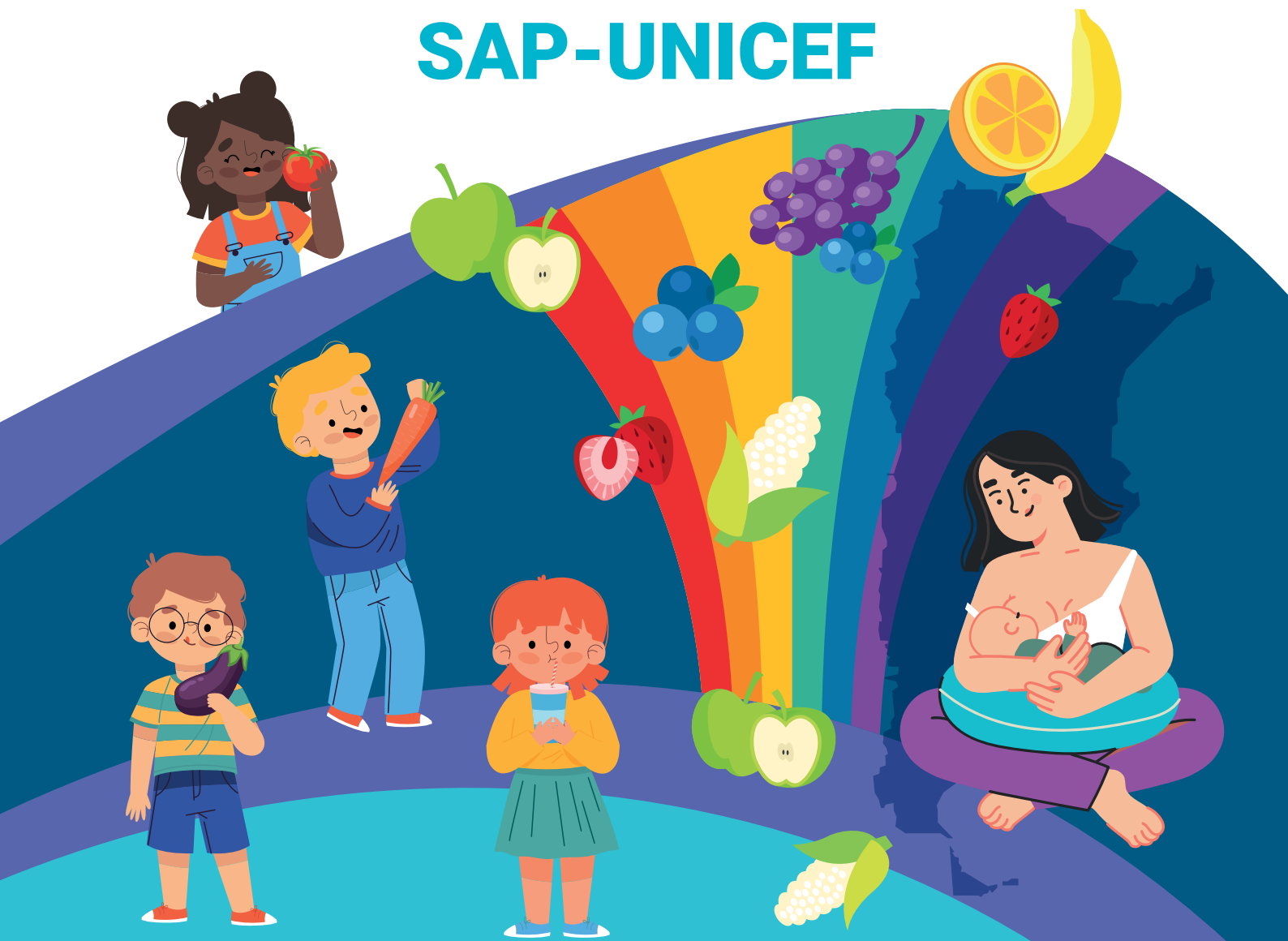


# INFORME ESPECIAL DEL OBSERVATORIO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA SAP-UNICEF



## “Lactancia y nutrición en la niñez y adolescencia en Argentina”

Con el apoyo de:



para cada infancia



**Sociedad Argentina  
de Pediatría**

Por una niñez y  
adolescencia sanas,  
en un mundo mejor



## UNICEF Argentina

### Autoridades

Representante de UNICEF

**Dra. BRUMANA, Luisa**

Representante adjunta

**UBEDA CASTILLO, María Elena**

Especialista en Primera infancia y Salud

**QUESADA, Javier Alejandro**

### Revisión técnica:

Oficial de Nutrición y Salud

**RISSE PATRON, Verónica**

Oficial de Monitoreo e  
inclusión social.

**BECCARIA, Alejandra**

Experta en Salud Perinatal  
y desarrollo infantil temprano

**RAINERI, Flavia**

Especialista técnica en Nutrición

**AMANN, Valeria**

## Sociedad Argentina de Pediatría

### Comisión Directiva

Presidente

**Dr. INDART DE ARZA, Miguel Javier**

Vicepresidente 1ro.

**Dra. GIUBERGIA, Verónica Sabina**

Vicepresidente 2da.

**Dra. MOLINA, Fabiana Gabriela**

Secretaria General

**Dra. ARPÍ, Lucrecia Georgina**

Prosecretario General

**Dr. ROCCA RIVAROLA, Manuel**

Tesorera

**Dra. BOGDANOWICZ, Elizabeth Patricia**

Secretaria de Comités y Grupos de Trabajo

**Dra. PRIETO, Myriam**

Secretaria de Relaciones Institucionales

**Dra. SOTO CONTI, Constanza Paola**

Secretario de Educación Continua

**Dr. DARTIGUELONGUE, Juan Bautista**

Secretaria de

Filiales y Delegaciones

**Dra. ARTURI, Analia Susana**

Secretario de Actas

**Dr. PACE, Alejandro Eugenio**

Secretario de Medios y

Relaciones Comunitarias

**Dr. MOUESCA, Juan Pablo**

Vocal 1<sup>ro</sup>.

**Dr. MOUESCA, Juan Pablo**

Vocal 2<sup>do</sup>.

**Dra. CIPRIANI, Silvina**

Vocal 3<sup>ra</sup>.

**Dra. BIANCO, Silvina Elisabet**



### **Dirección del Observatorio**

**Dra. GENTILE, Ángela**

### **Integrantes:**

**Dra. CASTELLANO, Vanesa Edelvais**

**Mg. DEGIUSEPPE, Juan Ignacio**

**Dra. DIANA MENÉNDEZ, Sofía**

**Dra. JUÁREZ, María del Valle**

**Dra. LUCIÓN, María Florencia**

### **Comité de Lactancia Materna**

**Dr. ABEYÁ GILARDON, Enrique**

**Dra. BARRIOS SKROK, Patricia Miriam**

**Dra. CONTI, Roxana Gabriela**

### **Comité de Nutrición**

**Dra. ALBERTI, María Julia**

**Dra. FABEIRO, Marcela Cristina**

**Dra. PIAZZA, Norma**

---

*"Gentile Angela, Degiuseppe Juan Ignacio, Juárez María del Valle, Lucion María Florencia, Conti Roxana, Fabeiro Marcela, Abeyá Gilardon Enrique, Barrios Skrok Patricia, Piazza Norma, Alberti Julia, Castellano Vanesa, Diana Menéndez Sofía. Lactancia y Nutrición en la niñez y adolescencia en Argentina". Informe especial del Observatorio de la Infancia y Adolescencia SAP-UNICEF. Buenos Aires, diciembre 2023."*



## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>METODOLOGÍA</b> .....	5
<b>LACTANCIA MATERNA</b> .....	11
1.1 Prevalencia nacional de lactancia materna, exclusiva (LE), parcial (LP) y destete.....	11
1.2 Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.....	13
1.3 Evolución de la prevalencia de LE en Argentina .....	13
1.4 Lactancia Materna Parcial en menores de 6 meses.....	17
1.5 Lactancia materna en la primera hora de vida .....	18
1.6 Lactancia inicial.....	21
1.7 Principales motivos por los cuáles los niños/as menores de 2 años nunca fueron amamantados.....	25
1.8 Lactancia materna en niños y niñas de 12-15 meses.....	26
1.9 Destete y motivos de abandono de lactancia materna en menores de 23 meses.....	26
1.10 Alimentos utilizados en reemplazo de la lactancia.....	27
<b>ANTROPOMETRÍA</b> .....	32
2.1 Recién nacidos con bajo peso.....	32
2.2 Desnutrición, sobrepeso y obesidad.....	35
2.3 Emaciación .....	41
2.4 Baja talla .....	42
2.5 Autopercepción del peso corporal en adolescentes.....	44
<b>HÁBITOS ALIMENTARIOS Y COMENSALIDAD</b> .....	47
3.1 Alimentación complementaria .....	47
3.2 Frecuencia de consumo de alimentos en niños, niñas y adolescentes (NNyA) entre 2 y 17 años .....	48
3.3 Comensalidad.....	52
3.4 Entornos saludables .....	57
<b>INTERNACIONES Y MUERTES POR DEFICIENCIAS DE LA NUTRICIÓN Y ANEMIAS NUTRICIONALES</b> .....	68
<b>PROPUESTAS PARA LOS EQUIPOS DE SALUD</b> .....	70
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	71



## INTRODUCCIÓN

El Observatorio de la Infancia y Adolescencia ha sido creado como un ente autónomo, en el marco de la cooperación entre la Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, para darle visibilidad a las problemáticas de la infancia y adolescencia relacionadas con la salud en la República Argentina y sus regiones, teniendo en cuenta los determinantes intervinientes.

Tiene como finalidad hacer una evaluación de las condiciones de vida de esta población que permita resaltar necesidades, proponer recomendaciones y elaborar estrategias en el marco de la defensa de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

La adecuada nutrición en los primeros años es una responsabilidad colectiva. El liderazgo de los gobiernos y la contribución de sectores clave como salud, agricultura, agua y saneamiento, protección social y educación, entre otros, así como también el apoyo del sector privado, los lugares de trabajo, las familias y las comunidades, son necesarios para que las madres y las familias puedan proporcionar a sus niños la nutrición que requieren. La Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia también conocida como “Ley 1000 días” (Ley 27.611, 2021), cuyo objetivo es proteger, fortalecer y acompañar el cuidado integral de la vida y la salud, insta a la promoción de la lactancia y difusión de información sobre sus beneficios.

Los datos estadísticos constituyen una herramienta fundamental a la hora de tomar decisiones, ya que permiten detectar las necesidades, impulsan las labores de promoción y evalúan los progresos en la prestación de servicios de inmunización, salud, agua y saneamiento.

Este informe fue elaborado por el equipo técnico del Observatorio con la colaboración de los Comités Nacionales de Lactancia Materna y de Nutrición. El principal objetivo de este trabajo fue analizar las prácticas de la lactancia materna, la situación nutricional y los entornos alimentarios de los niños, niñas y adolescentes de Argentina.

## METODOLOGÍA

Se describieron y analizaron indicadores para obtener información sobre las prácticas de lactancia materna y estado nutricional de niños, niñas y adolescentes en Argentina. La información se obtuvo a partir de fuentes secundarias oficiales, cuyos datos se desagregan por jurisdicción y por las 5 regiones económicas argentinas: Noroeste Argentino, Nordeste Argentino, Cuyo, Centro y Patagonia. Asimismo, analizaron los datos desagregados por región para evaluar inequidades y zonas de mayor vulnerabilidad. Se utilizó la media nacional y regional, con el fin de detectar estas áreas y determinar prioridades. Adicionalmente, estos indicadores se estratificaron por las siguientes variables sociodemográficas: región, sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de ingresos del hogar.

Se definieron cuatro dimensiones de estudio:



## 1. Lactancia

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE*
Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	N° de lactantes menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva /N° de total de lactantes menores de 6 meses por 100	ENaLac y ENNyS 2
Lactancia materna parcial en menores de 6 meses	N° de lactantes menores de 6 meses alimentados con lactancia materna parcial /N° de total de lactantes menores de 6 meses por 100	ENaLac y ENNyS 2
Lactancia materna en niños de 12-15 meses	N° de niños de 12 a 15 meses de edad alimentados con lactancia materna /N° de total de niños de 12 a 15 meses de edad por 100.	ENaLac y ENNyS 2
Lactancia materna en la primera hora de vida	N° de recién nacidos alimentados con lactancia materna en la primera hora de vida /N° de total de recién nacidos por 100.	ENaLac y ENNyS 2
Lactancia al alta de la maternidad	N° de recién nacidos alimentados con lactancia materna al alta de la maternidad/N° de total de recién nacidos por 100.	ENaLac y ENNyS 2
Abandono de Lactancia materna en menores de 23 meses	N° de niños menores de 23 meses que abandonaron la lactancia materna/N° de total de niños menores de 23 meses por 100	ENaLac y ENNyS 2
Destete	Media de edad de abandono; descripción de las causas	ENaLac y ENNyS 2
Lactancia materna predominante (jugos o agua)	N° de lactantes alimentados con lactancia materna predominante /N° de total de lactantes por 100	ENaLac y ENNyS 2

## 2. Antropometría

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE*
Recién nacidos con bajo peso	Cantidad de recién nacidos vivos con bajo peso al nacer (<2.500g) / Total de recién nacidos vivos x 100	DEIS
Sobrepeso y obesidad	Cantidad de NNyA encuestados IMC $\geq$ Pc85 (sobrepeso) y con IMC $\geq$ Pc95 (obesidad) / Total de NNyA encuestados x 100. Desagregado por grupos etarios (menores de 5 años y 5-17 años)	ENNyS 2
Bajo peso	Cantidad de NNyA encuestados con un peso para la edad $Z \leq -2$ / Total de NNyA encuestados x 100	ENNyS 2
Emaciación	Cantidad de menores de 5 años encuestados con un peso para talla $Z \leq -2$ / Total de menores de 5 años encuestados x 100	ENNyS 2
Baja talla (retraso en el crecimiento)	Cantidad de NNyA encuestados con talla $\leq$ Pc3 / Total de NNyA encuestados x 100	ENNyS 2
Autopercepción del peso corporal en adolescentes	Cantidad de adolescentes entre 13 y 17 años que se sienten disconformes en relación a su peso / Total de adolescentes encuestados x 100	ENNyS 2



### 3.a. Hábitos alimentarios y comensalidad

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE*
Alimentación complementaria	Motivo por el cual se inicia la alimentación complementaria / Total de encuestados x 100	ENNyS 2
Frecuencia de consumo	Cantidad de NNyA que refieren consumir un alimento seleccionado de acuerdo con una frecuencia determinada / Total de NNyA encuestados x 100. Desagregado por grupo de alimentos: a) agua; b) lácteos (leche, yogur y/o quesos); c) frutas frescas; d) verduras; e) carnes (rojas/aves) y/o huevos; f) pescado (fresco y/o enlatado); g) cereales integrales, legumbres y/o pan integral y/o salvado; h) papa, batata, cereales refinados, pastas, tartas, empanadas y/o pan blanco; i) productos de copetín; j) productos congelados preelaborados; k) golosinas; l) bebidas artificiales con azúcar; m) bebidas artificiales sin azúcar; n) sal	ENNyS 2
Consumo de desayuno, almuerzo, merienda y cena	Cantidad de NNyA encuestados que refieren desayunar, almorzar, merendar y cenar (a diario y nunca) / Total de NNyA encuestados x 100. Desagregado por grupos de edad (2-12 años y 13-17 años)	ENNyS 2
Consumo de alimentos en compañía	Cantidad de NNyA encuestados que refieren comer acompañados y solos / Total de NNyA encuestados x 100. Desagregado por grupos de edad (2-12 años y 13-17 años)	ENNyS 2
Consumo de alimentos mirando pantallas de dispositivos electrónicos	Cantidad de NNyA encuestados que refieren comer mirando pantallas de dispositivos electrónicos (siempre, algunas veces y nunca) / Total de NNyA encuestados x 100. Desagregado por grupos de edad (2-12 años y 13-17 años)	ENNyS 2



### 3.b. Entornos saludables

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE*
Provisión de alimentos y/o bebidas por parte de la institución escolar	% de la población de entre 2 y 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee algún tipo de alimento y/o bebida.	ENNyS 2
Provisión de frutas frescas	% de la población de entre 2 a 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee siempre frutas frescas (enteras, en ensaladas, jugos naturales, licuados, etc.).	ENNyS 2
Provisión de leche, yogur y quesos	% de la población de entre 2 a 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee siempre yogur, postres lácteos y/o leche.	ENNyS 2
Provisión de agua segura	% de la población de entre 2 a 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee siempre agua segura (sin el agregado de jugo, frutas, etc.).	ENNyS 2
Provisión de bebidas con azúcar	% de la población de entre 2 a 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee siempre o a veces bebidas con azúcar (jugos en polvo o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc.).	ENNyS 2
Provisión de facturas y/o productos de pastelería	% de la población de entre 2 a 17 años a la que la institución educativa (guardería, jardín o escuela) le provee siempre o a veces facturas, productos de pastelería, galletitas dulces o cereales con azúcar.	ENNyS 2
Instituciones que poseen kiosco y/o buffet	% de instituciones educativas (guardería, jardín o escuela) que poseen kiosco y/o buffet donde se pueda comprar alimentos y/o bebidas.	ENNyS 2
Compra de algún producto en la última semana	% de la población de entre 6 a 17 años que compró algún alimento y/o bebida en el kiosco y/o buffet de la institución educativa a la que asiste.	ENNyS 2
Compra de bebidas con azúcar	% de la población de entre 6 a 17 años que compró en los últimos 7 días bebidas con azúcar (jugos en polvo o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc.) en el kiosco y/o buffet de la institución educativa a la que asiste.	ENNyS 2
Compra de productos de copetín (papas fritas, palitos de maíz, etc.)	% de la población de entre 6 a 17 años que compró en los últimos 7 días producto de copetín en el kiosco y/o buffet de la institución educativa a la que asiste.	ENNyS 2
Compra de golosinas (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal)	% de la población de entre 6 a 17 años que compró en los últimos 7 días golosinas en el kiosco y/o buffet de la institución educativa a la que asiste.	ENNyS 2
Compra de facturas, productos de pastelería, galletitas dulces o cereales con azúcar	% de la población de entre 6 a 17 años que compró en los últimos 7 días de facturas, productos de pastelería, galletitas dulces o cereales con azúcar en el kiosco y/o buffet de la institución educativa a la que asiste.	ENNyS 2
Estudiantes que recibieron clases de educación física 3 o más días a la semana	% de estudiantes que fueron a clases de educación física 3 o más días a la semana durante el último año escolar	EMSE 2018
Población de 18 o más que compro algún alimento por su publicidad	% de la población de 18 o más que compró algún alimento porque vieron publicidad	ENNyS 2
Adolescentes que compraron algún alimento por su publicidad	% adolescentes compraron algún alimento porque vieron publicidad	ENNyS 2
Adolescentes que leen la tabla nutricional de alimentos	% adolescentes que leen la tabla nutricional	ENNyS 2
Adolescentes que comprenden la información de la tabla nutricional	% adolescentes que leen la tabla y les resulta comprensible	ENNyS 2





#### 4. Internaciones y muertes por desnutrición y anemias nutricionales

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE*
Internaciones por desnutrición y anemias nutricionales	Cantidad de egresos hospitalarios por desnutrición (E40-46) y anemias nutricionales (D50-53) en menores de 19 años / Población de menores de 19 años x 100.000 hab.	DEIS
Muertes por desnutrición y anemias nutricionales	Cantidad de muertes por desnutrición (E40-46) y anemias nutricionales (D50-53) en menores de 19 años / Población de menores de 19 años x 1.000 hab.	DEIS

#### Fuentes de datos

Se utilizaron como fuentes de datos oficiales publicados en Estadísticas Vitales (Dirección de Estadísticas e Información de Salud), Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico (Dirección de Estadísticas e Información de Salud) y las principales encuestas nacionales: Encuesta Nacional de Lactancia 2022 (ENaLac), la segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2), la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE) y la Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS 2019-2020).

La ENaLac es un estudio observacional de corte transversal realizado exclusivamente en los efectores del subsistema público de salud en las 24 jurisdicciones de Argentina. Esta encuesta fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética de la OPS (Pan American Health Organization Ethics Review Committee). Fue realizada de manera anónima, respetando el cumplimiento de la Ley Nacional N° 25.326 de Protección de Datos Personales (Ley de Habeas Data) y la Ley Nacional N° 17.622 de Secreto Estadístico. Se diseñó una muestra probabilística, estratificada y multietápica para las 24 jurisdicciones de nuestro país, utilizando la cantidad de consultas anuales de menores de 2 años reportados por las jurisdicciones como criterio de estratificación de los efectores del subsistema público. Los datos fueron recolectados en el transcurso de cuatro semanas, llevándose a cabo desde la última semana de junio hasta la última de julio de 2022. La muestra se conformó por dos grupos etarios: niños y niñas de 0 a 6 meses de edad (0 a 180 días de vida), y de 12 a 15 meses de edad (365 a 455 días de vida). Se recibieron encuestas de todas las jurisdicciones del país, contabilizando un total de 20.193, de las cuales el 71,1% correspondió a la muestra de 0 a 6 meses (14.340 casos) y el 28,9% a la muestra de 12 a 15 meses (5.853 casos). Los niños y niñas de 2 meses representaron 2.540 casos, los de 4 meses 2.460 casos y los de 6 meses 2.386 casos.

La ENNyS 2 proporciona información válida, confiable y oportuna sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones, entre ellas la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, los hábitos alimentarios de la población argentina, la ingesta de alimentos y nutrientes a través de un recordatorio de 24 horas y la lactancia materna. Asimismo, releva información sobre índices antropométricos (peso y talla) y otras variables objetivas y bioquímicas para evaluar el estado nutricional de la población. La encuesta también releva información sobre alimentación en los entornos escolares, políticas alimentarias, etiquetado nutricional, publicidad de alimentos, y sobre otros temas relevantes de salud como actividad física,



celiaquía y vacunas. Esta es una encuesta representativa de los individuos residentes en hogares particulares de localidades urbanas de 5.000 habitantes en Argentina. Se trata de una muestra probabilística estratificada por región y polietápica en 4 fases de selección aleatoria, con arreglo proporcional a la población: una primera etapa de selección de aglomerados urbanos de población (ciudades y/o localidades); una segunda instancia de selección de radios censales; la tercera fase de selección de hogares dentro de los radios censales y, por último, la etapa de selección de miembros dentro de cada hogar.

La EMSE utiliza una metodología estandarizada a nivel mundial para relevar datos sobre aspectos sociodemográficos e indaga sobre conductas relacionadas con el comportamiento alimentario, el consumo de alcohol y otras drogas, la violencia y daños no intencionados, la seguridad vial, la salud mental, el consumo de tabaco, la actividad física, los comportamientos sexuales y los factores de protección. La tercera edición en nuestro país fue realizada entre los meses de mayo y diciembre de 2018 y llevada a cabo por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, con la colaboración de los Ministerios de Educación Nacional y Provinciales, la OPS/OMS Argentina, OPS/OMS Washington y los CDC. Se utilizó un diseño de muestreo en dos etapas (selección de escuelas y luego de divisiones al azar) para producir una muestra representativa de alumnos de 1º a 5º año de educación media a nivel nacional y provincial. Se relevaron 523 escuelas en todo el país y se encuestaron 57.095 alumnos de los cuales se analizaron 56.981 cuestionarios correspondientes a las edades de 13 a 17 años, con una tasa de respuesta global de 63%.

La Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS, por sus siglas en inglés) se llevó a cabo en 2019- 2020 por UNICEF en colaboración con el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales a través del Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales y en articulación con las distintas áreas sociales del gobierno nacional, como parte del Programa Global MICS. El apoyo técnico y financiero fue proporcionado por UNICEF. Esta encuesta corresponde a la segunda ronda MICS implementada en Argentina (la anterior fue desarrollada entre los años 2011-2012, bajo el nombre de Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia - ECOVNA). Las encuestas MICS miden indicadores clave que permiten a los países generar datos para usarse en políticas, programas y planes nacionales de desarrollo, y para monitorear el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y otros compromisos acordados internacionalmente.



## 1. LACTANCIA

Los primeros 1000 días de vida, son un período de oportunidad única en el que se establecen las bases para una salud y un desarrollo óptimos a lo largo de la vida. Este es un período de rápido crecimiento y neurodesarrollo, altos requerimientos nutricionales y alta sensibilidad a los efectos de programación epigenética; en consecuencia, es un momento de gran vulnerabilidad ya que cualquier injuria durante esta etapa no solo impactará en el corto plazo, sino que sus manifestaciones podrán encontrarse luego en la vida adulta. La nutrición y los cuidados adecuados durante la ventana de esos 1000 días influyen no solo en la supervivencia, sino también en la capacidad para crecer y aprender.

Evidencia reciente muestra que las variaciones en la composición del microbioma de la vida temprana se han asociado con enfermedades como asma, obesidad y trastornos del neurodesarrollo. El microbioma y el ambiente perinatal son cruciales para el desarrollo inmune adecuado y la salud a largo plazo y predisponen al recién nacido a resultados de salud específicos a lo largo de la vida. El pasaje por el canal de parto, el contacto piel a piel inmediato luego del nacimiento y la leche humana son fundamentales para la colonización adecuada de la persona recién nacida y el desarrollo de un microbioma saludable.

La lactancia ofrece beneficios de salud incomparables. Aumentando su práctica a niveles óptimos, se podrían prevenir 823.000 muertes de niños menores de 5 años, 20.000 muertes por cáncer de mama y alcanzar ahorros económicos anuales de US\$ 302 mil millones o 0,49% del ingreso bruto mundial, estimados a partir de los déficits cognitivos asociados con deficientes prácticas de alimentación infantil. Sus beneficios se traducen en menos infecciones, mayor inteligencia, protección contra el sobrepeso y la diabetes, entre otros. Por otro lado, la evidencia también demuestra que la lactancia brinda ventajas ambientales, dado que la leche materna es un "alimento natural renovable", ambientalmente seguro, producido y entregado al consumidor sin contaminación, envases innecesarios o desperdicios.

### 1.1 Prevalencia nacional de lactancia, lactancia exclusiva (LE), lactancia parcial y destete

De acuerdo con la ENaLac 2022, se observó que aproximadamente 9 de cada 10 niños de 0 a 6 meses de edad recibían lactancia (92%) y la mitad lo hacía en forma exclusiva (53%).



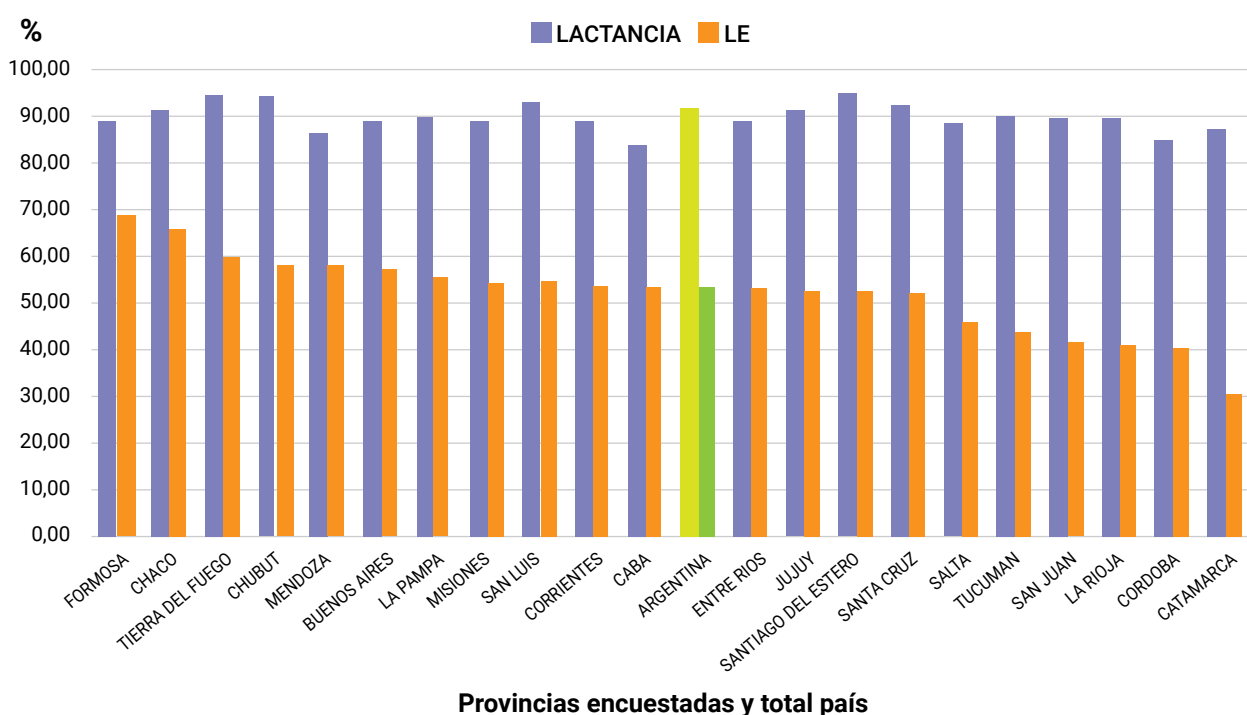
Tabla 1. Prevalencia de lactancia según tipo y edad. Total país.

INDICADOR	Edad en meses (m); Porcentaje (IC al 95%)				
	0 a 6 m	A los 2 m	A los 4 m	A los 6 m	Entre 12- 15 m
Lactancia	91,7 (91,5 - 91,9)	93,4 (93,0 - 93,9)	90,7 (90,2 - 91,3)	90,6 (90,1 - 91,1)	80,6 (80,1 - 81,0)
<b>Exclusiva</b>	<b>53,2 (52,8 - 53,6)</b>	<b>53,5 (52,6 - 54,4)</b>	<b>49,5 (48,7 - 50,5)</b>	<b>44,7 (43,7 - 45,6)</b>	<b>NA</b>
Parcial	38,5 (38,2 - 38,9)	39,9 (39,0 - 40,8)	41,2 (40,3 - 42,1)	45,9 (45,0 - 46,8)	NA
Destete	7,4 (7,2 - 7,6)	6,2 (5,8 - 6,7)	8,6 (8,1 - 9,1)	8,5 (8,0 - 9,0)	18,7 (18,3 - 19,2)
Ns Nc	0,9 (0,8 - 1,0)	0,3 (0,2 - 0,4)	0,7 (0,6 - 0,8)	0,9 (0,7 - 1,0)	0,6 (0,6 - 0,8)
Total	100	100	100	100	100

NA: No aplicable; IC: intervalo de confianza; Ns Nc: no sabe, no contesta. Fuente: ENaLac, 2022.

El porcentaje de LE desciende a medida que aumenta la edad de los lactantes, pasando de 54% a 45% en los niños de 2 y 6 meses, respectivamente. A su vez, se observó que esta disminución de la LE, se acompaña por un aumento de la lactancia parcial, mostrando que, ante la ausencia de LE no necesariamente se desteta a los niños/as.

Figura 1. Prevalencia de lactancia y LE en niños y niñas de 0 a 6 meses según provincia.



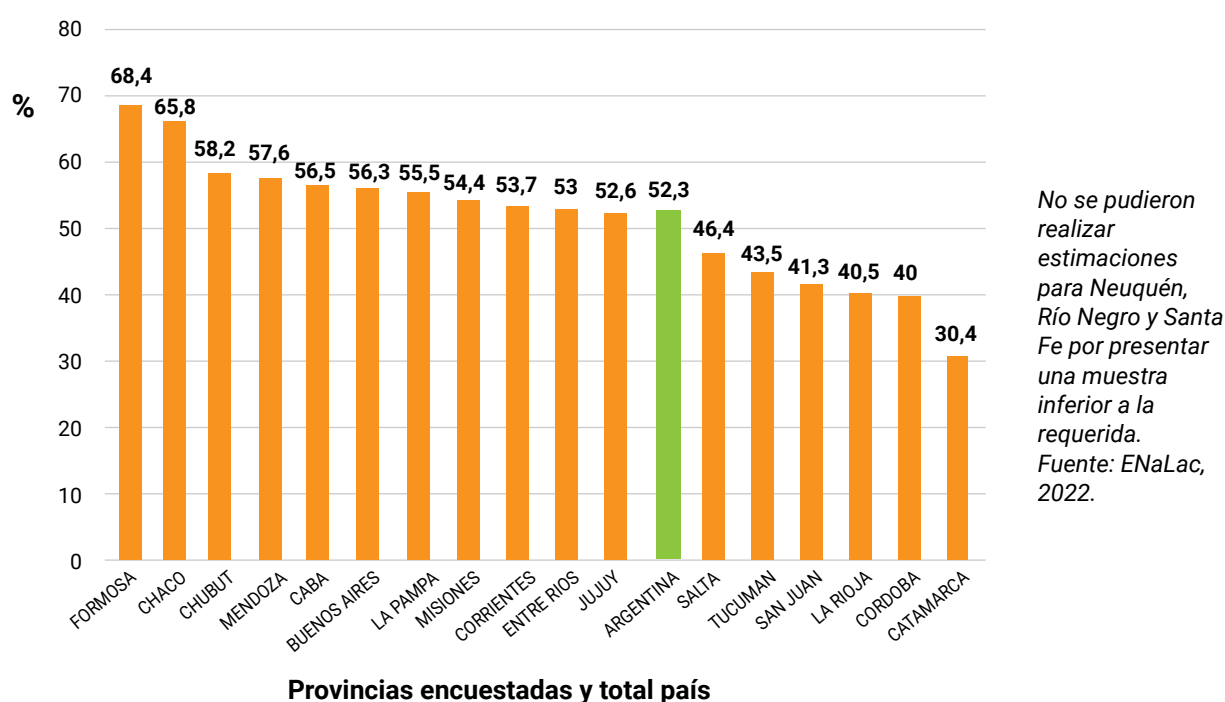
No se pudieron realizar estimaciones para Neuquén, Río Negro y Santa Fe por presentar una muestra inferior a la requerida.  
Fuente: ENaLac, 2022.



Para el indicador de *lactancia*, se observó una gran variabilidad en las estimaciones entre las jurisdicciones, llegando a *10 puntos de diferencia* entre las de mayor y menor prevalencia de lactancia. Los valores más altos se observaron en Santiago del Estero, Chubut y Tierra del Fuego, mientras que los más bajos fueron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Córdoba.

## 1.2 Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses

Figura 2. Prevalencia de LE en niños y niñas de 0 a 6 meses, según provincia.



Para LE, la amplitud de valores fue aún más notoria, llegando a una diferencia de hasta un 30%. En este caso, las provincias de Formosa y Chaco presentaron cifras mayores al 65%, mientras que la provincia de Catamarca fue la jurisdicción que más se alejó de la media nacional, con un 30% de LE en los menores de 6 meses.

## 1.3 Evolución de la prevalencia de LE en Argentina

Al analizar la evolución de la prevalencia de LE en niños y niñas de 0 a 6 meses por provincia tenemos que considerar que, durante el relevamiento del año 2017, solo 9 jurisdicciones alcanzaron el tamaño muestral mínimo para dicha estimación y, en el 2022, fueron 3 las que no alcanzaron ese valor (Neuquén, Río Negro y Santa Fe). Por tal motivo, para el presente análisis sólo se utilizarán los datos de las jurisdicciones que poseen una muestra válida para ambas ediciones de la encuesta (8 jurisdicciones) como puede observarse en la Tabla 2. Entre las provincias que permitieron el análisis comparativo, solo 3 presentaron diferencias estadísticamente significativas, siendo el caso de Córdoba el único con mejoras en el indicador del 2022.

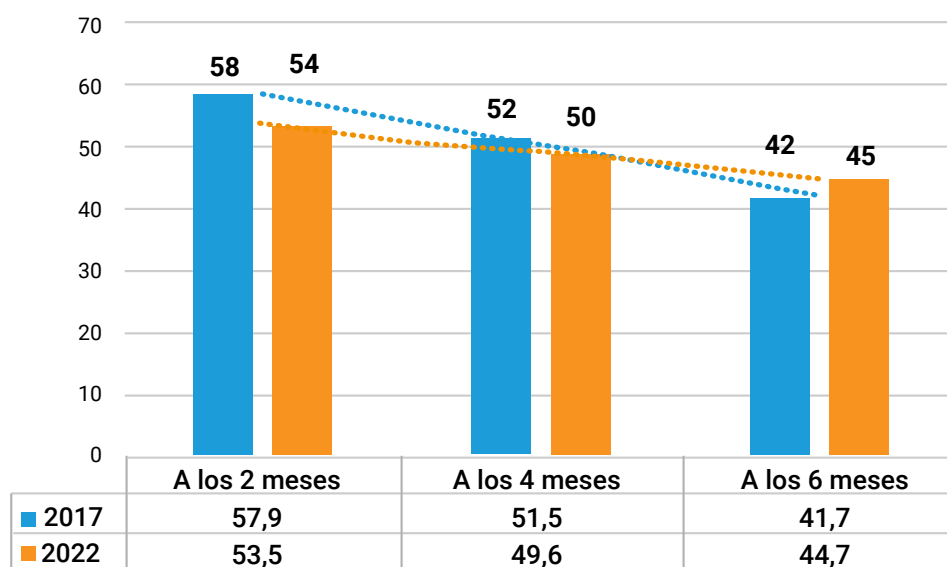


Tabla 2. Evolución de la prevalencia de LE en niños y niñas de 0 a 6 meses, según provincia

JURISDICCIÓN	Porcentaje (IC al 95%)	
	2017	2022
Buenos Aires	57,7 (56,3-59,0)	56,3 (54,4-58,2)
CABA	57,8 (54,7-60,8)	53,5 (49,7-57,2)
Chaco	66,9 (62,7-71,1)	65,8 (64,4-67,1)
Córdoba	36,1 <sup>(a)</sup> (33,6-38,5)	40,0 <sup>(a)</sup> (38,7-41,3)
Entre Ríos	53,6 (49,4-57,7)	53,0 (51,2-54,7)
Mendoza	64,0 <sup>(b)</sup> (60,5-67,4)	57,6 <sup>(b)</sup> (56,3-58,9)
Salta	66,6 <sup>(c)</sup> (62,7-70,5)	46,4 <sup>(c)</sup> (45,6-47,2)
Tucumán	45,0 (41,2-48,9)	43,5 (42,7-44,4)

IC: Intervalo de confianza. (a), (b), (c): Diferencias estadísticamente significativas.  
Fuente: ENaLac, 2017-2022. Elaboración propia. Datos de 2017 tomados de Mangialavori G, et al., 2022.

Figura 3. Comparación de la prevalencia de LE según edad y año. Total país.

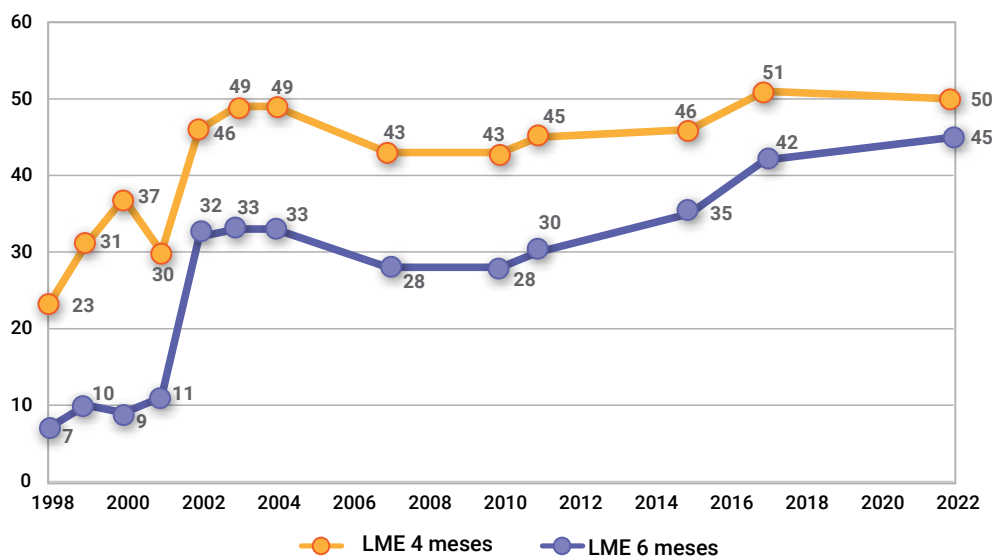


Fuente: ENaLac, 2017-2022. Elaboración propia. Datos de 2017, tomados de Mangialavori G, et al., 2022.

Al comparar las ENaLac realizadas en 2017 y 2022, se observó una mejora en el porcentaje de LE a los seis meses (3% de aumento), mientras que el porcentaje de LE a los 2 meses descendió en aproximadamente un 4% (Figura 3), siendo ambas diferencias estadísticamente significativas. Se observa una tendencia en descenso en la prevalencia de LE entre los 2 y los 6 meses, con una pendiente menos pronunciada en 2022. Se puede observar cómo la prevalencia de LE al cuarto y al sexto mes muestran la misma tendencia y han ido aumentando progresivamente hasta llegar a un valor estable de alrededor del 50% a los 4 meses y del 45% a los 6 meses.



Figura 4. Evolución de la prevalencia de LE al 4to y 6to mes de edad. Total país.



Fuente: ENaLac, 1998-2022.

En el año 2001 se evidenció un gran aumento de la prevalencia de LE tanto al 4<sup>to</sup> como al 6<sup>to</sup> mes de edad, probablemente relacionado con la gran crisis económica que sufrió el país. Luego la tendencia de ambos indicadores se mostró en ascenso hasta la actualidad. En el país, de acuerdo con los resultados de la ENNyS 2018-2019, el 97% de los niños iniciaron la LM sin observarse diferencias significativas según los factores sociodemográficos analizados.

Tabla 3. Frecuencia de Inicio de la LM según características sociodemográficas.

Variables y categorías		%	IC95%
<b>TOTAL</b>		<b>97</b>	<b>96,1-97,5</b>
Región	GBA	98	96,1-98,7
	Centro	96	94,2-97,6
	NEA	96	94,1-96,5
	NOA	96	94,6-97,2
	Cuyo	98	96,2-98,6
	Patagonia	98	96,1-98,8
Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	96	95-96,7
	Secundario completo o más	98	96,9-98,8
Cobertura de salud	Sólo público	96	95,1-97
	O.S. o prepaga	98	96,7-98,6
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	97	95,7-97,5
	Q2 (Medio-bajo)	96	93,4-97,2
	Q3 (Medio)	98	97,2-98,7
	Q4 (Medio-alto)	97	93,5-98,3
	Q5 (Alto)	98	96,9-99

Fuente: ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.



Con respecto a la **LE**, estuvo presente en el 44% de los niños menores de 6 meses, mostrando una tendencia en descenso a medida que aumentó la edad del lactante. Se observa que el primer descenso importante en la prevalencia de LE ocurre en el primer mes de vida.

En relación con estos datos, también se evidencian amplias diferencias entre regiones, siendo GBA, NOA y NEA las que presentaron menor proporción de dicho indicador con respecto a la media nacional (46%) y superior al 60% en las regiones de Cuyo y Patagonia.

Por otra parte, no se observaron diferencias en función de las otras características sociodemográficas analizadas.

**Tabla 4. Frecuencia de LE en niños y niñas menores de 6 meses según características sociodemográficas.**

Variables y categorías		%	IC95%
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>39,2-48,2</b>
Región	GBA	37	27,8-46,6
	Centro	46	36-56,1
	NEA	40	31,1-48,7
	NOA	37	30,8-42,7
	Cuyo	63	56,7-69,6
	Patagonia	60	54,5-65,4
Edad	Menos de 1 mes	66	53,5-76,3
	1 mes	52	43,2-61,8
	2 meses	42	33,5-50
	3 meses	44	35,2-52,3
	4 meses	38	31,9-45,1
	5 meses	31	24,6-39,2
Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	39	34,5-44,3
	Secundario completo o más	49	42,6-55,8
Cobertura de salud	Sólo público	41	36,5-46,5
	O.S. o prepaga	48	40,3-54,8
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	40	31,2-48,5
	Q2 (Medio-bajo)	38	30,6-46,8
	Q3 (Medio)	47	36,4-58
	Q4 (Medio-alto)	49	37,8-60,6
	Q5 (Alto)	45	33,8-57,2

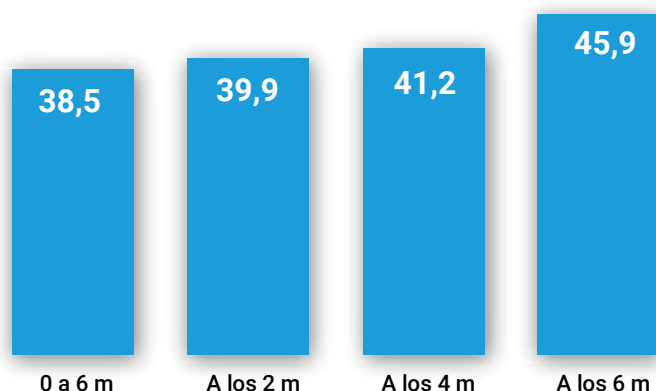
Fuente: ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.





## 1.4 Lactancia Materna Parcial en menores de 6 meses

Figura 5. Prevalencia de lactancia materna parcial (LMP) según edad. Total país.



Fuente: ENaLac, 2022.

En concordancia con ENaLac 2022, los resultados de la ENNyS 2018-2019, estimaron que la frecuencia de la **LMP** en menores de 6 meses fue del 38% a nivel nacional siendo las regiones de Cuyo (26%) y Patagonia (26%) las que presentaron menor proporción de dicho indicador con respecto al total nacional.

Tabla 5. Frecuencia de LMP en menores de 6 meses según características sociodemográficas

Variables y categorías		%	IC95%
<b>TOTAL</b>		<b>38</b>	<b>34,7-42,2</b>
Región	GBA	40	32,9-48
	Centro	38	30-46,6
	NEA	41	31,9-50,2
	NOA	48	41,6-53,9
	Cuyo	26	19,7-32,7
	Patagonia	28	22,6-33
Edad	Menos de 1 mes	32	21,4-43,6
	1 mes	37	28,4-45,5
	2 meses	43	34,6-52,2
	3 meses	37	29,7-45,2
	4 meses	35	27,9-42,2
	5 meses	44	37-50,2
Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	41	36,8-45,1
	Secundario completo o más	36	29,5-42,1
Cobertura de salud	Sólo público	38	33,8-41,9
	O.S. o prepaga	40	32,8-46,6
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	41	31,2-51,4
	Q2 (Medio-bajo)	37	29,2-46,4
	Q3 (Medio)	38	28,3-48
	Q4 (Medio-alto)	42	29,4-56,3
	Q5 (Alto)	35	25,9-46

Fuente: ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

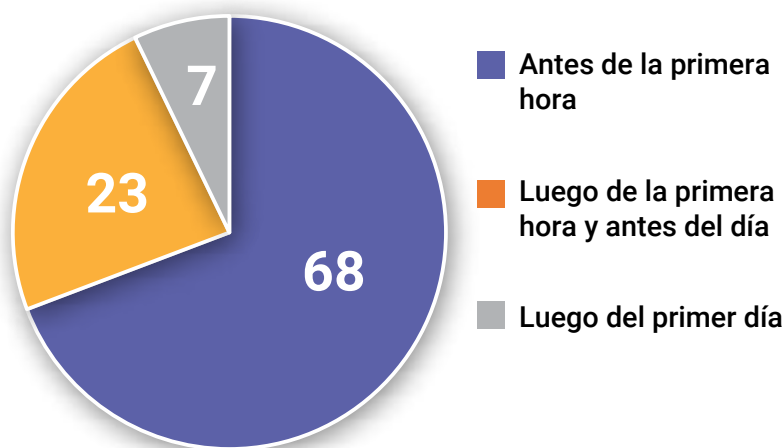


### 1.5 Lactancia materna en la primera hora de vida

El momento del inicio de la lactancia es determinante para su continuidad y para la reducción del riesgo de mortalidad neonatal. La puesta al pecho temprana impacta positivamente en la práctica efectiva de la lactancia mostrando una mayor prevalencia entre quienes fueron puestos al pecho en la primera hora y el primer día y un descenso en comparación con quienes fueron puestos después del primer día.

El inicio de la lactancia materna antes de la primera hora de vida es una estrategia sanitaria de gran valor por su asociación con la disminución de la morbimortalidad neonatal y ese valor ha sido estudiado en las últimas encuestas Nacionales de LM encontrándose valores similares a la presente edición de la ENNyS 2 y a valores internacionales.

Figura 6. Momento de la primera puesta al pecho. Total país.



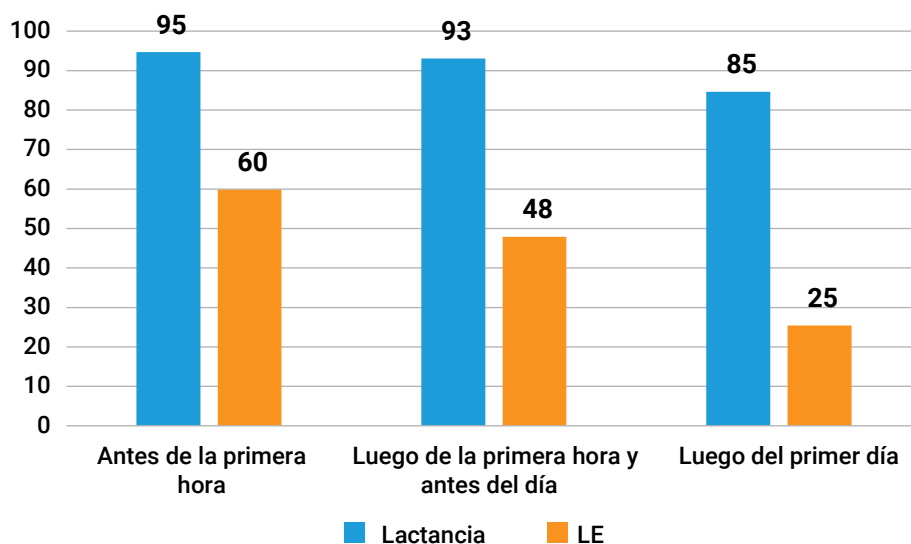
Fuente: ENaLac, 2022.



Según resultados de la ENaLac 2022 sobre el momento de la primera puesta al pecho, se observa que la mayoría (97%) de los niños y niñas menores de 6 meses fueron puestos al pecho e iniciaron la lactancia. Con relación al momento de la primera puesta al pecho, 2 de cada 3 lo hizo en la primera hora de vida, 23% entre la hora y el día de vida y 7% luego del primer día.



Figura 7. Prevalencia de Lactancia y LE, según momento de la primera puesta al pecho. Total país.



Fuente:  
ENaLac, 2022.

Las cifras son más elocuentes cuando se analiza la **LE en niños y niñas de 0 a 6 meses**, ya que se observa que la prevalencia alcanza el 60% en los que son puestos al pecho durante la primera hora de vida, 48% en los que fueron puestos al pecho luego de la primera hora y antes del primer día, y apenas 25% entre quienes fueron puestos al pecho luego del primer día.

El **tipo de parto** influye en múltiples aspectos de la salud del neonato, motivo por el cual su análisis como variable de interés, tanto en la lactancia como en otros aspectos, es fundamental <sup>9</sup>.

En la muestra analizada, el tipo de parto predominante fue el vaginal 55% (IC al 95%: 54,7 - 55,3%) mientras que la cesárea alcanzó el 45% (IC al 95%: 44,3 - 44,9%).

El momento de la primera puesta al pecho se ve afectado por el tipo de parto, situación que queda manifiesta según los datos de ENaLac donde se observa que *la puesta al pecho durante la primera hora de vida es significativamente mayor en los niños y niñas que nacen por parto vaginal*, como así también la prevalencia de lactancia, LE y lactancia continuada.



Tabla 6. Prevalencia de lactancia según momento de la primera puesta al pecho y tipo de parto y edad, total país.

Momento de la primera puesta al pecho	Tipo de parto Porcentaje (IC al 95%)					
	Total de la muestra		0 a 6 meses		12 a 15 meses	
	Parto vaginal	Cesárea	Parto vaginal	Cesárea	Parto vaginal	Cesárea
Antes de la primera hora	74,9(a) (74,5-74,3)	57,5(a) (57,0-58,0)	75,4(d) (75,0-75,9)	58,1(d) (57,5-58,7)	73,7(g) (73,1-74,4)	56,0(g) (55,2-57,0)
Luego de la 1 hora y 1 día	18,5(b) (18,2-18,8)	29,2(b) (28,7-29,6)	18,1(e) (17,7- 18,5)	28,6(e) (28,1-29,1)	19,3(h) (18,7-20,0)	30,4(h) (29,6-31,2)
Luego del primer día	4,9(c) (4,7-5,1)	9,7(c) (9,4- 10,0)	4,8(f) (4,6-5,0)	9,6(f) (9,3- 10,0)	5(i) (4,7-5,4)	10,0(i) (9,4- 10,5)
Ns Nc	1,7 (1,6-1,8)	3,6 (3,4-3,8)	1,6 (1,5-1,8)	3,6 (3,4-3,9)	1,9 (1,7-2,1)	3,6 (3,2-3,9)

IC: intervalo de confianza; Ns Nc: no sabe, no contesta.

(a), (b), (c), (d), (e), (f), (g), (h), (i): diferencias estadísticamente significativas. Fuente: ENaLac, 2022.

Tabla 7. Prevalencia de lactancia y LE según tipo de parto y edad, total país.

Tipo de parto	Tipo de lactancia (%; IC95%)			
	Total de la muestra	0 a 6 meses		12 a 15 meses
	Lactancia	Lactancia	LE	Lactancia
Vaginal	90,7 (90,4-90,9)(a)	93,7 (93,5- 94,0)(b)	57,9 (57,4- 58,4)(c)	83,6 (83,0-84,2)(d)
Cesárea	85,6 (85,2-85,9)(a)	89,3 (88,9-89,6)(b)	47,6 (47,0-48,1)(c)	76,8 (76,1-77,6)(d)

IC: intervalo de confianza; Ns Nc: no sabe, no contesta.

(a), (b), (c), (d): diferencias estadísticamente significativas. Fuente: ENaLac, 2022.

La puesta al pecho temprana también se ve afectada por el **peso de nacimiento**, siendo un desafío mayor en los recién nacidos con menos de 2500 gramos debido a las prácticas neonatales al momento del nacimiento para poder proponer mejoras en la atención. En la muestra analizada, el 8% de los niños y niñas (IC al 95% 7,9 - 8,3%) presentaron bajo peso de nacimiento (<2500 g). Según estos resultados, la proporción de niños/as menores de 6 meses que fueron puestos al pecho en la primera hora de vida fue mayor entre los nacidos con un peso igual o superior a los 2500 gramos.



**Tabla 8. Porcentaje de niños según momento de la primera puesta al pecho y peso de nacimiento, menores de 6 meses.**

Peso al nacer Momento de la primera puesta al pecho	Porcentaje (IC al 95%)	
	Menos de 2500 g	2500 g o más
Antes de la primera hora	44,1 (42,7 – 45,4)	69,5 (69,2 – 69,9)
Luego de la primera hora y antes del día	19,1 (18,1 – 20,2)	23,1 (22,85 – 23,53)
Luego del primer día	26,8 (25,6 – 28,0)	5,2 (5,0 – 5,4)
Nunca fue puesto al pecho	8,3 (7,6 – 9,1)	1,5 (1,4 – 1,6)
Ns Nc	1,4 (1,1 – 1,7)	0,4 (0,3 – 0,4)

IC: intervalo de confianza; Ns Nc: no sabe, no contesta.  
Fuente: ENaLac, 2022.

## 1.6 Lactancia inicial

Las tablas 9 y 10 se basan en los informes de las madres sobre el momento en que amamantó por primera vez a su último hijo, nacido en los últimos dos años. Indican la proporción de quienes fueron amamantados, así como aquellos que fueron amamantados por primera vez dentro de una hora y un día de nacimiento. Además, los datos están desagregados por varias características de contexto que podrían condicionar si el niño fue amamantado o no.





**Tabla 9. Porcentaje de niños/as que fueron amamantados alguna vez, durante la primera hora del nacimiento y durante el primer día del nacimiento.**

	Nro de niños/as nacidos en los 2 años precedentes a la encuesta	Porcentaje de quienes fueron amamantados alguna vez <sup>1</sup>	Dentro de la primera hora <sup>2</sup> del nacimiento	Dentro del primer día de nacimiento
<b>Edad de niños/as</b>				
12-23 meses	777	94	54	88
<b>Lugar de atención del parto</b>				
Parto en casa	872	95	61	90
Parto en centro de salud público	488	93	52	86
Parto en centro de salud privado	2	(*)	(*)	(*)
<b>Tipo de parto</b>				
Parto vaginal	724	97	65	93
Cesárea	642	92	50	83
<b>Edad materna (años)</b>				
15-24	464	95	59	89
15-19	129	97	63	90
15-17	53	99	73	91
18-19	77	96	57	90
20-24	335	94	57	89
25-34	596	93	55	86
35-49	306	97	62	92

1 MICS indicador TC.30 - Niños que alguna vez fueron amamantados. 2 MICS indicador TC.31 - Iniciación temprana de la lactancia

(\*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

Fuente: MICS, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes: Argentina, 2019-2020



**Tabla 10. Porcentaje de niños/as nacidos que fueron amamantados alguna vez, durante la primera hora y/o el primer día del nacimiento, según características sociodemográficas.**

	Nro de niños/as nacidos en los 2 años precedentes	Porcentaje de amamantados alguna vez <sup>1</sup>	Dentro de la 1 hora <sup>2</sup>	En el 1 día de nacimiento
<b>Total</b>	1366	94	58	88
<b>Sexo del jefe/a del hogar</b>				
Hombre	661	94	57	89
Mujer	706	95	59	88
<b>Educación del jefe/a del hogar</b>				
Hasta secundario incompleto	780	95	58	88
Sec. completo/Ter-Universitario incompleto	425	93	59	89
Terciario o Universitario completo	156	93	50	87
<b>Hogares según percepción AUH</b>				
Si	712	95	59	89
No	645	93	57	88
<b>Quintil de índice de riqueza</b>				
Más bajo	424	95	56	89
Segundo	361	96	60	89
Medio	265	91	54	86
Cuarto	163	93	60	88
Más alto	153	96	60	89
<b>Educación de la madre</b>				
Hasta secundario incompleto	664	94	60	87
Sec completo /Ter-Universitario incompleto	532	95	56	90
Terciario/Universitario completo	170	93	55	88
<b>Meses desde el nacimiento</b>				
0-11 meses	590	95	62	88

<sup>1</sup> MICS indicador TC.30 - Niños que alguna vez fueron amamantados <sup>2</sup> MICS indicador TC.31 - Iniciación temprana de la lactancia

(\*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados. AUH: Asignación Universal por Hijo/a

Fuente: MICS, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes: Argentina, 2019-2020



**Tabla 11. Frecuencia de Inicio de la LM según características sociodemográficas.**

Variables y categorías		%	IC95%
<b>Total</b>		97	96,1-97,5
<b>Región</b>	GBA	98	96,1-98,7
	Centro	96	94,2-97,6
	NEA	96	94,1-96,5
	NOA	96	94,6-97,2
	Cuyo	98	96,2-98,6
	Patagonia	98	96,1-98,8
<b>Nivel educativo jefe/a hogar</b>	Hasta secundario incompleto	96	95-96,9
	Secundario completo o más	98	96,9-98,8
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo público	96	95,1-97
	O.S. o prepaga	98	96,7-98,6
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (Bajo)	97	95,7-97,5
	Q2 (Medio-bajo)	96	93,4-97,2
	Q3 (Medio)	98	97,2-98,7
	Q4 (Medio-alto)	97	93,5-98,3
	Q5 (Alto)	98	96,9-99

Fuente: ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

En el país, la gran mayoría de los niños (97% ENNyS; 94% MICS) iniciaron la LM sin observarse diferencias significativas según los factores sociodemográficos analizados.





**Tabla 12. Frecuencia de inicio de la LM durante la primera hora de vida según condiciones sociodemográficas.**

Variables y categorías		%	IC95%
<b>Total</b>		57	53,9-59
<b>Región</b>	GBA	51	45,6-56,3
	Centro	60	54,8-64,5
	NEA	61	53,4-68,8
	NOA	53	48,3-56,7
	Cuyo	61	55,8-65
	Patagonia	67	62,7-70,3
Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	56	53,3-59
	Secundario completo o más	57	53,2-59,8
Cobertura de salud	Sólo público	56	53,2-59,4
	O.S. o prepaga	57	53,3-59,7
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (Bajo)	56	52,3-60
	Q2 (Medio-bajo)	55	50,5-58,8
	Q3 (Medio)	57	52,3-61
	Q4 (Medio-alto)	55	50,5-59,4
	Q5 (Alto)	63	56,9-68,1

Fuente: ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

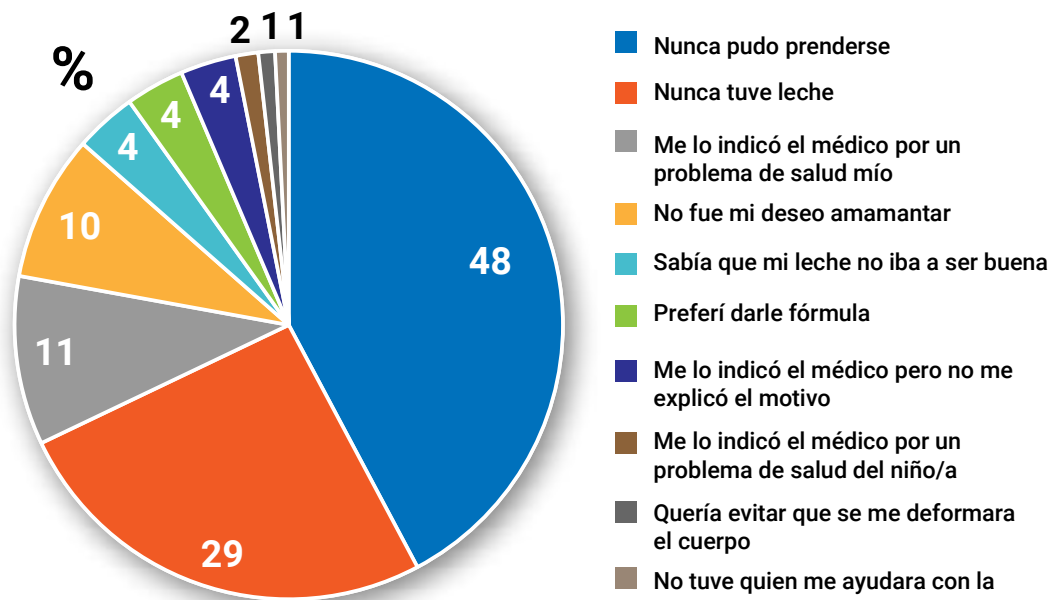
Más de la mitad de los niños (57%) fue puesto al pecho por primera vez en la primera hora de nacidos, siendo la región Patagónica (67%) la única con prevalencia más elevada en relación con el valor nacional.

## 1.7 Principales motivos por los cuáles los niños/as menores de 2 años nunca fueron amamantados

Entre aquellos que no iniciaron LM, los principales motivos reportados por las madres fueron “nunca pudo prenderse al pecho” (48%), “nunca tuve leche” (29%) y “me lo indicó el médico por un problema de salud mío” (11%).



Figura 8. Motivos por los cuáles los niños/as menores de 2 años nunca fueron amamantados.



Fuente: ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

## 1.8 Lactancia materna en niños de 12-15 meses

Entre 12 y 15 meses, lactancia es equivalente a "lactancia continuada" al año de vida.

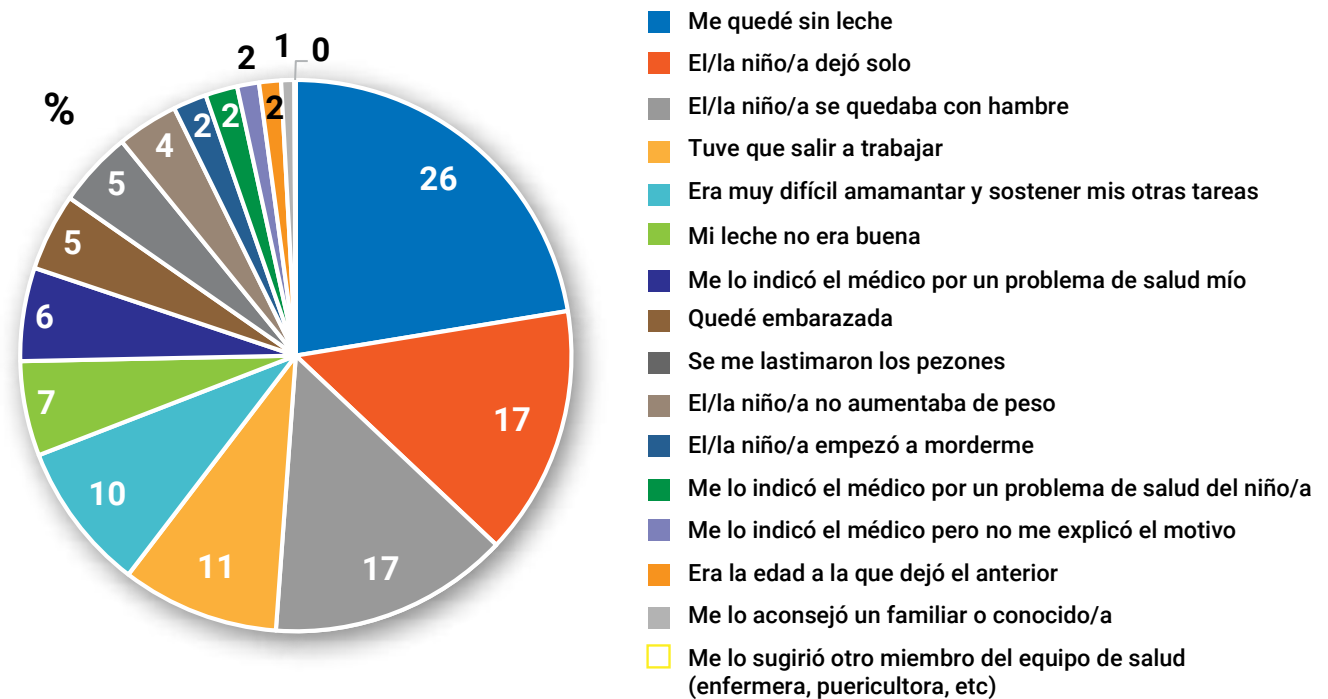
En relación con ENaLac 2017, la lactancia continuada también mostró una mejora, pasando de tener una prevalencia de 78% (IC al 95%: 76,4 - 79,3%) a una de 81% (IC al 95%: 80,1-81,0), manifestando un aumento de aproximadamente 3% para ese indicador.

## 1.9 Destete y motivos de abandono de Lactancia materna en menores de 23 meses

Al momento de la realización de la ENNyS 2018-19, solo el 11% de los niños menores de 23 meses no recibía lactancia materna, siendo la edad promedio de abandono de la LM de 6 meses.



Figura 9. Motivos de abandono de LM en niños y niñas menores de 2 años.



Fuente: ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Al analizar las causas de destete, se observa que un cuarto de las madres consideró que no tuvo más leche para alimentar a sus bebés, 17% refiere que los bebés dejaron de amamantarse espontáneamente y 16% consideraba que se quedaban con hambre. Considerando estas tres causas podemos interpretar que cerca de la mitad de los motivos de destete podrían evitarse con un buen asesoramiento y acompañamiento de la lactancia por parte del sistema de salud.

### 1.10 Alimentos utilizados en reemplazo de la lactancia

En ausencia de LE o de lactancia en niños más grandes, es crucial conocer qué tipo de leche se utiliza en reemplazo o complemento, ya que eso influirá en la adecuada nutrición y salud de este grupo poblacional. Según ENaLac, el 87% de los niños de 0 a 6 meses que no reciben LE recibe fórmula al igual que el 40% de entre los 12 y 15 meses que no reciben lactancia.



Tabla 13. Tipo de leche consumida en niños sin LE o sin lactancia según edad, total país.

Edad /	Porcentaje (IC al 95%)				
Tipo de leche	0 a 6 meses*	A los 2 meses*	A los 4 meses*	A los 6 meses*	Entre 12 y 15 meses**
<b>Fórmula infantil</b>	87,0 (86,6-87,4)	86,7 (85,7- 87,6)	83,3 (82,3- 84,3)	84,8 (83,8 - 85,7)	39,5 (38,8 - 40,1)
<b>Otra leche</b>	12,0 (11,6-12,4)	11,9 (11,0- 12,8)	15,9 (14,9- 16,8)	14,3 (13,4 - 15,3)	59,8 (59,1 - 60,5)
<b>Ns Nc</b>	0,9 (0,8 - 1,0)	1,4 (1,1 - 1,7)	0,96 (0,6 - 1,1)	0,9 (0,6 - 1,1)	0,7 (0,6 - 0,8)

\*en lactantes sin LE. \*\*en lactantes sin lactancia. IC: intervalo de confianza; Ns Nc: no sabe, no contesta.  
Fuente: el: ENaLac, 2022.

## RESUMEN:

- ➔ 9 de cada 10 niños de 0 a 6 meses de edad recibían lactancia (92%) y la mitad en forma exclusiva (53%).
- ➔ El porcentaje de LE desciende a medida que aumenta la edad de los lactantes, mientras que aumenta la lactancia parcial, es decir que la ausencia de LE no necesariamente implica destete.
- ➔ Prevalencia de lactancia con gran variabilidad entre jurisdicciones, llegando a 10 puntos de diferencia.
- ➔ La lactancia exclusiva (LE) presenta la mayor amplitud, llegando a una diferencia de hasta un 30%: Formosa y Chaco, presentaron cifras mayores al 65%, mientras que Catamarca fue la de menor prevalencia de LE en los menores de 6 meses, con un 30%.
- ➔ Entre 2017 y 2022, se observó un 3% de aumento de LE a los seis meses y un descenso cercano a 4% a los 2 meses.
- ➔ En 2001 se evidenció un gran aumento de la prevalencia de LE tanto al 4<sup>to</sup> como al 6<sup>to</sup> mes de edad, probablemente relacionado con la gran crisis económica que sufrió el país.
- ➔ Según ENNyS 2018-2019, el 97% de los niños iniciaron la LM y el 44% de los niños menores de 6 meses recibieron LE sin diferencias significativas según los factores sociodemográficos.
- ➔ LE: tendencia en disminución a medida que aumenta la edad del lactante, con un fuerte descenso en el primer mes de vida y amplias diferencias entre regiones.
- ➔ La LMP en menores de 6 meses fue del 38% a nivel nacional.



- ⇒ Al momento de la primera puesta al pecho: 2 de cada 3 lo hizo en la primera hora de vida, *frecuencia significativamente mayor en los niños y niñas que nacen por parto vaginal y con peso mayor a 2.500 grs* así como también la prevalencia de lactancia, LE y lactancia continuada.
- ⇒ La lactancia continuada mostró una mejora de aproximadamente el 3%.
- ⇒ Según ENNyS 2018-19, solo el 11% de los niños no recibía lactancia materna, siendo la edad promedio de abandono de la LM de 6 meses.
- ⇒ Los principales motivos de abandono referidos fueron “me quedé sin leche”, “el/la niño/a dejó solo/a” y “el/la niño/a se quedaba con hambre”.

### ¿Qué implican estos datos?

Los datos presentados primariamente tratan de mostrar qué proporción de madres amamantan según diversos indicadores (temporales y según tipo de alimentación).

En la ENaLac 2022, se observa que la mayor parte de los niños y niñas fueron puestos al pecho e iniciaron la lactancia (97%); a su vez, la práctica de la LE en menores de 6 meses se mantiene elevada (53%), mostrando en las sucesivas ediciones de la encuesta, un aumento paulatino a nivel nacional, que se ha duplicado en las últimas tres décadas (25% en 1998). A nivel mundial, 44% de los niños y niñas menores de 6 meses reciben LE, mientras que la prevalencia asciende a 50% en los países de bajos y medianos ingresos, y en un 37% para Latinoamérica y el Caribe (UNICEF, 2021), poniendo a Argentina en un lugar destacado en la región.

El inicio es satisfactorio, ya que el 68% inician la lactancia dentro de la primera hora y solo 1% de los mayores de 2500 gramos nunca fue puesto al pecho. Sin embargo, se observa una rápida caída de la prevalencia en los primeros meses para luego alcanzar los valores de 45% al sexto mes como prevalencia de lactancia exclusiva. Esta abrupta caída al inicio señala la falta de una adecuada preparación para la lactancia y falta de acompañamiento y apoyo del equipo de salud; la misma también obedece a la falta de acciones efectivas en el período perinatal y luego del alta hospitalaria en las primeras semanas de vida. También influye en esta caída las dificultades para el amamantamiento a la que están expuestas las mujeres cuando se reincorporan a sus tareas laborales, más aún si esto implica un distanciamiento físico y mayor ausencia temporal en la día.

Ambas situaciones son reversibles con el apoyo y promoción de la estrategia de hospital amigo de la lactancia, centros de salud amigos de la lactancia y espacios amigos de la lactancia en los espacios laborales, así como la ampliación del período de licencia para la crianza. El desarrollo e implementación de estas estrategias, como Hospital y Centro de Salud Amigos de la Lactancia, Centros de Lactancia y Bancos de Leche Humana son algunas de las estrategias orientadas a facilitar el máximo desarrollo de la práctica de la lactancia desde el sistema de salud; sin embargo, además del sector salud, se requiere del apoyo articulado de toda la sociedad para lograr el sostenimiento de la lactancia en consonancia con las recomendaciones (ENaLac 2022).



La prevalencia de lactancia exclusiva alcanzada a los 6 meses se mantiene con escasas variaciones en los últimos 15 años, existiendo amplias diferencias entre provincias que amerita el seguimiento local con información propia para poder evaluar las intervenciones realizadas, particularmente cuando se observan rezagos temporales. Los valores nacionales son similares a los logrados como promedio en América del Sur sin desconocer que otros países como Perú han logrado cifras sustantivamente mejores como resultado de políticas públicas adecuadas acompañadas y apoyadas desde el más alto nivel de la jerarquía de gobierno.

Preocupa observar que una alta proporción de los niños y niñas que no reciben lactancia humana al sexto mes lo hacen a expensas de leche no recomendable hasta el año como la leche entera de vaca.

Hay diferencias en la prevalencia de lactancia humana exclusiva al 6º mes según la fuente de información, 53% en la ENaLac y 44% en la ENNyS 2. Ambas encuestas si bien coinciden en la metodología de estimación del indicador son muestreos diferentes. La ENNyS es una muestra domiciliaria, probabilística y aleatoria representativa de la población que habita en poblaciones mayores de 5000 habitantes. Por otro lado, la ENaLac es un muestreo multietápico en efectores de salud del sector público en población que concurre a Centros de Salud.

El nacimiento por cesárea, el peso de nacimiento inferior a 2.500 gramos y la prematuridad son todas condiciones perinatales que particularmente ponen en riesgo la continuidad de la lactancia exclusiva por lo que las maternidades deben poner especial énfasis en encarar la lactancia exclusiva en estos grupos y una necesidad evidente es la presencia del centro de lactancia y la constitución y funcionamiento efectivo de la comisión de lactancia intrahospitalaria. El inicio de la lactancia no ha variado desde el 2017, mostrando que el alto nivel de cesáreas hace efecto en la puesta al pecho. Se enfatiza la necesidad de capacitar al equipo de salud en las maternidades para la preparación a la lactancia y la práctica del contacto piel a piel en el nacimiento y el sostenimiento de la lactancia a libre demanda para su continuidad luego del alta. Asimismo, la disponibilidad permanente como urgencia en la consulta ante dificultades de la prendida, succión, progreso ponderal, etc., para asegurar la lactancia humana exclusiva. El equipo de salud puede asesorar para mejorar el tiempo de licencia para la crianza y el establecimiento de espacios amigos de lactancia en el ámbito laboral.

De los datos estadísticos se observa un alto porcentaje (8 de 10) de los lactantes encuestados de edades entre 12 a 15 meses que continúan recibiendo lactancia materna coincidentemente con los datos a nivel mundial. Para asegurar el sostenimiento de la lactancia por dos años y más es necesario limitar la promoción, publicidad y patrocinio de la industria de sucedáneos a través del firme cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna. Los productos lácteos de fórmula de inicio son ultraprocesados de alto costo y riesgo sanitario por lo que se requiere una población capaz de interpretar los mensajes de las etiquetas, seguir las indicaciones detalladas del fabricante tanto para su reconstitución como administración, el empleo de agua segura y la higiene necesaria en manipulación de alimentos. Sin embargo, es el nivel socioeconómico medio y alto quienes amamantan en su mayoría y no la población



más vulnerable, revelando que aún persiste el mito de falso estatus por la compra de lácteos de inicio en los quintiles más bajos con hábitos inadecuados, no saludables y obesogénicos.

Finalmente, la edad promedio de abandono resultó cercana a los seis meses y por causas que son evitables mediante acciones de apoyo en los círculos de confianza, del entorno familiar, del sistema de salud, del lugar de trabajo y protección legal, financiamiento de campañas gubernamentales para adecuar la información y los insumos de los servicios que atienden la población objetivo.

Es fundamental trabajar en tres ejes cuyas funciones son necesarias para iniciar y sostener una lactancia exitosa:

**1. Equipo de salud:** debe estar capacitado para brindar apoyo y acompañamiento de la lactancia en periodo perinatal.

**2. Estado:** debe ser capaz de reconocer y dar protección al periodo de la lactancia a través de una legislación adecuada, con políticas públicas que favorezcan el cuidado de la familia y ejercer una rectoría de implementar indicadores y metodología regulada para obtención de datos estadísticos confiables. Por otro lado, el Estado tiene la responsabilidad de certificar a las instituciones de salud, hospitales y centros de salud amigos de la lactancia.

**3. Empresas productoras de fórmulas comerciales:** existe la necesidad de regular con una ley nacional de protección de la lactancia y la alimentación del lactante y niño pequeño para evitar la comercialización inadecuada ya sea en su publicidad, para evitar falsas creencias que actúan como determinantes comerciales de la salud.

La lactancia natural es sustentable y un regalo evolutivo de la naturaleza que no se debe derrochar ni desestimar. Los cerebros de estos futuros adultos son regados gota a gota por la leche humana, gracias a ella enamoramós a nuestros progenitores, sonreímos y jugamos por su aporte de hierro biodisponible a la vez que cuidamos a quien da el pecho. Como memorablemente escribió en 2016 Keith Hansen, del Banco Mundial, en *The Lancet*: “Si la lactancia materna no existiera ya, la persona que la inventara hoy merecería un doble Premio Nobel de Medicina y de Economía”.



## 2. ANTROPOMETRÍA

La antropometría es una herramienta de bajo costo, inocua, sencilla y reproducible. Los indicadores antropométricos son datos objetivos que permiten valorar aspectos del estado nutricional y asociados a otros indicadores correlacionan con causas y consecuencias tanto para la morbilidad como para la mortalidad a nivel poblacional. En la evaluación nutricional de la población infanto-juvenil generalmente se utilizan indicadores de masa y tamaño corporal que reflejan las dimensiones corporales: peso/edad, peso/talla, talla/edad e IMC/edad. El diagnóstico poblacional tiene como objetivo identificar a grupos en riesgo para planificar e implementar intervenciones, y evaluar su impacto.

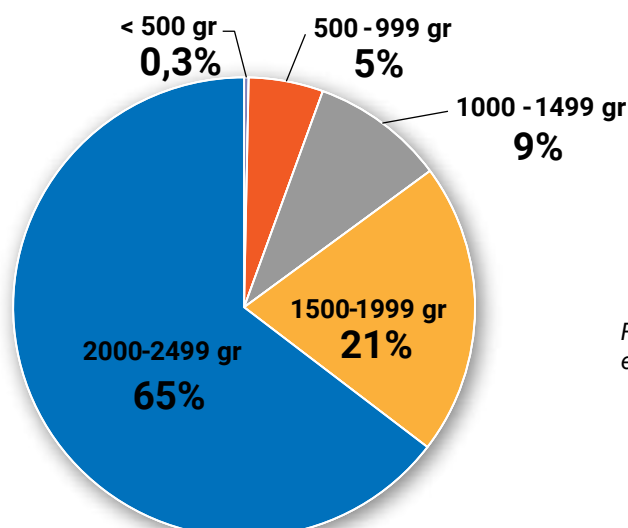
Argentina es uno de los países que adquirió tempranamente el uso de indicadores antropométricos para evaluar el estado nutricional pediátrico, tanto en lo académico como en la práctica clínica. Sin embargo, a más de 60 años del inicio de su utilización, el Estado realizó solamente dos encuestas nacionales (2005 y 2018) para estudiar a la población urbana con representación de todo el país.

### 2.1 Recién nacidos con bajo peso

El recién nacido de bajo peso tiene un riesgo aumentado de morbimortalidad inmediata, así como también de mayor morbilidad crónica en la vida adulta.

En el año 2021 nacieron en Argentina 38.070 niños y niñas con un peso menor a 2.500 gramos, lo que representó el 7% de los nacimientos registrados a nivel nacional. Asimismo, el análisis de la distribución por intervalos de peso al nacer indicó que la mayor frecuencia de los nacimientos con bajo peso corresponden al intervalo entre 2.000 y 2.499 gramos (65%), seguido por el rango entre 1.500 y 1.999 gramos (21%). Por otra parte, en el 0,3% de los nacimientos con bajo peso se registró un peso menor a 500 gramos (Figura 10).

**Figura 10. Distribución de nacidos vivos con peso menor a 2.500 gramos según intervalos de peso. Argentina, 2021.**



Fuente: elaboración propia  
en base a datos de la DEIS



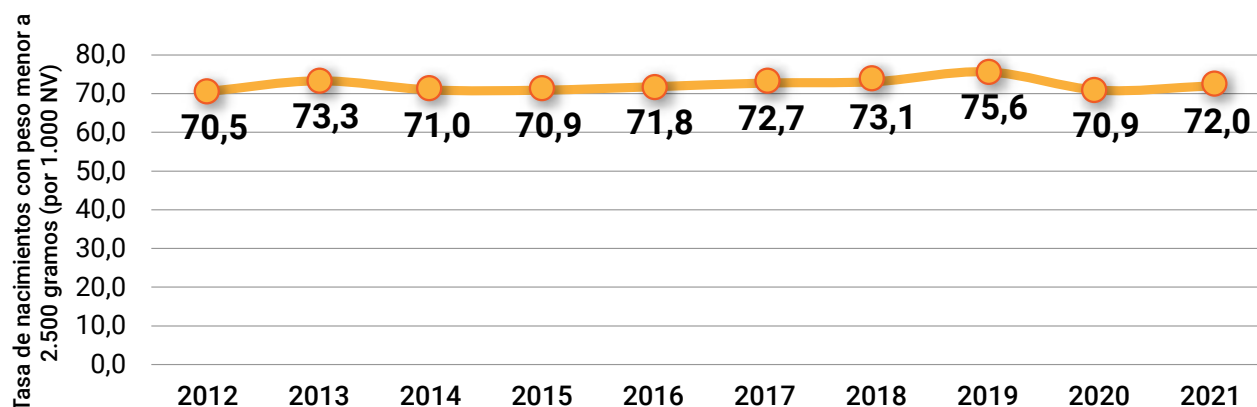


De los nacidos vivos con un peso menor a 2.500 gramos, el 65% fue pretérmino, mientras que el 32% nacieron de un embarazo a término. Esta relación se advirtió de forma más acentuada en aquellos niños y niñas que nacieron con un peso menor a 2.000 gramos.

La mayoría de los recién nacidos prematuros acumulan, en los primeros meses de vida, un déficit energético, proteico, de minerales y micronutrientes. Se sabe que el déficit nutricional tiene una relación directa con el desarrollo neurológico y con peores resultados cognitivos y educativos. Los recién nacidos que han acumulado déficits nutricionales tienen también mayor riesgo de enfermedad metabólica, ósea y menor talla final.

La tasa de nacimientos con bajo peso a nivel nacional en el año 2021 fue de 72,0 por cada 1.000 nacidos vivos (NV). Esta tendencia se mantuvo relativamente estable en la última década, con un registro máximo en el año 2019 (75,6 por cada 1.000 NV) y un valor mínimo en 2012 (70,5 por cada 1.000 NV) (Figura 11).

**Figura 11. Tendencia de la tasa de nacidos vivos con un peso menor a 2.500 gramos (por cada 1.000 nacidos vivos). Argentina, 2012-2021.**

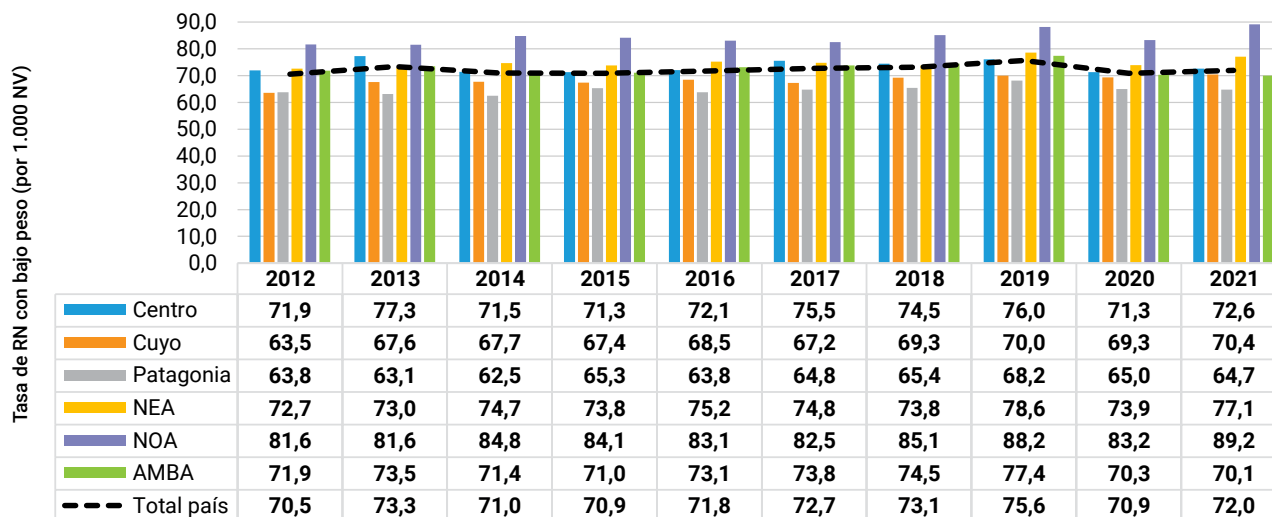


Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

Para estudiar cómo este fenómeno se comportó hacia el interior de las regiones, se analizaron los datos desagregados del mismo periodo, observándose una distribución heterogénea que se mantiene durante toda la década. Las mayores tasas se registraron en el noroeste argentino (NOA), con una media de 84,3 por cada 1.000 NV, seguido por el noreste argentino (NEA) con 74,8 por cada 1.000 NV, ambas por encima de la media nacional. En contraste, las regiones Cuyo y Patagonia presentaron las menores tasas (68,1 y 64,7 por cada 1.000 NV, respectivamente). En las regiones Centro y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) se observaron tasas similares a la media nacional (Figura 12).



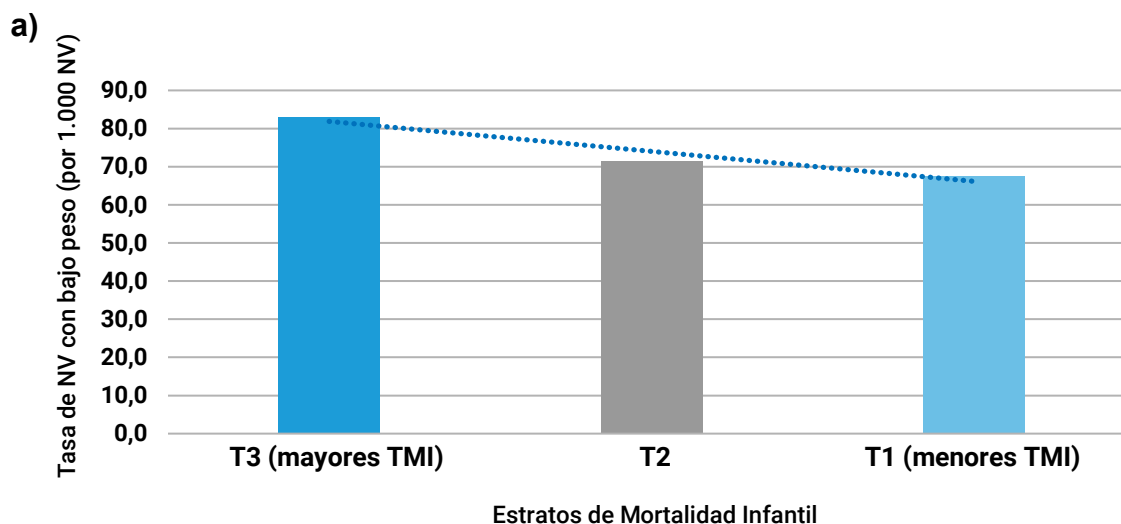
Figura 12. Tasa de nacimientos con un peso menor a 2.500 gramos a nivel nacional y por regiones. Argentina, 2012-2021.

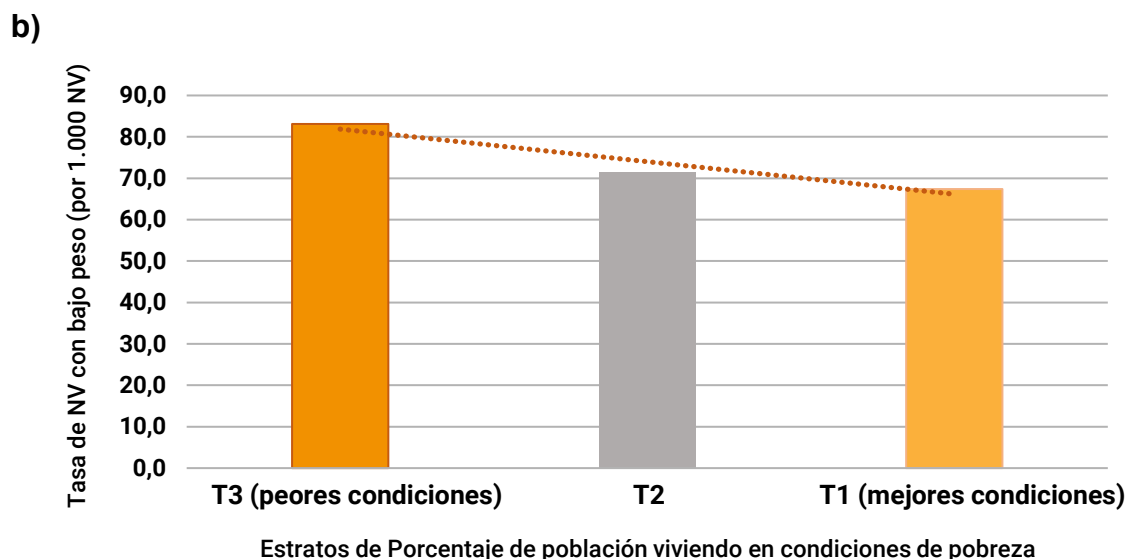


Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

Analizando estos datos de acuerdo con una variable de estratificación como la tasa de mortalidad infantil, utilizándose como indicador indirecto de condiciones de salud y de implementación de programas de salud, observamos un gradiente en el cual las mayores tasas de recién nacidos con bajo peso se observan en el estrato con las mayores tasas de mortalidad infantil (Figura 13). Asimismo, el estudio de la tasa en función del porcentaje de la población viviendo en condiciones de pobreza demuestra una relación directa que se advierte mejor en el estrato de la población de mayor vulnerabilidad (Figura 13).

Figura 13. Tasa de recién nacidos con bajo peso según estratos de mortalidad infantil (a) y del porcentaje de la población viviendo en condiciones de pobreza (b). Argentina, 2021.





Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS y del INDEC

## 2.2 Desnutrición, sobrepeso y obesidad

La malnutrición tanto por déficit (desnutrición) como por exceso es causa de enfermedad. En el primer grupo se incluyen distintas clasificaciones antropométricas (desnutrición, emaciación, baja talla) como también carencias por micronutrientes.

Con la publicación en 2013 del documento "Definición de la desnutrición pediátrica: un cambio de paradigma hacia definiciones relacionadas con la etiología" se introdujeron 5 dominios claves para su definición: indicadores antropométricos, crecimiento, cronicidad de la desnutrición, etiología (relacionada o no enfermedad), e impacto de la desnutrición en el estado funcional. Dentro de los indicadores antropométricos en una evaluación aislada se seleccionaron peso/talla (P/T), índice de masa corporal por edad (IMC/E), talla para la edad (T/E) y perímetro braquial con puntos de corte por Z-score diferentes según la gravedad de la desnutrición. Una definición uniforme es un primer paso esencial para identificar la desnutrición de manera oportuna, permitir comparaciones entre estudios, fomentar el desarrollo de herramientas de detección, estandarizar los umbrales para la intervención, y facilitar la recopilación de datos significativos para analizar el impacto de la desnutrición y su tratamiento.

En ENNyS 2 se utilizó el indicador peso para la edad (P/E) con un punto de corte  $\leq 2$  desvíos estándar (DE) para definir bajo peso, que es descriptivo en menores de 5 años, y P/T  $\leq 2$  DE correspondiente a emaciación para el mismo grupo etario. Para el grupo de NNYA de entre 5 y 17 años se definió desnutrición según un IMC/E  $\leq 2$  DE. Sin embargo, en este documento se definió como desnutrición, de acuerdo con la clasificación de la OMS, considerándose grave un IMC/E  $\leq 3$  DE.

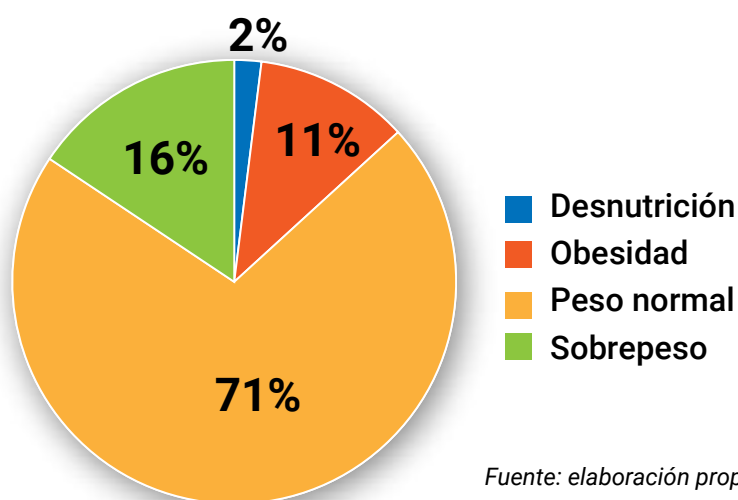
Por otra parte, para todos los grupos etarios hasta los 17 años se consideró baja talla un indicador de T/E  $\leq 2$  DE.



En relación con los puntos de corte para definir sobrepeso y obesidad en la adultez, éstos fueron determinados en base al mayor riesgo de morbilidad surgido del análisis de los estudios epidemiológicos realizados a mediados del siglo pasado. A diferencia de ello, en la infancia y la adolescencia, su aplicación se considera teórica. Dado que la epidemia tiene menor tiempo de evolución en estos grupos etarios, la OMS estableció en el año 2007 un patrón de crecimiento para los mayores de 5 años cuyo ensamble a los 19 años del punto de corte de 25 y 30 kg/m<sup>2</sup> de los adultos para sobrepeso y obesidad respectivamente es casi perfecto: el Z +1 es 25,4 kg/m<sup>2</sup> y 25 kg/m<sup>2</sup> para hombres y mujeres, respectivamente, mientras que el Z +2 es 29,7 kg/m<sup>2</sup> para ambos sexos. Estos puntos de corte se utilizan desde los 5 años. En los menores de 5 años la base del patrón es el estudio multicéntrico de la OMS que tiene una metodología rigurosa, prescriptiva y con mediciones seriadas que dan cuenta del crecimiento fisiológico de una población seleccionada, en condiciones óptimas. El ensamble entre ambos patrones para el IMC también es armónico 0,0 kg/m<sup>2</sup> a 0,1 kg/m<sup>2</sup> en todos los centiles. Sin embargo, no se puede asumir aún que los mismos puntos de corte correlacionen con la mayor morbilidad. Asimismo, estudios recientes de la composición corporal en este grupo etario han demostrado un menor porcentaje de grasa para iguales percentiles que en los mayores. Por lo tanto, se ha establecido que entre 0 y 5 años el punto de corte para sobrepeso sea entre el Z  $\geq$ +2 y  $<$ +3 y para la obesidad, el z  $\geq$ +3. En este informe se adoptan los parámetros pautados por la OMS, que han sido utilizados en la ENNyS 2.

Los datos del año 2018 indicaron que el 16% de los niños, niñas y adolescentes (NNyA) de Argentina presentó sobrepeso y el 11%, obesidad. Por lo tanto, el 27% registró algún grado de exceso de peso con respecto a los rangos de referencia. En contraste, el 2% de los NNyA encuestados presentó desnutrición (Figura 14).

**Figura 14. Proporción de sobrepeso, obesidad, peso normal y desnutrición en NNyA menores de 17 años. Argentina, 2018**

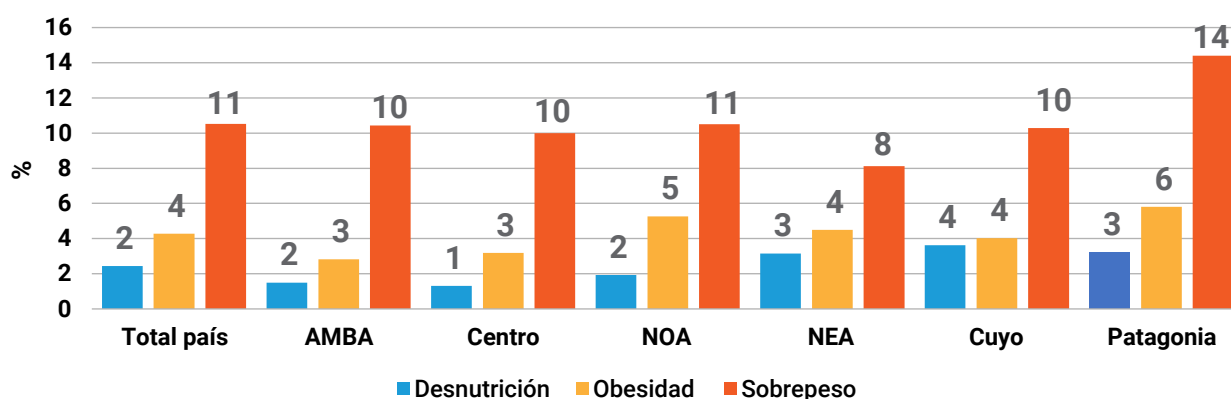


Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS 2018



Al desagregar estos datos en subgrupos etarios, en los menores de 5 años se observó sobrepeso y obesidad en el 11% y 4%, respectivamente, mientras que el porcentaje de desnutrición fue del 2%. El análisis regional reveló que en la región Patagonia se observaron las mayores proporciones de niños y niñas con sobrepeso y obesidad (14% y 6%, respectivamente), con un porcentaje de exceso de peso global del 20%. En contraste, en la región del NEA se registró la menor relación de sobrepeso (8%) y en el AMBA, la de obesidad (3%). Por otra parte, en la región de Cuyo se observó la mayor proporción de desnutrición (4%), mientras que en las regiones Centro y AMBA este porcentaje fue menor al 2% (Figura 15).

**Figura 15. Proporción de desnutrición, sobrepeso y obesidad en menores de 5 años a nivel nacional y regional. Argentina, 2018.**

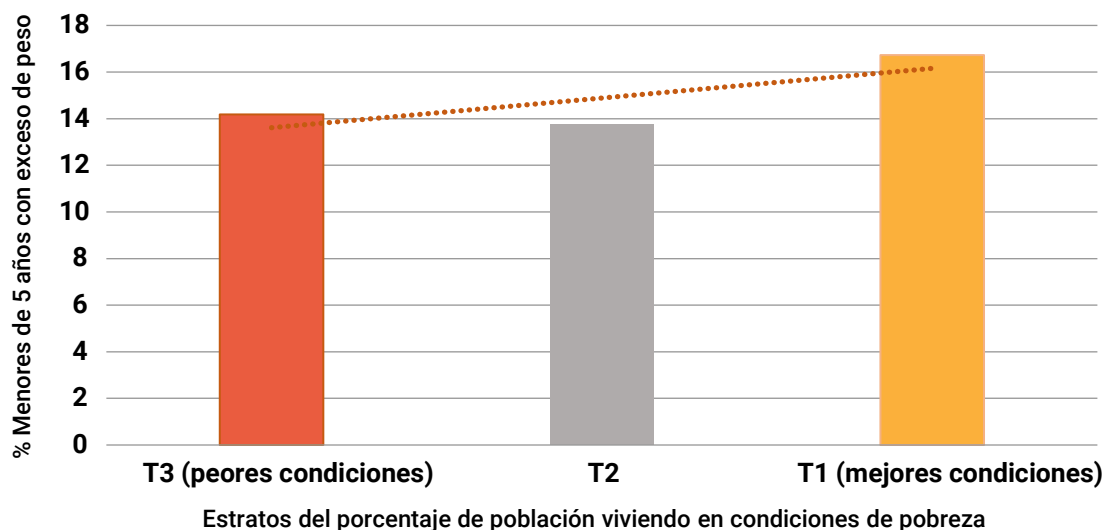


Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS 2018

Analizando la distribución del exceso de peso de acuerdo con el porcentaje de la población viviendo en condiciones de pobreza, se advierte una relación directa en la cual la mayor proporción de NNYA con exceso de peso se observa en aquellas regiones con la menor población viviendo en condiciones de pobreza y viceversa (la menor proporción de NNYA con exceso de peso se observa en aquellas regiones con la mayor población viviendo en condiciones de pobreza).



Figura 16. Proporción de menores de 5 años con exceso de peso según estratos del porcentaje de la población viviendo en condiciones de pobreza. Argentina, 2018.



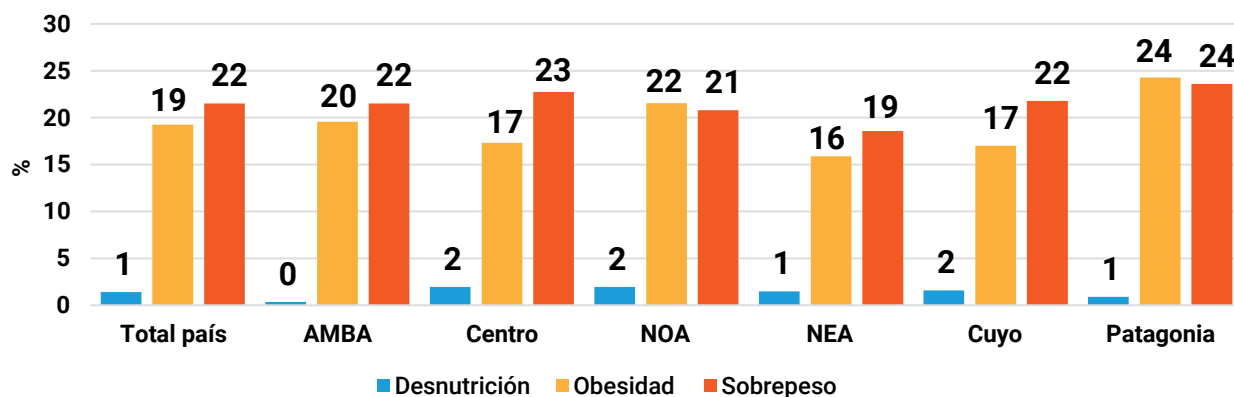
Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS y del INDEC

En el subgrupo etario de NNyA entre 5 y 17 años, el porcentaje de exceso de peso a nivel nacional asciende a un 41%, a expensas de un 22% de sobrepeso y un 19% de obesidad. En contraste, la proporción de desnutrición es menor, con un registro del 1%.

El análisis a nivel regional refleja nuevamente un patrón heterogéneo. En la región Patagónica se observan los mayores valores de sobrepeso y obesidad (24% en ambos casos), con un exceso de peso global en el 48% de los NNyA encuestados de esa región. Asimismo, las regiones Centro y Cuyo también revelaron proporciones de sobrepeso mayores a la media nacional, mientras que las regiones del NOA y AMBA registraron mayor prevalencia de obesidad. Cabe destacar que la región del NEA registró los menores valores en términos de sobrepeso y obesidad, pero, de cualquier manera, demostraron un exceso de peso en el 35% de los encuestados. Por otra parte, las regiones en las que se observaron porcentajes de desnutrición mayores a la media nacional fueron el NOA, Centro y Cuyo (Figura 17).



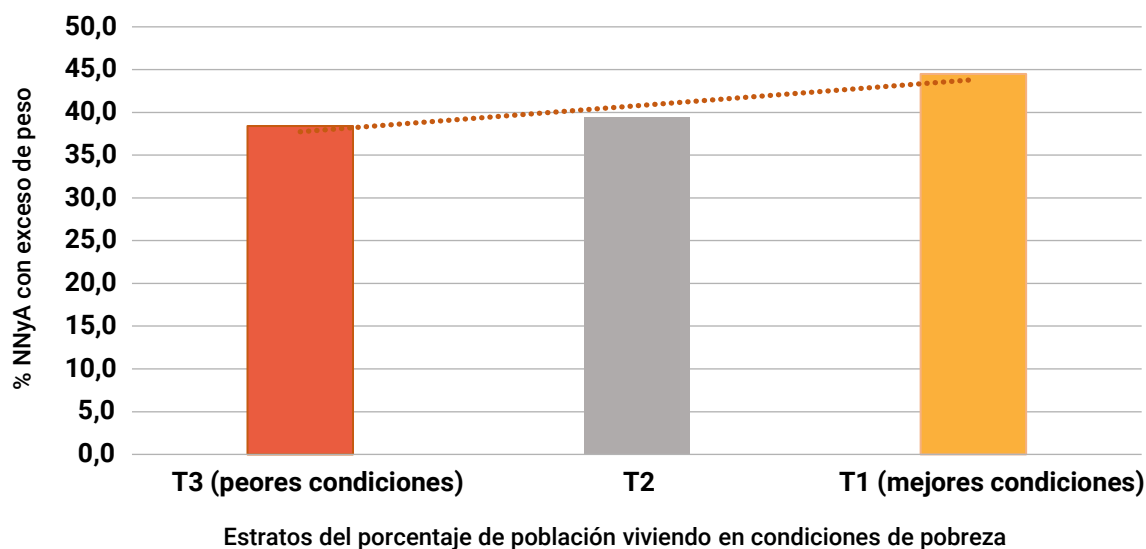
**Figura 17. Proporción de desnutrición, sobrepeso y obesidad en NNyA entre 5 y 17 años a nivel nacional y regional. Argentina, 2018.**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS 2018

Al igual que lo observado en menores de 5 años, se advierte que el estrato con el menor porcentaje de población viviendo en condiciones de pobreza presenta la mayor proporción de NNyA con exceso de peso y viceversa (el estrato con mayor porcentaje de población viviendo en condiciones de pobreza presenta la menor proporción de NNyA con exceso de peso).

**Figura 18. Proporción de NNyA entre 5 y 17 años con exceso de peso según estratos del porcentaje de población viviendo en condiciones de pobreza. Argentina, 2018.**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS y del INDEC

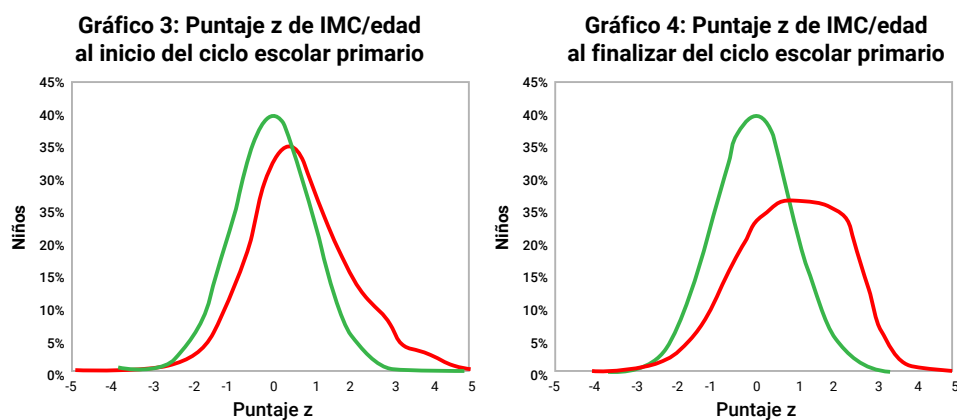


El aumento alarmante de las prevalencias del sobrepeso y la obesidad a mayor edad en la niñez y la adolescencia se verifica en todos los estudios que se han realizado. Esta epidemia, que representa la forma más prevalente de malnutrición en nuestro país, se agrava también cada vez más en nuestra región y a nivel mundial.

Por otra parte, la proporción de exceso de peso en los NNYA mayores es entre 2 y 3 veces superior que en los menores de 5 años; desagregando el sobrepeso es el doble y en cuanto a la obesidad, entre 4 y 5 veces mayor.

Entre los años 2012 y 2017 el estudio longitudinal de valoración nutricional del Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE) ha demostrado que durante el período escolar entre el 1° y 6° grado el IMC promedio de los escolares aumentó  $0,26 \pm 1,13$  puntos. Mientras que al inicio del estudio la prevalencia del sobrepeso fue del 21% y de obesidad del 14%, al finalizar estos valores ascendieron a 27% y 23%, respectivamente. Del total de 10.961 niños/as evaluados, 2.280 iniciaron el sobrepeso y obesidad (21%) durante el ciclo escolar y la mayor parte de los NNYA que ingresaron con estos diagnósticos continuaron en la misma categoría nutricional.

**Figura 19. Comparación de la distribución de curvas de Z score de IMC/edad, al inicio y al finalizar el ciclo escolar. Jurisdicciones seleccionadas, 2012 y 2017.**



Fuente: PROSANE. Años 2012 y 2017

Fuente: Valoración antropométrica al inicio y al finalizar el ciclo de educación primaria en Argentina. Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE), Ministerio de Salud de la Nación, 2019

El ámbito familiar en los menores de 5 años es más protector que el entorno escolar; de hecho, en este último, las prácticas alimentarias y de actividad física relevadas en la ENNyS 2 demuestran que contribuyen negativamente en el estado nutricional saludable de los escolares a nivel público y privado de todo el país.

Por otra parte, si bien la desnutrición infanto-juvenil está por debajo del rango epidémico, es otra condición de salud que no debe ser ignorada. La proporción de desnutrición entre los NNYA entre 5 y 17 años y menores de 5 años muestra una relación de 0,6; es decir que es más frecuente en los menores en una relación de casi el doble con respecto a aquellos NNYA de entre 5 y 17 años.





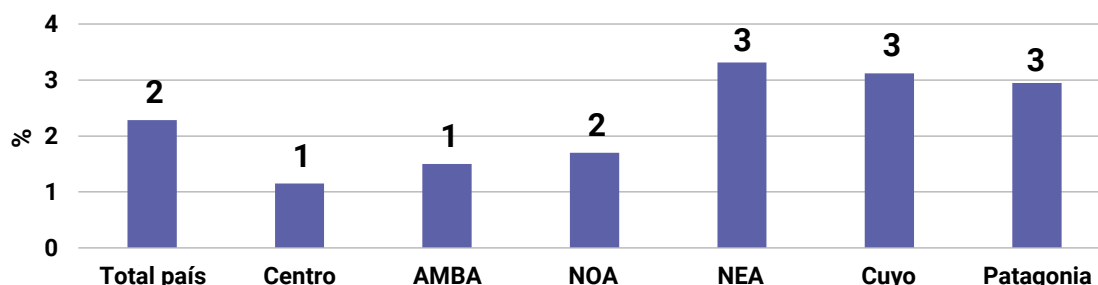
## 2.3 Emaciación

La emaciación se identifica por la presencia de bajo peso respecto a la altura, y se produce cuando los NNyA pierden peso o no ganan el suficiente, ya sea por una ingesta deficiente de alimentos en un período de tiempo reciente y/o secundario a enfermedad.

La emaciación es potencialmente mortal. Los NNyA que sufren emaciación presentan también una inmunidad deficitaria, son susceptibles al retraso en el desarrollo a largo plazo y se enfrentan a un mayor riesgo de muerte, particularmente cuando la emaciación es grave. La emaciación grave transforma las enfermedades comunes de la infancia en enfermedades mortales y aquellos NNyA que la presentan tienen hasta 11 veces más probabilidades de morir que un niño sano.

A nivel nacional, el 2% de los menores de 5 años encuestados en la ENNyS 2018 presentó emaciación. Asimismo, se observa una distribución heterogénea entre las distintas regiones argentinas. La mayor proporción, por encima de la media nacional, se observó en las regiones del NEA, Cuyo y Patagonia (3% en cada caso). En contraste, la región Centro registró la menor magnitud (1%) (Figura 20).

**Figura 20. Proporción de menores de 5 años con emaciación a nivel nacional y regional. Argentina, 2018**

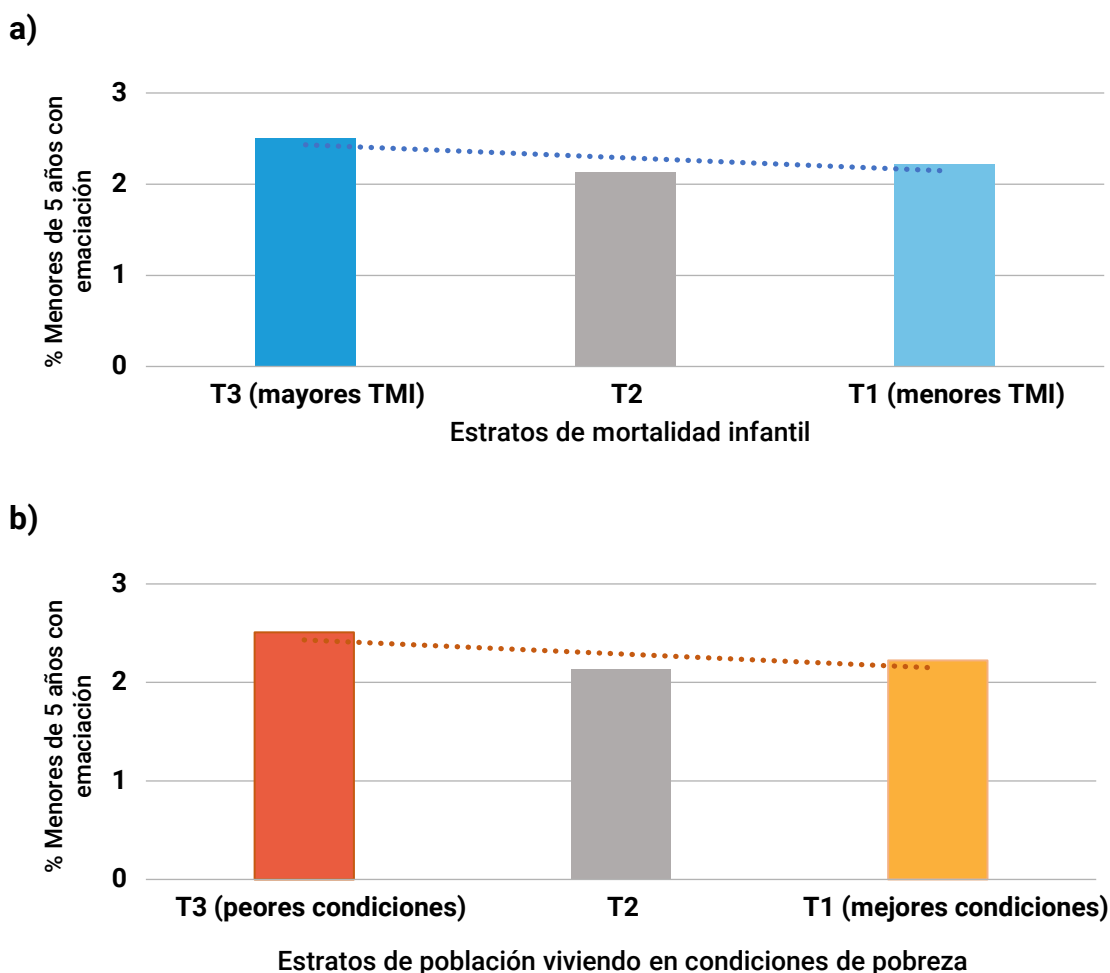


Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS 2018

En el análisis de estos resultados según estratos de mortalidad infantil se observa un gradiente en el cual las mayores proporciones de menores de 5 años con emaciación se corresponden con el estrato con las mayores tasas de mortalidad infantil. Este fenómeno se advierte en el mismo sentido al estudiarlo en función del porcentaje de la población que vive en condiciones de pobreza: la mayor proporción de menores de 5 años con emaciación se presenta en el estrato con mayor porcentaje de población viviendo en condiciones de pobreza (Figura 21).



Figura 21. Proporción de menores de 5 años con emaciación según estratos de mortalidad infantil (a) y del porcentaje de población viviendo en condiciones de pobreza (b). Argentina, 2018.



## 2.4 Baja talla

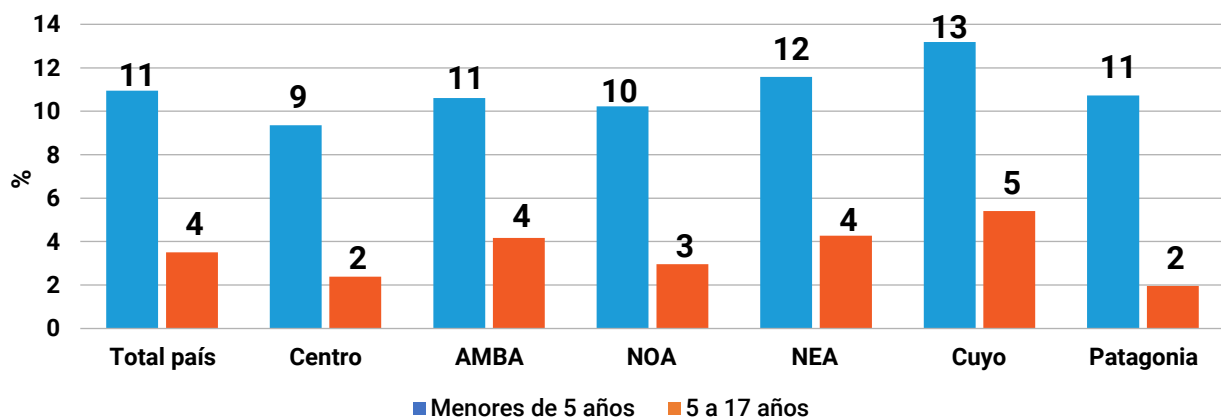
La baja talla se expresa cuando existe una marcada restricción del crecimiento lineal por un período prolongado de tiempo. El crecimiento refleja una interacción compleja entre nutrición, factores genéticos, hormonales y ambientales. Debe ocurrir dentro de un "marco de tiempo programado" que, si se pierde, puede no ser recuperable.

El retraso del crecimiento intrauterino y/o las carencias crónicas de la alimentación, y de los cuidados en sus diferentes aspectos afectivos y ambientales, en la primera y segunda infancia impactan negativamente en la expresión genética de la talla final (adulto), que debe ser interpretada como un indicador indirecto de la calidad de vida.



La ENNyS 2018 registró una proporción del 8% de NNyA con baja talla a nivel nacional. Sin embargo, este porcentaje varía de acuerdo con el rango etario encuestado. En los menores de 2 años, la proporción es mayor, con un 12%. Las regiones que presentan valores mayores a nivel nacional para este grupo etario son Cuyo (14%), NEA (13%) y Patagonia (12%); el menor registro se observó en la región Centro (10%). En este sentido, el análisis comparativo entre los menores de 5 años y los NNyA entre 5 y 17 años también evidencia diferencias importantes. Mientras a nivel nacional los menores de 5 años presentaron talla baja en el 11% de los casos, en el otro subgrupo etario se observó una proporción prácticamente 3 veces menor (4%). La región Cuyo registró los mayores valores para ambos subgrupos etarios (13% y 5% para los menores de 5 años y los NNyA entre 5 y 17 años, respectivamente), mientras que la región Centro presentó la menor proporción en los menores de 5 años (9%) y Patagonia, en el subgrupo entre 5 y 17 años (2%) (Figura 22). Asimismo, un análisis posterior desagregando este último grupo etario en segmentos menores (5 a 12 años vs. 13 a 17 años) demostró que los resultados se mantienen homogéneos hacia su interior con proporciones similares entre ellos tanto a nivel global como regional.

**Figura 22. Proporción de NNyA (menores de 5 años y entre 5 y 17 años) con baja talla a nivel nacional y regional. Argentina, 2018**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS 2018



La ENNyS 2 muestra que en los menores de 2 años la prevalencia de baja talla es muy elevada (5,3 veces superior a lo esperado) y si bien sigue siendo elevada entre los 2 y 5 años la prevalencia es menor. En el rango etario entre 5 y 17 años en cambio, se observa una prevalencia que está en línea con una distribución normal de la población a nivel nacional, igual que lo documentado de la etapa escolar en el PROSANE del año 2013.

El estudio multicéntrico del patrón de crecimiento de la OMS (2005) señala un cambio de paradigma al demostrar que el crecimiento de la población infantil en cinco continentes de etnias muy distintas la talla promedio es semejante si las condiciones nutricionales y ambientales son sin carencias.

Cesar Victora, en los estudios de cohorte (Consortio de COHORTS) realizados desde 1982 a 2004 en cinco países con comunidades de ingresos bajos, demostró que una puntuación de Z +1 de talla a los 2 años de vida se corresponde con 3,2 cm más de altura en la edad adulta e influye en el capital humano medido en el grado de alcance escolar y en el peso de nacimiento de la descendencia. Por otra parte, el estudio de Nunez y cols. de 1.4 millones de niños menores de 5 años atendidos en el sistema de salud pública en Argentina (bajo los programas Nacer y SUMAR) sobre la evolución de la talla con 13 millones de datos documentó el descenso de la prevalencia del 45% de la baja talla desde su inicio hasta el año 2013.

La ENNyS 2 estudió la talla de NNyA distintos, ya que no se trata de una cohorte de la población. Los menores de dos años presentan una prevalencia de baja talla más alta que los mayores de 5 años, que se podría atribuir, en base a los estudios citados, que en sus primeros años tuvieron condiciones de calidad de vida diferentes.

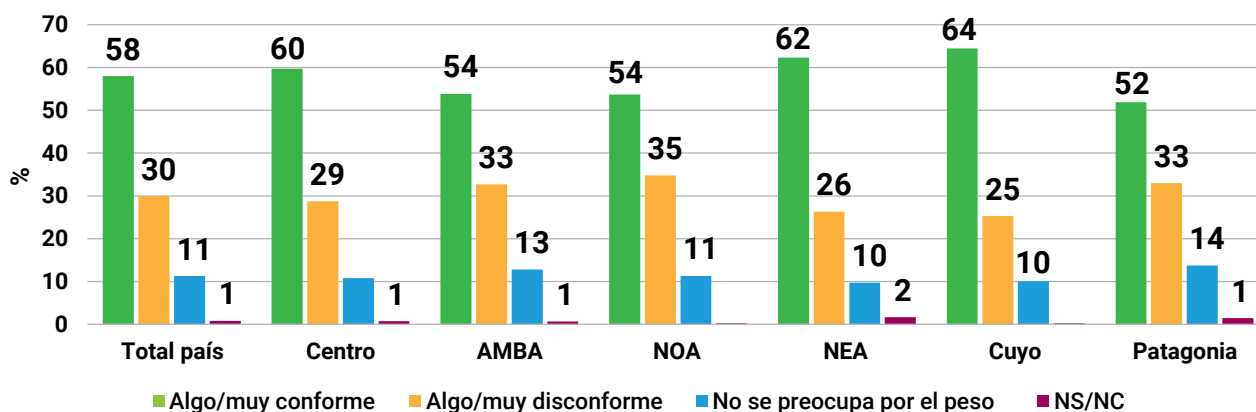
## 2.5 Autopercepción del peso corporal en adolescentes

En la adolescencia es frecuente la preocupación por el peso corporal y el aspecto físico. La percepción errónea del peso corporal se define como la discordancia entre el peso corporal real y la percepción del propio peso. La percepción del peso corporal es un factor determinante que puede llevar a los adolescentes a adoptar comportamientos poco saludables con el objetivo de reducir el peso.

La ENNyS 2018 reveló que el 30% de las y los adolescentes entre 13 y 17 años, encuestados a nivel nacional, presentaban algún grado de disconformidad con su peso, mientras que el 58% aludía estar conforme y el 11% refería no preocuparse acerca de esta cuestión (Figura 23).



**Figura 23. Percepción del peso corporal (conformidad con respecto a su peso) entre las y los adolescentes entre 13 y 17 años a nivel nacional y regional. Argentina, 2018**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS 2018

Con el objetivo de profundizar este aspecto, se analizó de qué manera este grado de disconformidad se distribuía de acuerdo con las categorías de peso normal, exceso de peso y/o bajo peso de las y los adolescentes encuestados.

De aquellos que refirieron no estar conformes con su peso, el 29% presentaba obesidad, el 28% sobrepeso y el 1% bajo peso. Sin embargo, llama la atención que el 42% de las y los encuestados disconformes con su peso presentaban un índice de masa corporal considerado normal para su peso. En contraste, de aquellas y aquellos adolescentes que refirieron estar conformes con su peso, el 17% presentó sobrepeso, el 6% obesidad y el 2% bajo peso. Asimismo, el 75% de las y los adolescentes con un índice de masa corporal considerado normal consideró estar conforme con su peso.

## RESUMEN:

- ➔ Argentina es uno de los países que adquirió tempranamente el uso de indicadores antropométricos para evaluar el estado nutricional pediátrico, sin embargo, el Estado realizó solamente dos encuestas nacionales (2005 y 2018) para estudiar a la población urbana con representación de todo el país.
- ➔ En el año 2021 el 7,2% de los nacimientos registrados a nivel nacional fueron bajo peso correspondiendo el 64,6% al intervalo entre 2.000 y 2.499 gramos, seguido por el rango entre 1.500 y 1.999 gramos 20,5%. De los nacidos vivos con un peso menor a 2.500 gramos, el 64,7% fue pretérmino.
- ➔ La tasa de nacimientos con bajo peso a nivel nacional en el año 2021 fue de 72,0 por cada 1.000 nacidos vivos y esta tendencia se mantuvo relativamente estable en la última década. Las mayores tasas se registraron en el noroeste argentino (NOA),



con una media de 84,3 por cada 1.000 NV, seguido por el noreste argentino (NEA) con 74,8 por cada 1.000 NV, ambas por encima de la media nacional.

- ➔ Las mayores tasas de recién nacidos con bajo peso se observan en el estrato con las mayores tasas de mortalidad infantil y muestra una relación directa en función del porcentaje de la población viviendo en condiciones de pobreza.
- ➔ Desde un punto de vista metodológico es esencial definir uniformemente a lo largo del tiempo los indicadores a estudiar para poder realizar comparaciones entre períodos.
- ➔ Los datos del año 2018 indicaron que el 16% de NNyA de Argentina presentó sobrepeso y el 11%, obesidad. Por lo tanto, el 27% registró algún grado de exceso de peso con respecto a los rangos de referencia.
- ➔ La proporción de exceso de peso en los NNyA mayores es entre 2 y 3 veces superior que en los menores de 5 años; desagregando el sobrepeso es el doble y en cuanto a la obesidad, entre 4 y 5 veces mayor.
- ➔ El análisis regional reveló que en la región Patagonia se observaron las mayores proporciones de NNyA con sobrepeso y obesidad (14% y 6%, respectivamente), con un porcentaje de exceso de peso global del 20%.
- ➔ Analizando la distribución del exceso de peso de acuerdo con el porcentaje de la población en condiciones de pobreza, se advierte una relación directa en la cual la mayor proporción de NNyA con exceso de peso se observa en aquellas regiones con la menor población viviendo en condiciones de pobreza y viceversa.
- ➔ El ámbito familiar en los menores de 5 años pareciese ser más protector que el entorno escolar; en este último, las prácticas alimentarias (ej. elevada presencia de productos ultraprocesados) y de actividad física relevadas en la ENNyS 2 demuestran que contribuyen negativamente en el estado nutricional saludable de los escolares a nivel público y privado de todo el país.
- ➔ El 2% de los menores de 5 años encuestados en la ENNyS 2018 presentó emaciación. La mayor proporción, por encima de la media nacional, se observó en las regiones del NEA, Cuyo y Patagonia (3% en cada caso).
- ➔ En los menores de 2 años la baja talla es del 12,2% es muy elevada aún con respecto al grupo etario de 2 a 5 años, mientras que de 5 a 17 años está dentro de los valores esperables. La baja talla es un indicador indirecto de las condiciones de vida
- ➔ El 30% de las/os adolescentes entre 13 y 17 años encuestados refirieron algún grado de disconformidad con su peso. De estos el 29% presentaba obesidad, el 28% sobrepeso y el 1% déficit de peso. El 42% de las y los encuestados disconformes con su peso presentaban un índice de masa corporal considerado normal para su peso.



### 3. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y COMENSALIDAD

#### 3.1 Alimentación complementaria

La alimentación complementaria corresponde al período en el que el lactante se alimenta con sólidos o líquidos junto con la lactancia materna. Cualquier nutriente diferente a la leche materna contenido en los alimentos es definido como un alimento complementario y se incorporan en el momento oportuno para cubrir las demandas nutricionales permitiendo un crecimiento óptimo. El período entre los 6 y 12 meses de edad es un momento de transición durante el cual el lactante irá incluyendo paulatinamente todos los alimentos de la dieta familiar.

La OMS determina que debe contener alimentos de origen animal y refuerza el concepto de lo saludable: se debe ofrecer como bebida solo agua, además de la leche, para preparar así la satisfacción de la sed durante toda la vida.

Localmente, la “Guía de Alimentación para Niños Sanos de 0 a 2 años”, elaborada por la SAP, hace además referencia que, para aquellos lactantes que reciben fórmulas, la alimentación semisólida puede introducirse entre el cuarto y sexto mes cuando cumpla con las pautas adecuadas de desarrollo.

La ENNyS 2018 indica que el principal motivo por el cual los niños y las niñas comienzan a incorporar otros alimentos y bebidas fue principalmente por indicación del/la pediatra (66%). Otros motivos que además se relevaron, pero en menor medida, fueron la iniciativa propia por parte de los cuidadores (14%) o por consejo de un familiar y/o conocido (7%), (Tabla 14).

**Tabla 14. Principales motivos por el cual se inicia la alimentación complementaria. Argentina, 2018**

MOTIVOS	%
Indicación del/la médico/a	66
Fue iniciativa de alguno de los cuidadores	14
Me lo aconsejó un familiar o conocido/a	7
Parecía muy interesado en lo que comemos los adultos	4
Me lo sugirió otro miembro del equipo de salud	3
Otros motivos	6

Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS 2018



En nuestro país el rol del pediatra es trascendente ya que casi el 70% dice seguir sus indicaciones en una etapa constitutiva de los hábitos alimentarios y además se sabe que los alimentos tienen un valor identitario en la formación del ser.

En la ENNyS 1 se estudió la composición de la alimentación complementaria: el 33% del consumo energético diario en menores de 2 años del 5° quintil fue de productos ultra-procesados (UP). En contraste, la ENNyS 2 relevó que más del 90% de los niños entre 6 y 11 meses, habían incorporado todos los grupos de alimentos saludables. En relación con la media de edad para la que los alimentos recomendados son introducidos, se observó que aproximadamente comienzan entre los 5 y 6 meses de edad, siendo el grupo principal las frutas y verduras. Con respecto a la introducción de dulces y grasas, si bien la edad promedio de introducción fue entre los 7 y 8 meses de edad, es necesario tener en cuenta que se recomienda que estos productos se introduzcan lo más tardíamente posible al ser UP con un alto contenido de azúcares simples y grasas no saludables. Dentro de este grupo, se encuentran los postres industrializados a base de leche, cuyo consumo fue alrededor de los 8 meses en promedio, mucho antes de lo recomendado por la Guía de Práctica Clínica sobre Alimentación Complementaria para los Niños y Niñas menores de 2 años, que sugiere que este alimento no sea incorporado en menores de dos años.

### 3.2 Frecuencia de consumo de alimentos en NNA entre 2 y 17 años

Para analizar el patrón de consumo de acuerdo con los datos registrados en la ENNyS 2, se tomaron como referencia las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), dado que establecen recomendaciones de consumo para cada grupo de alimentos en población mayor de 2 años (Tabla 15).

#### Alimentos recomendados

- Se observó que aquellos que mayormente se consumen de acuerdo con la frecuencia sugerida fueron los pertenecientes al grupo de legumbres, cereales, papa, pan y pastas en un 80%.
- Con respecto al grupo de leche, yogur y/o quesos, alrededor de la mitad refirió consumir las porciones recomendadas y menos del 40% respondió consumir una vez al día carnes y huevos (esta proporción aumenta 10 puntos porcentuales si se considera a aquellos encuestados que refirieron consumir más de una porción diaria).
- En cuanto a las frutas y verduras frescas sólo el 12% y 9% respectivamente respondió alcanzar las porciones recomendadas.
- Asimismo, solo el 1% consume cereales integrales, legumbres y/o pan integral y/o salvado en la frecuencia recomendada y un 5% refirió haber consumido pescado (fresco y/o enlatado) dos veces por semana o más.
- En este sentido, el 85% respondió consumir cereales integrales y legumbres con una frecuencia de 1 vez por semana o menos, mientras que el 95% refirió esa frecuencia en el consumo de pescado.





- Es importante destacar que menos de la mitad de los encuestados (46%) toman agua 4 veces por día o más (frecuencia sugerida) y un 45% refiere tomar entre 1 y 3 veces al día.

### Alimentos no recomendados

- El 91% de los NNyA refirieron cumplir con la frecuencia sugerida de consumo con respecto a los productos congelados preelaborados (una vez por semana o menos).
- Asimismo, el 83% respondió consumir una vez por semana o menos bebidas artificiales sin azúcar y el 76% refirió la misma frecuencia en el consumo de productos de copetín.
- En este sentido, se observó una frecuencia de consumo de las bebidas artificiales con azúcar de 1 vez por día o más en el 42% de los encuestados y, con respecto a las golosinas, el 54% respondió consumirlas entre 2 y 7 veces por semana.

**Tabla 15. Proporción de NNyA entre 2 y 17 años que refirieron el consumo de alimentos recomendados (a) y no recomendados (b) según las frecuencias recomendadas. Argentina y regiones geográficas, 2018.**

a) Alimentos recomendados			REGIONES					
		%	%	%	%	%	%	%
	Frecuencia recomendada	Total país	AMBA	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia
Agua	≥ 4 veces por día	46	40	41	47	60	44	41
Lácteos (Leche, yogur y/o quesos)	1-3 veces por día	52	62	63	41	58	36	57
Frutas frescas	≥ 2 veces por día	12	18	14	9	10	8	16
Verduras	≥ 2 veces por día	9	11	8	7	19	5	8
Carnes y huevo	1 vez por día	38	34	42	22	40	45	46
Pescado (fresco y/o enlatado)	≥ semana	5	6	6	2	6	4	9
Cereales integrales, legumbres y/o pan integral y/o salvado	≥ 2 veces por día	1	2	0,5	0,5	0,5	0,5	1
Papa, batata, cereales refinados, pastas, tartas, empanadas y/o pan blanco	≤ 1 vez por día	80	78	84	88	59	82	87



**b) Alimentos no recomendados**

			REGIONES					
		%	%	%	%	%	%	%
	Frecuencia	Total país	AMBA	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia
Snacks (papas fritas, papitos de maíz, etc.)	≥ 1 vez por semana	25	23	25	21	31	30	16
Productos congelados pre elaborados <sup>1</sup>	≥ 1 vez por semana	9	14	14	4	6	8	9
Golosinas	≥ 1 vez por semana	58	59	65	57	57	57	54
Bebidas artificiales con azúcar <sup>2</sup>	≥ 1 vez por semana	68	62	65	69	73	78	58
Bebidas artificiales sin azúcar <sup>2</sup>	≥ 1 vez por semana	17	26	23	14	9	14	17
Sal (agregada a los alimentos una vez cocidos y/o al momento de sentarse en la mesa)	A veces/ Siempre	35	43	32	36	28	29	40

<sup>1</sup> Nuggets de pollo, supremas, medallones, bastones de muzarella, pizzas, empanadas, bocaditos de carne, papas fritas, etc.

<sup>2</sup> Jugos en polvos y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc.

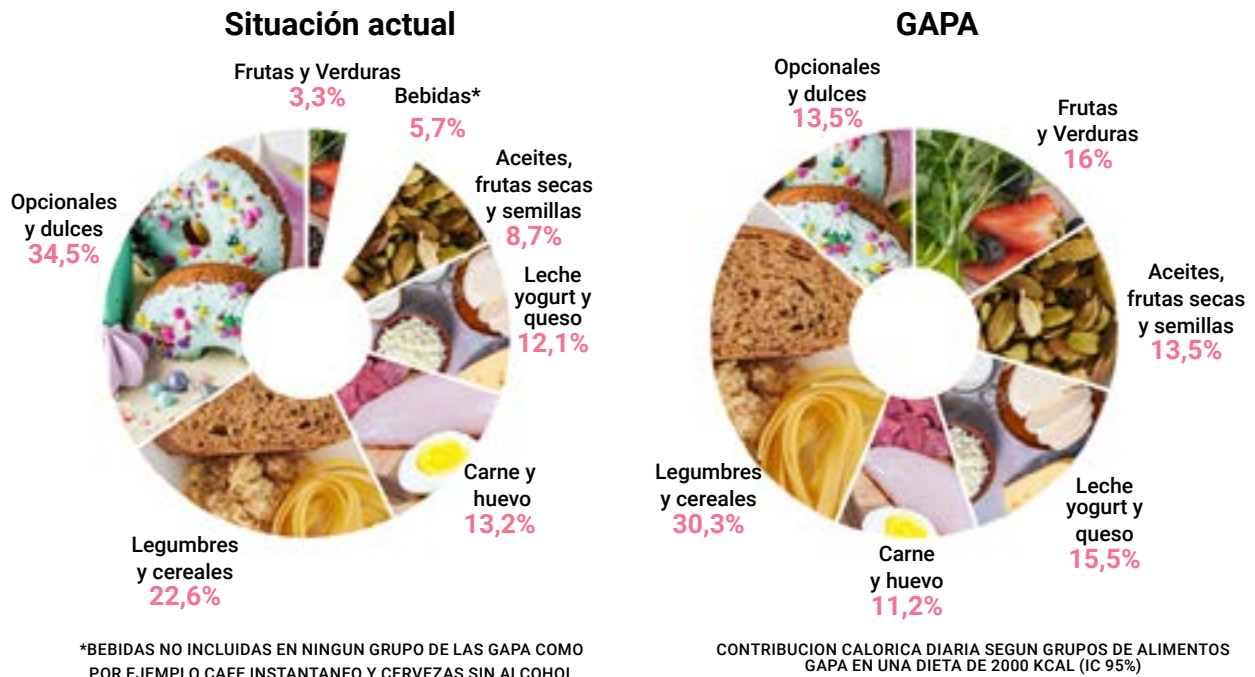
Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS 2018

En los últimos años, se han propuesto nuevas formas de evaluar el consumo alimentario. Un ejemplo es la clasificación NOVA, que lo hace de acuerdo con el grado de procesamiento de los alimentos, en los cuales se distinguen cuatro categorías según su naturaleza y finalidad: i) alimentos sin procesar o mínimamente procesados; ii) ingredientes culinarios; iii) alimentos procesados y; iv) ultraprocesados (UP).

En este sentido, el patrón alimentario muestra una elevada prevalencia de NNyA que no consumen los alimentos recomendados en la frecuencia adecuada tanto para los de origen animal, el grupo de leche, yogur y quesos, y carnes como para los de origen vegetal, siendo las frutas y verduras las más alejadas de la recomendación. Asimismo, productos UP como las golosinas y bebidas azucaradas, carentes de nutrientes, se consumen en elevada frecuencia.



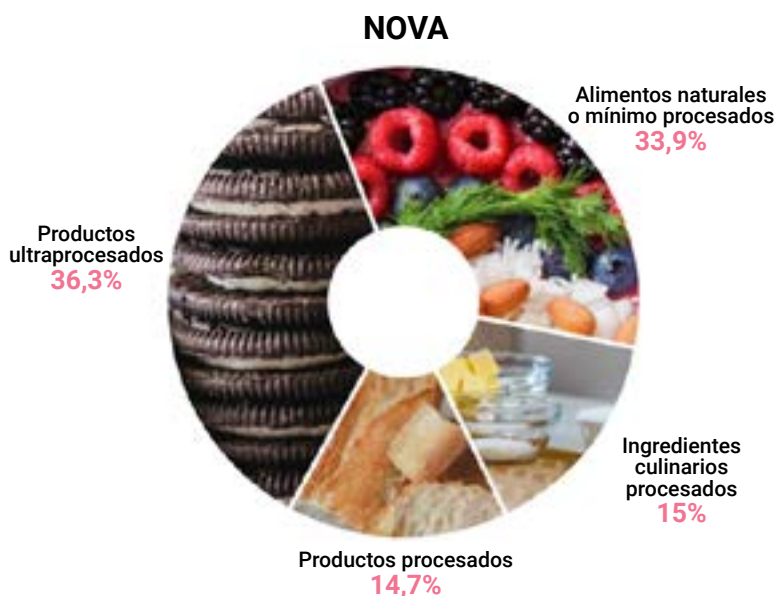
**Figura 24. Comparación del patrón de consumo alimentario actual en NNYA de 2 a 17 años con la recomendación de consumo de la GAPA**



Fuente: Situación alimentaria de niños, niñas y adolescentes en Argentina. UNICEF/FIC (2023)

La Fundación Interamericana de Cardiología de Argentina (FIC) y UNICEF analizaron la distribución del consumo energético de los grupos de alimentos con la base de datos de la ENNyS 2 y demostraron claramente la distorsión del patrón alimentario. Las calorías opcionales (35%) están varias veces por encima de lo recomendado, mientras que las calorías provenientes del resto de los grupos (14%) están todas por debajo de la recomendación.

**Figura 25. Contribución calórica diaria del consumo de los NNYA (2 a 17 años) según NOVA en una dieta de 2.000 kcal (IC 95%)**



Fuente: Situación alimentaria de niños, niñas y adolescentes en Argentina. UNICEF/FIC (2023)



El gusto, que pareciera ser una preferencia individual, es una construcción de aprendizaje familiar-social, y no es natural. La selección de los alimentos/comidas se enmarca en un contexto de relaciones sociales (familiares, escolares, etc.) y éstas a su vez se desenvuelven en un sistema alimentario condicionado fuertemente por la industria con una política de las ciencias de la comunicación aplicada en una agresiva publicidad que atraviesa a todos los niveles socioeconómicos distorsionando el patrón alimentario de la población en todo el país. Sumado a esto, contrasta la ausencia sistemática de la difusión y promoción de los alimentos y bebidas frescos, en todos los espacios incluyendo el sistema de salud.

### 3.3 Comensalidad

La comensalidad es un espacio simbólico en el que el grupo social comparte y transmite sus valores y sentidos sociales, es decir su identidad cultural. En Argentina, la distribución de las comidas tradicionalmente se divide en cuatro momentos: el desayuno, el almuerzo, la merienda y la cena. En general, existe para los NNyA un quinto momento en las escuelas, el refrigerio o equivalentes.

Según los datos de la ENNyS 2018, el 67% de los NNyA encuestados desayunaron diariamente. En contraste, el 11% no lo hizo durante la última semana. Sin embargo, estos datos no son homogéneos según el subgrupo etario que se analice. Mientras que el 86% de los encuestados entre 2 y 5 años refirieron desayunar a diario, el 69% de aquellos entre 6 y 12 años y solo el 46% lo hizo en el grupo de adolescentes entre 13 y 17 años. Esta diferencia también se observa en aquellos que refirieron no haber desayunado en la última semana: en el grupo de NNyA entre 2 y 5 años esta proporción es del 4%, entre 6 y 12 años es 10%, mientras que en los adolescentes asciende al 20% (Figura 26).

El 94% de los NNyA encuestados refirieron almorzar todos los días, con una diferencia de seis puntos porcentuales entre los y las adolescentes (90%) con respecto a los menores de 12 años (96%). Por otra parte, el 1% respondió no haber almorzado durante la última semana, sin diferencias significativas entre los grupos de edad (Figura 26).

Con respecto a la merienda, se observa un comportamiento similar al observado para el desayuno. Mientras el 78% de los encuestados contestaron que habían merendado todos los días en la última semana, un 5% refirió no haberlo hecho nunca. Sin embargo, esta proporción difiere entre los distintos subgrupos etarios de NNyA. En los menores entre 2 y 5 años el 90% merendó diariamente y el 2% no lo hizo en la última semana. En aquellos entre 6 y 12 años, esta comida se realizó a diario en el 82% y nunca en el 3%. En contraste, el 60% de los adolescentes encuestados refirieron merendar a diario mientras que el 10% contestó que no lo había hecho nunca (Figura 26).

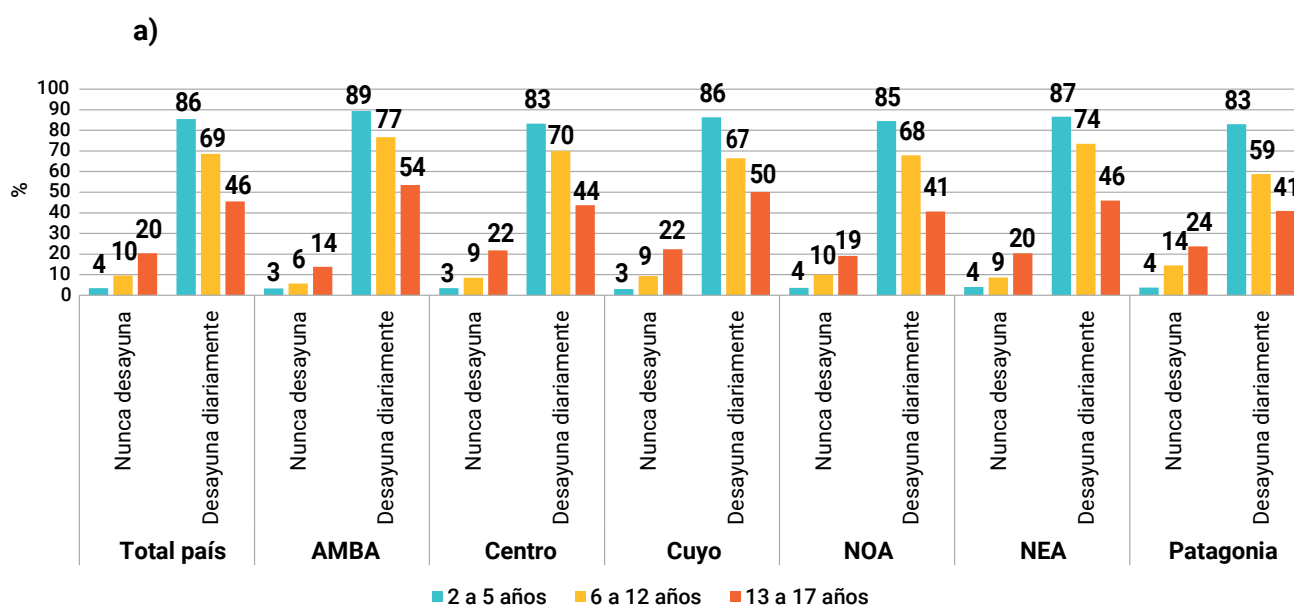


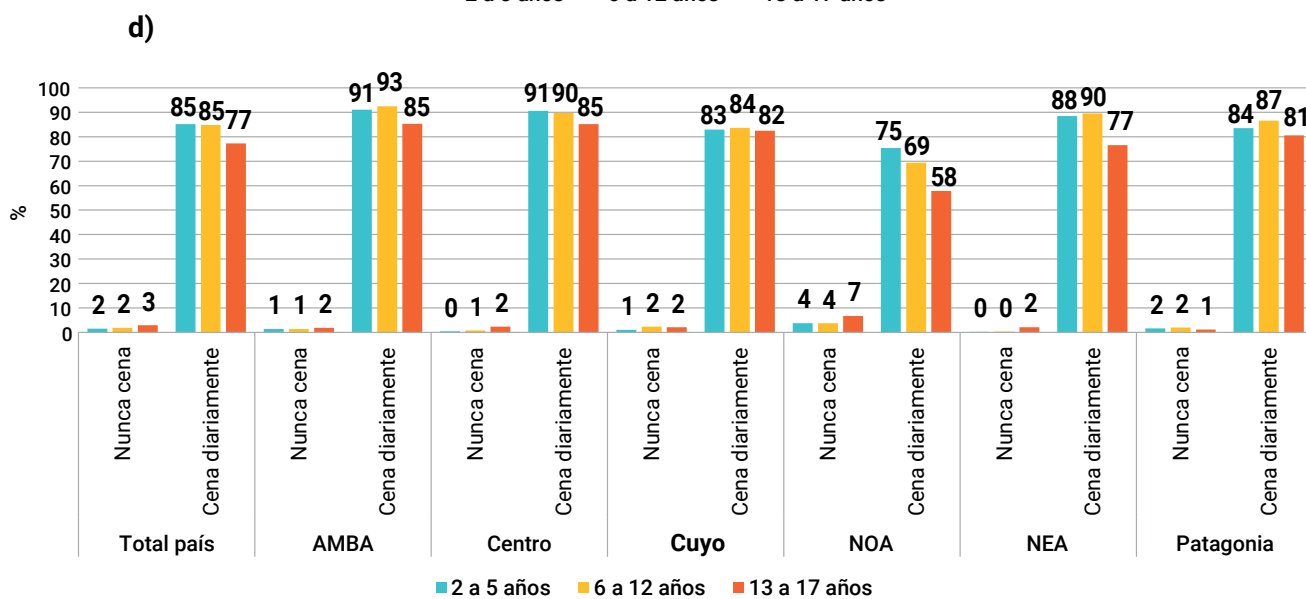
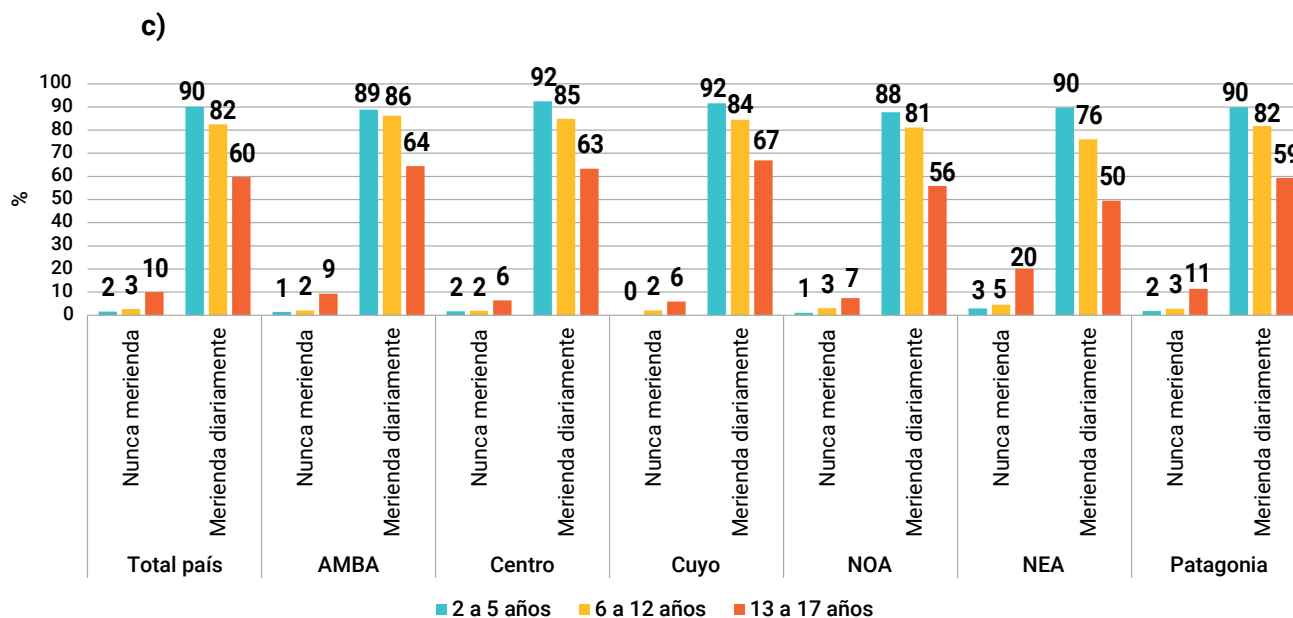
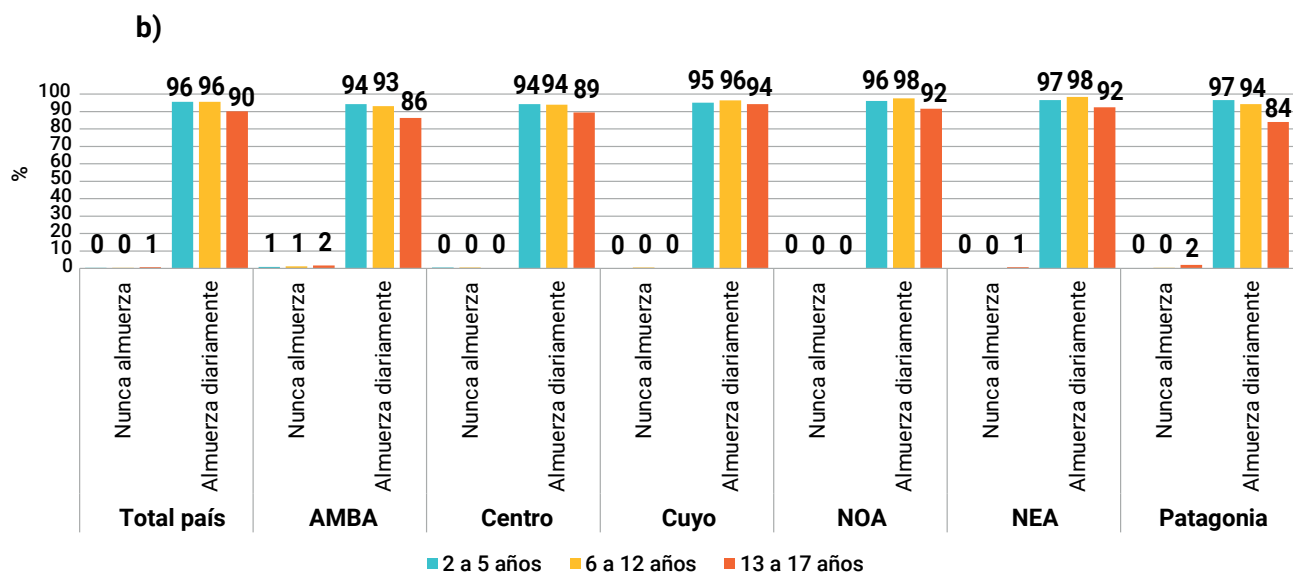
En el análisis de la frecuencia en que los NNYA consumen la cena, los datos reflejan similitudes entre los subgrupos etarios analizados, pero en proporciones menores que aquellos observados para el almuerzo. Globalmente, el 83% de los encuestados refirió haber cenado todos los días en contraste con el 2% que no lo hizo durante la última semana (Figura 26).

Por otra parte, en términos generales, si bien se observó una distribución bastante similar a nivel regional en la frecuencia en que los NNYA realizan las cuatro comidas, es importante destacar algunas diferencias significativas: a) en la región Patagónica el 25% de los adolescentes entre 13 y 17 años no desayunó nunca en la última semana; b) en la región del NEA la proporción de adolescentes entre 13 y 17 años que no merendaron en la última semana es del 20%, valor que duplica a la media nacional; c) en la región del NOA se observan los menores porcentajes de NNYA que no cenan diariamente (68%) y los mayores de aquellos que refirieron no haberlo hecho nunca en la última semana (5%), principalmente en el grupo de los adolescentes entre 13 y 17 años (Figura 26).

Por otro lado, al analizar los datos de aquellos NNYA que refirieron realizar al menos las cuatro comidas en forma diaria, el 50% de los encuestados reunía esta condición. Este resultado muestra diferencias significativas de acuerdo con los subgrupos de edad. Mientras que en el grupo de NNYA entre 2 y 5 años esta proporción fue de 68%, en aquellos entre 6 y 12 años fue de 52% y en los adolescentes entre 13 y 17 años este valor fue de solo el 29%.

**Figura 26. Frecuencia en el consumo de desayuno (a), almuerzo (b), merienda (c) y cena (d) en NNYA, por subgrupos etarios. Argentina, 2018.**





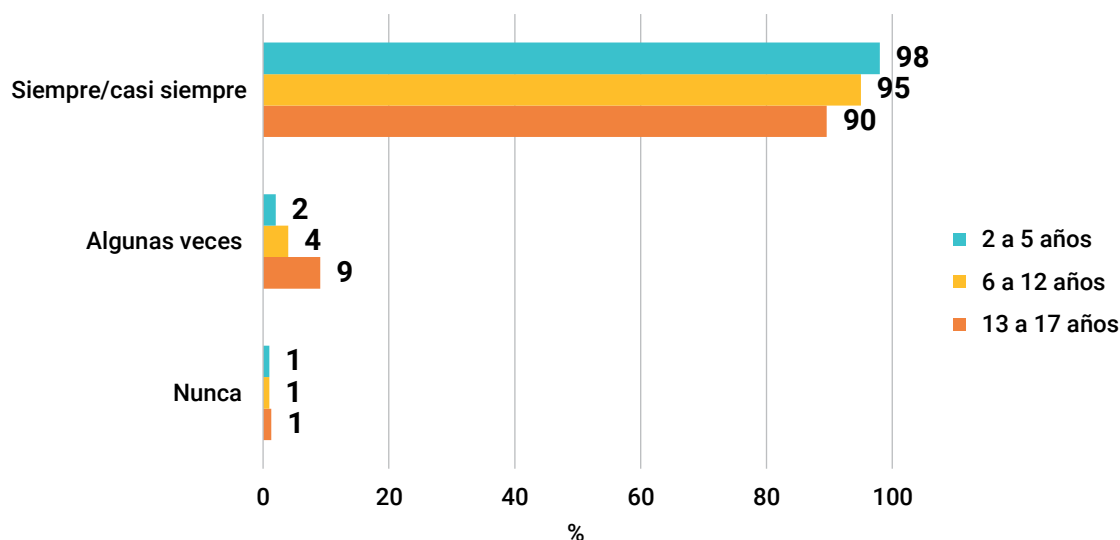
Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS 2018



La mitad de los NNyA no realizan las cuatro comidas diarias principales, y aún en los menores de 12 años, que tienen actividades más condicionadas por la familia y la escuela, su porcentaje es alarmantemente alto (42%). Esto, sumado al inadecuado patrón alimentario, impacta directamente en el estado nutricional de la infancia y la adolescencia.

En cuanto al contexto en que se realizan estas comidas, a nivel global el 94% de los NNyA encuestados comen siempre o casi siempre acompañados mientras que el 1% lo hacen solos. Estos datos difieren levemente cuando se analizan por los subgrupos de NNyA entre 2 y 5 años (98%), 6 y 12 años (95%) y entre 13 y 17 años (90%) (Figura 27).

**Figura 27. Frecuencia en que los NNyA comen acompañados, por subgrupos etarios. Argentina, 2018**

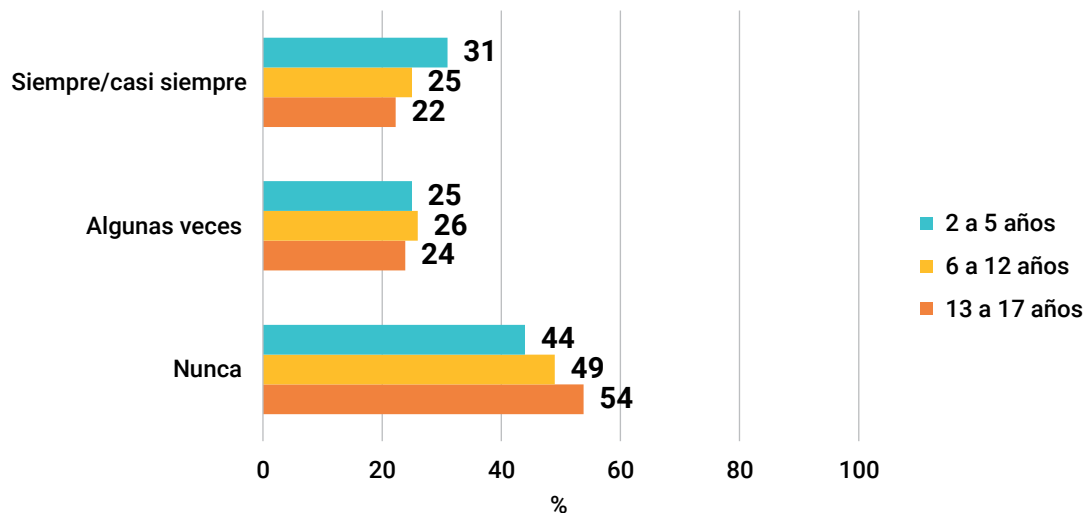


Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS 2018

Por otra parte, el 49% de los encuestados come mirando siempre o casi siempre pantallas de algún dispositivo electrónico como celular, televisión, tablet, etc., mientras que el 26% refirió no hacerlo nunca. Del mismo modo, se observan leves diferencias de acuerdo con el subgrupo etario analizado. Los niños y las niñas entre 2 y 5 años comen mirando pantallas siempre o casi siempre en el 31% y no lo hacen nunca en el 44%. La mitad de aquellos y aquellas entre 6 y 12 años no lo hace nunca y un 25% respondió hacerlo siempre o casi siempre; entretanto, los adolescentes entre 13 y 17 años refieren comer utilizando dispositivos electrónicos en el 54% y el 22% no lo hace nunca (Figura 28).



**Figura 28. Frecuencia en que los NNYA comen mirando pantallas de algún dispositivo electrónico (celular, televisión, tablet, etc.), por subgrupos etarios. Argentina, 2018**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENNyS 2018

Otro aspecto analizado fue la frecuencia de consumo de comidas elaboradas fuera del hogar. Globalmente, el 64% de los NNYA encuestados refirió no hacerlo en la última semana. En contraste, el 6% respondió haberlo hecho al menos 4 veces o más, sin diferencias significativas entre subgrupos etarios, pero el 66% de los NNYA entre 2 y 12 años y el 47% de los adolescentes entre 13 y 17 años refirieron haberlo hecho en comedores escolares o comunitarios.

La comensalidad no solo tiene un impacto positivo en la prevención de diversos trastornos de la conducta alimentaria, como fomentar una alimentación más saludable y una mayor satisfacción con la imagen corporal, sino que también va más allá de simplemente comer en compañía. Para comprender completamente este concepto, es esencial considerar varios aspectos: el entorno en el que se lleva a cabo la comida, las personas con las que se comparte el momento y el tipo de alimentos que se consumen.

La comensalidad se convierte en un punto de reflexión crucial cuando se observa que un alto porcentaje hace uso de dispositivos electrónicos durante las comidas y es aún peor en los más pequeños. Este dato plantea interrogantes sobre la calidad de esta práctica, ya que la presencia de pantallas puede interferir con la experiencia de compartir la comida y sus beneficios sociales y emocionales.

Con la aparición de nuevas generaciones, nos encontramos con desafíos y realidades cambiantes en relación con la comensalidad. Estas nuevas realidades podrían incluir una mayor dependencia de la tecnología durante las comidas, lo que puede afectar la interacción interpersonal y los aspectos positivos asociados con compartir alimentos.

En resumen, la comensalidad es más que simplemente comer juntos; es un aspecto importante para la salud mental y física, que involucra tanto el tipo de alimentos que se





consumen como el entorno social en el que se disfrutan las comidas. Sin embargo, el uso creciente de dispositivos electrónicos durante las comidas plantea desafíos para mantener la autenticidad y los beneficios de esta práctica.

## RESUMEN:

- ⇒ El patrón alimentario infanto-juvenil en la Argentina es alto en el consumo de productos ultraprocesados y presenta déficits en verduras y frutas, en todos los niveles sociales. El consumo de estos se inicia a edades precoces, pero empeora en la etapa escolar porque la escuela no promueve hábitos alimentarios adecuados, por el contrario, ofrece o comercializa ultraprocesados. Prácticamente la mitad de los escolares no realiza las cuatro comidas.
- ⇒ Durante la comensalidad utilizan las pantallas desde edades muy tempranas y aún con más frecuencia en esta etapa.

### 3.4 Entornos saludables

La Organización Mundial de la Salud define los **entornos saludables** como *“aquellos que apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, el hogar, los sitios de estudio, los lugares de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento”*.

La hipertensión, la hiperglucemia en ayunas y el sobrepeso u obesidad son los tres mayores factores de riesgo asociados con la mortalidad en la Región de las Américas. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud la mala alimentación guarda una estrecha relación con estos tres factores, debido en gran parte a la ingesta excesiva de azúcares, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans y sodio, los denominados “nutrientes críticos” de preocupación para la salud pública.

La ingesta excesiva de estos nutrientes es resultado, en gran medida, de la amplia disponibilidad, asequibilidad y promoción de productos procesados y ultraprocesados, que contienen cantidades excesivas de azúcares, grasas y sodio. Existen múltiples factores que hacen que un entorno no sea saludable, o promueva consumos no saludables: exposición agresiva al marketing de alimentos no saludables, escasa educación alimentaria, elevada disponibilidad y asequibilidad a alimentos no saludables, precios de los alimentos, entre otros. En este punto se destacan los **determinantes comerciales de la salud** que se refieren a las influencias y factores que surgen de entidades comerciales, como corporaciones e industrias, y que afectan la salud y el bienestar de las personas. Estos determinantes operan a través de los productos que producen, las estrategias de marketing que emplean y las políticas que influncian.



Ha sido demostrado científicamente que el marketing de alimentos y bebidas aumenta su consumo y modifica los comportamientos y las percepciones de los consumidores, sobre todo en la población infantil. Hay amplia evidencia respecto de la influencia negativa que tiene la publicidad de alimentos y bebidas no saludables en el conocimiento y la valoración de estos, las preferencias de consumo, la calidad de la dieta y la salud de los niños y niñas.

Gran parte de la solución consiste en la aplicación de **leyes y regulaciones** que reduzcan la demanda y la oferta de productos que contienen cantidades excesivas de nutrientes críticos, regulación de publicidad, implementación de sistemas de etiquetado frontal de alimentos, regulación de los entornos, mejora de la oferta y accesibilidad a productos saludables, políticas fiscales, entre otros.

La **Ley N° 27.642 de Promoción de la Alimentación Saludable** reglamentada en 2022, tiene por objeto garantizar el derecho a la salud y a una alimentación adecuada de la población, a través de la promoción de una alimentación saludable, brindando información nutricional simple y comprensible de los alimentos envasados y bebidas alcohólicas, para promover la toma de decisiones asertivas y activas y resguardar los derechos de las consumidoras y los consumidores; advertir a consumidoras y consumidores sobre los excesos de componentes como azúcares, sodio, grasas saturadas, grasas totales y calorías, a partir de información clara, oportuna y veraz. Además, regula los entornos escolares, la promoción, publicidad y patrocinio de alimentos dirigido a niñas y niños y las compras públicas.

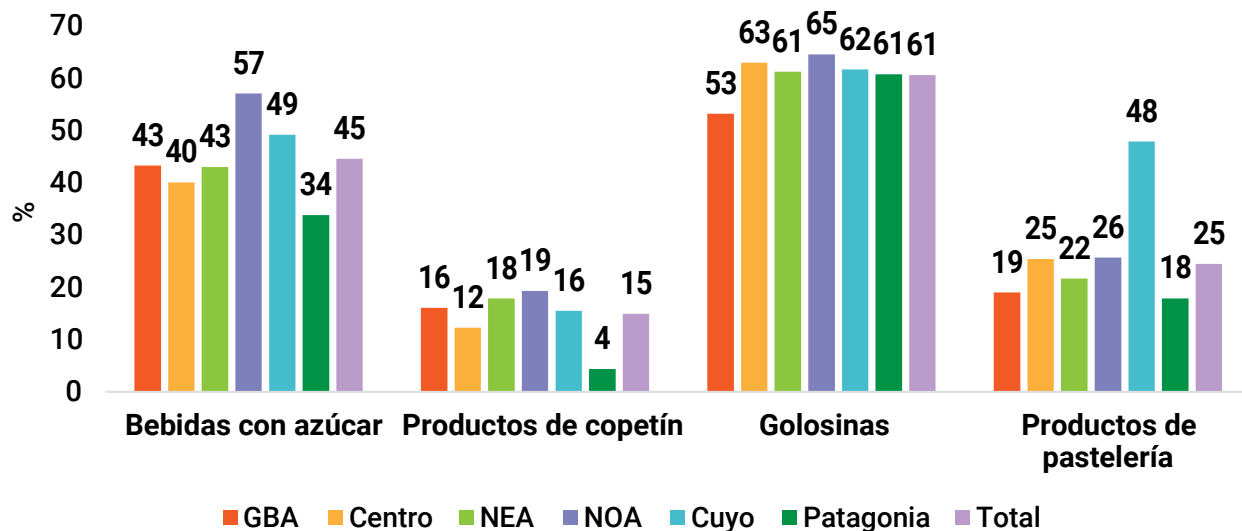
### Escuelas que proveen alimentos

El análisis de los datos relevados en la ENNyS 2, en términos de provisión de alimentos, productos procesados y ultraprocesados, y agua segura por parte de los establecimientos educativos, demostró los siguientes resultados:

- *Al 52% de los escolares en general se les provee alimentos en la escuela, con diferencias según grupos etarios (61% en los niveles inicial-primario y 36% en el secundario) y de acuerdo con el tipo de establecimiento (63% en establecimientos públicos y 19% privados).*
- *La mayor oferta de alimentos son los productos de pastelería (71%) seguida por los lácteos (30%) y las frutas (22%) (Figura 29).*
- *La oferta principal de bebidas es el agua (57%) seguida por las bebidas con azúcar (27%). Se destaca que solo la mitad de los establecimientos escolares proveen agua segura y esta provisión es mayor en los establecimientos privados (71%) en comparación con los públicos (56%) (Figura 31).*
- *Los establecimientos privados ofrecen mayor cantidad de bebidas azucaradas (43%) que los públicos (25%).*

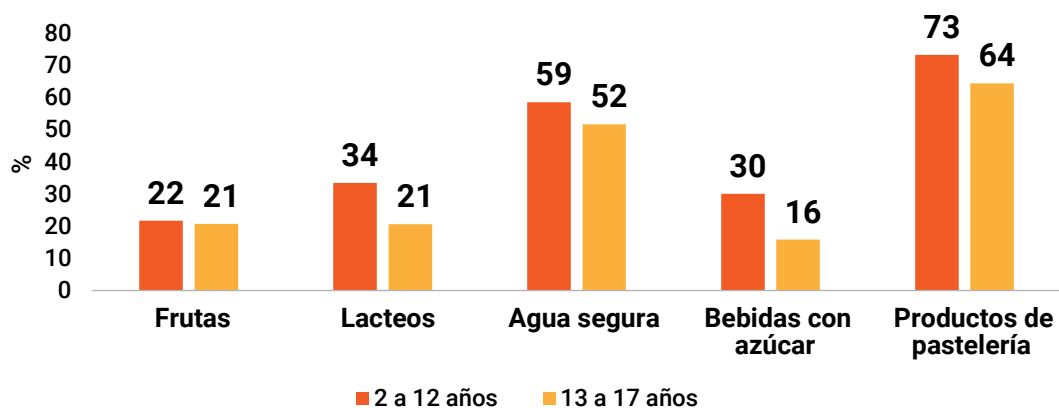


Figura 29. Proporciones de provisión de bebidas y alimentos en los establecimientos escolares según regiones.



Fuente: Encuesta de Nutrición y Salud 2018-2019 (ENNyS 2), Ministerio de Salud.

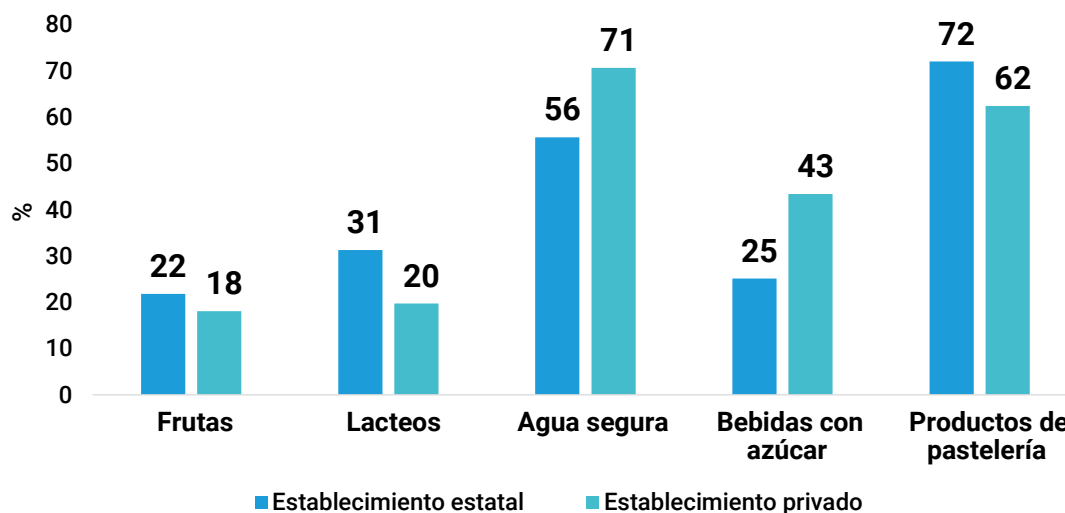
Figura 30. Proporción de provisión de bebidas y alimentos en los establecimientos escolares según edad



Fuente: Encuesta de Nutrición y Salud 2018-2019 (ENNyS 2), Ministerio de Salud.



**Figura 31. Proporciones de provisión de bebidas y alimentos en los establecimientos escolares según tipo de establecimiento.**



Fuente: Encuesta de Nutrición y Salud 2018-2019 (ENNyS 2), Ministerio de Salud.

Los alimentos y bebidas saludables (lácteos, frutas y agua), los proveen porcentualmente muy pocas escuelas, mientras la mayoría (73%) ofrecen productos de pastelería. Es alarmante que las bebidas azucaradas sin ningún nutriente y con composición química asociada a enfermedades las reciben tres de cada 10 escolares al momento de realización de ENNyS 2.

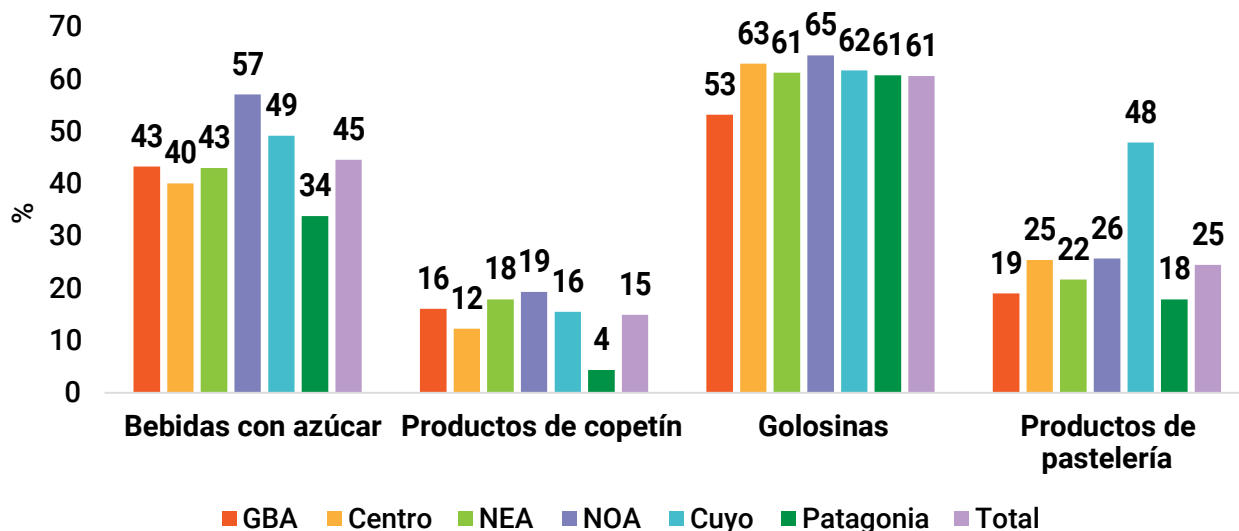
En ninguna de las seis regiones del país el porcentaje de la provisión de los alimentos y las bebidas tenían correspondencia con las GAPA. Dentro de los alimentos saludables las frutas tenían el peor aporte. Sólo el NEA tenía más de la mitad de las escuelas con aporte de lácteos y el agua junto con el Centro llegaba al 70% de los establecimientos.

### Compra de alimentos en los establecimientos escolares

- *Casi 8 de cada 10 de los escolares asisten a establecimientos que cuentan con un kiosco donde comprar alimentos, con brechas de 16 puntos entre las distintas regiones del país (NEA 87% y Patagonia 71%) y de 14 puntos entre el tipo de establecimiento (privado 89% y público 75%).*
- *Un tercio de los escolares compró algún producto en el establecimiento escolar sin diferencias significativas entre sexos, educación, tipo de cobertura de salud ni quintiles de ingreso.*
- *Los productos comprados con mayor frecuencia fueron las golosinas seguidas por las bebidas con azúcar (Figura 32).*



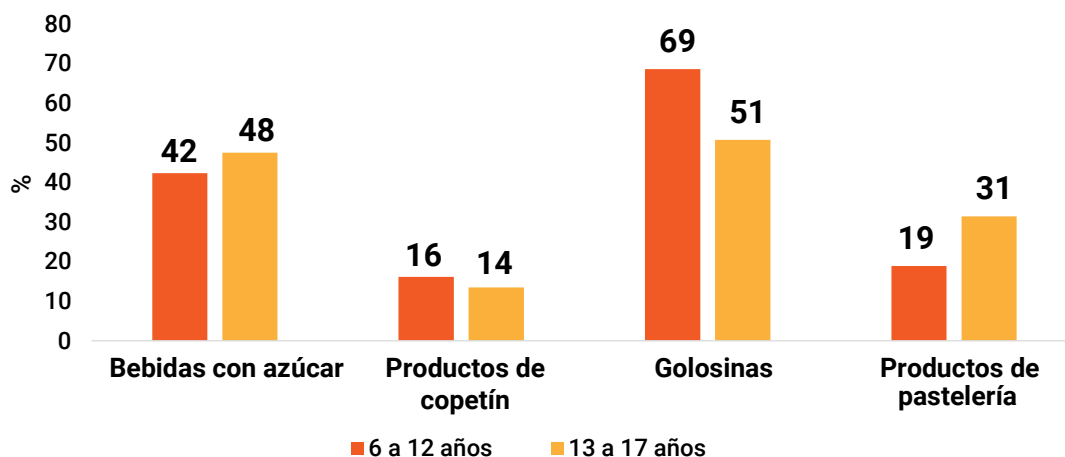
Figura 32. Proporciones de productos comprados por los escolares según regiones.



Fuente: Encuesta de Nutrición y Salud 2018-2019 (ENNyS 2), Ministerio de Salud.

- Se observan diferencias en relación con los productos adquiridos según la edad, siendo más frecuente la compra de golosinas entre los 6-12 años y bebidas con azúcar o productos de pastelería entre los 13-17 años (Figura 33).

Figura 33. Proporción de adquisición de alimentos y bebidas en los kioscos escolares según edad.

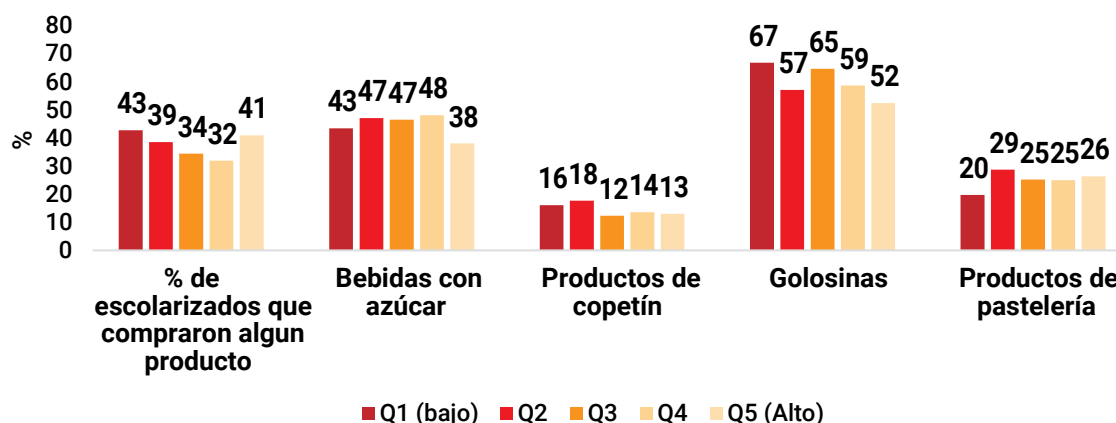


Fuente: Encuesta de Nutrición y Salud 2018-2019 (ENNyS 2), Ministerio de Salud.

- En relación con los quintiles de ingreso se observa un perfil con mayor proporción de compra de golosinas de los quintiles inferiores en comparación con los de mayor poder adquisitivo (Figura 34).



Figura 34. Proporción de adquisición de alimentos y bebidas en los kioscos escolares según edad.



Fuente: Encuesta de Nutrición y Salud 2018-2019 (ENNyS 2), Ministerio de Salud.

La contracara de estos datos es que la evidencia ha demostrado que el ofrecimiento continuo de alimentos nutritivos y saludables -como frutas y hortalizas- mejora los patrones de preferencia y consumo de NNyA. En igual sentido, está demostrado que las políticas escolares que eliminan la oferta de alimentos excesivos en grasas, azúcares y sal han sido útiles para evitar las influencias externas negativas en las preferencias alimentarias.

### Actividad física en la escuela

- **Menos de 4 de cada 10 adolescentes asistió a clases de educación física 3 o más días a la semana** (Tabla 16).
- **Se observa una mayor proporción en varones en comparación con las mujeres sin diferencias entre los grupos etarios.**

Tabla 16. Proporción de estudiantes que fueron a clases de educación física 3 o más días a la semana.

	13 a 15 años	16 a 17 años	13 a 17 años
Argentina	38	37	38
Varones	41	39	40
Mujeres	35	34	35

Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018, Ministerio de Salud.

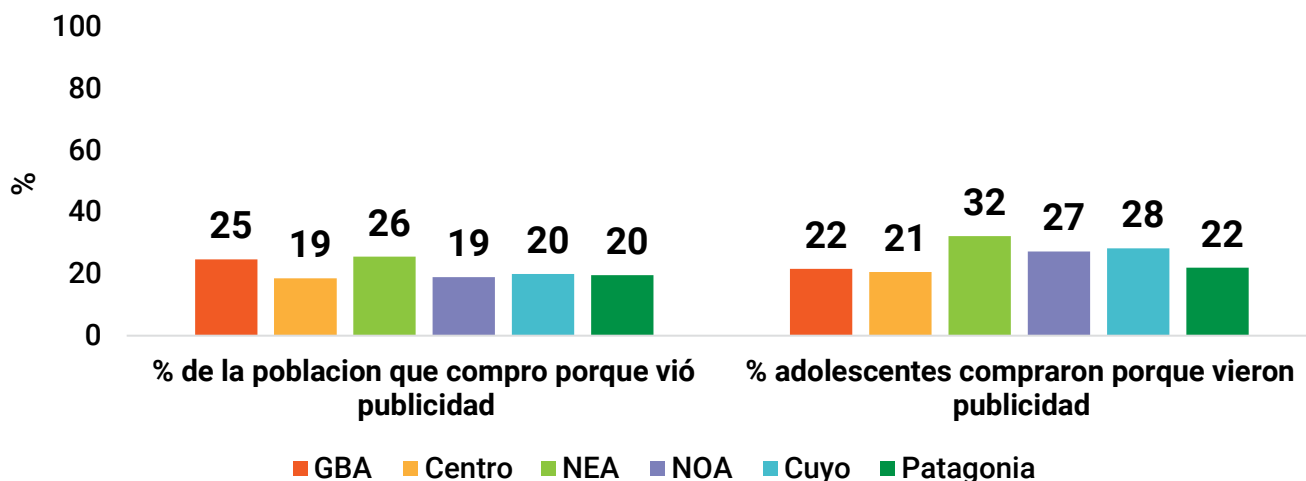


### Influencia de la publicidad en el consumo: publicidad de alimentos y bebidas y comprensión del etiquetado nutricional

- El uno de cada cinco (22%) adultos responsables de niños y niñas de 2-12 años y casi uno de cada cuatro adolescentes (24%) refieren haber comprado algún alimento estimulado por su publicidad (Figura 35).

- Se observan brechas de 5 puntos entre las jurisdicciones, sin diferencias significativas en cuanto a sexo, educación o tipo de cobertura de salud.

**Figura 35. Influencia de la publicidad según regiones en adolescentes y población de mayores de 18 años.**



Fuente: Encuesta de Nutrición y Salud 2018-2019 (ENNyS 2), Ministerio de Salud.

- Se observa un gradiente en relación con los quintiles socioeconómicos, los quintiles más bajos refieren haber comprado influenciados por la publicidad con mayor frecuencia (22%) en comparación con los quintiles más altos (17%). Este gradiente es inverso cuando se les consultó a los adolescentes, en este caso, las personas de los quintiles más altos compraron con mayor frecuencia alimentos por su publicidad (26% vs 20%) (Tabla 17).

- Estas diferencias si bien no resultaron significativas, marcan una tendencia.



Tabla 17. Porcentaje de la población de adolescentes y de 18 años y más que compraron algún alimento porque vieron alguna publicidad

Compro algún alimento por estímulo de alguna publicidad	% de adultos responsables de niños/as de 2-12 años	% de adolescentes de 12-17 años
Argentina	22	24
Q1 (bajo)	22	20
Q2	23	22
Q3	21	24
Q4	21	25
Q5 (Alto)	17	26

Fuente: Encuesta de Nutrición y Salud 2018-2019 (ENNyS 2), Ministerio de Salud

### Lectura y comprensión de la información nutricional en los alimentos

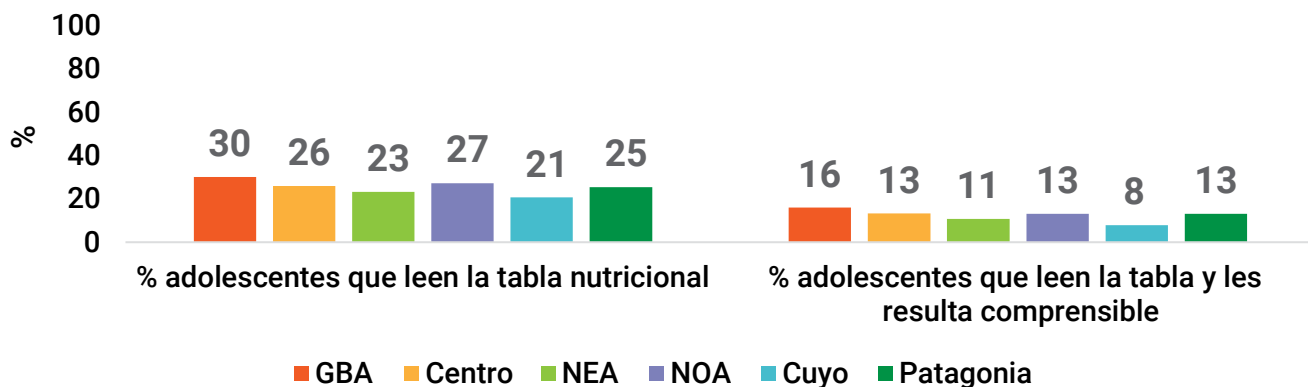
En relación con la lectura y comprensión de la información nutricional en los alimentos, debemos recordar que esta encuesta fue realizada previo a la antes mencionada ley de Promoción de la Alimentación Saludable (Figura 36).

• **Tres de cada diez adolescentes referían leer la tabla nutricional y solo a la mitad de ellos le resultaba comprensible.**

• **Por lo que podemos afirmar que 1 uno de cada 10 adolescentes leía y comprendía la información nutricional de los alimentos.**

• **Las mujeres leen las etiquetas en mayor proporción que los varones (31% vs 22%) y las personas con educación secundaria completa en comparación con que las que tienen secundario incompleto o menos (33% vs 21%). Sin embargo, en todos los casos solo a la mitad les resulta comprensible.**

Figura 36. Lectura y comprensión de la información nutricional en los alimentos en adolescentes.



Fuente: Encuesta de Nutrición y Salud 2018-2019 (ENNyS 2), Ministerio de Salud.





• **Se observa un gradiente en relación con los quintiles socioeconómicos**, con mayor lectura de las etiquetas por parte de las personas de los quintiles más altos, quienes también refieren entenderlas en menor porcentaje (Tabla 18).

**Tabla 18. Lectura y comprensión de la información nutricional en los alimentos en adolescentes según quintiles de ingreso.**

Lectura y comprensión de la información nutricional en los alimentos	Adolescentes que leen la tabla nutricional (%)	Adolescentes que leen la tabla y les resulta comprensible (%)
Argentina	26	13
Q1 (bajo)	23	12
Q2	23	12
Q3	22	10
Q4	27	12
Q5 (Alto)	38	22

Fuente: Encuesta de Nutrición y Salud 2018-2019 (ENNyS 2), Ministerio de Salud.

En Argentina a la mitad de los NNyA se les provee algún alimento o bebida en el establecimiento escolar. Esto destaca la importancia del entorno escolar que moldea qué tan accesibles, deseables y convenientes son cierto tipo de alimentos durante la estancia de los niñas, niños y adolescentes en la escuela; pero también es un espacio donde desarrollan hábitos que pueden durar toda su vida. Por lo tanto, es importante que dichos entornos permitan y promuevan que estudiantes, familiares, autoridades educativas y maestras/os tomen decisiones de alimentación más saludables.

Solo a la mitad de los escolarizados se les provee agua. Es necesario garantizar la instalación de bebederos u otras fuentes de agua potable para beber en los establecimientos escolares, generando un plan de mantenimiento y aseguramiento de la calidad del agua suministrada.

Menos de 4 de cada 10 adolescentes realiza actividad física en el entorno escolar tres o más veces a la semana. Las prácticas corporales que se desarrollan en las clases de Educación Física buscan generar hábitos que no sólo se traducen en adaptaciones orgánicas, morfológicas y funcionales, sino que los beneficios obtenidos también aportan al logro de una mejor relación con el propio cuerpo, que amplía las posibilidades de expresión, comunicación e interacción con otras personas; una mayor disponibilidad para desenvolverse en el entorno físico y social; o la “sensación de bienestar” producida al disfrutar de la práctica de distintas actividades.

Los cambios en los patrones alimentarios obedecen a un conjunto de factores sociales, económicos, ambientales y demográficos que determinan los hábitos alimentarios de la población como: los modelos de producción de los alimentos, su disponibilidad, asequibilidad, formas de comercialización y marketing.



En este sentido se resalta la influencia de la publicidad al momento de comprar alimentos y bebidas. El mercado utiliza la publicidad para persuadir no para informar, así influye en la decisión de las compras. El estudio de la Fundación Interamericana del Corazón (FIC) en 2015 muestra que 9 de cada 10 publicidades eran de productos de baja calidad nutricional; 1 de cada 3 productos usaba regalos o premios para incentivar su compra; 1 de cada 4, utilizaba personajes o personalidades influyentes para promover el consumo de postres, lácteos, comidas rápidas, bebidas azucaradas y snacks; NNyA estaban expuestos a más de 60 publicidades por semana de productos de baja calidad nutricional. Según Unicef (2022) en un estudio sobre la exposición de NNyA al marketing digital, realizado sobre adolescentes de 13 a 19 años (77%) y jóvenes de 20 a 24 años (18%) se observó que: 9 años es la edad promedio en la que un niño o niña argentina entra en contacto con un dispositivo con acceso a internet. 8 de cada 10 NNyA y jóvenes dicen estar expuestos a publicidad con mucha/bastante frecuencia, 1 de 4 NNyA recuerda la publicidad vista de manera online; 1 de cada 2 reconoce haber pedido comprar un producto específico por haberlo visto en la publicidad, un tercio de los videos analizados se apoya en el uso de personajes o celebridades.

Sumado a esto solo uno de cada diez adolescentes leía y era capaz de comprender la información nutricional de los alimentos.

La ley de “Promoción de la Alimentación Saludables”, promueve el derecho a la salud y a contar con información clara y veraz sobre el contenido de nutrientes críticos en los alimentos envasados y bebidas sin alcohol. La ley 27.642 prohíbe: exhibición de afiches, vallas publicitarias, carteles, uso de logotipos, entrega de muestras gratis, inserción de anuncios de los productos en películas o videos que se proyecten en los centros de estudio, así como en los contenidos, juegos y propuestas educativas áulicas, distribución de premios (juguetes, materiales didácticos) con la venta de los productos, o en los concursos o sorteos en los centros educativos, visitas o actividades con empresas elaboradoras de productos ultraprocesados con sellos, exhibición y visibilidad de comestibles con sellos, patrocinio de eventos escolares por parte de empresas productoras de ultraprocesados con sellos.

FUNDEPS en un estudio cualitativo (2023) identificó que la “La aparición de sellos de advertencia puso en cuestión lo que se está ofreciendo a los niños, niñas y adolescentes en las escuelas” entre los equipos a cargo de las compras.

Otro estudio reciente, realizado en la provincia de Río Negro, la aplicación efectiva de la llamada “ley de etiquetado frontal” podría reducir casi 25% el consumo de bebidas azucaradas, lo cual evitará a corto plazo más de 100.000 casos de sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes.

Los resultados de la ENNyS 2 demuestran que en la escuela pública y privada de todas las regiones del país la alimentación dentro de las instituciones no protegía la salud nutricional de los escolares y que se utilizaban prácticas de alimentación determinadas por el mercado, tanto por la oferta a través de la venta como por la selección de alimentos y bebidas industriales, en su mayoría sin nutrientes (golosinas y bebidas azucaradas)



Los alimentos saludables no comercializados se ofrecían en un bajo porcentaje de escuelas siendo superior en la pública, en cambio el agua era provista el 56% en la pública y el 70% en la privada

La escuela como institución cuyo objetivo es la enseñanza debiera ser coherente en todos sus ámbitos, no sólo en las aulas, la alimentación de los NNyA debiera estar incluida como parte de las mejores prácticas, sin embargo, es paradójal que sea un eslabón más para la adquisición del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles. Los indicadores antropométricos son considerablemente peores en los escolares que en su etapa anterior.

Los entornos no saludables son una amenaza para los derechos de NNyA

Desde el ejercicio de la pediatría se debe indagar el entorno escolar de los pacientes y favorecer el involucramiento de las familias para el cumplimiento en el ámbito escolar de las disposiciones de la ley 27.642, esto es una responsabilidad compartida entre todos los actores de la sociedad, los gobiernos de las distintas jurisdicciones y las empresas.



#### 4. INTERNACIONES Y MUERTES POR DESNUTRICIÓN Y ANEMIAS NUTRICIONALES

Las internaciones y las muertes por deficiencias de la nutrición y anemias nutricionales representan la situación más extrema y grave de esta problemática de salud pública.

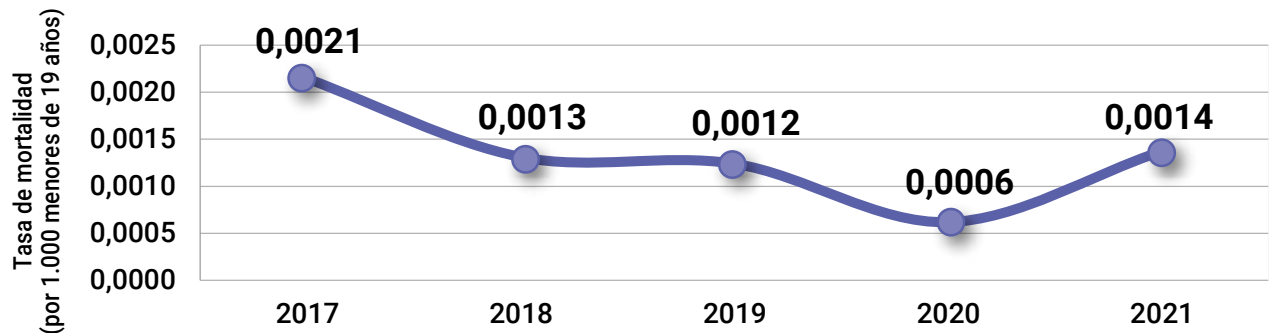
En Argentina la internación pediátrica se produce en los tres subsectores de salud: público, privado y de prepagas y obras sociales. Sin embargo, los egresos se notifican solamente por parte de los establecimientos oficiales del subsector público. Esto es una limitante para conocer el universo de los diagnósticos al egreso. Además, cada año se observa heterogeneidad en los niveles de coberturas en la información y/o ausencia de datos, siendo en algunas jurisdicciones sistemática y hasta la actualidad (CABA y Santiago del Estero, ausencia en 7 de 9 años). Otras en cambio lo regularizaron desde hace años y en otras es esporádico. Por lo tanto, esta variable no se puede analizar con rigurosidad ya sea por subsector, por jurisdicción, por región o incluso como país. En el marco de este contexto en el año 2019 (último año de información disponible) se notificaron 1.286 egresos por estas causas en menores de 19 años, los cuales representaron el 0,2% del total de egresos registrados en ese grupo etario para ese año.

Resulta también muy complejo evaluar la causa de muerte por desnutrición ya sea porque ésta queda subyacente al diagnóstico de un cuadro agudo respiratorio, gastrointestinal o en general infeccioso o bien porque la enfermedad de base genera un cuadro de desnutrición grave secundario que no queda registrado como tal en los certificados médicos de defunción.

De todos modos, durante el año 2021 (último año de información disponible) se registraron 20 muertes por desnutrición y anemias por carencia en NNyA, con la siguiente distribución: 2 muertes en menores de 1 año, 6 muertes en niñas y niños entre 1 y 4 años, y 4 muertes en cada uno de los grupos de 5 a 9 años, 10 a 14 y 15 a 19. En el último quinquenio la tasa de mortalidad ha mostrado una tendencia decreciente, con el menor registro en el año 2020 (0,0006 por cada 1.000 menores de 19 años), seguido de un ascenso en 2021 a los niveles previos con una tasa de 0,001 por cada 1.000 menores de 19 años (Figura 37). La baja incidencia de muertes no permite el análisis comparativo entre regiones; pero en este sentido, las jurisdicciones que sí reportaron los diagnósticos de fallecimientos por estas causas durante 2021 fueron Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Formosa, San Juan y Santa Fe.



Figura 37. Tendencia de la tasa de mortalidad por desnutrición y anemias por carencia en menores de 19 años. Argentina, 2017-2021



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

En conclusión, en el actual sistema de salud los egresos sólo son informados por el subsector público y aún en éste, es muy preocupante que algunas jurisdicciones, durante la última década, sistemáticamente no lo han realizado. Confeccionar adecuadamente el certificado de defunción es una responsabilidad médica inalienable y un documento valioso en la salud pública. La muerte por causa nutricional es infrecuente, pero intolerable; debemos propender a erradicar de nuestra sociedad toda muerte de causa evitable.

## RESUMEN:

- ⇒ Con relación a las internaciones y muertes por desnutrición y anemias nutricionales hay que tener en cuenta que los egresos se notifican solamente por parte de los establecimientos oficiales del subsector público. Se observa heterogeneidad en los niveles de coberturas en la información y/o ausencia de datos en 7 de 9 años analizados, siendo en algunas jurisdicciones sistemática y en otras se han reestablecido. Por lo tanto, esta variable no se puede analizar con rigurosidad ya sea por subsector, por jurisdicción, por región o incluso como país.



## PROPUESTAS POR PARTE DEL OBSERVATORIO

### Para los equipos de salud:

- ⇒ **Capacitación continua para brindar apoyo y acompañamiento de la lactancia en periodo perinatal.**
- ⇒ **Promover la prevención de la malnutrición desde la etapa de lactante y ante una madre gestante con intervenciones favoreciendo la opción por la alimentación con lactancia, con ingesta de agua segura y alimentos no industrializados.**
- ⇒ **Evaluar integralmente el ecosistema social en el que se desarrollan los NNyA y sus familias para acompañarlos en las mejores prácticas de alimentación y actividad física.**
- ⇒ **Promover la participación activa de los NNyA en el control del cumplimiento de la ley 27642 de Promoción saludable en el entorno escolar, tanto en la atención clínica como en las actividades comunitarias.**
- ⇒ **Participar en nuestros lugares de trabajo para que no haya ni oferta, ni comercialización, ni publicidad, ni promoción, ni patrocinio de productos ultraprocesados que deslegitiman en el mismo espacio nuestros mensajes de promoción de alimentos saludables.**

### Para los decisores en salud:

- ⇒ **Reconocer y dar protección al periodo de la lactancia a través de una legislación adecuada, con políticas públicas que favorezcan el cuidado de la familia y ejercer una rectoría de implementar indicadores y metodología regulada para obtención de datos estadísticos confiables. Por otro lado, el Estado tiene la responsabilidad de capacitar evaluadores para llevar a cabo las certificaciones de las instituciones de salud, hospitales y centros de salud amigos de la lactancia cumpliendo con las Iniciativas, así como también certificar a los espacios amigos de la lactancia y la capacitación continua de los equipos de salud.**
- ⇒ **Necesidad de regular con una ley nacional de protección de la lactancia y la alimentación del lactante y niño pequeño para evitar la comercialización inadecuada, por parte de las empresas productoras de fórmulas comerciales, ya sea en su publicidad, para evitar falsas creencias que actúan como determinantes comerciales de la salud.**
- ⇒ **Prohibir en los espacios institucionales la oferta, la comercialización, la publicidad y el patrocinio de productos ultraprocesados, como coherencia con el mensaje de promoción de alimentos saludables de los pediatras**
- ⇒ **Habilitar el consumo libre y gratuita de agua segura en todas las áreas**
- ⇒ **Promover la notificación anual de los egresos de internación con diagnóstico nutricional.**



## BIBLIOGRAFÍA

- Martorell R. Improved nutrition in the first 1000 days and adult human capital and health. *Am J Hum Biol.* 2017 Mar;29(2):10.1002/ajhb.22952. doi: 10.1002/ajhb.22952. Epub 2017 Jan 24. PMID: 28117514; PMCID: PMC5761352.
- Subcomisión DOHaD – SAP “Origen de la Salud y Enfermedad en el Curso de la Vida” – Sociedad Argentina de Pediatría. Concepto de Developmental Origins of Health and Disease: El ambiente en los primeros mil días de vida y su asociación con las enfermedades no transmisibles. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(4):S118-S129.
- Victoria CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7. PMID: 26869575.
- OPS/OMS Semana Mundial de la Lactancia Materna 2016 Lactancia materna: clave para el desarrollo sostenible. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2016/BreastfeedingTechBrief2016-Spa.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Perinatal y Niñez. “Situación de la Lactancia en Argentina. Encuesta Nacional de Lactancia, 2022”.
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles Y Dirección Nacional De Maternidad, Infancia Y Adolescencia. Principales resultados de los indicadores priorizados. 2 ENNyS 2019
- UNICEF - SIEMPRO. 2021. Encuesta Nacional de Niñas, Niños. MICS
- Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics.* 2006 Mar;117(3):e380-6. doi: 10.1542/peds.2005-1496. PMID: 16510618.
- Takahashi K, Ganchimeg T, Ota E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M, Castro CP, Jayaratne K, Ortiz-Panozo E, Lumbiganon P, Mori R. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. *Sci Rep.* 2017 Mar 21;7:44868. doi: 10.1038/srep44868. PMID: 28322265; PMCID: PMC5359598
- Hansen, K. (2016). "Breastfeeding: A smart investment in people and in economies", *The Lancet*, 387(10017), pág. 416.
- Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, et al. Defining pediatric malnutrition: a paradigm shift toward etiology-related definitions. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2013;37:460-481.
- Becker PJ, Carney LN, Corkins MR, et al. Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: indicators



- recommended for the identification and documentation of pediatric malnutrition (undernutrition). *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:1988-2000.
- Bouma S Diagnosing Pediatric Malnutrition: Paradigm Shifts of Etiology-Related Definitions and Appraisal of the Indicators. *Nutrition in Clinical Practice* Volume 32 Number 1 February 2017 52–67
- Wright, Ch et al. Body composition data show that high BMI centiles overdiagnose obesity in children aged under 6 years. *Am J Clin Nutr* 2022;116:122–131
- World Health Organization. UNICEF/WHO/The World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2021 edition. 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025257>
- Cooke R et al. Catch-Up Growth in Infants and Young Children with Faltering Growth: Expert Opinion to Guide General Clinicians. *JPGN* Volume 77, Number 1, July 2023
- Núñez P et al. Impact of Universal Health Coverage on Child Growth and Nutrition in Argentina *Am J Public Health*. 2016;106:720– 726. doi:10.2105/AJPH.2016.303056
- Victora C et al. Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions *Pediatrics* 2010 Mar;125(3):e473-80. doi: 10.1542/peds.2009-1519
- Cabrera M. Trastornos de la Conducta Alimentaria 17 (2013) 1899-1925.
- Jáuregui-Lobera I et al. Perception of weight and psychological variables in a sample of Spanish adolescents. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2011;4:245-51.
- Ojala K, et al. Overweight adolescents' self-perceived weight and weight control behaviour: HBSC Study in Finland. 1994-2010. *J Obes*. 2012;2012:180176.
- Jönsson H, Michaud M, Neuman N. What Is Commensality? A Critical Discussion of an Expanding Research Field. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 9;18(12):6235.
- Silva Freitas RM, Brandão TBC, Cardoso da Silveira JA, Souza Oliveira J, Longo-Silva G, de Menezes RCE. Commensality and eating patterns in adolescents: An analysis from structural equation modeling. *Appetite*. 2022 Nov 1;178:106183. doi: 10.1016/j.appet.2022.106183. Epub 2022 Jul 31. PMID: 35921864.
- Drakel, Abeyá Gilardo n E , Mangialavori G, Biglieri A. Descripción del consumo de nutrientes según el nivel de procesamiento industrial de los alimentos. *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud – 2005 Arch Argent Pediatr* 2018;116(5):345-352
- Ministerio de Salud. Entornos Saludables. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/entornos-saludables#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20entendemos%20por%20Entornos%20Saludables,sus%20capacidades%20y%20desarrollar%20autonom%C3%ADa>





Organización Panamericana de la Salud. Etiquetado frontal de advertencias en Argentina. Disponible en: <https://www.paho.org/es/etiquetado-frontal-advertencias-argentina#:~:text=Los%20nutrientes%20cr%C3%ADticos%20son%20aquellos,preocupaci%C3%B3n%20para%20la%20salud%20p%C3%ABlica>

The Lancet. Unravelling the commercial determinants of health. Lancet Published Online March 23, 2023. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00590-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00590-1)

Gilmore, Anna B et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. The Lancet, Volume 401, Issue 10383, 1194 – 1213

<https://www.unicef.org/argentina/informes/exposicion-ninos-ninas-adolescentes-marketing-digital-alimentos-bebidas>

<https://www.unicef.org/argentina/informes/marketing-digital-de-alimentos-y-bebidas-no-saludables-dirigido-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes>

<https://www.paho.org/es/temas/promoción-publicidad-alimentos-ultraprocesados-procesados-bebidas-no-alcoholicas>

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/259690/20220323>

Sa J, Lock K. (2008) Will European agricultural policy for school fruit and vegetables improve public health? A review of school fruit and vegetable programmes. Eur J Public Health. 18(6):558-68.

Reinaerts E, Crutzen R, Candel M, De Vries NK, De Nooijer J (2008) Increasing fruit and vegetable intake among children: comparing long-term effects of a free distribution and a multicomponent program. Health Educ Res. 23: 987–96.

Evans CE, Christian MS, Cleghorn CL, Greenwood DC, Cade JE. (2012) Systematic review and meta-analysis of school-based interventions to improve daily fruit and vegetable intake in children aged 5 to 12 y. Am J Clin Nutr. 96: 889–901.

Larson N, Story M. (2010) Are ‘Competitive Foods’ Sold At School Making Our Children Fat? Health Affairs, 29, no.3. 430-435

UNICEF. El Entorno alimentario escolar. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/media/6826/file/Nota%20Te%CC%81cnica%20Entorno%20Alimentario%20Escolar.pdf>

Moraccino M, (2010). Educación Física Argenmex: temas y posiciones. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata, 2010. ISBN 978-950-34-0672-4. Disponible en <http://www.argenmex.fahce.unlp.edu.ar>

FIC Argentina. Informe de investigación: publicidad de alimentos dirigida a niños y niñas en la TV de Argentina. Agosto, 2015. Disponible en: [https://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2017/11/150814\\_publicidad\\_infantil\\_alimentos-1.pdf](https://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2017/11/150814_publicidad_infantil_alimentos-1.pdf)

Exposición de niños, niñas y adolescentes al marketing digital de alimentos y bebidas en Argentina, Unicef, Mayo 2021. Resumen Ejecutivo. <https://www.unicef.org/argentina/media/10871/file/Exposici%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20al%20marketing%20digital%20de%20alimentos%20y%20bebidas%20en%20Argentina%20-%20Resumen%20Ejecutivo.pdf>



# OBSERVATORIO

de la infancia y la adolescencia  
Sociedad Argentina de Pediatría



Sociedad Argentina  
de Pediatría

Por una niñez y  
adolescencia sanas,  
en un mundo mejor