

## Reflexiones y propuestas en la emergencia alimentaria

### Anexo: Información sobre situación alimentaria y nutricional de la población infantil

*Dres. Alejandro O'Donnell y Sergio Britos*

En esta sección del artículo presentamos casi la totalidad de la información existente sobre estado nutricional de los niños argentinos, haciendo constar su origen y fecha de obtención.

Se han seleccionado sólo los estudios hechos en poblaciones infantiles con muestras representativas diseñadas por el INDEC o centros universitarios de demografía. Las últimas cifras, en particular las de antropometría, corresponden a 1996-1999, salvo las de Córdoba que son de 2000.

Las mismas, si bien muestran un porcentaje de desnutrición y de deficiencias nutricionales no acordes con el grado de desarrollo, recursos y gasto social de nuestro país, no son epidemiológicamente dramáticas. Las deficiencias de micronutrientes son solucionables tecnológicamente a través de la fortificación de alimentos y con una adecuada educación alimentaria de la población y de las madres en particular.

El retraso del crecimiento de tantos niños argentinos, como se mencionara antes, es la corporización de fallas en el cuidado infantil de los niños menores de tres años, en las cuales se incluye la desnutrición, fruto de una alimentación inadecuada en cantidad, calidad, o con deficiencia de micronutrientes. Afortunadamente se ha ido tomando conciencia de ello y muchos de los programas en vigencia toman hoy como prioridad a niños de estas edades, tal como lo enfatizáramos a lo largo de este documento.

En los medios se han visto imágenes dramáticas de niños extremadamente desnutridos. Su condición es toda una denuncia, pero no sólo de falta de ali-

mentos. Aun en países desarrollados existen estos niños como consecuencia de maltrato y otras patologías maternas y familiares. Sin embargo, la exposición al público ha sido útil para despertar conciencias del sufrimiento de millones de argentinos que están bajo el nivel de subsistencia.

De los centenares de miles de niños que hoy están sufriendo, sólo unos pocos llegarán a un estado como el de las imágenes difundidas por los medios. Son una punta muy estrecha de un iceberg. La parte sumergida, que es enorme, es la que más nos debe preocupar pues esos niños están expuestos a sufrir todas las desventajas apuntadas en el artículo. Los niños hospitalizados con seguridad se salvarán y sus familias ayudadas pues los pediatras de todo el país saben qué hacer con ellos.

Al final de la información estadística que sigue hemos incluido una figura que resume estudios en los que intervino CESNI sobre el desarrollo intelectual de los niños argentinos. En dos estudios iniciales, Tierra del Fuego y Lobería (Pcia de Buenos Aires), en conjunto con el CEAT, comunidades sin desnutrición, más bien con obesidad en los niños, puede verse sin embargo el elevado porcentaje de niños –más del 25%– cuyo nivel intelectual está por debajo del adecuado. Obviamente esto se debe a baja estimulación por parte de los padres, lo que indujo a desarrollar programas con esta finalidad, que resultaron muy exitosos..

Pero la última figura es del Proyecto San Miguel (Pcia de Buenos Aires) realizado en niños cuyas familias son como las que están hoy bajo el nivel de subsis-

tencia. Sesenta y cinco por ciento de ellos tienen un nivel intelectual por debajo de lo esperado, y un porcentaje muy alto será casi ineducable y con seguridad perpetuarán en sus hijos la situación de extrema pobreza en que ellos se criaron.

Como se dijera al inicio del artículo, hace poco tiempo, sobre la base de las estadísticas adjuntas, juzgábamos que la situación nutricional estaba bajo control y que lo importante era empezar a trabajar en la inserción de los niños más desprotegidos en una vida plena. Hoy, lo importante vuelve a ser la desnutrición.

Esperemos que esta sea una coyuntura pasajera, pero sin olvidarnos que para los niños más pequeños que están sufriendo puede ser definitiva.

La información que sigue proviene exclusivamente de encuestas poblacionales, representativas de las poblaciones en las que fueron tomadas, habitualmente con diseños muestrales proporcionados por el INDEC. Es decir, no son muestras de población concurrente a hospitales, centros de salud o de comunidades cerradas.

Las encuestas son:

a) **Misiones**, del año 1985, seleccionada por ser la provincia con mayor proporción de población rural, tropical, con alta prevalencia de parasitosis. realizada por CESNI con recursos del International Development Research Center, del Parlamento del Canadá, obtenida en concurso internacional. Muestreo INDEC.

b) **Gran Buenos Aires**, realizada en 1985, habiéndose excluido a la Capital Federal en razón de su uniformidad social. Financiada por la misma fuente, también en concurso internacional. Realizada por el CESNI. Muestreo INDEC.

c) **Tierra del Fuego**, realizada por ser la provincia con los mejores indicadores sanitarios del país en aquel entonces, con el mayor gasto social per capita y por no existir desnutrición extrema. Realizada por el CESNI, con financiación de la Fundación Jorge Macri, en 1994-1996.

d) **Encuesta de la Ciudad de Córdoba y del Gran Córdoba**, a solicitud y por contrato con la Municipalidad y el Gobierno de la Provincia de Córdoba. Realizada por CLACYD y por el CESNI, en 2000

e) **NUTRIABA**: Encuesta nutricional

de la Pcia. de Buenos Aires, realizada por las autoridades sanitarias en el área del conurbano bonaerense y financiada con fondos del PROMIN. CESNI participó en las determinaciones bioquímicas del estudio. (1999)

f) **Encuesta de hábitos de desayuno de niños de escuelas de la Capital Federal**. Realizada por CESNI, en escuelas de la Capital Federal, seleccionadas según el NSE de la zona o barrio. (1998)

g) **Encuesta antropométrica en menores de seis años bajo Programa Materno-Infantil**, (1996) realizada por el Programa Materno-Infantil del Ministerio de Salud, sobre población de niños beneficiarios del programa en las provincias

h) **Encuesta nutricional de la provincia de Chaco**, realizada por el Ministerio de Salud de esa provincia y UNICEF, en población de niños entre 6 y 24 meses de edad y mujeres embarazadas

#### INFORMACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Existen muchos antecedentes de estudios antropométricos, aunque todos son parciales en su representación geográfica o por grupos de edades. De todas formas, la mayoría de los estudios sugieren un perfil similar en la antropometría en niños, aunque es necesario remarcar que son previos a la crítica situación de la actual emergencia social, económica y alimentaria.

En la población infantil de 0 a 5 años, los estudios presentan un patrón caracterizado por:

- Baja prevalencia de índices de desnutrición aguda moderada a severa (promedio de 3%).  
Moderada prevalencia de retardo del crecimiento (baja talla para la edad) (cerca al 13%).  
Aparición del sobrepeso como problema de salud pública; los valores de alto peso para talla se ubican en torno al 9%
- Las cifras indicadas corresponden a los promedios generales de la encuesta antropométrica realizada por el Programa Materno-Infantil en niños menores de 6 años que son beneficiarios del Programa materno-in-

fantil (1996). Es decir que estos valores no corresponden a población general sino a quienes demandan y acceden a servicios públicos de salud en cada provincia.

Los datos del proyecto Nutriaba, (1999) sobre una muestra probabilística de niños menores de seis años en hogares del conurbano bonaerense se resumen en los siguientes valores:

- Prevalencia de retraso de crecimiento (“desnutrición crónica”, índice talla/edad por debajo de 2 DS de la referencia): 3,6 %
- Prevalencia de desnutrición aguda (índice peso/talla por debajo de 2

DS de la referencia): 2%

- Prevalencia de sobrepeso/obesidad (índice peso/talla por sobre 2 DS de la referencia): 7,6%

Los datos del estudio de CLACYD/CESNI, también una muestra probabilística de niños de la ciudad de Córdoba, son los siguientes, referidos a la población de niños entre 6 y 24 meses de edad:

- Desnutrición crónica (talla/edad <2DS): 4,3%
- Desnutrición aguda (peso/talla <2DS): 1,2%
- Desnutrición global (bajo peso para la edad, peso/edad <2 DS): 2,3%
- Obesidad (peso/talla >2 DS): 5,3%

#### Anemia y deficiencia de hierro

	Edades	Anemia	Deficiencia de hierro
Misiones	9-24m	55%	_____
GBA	9-24m	46,7%	34%
Tierra del Fuego	9-24m	24,8%	36%
Preescolares	10,2%	_____	_____
NUTRIABA	<2 años	48,3%	_____
	4-5 años	19%	_____
	5-6 años	15%	_____
Córdoba	2 años	39,4%	61%
Chaco	6-24 m	66,4%	_____

#### Vitamina A

Tierra del Fuego	9-24m	10,8%
	preescolares	8,7%
NUTRIABA	2-3 años	5,6%
	5-6 años	6,3%
Chaco	6-24 meses	5,2%

#### Vitamina D

Tierra del Fuego	Promedio	Def severa	Def moderada	Riesgo
Lactantes	23%	13%	16,5%	22%
Preescolares	21%	13%	16%	23%
Embarazadas	12%	38%	53%	70%

#### Folatos

Tierra del Fuego		
	En eritrocitos	En plasma
Embarazadas	17%	46%
Lactantes	8%	0

#### INFORMACIÓN BIOQUÍMICA

Es la más valiosa pues representa la constancia de deficiencias alimentarias o de circunstancias ambientales adversas; es la más costosa y dificultosa de obtener por su invasividad y por la compleja logística que implica en la obtención, envío y procesamiento de las muestras (Ver cuadro *Anemia y deficiencia de hierro*).

#### Importante

No todas las encuestas tienen información sobre parámetros como VCM, Zn PP y ferritina que son indicadores de deficiencia de hierro. Como la anemia es el punto final de la deficiencia de hierro y ocurre cuando ya se han agotado los depósitos, suele estimarse que alrededor de 30-40 % de la población no anémica está deficiente en hierro en comunidades en las que la anemia tiene elevada prevalencia. Es decir que si en una comunidad la prevalencia de anemia es de 48% puede considerarse que 70-80% de los niños está deficiente en hierro.

La afectación de funciones del sistema nervioso central en niños –corroborado en animales de experimentación– son detectables ya con el empobrecimiento o agotamiento de los depósitos (Ver cuadro: *Vitamina A / Vitamina D / Folatos*)

## INFORMACIÓN DE ENCUESTAS ALIMENTARIAS

En la mayoría de las encuestas se utilizó la técnica del recordatorio de 24 horas y de frecuencia de consumo de alimentos. La información que provee es menos precisa

que la bioquímica pero es orientadora de deficiencias en una comunidad, mas que en los casos individuales. Para la situación en vitamina A el valor de las encuestas alimentarias es menor que para otros nutrientes.

**Proteínas:** No se registraron deficiencias en ninguna de las encuestas.

**Hierro:** (expresado como % de los niños que no llegan a la recomendación)

---

NUTRIABA	
< 2 años	75%
2-6 años	63%
<i>Tierra del Fuego</i>	
Lactantes	88%
Preescolares	55%
<i>Gran Buenos Aires</i>	
Lactantes	92%
<i>Misiones</i>	
Lactantes	90%
<i>Córdoba</i>	
<2 años	90%
5 años	70%

**Calcio:** (Porcentaje de niños que no cumplen las recomendaciones)

---

Gran Buenos Aires (1-2 años)	49%
Misiones (2 años)	51%
Tierra del Fuego (2 años)	33%
Tierra del Fuego (preescolares)	53%
Salta 1978 (preescolares)	55%
NUTRIABA (< 6 años)	39%
Córdoba (2 años)	40%
Córdoba (5 años)	60%

**Vitamina A:** (Porcentaje de niños que no alcanzan la recomendación)

---

Gran Buenos Aires (2 años)	42%
Salta (preescolares)	43%
Tierra del Fuego (preescolares)	38%
Córdoba (2 años)	30%
Córdoba (5 años)	55%
NUTRIABA (< 6 años)	52%

**Vitamina C:** (porcentaje de niños que no cumple con la recomendación)

---

Misiones (2 años)	72%
Gran Buenos Aires (2 años)	61%
Tierra del Fuego (2 años)	40%
Tierra del Fuego (preescolares)	55%
Salta 1978 (preescolares)	50%
NUTRIABA (< 6 años)	55%
Córdoba (2 años)	41%
Córdoba (preescolares)	30%

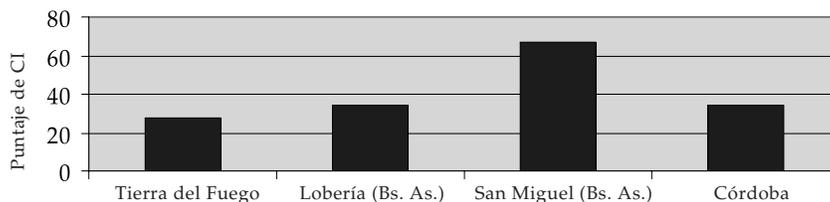
**Zinc:** (porcentaje de niños que no alcanzan la recomendación)

---

Córdoba (2 años)	65%
Córdoba (preescolares)	70%
NUTRIABA (< 6 años)	60%

---

Porcentaje de niños con un desempeño intelectual esperable a los 5 años



Los estudios de Tierra del Fuego y San Miguel fueron realizados por CESNI. Los de Lobería y Córdoba por CEAT, CESNI, CLACYD y CESNI respectivamente

### BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

(Dada la enorme cantidad de publicaciones y documentos sobre los cuales se basa este artículo, se ha optado por mencionar los más representativos y accesibles)

- O'Donnell AM, Carmuega E (eds): Hoy y Mañana. Salud y Calidad de Vida de la Niñez Argentina. Publicación CESNI #18. Buenos Aires. 1999.\*
- Ministerio de Salud de la Nación (editora E. Calvo): Estudios antropométricos en la población infanto-juvenil. Rep. Argentina 1993-1996. Buenos Aires. 1999
- OMS: El Estado Físico: Uso e Interpretación de la Antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1995. (Grafico 22 de Guías para la Evaluación del Crecimiento, SAP 2001: Perímetro del Brazo de 0-12 años)
- O'Donnell AM, Chevalier C: La Nutrición en el Ciclo Reproductivo: Embarazo y lactancia. Boletín CESNI 1999; 8:1-20.\*
- Rush D, Stein Z, Susser M: A randomized controlled trial of prenatal nutrition supplementation in New York. Pediatrics 1980; 65:683-697.
- De Onis M, Villar J, Gülmezoglu MA: Nutritional interventions to prevent intraruterine growth retardation: Evidence from randomized controlled trials. Europ J Clin Nutr 1998; 52:S83-S93.
- Lechtig A. Child Undernutrition in Latin America and the Caribbean: trends, reasons and lessons. En: Bartell E and O'Donnell AM (eds): The child in Latin America. Health, development and Rights. Notre Dame University Press. Indiana 2001.\*
- Allen L. Gillespie S. What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. United Nations Administrative Committee on Coordination. Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN). Ginebra and Manila. 2001.
- Kramer MS. Balanced protein/energy supplementation in pregnancy. Oxford UK; The Cochrane Library. 1999.
- Beaton G, McCabe GP. Efficacy of intermittent iron supplementation in the control of iron deficiency anemia in developing countries: an analysis of experience. Ottawa: Micronutrient Initiative. 1999.
- Britos S. Actualización de la Canasta Básica de Alimentos de seis regiones de Argentina. Revista de la Asociación Bonaerense de Nutricionistas; año 3, nro. 3, anexo 1, 2001.
- OMS. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Ginebra, 1998

\*: Disponible en la biblioteca de la Sociedad Argentina de Pediatría