaciones, duplicación de costos administrativos, baja cobertura, entre otros<sup>11</sup>. En vistas de los antecedentes de la discusión sobre este cuestionamiento, se resalta que, los programas, manejan recursos que son deficientes en términos del alcance de objetivos nutricionales y de

---

<sup>9</sup> INDEC: *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y evaluación de las metas sociales*, Buenos Aires, 1995. CESNI: *Proyecto Tierra del Fuego. Diagnóstico Basal de Salud y Nutrición*, Buenos Aires, Fundación Jorge Macri, 1995. Díaz y cols.: *Encuesta nutricional en hogares de menores de 6 años*, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, PROMIN, presentación a Premio Latinoamericano Kellogg's de Investigación en Nutrición, XII Congreso Latinoamericano de Nutrición, Buenos Aires, 12-16 /11/2000. CLACyD: *Encuesta de Salud, Nutrición y Desarrollo*, Ciudad de Córdoba, 2000. MSPBA, 2003. Cruz Roja Alemana, Cruz Roja Argentina, KNACK, ECHO: *Estudio Nutricional y de condiciones de la vida de la niñez del norte Argentino*, Buenos Aires, 2004.

<sup>10</sup> En su formulación original, PROMIN preveía la realización de una Encuesta Nacional de Nutrición y Salud por única vez, que procuraba responder a las deficiencias de información nutricional e incluía muestras bioquímicas que darían cuenta de situaciones de carencias de micronutrientes no detectables a través de las medidas antropométricas (que comúnmente se utilizan como indicadores de situación nutricional). Si embargo la misma no se llevó a cabo por dificultades presupuestarias. Si bien se realizó una licitación internacional para asignar el trabajo, la oferta más baja superaba 3 veces el presupuesto previsto para la encuesta.

<sup>11</sup> Rodríguez Larreta y Robredo, 1999; Bustelo, 1999; Lo Vuolo, 1999; Kliksberg, 1997; Ansolabehere, 1999; Cortés y Marshall, 1999; Repetto, 2000

cobertura<sup>12</sup>. Por otra parte, tampoco logran intervenir de modo significativo en el mejoramiento de los ingresos de las familias más pobres, cuando se identifica la pérdida de ingresos familiares como una de las causas básicas del aumento de la pobreza<sup>13</sup>. En este contexto, el problema central de carácter político-institucional está asociado a la inflación programática y la carencia de políticas. Grassi,E; Hintze,S; y Neufel, M <sup>14</sup> identifican aspectos críticos de este tipo de intervenciones, referidos a: la permanencia de programas alimentarios clásicos; al deterioro en los niveles de cobertura; la falta de registro de la situación nutricional de los beneficiarios que permita realizar un seguimiento y orientación de los mismos<sup>15</sup>; la ausencia de sistemas de evaluación y seguimiento; la imprecisión en la definición de la población beneficiaria y deficiencias de focalización; falta de integración de los programas, y de ausencia de lineamientos estratégicos de política alimentaria a nivel estatal. Asimismo, cabe señalar otros dos aspectos problemáticos importantes en este proceso de continua expansión de la oferta de programas alimentarios desde el nivel central: mayor cantidad de intervenciones pero descoordinadas, con cobertura deficiente y escaso impacto; y expansión de la oferta de programas alimentarios aunque con poca eficacia en brindar seguridad alimentaria. La falta de articulación en las acciones con las provincias, municipios y movimientos sociales genera una significativa ineficiencia por la superposición de programas focalizados en las distintas jurisdicciones. Los objetivos sociales deben estar en el centro de la agenda de desarrollo que impulsan las políticas económicas, pero previamente, sobre todo en ciclos de crecimiento económico, debe cambiarse la matriz distributiva de la riqueza. De modo que activos como la tierra, el capital, la tecnología, la educación y los créditos deben propender a disminuir la brecha de exclusión social y deterioro ambiental, para contribuir a la eliminación del perverso círculo de la pobreza intergeneracional. Si bien, para distribuir capital humano, como la salud y la educación, se requiere tiempo; los activos físicos como los

---

<sup>12</sup> Según la Encuesta de Desarrollo Social el 80% de las prestaciones de estos programas llega a los dos primeros quintiles de ingreso, sin embargo en estos quintiles la cobertura de los programas de provisión de leche no superaba 1/3 de los niños y 1/4 de las embarazadas. El 57% de los niños que asisten a escuelas públicas reciben el servicio de comedor escolar, y del grupo de niños de 2 a 5 años sólo el 4% de estos recibe algún tipo de prestación alimentaria. Fuente: INDEC-SIEMPRO, 1997

<sup>13</sup> De acuerdo con un análisis realizado por Britos en 1999, se estima que una familia que recibe los beneficios simultáneos y permanentes de los programas PRANI, PROMIN, PMI, PROSONU y PROHUERTA, obtiene un beneficio del orden de los \$ 60 mensuales, lo cual representa una parte no del todo significativa de la canasta básica de alimentos, dada la composición de los hogares del primer y segundo quintil de ingresos, situación altamente improbable por las dificultades de acceso a los mismos y por la discontinuidad en su prestación.

<sup>14</sup> Grassi,E; Hintze,S; y Neufel, M (1994) *Políticas sociales, crisis y ajuste estructural*, Espacio Editorial, Buenos Aires.

<sup>15</sup> Al finalizar el siglo, en la Argentina todavía no se ha realizado un Censo Nutricional, aún cuando el mismo estaba previsto de llevarse a cabo en el marco del PROMIN (programa materno-infantil nutricional financiado con fondos externos).

créditos y la tecnología requieren rapidez y un Estado que los asigne fluidamente y con equidad social para evitar los procesos de concentración de la riqueza. Cuanto más se reduzca la pobreza y la desigualdad mayor va a ser el crecimiento económico. La sociedad va y viene en su crítica a la acción de la política, pero hay algo que altera definitivamente la capacidad de ésta última de alcanzar transparencia y legitimidad: el clientelismo político que se desarrolla por medio de acciones estrictamente dedicadas a paliar situaciones de emergencia social con sentido especulativo y electoralista. El deterioro de la política, en su rol de mediador de intereses divergentes, también demuestra su grado variable de eficacia ante los conflictos que se presentan. El desgaste de la institucionalidad de las funciones del Estado repercute negativamente en el cuerpo social, especialmente en aquellos que lo necesitan fuerte, para hacerse valer sus derechos sociales y reparar rápidamente sus necesidades más urgentes. Sin embargo, la pobreza de los grandes centros urbanos<sup>16</sup>, junto a la que aun persiste en los centros del interior, demanda acciones que no pueden sostenerse con la ínfima capacidad de los presupuestos de las áreas sociales. Se presenta así, un drama humanitario de gran significación: nuestra provincia requiere de importantes inversiones sociales para cambiar su situación, pero también necesita, como todo el país, cambiar su patrón de distribución de las riquezas, porque se ha convertido en uno de los territorios mas desiguales del planeta<sup>17</sup>. El 10% de los más ricos de la argentina registra un ingreso equivalente al 64% de igual porcentaje de los ricos que viven en Europa, Estados Unidos y Japón; pero el 20% de los pobres Argentinos consume el 16% del gasto de la población mas pobre de los mismos. En consecuencia, se está frente a un injusto reparto de los ingresos y en esta falencia es donde el movimiento social y político tiene un deber ético y democrático para con los sectores mas desprotegidos<sup>18</sup>.

Luego del nacimiento lograr un crecimiento adecuado y un desarrollo normal es todo un desafío; pasados los primeros seis meses de vida, en los que la lactancia materna exclusiva es un seguro contra el retraso de crecimiento y el desarrollo intelectual ya que provee la totalidad de la energía y nutrientes de alta biodisponibilidad, se inicia la introducción de los alimentos complementarios, una etapa crítica en la vida de un niño, porque comienza a ser expuesto a alimentos extraños, con una calidad nutricional q puede no ser la adecuada, o con alta

---

<sup>16</sup> Gran Buenos Aires, La Plata, Bahía Blanca y Mar del Plata

<sup>17</sup> Banco Mundial, World Development Indicators (<http://www.worldbank.org/data/>). Regiones del mundo: coeficiente de concentración de Gini. 1997-2002 (concentración del ingreso per cápita a partir de grupos decílico)

<sup>18</sup> CEPAL (2005). "Panorama social de America Latina", noviembre. Sobre la base del "Informe final de la Conferencia electrónica sobre evolución de la vigilancia alimentaria y nutricional en America latina y el Caribe, FAO, diciembre 2001.

posibilidad de estar contaminados, sobre todo en los medios más pobres en los que las condiciones ambientales suelen ser deficientes. Inicialmente un niño pequeño come pocas veces y poca cantidad por vez, de allí la importancia de proveer en ese volumen total de comida, la suficiente cantidad de nutrientes que permita cubrir y complementar el aporte de la leche materna. Si los alimentos no contienen la concentración o densidad adecuada, se inician las problemáticas nutricionales que pueden ser clínicamente evidentes como: el retraso crónico de crecimiento, desnutrición aguda o déficit de peso para la edad o para la estatura, sobrepeso, obesidad; o descubrirse a través de estudios bioquímicos en niños aparentemente sanos como: la desnutrición oculta o carencias nutricionales de micronutrientes. Ambas alteran el crecimiento y el desarrollo normal de un niño, y si además, estos alimentos se introducen antes de los seis meses, disminuyen la ingesta de leche materna, iniciando más tempranamente el proceso de desnutrición<sup>19</sup>. El tamaño corporal de un niño refleja, salvo que sea una causa genética, su pasado nutricional y de salud, y la calidad ambiental. La talla es mejor indicador nutricional que el peso, ya que, éste último, puede fluctuar durante enfermedades o períodos de privación de alimentos. La baja estatura, atribuida al origen social, tiene muchas implicancias en el orden económico, cognitivo, educacional<sup>20</sup> y conductual al interferir con la interacción social y ambiental del niño, incluyendo la relación con su madre<sup>21</sup>, y puede persistir a lo largo de la vida a pesar de las intervenciones que se realicen. Los déficits educacionales y en el desarrollo de niños con retraso de crecimiento temprano continúan hasta la adolescencia tardía y enfatizan la importancia de las intervenciones precoces en el área de la estimulación cognitiva<sup>22</sup>. Prematuros y nacidos de bajo peso

---

<sup>19</sup> O'Donnell, A.M.: "Una visión de la problemática nutricional de los niños argentinos"; E. Carmurga (eds.): *Hoy y Mañana. Salud y calidad de vida de los niños argentinos*, Publicación CESNI nº 18, 1998, p. 100-195.

<sup>20</sup> Una encuesta realizada en la provincia de Buenos Aires muestra el riesgo de repitencia según la talla de los alumnos. En los primeros grados cuando la exigencia curricular no es alta, la repitencia no difiere mucho de los niños de talla normal. Pero a los nueve años las diferencias se hacen evidentes, mostrando que los niños no pueden responder a las exigencias, a tal punto que el riesgo relativo de repetir es 27 veces mayor. Pollitt, E. "malnutrition, poverty and intellectual development 1996", *Sci. Am.*, 1996, 274: 38-43.

<sup>21</sup> Karp, R.; Martin, R.; Sewell, T., "Growth and academic achievement in inner-city kindergarten children", *Clinical Pediatrics*, 1992, 31: 336-340.

<sup>22</sup> Un estudio de largo seguimiento realizado en Jamaica con niños muy pobres menores de 24 meses con retraso de crecimiento, a quienes se proveyó un suplemento alimentario; suplemento y estimulación semanalmente; sólo estimulación, o nada; obtiene como resultado luego de los 2 años de intervención, que los niños que recibieron suplemento y estimulación se comportan como los referentes de la misma comunidad pobre pero de tamaño normal; a los 11 años de edad de los niños los que tienen retraso muestran un peor desempeño que los de talla normal y el efecto inicial del suplemento desaparece pero el de la estimulación persiste; y a los 18 años los niños con retraso de crecimiento temprano tiene un déficit cognitivo global. Fuente: Grantham-McGregor, S.M.: "Relationship between physical growth, mental development and nutritional supplementation in stunted children: the Jamaican study", *Acta Paediatr.*, 1995, 84: 22-29

tienen problemas relacionados con su inmadurez metabólica o su desnutrición que también pueden llegar a producir severas alteraciones en su desarrollo intelectual o somático. En ellos el factor ambiental inadecuado es el útero materno: madres crónicamente desnutridas, con pelvis pequeñas, o mal alimentadas; o el período perinatal incluidas las malas prácticas neonatológicas inductoras de desnutrición temprana<sup>23</sup>. Desnutrición crónica en los primeros meses de vida; reiteración de infecciones en especial de diarreas, hemorragias, hipoglucemias; uso excesivo del oxígeno y consecuente ceguera; cuidado ineficiente incluyendo una escasa y pobre estimulación; alimentaciones tardías; deficiencia de algunos nutrientes y micronutrientes, en particular de cinc; mala alimentación cónica y cuidado ineficaz en general por parte de los mayores, incluyendo una escasa y pobre estimulación<sup>24</sup> son algunas de las más obvias agresiones que padece un recién nacido prematuro o desnutrido fetal a corto plazo; pero también existe, cada día más evidencia epidemiológica relacionada con el sello metabólico que deja en estos pequeños.

Imagen N°7: Problemáticas Nutricionales.



Fuente: Elaboración propia con imágenes de: [www.ciudadania-express.com](http://www.ciudadania-express.com); [www.evp.edu.py](http://www.evp.edu.py); [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov); [www.grilk.com](http://www.grilk.com); [www.cprevia.com](http://www.cprevia.com); [www.elcorreo.eu.org](http://www.elcorreo.eu.org); [www.desnutricioninfantil-marychelly.blogspot.com](http://www.desnutricioninfantil-marychelly.blogspot.com)

Desde los estudios realizados por Barker<sup>25</sup>, D. se confirma que las deficiencias nutricionales padecidas en tempranas etapas de la vida producen alteraciones metabólicas en distintos órganos y sistemas fisiológicos que persisten hasta la vida

<sup>23</sup> Wauben, I.; Wainwright, P. "the influence of neonatal nutrition on Behavioural Development: A critical appraisal", *Nutrition Reviews*, 1999, 57: 35-42.

<sup>24</sup> Grantham-McGregor, S.M., "Relationship between physical growth, mental development and nutritional supplementation in stunted children: the Jamaican study", *Acta Paediatr.*, 84: 22-29, 1995.

<sup>25</sup> Epidemiólogo inglés que estudiando la evolución de cohortes de niños nacidos de bajo peso en Glasgow (Gran Bretaña) planteó la hipótesis conocida con su nombre.

adulto, manifestándose como obesidad, sobrepeso, diabetes, enfermedad coronaria, dislipemias e hipertensión arterial<sup>26</sup>. Si se considera, además, que los alimentos de mejor calidad o densidad nutricional trascendentes en los grupos más vulnerables se distancian en forma paulatina en la escala de precios, por lo que puede suponerse un deterioro mayor en la calidad de la alimentación a través de dietas monótonas, que en la cantidad de alimentos consumidos; se puede comprender el motivo por el que la desnutrición aguda grave, que tanto se ha visto durante años, se encuentre en retroceso, y hoy existan más chicos con baja talla, sobrepeso y obesidad, que desnutridos<sup>27</sup>. Con estos antecedentes, Britos, S.<sup>28</sup>, señala que la problemática nutricional que transcurre en nuestros días está caracterizada por: la baja prevalencia de la desnutrición aguda, moderada a severa, la cual no constituye un problema nutricional en términos poblacionales. Cobra importancia el retardo de crecimiento lineal, índice talla/edad, en tal magnitud que permite afirmar que en jurisdicciones la población infantil está creciendo por debajo de su potencial genético. El retardo de crecimiento se inicia durante el primer año de vida, asociado a la introducción de alimentos complementarios a la lactancia. La emergencia de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil. La prevalencia de anemia por falta de hierro. Evidencias acerca de la ingesta insuficiente de Vitamina A, calcio, vitamina C, vitaminas B1 y B2 y probablemente zinc y folatos en las mujeres embarazadas. La disminución de la calidad del consumo de alimentos, medida como densidad nutricional: relación contenido calórico con el contenido de micronutrientes, por parte de las poblaciones pobres. De acuerdo con esto se puede afirmar que la oferta de programas de asistencia alimentaria (ver cuadro N°4) no da cuenta de estas características epidemiológicas, perdiendo eficacia como intervenciones nutricionales. El mismo Britos demuestra que en términos de adecuación de la densidad nutricional, los programas, no responden a las prevalencias evidenciadas, enfatizando la provisión de calorías y proteínas frente a los micronutrientes necesarios<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup> Barker, D.J.P (1994): *Mothers, Babies and Disease in Later Life*. Londres, BMJ Books

<sup>27</sup> Según las referencias de la OMS en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), documentos de resultados 2007: la prevalencia de baja talla es de 8 % en niños menores de 6 años, cifra inferior a la prevalencia de obesidad infantil, 10,4%; y sobrepeso, 31,5% la cual no varía con la edad. Es decir que, aproximadamente, 1 de cada 10 niños y niñas presenta baja talla para su edad, observándose una relación similar en términos de peso excesivo. De la misma forma se observa una mayor la frecuencia de baja talla y una menor prevalencia de la obesidad en niños y niñas de hogares en condición de privación socioeconómica. La desnutrición aguda, presenta prevalencias marginales desde una perspectiva poblacional.

<sup>28</sup> Licenciado en Nutrición, egresado de la Universidad de Buenos Aires, Investigador Asociado de CESNI y Profesor Titular de Política Alimentaria y de Economía General en la Escuela de Nutrición, Universidad de Buenos Aires. Entre 1991 y 2002 se ha desempeñado en distintas consultorías vinculadas a Programas de Salud y Nutrición.

<sup>29</sup> Britos, S.; Documentos de análisis del grupo de análisis epidemiológico nutricional, Ministerio de Salud, Mimeo, Buenos Aires; 2000

Cuadro N°4: Programas de asistencia nutricional y social vigentes a nivel Nacional, Provincial, Municipal y a cargo de diferentes instituciones.

Programa	Prestación	Beneficiarios	Características relevantes
<p><i>Plan Mas Vida<sup>30</sup>:</i></p>	<p>Se entrega una tarjeta magnéticas y posteriormente, en forma mensual y regular un crédito por un valor de 80\$, o 100\$ destinado a la adquisición de productos alimentarios, con excepción de bebidas alcohólicas. Además, se lleva a cabo la entrega de leche entera en polvo, por una red de 40.000 trabajadoras vecinales comunitarias: manzaneras y comadres que, forman parte del Plan.</p>	<p>Tiene alrededor de 1.000.000 de beneficiarios, los cuales incluyen a: embarazadas, mujeres en periodo de lactancia y niños hasta la edad escolar, pertenecientes a los 51 municipios más numerosos de la provincia, conurbano bonaerense y grandes ciudades del interior.</p>	<p>En sus inicios, y en forma gradual el ministerio de Desarrollo Humano y trabajo desarrolla una adecuación de las prestaciones alimentarias y nutricionales que se decide teniendo en cuenta las necesidades calórico-nutricionales de los distintos grupos etarios y la visualización del grupo familiar como comensal, en un marco de consideración de los formatos culturales alimentarios de la comunidad. De esta forma se implementa una canasta básica mensual para el grupo familiar<sup>31</sup>, y módulos diferenciados dirigidos a las necesidades propias de cada grupo biológico y etario<sup>32</sup>. Complementariamente se promueve la entrega a cada embarazada bajo programa de un conjunto de productos para su bebe y acciones de capacitación en: desarrollo infantil, practicas de crianza, juegos, competencias del adulto, lenguaje infantil, cuidados durante el embarazo, parto y puerperio, crecimiento, alimentación, accidentes, enfermedades comunes en los niños, sistemas de salud, derechos y ciudadanía, organización comunitaria, redes, municipio, instituciones, y organizaciones locales, comunidad y desarrollo local, formulación de proyectos, temáticas familiares y comunitarias priorizadas. Con la puesta en marcha de la tarjeta se busca eliminar la entrega de bolsas de comida dándoles libertad a las madres para que ellas mismas puedan elegir sus alimentos.</p>

<sup>30</sup> Cafiero J.P., Godoy D.O., "Intervención eficaz sobre los programas nutricionales de la población desde la política publica". La experiencia de la Estrategia de Intervención Nutricional desde el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Bs. As durante los años 2004-2005. Pobreza y Desarrollo Infantil, Una contribución multidisciplinaria. Ed. Jorge A. Colombo. Buenos Aires. 2007

<sup>31</sup> Canasta familiar básica: 2l de aceite, 2k de arroz, 1k de azúcar, 2k de fideos, 1/2k de harina de maíz, 2k de harina de trigo fortificada y 1/2k de legumbres mensual. Fuente: ibíd.

<sup>32</sup> Módulo para niños de 6 meses a 2 años: 1l de leche diaria, de 6m a 1 año: ½ l diario, y de 1 a 2 años ½ k de sémola fortificada y 2 cajas de polvo. para flan mensualmente. Módulo para niños de 2 a 5 años hasta su ingreso escolar: ½ l diario de leche y 1 k de legumbres. Módulo para embarazadas y madres en periodo de lactancia: ½ l diario de leche fortificada con hierro, y ½ k mensual de legumbres. Fuente: ibíd.

<p><i>Comedores Escolares</i><sup>33</sup></p>	<p>Suministro de diferentes tipos de prestaciones: desayunos, meriendas, refrigerios, almuerzos en escuelas públicas.</p>	<p>Son beneficiarios de este programa todos los niños en edad escolar.</p>	<p>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.</p>
<p><i>Plan nacional familias</i><sup>34</sup></p>	<p>Realiza una prestación monetaria que consiste en un ingreso no remunerativo mensual que varía según la cantidad de niños y niñas menores de 19 años a cargo, o discapacitados de cualquier edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>x 1 menor de 19 años: \$155;</li> <li>x 2 menores de 19 años: \$185;</li> <li>x 3 menores de 19 años: \$215;</li> <li>x 4 menores de 19 años: \$245;</li> <li>x 5 menores de 19 años: \$275,</li> <li>x 6 o más menores de 19 años: \$305,</li> <li>x 7 o más menores de 19 años: pensión no contributiva.</li> </ul> <p>También se otorgan becas, que consisten en una asignación mensual de \$50 para los jóvenes y adultos de los núcleos familiares que deseen continuar sus estudios de terminalidad educativa o formación profesional. Y a su vez, se hacen prestaciones no monetarias que abarcan un conjunto de actividades dirigidas al núcleo familiar, como el apoyo escolar y los talleres de desarrollo familiar y comunitario.</p>	<p>Pueden ser beneficiados por este plan todas aquellas familias que tengan niños o niñas menores de 19 años a cargo, o discapacitados de cualquier edad y que presenten una condición socioeconómica desfavorable.</p>	<p>El Plan funciona con dos grandes niveles operativos:</p> <p>El nivel centralizado: que es el encargado de desarrollar la gestión operativa del Plan, el diseño de procesos y actividades, el monitoreo y evaluación en cada una de las jurisdicciones involucradas y la creación de capacidades institucionales de los actores, a través de la capacitación y la comunicación.</p> <p>Y el nivel descentralizado: cuyas actividades son esencialmente ejecutivas y de contacto directo con los y las destinatarios/as del Plan. La ejecución se realiza a través de equipos regionales, provinciales y municipales y los Centros de Atención Local, CAL, que garantizan la atención y seguimiento de las familias destinatarias del Plan.</p>

<sup>33</sup> Britos, S.; O'Donnell, A.; Ugalde, V.; Clacheo, R.; CESNI; *Programas alimentarios en Argentina*; noviembre 2003.

<sup>34</sup> *Ibid.*

<p><i>Plan jefes y jefas del hogar</i><sup>35</sup></p>	<p>Se trata de un subsidio de \$150.- en forma directa e individual. A cambio, los beneficiarios, deben realizar contraprestaciones con una dedicación horaria diaria no inferior a cuatro horas, ni superior a seis.</p>	<p>Para ser beneficiario, es necesario: ser argentino, nativo o naturalizado, o extranjero radicado en el país, ser jefe o jefa de hogar y encontrarse en situación de desocupación, tener al menos un hijo menor de 18 años, o haberse encontrado en estado de gravidez al momento de la inscripción, o tener hijos de cualquier edad con discapacidad, los hijos en edad escolar deberán ser alumnos regulares, y deben cumplir con el calendario de vacunación obligatorio.</p>	<p>Este plan, comienza a gestionarse a principios de 2002 como respuesta a la inclusión social para más de dos millones de mujeres y hombres, afectados por una crisis sin precedentes en nuestro país. Es una red de servicios de empleo que opera inclusivamente hacia aquellas personas con una desvalorizada calificación en el mercado del trabajo, proporcionando las herramientas necesarias para su inserción laboral.</p>
<p><i>Comedores Comunitarios</i><sup>36</sup></p>	<p>Suministros de prestaciones, mayoritariamente almuerzos en espacios comunitarios de diverso grado de precariedad.</p>	<p>Están dirigidos a las todas familias con profundo agravamiento de la situación socio-económica.</p>	<p>Organizaciones de la comunidad reciben transferencias financieras para adquirir alimentos. La única finalidad de los comedores comunitarios es la preparación y servicio de comidas para comer en el lugar o llevarla al hogar. Estos comedores se sustentan en aportes solidarios, loables pero irregulares, con muy poco o ningún sentido nutricional por fuera de la emergencia alimentaria, con ausencias severas de infraestructura básica y altos riesgos en materia de seguridad higiénico-bromatológica y, con una disrupción del concepto de comensalidad familiar, ya que en condiciones normales, los niños deben comer en sus casas, con sus familiares, porque la comida tiene muchas connotaciones que hacen al cuidado y al desarrollo infantil.</p>
<p><i>Plan Nacional de Seguridad Alimentaria</i><sup>37</sup></p>	<p>Hasta el momento, las prestaciones continúan teniendo como eje la distribución de cajas o módulos alimentarios conteniendo alimentos secos, y en menor escala, vales para comprar alimentos en comercios seleccionados.</p>	<p>Los titulares de derecho de este plan son las familias con niños menores de 14 años, las mujeres embarazadas, desnutridos, discapacitados y los adultos mayores que viven en condiciones socialmente desfavorables y presentan una situación de vulnerabilidad nutricional.</p>	<p>Los objetivos a ser alcanzados son: brindar asistencia alimentaria, adecuada y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país; facilitar la autoproducción de alimentos a las familias y redes prestacionales, fortalecer la gestión descentralizando fondos; impulsar la integración de recursos nacionales, provinciales y municipales; realizar acciones en materia de educación alimentaria y nutricional y desarrollar acciones dirigidas a grupos de riesgo focalizados.</p>

<sup>35</sup> <http://www.desarrollosocial.gov.ar/Planes/PF/pf.asp>

<sup>36</sup> Britos, S. "Programas Alimentarios: Situación actual y desafíos pendientes". CESNI

<i>Pro huerta</i> <sup>38</sup>	Suministro de semillas para autoproducción en unidades familiares, escolares o comunitarias. Se acompaña de capacitación y asistencia técnica	Huertas familiares, escolares o comunitarias de todo el país.	Esta a cargo de la Secretaria de Desarrollo Social de la Nación y Secretaria de agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación; y es ejecutado por el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria, que reciben kits de semillas, 2 veces por año, para distribuir a las familias beneficiarias. Propone la promoción de la participación comunitaria en producción de alimentos y pequeñas alternativas productivas, el mejoramiento de la calidad de vida de la dieta alimenticia y el gasto general en alimentos, la complementación de la alimentación mediante la autoproducción, y la generación de tecnologías apropiadas para la producción de alimentos
<i>Programa de autoproducción alimentaria</i> <sup>39</sup>	Este programa se encarga de apoyar y fomentar las huertas comunitarias junto con la elaboración y transformación de la producción primaria. Colaborar en el montaje de un sistema de control de calidad de los alimentos producidos. Fomentar la organización de espacios de canalización de excedentes. Estimular en las comunidades la fabricación de las herramientas necesarias para el trabajo de la huerta y realizar un seguimiento interdisciplinario de las huertas demostrativas.	El proyecto está destinado a brindar ayuda social en las ciudades de Mar del Plata y Balcarce. Es una propuesta dirigida al sector carenciado.	Surge desde un Grupo de Investigación de la Unidad Integrada Balcarce, que reúne a la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional de Mar del Plata y a la Estación Experimental del INTA. La UIB considera que esta es una manera apropiada de intervenir en la sociedad. La finalidad del proyecto, es atenuar la exclusión social mediante una mejor integración de la sociedad, a través de más autonomía y capacidad negociadora de los sectores. Su objetivo es incentivar el mantenimiento de la salud ambiental, por medio de la clasificación y reciclaje de los residuos domiciliarios. Entre otras cosas, también pretende fomentar en todos los sectores sociales la cultura de la huerta y lograr una plena articulación entre instituciones y organizaciones que trabajan con o desde los sectores carenciados.
<i>Centros de Cuidado o de Desarrollo Infantil (ex PRANI, Programa de</i>	Transferencias financieras a provincias para la adquisición, embalaje y distribución de cajas o módulos de alimentos <sup>41</sup> a familias carenciadas. En una proporción muy pequeña, menos del 4 % del total de familias beneficiarias, se distribuyen vales para comprar alimentos en comercios	La población beneficiada son todas aquellas mujeres en edad fértil, y niños menores de 14 años con NBI <sup>42</sup> .	Estos programas operan en la lógica de mejorar globalmente la Seguridad Alimentaria Familiar, y se caracterizan por una matriz definida por tramos de grupos etarios diferenciados; compensatorios, dirigidos a población con NBI; y focalizados, grupos sociales seleccionados y territorializados. La distribución de las cajas no tiene frecuencia mensual; las familias reciben entre 7 y 8 entregas anuales.

<sup>37</sup> <http://www.desarrollosocial.gov.ar/Planes/PA/default.asp>

<sup>38</sup> [www.inta.gov.ar/balcarce/extension/phuerta/phuerta.htm](http://www.inta.gov.ar/balcarce/extension/phuerta/phuerta.htm)

<sup>39</sup> [www.mdp.edu.ar](http://www.mdp.edu.ar)

<p><i>Alimentación y Nutrición Infantil; y PROMIN Programa Materno infantil y Nutrición</i><sup>40</sup></p>	<p>seleccionados.</p>		<p>Sus principales objetivos son: reducir los índices de morbilidad y mortalidad materno-infantil; promover el desarrollo psico-social de los niños menores de 6 años; mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de comedores escolares provinciales, mejorar las condiciones de vida y el acceso a una alimentación adecuada y suficiente de los niños de 2 a 14 años nutricionalmente vulnerable, a través del aporte complementario de alimentos y el apoyo a la educación básica; transformar progresivamente los comedores infantiles en centros de cuidado infantil.</p>
<p><i>Asistencia alimentaria para celíacos</i><sup>43</sup></p>	<p>En un principio se realizaba únicamente la gestión de compra y entrega de víveres sin gluten a las personas bajo dicho programa. A partir de febrero de 2008, se comienza, además con la entrega de tarjetas magnéticas con una acreditación mensual que empieza siendo de \$80 y luego se aumenta a \$130, con lo cual hubo un incremento de un 61,5%, destinadas a garantizar las prestaciones alimentarias de la población celíaca, mediante un sistema mixto de tarjeta de compra y entrega de módulos alimentarios. El cambio tuvo como objetivo reemplazar metodologías asistenciales ya superadas y otorgar transparencia, celeridad y libertad.</p>	<p>Son beneficiarios de este programa todas las personas celíacas en situación socioeconómica desfavorable.</p>	<p>La Provincia de Buenos Aires remite fondos a la Secretaría de Acción Social de los diferentes distritos para adquirir alimentos libres de gluten destinados a los beneficiarios que se encuentran bajo programa. La adquisición de los alimentos, incorporación, bajas y rendiciones las realiza la Dirección de Programas Alimentarios. El principal objetivo del plan es garantizar la dieta del celíaco, único tratamiento posible para controlar la enfermedad. Además, desde la Subsecretaría de Políticas Alimentarias se realizan tareas de promoción y concientización tendientes a mejorar la calidad de vida de la gente celíaca.</p>

<sup>40</sup> Atlas J. Programa de reparto de alimentos. E: Asistencia Alimentaria, tomo I. Lumen Humanitas. Buenos Aires, 2003

<sup>41</sup> Las cajas o módulos de alimentos incluyen: leche en polvo, aceite, azúcar, cereales y legumbres secas.

<sup>42</sup> Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): Condición que afecta a personas o grupos sociales que, en razón de situaciones de marginalidad o carencias, no logran satisfacer sus demandas en salud, alimentación, vivienda, vestimenta y trabajo. Se consideran hogares con NBI aquellos en los cuales está presente al menos uno de los siguientes indicadores de privación: hogares que habitan viviendas con más de 3 personas por cuarto (hacinamiento crítico), hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo), hogares que habitan en viviendas que no tienen retrete o tienen retrete sin descarga de agua, hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela, hogares que tienen 4 ó más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación (sólo asistió dos años o menos al nivel primario). Fuente: INDEC; Censos de Población, 1980, 1991 y 2001; Situación y Evolución Social (Síntesis N° 4); Consudec N° 843 - 1998.

<sup>43</sup> <http://www.celiacosferrolterra.com/index.php>

<p><i>Proyecto Asistencia Alimentaria Familiar</i><sup>44</sup></p>	<p>Consiste en la cobertura mensual de un bolsón o caja de alimentos a los grupos familiares en situación de indigencia que se incorporan al programa. El cual incluyen alimentos secos y frescos que se entregan una vez al mes: aceite, arroz, azúcar, fideos, harina de trigo, harina de maíz enriquecida con soja y fortificada, carnes, frutas de estación, huevos, papas sémola fortificada, cereal infantil y leche entera fluida fortificada conforman una prestación alimentaria adecuada en cantidad y calidad para la familia bajo programa.</p>	<p>Grupos familiares en situación de indigencia. En una primera etapa se incorporan a los municipios que no reciben el Plan Más vida y que presentan más del 10% de la población con NBI, y más del 15% con déficit habitacional.</p>	<p>Sobre esa población focalizada de mayor riesgo social, se implementa el componente alimentario y nutricional, mediante la descentralización de recursos hacia la esfera municipal; de esta manera se adquieren los productos de la canasta alimentaria formulados desde un nivel central, pero alentando estrategias de mejor compra local. El aporte nutricional de las prestaciones del servicio se formula conforme a los parámetros que se determinan en función de necesidades por grupo etario y según la cantidad de convivientes, existiendo canastas para grupos de hasta 4 convivientes, de 5 a 8 convivientes y de más de 9 convivientes.</p>
<p><i>Programa Empleo Comunitario (PEC)</i><sup>45</sup></p>	<p>Brinda ocupación a trabajadores/as desocupados/as con discapacidad de baja calificación laboral que se encuentren desocupados. Cada beneficiario titular percibe una suma mensual no remunerativa de \$ 150.</p>	<p>Son beneficiarios de este programa todas los trabajadores/as desocupados/as con discapacidad, mayores de 16 años y que no perciban ningún beneficio de seguridad social, a excepción de las pensiones por madre de más de 7 hijos, ex combatientes o por razón de invalidez</p>	<p>Creado por Resolución Ministerial N° 7/03, modificado por Resolución ministerial N° 85/03 y reglamentado por Resolución S.E. N° 102/06. Las actividades que se desarrollen tienden a mejorar las condiciones de empleabilidad de los beneficiarios y/o la calidad de vida.</p>
<p><i>Plan Barrios</i><sup>46</sup></p>	<p>Brinda una transferencia directa de ingresos (subvenciones) mensual, de \$ 150 y asistencia técnica en la elaboración de proyectos.</p>	<p>Centra la atención en los sectores sociales desocupados/as sin ingresos, incluidos en proyectos productivos, de capacitación, de apoyo institucional o de obra., y que no perciben prestaciones o seguro de desempleo, ni participan en otros programas de empleo nacionales y/o provinciales.</p>	<p>Los objetivos de este plan son: contribuir a mejorar el ingreso de los hogares en situación de vulnerabilidad social, mejorar las condiciones de empleabilidad de los participantes, propiciar el ingreso de los beneficiarios a la economía formal. La fuente de financiamiento es el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Bs.As. provenientes de Rentas Generales.</p>

Fuente: Elaboración propia

<sup>44</sup> Ministerio de Desarrollo Social; Presidencia de la Nación; Buenos Aires; República Argentina; 2009

<sup>45</sup> [http://www.trabajo.gov.ar/unidades/discapacidad/dis\\_prog2.asp](http://www.trabajo.gov.ar/unidades/discapacidad/dis_prog2.asp)

<sup>46</sup> [http://www.desarrollosocial.gba.gov.ar/programas/20\\_barrrios\\_bonaerenses/index.htm](http://www.desarrollosocial.gba.gov.ar/programas/20_barrrios_bonaerenses/index.htm)

Teniendo en cuenta el contexto en el que se lleva a cabo dicho estudio de investigación, es indispensable hacer una breve mención especial sobre la historia del Programa Materno Infantil, PMI, desde sus inicios hasta la nuestros días. Como se conoce, éste, es el programa social en vigencia más antiguo del país. Se crea en 1937, un año después de la puesta en vigencia de la Dirección de Maternidad e Infancia, por iniciativa del senador Alfredo Palacios. En 1946, con la creación del Ministerio de Salud, esta dirección deja de pertenecer al Ministerio del Interior y se integra a la nueva estructura. En 1948, la entrega de leche, se incorpora como prestación del programa. De acuerdo con el estudio realizado por Giraldez y Ruiz en 1997, la Dirección de Maternidad e Infancia mantiene su misma estructura programática desde 1948, aunque paulatinamente se le va recortando funciones, las cuales se transfieren a los Estados provinciales<sup>45</sup>. A partir de 1991, en el marco de la reforma del Estado, esta dirección pasa a depender de la Dirección Nacional de Atención Médica del Ministerio de Salud y Acción Social, estructura que permanece en vigencia durante los '90. El objetivo del PMI es alcanzar la cobertura universal de la atención y promoción de la salud de las mujeres embarazadas, las madres, los niños y los adolescentes<sup>46</sup> y su ámbito de ejecución es la totalidad del territorio nacional. Este programa tiene diferentes componentes hacia finales de los '90<sup>47</sup> (ver cuadro N°5). A partir de 1991, en el marco del Consejo Federal de Salud, COFESA, y en un contexto de auge de la descentralización de servicios a las provincias, se define la federalización de los fondos del PMI. Desde 1993 el gobierno nacional, a través del Ministro de Salud y Acción Social, firma convenios anuales con cada una de las provincias, en los que se establecen las pautas programáticas para la transferencia de los fondos. Cada provincia debe preparar un programa de actividades basado en el

---

<sup>45</sup> Hacia mediados de la década del '90, eran responsabilidades de la Dirección de Maternidad e Infancia (BID-CIEPP, 1996): la elaboración de pautas normativas; la capacitación de los equipos de salud provinciales; el asesoramiento a la conducción local de los programas; la aprobación de los programas de ejecución locales; la asignación a las provincias de los fondos destinados a complementación alimentaria, capacitación del equipo de salud y medicamentos; la auditoría, control de gestión y evaluación de los programas locales y resultados. En tanto, para ese entonces eran responsabilidades de las provincias, a través de sus jefes del Programa Materno Infantil dependientes de la autoridad sanitaria: la garantía de la cobertura de la población destinataria; la vigilancia del cumplimiento de las normas pautadas; la proposición de modificaciones a las normas, procedimientos y programas de ejecución; la organización y coordinación de actividades de capacitación; el registro de la información epidemiológica; el control de la aplicación de los recursos nacionales y provinciales destinados al programa; la participación en la auditoría y el control de gestión; la evaluación del impacto de las acciones del programa.

<sup>46</sup> BID/CIEPP; *Programas sociales focalizados*; Mimeo; Buenos Aires; 1996.

<sup>47</sup> Ruiz V. y Giraldez, R.; *Proyecto BIRF: Protección Social 3957-AR*; Mimeo; Buenos Aires; 1997

Compromiso en favor de la Madre y el Niño<sup>48</sup>. Por ende, las responsabilidades de ejecución están repartidas entre el nivel nacional del Estado y los niveles provinciales.

Cuadro N°5: Componentes del PMI hacia finales del '90

P R O G R A M A T I E R N O I N F A N T I L	<p><b>Cuidado de la salud materno-infantil:</b> comprende las acciones relacionadas con la prevención y vigilancia del embarazo y el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 6 años.</p> <p><b>Complementación alimentaria:</b> consiste en la entrega de leche entera en polvo a los niños mayores de 6 meses hasta los dos años de edad, a las madres embarazadas y a las nodrizas. En los casos de niños desnutridos hasta los 6 años de edad contempla la entrega de leche fortificada con hierro y vitaminas.</p> <p><b>Entrega de medicamentos:</b> consiste en la entrega de medicamentos como complemento de la atención de la madre embarazada y los niños. Los tipos de medicamentos a entregar y las características de su distribución están definidos por el Consejo Federal de Salud (COFESA).</p> <p><b>Equipamiento informático y perinatólogo:</b> tiene como objetivo la reducción de la tasa de mortalidad materna, neonatal, fetal, etc.; la disminución del bajo peso al nacer, la detección temprana del embarazo, etc. Consiste en elaborar propuestas normativas, brindar asesoramiento técnico, brindar fondos para el equipamiento de las instituciones de atención primaria y primer nivel de referencia y fortalecimiento de la organización de estos servicios. Se ha avanzado en la puesta en marcha de un sistema de información perinatal, basado en la historia clínica perinatal y el carnet perinatal como ejes de registro sistematizado a través de programas informáticos sencillos y de bajo costo.</p> <p><b>Capacitación y normatización:</b> consiste en la aplicación de programas anuales de capacitación y pasantías desarrollados por cada provincia y aprobados por la Dirección Nacional. Por otro lado, a nivel nacional se convocan periódicamente a reuniones a las contrapartes provinciales, a los efectos de discutir lineamientos generales del programa y la normatización de los servicios.</p> <p><b>Supervisión y evaluación:</b> consiste en la evaluación por parte del nivel nacional de las acciones provinciales, así como la realización de auditorías. De acuerdo con la información consultada si bien este tipo de acciones se realizan, e incluso hay registros de la participación de la Sindicatura general de la Nación (SIGEN) y la Auditoría General de la Nación (AGN), no existe en la práctica un proceso de sistematización y evaluación de este tipo de información.</p>
--	--

Fuente: Elaboración propia en base a Ruiz V. y Giraldez, R. (1997)

<sup>48</sup> Este compromiso fue firmado en 1990 por el país en el marco de la Cumbre Mundial a Favor de la infancia, organizada por las Naciones Unidas. En 1991, el gobierno argentino junto con la sociedad argentina de pediatría y UNICEF, formuló las metas nacionales para el cumplimiento de dicho compromiso, dando lugar al "Compromiso Nacional a favor de la Madre y el Niño" que en ese año fue asumido por el presidente de la nación y la totalidad de los gobernadores provinciales. Fuente: BID-CIEPP, 1996 op.cit.

En relación con los aspectos presupuestarios y de asignación de fondos, el PMI se financia con fondos de origen nacional y provincial, que se combinan en proporciones muy disímiles según las diferentes jurisdicciones<sup>49</sup>. Los fondos nacionales provienen de las rentas generales del Estado y son administrados por la Dirección de Salud Materno Infantil, quien acuerda con cada provincia la transferencia de estos fondos con asignación específica. Las transferencias de fondos del nivel nacional a las provincias contemplan la *adquisición de leche en polvo y leche modificada*, donde éstos se distribuyen proporcionalmente entre las provincias de acuerdo a un indicador de condiciones de riesgo elaborado de la Dirección de Maternidad e Infancia, representando, en 1994-95, poco más del 74% del presupuesto nacional destinado a este programa<sup>50</sup>; y capacitación del personal provincial, donde la distribución de fondos se realiza a partir de la consideración del número de partos realizados en el subsector oficial y la tasa de mortalidad infantil en cada una de las provincias. Por otra parte, el componente entrega de medicamentos reconoce un circuito de fondos sustancialmente diferente. Estos son comprados por la Dirección Nacional en forma centralizada y luego distribuidos a la totalidad de las jurisdicciones, para la atención de infecciones respiratorias agudas, infecciones diarreicas agudas y partos. El criterio de distribución es consensuado en el ámbito del COFESA. Aprobado el plan provincial por el Ministerio de Salud y Acción Social, la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, transfiere la suma otorgada a las tesorerías provinciales, las cuales dan aviso al Ministerio de Salud y éste a la correspondiente Dirección de Maternidad e Infancia o similar.

Puede señalarse que el proceso de federalización, o mejor dicho de transferencia de responsabilidades que tiene lugar en el marco de este programa, supone la asunción de nuevas tareas de gestión por las provincias en un momento en que éstas están siendo presionadas por el nivel central del Estado para ordenar sus cuentas y racionalizar sus administraciones. Los pactos fiscales son un ejemplo del tipo de negociaciones y transacciones que se desarrollan en el momento en que se toma esta decisión, en que el actor principal por excelencia es el Ministerio de Economía de la Nación y donde las políticas sociales en general y de salud en particular quedan ligadas de forma dependiente a la estrategia de reforma económica<sup>51</sup>

---

<sup>49</sup> *Ibíd.*

<sup>50</sup> Ruiz V. y Giraldez, R. (1997); *Op.cit.*

<sup>51</sup> No puede dejar de señalarse que los servicios de salud pública (en el marco de los cuales se desarrolla este programa) en la mayoría de los casos habían sido transferidos a las provincias con anterioridad.

Actualmente se encuentran bajo programa: 2.473.087 niños de 0 a 9 años, 2.394.429 adolescentes de 10 a 19 años, 2.200.742 mujeres en edad fértil y no comprometidas dentro de los adoleces, y embarazadas<sup>52</sup>.

La pobreza, en sus distintas formas y manifestaciones condiciona la supervivencia infantil y afecta las posibilidades de los individuos de crecer y desarrollarse al máximo de sus potencialidades<sup>53</sup>. La intervención en el desarrollo temprano de la niñez constituye un requisito indispensable para conformar el capital humano requerido para incrementar la productividad y el nivel de ingresos del conjunto de la sociedad<sup>54</sup>, por lo que se hace necesaria la implementación de políticas de Estado que garanticen mejores condiciones de vida para esos niños, niñas y sus familias, lo que, constituye una de las estrategias más seguras para alcanzar el desarrollo armónico y equitativo de toda la sociedad<sup>55</sup>. En otras palabras: desnutrición, retraso del desarrollo, enfermedades reiteradas, embarazos adolescentes, deficiencias de minerales y de vitaminas o de energía y proteínas son distintas caras de un problema muy complejo que es la pobreza. Inversión en educación, mejores escuelas, alimentos fortificados con sentido nutricional, mejores programas de asistencia alimentaria y social, agua segura, desarrollo de redes solidarias, programas de estimulación temprana para niños es riesgo, y sobre todo, el aumento de los ingresos de las familias son acciones que poco a poco llevan a mejorar la situación<sup>56</sup>.



---

<sup>52</sup> <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/maternoinfantil/Maternoinfantil.html>

<sup>53</sup> Brooks-Gunn y cols. "Are socioeconomic gradients for children similar to those for adult?" en D.P. Keating y C.Hertzman (eds.), *Developmental health and the Wealth of Nations. Social, Biological and Educational Dynamic*, Nueva York, Guilford, 1999, págs. 93-124. Bradley y cols.: "Socioeconomic status and child development", *Annual Review of Psychology*, 53: 371-399, 2002. Durkin: "The epidemiology of developmental disabilities in low income countries", *Mental Retardation and DEVELOPMENTAL Disabilities Research Review*, 8:206-221, 2003.

<sup>54</sup> Van der Gaag, J.: "Early child development: An economic perspective", en M. Young (ed.), *Early Child Development: Investing in our Children's Future*, The Netherlands, Elsevier Science, 1997, págs. 287-295, 1997. Carneiro y cols. "Human capital policy", *NBER Working Paper*, n°9495, febrero, *fEL*, n° 12, 128.

<sup>55</sup> O'Donnell A., Britos S.; Ugalde.V, Clache o.R: "*Programas alimentarios en Argentina*" Boletín CESNI. Buenos Aires, 2003

<sup>56</sup> O'Donnell, A.M., Porto, A.: "Las carencias alimentarias en el país, su impacto sobre el desarrollo infantil". *Pobreza y desarrollo infantil*. Jorge A. Colombo, 2007.

*Diseño  
Metodológico*



El presente trabajo de investigación es fundamentalmente de tipo descriptivo correlacional, ya que en el se evalúa la relación entre la distribución de los ingresos familiares destinado a la compra de los diferentes grupos de alimentos en el hogar, y el estado nutricional de la población estudiada.

De acuerdo al período de estudio, la investigación es de tipo transversal dado que, las variables incluidas en la misma se estudian simultáneamente haciendo un corte en el tiempo.

La población está compuesta por los niños de 6-24 meses que asisten a los controles de PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio de la ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires.

La muestra está conformada por 110 niños que asisten a los controles de PMI en los centros de atención primaria de la salud mencionados. Los criterios de inclusión son los siguientes:

- x Niños/as que asistan a los centros de atención primaria para la salud APAND y 9 de Julio de la ciudad de Mar del Plata para realizarse los controles de 6-24 meses del PMI.
- x Niños de ambos sexos.
- x Madres que acepten realizar la encuesta
- x Ausencia de enfermedades crónicas, agudas y/o infecciosas en el momento de la encuesta.

La unidad de análisis, en este caso, son cada uno de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles de PMI en los centro de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires

Las variables seleccionadas son:

**Estado nutricional:**

Definición conceptual: resultado neto de la utilización individual de los alimentos: ingestión, absorción y utilización; el estado de salud y las necesidades según el trabajo desarrollado. Es la consecuencia de la nutrición anterior e indica la presencia o ausencia de signos de carencia, la falta de crecimiento o algún otro aspecto de la capacidad funcional. Algunas medidas antropométricas se consideran indicadores fiables del estado nutricional, en particular para los niños pequeños. Las más utilizadas son el peso, la talla o longitud corporal y la circunferencia del brazo<sup>1</sup>.

Definición operacional: resultado neto de la utilización individual de los alimentos: ingestión, absorción y utilización; el estado de salud y las necesidades según el trabajo desarrollado de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles de PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del

---

<sup>1</sup> <http://www.fao.org/DOCREP/004/W3736SW3736S04.htm>

Plata. Es la consecuencia de la nutrición anterior e indica la presencia o ausencia de signos de carencia, la falta de crecimiento o algún otro aspecto de la capacidad funcional. Algunas medidas antropométricas se consideran indicadores fiables del estado nutricional, en particular para los niños pequeños. Las utilizadas por este trabajo de investigación son el peso y la longitud corporal.

Los datos se obtienen de la medición del peso y talla que se llevan a cabo en los controles pediátricos del PMI de los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata, en los niños de 6-24 meses.

Para determinar el peso, el niño es sentado por la enfermera, en una balanza para bebé. Sin ropa, calzado, ni pañal. La técnica consiste en colocar al niño sobre el centro de la bandeja de la balanza, efectuándose la lectura con el fiel en el centro de su recorrido.



Y para la talla, el niño es medido por la enfermera con tallímetro infantil. Sin ropa y sin calzado, pero con pañal. La técnica consiste en colocar al niño con posición de cubito supino sobre el tallímetro en una superficie horizontal. La medición se realiza con la ayuda de la madre o algún otro colaborado. El ayudante mantiene la cabeza en contacto con el extremo cefálico del tallímetro. El niño debe mirar hacia arriba, de tal manera que la línea que forma el borde inferior de la orbita y el conducto quede paralelo al soporte fijo del tallímetro. El observador que mire al niño estira las piernas y mantiene los pies en ángulo recto, deslizando la superficie móvil hasta que este firmemente en contacto con los talones del niño, efectuándose la lectura.



Para la evaluación del estado nutricional de los niños de 6-24 meses se utilizan los indicadores antropométricos peso para la edad (P/E), longitud para la edad (L/E) y peso para la longitud (P/L). Se comparan los datos de peso y talla, obtenidos tras las mediciones llevadas a cabo por las enfermeras en los controles pediátricos de ambos centros de atención primaria para la salud: APAND y 9 de Julio con los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS) correspondientes a su edad y su sexo (ver Anexo 5).

**Ingreso:**

Definición conceptual: remuneración mensual percibida por una persona, familia, empresa, organización, gobierno, etc. tanto en concepto de retribución por la, o las ocupaciones que desempeñan como los provenientes de otras fuentes como jubilaciones o pensiones; alquileres, rentas o intereses; utilidades, beneficios o dividendos; seguro de desempleo; indemnización por despido; beca de estudio; cuota de alimento; aportes de personas que no viven en el hogar y otros, como: subsidios estatales, retiro voluntario, venta de pertenencias personales, premios de juegos de azar, herencias, limosnas, etc.<sup>2</sup>.

Definición operacional: remuneración mensual percibida por cada una de las familias de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles de PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata, tanto en concepto de retribución por la, o las ocupaciones que desempeñan como los provenientes de otras fuentes como jubilaciones o pensiones; alquileres, rentas o intereses; utilidades, beneficios o dividendos; seguro de desempleo; indemnización por despido; beca de estudio; cuota de alimento; aportes de personas que no viven en el hogar y otros, como: subsidios estatales, retiro voluntario, venta de pertenencias personales, premios de juegos de azar, herencias, limosnas, etc.

El dato se obtiene tras la realización de una encuesta a las madres/padres/tutores de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata.

**Ingreso destinado a la compra de alimentos en general:**

Definición conceptual: porcentaje del ingreso total de un hogar destinado a la compra de alimentos en general para consumo del grupo familiar.

Definición operacional: porcentaje del ingreso total de cada uno de los hogares que habitan los niños de 6-24 meses que asisten a los controles de PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata, destinado a la compra de alimentos en general para consumo del grupo familiar.

Este porcentaje se obtiene a través de una frecuencia de compra de alimentos (ver instrumento de recolección de datos) que permite registrar los alimentos y cantidades compradas el último mes, teniendo como dato previo el ingreso mensual del hogar, y la posterior investigación de los precios a los que se venden los alimentos en el comercio más concurrido por las familias de los niños de 6-24 meses que asisten

---

<sup>2</sup> Fuente: Situación y Evolución Social (Síntesis N° 4); INDEC

a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata.

**Distribución del ingreso destinado a la compra de alimentos, por grupo de alimentos:**

Definición conceptual: porcentaje de ingreso de un hogar destinado, particularmente, a la compra de los distintos grupos de alimentos (Ver Tabla N° 1)

Tabla N° 1: Grupos de alimentos

Grupos	Alimentos
Grupo 1	Leche y productos lácteos
Grupo 2	Carne, productos de la pesca y huevos
Grupo 3	Verduras y frutas
Grupo 4	Alimentos feculentos (harina, pan, pastas, arroz, leguminosas, papas) y alimentos azucarados (frutos secos, azúcar, confituras, chocolates, etc.).
Grupo 5	Materias grasas
Grupo 6	Bebidas: agua, zumo de frutas, bebidas alcohólicas (vino, cerveza, sidra, etc.) y bebidas estimulantes y aromáticas (café y té)

Fuente: Elaboración propia

Definición operacional: porcentaje del ingreso de los hogares donde viven los niños de 6-24 meses que asiste a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio de la ciudad de Mar del Plata, destinado particularmente, a la compra de los distintos grupos de alimentos.

El dato se obtiene, al distribuir los alimentos en seis grupos, teniendo en cuenta los aportes nutricionales de cada uno. De esta forma se determina el porcentaje del ingreso destinado en la compra de cada uno de los seis grupos.

**Línea de pobreza:**

Definición conceptual: nivel de ingreso mínimo necesario para adquirir un adecuado estándar de vida. Permite establecer, a partir de los ingresos de los hogares, si éstos tienen capacidad de satisfacer, por medio de la compra de bienes y servicios, un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales incluidas en la Canasta Básica Total, CBT.<sup>3</sup>

Definición operacional: nivel de ingreso mínimo necesario para adquirir un adecuado estándar de vida. Permite establecer, a partir de los ingresos de los hogares

<sup>3</sup> [http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id\\_tema=84](http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id_tema=84)

donde habitan los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata, si éstos tienen capacidad de satisfacer, por medio de la compra de bienes y servicios, un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales incluidas en la Canasta Básica Total, CBT.

**Categorización:**

- x si el ingreso del hogar (esto es, la suma de los ingresos que reciben todos los miembros del hogar) resulta menor que la línea de pobreza, es considerado pobre.
- x si el ingreso del hogar resulta mayor que la línea de pobreza, no es considerado pobre.

El cálculo de los hogares y personas bajo la Línea de Pobreza (LP) se elabora en base al ingreso referido en la encuesta por las madres/padres/tutores de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata. El procedimiento consiste en comparar los ingresos mensuales de cada uno de los hogares con la CBT (Ver Anexo 3) correspondientes a cada hogar, teniendo su composición en términos de adultos equivalentes<sup>4</sup>, es decir, considerando los valores equivalentes de todos sus miembros. Para determinar el costo de la CBT correspondientes a cada hogar, se utiliza una tabla de equivalencias que permite calcular las unidades consumidoras en términos del adulto equivalente dentro de cada hogar<sup>5</sup>. (Ver Anexo 2)

**Lugares de venta de alimentos:**

Definición conceptual: sitios donde un individuo se provee de productos alimenticios, a través del intercambio de estos por dinero Este concepto incluye: supermercados mayoristas, supermercados minoristas, almacenes, despensas, autoservicios, poli-rubros.

Definición operacional: sitios donde las familias de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la ciudad APAND y 9 de Julio, de Mar del Plata, se proveen de productos alimenticios, a través del intercambio de estos por dinero. Este concepto incluye: supermercados mayoristas, supermercados minoristas, almacenes, despensas, autoservicios, poli-rubros.

---

<sup>4</sup> Es necesario hacer una adecuación que refleje las características de cada individuo en relación a las variables; para esto se toma como unidad de referencia al varón adulto, de 30 a 59 años, con actividad moderada, y se le asigna un valor igual a uno.

<sup>5</sup> <http://www.indec.gov.ar/> op cit.

El dato se obtiene en base a una encuesta realizada a las madres/padres/tutores de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata.

**Precio de los alimentos:**

Definición conceptual: Monto de dinero asignado a los productos alimenticios, o la suma de los valores que los compradores intercambian por los beneficios de tener un producto alimenticio.

Definición operacional: Monto de dinero asignado a los productos alimenticios, o la suma de los valores que las familias de los niños de 6-24 meses que asiste a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata intercambian por los beneficios de tener un producto alimenticio.

El dato se recoge del lugar de venta de alimentos más referido, en la encuesta, por las madres/padres/ tutores de los niños de 6-24 meses que asiste a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata. (Ver Anexo 1)

**Recepción de planes de asistencia alimentaria:**

Definición conceptual: recibimiento de programas y acciones destinadas a mantener y mejorar la nutrición y a resolver problemas de malnutrición infantil, ya sea a través de entrega de alimentos o transferencia de ingresos.

Definición Operacional: recibimiento, por parte de las familias de los niños de 6-24 meses que asiste a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata, de programas y acciones destinadas a mantener y mejorar la nutrición y a resolver problemas de malnutrición infantil, ya sea a través de entrega de alimentos o transferencia de ingresos.

El dato se obtiene en base a una encuesta realizada a las madres/padres/tutores de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata.

**Nivel de educación materno y paterno:**

Definición conceptual: nivel de instrucción formal más alto que cursaron o están cursando las madres y/o padres de un hogar. Se consideraron niveles incompletos y completos.

Definición Operacional: nivel de instrucción formal más alto que cursaron o están cursando las madres y/o padres de los niños de 6-24 meses que asiste a los controles

del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata. Se consideraron niveles incompletos y completos.

Categorización:

- x No posee estudios: corresponde a las personas que nunca concurren a un establecimiento reconocido de enseñanza formal.
- x Primario incompleto, secundario incompleto, terciario incompleto, universitario incompleto: incluye a quienes asisten a clases de enseñanza formal de alguno de esos niveles y a los que los cursaron en el pasado pero no llegaron a completarlo.
- x Primario completo, secundario completo, terciario completo, universitario completo: incluye sólo a las personas que cursaron y aprobaron el último grado/ año de alguno de esos niveles de enseñanza.

El dato se obtiene en base a una encuesta realizada a las madres/padres/tutores de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata.

#### **Ocupación materna y paterna:**

Definición conceptual: actividad laboral que realizan las madres y/o padres de un hogar, ya sea paga o no. Dentro de este concepto, se considera trabajo a la actividad laboral que genera bienes o servicios para el mercado, incluyendo: la actividad laboral paga en dinero o especies, la actividad laboral no rentada, la actividad realizada para ayudar una familia en la obtención de un ingreso. Y no se considera trabajo a la actividad doméstica del ama de casa, la actividad de voluntariado sin pago de ninguna naturaleza y la actividad orientada al autoconsumo personal o familiar

Definición Operacional: actividad laboral que realizan las madres y padres de los niños de 6-24 meses que asiste a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata, ya sea paga o no. Dentro de este concepto, se considera trabajo a la actividad laboral que genera bienes o servicios para el mercado incluyendo: la actividad laboral paga en dinero o especies, la actividad laboral no rentada, la actividad realizada para ayudar una familia en la obtención de un ingreso. Y no se considera trabajo a la actividad doméstica del ama de casa, la actividad de voluntariado sin pago de ninguna naturaleza y la actividad orientada al autoconsumo personal o familiar

Categorización:

- x Las categorías de trabajo para el registro son: empleado u obrero en una empresa privada, empleado u obrero de una institución pública, trabajador en

el programa de empleo, empleado del servicio domestico, pasante/aprendiz/becario, patrón o empleador, cuenta propia, trabajador sin salario.

- x En caso que no trabaje: Jubilado/pensionado, ama de casa, estudiante, desocupado.

El dato se obtiene en base a una encuesta realizada a las madres/padres/tutores de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata.

El instrumento utilizado para realizar la recolección de datos es el siguiente:



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
FASTA

**Consentimiento Informado Del Familiar Responsable**

Solicito su autorización para participar en la encuesta que forma parte de la recolección de datos de la tesis de grado: "Distribución del ingreso familiar y estado nutricional en niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en el Centro de atención Primaria de la Salud APAND", enmarcado por el trabajo de investigación: "Cartografiado sobre Seguridad Alimentaria y Situación Nutricional de niños de 6-24 meses", implementado desde el Departamento de Metodología de la Universidad FASTA, con la autorización de la Municipalidad de General Pueyrredón; que consiste en responder una serie de preguntas y pesar y medir al niño.

La decisión de participar es voluntaria.

Se garantiza el secreto estadístico y la confiabilidad de la información brindada por los participantes exigidos por la ley.

Agradecemos desde ya su colaboración.

Yo .....en mi carácter de madre / padre / tutor, habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de dicha encuesta.

FECHA:

FIRMA:

Fecha:

N° de encuesta:

Sala:

DNI:

N° de HC

**Evaluación antropométrica:**

S: F M

E: 6 9 12 15 18 24

Fecha de Nacimiento:...../...../.....

Peso:	
Talla:	

**Datos socio demográfico del hogar:**

¿Cómo está formado el hogar? (Personas que viven bajo el mismo techo y común de la misma olla)

Nombre	Parentesco	Sexo	Edad	Nivel de educación	Ocupación

¿De dónde obtiene sus alimentos?

<input type="checkbox"/>	Comercio	¿cuáles?.....
<input type="checkbox"/>	Trueque	
<input type="checkbox"/>	Bolsa de alimentos	
<input type="checkbox"/>	Comedor/viandas	
<input type="checkbox"/>	Hueras familiares:	

**Intervenciones alimentarias nutricionales para el hogar (últimos 3 meses)**

En relación al programa materno infantil.

¿Recibe leche en cada control pediátrico?	SI-NO
¿Qué cantidad recibe?	Kg.

En relación a otros programas alimentarios.

Tipo	Recibe	Cant.	Periodo	Regularidad	Satisfacción
Bolsa-caja alimentos	S - N		D-S-M-Q-otra	I - R	MS-S-PS-I
Plan jefas-jefes	S - N		D-S-M-Q-otra	I - R	MS-S-PS-I
Otros:	S - N		D-S-M-Q-otra	I - R	MS-S-PS-I

¿Cuál es el monto de ingreso en \$ de los últimos 30 días, considerando todas sus formas de ingreso monetario, de todos los integrantes del hogar?

Salario	
Vales compra alim.	
Propinas	
Cuota alimentaria	
Seguro desempleo	
Subsidios prog. Empleos	
Jubilación/pensión	
Otros:	
Total	\$

¿De cuánto dinero dispone por mes para la comida?

\$

**Frecuencia de compra de alimentos:**

Compra **leche**: Si: Entera: Parcial.descr: Fluida: En pvo: Marca:  
 No: Recibe de planes: No consume:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **yogur**: Si: Entera: Parcial.descr: Fluida: En pvo: Marca:  
 No: Recibe de planes: No consume:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **queso**: Si: No: que tipo?: Marca:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **huevos**: Si: No: Marca:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **carne vacuna**: Si: No: que cortes?:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **pollo**: Si: No:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **pescado**: Si: No: cuales?:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **vegetales**: Si: No: cuales?:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **frutas**: Si: No: cuales?:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **cereales (fideos, arroz, polenta, harina, cereales)**:  
 Si: cuales?:  
 No: recibe de planes: No consume: Marca:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **legumbres (arvejas, lentejas, porotos)**:  
 Si: cuales?:  
 No: recibe de planes: No consume: Marca:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **pan**: Si: No:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **galletitas**: Si: No: dulces: saladas: Marca:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **azúcar**: Si: No: recibe de planes: Marca:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **yerba**: Si: No: recibe de planes: Marca:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **bebidas azucaradas**: Si: No: Marca:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **grasas (aceite, manteca, margarina, grasa, mayonesa)**:  
 Si: No: Cuales?: Marca:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

Compra **alimentos enlatados**: Si: No: Cuales?: Marca:  
 Frecuencia: N° de veces por semana: N° de veces por mes: Otro: Cantidad:

# *Análisis de Datos*



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
FASTA



La recolección de datos se lleva a cabo en un periodo de cinco meses, de abril a septiembre de 2009.

La información se obtiene en dos etapas: la primera tras la realización de encuestas a madres/padres/tutores de niños de 6-24 meses que asisten a los controles de PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio de la ciudad de Mar del Plata, y la observación de las historias clínicas, a fin de completar los datos del paciente. La segunda etapa consiste en la investigación de los precios de los alimentos, en el comercio más referido por las madres/padres/tutores de los niños que realizan la encuesta.

Ambos centros de atención primaria de la salud se presentan a continuación.

### Centros de atención primaria de la salud APAND<sup>1</sup>

#### UNIDAD SANITARIA APAND

Dirección: Monseñor Zabala y Santa Cruz - Tel. 478-4239

#### BARRIOS DE INFLUENCIA

- x APAND,
- x V. Primera,
- x La Florida,
- x Los Tilos,
- x López de Gomara,
- x Aero parque,
- x Los Pinares,
- x Parque Luro,
- x Pompeya.

Imagen Nº 1: Centros de atención primaria de la salud APAND



Fuente: Elaboración propia

#### ÁREA PROGRAMÁTICA APAND

Límites: de Acceso Norte R. Inda y Río Negro por: Río Negro / San Juan / Av. Libertad / Av. Champagnat / Ituzaingó / Vías FF.CC / Reducción N. S. del Pilar / C. Arenal / Guglielmotti / F. Acosta / Stegagnini / Plus Ultra / Manuwal / Ruta 2 / Arroyo La Tapera / Av. Ing. Della Paolera / Av. Constitución / Acceso Norte Rufino Inda y Río Negro .

<sup>1</sup> Área de Epidemiología Secretaría de Salud Municipalidad de General Pueyrredón. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Tabla N° 1: Población según grupo de edades de APAND

Población según grupos de edad						
Grupo etáreo	Varones	%	Mujeres	%	Total	%
0 a 4 años	1447	7,1	1310	5,8	2.757	6,4
5 a 9 años	1672	8,2	1534	6,8	3.206	7,4
10 a 14 años	1781	8,7	1674	7,4	3.455	8,0
15 a 19 años	1756	8,6	1671	7,4	3.427	7,9
20 a 24 años	1683	8,2	1573	7,0	3.256	7,5
25 a 29 años	1348	6,6	1398	6,2	2.746	6,4
30 a 34 años	1277	6,2	1478	6,5	2.755	6,4
35 a 39 años	1305	6,4	1525	6,7	2.830	6,6
40 a 44 años	1370	6,7	1577	7,0	2.947	6,8
45 a 49 años	1321	6,4	1475	6,5	2.796	6,5
50 a 54 años	1283	6,3	1514	6,7	2.797	6,5
55 a 59 años	1039	5,1	1187	5,2	2.226	5,2
60 a 64 años	816	4,0	1069	4,7	1.885	4,4
65 a 69 años	759	3,7	1027	4,5	1.786	4,1
70 a 74 años	723	3,5	983	4,3	1.706	4,0
75 a 79 años	495	2,4	744	3,3	1.239	2,9
80 a 84 años	266	1,3	477	2,1	743	1,7
85 a 89 años	131	0,6	278	1,2	409	0,9
90 a 94 años	36	0,2	108	0,5	144	0,3
95 y más	4	0,0	26	0,1	30	0,1
Total	20512	100,0	22628	100,0	43140	100,0

Fuente: Área de Epidemiología Secretaría de Salud Municipalidad de General Pueyrredón.  
Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001

DATOS SOCIALES:

Tabla N° 2: Necesidades Básicas Insatisfechas en APAND

NBI	Cantidad	%
SI	12752	95,9
NO	541	4,1

Fuente: Área de Epidemiología Secretaría de Salud Municipalidad de General Pueyrredón.  
Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001

Tabla N° 3: Indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas en APAND

Indicadores de NB	Cantidad	%
NBI-hacinamiento	121	0,9
NBI-vivienda	141	1,1
NBI-instalaciones sanitarias	32	0,2
NBI-escolaridad	22	0,2
NBI-cap. de subsistencia	275	2,1

Fuente: Área de Epidemiología Secretaría de Salud Municipalidad de General Pueyrredón.  
Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001

Tabla N°4: Índice de privación de material de los hogares en APAND

IPMH	Cantidad	%
Sin privación	10628	80,0
Privación de recursos corrientes	2204	16,6
Privación patrimonial	258	1,9
Privación convergente	203	1,5

Fuente: Área de Epidemiología Secretaría de Salud Municipalidad de General Pueyrredón.

Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001

Centros de atención primaria de la salud 9 de Julio<sup>2</sup>

UNIDAD SANITARIA 9 DE JULIO

Dirección: 11 de Septiembre 6582 Tel. 478 -1847

BARRIOS DE INFLUENCIA

- x San Cayetano
- x Malvinas Argentinas
- x 9 de julio

ÁREA PROGRAMÁTICA 9 DE JULIO

Límites: Desde Champagnat por Colón hasta Czetz y su continuación Bradley y por ésta hasta las vías de ferrocarril. Por las vías hasta Ituzaingó, por ésta hasta Champagnat y por Champagnat hasta Colón.

Imagen N° 2: Centros de atención primaria de la salud 9 de Julio.



Fuente: Elaboración propia

DATOS SOCIALES:

Tabla N° 5: Necesidades Básicas Insatisfechas en 9 de Julio

NBI	Cantidad	%
SI	7480	90,3
NO	804	9,7

Fuente: Área de Epidemiología Secretaría de Salud Municipalidad de General Pueyrredón.

Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001

<sup>2</sup> *Ibíd.*

Tabla N° 6: Indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas en 9 de Julio

Indicadores de NB	Cantidad	%
NBI-hacinamiento	191	2,3
NBI-vivienda	258	3,1
NBI-instalaciones sanitarias	44	0,5
NBI-escolaridad	36	0,4
NBI-cap. de subsistencia	370	4,5

Fuente: Área de Epidemiología Secretaría de Salud Municipalidad de General Pueyrredón.  
Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001

Tabla N° 7: Índice de privación de material de los hogares en 9 de Julio

IPMH	Cantidad	%
Sin privación	5575	67,3
Privación de recursos corrientes	1941	23,4
Privación patrimonial	377	4,6
Privación convergente	391	4,7

Fuente: Área de Epidemiología Secretaría de Salud Municipalidad de General Pueyrredón.  
Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001

## DATOS DEM OGRÁFICOS

Tabla N° 8: Población según grupo de edades de 9 de Julio

Población según grupos de edad						
Grupo etáreo	Varones	%	Mujeres	%	Total	%
0 a 4 años	951	7,3	966	6,8	1917	7,0
5 a 9 años	1062	8,1	1053	7,4	2115	7,7
10 a 14 años	1143	8,8	1135	7,9	2278	8,3
15 a 19 años	1123	8,6	1065	7,5	2188	8,0
20 a 24 años	1102	8,4	1071	7,5	2173	8,0
25 a 29 años	935	7,2	935	6,5	1870	6,8
30 a 34 años	835	6,4	882	6,2	1717	6,3
35 a 39 años	801	6,1	867	6,1	1668	6,1
40 a 44 años	802	6,1	888	6,2	1690	6,2
45 a 49 años	790	6,1	867	6,1	1657	6,1
50 a 54 años	802	6,1	951	6,7	1753	6,4
55 a 59 años	665	5,1	734	5,1	1399	5,1
60 a 64 años	581	4,5	732	5,1	1313	4,8
65 a 69 años	449	3,4	583	4,1	1032	3,8
70 a 74 años	433	3,3	595	4,2	1028	3,8
75 a 79 años	332	2,5	494	3,5	826	3,0
80 a 84 años	145	1,1	303	2,1	448	1,6
85 a 89 años	71	0,5	123	0,9	194	0,7
90 a 94 años	18	0,1	37	0,3	55	0,2
95 y más	4	0,0	7	0,0	11	0,0
Total	13044	100,0	14288	100,0	27332	100,0

Fuente: Área de Epidemiología Secretaría de Salud Municipalidad de General Pueyrredón.  
Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001

Para el análisis de datos se utiliza el programa de estadística XLSTAT 2009.2.03<sup>1</sup>.

La verificación de la relación o asociación entre las variables se realiza mediante la prueba de chi- cuadrado<sup>2</sup>.

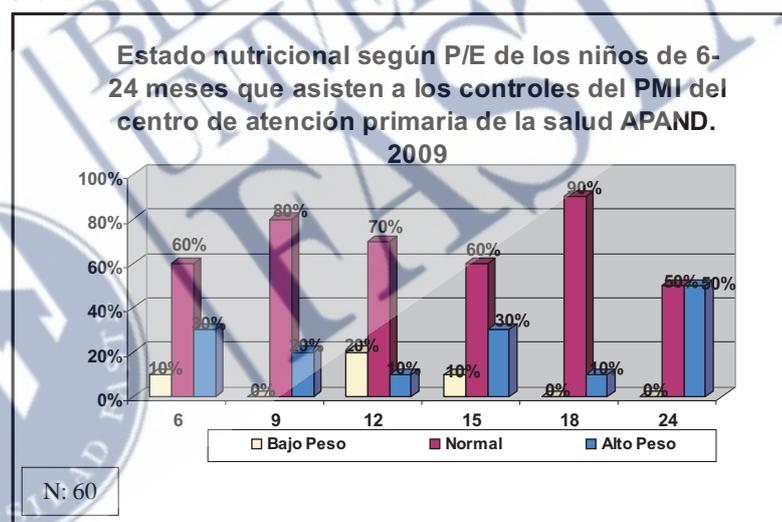
La muestra está conformada por 110 niños que asisten a los controles de PMI cuyas edades varían ente 6 y 24 meses, distribuidos en 6 grupos: 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses y 24 meses. El 54,54% de los mismos asiste al centro de atención primaria de la salud APAND y 45,45% al centro de atención primaria de la salud 9 de Julio; ambas instituciones de la ciudad de Mar del Plata. El 46% del total de la muestra es de sexo femenino y el 54% de sexo masculino.

Los indicadores utilizados para determinar el estado nutricional son: P/E, LC/E y P/LC.

De los 60 niños que realizan los controles del PMI en el centro de atención primaria de la salud APAND (Gráfico N° 1), el 41% son de sexo femenino y el 59% de sexo masculino. Al

analizar el P/E en esta población, se observa una prevalencia de niños normales: el 68% tienen un peso adecuado para sus respectivas edades, ubicándose dentro de los rangos de normalidad en el análisis de la

Gráfico N° 1



Fuente: Elaboración propia

distribución percentilar (Pc15-85). El 25% sufre alto peso para la edad (PC>85), valor que se hace notar en el grupo de 24 meses, donde la cantidad de niños con alto peso iguala a la cantidad de niños normales. El 7% restante padece bajo peso, haciéndose más evidente en el grupo de 12 meses, donde el porcentaje con bajo peso es superior al de niños con alto peso.

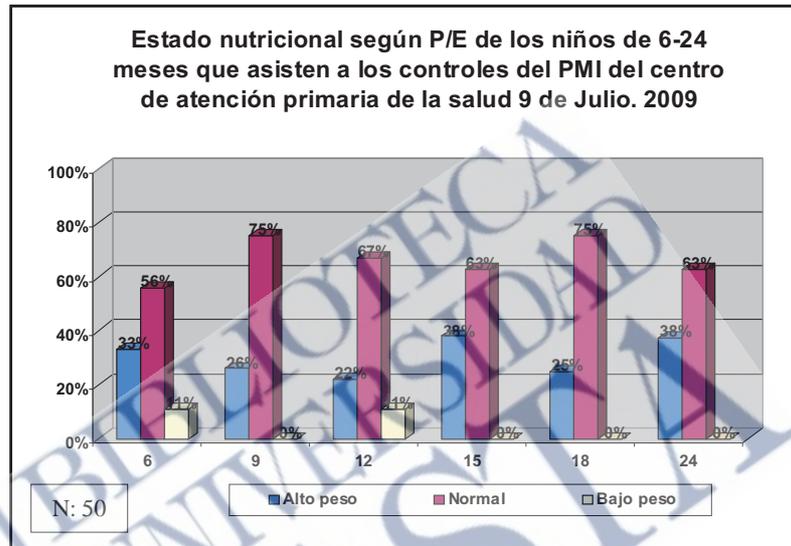
<sup>1</sup> Disponible en [www.XLSTAT.com](http://www.XLSTAT.com)

<sup>2</sup> Es una prueba estadística para evaluar la hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas. Se calcula por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, que es un cuadro de dos dimensiones, y cada dimensión contiene una variable. A su vez, cada variable subdivide en dos o más categorías. En: Sampieri, R. & col. Metodología de la investigación. Ed. McGraw- Hill. México. 2008. p. 471

Y de los 50 niños que asisten al centro de atención primaria de la salud 9 de Julio (Gráfico N° 2), el 51% son de sexo femenino y el 49% de sexo masculino. Aquí también predomina, con el 66%, los niños con pesos adecuados a sus respectivas edades; el 30% sufre alto peso para la edad; y el 4% restante presenta un bajo peso para la edad, cifra que se hace presente en los grupos de 6 y 12 meses.

Es oportuno comparar estos resultados con los de otros estudios de corte transversal realizados en nuestro medio, a fin de comprender la situación nutricional de la población estudiada. Las observaciones de prevalencia de desnutrición por el indicador P/E en un

Gráfico N°2



Fuente: elaboración propia

reciente estudio realizado en el Norte Argentino en niños de 6 meses a 5 años, focalizado en familias que viven por debajo de la línea de pobreza<sup>3</sup>, muestra que aproximadamente el 5% de la población estudiada está por debajo de -2 score Z. Los hallazgos del otro estudio, NUTRIABA revelan una prevalencia (-2 score Z) de 2,9% en desnutrición global (P/E) en menores de 2 años<sup>4</sup>. Y los resultados de la Evaluación de Impacto, realizada por el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires, en beneficiarios del Plan Mas vida con necesidades básicas insatisfechas, durante el 2004, muestra valores similares para este indicador: 3,3% y 8,9% para tablas nacionales e internacionales respectivamente en menores de 2 años.

<sup>3</sup> ENCUNA. Estudio nutricional y de las condiciones de vida de la niñez pobre del norte Argentino. Cruz Roja Alemana, KNACK. 2004. [www.cruzroja.org.ar](http://www.cruzroja.org.ar)

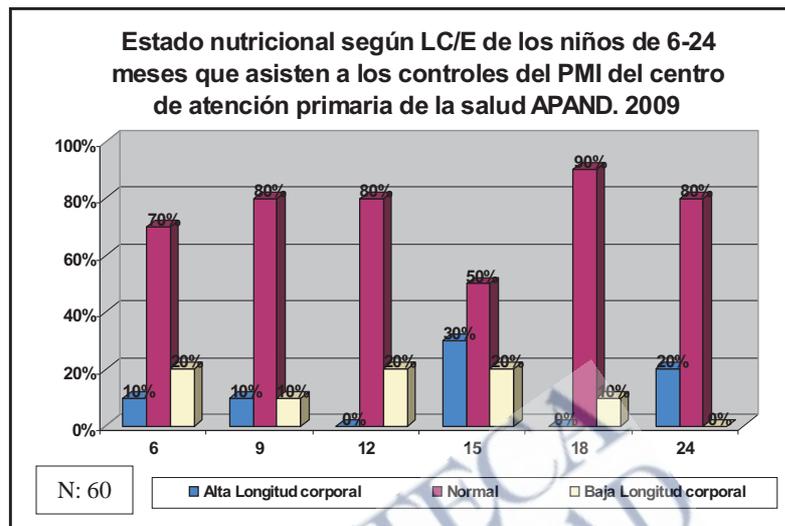
<sup>4</sup> NUTRIABA. Encuesta Nutricional a niñas/os menores de 6 años de la Provincia de Buenos Aires. Programa Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 1999.

El indicador LC/E en los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en el centro de atención primaria de la salud APAND, reporta una prevalencia de niños normales. El 75% de la población se encuentra entre los Pc15-85 para sus respectivas edades. A su vez, se observa que no existe una diferencia significativa entre los niños con baja longitud corporal, 13%, y alta longitud corporal, 12%. Pero al comparar por grupo de edades se evidencia que las bajas longitudes corporales predominan por sobre las altas en los grupos de 6, 12 y 18 meses; mientras que las altas longitudes corporales lo hacen por sobre las bajas en los de 15 y 24 meses.

En el centro de atención primaria de la salud 9 de Julio, el 66% de los niños tienen una longitud corporal normal para la edad. Sin embargo, entre los niños que no están incluidos en el intervalo de normalidad Pc15-85, es mayor el porcentaje de los que padecen baja longitud corporal, 22%; que el de los que tienen alta longitud corporal para la edad, 12%.

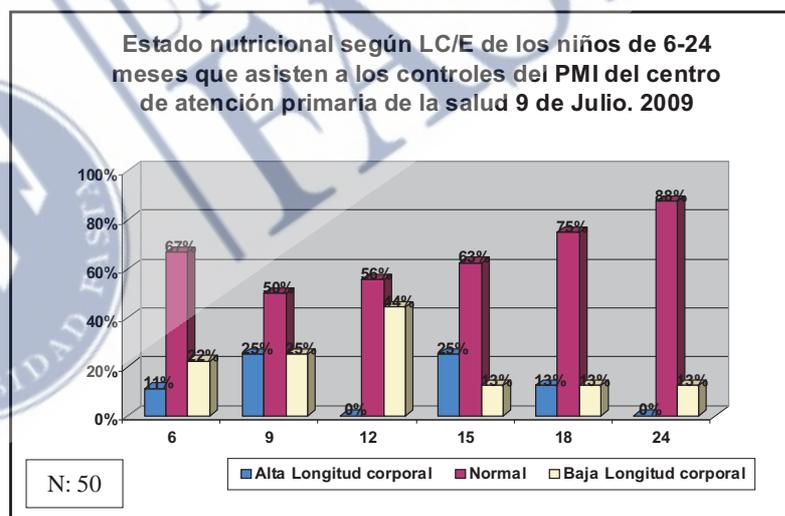
El 5º Reporte Mundial sobre la Situación Nutricional emitido en Marzo de 2004 por Naciones Unidas<sup>5</sup> informa que la tendencia a la prevalencia de retraso crónico de crecimiento estimada por -2 DS de score Z de T/E en niños de 0 a 5 años en América

Gráfico N°3



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°4



Fuente: Elaboración propia

están incluidos en el intervalo de normalidad Pc15-85, es mayor el porcentaje de los que padecen baja longitud corporal, 22%; que el de los que tienen alta longitud corporal para la edad, 12%.

El 5º Reporte Mundial sobre la Situación Nutricional emitido en Marzo de 2004 por Naciones Unidas<sup>5</sup> informa que la tendencia a la prevalencia de retraso crónico de crecimiento estimada por -2 DS de score Z de T/E en niños de 0 a 5 años en América

<sup>5</sup> ACC/SCN, United Nations. Fifth report on the world Nutrition Situation. Geneva, Switzerland. 2004.

Latina muestra una caída alentadora desde el año 1980, 24,3%, a 1190, 18,3%, y 1995, 15,9%, sin embargo los resultados de los últimos 10 años revelan un estancamiento de la tendencia. A su vez, la prevalencia de retraso crónico de crecimiento hallada en el estudio realizado por el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires en beneficiarios del Plan Más vida, es de 9,4% en niños de 1 a 2 años; y, utilizando como punto de corte el percentil 10 de T/E por referencias internacionales, la prevalencia de lactantes con retraso crónico de crecimiento es de 18,9%, cifra que

supera a la de un estudio de diagnóstico basal de salud y nutrición realizado en Ushuaia por el CESNI: 13,2%<sup>6</sup>.

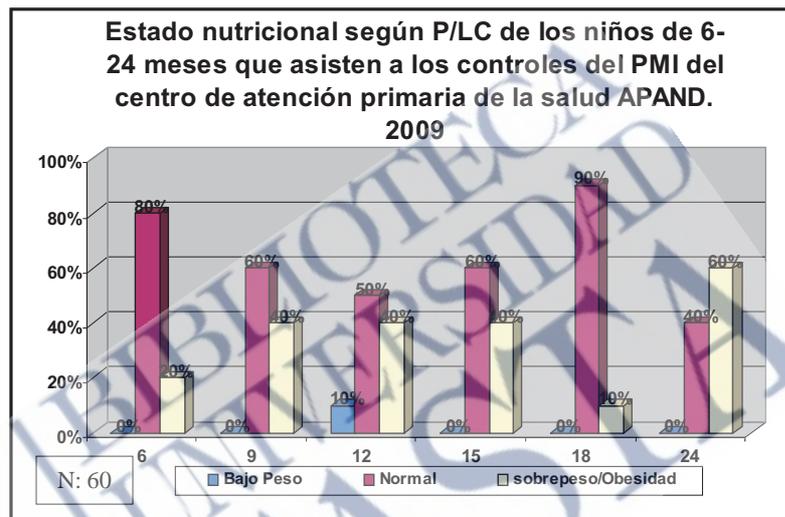
El grado de emaciación y sobrepeso/obesidad de los niños según

edad, es expresado por el indicador P/LC. Del total de los niños que realizan sus controles en APAND, el 63% se encuentra dentro del intervalo de referencia (Pc15-85), el 2% está por debajo del percentil 15,

considerándose los con bajo peso; y el 35% restante corresponde a niños con sobrepeso u obesidad cuyo P/LC es superior al Pc85.

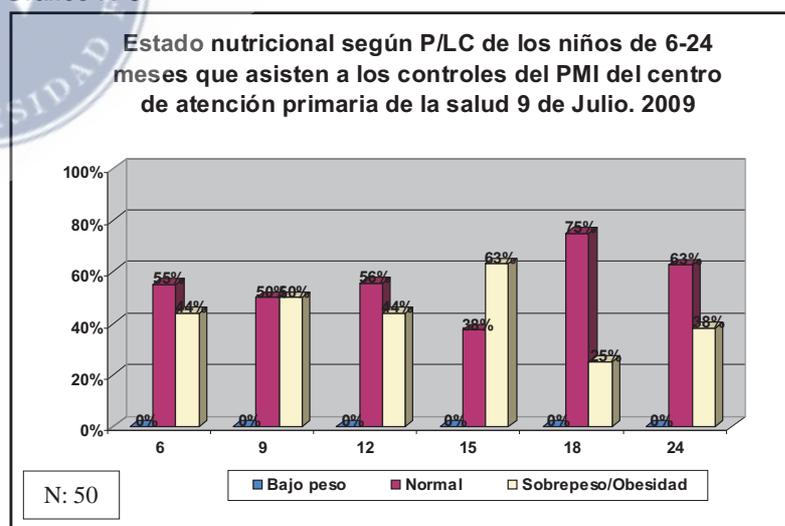
De la población que realiza sus controles en 9 de Julio el 56% son normales, y el

Gráfico N°5



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°6



Fuente: Elaboración propia

<sup>6</sup> CESNI. Proyecto Tierra del Fuego: Diagnóstico Basal de Salud y Nutrición. Edición de la Fundación J. Macri. Buenos Aires. 1995

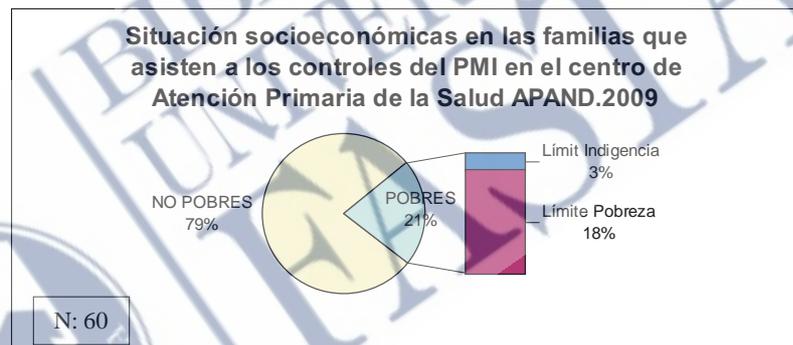
44% restante tiene sobrepeso u obesidad, no hubo ningún caso de bajo peso para la talla en dicho centro de atención primaria para la salud.

Los resultados de emaciación, < 2 score Z P/T, de la encuesta NUTRIABA en menores de 2 años es del 1%<sup>7</sup>. En el estudio realizado en las provincias del norte Argentino dichos valores no superan el 3%<sup>8</sup>. El porcentaje global de niños por encima de +2 score Z, indicador de sobrepeso u obesidad, es superior al 3%. Los datos de presencia de emaciación en la provincia de Buenos Aires<sup>9</sup> manifiestan que el 11,4% de los niños presentan una adecuación a la mediana de P/T inferior al 90%. Los hallazgos de la evaluación de Impacto del Plan Mas Vida expresan que casi el 70% de los niños están dentro de las escalas de normalidad para el indicador P/T, del 30% restante la mitad presenta obesidad y/o sobrepeso, y el resto presenta algún grado de emaciación.

Al analizar la situación socioeconómica, se observa que la gran mayoría de las familias que asisten a los controles del PMI en el centro de atención primaria de la salud APAND

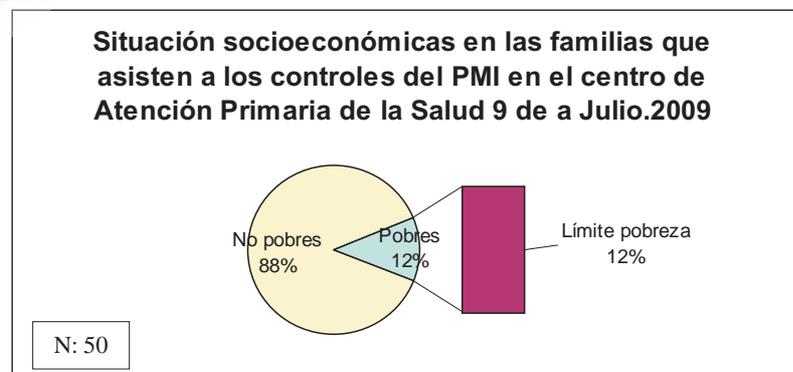
(Gráfico N° 7), 79%, no están bajo la línea de pobreza, es decir que sus ingresos superan el valor de la Canasta Básica Total. Y que del 21% que se encuentra por debajo de la línea de pobreza, sólo el 3% es indigente, lo que significa que sus ingresos ni siquiera superan la Canasta Básica de Alimentos. En promedio el ingreso mensual de estas familias, incluido salario, vales, propinas, cuotas alimentarias, seguros desempleo, subsidios prog., empleos,

Gráfico N° 7



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 8



Fuente: Elaboración propia

<sup>7</sup> NUTRIABA, 1999. Op.cit  
<sup>8</sup> ENCUNA. 2004. Op.cit.  
<sup>9</sup> NUTRIABA, 1999. Op.cit.

jubilación/pensión, entre otros, es de 2003\$. A su vez se registra un ingreso mínimo de 350\$ y un máximo de 6000\$ por mes.

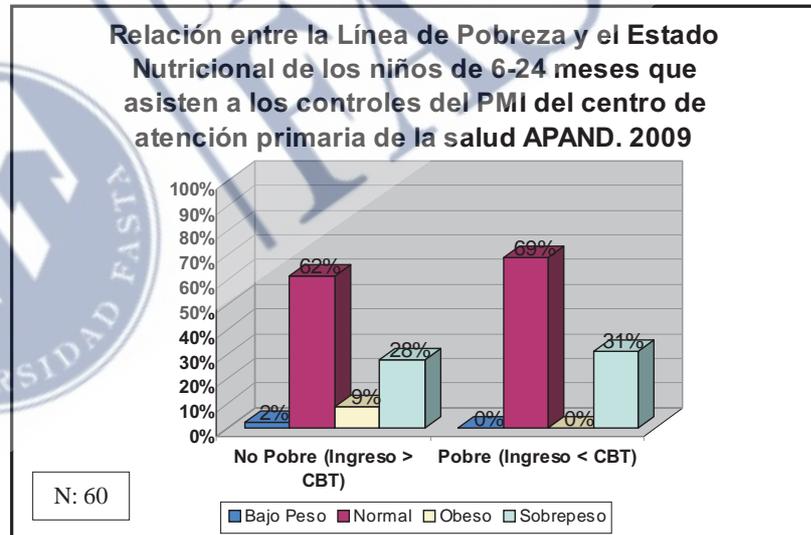
No existe diferencia reveladora respecto a la situación socioeconómica de las familias que llevan sus niños a los controles pediátricos efectuados en el centro de atención primaria de la salud 9 de Julio (Gráfico N° 8), donde el 88% supera la línea de pobreza; y del 12% que se haya por debajo de la misma, ninguna presenta condiciones de indigencia, es decir que la totalidad de ellas poseen un ingreso que supera la Canasta Básica de Alimentos. El ingreso promedio de estas familias es de 1745\$ por mes, incluyendo familias que ganan un ingreso mensual mínimo de 360\$, hasta familias que disponen de 3800\$ por mes como máximo.

Los planes de asistencia alimentaria vigente más nombrados en ambos centros de atención primaria de la salud son el Plan Vida con la entrega de leche y/o la tarjeta, el Plan Familia, y el Plan Jefes y Jefas del Hogar, en menor medida pero sin restarle importancia fueron referidos las bolsas de alimentos, Plan Barrios, y P.E.C.

En el estudio realizado por el CESNI en Ushuaia se observa que en los preescolares el nivel socioeconómico constituye un factor de riesgo adicional de obesidad: los preescolares de nivel socioeconómico más bajo tienen 2,7 veces más riesgo de obesidad

que los niños de estratos sociales más altos. En el presente trabajo de investigación no se ha encontrado evidencia suficiente para comprobar esto último, ya que al relacionar las variables Estado Nutricional según

Gráfico N° 9



Fuente: Elaboración propia

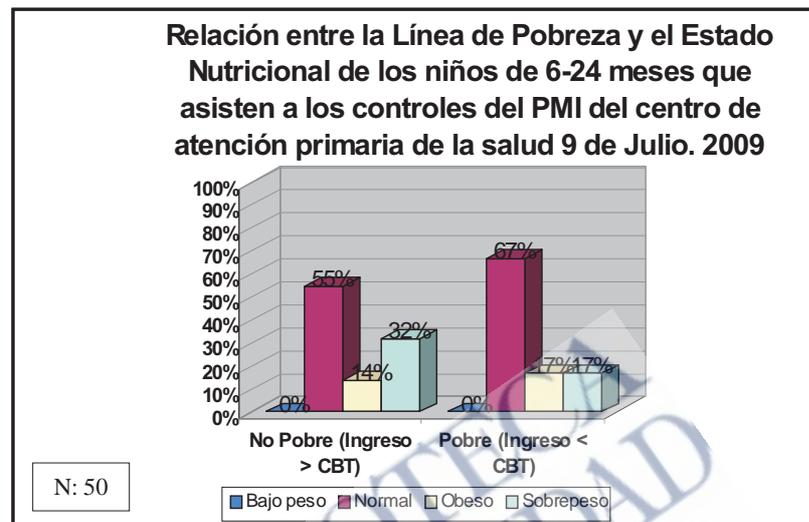
P/LC y nivel de pobreza en APAND, se observa que dentro de las familias que superan la línea de pobreza el 62% de los niños son normales, el 9% presenta obesidad, el 28% sobrepeso, y el 2% bajo peso; mientras que en las familias que se encuentran por debajo de la línea de pobreza, el 69% de los niños son normales, el 31% tienen obesidad y ninguno tiene sobrepeso y bajo peso.

Y en 9 de Julio el 55% de los niños que forman parte de las familias no pobres, tienen un estado nutricional normal, el 14% son obesos, el 32% padece sobrepeso y

no se registra ningún caso de bajo peso para la longitud corporal. En las familias pobres, el 67% de los niños son normales, y el resto padece sobrepeso y obesidad en igual proporción, 17% respectivamente, no identificándose ningún caso de emaciación.

Por ende, en ambas poblaciones: APAND y 9 de Julio, estas variables son independientes.

Gráfico N° 10



Fuente: Elaboración propia

Según los cambios nacionales en la disponibilidad de alimentos, a muy bajos niveles de ingreso, casi el 75% de las calorías proceden de hidratos de carbono amiláceos como el maíz, el arroz, el trigo y los tubérculos. Al aumentar los ingresos, la alimentación se hace más completa. Crece la ingestión de grasas, en particular de origen animal, y el porcentaje de calorías procedentes de los alimentos amiláceos se reduce al 30%. Aumenta el porcentaje de calorías procedentes de los azúcares, pero el aporte de proteínas se mantiene relativamente constante, aunque las proteínas de origen vegetal se sustituyen parcialmente por las de origen animal. El total de proteínas del régimen alimenticio aumenta a medida que crece la disponibilidad total de calorías con el incremento del PIB<sup>10</sup>.

Las familias que concurre a los centros de atención de la salud APAND y 9 de Julio destinan, en promedio, el mayor porcentaje de sus ingresos a la compra del grupo de carnes, productos de pesca y huevos, dentro de este, el mayor monto de dinero esta dirigido a las carnes rojas, los cortes mas referidos son: paleta, carne picada común, cuadrada, nalga y cuadril; y en menor medida a las carnes blancas, prevaleciendo la compra de pollo por sobre la de pesado, el cual ocupa un lugar poco significativo en la alimentación de estas familias. Luego le sigue el grupo de alimentos feculentos y alimentos azucarados, donde los mas nombrados por las madres/padres/tutores que responden a las encuestas son arroz, fideo, polenta, harinas, arvejas, lentejas, papa, batata, choclo, galletitas dulces, galletitas saladas, facturas y productos de panadería, pan, azúcar, mermelada, dulce de leche, cereales

<sup>10</sup> <http://www.fao.org/DOCREP/004/W3736S/W3736S04.htm>

de desayuno y cacao. Le sigue el grupo de vegetales y frutas, aquí se puede observar que predomina la compra de tomate, zanahoria, cebolla, morón, lechuga y puré de tomate, y en cuanto a las frutas: mandarina, manzana, naranja y banana. En cuarto lugar se ubica el grupo de leche y productos lácteos, en éste, principalmente el gasto esta inclinado a la compra de leche fluida y/o en polvo entera, yogur bebible y/o firme entero, queso cremoso entero, queso de rayar y con menos frecuencia queso untable entero. Posteriormente se sitúa el grupo de bebidas, en el cual, las más señaladas fueron los sobres de jugo en polvo común y gaseosas comunes como integrantes del rubro de bebidas azucaradas; y con respecto a las infusiones: yerba, café, y té común. Y por último las materias grasas, predominando la compra de aceite, manteca, mayonesa, y en menor medida de crema y grasa. Todo esto resulta independiente del estado nutricional de los niños (ver Tabla N° 9 y Tabla N° 10). Esta distribución de compra, se justifica teniendo en cuenta que la situación socioeconómica de las poblaciones en estudio no es extremadamente baja, y que a medida que los ingresos y el proceso de urbanización aumentan, la alimentación de las personas se hace más variada.

Tabla N° 9: Porcentaje del ingreso destinado a la compra de los diferentes grupos de alimentos en las familias que asisten a los controles pediátricos del PMI del centro de atención primaria de la salud APAND. 2009.

<i>Estado Nutricional de los niños de 6-24 meses de APAND. 2009</i>	<i>Estadística</i>	<i>Leche y productos lácteos</i>	<i>Carnes, productos de pesca y huevos</i>	<i>Vegetales y frutas</i>	<i>Alimentos feculentos y alimentos azucarados</i>	<i>Materias grasas</i>	<i>Bebidas</i>
<b>Normal</b>	N° de observaciones	38	38	38	38	38	38
	Mínimo	0%	13%	5%	7%	1%	
	Máximo	15%	42%	17%	31%	4%	9%
	Media	7%	24%	9%	17%	2%	4%
	Coefficiente de variación	46%	30%	32%	32%	37%	53%
<b>Sobrepeso/ Obesidad</b>	N° de observaciones	22	22	22	22	22	22
	Mínimo	3%	15%	5%	9%	1%	2%
	Máximo	13%	37%	14%	24%	3%	10%
	Media	7%	24%	10%	15%	2%	4%
	Coefficiente de variación	35%	26%	29%	27%	28%	50%

Fuente: Elaboración propia

Si bien, se sabe que el precio de los alimentos fluctúa permanentemente, en el presente trabajo de investigación los precios se toman en el mes de Junio del 2009, y se mantienen constantes a lo largo de todo el estudio. Esto permite contextualizar y comparar el gasto que los mismos ocasionan en las familias estudiadas. Se elige como lugar de referencia para la recolección de este dato al supermercado Carrefour, tras haber sido el más elegido por las madres/padres/tutores que responden a las encuestas en ambos centros de atención primaria de la salud.

Tabla N° 10: Porcentaje del ingreso destinado a la compra de los diferentes grupos de alimentos en las familias que asisten a los controles pediátricos del PMI del centro de atención primaria de la salud 9 de Julio. 2009.

<b>Estado Nutricional de los niños de 6-24 meses de 9 de Julio. 2009</b>	<b>Estadística</b>	<b>Leche y productos lácteos</b>	<b>Carnes, productos de pesca y huevos</b>	<b>Vegetales y frutas</b>	<b>Alimentos feculentos y alimentos azucarados</b>	<b>Materias grasas</b>	<b>Bebidas</b>
<b>Normal</b>	No. de observaciones	30	30	30	30	30	30
	Mínimo	3%	16%	7%	12%	1%	2%
	Máximo	14%	34%	16%	29%	4%	11%
	Media	9%	27%	11%	20%	2%	4%
	Coefficiente de variación	33%	17%	22%	21%	25%	51%
<b>Sobrepeso/obesidad</b>	No. de observaciones	20	20	20	20	20	20
	Mínimo	2%	16%	6%	9%	1%	2%
	Máximo	13%	36%	15%	32%	4%	10%
	Media	9%	24%	10%	17%	2%	5%
	Coefficiente de variación	29%	25%	25%	30%	28%	47%

Fuente: Elaboración propia.

Hay varios intentos por clasificar el comportamiento alimentario de acuerdo con el aumento de los ingresos. La Ley de Engel<sup>11</sup>, afirma que al aumentar el ingreso, disminuye el porcentaje del mismo destinado a la compra de alimentos, el gasto total de alimentos puede aumentar, pero disminuye su importancia relativa. En APAND, las familias destinan en promedio más de la mitad, 63,07%, del ingreso mensual a la compra de alimentos (ver Tabla N° 11). Para demostrar el cumplimiento de la Ley en esta población, se establecieron una comparación entre la familia que dispone del ingreso más bajo: 350\$ mensuales, la cual destina 290,93\$ a la compra de alimentos, un equivalente al 83% del ingreso; y la familia con el ingreso más alto: 6000\$, que

<sup>11</sup> basada en estudios realizados en las comunidades mineras vegas por un especialista en economía aplicada llamado Engel

gasta 2062,09\$ en alimentos, lo que equivale al 34,37% del ingreso mensual. Ambas familias conformadas por tres integrantes cada una: madre, padre, e hijo/a.

Tabla N° 11 : porcentaje del ingreso destinado a la compra de alimentos en las familias que asisten a los controles pediátricos del PMI del centro de atención primaria de la salud APAND. 2009.

<b>Estado Nutricional de los niños de 6-24 meses de APAND. 2009.</b>	<b>Estadística</b>	<b>% del ingreso destinado a la compra de alimentos</b>
<b>Normal</b>	Nº de observaciones	38
	Mínimo	34%
	Máximo	87%
	Media	63%
	Coeficiente de variación	22%
<b>Sobrepeso/ Obesidad</b>	Nº de observaciones	22
	Mínimo	41%
	Máximo	83%
	Media	63%
	Coeficiente de variación	20%

Fuente: Elaboración propia

En 9 de Julio, las familias destinan en promedio el 70% del ingreso familiar mensual a la compra de alimentos (ver tabla N° 12). Y se puede probar, del mismo modo, el cumplimiento de la Ley de Engel, ya que se observa que una familia de tres integrantes: madres, padres, hijo/a, y que recibe el ingreso más bajo de esta población, 360\$, destina 302,25\$ a la compra de alimentos, un equivalente al 84% del ingreso; mientras que una familia, conformada de la misma manera (madre, padre, hijo/a), con acceso a uno de los ingresos más alto referidos en las encuestas, 3000\$ invierte el 1461,41\$ en la compra de alimentos, lo que equivale a 49% del mismo.

Tabla N° 12: porcentaje del ingreso destinado a la compra de alimentos en las familias que asisten a los controles pediátricos del PMI del centro de atención primaria de la salud 9 de Julio. 2009.

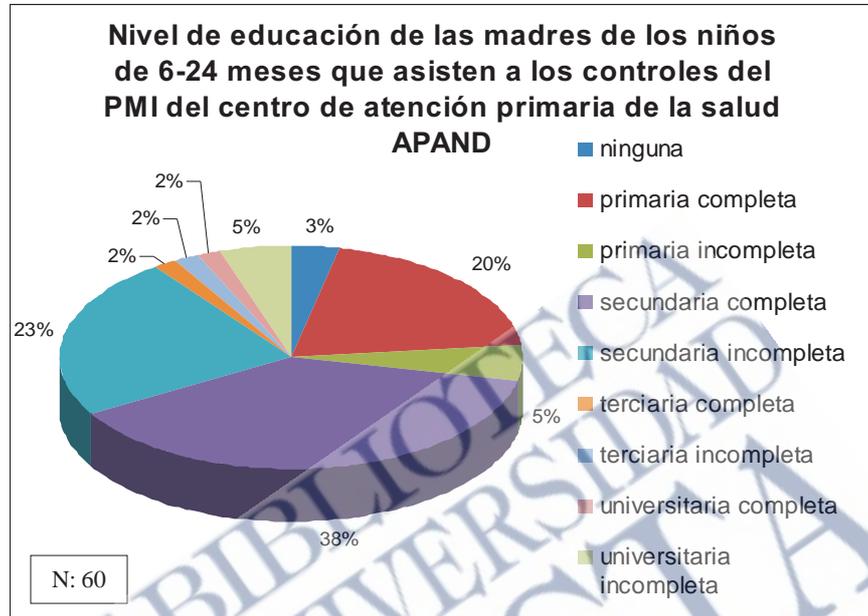
<b>Estado Nutricional de los niños de 6-24 meses de 9 de Julio. 2009</b>	<b>Estadística</b>	<b>% del ingreso destinado a la compra de alimentos</b>
<b>Normal</b>	No. de observaciones	30
	Mínimo	50%
	Máximo	89%
	Media	73%
	Coeficiente de variación	12%
<b>Sobrepeso/ obesidad</b>	No. de observaciones	20
	Mínimo	49%
	Máximo	84%
	Media	66%
	Coeficiente de variación	17%

Fuente: Elaboración propia

El estudio de Ushuaia<sup>12</sup> reporta que el bajo grado de escolaridad de la madre (Odds ratio=2.7) y la baja categoría ocupacional del padre (Odds ratio=5.6) se asocian significativamente con el desarrollo de obesidad en los hijos. Un análisis descriptivo del nivel de

educación de las madres y los padres de los niños que asisten a los controles del PMI en el centro de atención primaria de la salud APAND (Gráfico N° 11

Gráfico N° 11



Fuente: Elaboración Propia

y N° 12), permite ver

que la mayoría de ellos, han tenido acceso a una educación primaria, alcanzando, incluso, los niveles secundarios. Muy pocos, 11% de las madres y 2% de los padres, han

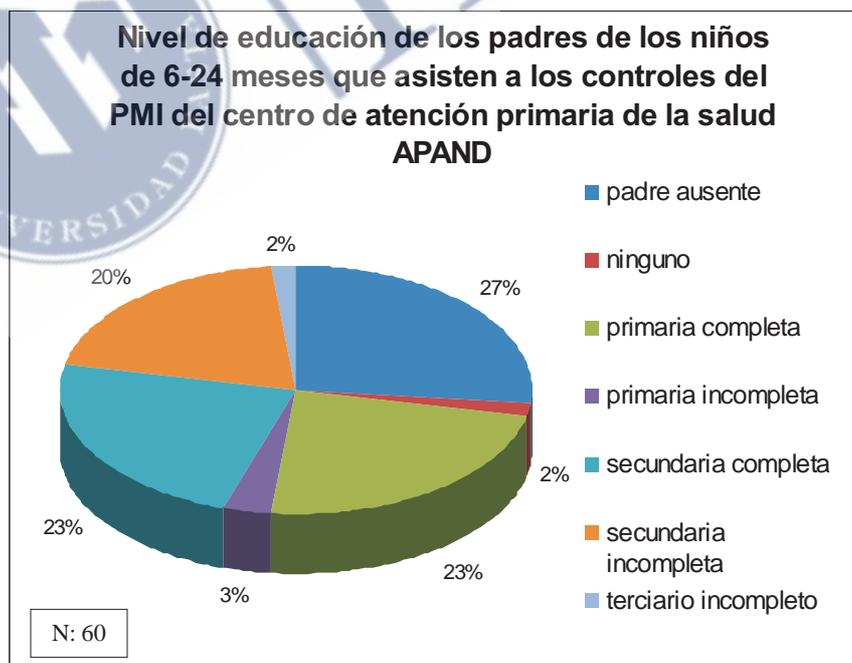
Gráfico N° 12

continuado con estudios terciarios y/o universitarios.

Y casi ninguno: 2% de las madres y 1% de los padres no han realizado estudio alguno.

Con

respecto a la ocupación se



Fuente: Elaboración Propia

<sup>12</sup> CESNI, 1995. Óp.cit

observa que un 60% de las madres son amas de casa, un 10% estudiantes y un 5% están desocupadas, lo que permite concluir que solo el 25% de las madres entrevistadas

en el centro de atención primaria de la salud APAND, participan en el ingreso económico del hogar (Gráfico N° 13).

En cuanto a los padres

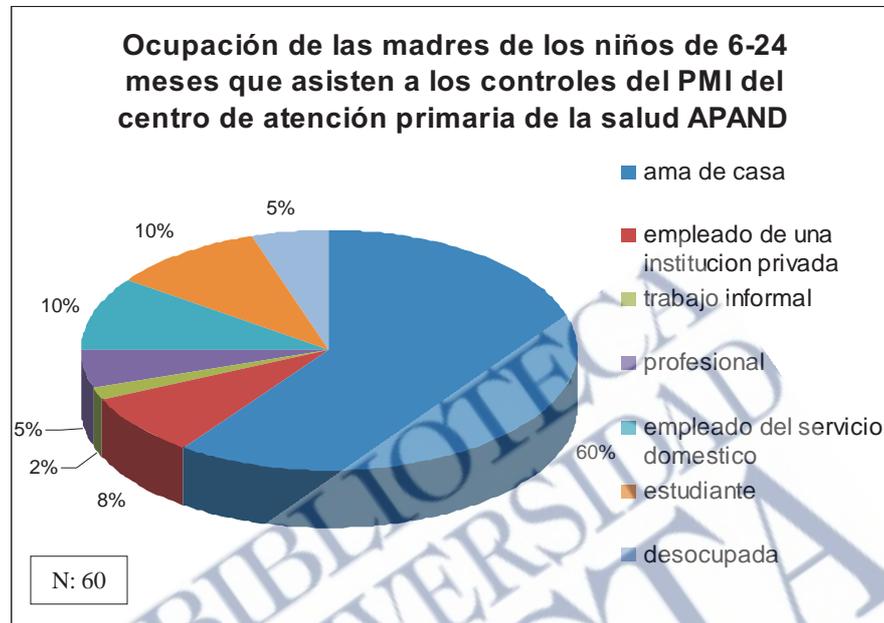
(Gráfico N°14), es importante destacar que el 27% están ausente y el 5% desocupados. El 42% de los padres que colaboran con el ingreso familiar son empleados de empresas privadas, el 23% trabaja por cuenta propia, y el 3% realiza trabajos

informales como changas, cartonero.

Del mismo modo se observa que la generalidad de las madres y padres que realizan los controles pediátricos de sus hijos en el

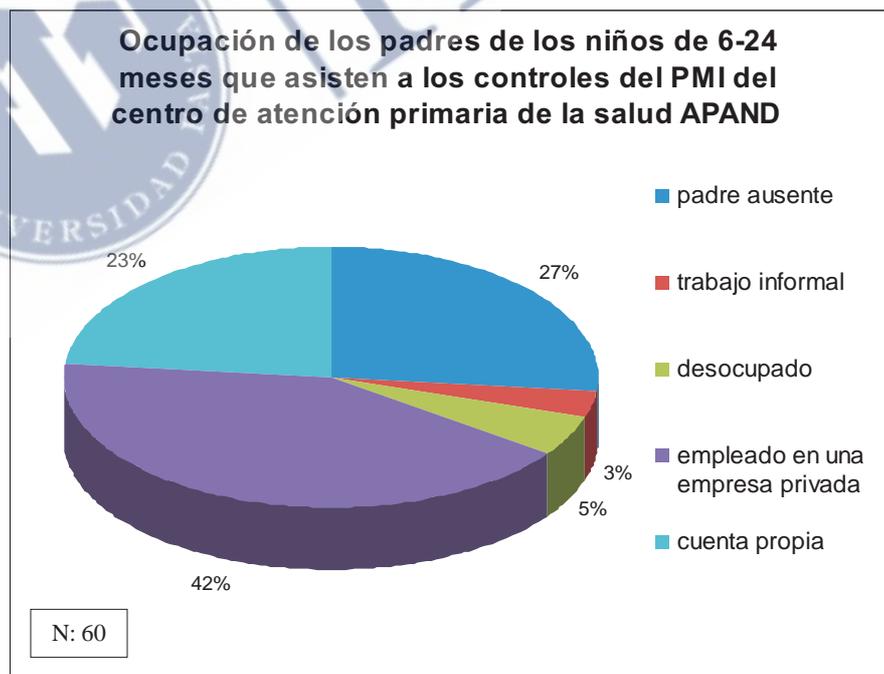
centro de atención primaria de la salud 9 de Julio han tenido acceso a una educación

Gráfico N° 13



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N° 14



Fuente: Elaboración Propia

primaria, y secundaria. Son escasos, 4% de las madres y 2% de los padres, los que continuaron

con estudios terciarios y/o universitarios. Y 2% de las madres y 2% de los padres no realizan ningún tipo de estudio (Gráfico N° 15 y N° 16).

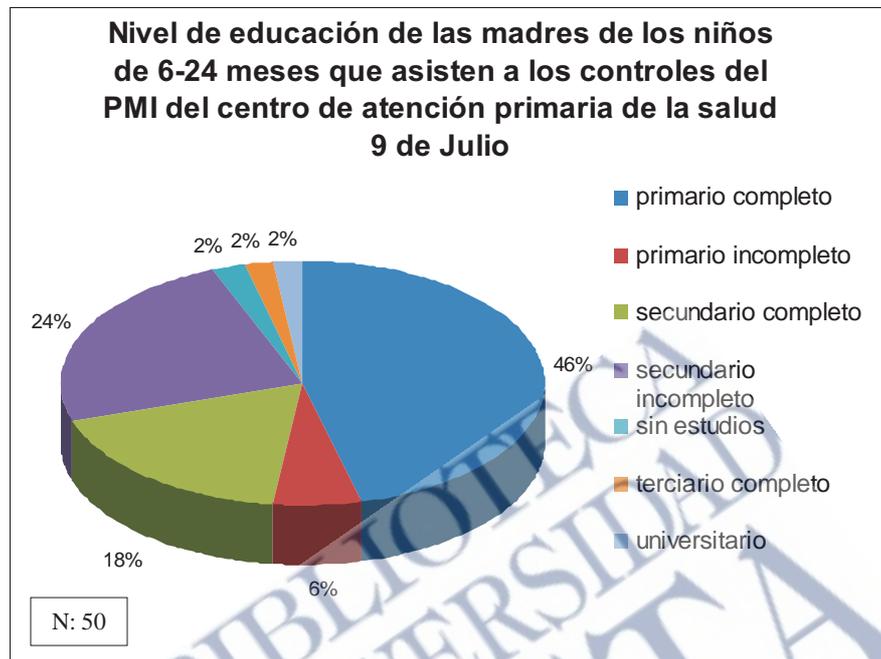
En cuanto a la ocupación (Gráfico N°

17), el 78% de las madres que asisten al centro de atención primaria de la salud 9 de julio no contribuye al ingreso familiar mensual ya que son amas de casa, estudiantes o están

desocupadas. Del 22% que si colabora con la entrada de dinero en el hogar, un 8% trabaja por cuenta propia, otro 8% se dedica al servicio doméstico, un 4% son

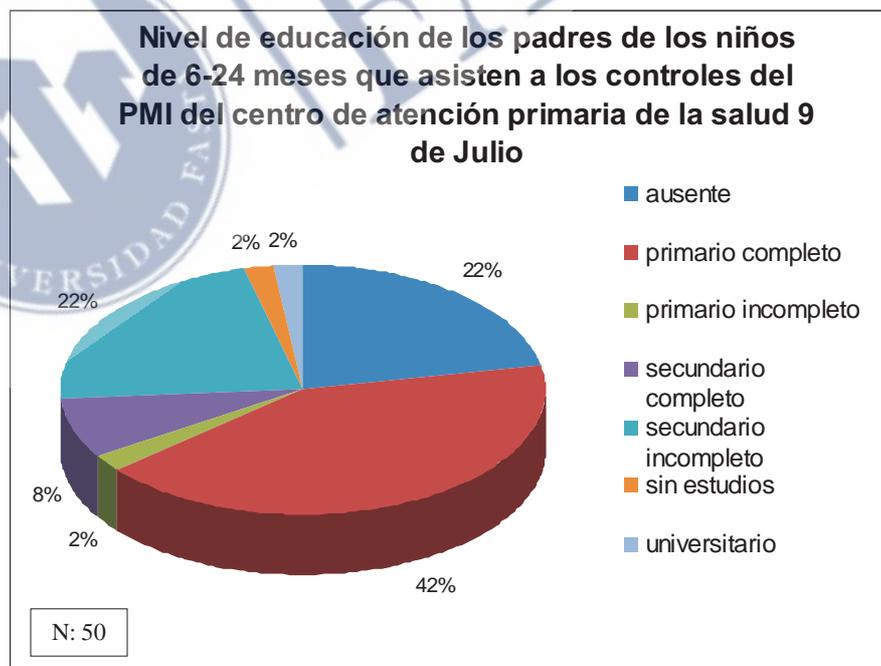
empleadas de empresas privadas, y un 2% de empresas públicas.

Gráfico N° 15



Fuente: Elaboración Propia

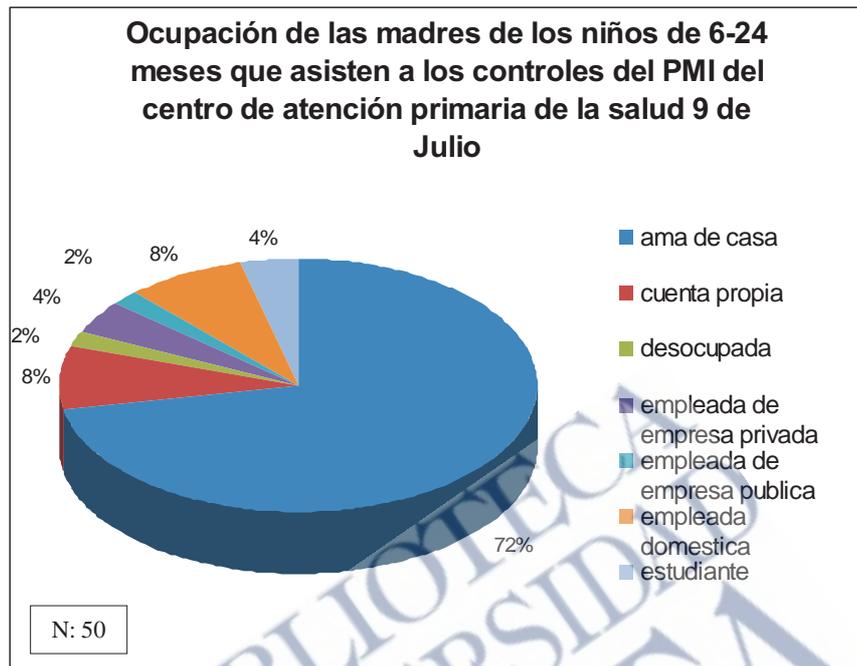
Gráfico N° 16



Fuente: Elaboración Propia

La mayoría de los padres, 32% trabaja por cuenta propia, 28% en empresas privadas, 2% en empresas públicas, y 12% realiza trabajos informales. Un alto porcentaje, 22%, de los padres están ausentes de sus hogares y solo un 2% se encuentran en condición de desempleo (ver gráfico 18).

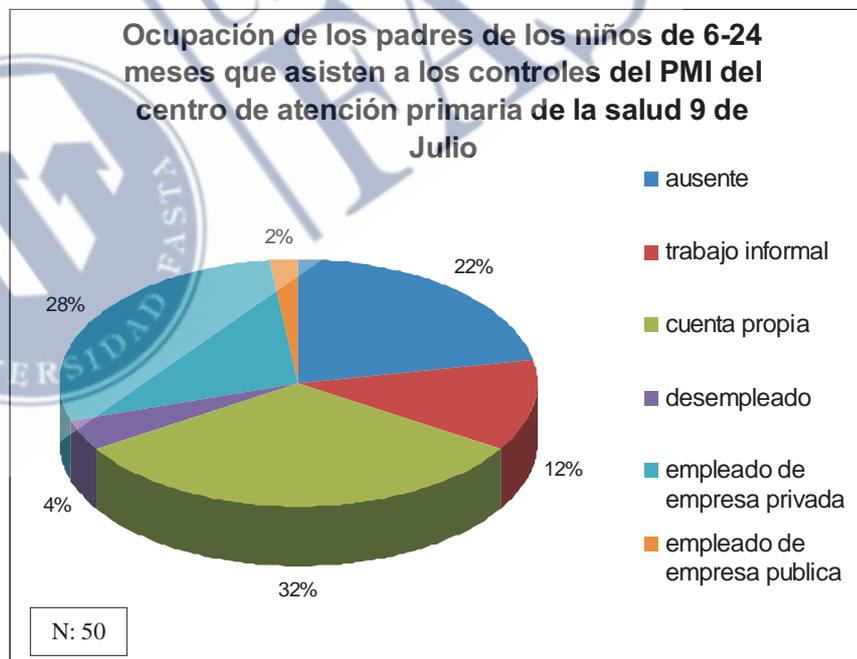
Gráfico N° 17



Fuente: Elaboración Propia

Si esto se compara con el estado nutricional de los niños se puede apreciar que ambas variables: nivel de educación y ocupación del padre y de la madre, en las poblaciones de APAND y 9 de Julio, resultan independientes de la situación nutricional de sus hijos.

Gráfico N° 18



Fuente: Elaboración Propia

# *Conclusión*



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
FASTA



Del análisis de los datos obtenidos en ambos centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio se concluye que, en general, no existen mayores diferencias entre dichas poblaciones.

Con respecto al estado nutricional, si bien la mayoría de los niños tiene un P/E, LC/E Y P/LC normal, el sobrepeso y la obesidad emergen como la forma de malnutrición más prevalente en ambas poblaciones y el retraso crónico de crecimiento medido con el indicador LC/E es superior al esperado estadísticamente, ambos datos se hacen mas evidentes en los niños que asisten a los controles del PMI en 9 de Julio. Y el bajo peso ya sea en relación a la edad como a la talla es poco significativo en uno u otro centro de atención primaria para la salud.

Tabla N° 1: Estado nutricional de los niños de 6-24 meses que asisten a los controles del PMI en los centros de atención primaria para la salud APAND y 9 de Julio

ESTADO NUTRICIONAL	APAND	9 DE JULIO
P/E PC15-85 (normal)	68%	66%
P/E <PC15 (bajo peso)	7%	4%
P/E >PC85 (alto peso)	25%	30%
LC/E PC15-85 (talla normal)	75%	66%
LC/E <PC 15 (baja talla)	13%	22%
LC/E PC >85 (alta talla)	12%	12%
P/LC PC 15-85 (normal)	63%	56%
P/LC PC < 15 (bajo peso)	2%	0%
P/LC PC >85 (sobrepeso/obesidad)	35%	44%

Fuente: Elaboración propia

El porcentaje de familias que superan la línea de pobreza, también es mayor al previsto en ambas instituciones. Más de la mitad de los hogares encuestados en APAND y en 9 de Julio son acreedores de un ingreso capaz de superar la CBT y la CBA.

Tabla N° 2: Situación económica de las familias de APAND y 9 de Julio

SITUACIÓN ECONOMICA	APAND	9 DE JULIO
Familias No pobres	79%	88%
Familias Pobres	18%	12%
Familias Indigente	3%	0%
Ingreso mensual promedio	2003\$	1745\$
Ingreso mensual mínimo	350\$	360\$
Ingreso mensual máximo	6000\$	3800\$

Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en la tabla N°3, no se ha encontrado evidencia suficiente para comprobar la relación entre las variables estado nutricional de los niños de 6-24 meses que concurren a los controles del PMI en el centro de atención primaria para la salud APAND y 9 de Julio según P/LC y la situación económica de los hogares donde habitan los mismos. Por ende, en estas poblaciones, dichas variables son independientes.

Tabla N° 3: Relación entre el estado nutricional y la situación económica de los niños 6-24meses que concurren a los centros de atención primaria de la salud APAND y 9 de Julio.

ESTADO NUTRICIONAL/SITUACIÓN ECONOMICA	APAND	9 DE JULIO
P/LC PC15-85 (normal) en familias NO pobres	62%	55%
P/LC <PC15 (bajo peso) en familias NO pobres	2%	0%
P/LC > PC85 (sobrepeso)en familias NO pobres	28%	32%
P/LC>PC97 (obesidad)en familias NO pobres	9%	14%
P/LC PC15-85 (normal) en familias pobres	69%	67%
P/LC <PC15 (bajo peso) en familias pobres	0%	0%
P/LC > PC85 (sobrepeso)en familias pobres	0%	17%
P/LC>PC97 (obesidad)en familias pobres	31%	17%

Fuente: Elaboración propia

Las familias que concurren a ambos centros de atención primaria para la salud destinan, en promedio, más de la mitad de sus ingresos en la alimentación mensual del hogar. Al distribuir los alimentos en 6 grupos, se observa que invierten el mayor porcentaje de dinero en carnes, productos de pesca y huevos, luego a los alimentos feculentos y alimentos azucarados, seguido por los vegetales y frutas, en cuarto lugar a la leche y productos lácteos, posteriormente a las bebidas y por último a las materias grasas. A su vez, tanto en APAND como en 9 de Julio, se puede comprobar el cumplimiento de la ley de Engel, que afirma que al aumentar el ingreso, disminuye el

porcentaje del mismo destinado a la compra de alimentos, el gasto total de alimentos puede aumentar, pero disminuye su importancia relativa.

Tabla N° 4: Ingreso destinado a la alimentación en general y por grupo de alimentos de las familias de APAND y 9 de Julio.

INGRESO DESTINADO A LA COMPRA DE ALIMENTOS	APAND	9 DE JULIO
% del ingreso destinado a la compra de alimentos en general (promedio)	63,07%	70%
% del ingreso destinado a la compra de los diferentes grupos de alimentos (en orden decreciente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>x carnes, productos de pesca y huevos.</li> <li>x alimentos feculentos y alimentos azucarados</li> <li>x vegetales y frutas</li> <li>x leche y productos lácteos.</li> <li>x bebidas</li> <li>x materias grasas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>x carnes, productos de pesca y huevos.</li> <li>x alimentos feculentos y alimentos azucarados</li> <li>x vegetales y frutas</li> <li>x leche y productos lácteos.</li> <li>x bebidas</li> <li>x materias grasas</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Si se establece una comparación entre los datos obtenidos en ambos centros de atención primaria de la salud respecto al nivel de educación, se llega a la conclusión de que las madres y padres de APAND alcanzan un nivel de escolaridad mayor que los de 9 de Julio.

Tabla N° 5: Nivel de educación materno y paterno de APAND y 9 de Julio

NIVEL DE EDUCACIÓN	APAND	9 DE JULIO
Nivel de educación materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>x Ninguno 3%</li> <li>x Primario incompleto 5%</li> <li>x Primario completo 20%</li> <li>x Secundario incompleto 23%</li> <li>x Secundario completo 38%</li> <li>x Terciario incompleto 2%</li> <li>x Terciario completo 2%</li> <li>x Universitario 2%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>x Ninguno 2%</li> <li>x Primario incompleto 6%</li> <li>x Primario completo 46%</li> <li>x Secundario incompleto 24%</li> <li>x Secundario completo 18%</li> <li>x Terciario incompleto 0%</li> <li>x Terciario completo 2%</li> <li>x Universitario 2%</li> </ul>
Nivel de educación paterna	<ul style="list-style-type: none"> <li>x Padre ausente 27%</li> <li>x Ninguno 2%</li> <li>x Primario incompleto 3%</li> <li>x Primario completo 23%</li> <li>x Secundario incompleto 20%</li> <li>x Secundario completo 23%</li> <li>x Terciario incompleto 2%</li> <li>x Universitario 0%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>x Padre ausente 22%</li> <li>x Ninguno 2%</li> <li>x Primario incompleto 2%</li> <li>x Primario completo 42%</li> <li>x Secundario incompleto 22%</li> <li>x Secundario completo 8%</li> <li>x Terciario incompleto 0%</li> <li>x Universitario 2%</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la ocupación, la mayoría de las madres de ambos centros de atención primaria para la salud, no contribuyen con el ingreso mensual del hogar ya que son amas de casas, siendo los padres los que tienen la mayor participación en el mismo. La desocupación de los jefes de hogar es un indicador de gran sensibilidad para la problemática alimentaria. Teóricamente, dentro de los hogares donde ambos cónyuges tienen ingresos, los varones destinan a gastos propios, casi tanto como a la comida familiar, el dinero masculino es particularmente importante en el gasto del mantenimiento físico de la casa. Las mujeres, en cambio, destinan al mantenimiento del hogar y los hijos: alimentación, salud y educación, y en menor proporción para sí mismas. Dado que el destino primordial del dinero femenino es el rubro alimentación, toda reducción en los ingresos femeninos, incide directamente en el nivel de consumo alimentario de la familia.

De todas formas, en APAND y 9 de Julio no se obtuvo evidencia suficiente para comprobar que la condición educativa y ocupacional repercute en el estado nutricional de los niños de 6-24 meses que habitan en estas familias.

Tabla N° 6: Ocupación materna y paterna de APAND y 9 de Julio

OCUPACIÓN	APAND	9 DE JULIO
Ocupación materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>x Ama de casa 60%</li> <li>x Empleada de institución privada 8%</li> <li>x Trabajo informal 2%</li> <li>x Profesional 5%</li> <li>x Empleada del servicio doméstico 10%</li> <li>x Estudiante 10%</li> <li>x Desocupada 5%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>x Ama de casa 72%</li> <li>x Cuenta propia 8%</li> <li>x Empleada de institución privada 4%</li> <li>x Empleada de empresa pública 2%</li> <li>x Empleada del servicio doméstico 8%</li> <li>x Estudiante 4%</li> <li>x Desocupada 2%</li> </ul>
Ocupación paterna	<ul style="list-style-type: none"> <li>x Padre ausente 27%</li> <li>x Trabajo informal 3%</li> <li>x Desocupado 5%</li> <li>x Empleado de una institución privada 42%</li> <li>x Cuenta propia 23%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>x Padre ausente 22%</li> <li>x Trabajo informal 12%</li> <li>x Desocupado 4%</li> <li>x Empleado de una institución privada 28%</li> <li>x Empleado de empresa pública 2%</li> <li>x Cuenta propia 32%</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Con esto, se concluye que el estado nutricional es un componente importante en la primera etapa de reconocimiento de la salud y del potencial de desarrollo poblacional. Por lo tanto el diagnóstico y la vigilancia nutricional deben ser esenciales en el conocimiento de los procesos y en el desarrollo de programas destinados a la prevención, al mejoramiento integral y a la resolución de problemas que afectan a las poblaciones socioeconómicamente minusválidas.

Pero si bien, la nutrición es imprescindible ante esta situación, no es suficiente. La intervención en educación es clave para el crecimiento del capital humano. Para aliviar la pobreza, la economía debe crecer. Sin la necesaria intervención de capital humano el crecimiento económico no resuelve la pobreza y el desarrollo socioeconómico. El crecimiento económico que lleva a aliviar la pobreza está alimentado por la capacidad física y creativa de su gente. La pobreza favorece la malnutrición, la cual limita el progreso educacional, la capacidad de trabajo físico y la expectativa de vida.



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
FASTA

# *Bibliografía*



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
FASTA

- x ACC/SCN, United Nations. Fifth report on the world Nutrition Situation. Geneva, Switzerland. 2004.
- x Aguirre P.; *Papel de las Estrategias Domésticas de Consumo en el Acceso a los Alimentos*. Simposio FAO/SLAN de Seguridad Alimentaria en los Hogares. 1994.
- x \_\_\_\_\_ *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2004
- x \_\_\_\_\_ *Seguridad alimentaria. Una visión desde la antropología alimentaria; Desarrollo Integral en la Infancia: El Futuro Comprometido*. Fundación CLACYD- Córdoba 2004.
- x Análisis realizado por el CESNI a partir de la de las Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC), 2003-2005
- x Atlas J. Programa de reparto de alimentos. E: Asistencia Alimentaria, tomo I. Lumen Humanitas. Buenos Aires, 2003
- x BADEINSO de CEPAL y el Ministerio de Economía de Argentina.
- x Banco Mundial, World Development Indicators. Regiones del mundo: coeficiente de concentración de Gini. 1997-2002 (concentración del ingreso per. cápita a partir de grupos decílico)
- x Barker, D.J.P (1994): *Mothers, Babies and Disease in Later Life*. Londres, BMJ Books
- x Baumgartner, B y Belen, H. A systematic overview of urban agriculture in developing countries. EAWAG. Swiss Federal Institute for Environmental Science. Setiembre, 2001.
- x Becaria, L.; *Hay que crear empleos de calidad; Buenos Aires, Cambio Cultural; 2002*
- x BID/CIEPP; *Programas sociales focalizados*; Mimeo; Buenos Aires; 1996.
- x Bourdieu P, 1995. *Razones Prácticas*. Taurus. Antropología. Madrid
- x Bradley y cols.: "Socioeconomic status and child development", *Annual Review of Psychology*, 2002.
- x Britos, S. "Programas Alimentarios: Situación actual y desafíos pendientes". *CESNI*
- x Britos, S.; Documentos de análisis del grupo de análisis epidemiológico nutricional, Ministerio de Salud, mimeo, Buenos Aires; 2000
- x Britos, S.; O'Donnell, A.; Ugalde, V.; Clacheo, R.; CESNI; *Programas alimentarios en Argentina*; noviembre 2003.

- x Brooks-Gunn y cols.: "Are socioeconomic gradients for children similar to those for adult?", en D.P. Keating y C.Hertzman (eds.), *Developmental health and the Wealth of Nations. Social, Biological and Educational Dynamic*, Nueva York, Guilford, 1999.
- x Cafiero J.P., Godoy D.O., "Intervención eficaz sobre los programas nutricionales de la población desde la política pública". La experiencia de la Estrategia de Intervención Nutricional desde el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Bs. As durante los años 2004-2005. *Pobreza y Desarrollo Infantil, Una contribución multidisciplinaria*. Ed. Jorge A. Colombo. Buenos Aires. 2007.
- x CEPAL (2005). "Panorama social de America Latina", noviembre. Sobre la base del "Informe final de la Conferencia electrónica sobre evolución de la vigilancia alimentaria y nutricional en America latina y el Caribe, FAO, diciembre 2001.
- x CESNI: *Proyecto Tierra del Fuego. Diagnóstico Basal de Salud y Nutrición*, Buenos Aires, Fundación Jorge Macri, 1995.
- x Chateneuf R, 1995. *Elementos de Seguridad Alimentaria*. ININ. Salta. Mimeo.
- x Chen R S and R W Kates 1994. World food security: prospects and trends. *Food Policy*.
- x CLACyD: *Encuesta de Salud, Nutrición y Desarrollo*, Ciudad de Córdoba, 2000. MSPBA, 2003.
- x Cruz Roja Alemana, Cruz Roja Argentina, KNACK, ECHO: *Estudio Nutricional y de condiciones de la vida de la niñez del norte Argentino*, Buenos Aires, 2004.
- x Daniel R. Petteta; Evolución epidemiológica de la pobreza urbana en la Argentina: el impacto sobre indicadores demográficos, educativos y laborales; *Pobreza y desarrollo infantil*. Jorge A.Colombo, 2007
- x Dehollaín P. 1995. Conceptos y factores condicionantes de la seguridad alimentaria en hogares. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*.
- x Delgado H. 1996 Seguridad alimentaria y nutrición en hogares rurales y urbanos: Experiencias en la región centroamericana. Guatemala: INCAP/OPS.
- x Díaz y cols.: *Encuesta nutricional en hogares de menores de 6 años*, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, PROMIN, presentación a Premio Latinoamericano Kellogg's de Investigación en Nutrición, XII Congreso Latinoamericano de Nutrición, Buenos Aires, 12-16 /11/2000.
- x Durkin: "The epidemiology of developmental disabilities in low income countries", *Mental Retardation and DEVELOPMENTAL Disabilities Research Review*, 2003.

- x EGIH –INDEC, Comparación de los Consumos en las Encuestas de 1985 y 1996.
- x Eide A, A. Oshaug and W. Eide 1992. Food security and the right to food in international law and development. New York: *UNICEF*; 1992, Vol. 1.
- x ENCUNA. Estudio nutricional y de las condiciones de vida de la niñez pobre del norte Argentino. Cruz Roja Alemana, KNACK. 2004
- x Encuesta Permanente de Hogares de INDEC, Desocupación y Subocupación, 1980-2002.
- x Encuesta Permanente de Hogares de INDEC, Evolución de la distribución del ingreso familiar per. capita, 1980-2002.
- x Encuesta Permanente de Hogares de INDEC, Tasa de Desocupación Según Genero, 1980-2001.
- x Evaluación de la suplementación semanal con sulfato ferroso a escolares de primer año, ciudad de Santa Fe, 2003-2004.
- x FAO, 1992. CIN. Conferencia Internacional de Nutrición. Nutrición y Desarrollo. Una Evaluación Mundial.
- x \_\_\_ 1994. Elementos Principales de Estrategias Nutricionales. FAO. Roma
- x \_\_\_ 1996. Seguridad Alimentaria. FAO. Roma
- x Frankenberger T R, and M K McCaston 1998. The household livelihood security concept. Food, *Nutrition and Agriculture*.
- x Gamboa, N.; Cordero, A.; Las redes de ayuda mutua: mecanismos de sobrevivencia; *Revista de Ciencias Sociales*. Universidad de Costa Rica, 1989 JUN.
- x Garrido Medina L, Gil Calvo E, 1993. *Estrategias Familiares*. Alianza Editorial. Madrid.
- x Grantham-McGregor, S.M. "Relationship between physical growth, mental development and nutritional supplementation in stunted children: the Jamaican study", *Acta Paediatr*, 1995.
- x Grassi,E; Hintze,S; y Neufel, M (1994) *Políticas sociales, crisis y ajuste estructural*, Espacio Editorial, Buenos Aires.
- x INDEC 1975-01. Encuestas de Gastos e Ingresos de los Hogares.
- x \_\_\_\_\_ 1991-2002. Estadística Mensual. Índice de Precios al Consumidor.
- x \_\_\_\_\_: Censos de Población, 1980, 1991 y 2001; Situación y Evolución Social (Síntesis N° 4); Consudec N° 843 - 1998
- x \_\_\_\_\_: *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y evaluación de las metas sociales*, Buenos Aires, 1995.

- x INDEC-SIEMPRO, 1997
- x Instituto de Desarrollo e Investigaciones pediátricas (IDIP), hospital de Niños “Sor Maria Ludovica”, La Plata. 2007
- x IPC de INDEC: Kg. de carnaza, fideos y pan, equivalentes al precio de 1 Kg. de lechuga, tomates, manzanas y duraznos desde 1980
- x \_\_\_\_\_ Evolución de los precios de los alimentos desregulados, Estadística mensual 1991-1997
- x Jiménez Acosta S. 1994. Algunas consideraciones generales sobre la Seguridad Alimentaria. Tercer Seminario Internacional de Nutrición; 1994 Ag; Riobamba (Ecuador): ESPOCH.
- x Karp, R.; Martin, R.; Sewell, T., “Growth and academic achievement in inner-city kindergarten children”, *Clinical Pediatrics*, 1992.
- x Maxwell S. and T R Frankenberg 1993. Household food security: Concepts, Indicators, Measurements: A technical review. New York: UNICEF/IFAD
- x *Ministerio de Desarrollo Social; Presidencia de la Nación*; Buenos Aires; República Argentina; 2009
- x Ministerio de Economía; Gasto Público Social Consolidado 1994-2003. López, A.; Evolución de la Pobreza 2002; Consultora X; Buenos Aires.
- x NUTRIABA. Encuesta Nutricional a niñas/os menores de 6 años de la Provincia de Buenos Aires. Programa Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 1999.
- x O’Donnell, A.M., Porto, A.: “Las carencias alimentarias en el país, su impacto sobre el desarrollo infantil”. *Pobreza y desarrollo infantil*. Jorge A. Colombo, 2007.
- x O’Donnell, A.M.: “Una visión de la problemática nutricional de los niños argentinos”; E. Carmurga (eds.): *Hoy y Mañana. Salud y calidad de vida de los niños argentinos*, Publicación CESNI nº 18, 1998.
- x O’Donnell A.M, Britos S.; Ugalde.V, Clacheo.R: “*Programas alimentarios en Argentina*” Boletín CESNI. Buenos Aires, 2003
- x O’Donnell, A.M; Britos, S.. *Reflexiones y propuestas a partir de la emergencia alimentaria*.2002
- x ONU 1989, art. 24
- x Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación 2000. Inseguridad Alimentaria. La población se ve obligada a convivir con el hambre y teme morir de inanición. El estado de la Inseguridad Alimentaria en el mundo, 2000. Roma: FAO.

- x \_\_\_\_\_ 1995. Cuestiones relacionadas con la pobreza rural, el empleo y la seguridad alimentaria. Cumbre Mundial sobre el desarrollo 1995 Mar; Roma: FAO.
- x \_\_\_\_\_ 1996. El estado mundial de la agricultura y la alimentación. Roma: FAO.
- x Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación/Organización Mundial de la Salud. 1992. Conferencia Internacional sobre Nutrición: Nutrición y desarrollo - una evaluación mundial -; 1992 Ag; Roma: FAO y OMS.
- x Pollitt, E. "malnutrition, poverty and intellectual development 1996", *Sci. Am.*, 1996.
- x Referencias de la OMS en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), documentos de resultados 2007.
- x Rodríguez Larreta y Robredo, 1999; Bustelo, 1999; Lo Vuolo, 1999; Kliksberg, 1997; Ansolabehere, 1999; Cortés y Marshall, 1999; Repetto, 2000.
- x Ruiz V. y Giraldez, R.; *Proyecto BIRF: Protección Social 3957-AR*; mimeo; Buenos Aires; 1997
- x Secretaría de Planificación Económica. Gasto Público Social. 1992.
- x Secretaría de Programación Económica y Regional. Gasto Público Social en Alimentación y Promoción Social per/cap sobre pobreza. 1993-2001
- x Sen A, 1993. *Los bienes y la gente*. Comercio Exterior Vol. 33. México.
- x \_ \_ \_ 1982. *Poverty and Famines: an essay of entitlement and deprivation*. Claredon Press. Oxford.
- x Tabla de Composición Química de los Alimentos CESNI 1993 e IPC INDEC
- x Torrado, S. 2003. *Historia de la familia en la Argentina Moderna*. Ediciones de la Flor. Buenos Aires
- x Van der Gaag, J.: " Early child development: An economic perspective", en M. Young (ed.), *Early Child Development: Investing in our Children's Future*, The Netherlands, Elsevier Science, 1997, 1997. Carneiro y cols.: "Human capital policy", *NBER Working Paper*, n°9495, febrero, fEL, n° 12, 128.
- x Wauben, I.; Wainwright, P. "the influence of neonatal nutrition on Behavioral Development: A critical appraisal", *Nutrition Reviews*, 1999.
- x Young F. 1994. The structural causes of infant mortality decline in Chile. Social Indicators Research.

Sitios consultados:

- x <http://www.apand.com.ar/>
- x <http://www.celiacosferrolterra.com/index.php>
- x <http://www.ciudadania-express.com>
- x <http://www.comeros.com.ar>
- x <http://www.cprevia.com>
- x <http://www.cruzroja.org.ar>
- x <http://www.desarrollosocial.gov.ar>
- x <http://www.desnutricioninfantil-marychelly.blogspot.com>
- x <http://www.ecoalimenta.com>
- x <http://www.elcorreo.eu.org>
- x <http://www.evp.edu.py>
- x <http://www.fao.org>
- x <http://www.geocities.com/WallStreet/Floor/9680/nobel.htm?200912>
- x <http://www.grilk.com>
- x <http://www.imagenes.solos tocks.com>
- x <http://www.indec.gov.ar>
- x <http://www.inta.gov.ar>
- x <http://www.mdp.edu.ar>
- x <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/maternoinfantil/Maternoinfantil.html>
- x <http://www.nlm.nih.gov>
- x <http://www.ojosdepapel.com/Index.aspx?blog=819>
- x <http://www.periodicoelpulso.com.co>
- x <http://www.worldbank.org/data/>

*Anexo*



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
FASTA



## Listado de precios: Supermercado Carrefour

ALIMENTOS	MARCA	CONTENIDO	U.MEDIDA	PRECIO
<b>PRODUCTOS DE ALMACEN</b>				
Aceite Oliva Suave Lata	Liria	1500	Cm3	16,75
Aceite Girasol Pet	Cocinero	1500	Cm3	5,78
Sal Fina Paquete	Dos Anclas	500	Grs	1,05
Dulce de Leche Familiar	Milkaut	400	Grs	3,19
Dulce compacto	Uno	500	Grs	2,25
Prepizza con Salsa de Tomate	Homero	300	Grs	1,85
Caldo de Verdura	Maggi	12	Unidades	2,77
Arroz Largo Fino Bolsa	Sussarelli	1	Kg	4,54
Pure de Tomate Tetra Breck	La Colina	520	Grs	2,54
Arvejas	Inalpa	350	Grs	1,43
Caballa en Aceite Lata	Marechiare	330	Grs	7,03
Atun en Aceite Lata	Gomez Da Costa	170	Grs	5,09
Mermelada de Damasco Frasco	Canale	454	Grs	3,06
Azucar Bolsa	Ancaste	1	Kg	1,57
Fideos (Guiseros Mostacholes, Guiseros Tirabuzones, Coditos Rayados, Cinta Tallarin, Cinta Spaghetti, Soperos Ave Maria, Soperos Dedalitos)	Favorita	500	Grs	1,97
Vitina	Vitina	500	Grs	4,90
Porotos	Elios	500	Grs	4,75
Lentejas	Elios	500	Grs	4,19
Jardinera en lata	Arcor	350	Grs	2,59
Choclo en lata	La Banda	350	Grs	2,85
Copos de cereales sin azúcar	Granix	500	Grs	4,45
Galletas Premium	Variedad	400	Grs	3,05
Galletas Desayuno	Desayuno	100	Grs	0,84
Pan Rallado	Preferido	500	Grs	2,54
Harina 000	Cañuelas	1	Kg	1,06
Te en Saquitos	La Virginia	50	Unidades	2,46
Yerba Mate Con Palo	La Tranquera	1	Kg	4,36
Cacao Chocolate Estuche	Okey	200	Grs	1,47
Café instantáneo	Arlistan	170	Grs	9,80
Mate cocido en Saquitos	La Virginia	25	Unidades	1,76
Leche en Polvo Entera Caja	Purissima	400	Grs	8,75
Flan de Vainilla, y de Dulce de leche	Keksy	120	Grs	1,23
Gelatina común (cereza, durazno, frambuesa, frutilla, manzana naranja)	Royal	120	Grs	1,66
Mayonesa Doy Pack	Fanacoa	500	Cm	2,40
Tapas P/Empanadas para Horno y para Freir	Villa D'agri	12	Unidades	1,99
Tapas P/Pascualinas	Villa D'agri	400	Grs	2,40
Pan	-	1	Kg	6,00
Facturas	-	12	Unidades	10,00
<b>FIAMBRES Y LACTEOS</b>				
Huevos Blanco Plus	Avicoper	6	Unidades	2,39
Salchicha	Switt	6	Unidades	2,77
Fiambre (paleta)	Campos Sol	100	Grs	1,90
Leche Entera Sachet	Sancor	1000	Cm3	1,89
Leche Descremada Sachet	Sancor	1000	Cm3	1,98
Yogurt Entero Firme Pote	Yogurissimo	200	Grs	1,47

Alimento Concentrado Vainilla y Frutilla	Danonino	4	Unidades	2,71
Yogurt Entero Bebible Sachet	Yogurísimo	1	Lt	3,50
Margarina en Pan	Margadan	200	Grs	1,98
Manteca	Milkaut	200	Grs	3,20
Crema de Leche Doble	Ilolay	200	Cm3	3,38
Queso para rayar	Sardo	1	Kg	34,95
Queso de maquina	Amanecer	100	Gr	
Queso cremoso	Margarita	1	Kg	13,00
<b>BEBIDAS</b>				
Gaseosa Cola (común)	Pepsi	1500	Cm	4,50
Gaseosa Cola (Ligth)	Pepsi	1500	Cm	4,49
Jugo en Polvo (común)	Verao	40	Grs	0,49
<b>CARNES</b>				
Picada común	-	1	Kg	9,00
Picada especial	-	1	Kg	16,00
Paleta	-	1	Kg	14,00
Cuadrada	-	1	Kg	16,00
Nalga	-	1	Kg	16,00
Roast beef	-	1	Kg	14,00
Cuadril	-	1	Kg	17,00
Bola de lomo	-	1	Kg	21,00
Pollo	-	1	Kg	6,50
Grasa	-	1	Kg	3,50
Pescado (Merluza)	-	1	Kg	14,00
<b>VEGETALES Y FRUTAS</b>				
Calabaza	-	1	Kg	2,99
Papa	-	1	Kg	1,40
Zapallito	-	1	Kg	2,99
Zanahoria	-	1	Kg	3,99
Cebolla	-	1	Kg	1,50
Morrón	-	1	Kg	4,99
Tomate	-	1	Kg	3,99
Acelga	-	1	Atado	1,99
Batata	-	1	Kg	2,79
Lechuga	-	1	Kg	3,99
Manzana	-	1	Kg	2,49
Banana	-	1	Kg	2,99
Naranja	-	1	Kg	2,19
Pera	-	1	Kg	2,79
Mandarina	-	1	Kg	2,29

Nota: los datos fueron recolectados en el mes de Junio 2009

Necesidades energéticas y unidades consumidoras según edad y sexo

Edad	Sexo	Necesidades energéticas (kcal)	Unidades consumidoras por adulto equivalente
Menor de un año		880	0,33
1 año	Ambos	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		2.230	0,83
13 a 15 años	Varones	2.580	0,96
16 a 17 años		2.840	1,05
10 a 12 años		1.980	0,73
13 a 15 años	Mujeres	2.140	0,79
16 a 17 años		2.140	0,79
18 a 29 años		2.860	1,06
<b>30 a 59 años</b>	<b>Varones</b>	<b>2.700</b>	<b>1,00</b>
60 y más años		2.210	0,82
18 a 29 años	Mujeres	2.000	0,74
30 a 59 años		2.000	0,74
60 y más años		1.730	0,64

Nota: extracto de la tabla de MORALES Elena (1988), Canasta Básica de Alimentos - Gran Buenos Aires, Documento de trabajo N° 3, INDEC/IPA.

La metodología se puede consultar en el informe de prensa "Valorización mensual de la Canasta Básica Alimentaria y de la Canasta Básica Total"

Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares

Valores de la Canasta Básica de Alimentos (CBA) y de la Canasta Básica Total (CBT)  
para el adulto equivalente, desde Abril a Septiembre del 2009

Mes	Canasta Básica Alimentaria	Inversa del Coeficiente de Engel (1)	Canasta Básica Total
	Línea de indigencia Pesos		Línea de pobreza Pesos
Abr-2009	143,80	2,25	323,93
May-2009	143,63	2,26	324,19
Jun-2009	144,16	2,26	325,99
Jul-2009	144,78	2,27	327,94
Ago-2009	146,71	2,26	331,76
Sep-2009	148,22	2,26	334,45

Para determinar la Canasta Básica Total, se consideraron los bienes y servicios 1) no alimentarios. Se amplía la CBA utilizando el "Coeficiente de Engel", definido (como la relación entre los gastos alimentarios y los gastos totales observados).

Nota: la metodología se puede consultar en el Informe de Prensa "Valorización de la Canasta Básica Alimentaria y de la Canasta Básica Total".

Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares.

## Composición de la canasta básica de alimentos del adulto equivalente

Componente	Gramos	Especificaciones
pan	6.060	
galletitas saladas	420	
galletitas dulces	720	
arroz	630	
harina de trigo	1.020	
otras harinas (maíz)	210	
fideos	1.290	
papa	7.050	
batata	690	
azúcar	1.440	
dulces	240	de leche de batata mermeladas
legumbres secas	240	lentejas porotos arvejas
hortalizas	3.930	acelga cebolla lechuga tomate zanahoria zapallo tomate en lata
frutas	4.020	banana mandarina manzana naranja
carnes	6.270	asado carnaza carne picada cuadril falda con hueso nalga paleta pollo
huevos	630	
leche	7.950	
queso	270	fresco crema cuartirolo de rallar
aceite	1.200	mezcla
bebidas edulcoradas	4.050	jugos para

bebidas gaseosas sin edulcorar	3.450	diluir/gaseosas soda
sal fina	150	
sal gruesa	90	
vinagre	90	
café	60	
té	60	
yerba	600	

Fuente: Documento de trabajo. Números 3 y 8. INDEC/IPA



BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD  
FASTA

### Patrones de crecimiento infantil de la OMS

En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo un examen exhaustivo de las aplicaciones y la interpretación de los patrones antropométricos. Este examen llegó a la conclusión de que el patrón de crecimiento del National Center for Health Statistics y de la OMS (NCHS/OMS), que había sido recomendado para su uso internacional desde finales de los años setenta, no representaba adecuadamente el crecimiento en la primera infancia y se necesitaban nuevas curvas de crecimiento. La Asamblea Mundial de la Salud apoyó esta recomendación en 1994. En consecuencia, la OMS llevó a cabo el Estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento (MGRS) entre 1997 y 2003, a fin de generar nuevas curvas para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños en todo el mundo.

El Estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento combinó un seguimiento longitudinal desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad y un estudio transversal de los niños de entre 18 y 71 meses. Se recogieron datos primarios sobre crecimiento e información conexas de 8440 lactantes y niños pequeños saludables alimentados con leche materna con antecedentes étnicos y entornos culturales muy diversos: el Brasil, Ghana, la India, Noruega, Omán y los Estados Unidos de América. Este estudio tiene la peculiaridad de que fue concebido específicamente para elaborar un patrón seleccionando a niños saludables que vivieran en condiciones favorables para que los niños alcancen plenamente su potencial genético de crecimiento. Además, las madres de los niños seleccionados para la construcción de los patrones realizaban prácticas fundamentales de promoción de la salud, a saber, alimentar a los hijos con leche materna y no fumar.

Para interpretar las diferencias entre los patrones de la OMS y el patrón del NCHS/OMS, es importante entender que reflejan diferencias, no sólo en las poblaciones que se han utilizado, sino también en las metodologías aplicadas para construir los dos conjuntos de curvas de crecimiento<sup>1</sup>.

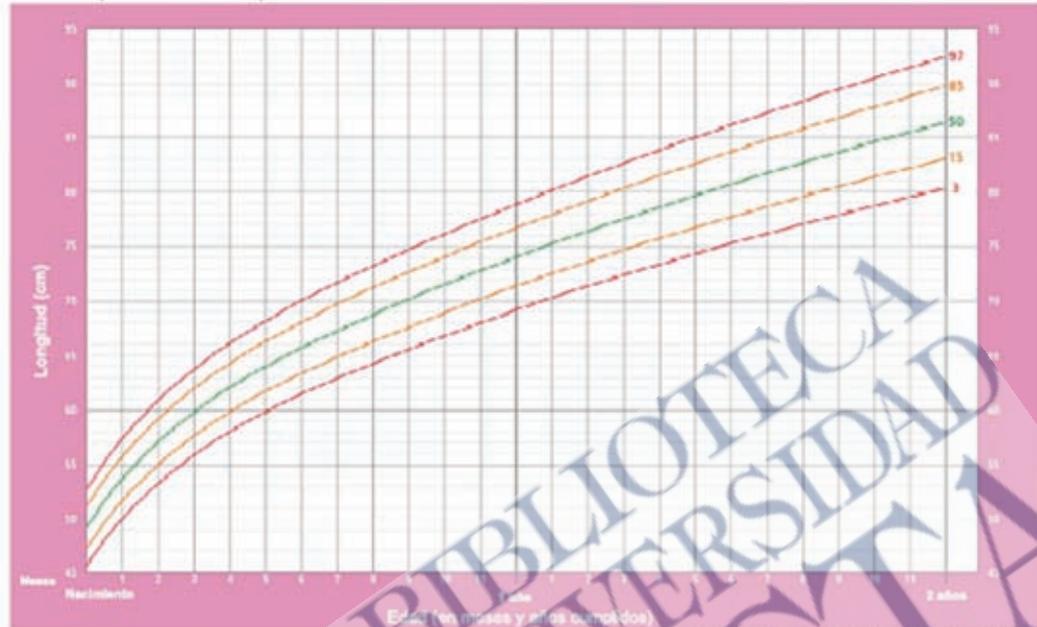
A continuación se presentan las curvas de crecimiento infantil de la OMS, a saber: longitud para la edad, peso para la edad, peso para la longitud en niñas y niños menores de 2 años, que fueron utilizadas para evaluar antropométricamente a la población estudiada por el presente trabajo de investigación.

---

<sup>1</sup> [http://www.who.int/childgrowth/standards/tr\\_summary\\_spanish\\_rev.pdf](http://www.who.int/childgrowth/standards/tr_summary_spanish_rev.pdf)

### Longitud para la edad Niñas

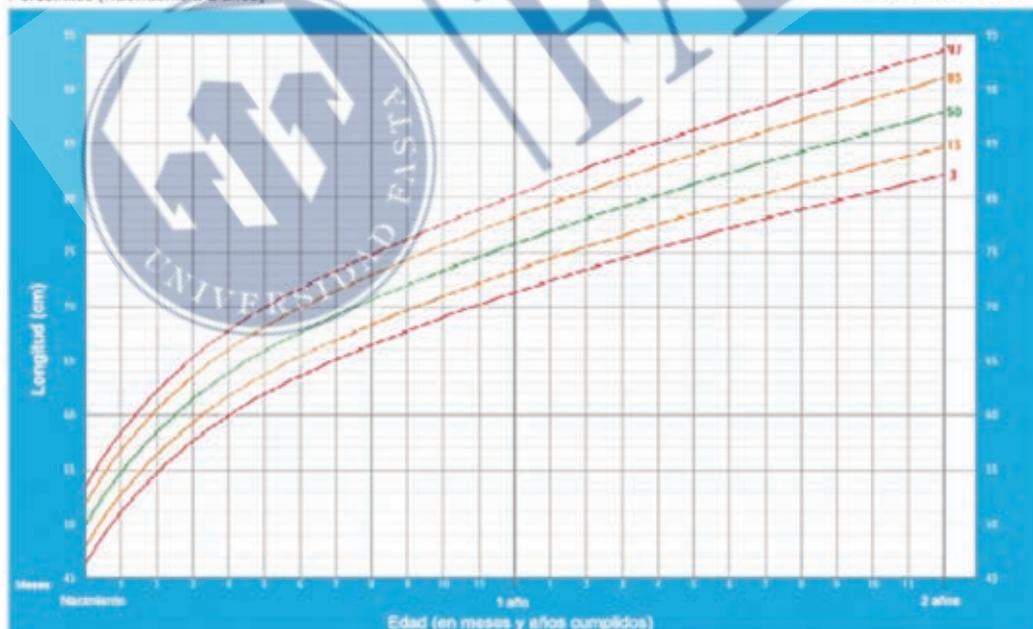
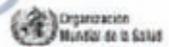
Percentiles (Nacimiento a 2 años)



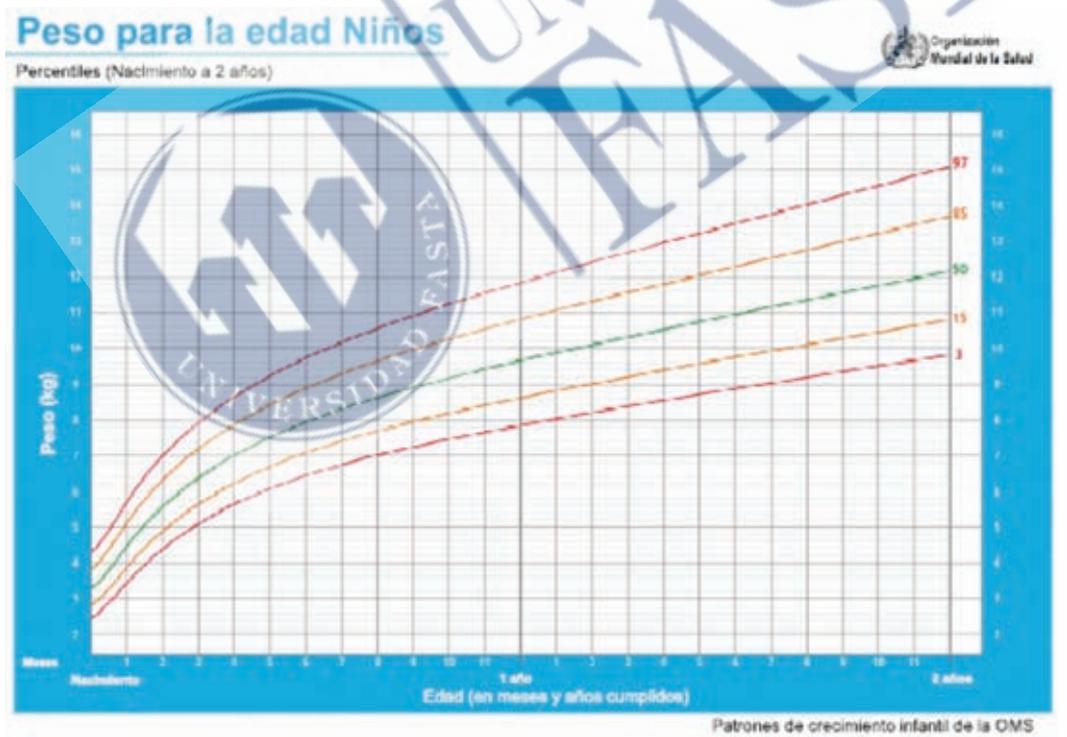
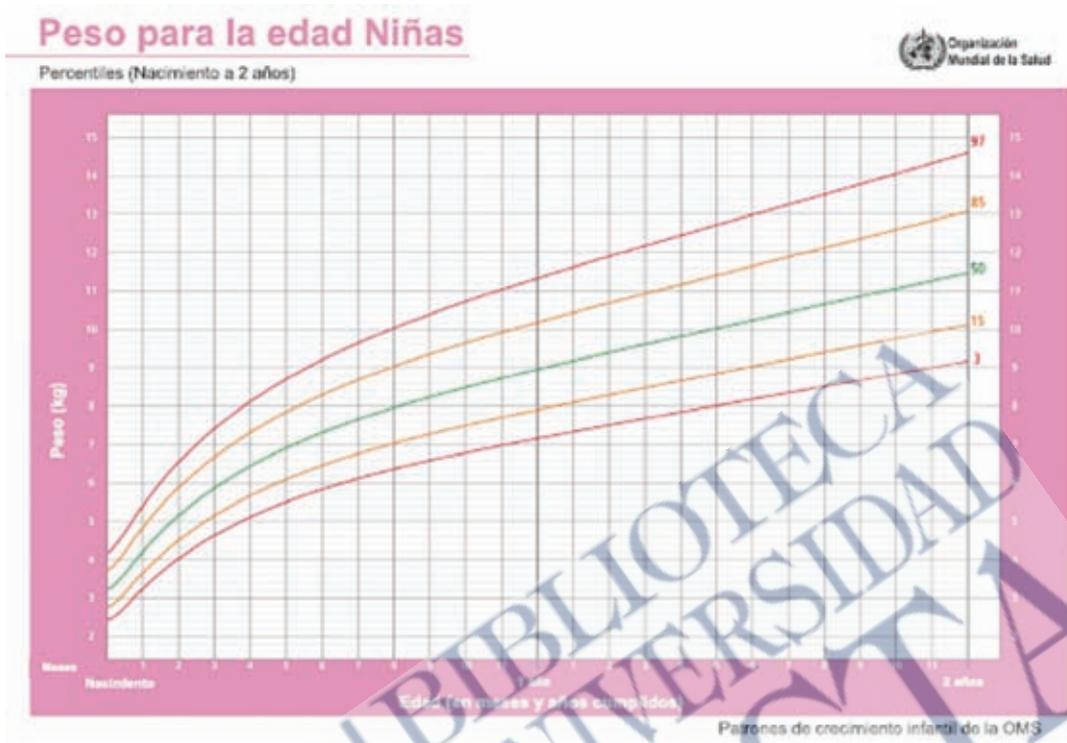
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

### Longitud para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 2 años)

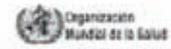


Patrones de crecimiento infantil de la OMS



### Peso para la longitud Niñas

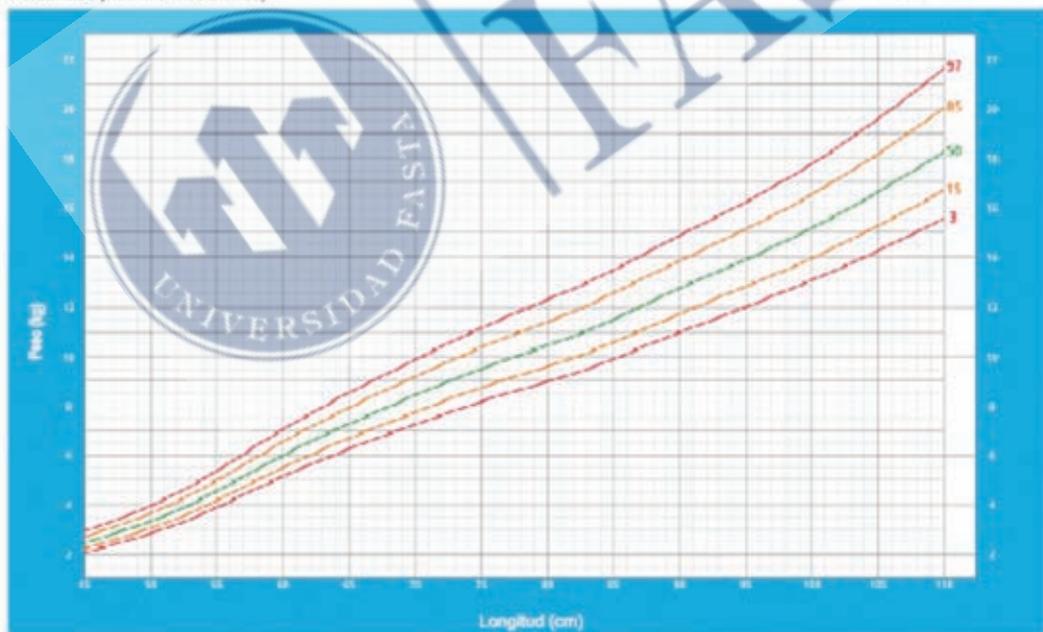
Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

### Peso para la longitud Niños

Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Pruebas de Chi- cuadrado: APAND

Tabla de contingencia para las variables estado nutricional determinada a partir del P/T, y Línea de Pobreza en el total de la muestra que asiste a los controles pediátricos del PMI en los centros de atención primaria de la salud APAND

	NO	SI	
Bajo Peso	1	0	
Normal	29	9	
Obeso	4	0	
Sobrepeso	13	4	
	47	13	n:60

Prueba de independencia entre el P/T y la Línea de Pobreza.

Interpretación de la prueba:

H0: El estado nutricional determinado a partir del P/T y la Línea de Pobreza son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las el estado nutricional determinado a partir del P/T y la Línea de Pobreza

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	1,509
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	7,815
GDL	3
p-valor	0,680
alfa	0,05

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0,05$ , se puede aceptar la hipótesis nula. No existe evidencia para afirmar que hay relación entre el Estado Nutricional y la Línea de Pobreza.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera es de 68,02%.

Pruebas de Chi- cuadrado: 9 de Julio

Tabla de contingencia para las variables estado nutricional determinada a partir del P/T, y Línea de Pobreza en el total de la muestra que asiste a los controles pediátricos del PMI en los centros de atención primaria de la salud 9 de Julio.

	NO	SI	
Bajo Peso	0	0	
Normal	24	4	
Obeso	6	1	
Sobrepeso	14	1	
	44	6	n:50

Prueba de independencia entre el P/T y la Línea de Pobreza.

Interpretación de la prueba:

H0: El estado nutricional determinado a partir del P/T y la Línea de Pobreza son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las el estado nutricional determinado a partir del P/T y la Línea de Pobreza

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	0,778
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	7,815
GDL	3
p-valor	0,855
alfa	0,05

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0,05$ , se puede aceptar la hipótesis nula. No existe evidencia para afirmar que hay relación entre el Estado Nutricional y la Línea de Pobreza.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera es de 85,48%.