

La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI. .

Alicia Gómez, Fernando Longhi y Fernanda Olmos.

Cita:

Alicia Gómez, Fernando Longhi y Fernanda Olmos (2017). *La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI. XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Santa Fe.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xivjornadasaepa/1>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Qs/7OP>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población – I Congreso Internacional de
Población del Cono Sur**

**LA DESNUTRICIÓN EN LA NIÑEZ ARGENTINA EN LOS PRIMEROS AÑOS DEL
SIGLO XXI: FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LAS FUENTES PARA SU
ESTUDIO**

Alicia Gómez, UNLu/INDEC, aligomez159@gmail.com
Fernando Longhi, CONICET-UNT, fernandolonghi@hotmail.com
Fernanda Olmos, UNLu, olmosfernanda@gmail.com

RESUMEN

Esta ponencia tiene como objetivo presentar los primeros resultados del Estudio Multicéntrico “*La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI*” financiado por la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación durante el periodo 2015-2016. El propósito del mismo fue detectar la magnitud de la desnutrición en la niñez en Argentina, sus principales tendencias y su distribución espacial, considerando diferentes escalas geográficas y aplicando un abordaje cuantitativo y cualitativo.

En esta oportunidad se realiza una breve presentación de los principales resultados poniendo énfasis en las principales ventajas y limitaciones de cada uno de los abordajes metodológicos desarrollados, como también las fortalezas del alcance complementario del doble abordaje cuantitativo-cualitativo como aporte para el estudio de la morbilidad y la mortalidad por esta causa en el país. Al mismo tiempo se pretende generar insumos que favorezcan acciones concretas en pos de favorecer el desarrollo de políticas orientadas al mejoramiento y captación de la información referida a la temática.

1. Introducción

A fines de la primera década del siglo XXI los países de América Latina en general y Argentina en particular habían registrado grandes avances en el mejoramiento de sus condiciones de vida, tomando como referencia para la comparación el decenio de los años ‘90. Este proceso reconoce el avance de condiciones políticas y económicas que favorecieron el reposicionamiento del Estado en la programación e implementación de políticas públicas (Mercer, 2013). Sin embargo, en los últimos tres años de la primera década de este nuevo siglo se ha registrado cierto estancamiento y/o retrocesos en algunas de las dimensiones fundamentales del bienestar social, entre las que se encuentra la situación nutricional de los niños (FAO, 2014).

La nutrición como proceso está sometida a distintos factores condicionantes: algunos fijos, como el potencial genético del individuo y otros dinámicos, como los factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se modifica el equilibrio de estos factores y se ve alterada la nutrición, se interrumpe el crecimiento y desarrollo de los niños, dando lugar a la desnutrición infantil (Ortiz Andrellucci et al., 2006: 533). Es conocido que una adecuada nutrición es fundamental para el crecimiento y desarrollo del niño, la deficiencia en su implementación, sobre todo en los primeros años de vida, tiene graves consecuencias para el individuo y la sociedad a la que pertenece.

Según estadísticas del Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas, en América Latina la desnutrición afecta a casi 9 millones de niños menores de cinco años (16%) (UNICEF, 2006). Se agrega a esta cifra 9 millones más de niños con alto riesgo de desnutrirse debido a las condiciones de pobreza en las que viven. De todos estos, una buena proporción se localizan en países como Guatemala, Bolivia y Honduras.

Los promedios de desnutrición en Argentina serían relativamente bajos si se considera el contexto latinoamericano. Sin embargo, ya a inicios del siglo XXI, la FAO destacaba “que, si bien en Argentina la disponibilidad de alimentos es suficiente y aun excedente para cubrir las necesidades energéticas por persona y por día, parte de la población tiene un acceso insuficiente a los alimentos” (FAO, 2001: 12). Por otro lado, también UNICEF alertaba a mediados de los noventa que el censo de talla en escolares de primer grado realizado entre 1991 y 1994 presenta un nivel de retardo de crecimiento particularmente elevado en las provincias de Salta, Jujuy, Formosa, Chaco y Misiones, cuyo panorama se asimilaba más al resto de América Latina que al propio promedio nacional. Estudios de Britos (2003) y Calvo & Aguirre (2005) describen que la forma de desnutrición prevalente en Argentina antes de los 2000, era el déficit de talla o desnutrición crónica, siendo el norte la región más afectada.

Bajo este contexto, esta ponencia tiene como objetivo presentar los primeros resultados del Estudio Multicéntrico “*La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI* (Comisión Nacional Salud Investiga), cuyo propósito fue detectar la magnitud de la desnutrición en la niñez, sus principales tendencias y su distribución espacial, considerando diferentes escalas geográficas y aplicando un abordaje cuantitativo y cualitativo.

En esta oportunidad se realiza una breve presentación de los principales resultados poniendo énfasis en las ventajas y limitaciones de cada uno de los abordajes metodológicos desarrollados y los alcances complementarios del doble abordaje cuantitativo-cualitativo como aporte para el estudio de la morbilidad y la mortalidad por esta causa en el país. Se

espera que sea un insumo que favorezca acciones concretas en pos de favorecer el desarrollo de políticas orientadas al mejoramiento y captación de la información referida a la temática.

2. Fundamentos teórico-conceptuales.

La desnutrición es el resultado fisiopatológico de una ingesta de alimentos insuficientes, dicha insuficiencia se caracteriza por su continuidad temporal; puede responder también a procesos en los que la capacidad de absorción está disminuida o a defectos metabólicos en los que existe una inadecuada utilización biológica de los nutrientes consumidos (Wanden-Berghe, 2010). Actualmente, los conceptos de nutrición/desnutrición se hallan atravesados por tres dimensiones: la dimensión biológica, como un proceso indispensable para el mantenimiento de la vida; la dimensión social en el que intervienen factores culturales tales como la religión, educación y hábitos alimentarios, así como factores económicos; y la dimensión ambiental en la que se menciona la importancia de la sustentabilidad de alimentos y la utilización de cultivos como fuente de energía como medidas que no solo apoyan la parte nutricional de las poblaciones sino que también contribuyen a la conservación del medio ambiente (Macías et al., 2009).

Según Oyhenart (2008) los determinantes de la desnutrición pueden clasificarse en inmediatos, subyacentes y básicos. Entre los determinantes negativos inmediatos se encuentran las dietas insuficientes (en cantidad y calidad) y algunas enfermedades, mientras en los subyacentes se encuentran la inseguridad alimentaria, la falta de asistencia médica, el saneamiento deficiente y las malas condiciones higiénicas, entre otros. Sin embargo, el determinante básico principal es la pobreza (Oyhenart, op. cit.). No obstante, es posible identificar determinantes a nivel macro y micro que no solo inciden en la prevalencia de desnutrición sino también en la ocurrencia de muertes en la infancia.

En un nivel macroinstitucional se incluye la estructura socioeconómica de un país o región - aquí proponemos el concepto más amplio de territorialización-, la cual condiciona la aparición de enfermedades y su evolución, uno de cuyos cursos probables es la muerte. Ante esta situación son los niños y los ancianos los más vulnerables a las enfermedades infectocontagiosas, y una política de atención destinada al cuidado de estos grupos etarios disminuye el riesgo de enfermar. Al interior de la mencionada estructura socioeconómica se distinguen factores ecológicos, político-económicos y del sistema de salud. Por otro lado, en el nivel microinstitucional, los determinantes de la estructura socioeconómica son mediados al nivel del hogar donde el proceso de aparición y desarrollo de la enfermedad es extremadamente dependiente del contexto familiar. Adquieren un papel decisivo variables

sociales como la educación, ingresos, calidad de la vivienda, etc.; y biológicas – fundamentalmente en el caso infantil- como la edad de la madre, dieta, condiciones de paridez, intervalo intergenésico, etc.

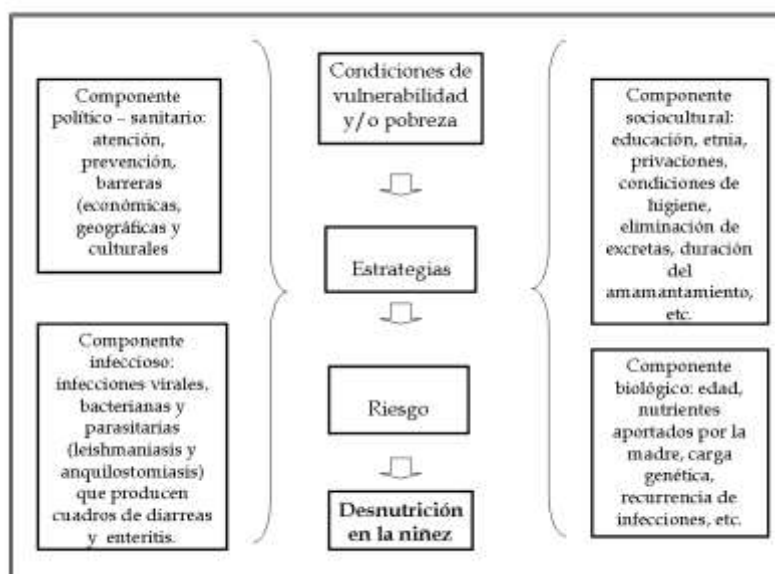
Un concepto de gran relevancia, que opera en el interior de los hogares, incidiendo sobre el advenimiento y desarrollo de la desnutrición en los niños, es el de estrategias de supervivencia para el cuidado infantil, entendidas como ciertas conductas y habilidades con las cuales enfrenta la familia ciertas condiciones macro y micro institucionales. En el seno de la familia surgen habilidades respecto a cómo satisfacer las necesidades de manutención y reproducción de los miembros con los recursos disponibles. Estas estrategias implican decisiones que afectan directa o indirectamente la supervivencia, y constituyen una instancia mediadora en el proceso de salud y enfermedad. Tales conductas tienden a asegurar la reproducción biológica de la familia, preservar la vida y efectuar todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la obtención de los medios de subsistencia y para la socialización de la progenitura (Torrado, 1986). Una de estas estrategias corresponde a la inclusión de la familia en una red social estructurada y continua. Bronfman (2001) destaca el papel de estas redes, sobre todo en familias pobres, ya que considera que ellas son frecuentemente la única posibilidad de ayuda con que pueden contar y el único soporte para aligerar las pesadas cargas de la vida cotidiana. Por otra parte cabe considerar según Herkovits (2012) que el proceso cotidiano de la producción del alimento concreto se halla inmerso en una trama compleja que tiene como imperativo simbólico evitar el hambre y velar por la tenencia diaria de la comida, y que generalmente conlleva a reforzar los procesos de inanición y los hábitos de malnutrición.

Si bien la presencia de estas estrategias no participa directamente en la ocurrencia de muertes, evita muchas veces que accidentes y enfermedades tengan desenlaces fatales. En la figura 1 se explicitan los factores mencionados.

Existe, pues, una fuerte relación entre la pobreza, en sus distintas formas y manifestaciones, y la desnutrición. Las infecciones, ya sea por su prevalencia o por la vulnerabilidad que generan, conforman un concepto clave y sinérgico en dicha relación

Esta relación no determina la muerte, sino que la condiciona de manera importante, y, aunque el circuito no termine necesariamente en una defunción, las secuelas dejadas principalmente en los niños pueden traer como consecuencia serias limitaciones tanto en sus aspectos físicos, como psíquicos, cognitivos y afectivos, secuelas que a su vez pueden incidir sobre los niveles de pobreza

Figura 1. Factores que inciden en la aparición y desarrollo de la desnutrición en la niñez



Extraído de Longhi, 2015.

Los efectos producidos por la desnutrición concernientes al estado físico del adulto incluyen la baja estatura, una menor masa muscular, capacidad limitada para el trabajo y mayor riesgo de obesidad y de enfermedades crónicas. Es un hecho comprobado que la baja estatura que caracteriza a las poblaciones adultas de países pobres es, en gran parte, una consecuencia del retardo en el crecimiento ocurrido antes de los dos años de edad. Una menor capacidad para el trabajo limitará el potencial de ingreso en ocupaciones arduas y labores pesadas; una baja estatura y, por ende, dimensiones pélvicas reducidas, serán un factor de riesgo de complicaciones durante el parto. La evidencia sobre los efectos de la desnutrición temprana en el rendimiento escolar y el desempeño intelectual es sólida. Entre los efectos ya conocidos de la desnutrición temprana se puede incluir el ingreso tardío al primer grado, bajo grado de escolaridad y limitaciones en lectura y vocabulario; vale decir que estos efectos se mantienen después de controlarlos por factores de confusión. La escolaridad y capacidades derivadas de la desnutrición determinan la trayectoria ocupacional y los ingresos económicos, aun en áreas rurales tradicionales (Martorell, 2007).

Se entiende así que la pobreza, determinante básico de la desnutrición en la niñez, alude siempre a una situación en que se encuentran las familias; dicha situación no es la suma o el agregado más o menos independiente de dimensiones o aspectos parciales, sino el cuadro situacional estructural en el que se hallan, producto de su particular inserción en la estructura socio-productiva, siendo esta la que determina la posibilidad de acceder o no a determinados bienes y servicios (Moreno, 1995). La pobreza se manifiesta mediante algunas características generales de los hogares tales como sus bajos niveles educacionales, insuficiencias

nutricionales, y una mayor precariedad en la actividad laboral, lo que se define a su vez por una pertenencia a ocupaciones de baja productividad, que generan escasos ingresos y que impiden satisfacer integralmente sus necesidades más esenciales, materiales y no materiales. Entendemos que en este contexto nace y se desarrolla la desnutrición en la niñez.

Numerosos estudios (Aguirre, 2000; Oyhenart, 2007; Durán et al., 2009; Bolzán y Mercer, 2009; UNICEF, 2011) evidencian las situaciones de pobreza como causa básica de la desnutrición, al punto de considerar las mediciones de pobreza como la Línea de Indigencia como estimaciones de desnutrición por la incapacidad de acceder a los alimentos básicos que dicho indicador refleja. Todo esto en un contexto de creciente distancia entre el precio de los alimentos y los ingresos monetarios de los sectores populares (Aguirre 2005, Herkovits 2007, FAO, 2014:16).

Al respecto, Aguirre (2000) afirma que las dificultades para acceder a una alimentación adecuada determinan dos fenómenos simultáneos, la desnutrición y la obesidad, la primera se debe a la insuficiencia de recursos para alimentarse y la segunda se fundamenta en una alimentación inadecuada, con un considerable desequilibrio energético, dado que los recursos limitados permiten generalmente el acceso a los alimentos industrializados, de producción masiva, indiferenciada y barata. La OMS ha llamado a este fenómeno “doble carga de la malnutrición”. Por otra parte la supuesta racionalidad en la asignación de la prioridad del gasto en alimentos compite con otros bienes considerados necesarios para satisfacer necesidades primarias (Herkovits, 2012). Asimismo las deficientes condiciones de vida que se materializan en condiciones habitacionales y de saneamiento deterioradas generan ámbitos de alta vulnerabilidad que limitan a su vez el aprovechamiento biológico de los alimentos (Bertarini, 2011).

El ingreso/riqueza de los hogares o, más generalmente, su situación socioeconómica no sólo es determinante del nivel de la desnutrición, sino que es un importante determinante de la distribución de dicha desnutrición: cuanto más concentrada esté la riqueza, más concentrada está la desnutrición crónica infantil entre hogares pobres (Paraje, 2008:7). En el marco de estas consideraciones cabe señalar que existe un acuerdo tácito tanto en los ámbitos profesionales, sociales y culturales como en los organismos de gobernabilidad internacional, regional, nacional y local en la necesidad de conocer la extensión y características del estado alimentario de la población de un área determinada, al tiempo que se señala en forma continua la falta de información sobre este fenómeno y recomendaciones sucesivas a los estados para resolver dicha falencia, escenario que es común a nivel mundial y regional.

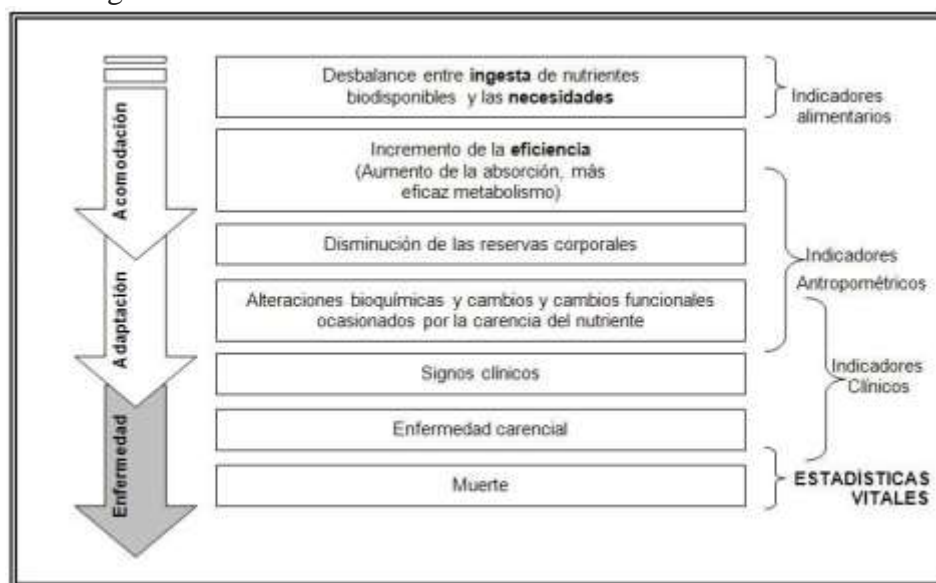
Esta cuestión es central ya que sobre la base de una evaluación actualizada de la situación nutricional del país y en vista de los diferentes factores que inciden sobre la desnutrición en la niñez identificados en todos los niveles, las políticas de nutrición desempeñan la función de establecer prioridades, traducirlas en objetivos generales, luego en estrategias y programas de aplicación directa que debieran ser monitoreados y evaluados.

3. Las fuentes de información para el abordaje de la desnutrición: reflexión sobre sus potencialidades, limitaciones y complementariedad.

El estudio de la desnutrición es un fenómeno de difícil captación, en general, y más especialmente cuando no se expresa en su forma más extrema, es decir, cuando no se traduce en defunción. Los indicadores clásicos resultan invisibilizadores de las manifestaciones “menos graves” de la desnutrición, cuyas causas asociadas son múltiples. En este sentido, cabe destacar el carácter extremo que reviste la tasa de mortalidad por desnutrición, habitualmente utilizada para abordar el problema, debido a que sólo incluye las defunciones registradas bajo la causa “desnutrición”, soslayando del análisis todas aquellas muertes relacionadas con desnutrición y registradas con otra patología, y también los casos de desnutrición que no necesariamente terminaron con un desenlace fatal.

Carmuega y Durán (2000: 7) sintetizan la dinámica de la desnutrición y los diferentes estadios de avance de la patología: acomodación, adaptación y enfermedad, cuyas características son visibilizadas a través de diferentes indicadores asociados. En la Figura 2 puede observarse lo expuesto sobre la extremidad de la tasa de mortalidad por desnutrición.

Figura 2. Dinámica de la desnutrición e indicadores asociados.



Fuente: Carmuega y Durán, 2000:7.

Estas consideraciones, llevaron a plantear en la investigación “La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI” la explotación de las estadísticas de mortalidad de una manera tradicional pero también “ampliada” y la utilización de fuentes de información complementarias, como las estadísticas de egresos hospitalarios y las de nacimientos.

En Argentina, estas tres fuentes de datos proporcionan información en forma anual, sistemática y continua. Los nacimientos y las defunciones provienen del registro de estadísticas vitales y la captación de los egresos hospitalarios se realiza a través del registro de servicios de salud. Cada una de estas fuentes proporciona información valiosa que permite abordar la desnutrición en forma cuantitativa, en diferentes niveles de desagregación geográfica. Su análisis ha permitido conocer las manifestaciones del problema de la desnutrición de los menores de 5 años y trazar un perfil de su evolución en diferentes escalas geográficas, así como observar el nivel de asociación que presenta con el contexto socio-sanitario.

La tasa de mortalidad por desnutrición se consideró como el indicador más robusto, que proporciona un piso sobre la incidencia del fenómeno. A ese umbral mínimo se lo complementó extendiendo el análisis de las estadísticas de mortalidad, mediante la consideración de las causas de defunciones asociadas a la desnutrición (donde las infecciones diarreicas y las respiratorias adquieren alto protagonismo). Asimismo, se utilizó el registro de egresos hospitalarios para hacer visible las consecuencias menos trágicas de la desnutrición, a través de considerar el patrón de evolución de los egresos hospitalarios por desnutrición de los menores de cinco años. Con las estadísticas de nacimientos que proporcionan la información sobre el bajo peso al nacer de niños de madres con bajo nivel de educación formal provenientes de embarazos a término, se tuvo puntos de referencia de prevalencia de la desnutrición de los menores de 5 años.

No obstante, previo a la utilización de la información mencionada, se realizaron exhaustivos análisis de calidad de los registros, tanto en el total del país como para las jurisdicciones provinciales, evaluando las variaciones en la calidad del registro. En forma sucinta, se evaluó la calidad de las estadísticas de:

- **Mortalidad:** se seleccionaron las variables relevantes para el objeto de estudio del proyecto, a fin de analizar su calidad. Como indicadores de calidad de la información se analizaron, para el período 1999/2013, el porcentaje de casos ignorados de provincia y departamento de residencia, el porcentaje de casos ignorados de edad del fallecido, el porcentaje de casos de causas mal definidas y desconocidas -categoría que agrupa los casos de causa de muerte registrados bajo “signos, síntomas y estados morbosos mal

definidos” (R00-R99 de la CIE 10) e ignorada-. Se observó el nivel de error tanto para las defunciones en general como para las defunciones de los menores de un año y los de 0 a 4 años, según su relevancia y pertinencia en el análisis.

Las variables evaluadas fueron: *provincia y departamento de residencia*¹, *edad del fallecido y causa de muerte* (ignoradas y mal definidas).

Los resultados advierten para el total del país que el nivel de omisión de la provincia y el departamento de residencia se mantiene estable en la década, en torno al 2%, lo que evidencia buena calidad de la información. La proporción de casos desconocidos en la edad del fallecido para el total de las defunciones y para los menores de un año, a lo largo de toda la serie de tiempo analizada, y en el total del país, es menor al 0,5%, indicando también un alto nivel de calidad de la información. Finalmente, el error de la variable “causa de muerte”, calculado a partir de la proporción que representan las defunciones registradas bajo “signos, síntomas y estados morbosos mal definidos” muestra, en el total de las defunciones del país, valores relativamente estables pero en ascenso (entre un 6% y un 8%). El nivel de error de la causa de muerte para las defunciones de los niños menores de cinco años, en total, muestra mejor calidad que en las defunciones totales. Los porcentajes de causas desconocidas o mal definidas en fallecidos de 0 a 4 años de edad son estables alrededor del 6% durante todos los años del período, aunque se observan diferencias si se analiza el error para las defunciones de los menores de un año y para los de uno a cuatro. Éstos últimos muestran mayores porcentajes de error y bastantes variaciones a lo largo de la serie temporal, aunque no alcanzan los porcentajes más altos observados entre las defunciones totales.

La evaluación de calidad para la edad del fallecido a nivel provincial, según regiones, mostró que es bastante homogénea. Se observan buenos niveles de calidad, consistentes con lo visualizado en el total de defunciones del país. En cambio, la calidad de la información sobre causa de muerte muestra bastante heterogeneidad entre provincias y aunque para el total del país los niveles de casos ignorados o mal definidos rondan entre el 6 y el 8%, los valores son muy superiores en ciertas provincias. Las provincias de Cuyo y la Ciudad de Buenos Aires son las áreas que presentan la mejor calidad en la información, con porcentajes de causa de muerte ignorada y mal definida de alrededor del 2%. En el

¹ El lugar de residencia habitual es la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate. No necesita ser el mismo lugar en que aquella persona se encontraba en el momento en que ocurrió el hecho o su residencia legal. El lugar de residencia se determina, para las defunciones de menores de un año, como el lugar de residencia de la madre en el momento de la muerte del niño (o la del niño si la madre ha muerto). Para el resto de las edades es el lugar de residencia del fallecido al morir.

extremo opuesto, la provincia de Santiago del Estero y Tucumán, tienen cerca del 20% de las defunciones totales registradas como signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. Se observa así que la calidad de esta variable es heterogénea por región y provincia y los altos niveles de error, en ciertos casos, denegarían la posibilidad de su utilización.

- **Egresos hospitalarios:** el registro de egresos hospitalarios se encuentra en proceso de mejoramiento, en especial desde el año 2000, pero aún no se observa una consolidación que encuadre la información producida, presentando ésta niveles de continuidad, calidad y completitud variables, entre provincias y en el tiempo. En este sentido se presentan dos tipos de falta de información: a) falta total de información para un año por parte de una provincia o b) falta de información de algunos establecimientos de una provincia. Por otra parte, la información disponible en el período de estudio tiene dos momentos: uno puntual referido al año 2000 y otro que va del 2005 a 2011 donde se cuenta con los datos para cada año de este período.

Por ello, los niveles de casos ignorados o no especificados, como indicador de calidad de la información, se analizaron para los años del período 2000-2011, considerando todas las provincias con información parcial y completa y excluyendo las provincias que no informaron en forma completa en alguno de los años. Se analizó la distribución del error en el total de los egresos hospitalarios y, en los casos pertinentes, para los egresos de los niños de 0 a 4 años, desagregados de 0 años y de 1 a 4 años.

Las variables evaluadas fueron: *edad*, *provincia* y *departamento de residencia habitual*, *sexo*, *días de estadía*, *diagnóstico principal*, *tipo de egreso* y *cobertura en salud* (estas dos últimas disponibles a partir del año 2006), *nivel de instrucción* y *situación laboral* (estas dos últimas disponibles sólo desde el año 2008, hasta el 2011).

Los resultados permiten detectar que las variables referidas a la provincia y al departamento de residencia habitual presentan una calidad aceptable (niveles de error de menos del 3% en el caso de la provincia y del 6% para el departamento de residencia) y también la edad, con alrededor del 2%. Para el diagnóstico principal al egreso, la proporción de error, definida por la cantidad de casos mal clasificados y falta de información en la causa de la hospitalización sobre el total de los egresos, se encuentra en el límite de los parámetros de calidad aceptables, con valores que rondan el 10%. Lo mismo sucede con la variable de cobertura de salud. En el caso de los días de estadía los porcentajes de error son muy bajos, rondando el 1%. En cambio, la situación laboral y el

nivel de instrucción presentan niveles de error extremadamente altos, con alrededor del 50% de ignorados.

Los análisis de las variaciones provinciales en la calidad del registro dan cuenta de que, en forma consistente con lo observado en el nivel de error de la variable edad de los egresos hospitalarios del total de casos del país, en todas las provincias el porcentaje de falta de información en la variable edad, es inferior al 10%, aunque dentro de ese parámetro se advierte la heterogeneidad en la calidad de la información.

Los niveles de error del diagnóstico al egreso hospitalario presentan, en general, para todas las provincias y para la mayoría de los últimos años considerados, proporciones inferiores al 10%. Situación que se mantiene tanto para el total de los egresos como para los egresos de niños de 0 a 4 años. No obstante, en cada región, se destaca alguna provincia que presenta valores disonantes en algún año.

La información referida a la cobertura de salud de los egresos hospitalarios muestra niveles de error con un comportamiento diferencial según áreas, con guarismos inferiores al 5% en las provincias de la Región de Cuyo; de alrededor del 10% en las provincias de la Región Pampeana y superiores al 20% en el resto de las regiones.

- **Nacimientos:** se realizó una selección de las variables disponibles en la fuente de información, sobre la base del criterio de que dichas características podrían ser potenciales insumos pertinentes para la investigación (con excepción de la variable sexo). Se analizaron los porcentajes de casos desconocidos o ignorados de cada variable como indicador de calidad de la información, para el período 1999-2012.

Las variables evaluadas fueron: *provincia y departamento*, referidas a la identificación de los nacimientos en el área de residencia correspondiente; *sexo, peso al nacer, tipo de parto, atención del parto, local de ocurrencia, edad de la madre, nivel de instrucción de la madre y tiempo de gestación*.

Se observó que la mayoría de las variables evaluadas presentan una calidad con niveles aceptables para el total del país, en el período analizado. Resulta aceptable también la calidad de las variables provincia de residencia, departamento de residencia, sexo, peso al nacer, tipo de parto, local de ocurrencia, edad de la madre, nivel de instrucción de la madre y tiempo de gestación, variables en las que se observa un notable descenso del nivel de ignorados a lo largo del período analizado, alcanzando proporciones menores al 4% en los últimos años. En cambio, la calidad de la variable atención del parto no es aceptable ya que se observaron fluctuaciones permanentes, durante todo el período, en el nivel de ignorados, con alzas y bajas muy pronunciadas.

La evaluación de calidad a nivel provincial concluyó que, en el caso del peso al nacer, edad y nivel de instrucción de la madre, hay disparidades y situaciones puntuales con calidad no aceptable pero, en función del aporte que estos indicadores podrían sumar al análisis de la desnutrición en Argentina y considerando que en los últimos años la serie temporal, en general, tiende a una mejora en la calidad de la información, sería posible incorporarlos al análisis, aunque teniendo siempre presente, sobre todo para algunas provincias, el análisis de calidad. La información sobre el tiempo de gestación, en la que se observó un nivel de calidad menor, podrá ser utilizada con especial precaución, para no cometer errores de arribar a conclusiones distorsionadas. No obstante, resulta importante que, con estas consideraciones, la información, de por sí escasa, pueda ser aprovechada.

Lo hasta aquí desarrollado permite reflexionar sobre el potencial de la información utilizada para dar cuenta de la desnutrición en Argentina, en los primeros años del siglo XXI. El desafío fue, frente a las limitaciones de calidad evidenciadas en el análisis de los datos, extremar su potencialidad para hacer visibles los factores asociados a la desnutrición.

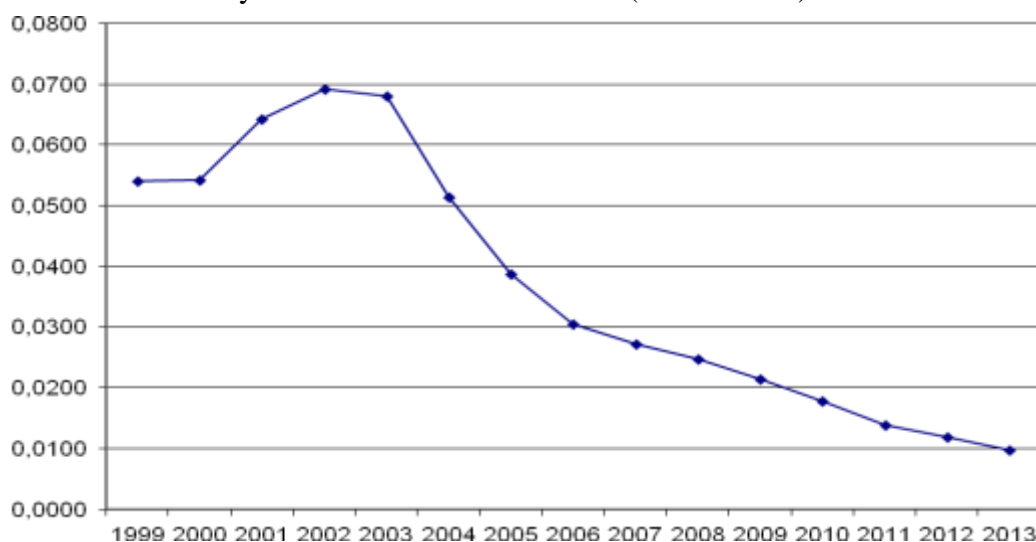
No cabe duda de que, para ciertas variables, los bajos niveles de calidad denegarían la posibilidad de utilizarlas. Sin embargo, hay diferentes opiniones respecto al uso de estadísticas vitales limitadas: están aquellos que dudan de la posibilidad de hacer análisis cuando la calidad es deficiente y están los que piensan que siempre es posible hacer correcciones a los datos, independientemente de su calidad. En esta controversia, en el marco del proyecto llevado a cabo, se creyó correcto considerar que ninguna información es absolutamente despreciable, aunque se debe tener conciencia de la limitación de los datos y de cuánto se puede esperar de ellos, tomándolos, en algunos casos, con suma cautela. Es en este sentido que se considera válido el desarrollo analítico de los indicadores seleccionados. Esto pone de relevancia la existencia de cierta amplitud respecto a la información disponible, que aunque debe ser mejorada en su calidad, resulta fundamental para la descripción de la patología de la desnutrición en sus formas no extremas, procurando detectar aquellas manifestaciones que aumentaron su incidencia en los primeros años de siglo XXI en Argentina.

4. Tendencias y magnitudes de la desnutrición infantil en Argentina

Si se considera la expresión más trágica de la desnutrición infantil, es decir la muerte por esta causa, se presentaba en Argentina un panorama preocupante. En la figura 3 se observa que la tendencia de la mortalidad de los menores de 5 años -cuya causa básica registrada fue desnutrición y anemias nutricionales- muestra en el transcurso de la década un sostenido

descenso luego de la crisis de los años 2002-2003, cuando alcanzó un pico de 0,07 por mil. A partir del año 2003 se detecta un descenso sostenido hasta alcanzar en el año 2013 una tasa de 0,01 %. Esto implicó un descenso relativo del 80.6%, lo que podría constituir ante una primera impresión un hecho altamente auspicioso.

Figura 3. República Argentina. Tasa de mortalidad de menores de cinco años por desnutrición y otras anemias nutricionales. (1999 – 2013).



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud
Ministerio de Salud de la Nación

Sin embargo, esta condición implica además un gran abanico de situaciones. Encontramos provincias como Tierra del Fuego donde la muerte infantil por desnutrición fue un hecho ausente en todo el periodo, hasta provincias como Salta, en que con 48 defunciones según estas características, ocupó el pico histórico del periodo en el año 2002. Cabe aclarar además que esta misma provincia, reunió en los quince años analizados, 323 defunciones de menores de cinco años por desnutrición, un panorama epidemiológico que se asocia fuertemente a la persistencia y magnitud que alcanza la pobreza entre las provincias del norte argentino (Bolsi y Paolasso, 2009).

En todo el país, en este periodo histórico designado por algunos autores como neodesarrollismo² ocurrieron 1951 muertes de niños menores de cinco años registradas por esta causa. Se conjetura además que hubo un universo importante de muertes subregistradas o

² A partir de 2003 comienza a instaurarse en la Argentina un modelo que, con diversas variantes, también se ha aplicado en otros países de América Latina, y que se conoce como *neodesarrollismo*. Luego de poco más de una década signada por el proceso *neoliberal*, en la que –existe un amplio consenso– los resultados en términos de desigualdad fueron realmente preocupantes, las ideas de esta nueva concepción acerca de la forma en que debían organizarse la sociedad y el territorio parecieron constituir un bálsamo que permitiría iniciar el camino hacia un desarrollo genuino, pero que sobre todo ayudaría primero a morigerar, para luego casi eliminar, las enormes diferencias regionales existentes en el país.

registradas bajo otra causa, lo cual acrecentaría el panorama descrito en cuanto a la muerte infantil por desnutrición.

No obstante, la muerte no es la única consecuencia de la desnutrición; existen muchos niños que la padecen y la sufren, y aunque no llegan a morir, las secuelas dejadas en ellos genera lo que muchos autores han denominado “daño cerebral irreversible” (O’Donnell y Porto, 2007; Hommes y Soto, 1999) La morbilidad por esta causa adquiere una magnitud importante también en Argentina, y como se mencionó anteriormente, hay escasas fuentes que permiten aproximarnos a esta manifestación de la desnutrición infantil.

Con seguridad la fuente insoslayable sobre este problema la constituye la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2004/05. La “fotografía nutricional” que expuso este relevamiento evidenció que la baja talla para la edad (también llamada desnutrición crónica) y el exceso de peso constituían las condiciones más prevalentes en el grupo de niños y niñas menores de 5 años de Argentina. En tal sentido el 8.3% de los niños de 6 a 23 meses tenían baja talla para la edad mientras el 10.4 % sufría de obesidad (Durán et al., 2009)³. Por otro lado, la prevalencia del bajo peso para la edad, una expresión aguda de la desnutrición, detectaba una magnitud del 2,0%. Finalmente, otra de las muchas manifestaciones de la desnutrición, es la anemia por falta de hierro. En este sentido la prevalencia nacional de anemia en los niños de 6 a 72 meses fue de 16,5% -con valores regionales entre 10,1% en la región de Cuyo y 22,4% en NEA (Kogan et al., 2008). Estos datos ponían de manifiesto algunas características que asumían los problemas nutricionales en Argentina. Sin embargo, poco podían decir sobre la evolución y la tendencia del problema, dado que hasta el momento no se concretó un nuevo relevamiento con estas características.

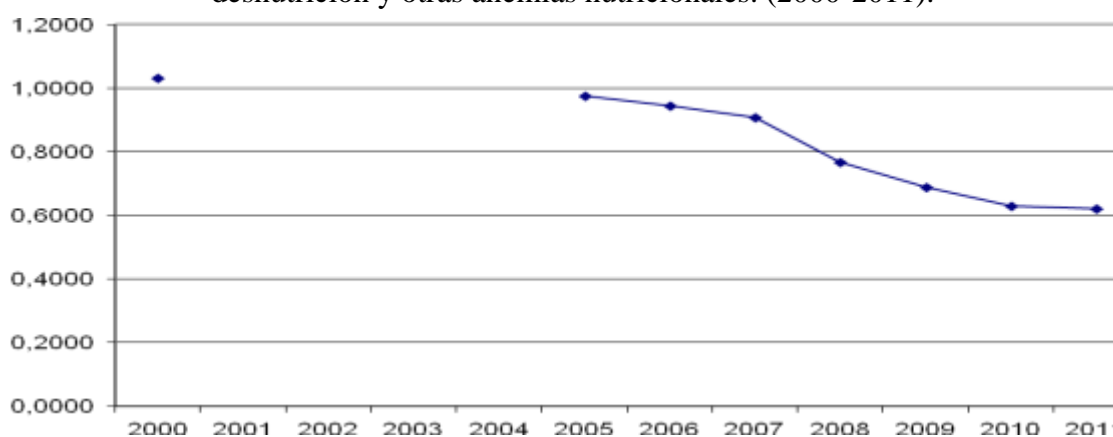
Poniendo atención en este punto, exploramos aquí una fuente poco usada en términos nutricionales para abordar esta problemática. El registro nacional de Estadísticas Hospitalarias, información que fue relevada por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2000, y durante el periodo 2005-2011. Esta fuente, con las limitaciones que se han mencionado, permitió aproximarnos al objetivo de detectar las características y evolución de la morbilidad por desnutrición.⁴ La curva de los egresos hospitalarios por desnutrición en la

³ A nivel poblacional la baja talla es un indicador de desnutrición crónica, debido al retraso de crecimiento asociado a deficiencias nutricionales, o problemas de salud. Estadísticamente se espera que 2,3% de los niños normales tengan una talla menor de -2 DS. La cifra de 8,3 % representa una prevalencia moderada de acortamiento (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

⁴ Se consolidaron las estadísticas de egresos hospitalarios, a pesar de no contar con una serie de datos tan completa, a fin de lograr un punto de referencia del posible alcance del problema. En su tratamiento se adoptaron los mismos criterios utilizados para el procesamiento de las estadísticas vitales, obteniendo así los aspectos vinculados con la morbilidad.

niñez (figura 4) presenta valores notoriamente más elevados que la mortalidad. En este caso el registro supera entre diecinueve y cuarenta y cinco veces el valor de la mortalidad (según el año que se considere). Dicha tendencia muestra también un descenso, aunque menos pronunciado que el caso de la mortalidad.

Figura 4. República Argentina. Tasa de egresos hospitalarios de menores de cinco años por desnutrición y otras anemias nutricionales. (2000-2011).



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación

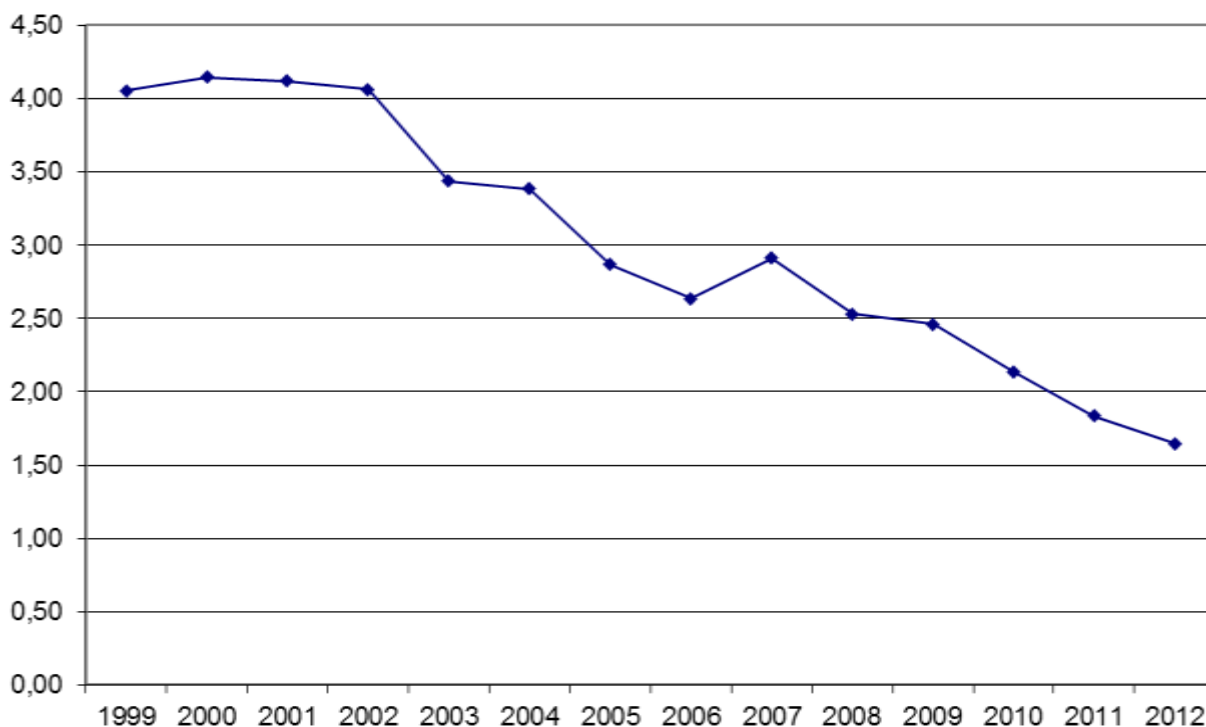
En esta variable la curva pasó de un valor de 1.03 por mil en el año 2000 a 0.62 por mil en 2011, lo cual representa un descenso relativo del orden del 40%. Al igual que en el análisis de la mortalidad hubo una importante variedad de casos provinciales, cuyos extremos están representados nuevamente por las provincias de Salta y Tierra del Fuego, donde en términos absolutos se contabilizaron 416 egresos infantiles por desnutrición infantil en el año 2000 (en el caso salteño) y valores que oscilaron entre 1 y 3 en el caso fueguino. En ambos casos totalizan en los años analizados 2081 y 5 egresos en la niñez por desnutrición respectivamente.

Ambos indicadores de la desnutrición infantil –mortalidad y egresos hospitalarios- junto a otras evidencias antropométricas o bioquímicas brindan argumentos para destacar la magnitud que alcanzan, a pesar del descenso operado, los problemas nutricionales en general y la desnutrición infantil en particular en el contexto argentino, los cuáles necesitan abordajes prioritarios y políticas específicas para la generación de información y su posterior diagnóstico.

Una exploración metodológica particular en el estudio de la desnutrición infantil resultó aquella relacionada con las estadísticas de nacidos vivos según variables relacionadas al peso del niño/a, a la educación de la madre y a la duración del embarazo. En este sentido se calculó la proporción que representan los nacidos vivos con menos de 2500 gramos, provenientes de

madres con educación crítica (primario incompleto) y con gestaciones a término (iguales o superiores a las 37 semanas). La proporción estos nacimientos de bajo peso presenta también un notorio descenso, con registros del orden del 4% en 1999 a un 1.5% en 2012 (figura 5). Se observa un quiebre en la tendencia alrededor del año 2007, la cual vuelve a retomar luego de ese año un recorrido descendente.

Figura 5. República Argentina. Proporción de bajo peso al nacer según edad gestacional y baja educación de la madres (1999-2012).



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación

Resulta evidente la importante brecha que existe entre las incidencias de cada uno de los indicadores, lo cual provee supuestos sobre la amplitud potencial del problema de la desnutrición, magnitud que resulta desconocida tanto en los ámbitos académicos como políticos actuales.

Se puede afirmar, entonces, que aun cuando pueda existir algún nivel de subregistro en las defunciones ocurridas estrictamente por desnutrición, las otras variables que también registran el fenómeno muestran la misma tendencia. De esta manera, sin conocer los valores exactos, debido a las limitaciones de las fuentes, se observa una clara tendencia descendente del problema. Es posible inferir además su magnitud, reconociéndose, a pesar del descenso, la importante incidencia que genera su prevalencia en distintos aspectos de la salud infantil,

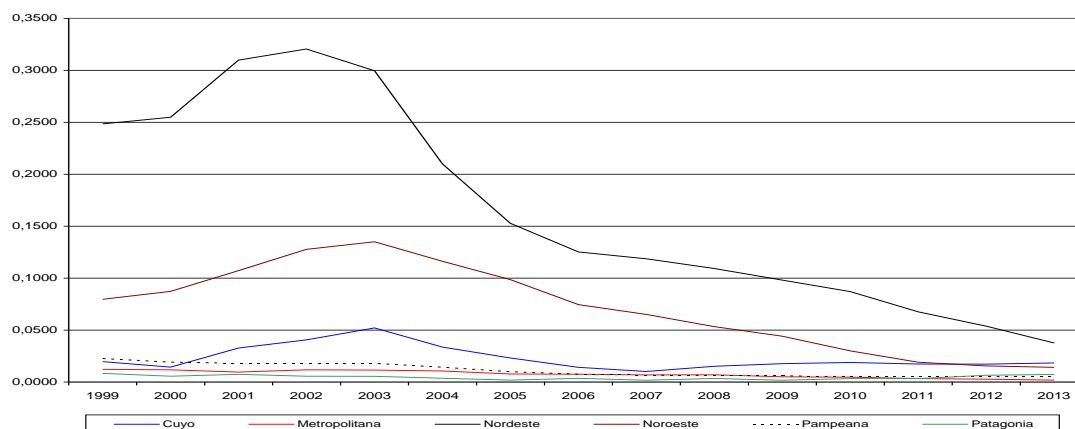
como así también la probable vigencia de la problemática en sus manifestaciones menos extremas.

4.1 La escala regional

Existe una clara diferenciación regional tanto en las magnitudes como en las tendencias que alcanza la desnutrición en la niñez según las tres vertientes (mortalidad, morbilidad y nacidos vivos) aquí analizadas (figuras 6, 7 y 8). En todos los casos, el NEA y el NOA son las regiones que presentan las peores condiciones, aunque los comportamientos de cada una de las manifestaciones de la desnutrición son muy disímiles.

Mientras que la mortalidad ya había sido controlada durante los noventa en buena parte del país, en el Norte constituía -ya avanzado en el siglo XXI- todavía un problema no resuelto. Hubo allí avances significativos durante la primera década del presente siglo, sobre todo luego de la crisis que atravesó el país en 2001. Hacia 2013, aun cuando el NEA presentaba una brecha importante con respecto al promedio nacional, podía observarse una tendencia a la convergencia en los niveles regionales.

Figura 6. Regiones argentinas. Tasa de mortalidad de menores de cinco años por desnutrición y otras anemias nutricionales (1999-2013)

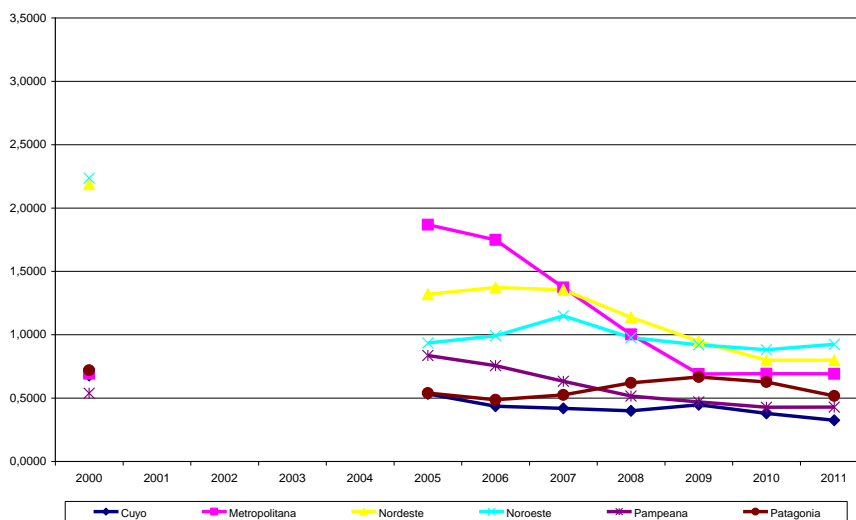


Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación

La morbilidad presentaba un comportamiento mucho más estable en su tendencia (figura 7). Asimismo, la diferenciación regional observada en la mortalidad es aún más notoria en este caso. El valor absoluto que alcanzaron los egresos por desnutrición en el periodo alcanzó a 15.684 menores de cinco años, lo cual representa el 0.69% de los egresos hospitalarios ocurridos de niños en ese tramo de edad. Esta vertiente del problema que buscamos caracterizar muestra un aspecto que permanece oculto en el indicador tradicional precedentemente analizado ya que la región Metropolitana, sobre mediados del periodo, alcanzó los valores más elevados, descendiendo a partir de entonces para ubicarse detrás del NOA y NEA como la tercera región con mayores tasas de egreso por desnutrición del país.

NOA y NEA, no obstante el descenso, detentan, al igual que la mortalidad, las mayores tasas del país.

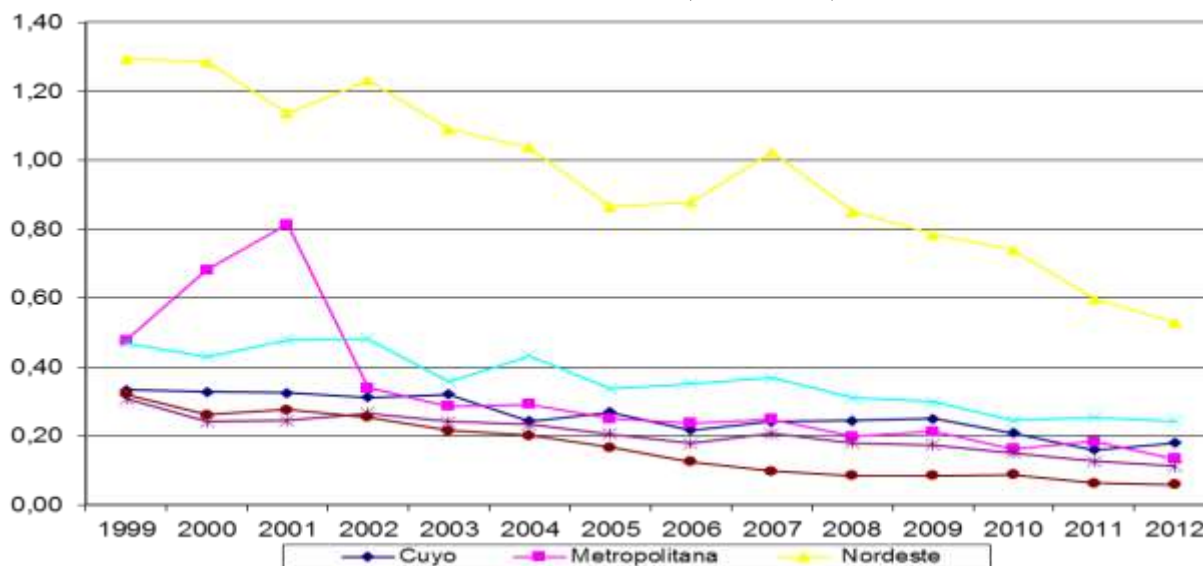
Figura 7. Regiones argentinas. Tasa de egresos hospitalarios de menores de cinco años por desnutrición y otras anemias nutricionales (2000-2011)



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación

La vertiente del bajo peso al nacer ayuda a comprender mejor cuales son las magnitudes de las diferencias regionales y, aunque también evidenció una tendencia descendente al igual que los aspectos precedentemente analizados, puede verse claramente que el NOA y el NEA registraron los valores más altos del país.

Figura 8. Regiones argentinas. Proporción de bajo peso al nacer según edad gestacional y baja educación de la madres (1999-2012).



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación

5. El abordaje cualitativo

La perspectiva cualitativa se abordó mediante la recopilación y sistematización de información referida a los Programa y Políticas Alimentarias a fin de contextualizar la preocupación del Estado por la problemática a lo largo del periodo. Y para obtener una visión actual complementaria se realizaron entrevistas a informantes calificados residentes en las provincias de Tucumán, Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ambas estrategias aportaron una visión complementaria de la desnutrición en la Argentina que proporcionan elementos para direccionar estrategias de acción que busquen trabajar en su resolución en forma más acabada.

5.1 Programas y políticas alimentarias.

El análisis de los Programas y políticas alimentarias evidencia que desde fines del siglo XIX y fundamentalmente en las primeras décadas del XX se impulsaron desde formas rudimentarias hasta sistemas más formales de ayuda o asistencia alimentaria que en forma sucesiva pasaron del enfoque asistencialista universal al focalizado. La recopilación de la información sobre la temática puso de manifiesto que desde los años '80 hasta la segunda década del siglo XXI se realizaron políticas y programas con diferentes modalidades y criterios que fueron promovidos por las áreas ministeriales de Desarrollo Social y de Salud.

En el ámbito de Desarrollo Social, entre los programas iniciados antes de la década del 2000 - Programa Alimentario Nacional (1983), Bono solidario (1989), Programa de Ayuda Solidaria de Emergencia (1990)- existieron numerosos programas destinados a sostener la demanda de alimentos y el financiamiento de familias vulnerables cuya principal característica era su descentralización. Asimismo, fueron financiados por organismos internacionales como el Banco Mundial y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). La principal particularidad de todos estos consistió en una asistencia técnica y financiera directa, en general a través de la entrega de cajas o bolsones de alimentos.

A partir del año 2003 se implementa el PNSA (Plan Nacional de Seguridad Alimentaria) como un programa de alcance universal, no focalizado (aunque la población a la que atiende es aquella de bajos recursos y zonas desfavorecidas), a través de los comedores comunitarios, el desarrollo de huertas, la capacitación y la promoción del entorno saludable. De estos componentes, el mayor presupuesto está destinado a asistencia alimentaria. La implementación de tarjetas magnéticas asociadas a cuentas donde el Estado transfiere dinero para la compra de alimentos establece un corte respecto de anteriores programas de ayuda alimentaria. Se promueve la compra de alimentos frescos (en contrapartida con las cajas de

anteriores programas donde el componente mayoritario eran alimentos secos y no perecederos). Esto se acompaña de acciones de capacitación y promoción no solo a los agentes intervinientes sino también a las familias; todo esto como parte del proceso de cambio cultural respecto de la importancia de la alimentación. El PNSA significó un cambio de paradigma respecto a la década precedente al ser más extensivo e integrar varios componentes (educativos, alimentarios, sociales, comunitarios, etc.).

Los programas promovidos del área de Salud han seguido el mismo camino: aquellos que se iniciaron en décadas previas continuaron y ampliaron su cobertura (como los Materno Infantiles) pero se tendió a universalizar la cobertura de salud en varios sentidos: planes como Remediar para la obtención de medicamentos, los Centros de Atención Primaria que tienden a descentralizar la atención básica, la mayor cobertura de salud a través de programas como el Sumar y los cambios en la política sanitaria de prevención con las modificaciones en el calendario de vacunación obligatoria han sido medidas tendientes a la ampliación de la base de beneficios brindados por el Estado en esta materia.

A lo anterior debe sumarse los programas de orden general como la Asignación Universal por Hijo (AUH) o Asignación Universal por Embarazo (AUE) por el efecto que ha tenido sobre los ingresos corrientes de las familias.

Como resultado de estas revisiones, se observó una creciente extensión de los alcances de estos programas en términos de extensión a la población y dimensiones a cubrir, tendientes a integrar la alimentación, la salud y la educación. Al tiempo que se vislumbró la carencia de estudios pormenorizados, tanto de diagnóstico de la situación al inicio de su implementación como de evaluaciones sistemáticas e institucionalizadas de resultados o de impacto que permitan medir el verdadero alcance de estas políticas. La insuficiencia de esta información no permite realizar evaluaciones de proceso que posibiliten vislumbrar si tales planes, han sido efectivos a la hora de combatir el flagelo de la desnutrición.

5.2 Visión de interventores sociales

Las entrevistas realizadas han corroborado lo observado en el análisis cuantitativo, en relación con el descenso de la desnutrición severa en los últimos años y una mejora en algunos indicadores.⁵ Sin embargo, se advierte a través de las palabreas de estos informantes que hay aún mucho por modificar para que el problema tenga vías de solución.

⁵ Se realizaron ocho entrevistas a informantes calificados que trabajan en forma directa con la implementación de programas alimentarios, o bien atención en áreas de alta probabilidad de detección de situaciones de desnutrición infantil.

Entre las causas más frecuentes se destacan las particularidades sociales en que vive la población expuesta al riesgo: la pobreza, la vulnerabilidad del medio en el que desenvuelven sus vidas los niños y niñas, tanto en lo referente al hábitat como al entorno social de esas familias. Viviendas precarias, barrios sin acceso a servicios básicos, falta de educación alimentaria, violencia familiar y consumo de drogas aparecen entre los condicionantes más referidos.

Si bien hay un mayor acceso a alimentos por la mejora en los ingresos tanto por trabajo como por programas universales como la AUH, persiste una baja calidad de alimentación en términos de nutrientes que son vitales para el crecimiento y desarrollo adecuado -a pesar de que en algunas jurisdicciones el seguimiento es mayor-. La desnutrición oculta (llamada así a la carencia de hierro) se relacionaría específicamente con esta problemática.

La dificultad que se menciona en todos los entrevistados y que parece ser también soslayado por las políticas públicas actuales es el sobrepeso y la obesidad, ambas como consecuencia de una mala administración en los recursos alimentarios que se brindan, así como una ausencia de pautas culturales y de una política deliberada de cambio educativo que permita una transformación radical en el modo en el que se maneja la compra, acceso, cocción y almacenamiento de las comidas.

Otra cuestión es la organización interna de la gestión orientada a la resolución del problema en los centros de salud y atención comunitaria, en que se destaca como exitosas aquellas experiencias que los entrevistados han diseñado o participado en los equipos interdisciplinarios. Asimismo, se menciona la necesidad de crear instancias intra-gubernamentales que pueden producir sinergia positiva para la ejecución de los programas.

Como propuestas más importantes se señalan, la necesidad de contar con diagnósticos precisos y previos a la implementación de un programa, evaluaciones de proceso para ver si está cumpliendo con los objetivos previstos, así como cálculos de impacto y cambio sobre la población. La informatización de los registros, la accesibilidad de la información, la comunicación de las distintas esferas involucradas en la ejecución de un programa y la necesidad de contar con una mirada integral son las otras mejoras que se demandan desde los actores que trabajan diariamente con esta problemática.

6. Conclusiones

La desnutrición infantil conforma el principal núcleo duro de privación y exclusión que debería ser prioritario en las políticas públicas. Existen muchas barreras para su conocimiento y análisis, que dependen a su vez de las escalas que se utilizan y las fuentes que se emplean.

Luego de los análisis precedentes, queda claro que cada una de las vertientes que se analizan resulta insuficiente para caracterizar el problema de la desnutrición en la niñez, pero el análisis conjunto permite obtener una caracterización y una comprensión del fenómeno mucho más clara. En este sentido, esta investigación pretendió sentar las bases para una nueva forma de enfocar el problema de la desnutrición, la cual no se agota en los aspectos aquí estudiados, pero que abre un fértil campo para estudios posteriores sobre la materia.

De una manera casi concluyente puede verse, luego de analizar el problema, que lejos de ser una cuestión del pasado, la desnutrición en la niñez constituye uno de los problemas de mayor relevancia en la actualidad. Las evidencias halladas muestran que este flagelo, a pesar de haber descendido, presenta magnitudes que la posicionan como uno de los más importantes problemas de salud pública en algunas regiones de Argentina, influyendo en gran medida en las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, así como en la prevalencia de ciertas enfermedades crónicas, difíciles de cuantificar. Asimismo, el costo económico y social de la enfermedad es muy alto también (gastos hospitalarios, productividad, gastos en educación, menor capacidad laboral, etc.), y el daño cerebral irreversible que genera, también complejo de cuantificar, aunque con profundas connotaciones éticas y morales.

En este trabajo, que profundizó el análisis crítico sobre las fuentes de información susceptibles de ser abordadas para estudiar este problema detectando limitaciones (sub-registro, causas ignoradas o mal registradas, ausencia de establecimientos informantes, entre otros) destacamos la fortaleza que presenta la complementariedad de enfoques cuantitativos y cualitativos. Ambos detectan aspectos parciales de un problema multifacético como la desnutrición infantil, pero en un análisis complementario permiten una visión más integral sobre el problema. El estudio de la desnutrición infantil en sus vertientes cuantitativas (mortalidad, morbilidad y bajo peso) como cualitativa (análisis de políticas y programas como entrevistas a informantes clave) renuevan el compromiso de seguir estudiando el problema holísticamente con toda la información disponible para conocer en forma más certera la situación y propender a gestionar políticas eficaces. Este enfoque complementario aporta una visión general de las diferentes aristas del fenómeno y los posibles caminos para su abordaje. Esto sumado a la perspectiva interdisciplinaria para el abordaje del problema, fortalece la organización y la documentación efectiva de los instrumentos que permitan realizar políticas de detección, prevención y seguimiento.

7. Bibliografía

- Aguirre P. Aspectos socio antropológicos de la obesidad en la pobreza. En: Peña M, Bacallao J., eds. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000: 13–25
- Aguirre, P. (2005). Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen. Buenos Aires: Ciepp.
- Bertarini, J. Evaluación del Estado Nutricional materno-infantil y Patrones de consumo maternos. Universidad de Fasta. Facultad de Ciencias Médicas. Tesis de Licenciatura en Nutrición; 2011. En <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/304>.
- Bolsi A y Paolasso P. Geografía de la pobreza en el Norte Grande Argentino. San Miguel de Tucumán: PNUD- CONICET-UNT; 2009.
- Bolzán, A. y Mercer R. Seguridad alimentaria y retardo crónico del crecimiento en niños pobres del norte argentino. Arch. Argent. Pediatr. 2009; 107(3):221-228 / 221
- Britos, S. Crisis 2001-2002: pobreza, precios y alimentos. Buenos Aires: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil; 2003.
- Bronfman, M. Como se vive se muere. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2001.
- Calvo E, y Aguirre, P. Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable. Archivos Argentinos de Pediatría. 2005; (103): 71-90.
- Carmuega, E., & Durán, P. (2000). Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes. Boletín CESNI, 3-24.
- Durán, P., Mangialavori, G., Biglieri, A., Kogan, L., & Abeyá Gilardon, E. (2009). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Archivos argentinos de pediatría, 107(5), 397-404.
- Herkovits, D. (2007). La construcción de la malnutrición Infantil: Una Etnografía sobre las condiciones y posibilidades que contribuyen a su producción y reproducción en hogares pobres de la Ciudad de Buenos Aires (Doctoral dissertation, CEDES).
- Herkovits, D. Las fronteras de la medicalización: tensiones en torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. Ciênc. saúde coletiva, 2012; 17(9): 2543-255.
- Hombres, R., y Soto, C. (1999). Determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil en países en desarrollo: un estudio de corte transversal. Cárdenas, M y Lustig, N. (Comp.). Pobreza y desigualdad en América Latina. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 187-210.

Kogan, L., Gilardón, E. A., & Biglieri, A. (2008). Anemia: La desnutrición oculta. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud–ENNyS-2008. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en Internet: <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/anemia-la-desnutricion-oculta.pdf>

Longhi, F. Magnitudes y tendencias de la desnutrición en la niñez argentina durante la primera década del siglo XXI. *Población y Salud en Mesoamérica*, 2015; (13). Disponible en <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/19496/20006>

Macías A, Quintero M, Camacho E y Sánchez, J. La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*. 2009; 36: 1129-1135.

Martorell, R. Efectos de la desnutrición en la salud y desarrollo humano y estrategias efectivas para su prevención. *Salud Pública de México*, 2007; 49. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/106/10649061.pdf>

Mercer R. Salud y pobreza en la Argentina Dime cómo ha sido tu cuna y te diré cómo serás. *Voces en el Fénix*. 2013.; (22). Disponible en <http://www.vocesenelfenix.com/content/salud-y-pobreza-en-la-argentina-dime-c%C3%B3mo-ha-sido-tu-cuna-y-te-dir%C3%A9-c%C3%B3mo-ser%C3%A1s-%E2%80%A6>

Ministerio de Salud de la Nación (2007). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A1a.pdf>

Moreno, M. (1995). La pobreza: una medición en busca de su contenido conceptual. Trabajo presentado en III Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Santa Rosa.

O'Donnell, A.; Porto, A. (2007). Las carencias alimentarias en el país. Su impacto sobre el desarrollo infantil. *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós, 141-159.

Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura. Perfiles nutricionales por países: Argentina. Roma: FAO; 2001.

Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura. Panorama de la inseguridad alimentaria en América Latina y el Caribe. FAO: Roma; 2015.

Ortiz-Andrellucchi, A., Peña Quintana, L., Albino Beñacar, A., Mönckeberg Barros, F.; Serra-Majem, L. (2006). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 533-541.

Oyhenart E et al. Estado nutricional infante juvenil en seis provincias de Argentina: variación regional. *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 2008; 10. Disponible en <http://www.revistas.unlp.edu.ar/raab/article/view/198/206>

Paraje, G. (2008). Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL.

UNICEF Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. *Desafíos*, 2006; 2. En [http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf).

UNICEF La Desnutrición Infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España, 2011. En www.unicef.es.

Wanden-Berghe, C, Camilo, M, Culebras, J. Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. *Nutrición Hospitalaria*, 2010; 25: 1-9.