

# Reflexiones y propuestas a partir de la emergencia alimentaria.



Julio 2002.

En el últimos meses, desde que la prensa expusiera ante la opinión pública el drama del hambre en la Argentina, hemos recibido decenas de llamados de medios a los que hemos contestado con la mayor rigurosidad técnica.

Pero también hemos recibido cientos de consultas de ONG's y de voluntarios de todo el país que están haciendo grandes esfuerzos para contribuir a la alimentación de miles de familias carenciadas.

El presente documento pretende aportar ideas y recomendaciones, algunas para su aplicación directa por parte de personas y ONG's comprometidas en la noble tarea de ayudar a esas familias en la emergencia. Otras para ser analizadas y discutidas por decisores y algunas más que perfectamente pueden ser aplicadas por el sector privado responsable del abastecimiento alimentario.

Creemos que son iniciativas, muchas de ellas largamente conocidas y algunas pocas más novedosas, pero que en su conjunto pueden contribuir a resolver el problema de la inseguridad alimentaria a nivel familiar en el corto y mediano plazo.

Como siempre nos motiva saber que, una vez atenuada la tragedia que estamos viviendo, la realidad de nuestros niños tiene solución y que con insistencia y conocimiento, su porvenir puede ser distinto.

Adrián Pérés  
Presidente, CESNI

Julio 2002

# Reflexiones y propuestas a partir de la emergencia alimentaria.

**Alejandro O'Donnell**  
**Sergio Britos**

A mediados de 1999, CESNI invitó a un distinguido grupo de especialistas en temas de salud y bienestar materno-infantiles a escribir sendos documentos en sus especialidades.

Los trabajos se discutieron en una reunión que se hizo en Villa La Angostura, Neuquén entre los autores de los documentos y otros especialistas que fueron también invitados a dar su opinión. Los documentos y las discusiones fueron posteriormente publicados por CESNI en un libro que se tituló "Salud y Calidad de Vida de la Niñez Argentina", que fue ampliamente distribuido a autoridades de salud a nivel nacional y provincial, asociaciones profesionales, personas vinculadas con los temas planteados y legisladores nacionales.

El título de la publicación es muestra del espíritu de la reunión. Si bien nuestro país era azotado por la desocupación y se preveían grandes dificultades económicas, pensamos que era tiempo de pensar en lo trascendente y no sólo en lo urgente. Pensábamos que la desnutrición aguda prácticamente había desaparecido, que las deficiencias nutricionales más importantes eran las de micronutrientes, que podían ser resueltas tecnológicamente, y que la obesidad comenzaba a aparecer como un problema de salud pública; también que el cuidado del desarrollo intelectual de nuestros niños más pequeños era el primer paso para la revolución educativa que el país clamaba. Sin entrar en cuestiones partidistas -de ello es prueba lo heterogéneo de la convocatoria en lo que sólo pesó la experiencia y trayectoria de los autores y participantes- se pensó que un cambio de gobierno traería nuevos aires, renovación de planteles y funcionarios, y que la publicación podría servir para diseñar nuevas políticas de salud materno-infantil. El inicio de un nuevo milenio o por lo menos de un nuevo siglo necesitaba de una cuota de optimismo.

no o por lo menos de un nuevo siglo necesitaba de una cuota de optimismo.

No fue así, todos lo sabemos. La situación de hoy tiene un dramatismo, inédito en la historia nacional, y con un futuro más que doloroso por delante. Retrocedimos y hoy nuevamente estamos viviendo lo urgente y el dramatismo de la situación que golpea a más de la mitad de la población y que para una cuarta parte de ella llega a niveles insostenibles. Un lamentable deja-vu, pero peor.

Sumemos a ello las dificultades del sector salud para hacer frente al aumento de la demanda que significa la creciente masa de desocupados y sus familias a las que debe asistir, las crisis familiares provocadas por depresión, falta de trabajo o migraciones, los problemas en la implementación de programas asistenciales de emergencia. Todo esto trae aparejado un enorme impacto en nuestra niñez.

Tan solo planteado el aspecto alimentario de esta crisis, en los primeros cinco meses de 2002, los precios generales aumentaron un 25,9%, los de alimentos 32,8% y el valor de la canasta básica de alimentos un 42,5%, lo que brinda una dimensión del problema de acceso a los alimentos a que se enfrentan los hogares pobres e indigentes.

Hasta fines de 2001, los programas sociales y alimentarios seguían siendo, con pocas diferencias los mismos que se consolidaron en los '90: el programa materno-infantil, que a partir de 2001 modificó la distribución de leche entera común por leche fortificada con hierro y zinc, los programas de entrega de cajas o bolsones de alimentos e incipientes acciones de asistencia alimentaria a través de bonos canjeables en los comercios,

además de los tradicionales programas de comedores escolares e infantiles o comunitarios y el Programa ProHuerta.

En la crisis, las políticas fueron reformuladas para la atención prioritaria de la emergencia, transfiriendo partidas presupuestarias a los gobiernos provinciales para ejecutar diferentes programas alimentarios y redireccionando acciones de salud y desarrollo social hacia compras y transferencias de alimentos.

Por otra parte, a partir de mayo de este año comenzó la ejecución de un amplio programa de transferencia de ingresos (Programa Jefas y Jefes de Hogar, PJJH) por medio del cual se otorga \$ 150 a cada hogar beneficiario. Si bien no se trata de un programa alimentario, indudablemente una gran proporción de los ingresos se destinan a la compra de alimentos.

Pero además de las políticas gubernamentales de emergencia, hemos asistido en estos últimos meses a una explosión de iniciativas solidarias y comunitarias movilizadas por la emergencia. Ejemplo de ello son el vertiginoso crecimiento de los centros de trueque, el interés creciente por el desarrollo de huertas familiares y comunitarias y algunas experiencias de ferias francas.

Desde el sector empresario también aparecieron propuestas como por ejemplo el interés por donar soja para su consumo en comedores infantiles o comunitarios o la intención de crear diferentes versiones de bancos de alimentos para vincular en forma directa las necesidades de asistencia con la oferta de productores.

Muchas de estas iniciativas han puesto en la mesa la discusión acerca de la real efectividad de las políticas tradicionales de asistencia alimentaria y la necesidad de progresar hacia nuevos formatos, menos clientelistas, más cercanos a la gente y a sus derechos de ciudadanía y en lo posible vinculados a estrategias productivas y sustentables.

Microemprendimientos productivos, desarrollos locales con énfasis en la seguridad alimentaria o estrategias que promuevan la mejor compra de alimentos, comienzan a filtrarse en la agenda de

las políticas sociales, tanto las que provienen de instituciones gubernamentales como de las ONG's.

En momentos como los que se viven en Argentina, le cabe al Estado asegurar que los grupos vulnerables y crecientemente pobres accedan oportuna y eficientemente a los pilares actuales de la política social: el subsidio de \$ 150 del PJJH, la leche fortificada del Programa Materno-Infantil, el programa ProHuerta, los programas alimentarios provinciales y los programas de atención primaria de la salud para madres y niños. Esto es lo urgente, lo impostergable.

Pero más allá de lo urgente es también indispensable que el Estado, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado se comprometan en el diseño de una agenda orientada a promover y fortalecer la Seguridad Alimentaria y Nutricional a través de políticas sustentables. Seguridad Alimentaria y Nutricional entendida como el derecho ciudadano de acceso regular y suficiente a los alimentos necesarios y los medios para su adecuada utilización biológica.

Como una contribución a este debate que creemos necesario y urgente, desde CESNI queremos aportar algunas ideas y comentarios sobre intervenciones en este campo, sean gubernamentales o solidarias a través de los cientos de ONG que se han movilizadas en la emergencia.

Este documento contiene tres secciones. La primera se refiere a intervenciones en el terreno de la salud y la nutrición en la presente emergencia y la segunda plantea un conjunto de iniciativas orientadas a fortalecer la autonomía y sustentabilidad alimentaria de los hogares. En un anexo, se adjuntan los últimos datos publicados sobre el estado nutricional de los niños argentinos, cifras que probable y lamentablemente están quedando desactualizados.

# I. Intervenciones en nutrición y salud en la emergencia.

La escasez universal de recursos, la cantidad de organizaciones de voluntarios que están trabajando para morigerar la crisis alimentaria, el creciente porcentaje de la población que se ha vuelto dependiente de la ayuda alimentaria, el caos de las generosas donaciones tanto en la cantidad o en la variedad de los alimentos donados, requiere de la definición de prioridades en los beneficiarios de la asistencia alimentaria. O sea, quiénes deberían recibir más y mejor calidad alimentaria cuando los recursos son escasos y no alcanzan para todos por igual.

En nutrición clínica o experimental se sabe desde siempre que los efectos de la desnutrición son más graves y duraderos cuanto más joven es quien la padece. De acuerdo a esto, las secuelas serán en general más severas cuando se padecen en la vida intrauterina y en los primeros años de la vida. Estas secuelas serán de orden somático (baja talla para la edad, desproporciones corporales), funcionales (retraso madurativo producido por la misma desnutrición proteino-energética o por deficiencias de micronutrientes como hierro o zinc) inmunológicas (menores defensas ante las infecciones, mortalidad y morbilidad elevadas) y tendrán secuelas a largo plazo, en la vida adulta (obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad coronarias y accidentes vasculares cerebrales). Se sabe que la baja talla de origen nutricional-social es una desventaja laboral y que se asocia directamente con el grado de repitencia a nivel escolar.

Se sabe también que los primeros tres años de la vida extrauterina son los más sensibles para los insultos nutricionales y ambientales, que casi siempre dejan secuelas en niños que viven en ambientes muy carenciados. Se sabe también que estos mismos insultos en niños mayores pueden afectarlos temporalmente pero probablemente no dejen secuelas definitivas.

Es obvio entonces que todos los esfuerzos deben destinarse prioritariamente a las embarazadas en riesgo y a los niños menores de tres años. Y entre estos, aquellos de baja talla deberán ser objeto de la mayor supervisión. La baja talla de un niño-social, no genética- es la expresión viviente de un

pasado de desnutrición, de carencia de algunos micronutrientes, de bajo peso de nacimiento, de enfermedades reiteradas y de mal cuidado familiar.

La baja talla era hasta 1998 la forma prevalente de desnutrición en nuestro país (9 a 17% de nuestros niños) mucho más que el bajo peso para la talla (emaciación, desmedro, desnutrición aguda) que no era mayor al 1,5%. Con toda seguridad ambas cifras han aumentado en los últimos años, y más en los últimos meses.

La talla de nuestros niños menos favorecidos comienza a afectarse tempranamente, ya al año de edad comienzan a distanciarse de la normalidad, luego de haber sido protegidos en los primeros meses por la lactancia materna.

De allí que la medición en posición acostada de estos pequeños sea una acción de gran utilidad para seleccionar a los que necesitan ayuda prioritaria. Si bien no es fácil hacerlo en condiciones de emergencia y en ámbitos no sanitarios, es fácil hacerlo entre dos personas, con un centímetro fijado en una tabla de madera o cualquier superficie y dos libros mantenidos verticalmente a nivel de cabeza y pies.

Los niños mayores deben medirse de pie, con centímetro o cinta de medir fijada en una pared, un libro sostenido horizontalmente sobre la cabeza. En esta edad una alternativa que ha demostrado su utilidad en situaciones de emergencias y catástrofes es la medición de la circunferencia del brazo tomada con una cinta métrica en la parte media del brazo. Su valor radica en que es relativamente independiente de la edad pues se modifica muy poco entre los 2 y los 7 años de edad y se relaciona bastante bien con el estado nutricional en proteína (músculos) y en energía (tejido adiposo). Su precisión diagnóstica aumenta sustancialmente si se conoce la edad del niño y se compara el resultado de la medición con tablas de referencia existentes.

Como antes se dijo, una de las principales causas de retraso de crecimiento es haber nacido con bajo peso para la edad gestacional. En medios

poco favorecidos, factores postnatales -enfermedades, alimentación inadecuada, deficiencia de micronutrientes- etc agravan el retraso de crecimiento haciéndolo cada vez más severo.

Los recién nacidos de bajo peso son los principales contribuyentes a la mortalidad infantil de nuestro país. El bajo peso de nacimiento se relaciona con patología obstétrica materna, muchas de ellas prevenibles con un adecuado control del embarazo -hipertensión arterial, infecciones urinarias y sistémicas, anomalías placentarias estructurales o en el flujo sanguíneo, infecciones fetales etc-, por lo que se deberan hacer todos los esfuerzos para que las embarazadas tengan por lo menos tres controles prenatales, el primero lo más tempranamente posible. **Prioridad para ello son las embarazadas adolescentes, las añosas y las multíparas con embarazos muy seguidos.**

Desde el punto de vista nutricional, madres de tamaño pequeño -bajo peso y/o baja talla- tienen mayor riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer. Las madres que tienen un peso pre-concepcional inferior al Percentilo (P) 25 tienen 2,5 veces más riesgo de tener hijos pequeños que las que tienen un peso preconcepcional superior al Percentilo 75.

**El aumento de peso durante el embarazo es un buen predictor del bajo peso de nacimiento.** En embarazadas cuyo aumento de peso durante el embarazo es inferior al P25, el riesgo de tener un recién nacido de bajo peso es 3,1 veces mayor a las 36 semanas de embarazo que las que aumentan en el percentilo 75. Si las mujeres son además de baja talla, el riesgo aumenta a 3,5 y si además tenían bajo peso pre-concepcional, el riesgo se incrementa a 4,0 veces. La estatura materna aisladamente no es un buen predictor del peso de nacimiento; más bien lo es de complicaciones obstétricas.

El valor predictivo del Índice de Masa Corporal (IMC, que es el peso corporal en kg dividido por el cuadrado de la talla en cm) es menor que el peso preconcepcional y el aumento gestacional de peso. De todas maneras, madres con <P25 de IMC tienen el doble de riesgo que la madres con

IMC >P75. También porque en circunstancias de extrema pobreza o de hambruna son las mujeres de bajo IMC preconcepcional las que más aumentan de peso durante el embarazo, mientras las de IMC preconcepcional normal casi no aumentan o pierden peso. Mujeres extremadamente desnutridas no derivan eventuales apoyos alimentarios a sus fetos, sino que priorizan su cuerpo, aumentando ellas de peso sin que aumente el peso del recién nacido. ¡Es sabia la naturaleza al proteger a las madres primero, protegiendo así a los demás hijos!

Las mujeres que están por debajo del P25 de peso preconcepcional y de aumento de peso durante el embarazo tienen casi 6 veces más riesgo de tener un hijo de bajo peso que una embarazada con mejor peso.

**Es obvio que estas mujeres, una vez detectadas, y más si son adolescentes deben ser prioridad en la asignación de recursos y programas alimentarios.**

¿Cuáles embarazadas se benefician de la suplementación alimentaria? ¿Y cómo debería ser esta suplementación? Son las que hemos descrito antes. La pregunta del millón es en qué momento de la gestación es más efectiva la suplementación. Antes se consideraba que el momento era el tercer trimestre cuando el feto acumula más grasa en su cuerpo y cuando las reservas maternas se habrían agotado. Sin embargo recientes estudios muestran que **los mayores beneficios se obtienen en las etapas iniciales de la gestación - primera mitad-** cuando las madres acumulan más grasa en su organismo que luego utilizarán para sostener el costo del embarazo. En adolescentes embarazadas se ha comprobado que aquellas que aumentaban poco de peso en el primer trimestre, aunque posteriormente lo hicieran adecuadamente, tenían el doble de riesgo de tener hijos con retardo de crecimiento intrauterino que las que habían aumentado la misma cantidad de kilos pero uniformemente a lo largo del embarazo. Otros estudios han demostrado que la desnutrición fetal en la primera mitad del embarazo produce severas alteraciones en el sistema inmune del niño, con mayores posibilidades de muerte, aun en la vida adulta. Una razón más

para que el control prenatal sea la más precoz posible.

La otra pregunta importante es con qué se debe suplementar. Obviamente, una embarazada necesita comida y todo lo que esta vehiculiza de nutrientes. Un análisis de numerosos estudios concluyó **que el único micronutriente cuya suplementación durante la gestación se ha asociado con disminución de la incidencia de bajo peso de nacimiento es el ácido fólico.** Es conocido el efecto de los folatos antes de la 5ª semana de gestación en la prevención de los defectos del tubo neural; sin embargo la suplementación aún después de la mitad del embarazo produce disminución de los partos prematuros y de algunas malformaciones congénitas. Las mujeres con embarazos muy se-guidos están en claro riesgo de deficiencia de ácido fólico por lo que deben ser candidatos a acciones de suplementación.

**La suplementación con proteínas ha demostrado ser ineficaz y hasta negativa en varios estudios.** La administración de complementos ricos en proteína se ha asociado con menor aumento de peso materno y con mayor incidencia de retardo de crecimiento intrauterino, pero no de prematurez. Conclusión: la suplementación con proteínas deberá tener como meta alcanzar los rangos habituales de la alimentación humana (de 11 a 15% de las calorías), en una dieta con un valor energético adecuado.

La anemia por deficiencia de hierro es la deficiencia más común en las embarazadas, y es muy difícil de tratar. La meta es que las mujeres inicien sus embarazos con un buen estado de nutrición en hierro, lo cual no es fácil y mucho menos en las adolescentes. Se estima que el porcentaje de mujeres anémicas en edad fértil pero no embarazadas llega a 30 %. Grados severos de anemia se asocian con alta mortalidad materna, bajo peso de nacimiento, deficiencias inmunológicas e infecciones en la madre y el feto.

Por otro lado la administración de hierro a las embarazadas permite la elevación de los niveles de hemoglobina materna por lo que debería ser administrado a todas las mujeres de bajos recursos, con embarazos repetidos y con una dieta

deficiente en cantidad y calidad. El mejoramiento de la anemia en las madres, aunque no sean severas, les permitirá mejor desempeño en las tareas cotidianas y en el cuidado de los hermanitos. La reciente fortificación con hierro y zinc de la leche del Programa Materno-Infantil y la esperada fortificación de la harina para panificación con hierro y folatos son noticias auspiciosas en este terreno; están plenamente recomendadas en las embarazadas.

En algunas comunidades puede existir deficiencia de vitamina A, sobre todo cuando el consumo de alimentos no frescos es elevado como es el caso de los beneficiarios de cajas o bolsones de alimentos o de comedores comunitarios con dietas monótonas. Cifras de Tierra del Fuego dan 11% con niveles bajos de vitamina A y en el NEA un estudio da cifras de hasta 37%, difíciles de creer pues son casi las de la India. **De decidirse suplementar, no más de 3,000 ug de retinol sería la dosis diaria, sin sobrepasarla por los riesgos de toxicidad para el feto (teratogenia).**

A pesar de los reconocidos efectos del zinc sobre el crecimiento de niños desnutridos de corta edad, **no hay evidencias definitivas que la suplementación con Zn disminuya el retraso de crecimiento intrauterino.**

La adecuada ingesta de calcio en las mujeres tiene gran trascendencia en la prevención de la inevitable osteoporosis postmenopáusica. El embarazo no significa un gran costo en este nutriente, pero sí la lactancia. **En el embarazo la suplementación con calcio ha demostrado ser claramente útil para reducir el riesgo de hipertensión preeclampsia y eclampsia.** Mujeres con estos padecimientos suelen tener hijos de bajo peso de nacimiento.

Lo expuesto hasta ahora es un riguroso resumen de lo que hoy se sabe válido. Lo que nunca se ha estudiado es la conveniencia y el costo-beneficio de la administración de polivitamínicos y minerales varios. El costo es más elevado pero en circunstancias de una alimentación deficiente y monótona es de considerar la existencia de deficiencias bioquímicas de algunos nutrientes. La dieta de los hogares pobres e indigentes es de

baja calidad y de gran monotonía, agravando deficiencias con el transcurso del tiempo.

**Ya en el área postnatal, uno de los factores más trascendentes para la prevención de la desnutrición precoz -y ulterior baja talla- es una lactancia adecuada y prolongada. No hay estudio que no haya confirmado su valor no sólo nutricional sino también inmunológico y psicológico. Todos los esfuerzos deberán ser encaminados a promover y mantener la lactancia, particularmente en los sectores más deprimidos y más que nada en las adolescentes. Es el gran salvavidas de los niños.**

Luego de la lactancia comienza la introducción de alimentos complementarios de la leche materna. Las agencias internacionales han establecido como ideal el mantenimiento de la lactancia exclusiva -sin la exposición del niño a ningún alimento que no sea la leche de su madre- durante los seis primeros meses de la vida y que se mantenga el pecho posteriormente todo el tiempo posible. La introducción de alimentos complementarios es una etapa crítica en la vida de un niño pues comienza a ser expuesto a alimentos extraños, con alta posibilidad de que estén contaminados, sobre todo en los medios más pobres en los que las condiciones ambientales suelen ser deficientes. Otro de los peligros es que la calidad nutricional de estos alimentos sea inadecuada, promoviendo deficiencias que pueden ser clínicamente evidentes o a través de estudios bioquímicos en niños aparentemente sanos (desnutrición oculta).

Durante los primeros tres años de la vida, la leche continúa siendo un alimento fundamental como aporte de proteína y calcio. La leche fortificada del Programa Materno-Infantil es ideal en esta etapa de la vida. Su contenido en hierro contribuye a lograr una sustancial disminución en la prevalencia de anemia, que en este rango es más de 50%, llegando en algunos estudios a 65%. Esta leche aporta además zinc y vitamina C, también fundamentales en esta edad de la vida.

Con respecto al resto de los alimentos debe asegurarse que tengan una densidad calórica adecuada (0,8 kcal/g) lo cual se puede lograr median-

te la adición de azúcar pero sobre todo mediante aceite, manteca o mantequilla de cerdo según lo que se disponga. Deben hacerse todos los esfuerzos para que los niños reciban todos los días una porción de carnes (pescado, vacuno, cerdo, ave, caza) que proveerán zinc y sobre todo hierro, fundamentalmente cuando no se dispone de la leche fortificada del Ministerio de Salud, que debería ser reservada prioritariamente para niños de estas edades.

Los equipos de salud y las madres tienen que disponer de conocimientos e información adecuada acerca de formas simples de combinar los alimentos disponibles para aumentar la calidad y densidad de nutrientes de la alimentación de los niños.

Nada sabemos de la necesidad de vitaminas en estas circunstancias pero no sería de extrañar que existan carencias subclínicas (ver apéndice). Las vitaminas hidrosolubles no tienen depósitos de manera que se necesita, sino una ingesta diaria, al menos que sea muy frecuente. En circunstancias normales en nuestro país sólo conocemos que la deficiencia de vitamina A es de moderada magnitud, habiéndose recomendado la fortificación de los alimentos más habituales en los niños. Sin embargo, cuando el consumo es predominantemente a base de cereales refinados como arroz blanco, polenta, pan hecho con harina refinada o porotos de leguminosas es posible que estemos incurriendo en deficiencia de algunas vitaminas, sobre todo si el consumo de verduras verdes, frutas, leche entera o carnes es escaso. Aunque costoso, no debería desecharse la administración de polivitamínicos particularmente en los niños que se han detectado como desnutridos. En el caso de no disponerse de leche fortificada se deberá administrar hierro en forma de gotas a todos los menores de tres años, siquiera dos veces a la semana, dosis que es tan eficaz -y con menor intolerancia- como la diaria para la prevención de la anemia en la infancia.

Es habitual que la desnutrición se asocie con deficiencia de proteína, y que la solución del problema alimentario pueda provenir del empleo de la soja, de la que existe aparentemente buena disponibilidad a través de donaciones de los productores. La soja es una excelente proteína y tiene un

elevado valor energético -el mayor de todas las leguminosas- en razón de su alto contenido de aceite, que es de muy buena calidad. Pero es deficitaria en muchos nutrientes, y por su alto contenido en fitatos interfiere con la absorción del hierro y del zinc; tampoco es una buena fuente de calcio. La soja no es una panacea nutricional y sólo debe considerarse como parte de la alimentación de los niños, complementando y enriqueciendo comidas habituales como los guisos.

Desnutrición no es sinónimo de falta de comida solamente. Es producto del cúmulo de circunstancias adversas que rodean la vida del niño. En la crisis actual, con tan alta tasa de desocupación, pobreza extrema y violencia social y familiar, el stress que sufren los damnificados es enorme y repercute dramáticamente sobre los niños. Progenitores que abandonan a sus familias, madres que deben dejar a sus hijos solos cuando salen a trabajar, imposibilidad de llevarlo a la consulta médica cuando enferman para no faltar al trabajo o por no tener dinero para viajar ni para adquirir medicamentos mínimos, todos son factores que pueden conducir a la desnutrición. De allí que sea casi tan importante como obtener alimentos, el desarrollar redes de apoyo social que ayuden a familias en situaciones especialmente críticas.

Para darnos cuenta de lo que significa la desnutrición en los primeros años de la vida y su repercusión, ya no sobre la enfermedad, sino como obstáculo para el futuro de un niño en lo que hace a su coeficiente intelectual es posible hacer un cómputo del deterioro que producen diversas situaciones que posiblemente tenga que enfrentar un niño desnutrido y extremadamente pobre. Dependiendo de algunos factores obstétricos y perinatales, nacer con bajo peso significa en promedio 8-10 puntos menos de coeficiente intelectual, salvo que medien exigentes programas de estimulación temprana; la desnutrición proteinoenergética puede significar 5-8 puntos menos; la anemia por deficiencia de hierro, 4-6 puntos; la de zinc, 2 a 3 puntos menos; la inadecuada o pobre estimulación a nivel del hogar, 10 o más puntos. Súmense estos números y comprendemos el oscuro futuro educacional y laboral de estos hijos de la pobreza.

Por último, antes de ingresar en la segunda parte de este documento no podemos obviar un tipo de respuesta que ha crecido profusamente por segunda vez en los últimos 13 años (la primera en coincidencia con la hiperinflación de 1989/90). Nos referimos a la proliferación de comedores comunitarios, muchos de ellos surgidos de manera improvisada para enfrentar las facetas más desesperantes de la indigencia.

En estos comedores confluyen, en diferentes dosis, el compromiso comunitario, el voluntarismo, las donaciones desorganizadas, las malas prácticas de higiene y seguridad bromatológica y otros vicios y virtudes. Los comedores comunitarios, algunos mejor y otros peor equipados responden al ya, al ahora y en estos momentos extremadamente críticos es difícil pensar en que desaparezcan.

De todas formas es necesario reparar en los vicios de esta forma de hacer asistencia alimentaria, que nutricionalmente solo atenúan el hambre del día o del momento y que afectan profundamente el sentido familiar de la comida, la comensalidad.

En la emergencia es importante que los nutricionistas, las organizaciones no gubernamentales (como lo venimos haciendo desde CESNI) y desde ya el Estado presten toda la asistencia técnica y capacitación a quienes gestionan comedores y a las muchas empresas y organizaciones que quieren colaborar mediante donaciones. La idea es que mientras dure lo peor de la emergencia, los comedores comunitarios funcionen mínimamente de la mano de ciertos contenidos básicos de planificación nutricional.

A medida que la emergencia se atenúe y los comedores vayan siendo sustituidos por formas más dignas de inclusión social, de todas formas crecerá la demanda por servicios del tipo de los comedores.

Existe en Argentina una amplia franja de niños entre 2 y 5 años que están solos en sus casas mientras sus padres están fuera o quedan al cuidado de hermanos mayores o parientes. En los últimos 10 años lograron instituirse en el país inci-

pientes programas del tipo de los Centros de Desarrollo Infantil (programa PROMIN) o Centros de Cuidado Infantil (el ex programa PRANI) o experiencias de trabajo con las familias o cuidadores para estimular el acompañamiento del desarrollo.

Prestaciones alimentarias nutricionalmente adecuadas junto a programas o acciones que atiendan el desarrollo de los niños y no simplemente “comederos”. Esa es la apuesta para la transformación de cientos o miles de los actuales comedores comunitarios.

## II. Intervenciones relacionadas con la Seguridad Alimentaria, en la emergencia y en el mediano plazo con actividades sustentables.

### La mejor compra de alimentos.

“La mejor compra” es una estrategia que se originó en Perú en los años ‘80, como una herramienta para la vigilancia de los precios de alimentos y la promoción de recetas y menús económicos y nutricionalmente convenientes.

Ya en el año 2001, antes que se disparara la crisis y la inflación afectara principalmente los precios de los alimentos, promovimos desde CESNI la adopción de estrategias de mejor compra por parte de los sectores privados, particularmente los supermercados. Ahora es más que necesaria la adopción de acciones en esa dirección y el propio Ministerio de Salud está encaminando un programa de Educación Alimentaria-Nutricional que incluye actividades en torno al concepto de la mejor compra.

En realidad, la mejor compra es una idea sencilla que se basa en algún mecanismo de relevamiento de los precios de alimentos y la identificación de los productos más económicos dados ciertos criterios de valor nutricional.

En primer término, la implementación de la actividad en este momento es más que oportuna dadas las repercusiones derivadas del impacto de la devaluación del peso en los precios de los alimentos más consumidos en hogares pobres **(1)**, la aceleración de la inflación y su repercusión en el valor de la canasta básica de alimentos.

Lo importante de la estrategia no es tanto su procedimiento como los usos que puedan derivarse de ella y las diferentes iniciativas que pueden generarse. ¿Cómo ?

Inicialmente, creemos que el nivel local, un municipio pequeño, un barrio, es el ámbito de aplicación más indicado para la mejor compra. Allí pueden identificarse los actores sociales, organizaciones barriales, centros de salud, escuelas, nutricionistas y los propios comercios quienes en su conjunto deben sensibilizarse y comprometerse en la implementación de la estrategia.

- identificando los comercios más frecuentemente utilizados por la gente.
- analizando la disponibilidad local de alimentos y las prácticas alimentarias locales, de importancia en muchos pueblos o ciudades del interior.
- armando canastas alimentarias nutricionalmente adecuadas y de bajo costo.
- difundiendo y realizando acciones de Educación Alimentaria en torno a las Guías Alimentarias para la población argentina recientemente elaboradas por la Asociación Argentina de Nutricionistas.
- organizando actividades comunitarias como difusión de recetas y menús económicos, identificación de las mejores opciones de compra en el barrio o en el municipio, organización de ferias, etc.

**(1)** Los alimentos trasables (exportables) de la economía argentina, sumados a los que tienen una fuerte incidencia de insumos importados conforman más del 80% del consumo calórico y dos tercios del gasto en alimentos de los hogares indigentes

- promoviendo iniciativas de compras comunitarias, ferias francas de productos a bajo costo, etc.

En las grandes ciudades, supermercados y cadenas de autoservicios pueden generar un compromiso social con su comunidad acompañando y hasta liderando la iniciativa de la mejor compra. Sin ir más lejos, asistimos en los últimos meses a una profusa publicidad en diarios y otros medios referida a las ofertas y canastas semanales de distintos supermercados. Esa publicidad puede ser más útil si pudiera aprovecharse como una intervención educativa que brindase información que permita a sus clientes optimizar las compras de alimentos nutricionalmente adecuados con sus magros ingresos.

Seguramente una amplia franja de la población en situación de indigencia accede poco a los supermercados, pero como contracara algunas estimaciones sitúan en un 80% la proporción de nuevos pobres por ingresos provenientes de la clase media que sí acostumbra comprar en esos negocios.

Hace dos años se han elaborado y actualizado las canastas básicas de alimentos del Noroeste, Noreste, Cuyo, Area Pampeana y Patagonia ; sin embargo hasta ahora el INDEC ha utilizado solamente la canasta de alimentos del Gran Buenos Aires. Estas canastas pueden servir para identificar cuáles son los productos que concentran no solo el gasto alimentario básico de los hogares sino además sus ingestas de calorías, proteínas, hierro, calcio y otros nutrientes esenciales.

La idea sería que esas canastas, los principales productos trazadores del consumo de los hogares, sean adecuadamente destacadas, priorizadas en las ofertas, promociones o publicidad de los supermercados.

De la misma manera, las tarjetas de clientes o de acumulación de puntos o los cupones de descuento que emiten los propios supermercados podrían en esta emergencia económica estar direccionadas a los productos que conforman las canastas básicas de alimentos.

Son propuestas fáciles de operacionalizar, sin que signifiquen pérdidas comerciales para las empresas y constituyen una intervención educativa y orientadora, oportuna y socialmente comprometida en estos tiempos de crisis.

Los propios supermercados o los nutricionistas pueden colaborar en la emergencia con educación alimentaria, guías para realizar la mejor compra de alimentos o sugerencias para la mejor utilización de alimentos y la elaboración de recetas económicas o compras grupales.

### **Los programas de transferencia de ingresos, como el Programa Jefas y Jefes de Hogar.**

Este programa destina a cerca de 1,6 millones de beneficiarios un ingreso de \$ 150 mensuales que se vuelcan íntegramente al consumo. Mensualmente son unos 240 millones de pesos destinados al mercado interno a través de los cuáles vuelven al estado más de 40 millones en concepto de IVA. Por otra parte, es razonable suponer que la mayor proporción del ingreso se destinará a la compra de alimentos, quizá un 60% o 70% del subsidio.

Si bien el monto del subsidio puede ser importante para un jefe de hogar sin ingresos, es de destacar que los \$ 150 no alcanzan a cubrir ni la mitad del costo de la canasta básica de alimentos de un hogar pobre, de modo que cualquier intervención que permita generar ahorros adicionales suman un valor neto al subsidio.

Además de la implementación de acciones en torno a la mejor compra y a la difusión de canastas básicas es interesante analizar la posibilidad de generar descuentos en los precios de alimentos de esas canastas por medio de un reintegro del Impuesto al Valor Agregado (IVA) percibido en los alimentos que las integran y que sean adquiridos por beneficiarios de los planes sociales y alimentarios.

Consideremos la siguiente hipótesis vinculada al Plan Jefas y Jefes: por cada \$ 150 mensuales de

subsidio, es razonable que los beneficiarios destinen entre un 60-70% a comprar alimentos, aproximadamente \$ 100, de los cuales \$17 corresponden a IVA.

Recordemos lo que planteamos más arriba: el sector minorista absorbe unos 240 millones de pesos mensuales que hace tan solo dos meses no se gastaban y al estado retornan unos \$ 40 millones por el IVA correspondiente a aquella suma. Si por cada \$ 100 que se destinaran a alimentos de la canasta básica el Estado resignara los \$ 17 de IVA, el impacto fiscal global sería de 27 millones mensuales (en lugar de \$41 millones ingresarían al fisco 14).

En 2001 la recaudación anual de IVA fue del orden de 15000 millones de pesos, con lo que reintegrar el impuesto a las compras de alimentos de la canasta básica de los beneficiarios del Plan Jefas y Jefes representaría tan solo el 2,5% de aquella cifra, mientras que para el beneficiario implica un poder de compra adicional de \$17, un 11% más que el monto del subsidio percibido.

En el país hay una experiencia similar a esta propuesta ya que desde diciembre de 2001 todas las compras con tarjetas de débito generan un reintegro de 5 puntos de IVA, equivalente a un descuento de 4,31% en el precio final de cualquier producto.

**Una vía para operativizar la propuesta es el otorgamiento de tarjetas magnéticas a los beneficiarios del programa.** Aunque sabemos que existen opiniones contrarias a esta opción, creemos que aún con las limitaciones de su alcance (hogares que accedan geográficamente a un supermercado y culturalmente a manejar una tarjeta magnética) es una medida progresiva en materia impositiva y con direccionalidad hacia la seguridad alimentaria.

De todas formas, pueden estudiarse otros mecanismos que permitan avanzar en el reintegro del IVA a los alimentos de la canasta básica. En cualquier caso, se trata de mecanismos que suponen que las ventas se registran por lo que quedan excluidas de esta posibilidad todas las compras en los comercios no registrados (pequeños almacenes o kioscos en casas de familia por ejemplo).

Un mecanismo alternativo que proponemos analizar es la emisión (y entrega a los beneficiarios) de **tickets de crédito fiscal** (supongamos que mensualmente se agregan al subsidio de \$150, créditos fiscales por \$17) que son canjeados en el momento de la compra (el comerciante “descuenta” ese valor de la compra de alimentos de la canasta básica efectuada por el beneficiario y toma ese descuento como un crédito fiscal acreditado por los tickets entregados por su cliente).

Otra alternativa, aunque limitada al circuito de los supermercados es la **utilización de las tarjetas de acumulación de puntos que emiten las propias cadenas**, como mencionábamos arriba.

Creemos que la integración de propuestas como la de mejor compra, promoción de canastas alimentarias y otorgamiento de estímulos fiscales con eje en la seguridad alimentaria deben incluirse en la agenda de las políticas públicas y particularmente las sociales-alimentarias.

Si bien el Plan Jefas y Jefes se formuló para la emergencia, hay varias alternativas que se están discutiendo, como ingreso garantizado a hogares pobres o ingreso ciudadano. En cualquiera de estos esquemas sería de utilidad la incorporación de herramientas que fortalezcan la compra y consumo de alimentos básicos y nutricionalmente convenientes.

## **Iniciativas vinculadas a Huertas y al abastecimiento alimentario.**

En los últimos meses se han multiplicado las apelaciones a la contribución de las huertas como medio para enfrentar la crisis alimentaria.

En primer lugar hay que destacar el papel del ProHuerta, programa del INTA con financiamiento del Ministerio de Desarrollo Social, que a lo largo de toda la década del '90 ha venido multiplicando huertas en todas las provincias hasta alcanzar un total de 429 mil unidades productivas familiares, 6000 escolares y 2800 comunitarias, atendiendo a unos 2,75 millones de personas.

Se estima que la producción del programa alcanza unas 80000 toneladas anuales de hortalizas frescas (algo más de 1/2 kg diario por huerta aproximadamente).

El costo de una huerta alcanza entre \$18 y \$20 anuales, mientras que el costo de la producción en una unidad pequeña y a valores minoristas es de aproximadamente \$240.

¿Las huertas constituyen una alternativa limitada al ámbito rural? A la luz de las estadísticas del ProHuerta, un 66% se radican en áreas urbanas y periurbanas. Tan solo en la Ciudad de Buenos Aires existen más de un centenar de unidades productivas, mientras que en el Gran Buenos Aires, particularmente en el segundo y tercer cordón el número de huertas asciende a 38000.

En las localizaciones urbanas los terrenos disponibles son menores (unos 40 m<sup>2</sup>), pero a la vez hay gran cantidad de terrenos no utilizados. **Pensemos tan solo en los miles de m<sup>2</sup> de tierras adyacentes a las vías de los ferrocarriles, suelos vírgenes y de gran fertilidad.**

En términos de seguridad alimentaria, las huertas ofrecen varias potencialidades; la primera es su dimensión productiva propiamente dicha, a través de la cual se pueden complementar otras acciones o programas existentes.

Sin embargo, las huertas constituyen una oportunidad para la complementariedad y generación de microemprendimientos que no solo aporten a la autosuficiencia hortícola familiar sino a formas sustentables de generación de ingresos y alternativas de comercialización de hortalizas y productos de granja a bajo costo.

Una potencialidad en las localizaciones con muchos huerteros o con presencia de huertas comunitarias es la conformación de **circuitos de abastecimiento que con alguna asistencia del Estado permita a los pequeños productores (huerteros) acceder a ciertos mercados y vender sus excedentes en mejores condiciones y a la vez a los compradores (todos nosotros) acceder a hortalizas a mejores precios que los del mercado.**

Algunas iniciativas en este sentido han planteado la conformación de "asociaciones" entre productores y "clubes de consumidores" con cierto compromiso frecuente (ej. mensual) de compra, ini-

ciativa ésta que excede el marco de las huertas y granjas y puede ampliarse a otros productos de consumo popular.

Cada comunidad, cada municipio y aún cada barrio puede organizarse en torno a objetivos de seguridad alimentaria y acceso a los productos de la canasta. Las actividades pueden ir desde la más rudimentaria como puede ser **organizar una compra comunitaria** hasta la posibilidad de generar microemprendimientos productivos que cuenten con alguna asistencia técnica, logística y financiera y que exceden por lejos los límites del asistencialismo tradicional.

Pensemos que en el país hay cientos de miles de pequeños emprendedores o productores que por problemas de escala o falta de acceso al crédito u otros factores de producción están condenados al fracaso. Estos pequeños emprendedores, debidamente acompañados por organismos gubernamentales en aspectos de capacitación para la gestión, logística, buenas prácticas de manufactura, etc. pueden **abastecer a bajo costo a los consumidores que hoy no tienen otra opción que el mercado formal.** No se trata de generar un mercado informal rudimentario sino de movilizar las fuerzas de pequeños productores, organizándolos para que aumenten su escala y constituyan otra opción en el abastecimiento alimentario, tanto a hogares como al mercado institucional de algunos programas alimentarios (comedores escolares por ejemplo).

La posibilidad de generar alternativas que mejoren el abastecimiento de alimentos de la población pobre e indigente a la vez que ofrezcan mejores condiciones de comercialización a los pequeños productores y emprendedores es una asignatura pendiente de las políticas alimentarias, que nunca incursionó en un enfoque integral de lo alimentario tomando en consideración las características del sistema agroalimentario en su conjunto y su incidencia en los problemas de acceso a los alimentos.

## ANEXO

### **Estado Nutricional de Nuestra Población Infantil e Información Sobre su Alimentación.**

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

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

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

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

En los medios hemos visto imágenes dramáticas de niños extremadamente desnutridos. Su condición es toda una denuncia, pero no sólo de falta de alimentos. Aun en países desarrollados existen estos niños como consecuencia de maltrato y otras patologías maternas y familiares. Sin embargo, la exposición al público ha sido útil para despertar conciencias del sufrimiento de millones de argentinos que están bajo el nivel de subsistencia.

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

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

Pero la última figura es del Proyecto San Miguel (Pcia de Buenos Aires) realizado en niños cuyas familias son como las que están hoy bajo el nivel de subsistencia. Sesenta y cinco por ciento de ellos tienen un nivel intelectual por debajo de la normalidad, y un porcentaje muy alto será casi ineducable y con seguridad perpetuarán en sus hijos la situación de extrema pobreza en que ellos se criaron.

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

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

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

### **Las encuestas son:**

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

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

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

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

**e)** NUTRIABA: Encuesta nutricional de la Pcia. de Buenos Aires, realizada por las autoridades sanitarias en el área del conurbano bonaerense y financiada con fondos del PROMIN. CESNI participó en las determinaciones bioquímicas del estudio.

**f)** Encuesta de hábitos de desayuno de niños de escuelas de la Capital Federal. Realizada por CESNI, en escuelas de la Capital Federal, seleccionadas según el NSE de la zona o barrio. Aún no ha sido publicada, por lo que no se autoriza la difusión de algunos de los datos de esta encuesta que se mencionan en el presente informe.

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

### **Información antropométrica:**

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

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

- Baja prevalencia de índices de desnutrición aguda moderada a severa (promedio de 3%).
- Moderada prevalencia de retardo del crecimiento (baja talla para la edad) (cerca al 13%).
- Aparición del sobrepeso como problema de salud pública; los valores de alto peso para talla se ubican en torno al 9%.

Las cifras indicadas corresponden a los promedios generales de la encuesta antropométrica realizada por el Programa Materno-Infantil en niños menores de 6 años que son beneficiarios del Programa materno-infantil (1996). Es decir que estos valores no corresponden a población general sino a quienes demandan y acceden a servicios públicos de salud en cada provincia.

Con posterioridad a 1996 solo se realizaron otros dos estudios con componente antropométrico. El proyecto Nutriaba, realizado en el conurbano de la provincia de Buenos Aires por el Ministerio de Salud provincial y el PROMIN en 1999 y el estudio realizado por CESNI y CLACYD en 2000.

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

- Prevalencia de retraso de crecimiento ("desnutrición crónica", índice talla/edad por debajo de 2 DS de la referencia): 3,6 %.
- Prevalencia de desnutrición aguda (índice peso/talla por debajo de 2 DS de la referencia): 2%.
- Prevalencia de sobrepeso/obesidad (índice peso/talla por sobre 2 DS de la referencia): 7,6%.

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

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

## **Información bioquímica.**

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

## Anemia y deficiencia de hierro.

	Edades	Anemia	Deficiencia de hierro
<b>Misiones</b>	9-24m	55%	-----
<b>GBA</b>	9-24m	49%	34%
<b>Tierra del Fuego</b>	9-24m	24%	36%
<b>Preescolares</b>		11%	-----
<b>NUTRIABA</b>	<2 años	48%	-----
	4-5 años	19%	-----
	5-6 años	15%	-----
<b>Córdoba</b>	2 años	39%	61%
	5 años	1,4%	8,6%

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

La afectación de funciones del sistema nervioso central en niños -corroborado en animales de experimentación- son detectables ya con el empobrecimiento o agotamiento de los depósitos

<b>Vitamina A.<sup>2</sup>[1]</b>		
Tierra del Fuego	9-24m	14%
	preescolares	9%

<b>NUTRIABA</b>		
	2-3 años	5,6%
	5-6 años	6,3%

<b>Vitamina D</b>				
Tierra del Fuego	Promedio	Def Severa	Def Moderada	Riesgo
Lactantes	23%	13%	16,5%	22%
Preescolares	21%	13%	16%	23%
Embarazadas	12%	38%	53%	70%

<b>Folatos</b>		
Tierra del Fuego	En Eritrocitos	En Plasma
Embarazadas	29%	53%
Lactantes	7%	-----
Preescolares	8%	-----

### Información de encuestas alimentarias:

En la mayoría de las encuestas se utilizó la técnica del recordatorio de 24 horas y de frecuencia de consumo de alimentos. La información que provee es menos precisa que la bioquímica pero es orientadora de deficiencias en una comunidad, mas que en los casos individuales. Para la situación en vitamina A el valor de las encuestas alimentarias es menor que para otros nutrientes.

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

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

NUTRIABA		
	< 2 años	75%
	2-6 años	63%

Tierra del Fuego		
	Lactantes	88%
	Preescolares	55%

Gran Buenos Aires		
	Lactantes	92%

Misiones		
	Lactantes	90%

Córdoba		
	< 2 años	90%
	5 años	70%

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

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

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

Gran Buenos Aires (2 años)	42%
Salta (preescolares)	43%
Tierra del Fuego (preescolares)	38%
Córdoba (2 años)	30%
Córdoba (5 años)	55%
NUTRIABA	50%

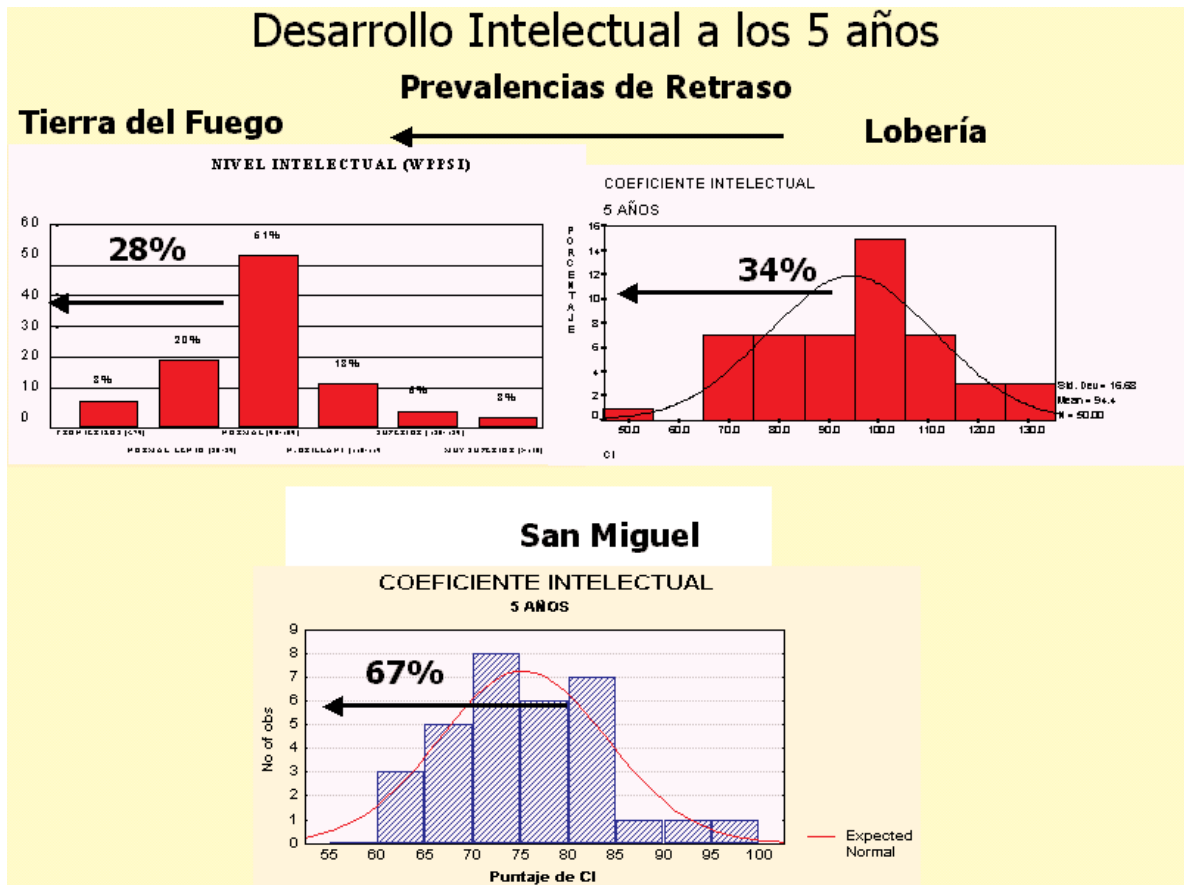
**Vitamina C** (porcentaje de niños que no cumple con la recomendación).

Misiones (2 años)	72%
Gran Buenos Aires (2 años)	61%
Tierra del Fuego (2 años)	40%
Tierra del Fuego (preescolares)	55%
Salta 1978 (preescolares)	50%
NUTRIABA (preescolares)	60%
Córdoba (2 años)	41%
Córdoba (preescolares)	30%

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

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

Información sobre Desarrollo Intelectual de niños argentinos.



1 O'Donnell A.; Carmuega E.; Salud y Calidad de Vida de la Niñez Argentina, CESNI, 1999.

2 Britos S.; Actualización de la Cansta Básica de Alimentos de seis regiones de Argentina; Revista de la Asociación. Bonaerense de Dietistas y Nutricionistas; año 3, nro. 3, anexo 1, noviembre 2001.