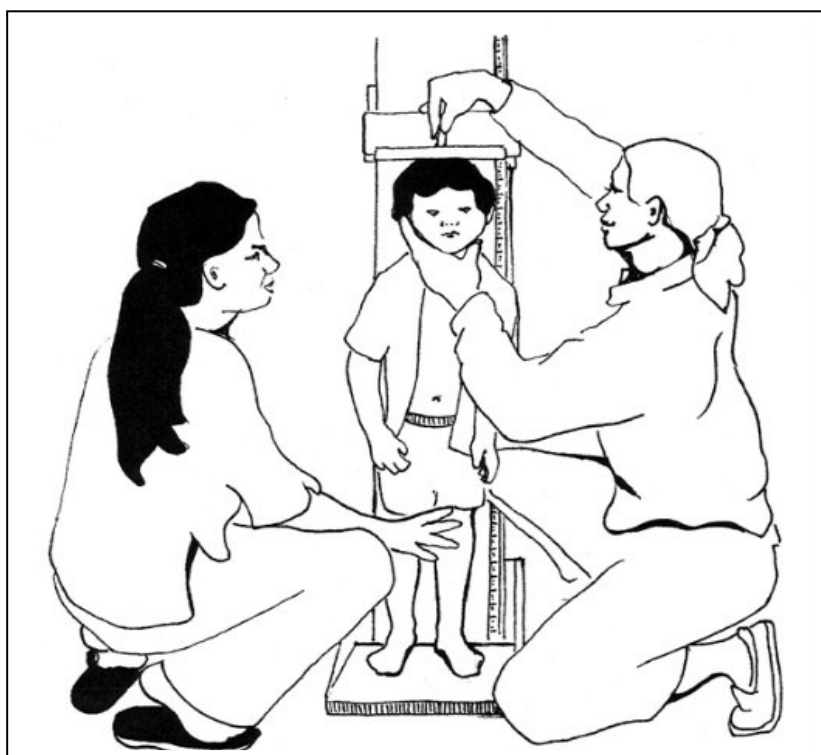


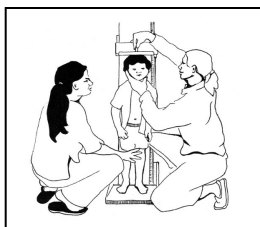
7° Encuesta antropométrica a la población menor de 6 años

Noviembre 2013



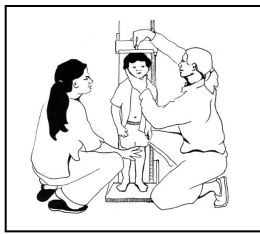
Programa Nutricional

**Dirección de Programas Centrales (DGRyPS)
Ministerio de Salud
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**



INDICE

	Página
I. PRESENTACIÓN	2
II. FUNDAMENTACIÓN	3
III. ANTECEDENTES	4
IV. OBJETIVOS	4
V. DISEÑO METODOLOGICO	4
VI. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	8
A) Tipo de efector, región sanitaria y lugar de residencia	8
B) Sexo, edad y peso de nacimiento	11
C) Lactancia materna y alimentación complementaria	12
D) Prácticas preventivas desde el sector salud	15
E) Prestaciones sociales y alimentarias	18
VII. RESULTADOS ANTROPOMÉTRICOS	22
A) Indicadores antropométricos según tipo de efector, región sanitaria y lugar de residencia	24
B) Indicadores antropométricos según sexo, edad y peso al nacer	27
C) Indicadores antropométricos según prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria	29
D) Indicadores antropométricos según prácticas preventivas del sector salud	32
E) Indicadores antropométricos según prestaciones sociales y alimentarias	33
VIII. SERIE HISTÓRICA DE ENCUESTAS. Retrospectiva de 18 años	35
IX. SINTESIS Y REFLEXIONES	37
X. ANEXO	41



I - PRESENTACIÓN

La encuesta antropométrica a menores de 6 años constituye un estudio de tipo transversal que permite conocer el estado nutricional de los niños y niñas que concurren a los efectores públicos del primer nivel de atención de la Ciudad de Buenos Aires.

Es la séptima oportunidad en que se realiza esta encuesta, habiéndose realizado la primera en 1995. Esta secuencia de estudios forma parte de las actividades de monitoreo de la situación nutricional de la población materno-infanto-juvenil que lleva adelante el Programa Nutricional.

Esta encuesta fue implementada en forma coordinada con el Programa de Salud Infantil. La carga de datos, su procesamiento y análisis así como la redacción del presente informe estuvo a cargo del Programa Nutricional.

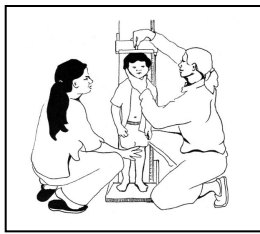
Cabe destacar que la realización de la misma ha sido posible gracias al trabajo y compromiso de los profesionales de los equipos de Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESACs), Cobertura Porteña de Salud (CoPS) y Consultorios Externos de Pediatría en Hospitales (CE), sin cuya participación el relevamiento de datos no hubiera sido posible.

Asimismo, es importante resaltar la disposición y calidez en el asesoramiento técnico brindado por el Dr. Enrique Abeyá Gilardón, de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación.

El presente informe tiene como principal objetivo devolver la información consolidada a los equipos de salud y difundir los datos obtenidos a todos/as aquellos/as interesados/as en la temática.

Equipo Técnico del Programa Nutricional
Lic. en Nutrición Silvina Dupraz
-Coordinadora-
Lic. en Antropología Laura Piaggio
Lic. en Nutrición Marina Rolón
Méd. Pediatra Beatriz Schloss
Lic. en Nutrición María Laura Rossi (*becaria*)

Programa Nutricional
Dirección de Programas Centrales
(DGPYRS - MS - GCBA)
Sede: Htal. Gral de Niños "Pedro de Elizalde"
Montes de Oca 40 - Pab. Cardiología - 5° piso
programanutricional@buenosaires.gob.ar



II. FUNDAMENTACIÓN

El monitoreo del crecimiento es una de las estrategias básicas en la atención de la salud infantil.

La antropometría ha sido ampliamente usada como un indicador que resume varias condiciones relacionadas a la salud y a la nutrición. Su bajo costo, simplicidad, validez y aceptación social justifican su uso en el monitoreo de la situación nutricional de un grupo poblacional. Este monitoreo representa un insumo necesario para el planeamiento de programas, de acciones y su evaluación.

Las variables centrales del diagnóstico son los índices antropométricos, factibles de elaborarse con el peso y la talla de cada niño/a, dos mediciones que forman parte del control del crecimiento y estado nutricional de los menores de 6 años. Los índices que se construyen a partir de esas mediciones (relacionadas con la edad y el sexo) son aceptados internacionalmente para la valoración rápida del estado nutricional.

Las utilidades principales de las encuestas antropométricas son:

- ✓ Caracterizar el estado nutricional: medir la prevalencia global de déficit y exceso, así como sus diferencias según sexo, edad, áreas geográficas, etc.
- ✓ Identificar poblaciones en mayor riesgo nutricional.
- ✓ Rediseñar intervenciones futuras.

“Las dimensiones corporales a cualquier edad reflejan en forma global la salud y bienestar de individuos y poblaciones, la recolección de datos antropométricos brinda la posibilidad de definir el estado nutricional y de salud con propósitos de planificar intervenciones que estén ajustadas al perfil epidemiológico de la población afectada”¹.

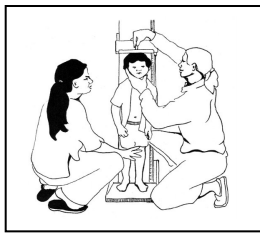
Esta encuesta abarca a los/as menores de 6 años, debido a la mayor vulnerabilidad biológica ligada al rápido crecimiento en esta etapa de la infancia. No se extiende a otros grupos etarios, dado que los/as niños/as en edad escolar son monitoreados por el Programa de Salud Escolar y se considera conveniente no superponer acciones.

Por otra parte, dada la importancia de la lactancia materna en la nutrición y crecimiento de niños y niñas, en esta encuesta se indaga la extensión de la lactancia exclusiva y continuada, en la sub-muestra de niños/as menores de 2 años.

Además, dada la alta prevalencia de anemia en menores de 2 años, se indaga el consumo de suplemento de hierro y la recepción de leche fortificada con hierro, con el objeto de presentar un estado de situación de la cobertura de ambas prestaciones preventivas.

Asimismo se incluyen algunas preguntas relacionadas con la cobertura de programas sociales y alimentarios que recibe el/la niño/a y su familia, a fin de contar con datos que permitan una aproximación a la disponibilidad de recursos alimentarios en los hogares.

¹ WHO. Expert Comité Physical status. The Uses and Interpretation of Anthropometry. WHO. Technical Report Series N° 854-1995.



III. ANTECEDENTES

- ❑ 1° Encuesta Antropométrica 1995, efectores de salud del GCBA (n= 871).
- ❑ 2° Encuesta Antropométrica 2002, CESACs (n= 2332).
- ❑ 3° Encuesta Antropométrica 2004, CESACs (n= 3308).
- ❑ 4° Encuesta Antropométrica 2006, CESACs, CMB y CE de hospitales (n= 3799).
- ❑ 5° Encuesta Antropométrica 2008, CESACs, CMB y CE de hospitales (n= 3751).
- ❑ 6° Encuesta Antropométrica 2010, CESACs, CMB y CE de hospitales (n= 3410).

IV. OBJETIVOS

- ❑ Conocer la situación nutricional de la población de niños/as menores de 6 años que demandan al primer nivel de atención del sistema público de salud y compararla con los datos previos.
- ❑ Realizar un diagnóstico de la situación de lactancia materna.
- ❑ Realizar un diagnóstico de la situación de la suplementación con hierro en menores de 2 años.
- ❑ Indagar el alcance de la recepción de leche fortificada.
- ❑ Indagar la cobertura social y alimentaria recibida por los/as niños/as y sus familias.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal para evaluar prevalencias en población usuaria del sistema público de salud, a través de una encuesta estructurada aplicada por los equipos profesionales en CESACs, CoPS y CE de Pediatría en hospitales.

Población: menores de 6 años (0 a 71 meses y 29 días) que demandan atención ambulatoria en los efectores del primer nivel de atención del GCBA

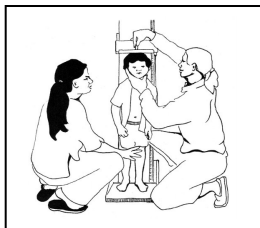
Muestra: todos/as los/as niños y niñas evaluados/as en los efectores del primer nivel de atención durante el periodo del relevamiento (5 días consecutivos en el mes de noviembre de 2013).

Se utilizó el procedimiento de selección de días, por ser más sencillo, uniforme y responder al mismo criterio utilizado en las encuestas anteriores. De esta manera se pudo garantizar la comparación de la información.

Instrumento de registro:

Se utilizó la planilla y el instructivo correspondiente que se adjuntan en el Anexo.

El equipo de salud de los efectores fue el encargado de registrar los datos requeridos de todos los/as niños/as que concurrieron para su atención en esos días.



Se sugirió una revisión previa de las técnicas correctas de medición de peso y talla en todos los centros para mejorar la calidad de los datos.

Se planteó limitar la exclusión de casos sólo a aquellos en los que fuera dificultoso realizar la antropometría: casos de enfermedad aguda, deshidratación moderada o severa, discapacidad motriz hipertónica, etc.

Procesamiento de datos:

Para la evaluación antropométrica, se calcularon los siguientes índices:

- **Peso / Edad (P/E):** refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica.
- **Talla / Edad (T/E):** refleja el crecimiento lineal alcanzado.
- **Índice de masa corporal edad (IMC/E):** es el peso corporal dividido por el cuadrado de la talla. Refleja el peso relativo para una talla dada y define la masa corporal para determinada edad.

Para este procesamiento se utilizó el programa WHO AnthroPlus, que calcula los desvíos estándar de P/E, T/E e IMC/E de acuerdo a las nuevas curvas de referencia de la Organización Mundial de la Salud (2006 y 2007).

Límites de inclusión (o puntos de corte): ± 2 Desvíos Standard (DE) para P/E, T/E e IMC/E.

Estos límites se utilizan como referencia para el análisis de datos poblacionales. En este tipo de estudios se consideran límites de inclusión con mayor especificidad, mientras que en la detección individual se utilizan límites con mayor sensibilidad para ampliar la captación de niños/as en riesgo que requerirán un diagnóstico diferencial.

No obstante, dada la gran relevancia epidemiológica de la malnutrición por exceso de peso, en la serie histórica incluida en el Apartado VIII, se presenta también para IMC/E el valor correspondiente a $+ 1$ DE (compatible con sobrepeso).

Análisis estadístico: Los datos antropométricos una vez procesados por el software AnthroPlus fueron analizados, al igual que las otras variables, con el paquete estadístico SPSS 15.0 y el programa Epi-Info 6.1.

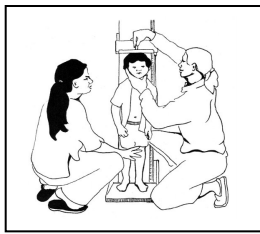
Se consideró significativa una diferencia estadística menor de $p=0,05$. Para establecer asociación entre variables se midió el Intervalo de Confianza (IC) del 95%.

Variables y criterios utilizados en el análisis de los datos:

Se consignaron las siguientes variables:

- Tipo de efector
 - Área Programática (incluye CESACs + CoPS)
 - CE de hospitales
- Región Sanitaria ²
 - I
 - II

² A partir de la Resolución N° 31/ GCABA/ MSGC/08, el Ministerio de Salud organiza espacialmente a los efectores del subsector estatal en 4 unidades territoriales denominadas “regiones sanitarias” que son agrupamientos de comunas (la Región I y II comprenden la zona centro-sur, la Región III la centro-oeste y la Región IV el norte de la Ciudad).



- III
- IV
- Lugar de residencia
 - Comuna
 - Pcia. de Bs.As.
- Sexo
 - Femenino
 - Masculino
- Edad, definiendo dos grupos etarios:
 - 0 a 23 meses
 - 24 a 71 meses
- Peso de nacimiento, diferenciando 4 categorías:
 - peso bajo (< 2500 g.)
 - insuficiente (2500 a 2999 g.)
 - normal (3000 a 3999 g.)
 - alto (> 4000 g.)
- Lactancia materna y alimentación complementaria³:
 - exclusiva
 - continuada al año
 - mes de introducción de alimentos semi-sólidos
- Prácticas preventivas desde el sector salud:
 - Suplementación con hierro en menores de 2 años⁴
 - Leche en polvo fortificada
- Prestaciones sociales de la familia:
 - Asignación Universal por Hijo
 - Ciudadanía Porteña
 - Ticket Social
- Prestaciones alimentarias del/a niño/a:
 - Comedor escolar
 - Comedor comunitario

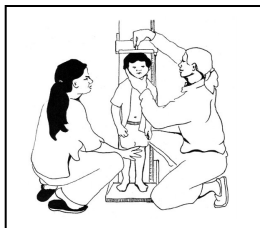
La muestra se caracterizó teniendo en cuenta los aspectos demográficos y socio-sanitarios (apartado VI). Los indicadores antropométricos se analizaron relacionándolos con los mismos (apartado VII).

Comentarios referidos al control de la calidad y de la consistencia de los datos

Luego de concluir la carga de las planillas remitidas por los distintos efectores, se llevó adelante una revisión de los datos a fin de detectar errores. Se realizó un cotejo con las planillas manuscritas, corrigiendo los errores de carga y eliminando

³ Esta variable se relevó en menores de 2 años para minimizar las imprecisiones en la referencia de las madres u adulto que acompaña al/a niño/a, debido a la mayor cercanía temporal con el evento indagado.

⁴ La suplementación con hierro se indagó en menores de 2 años debido a que la normativa nacional establece que se implemente en todos los niños/as con peso normal de nacimiento desde los 6 hasta los 12 meses y desde los 2 a 24 meses de edad en aquellos con bajo peso al nacer.



los casos que no fue posible subsanar. En las siguientes tablas se reseña el tipo de errores identificados.

De un total de 5049 registros, se debieron eliminar 395 casos (7,8%) debido a los siguientes motivos:

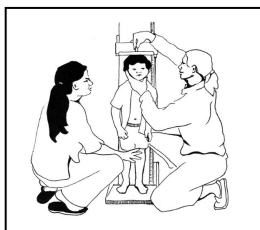
Motivo	n
Fecha de nacimiento incorrecta o sin dato	31
Datos antropométricos faltantes	81
Identificación de sexo faltante	55
Fuera de rango etario (mayores de 71 meses)	142
Indicadores antropométricos extremos potencialmente incorrectos ⁵	86
Total	395

Se detectaron otros errores de registro en 35 casos (1% de la muestra). Como constaba adecuadamente la fecha de nacimiento, el sexo y los datos antropométricos, se conservó el caso pero se eliminó la variable específica, según se detalla a continuación:

Dato eliminado	n
“Pecho hasta” (debido a incongruencia con la edad)	13
“Peso de nacimiento” (improbables)	22
Total	35

Esta sección se ha incorporado en el presente informe con la intención de que sea tomada en cuenta en la capacitación a los/as profesionales a cargo de la recolección de datos en las futuras encuestas.

⁵ ± 5 DE para Peso/Edad e IMC/Edad y ± 6 DE para Talla/edad (WHO AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO, 2009).

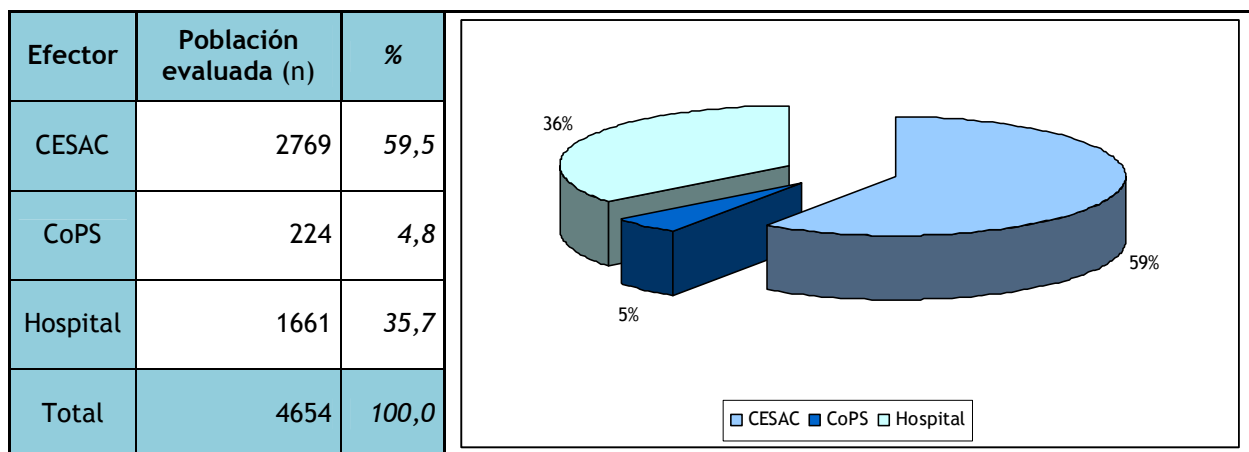


VI. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA



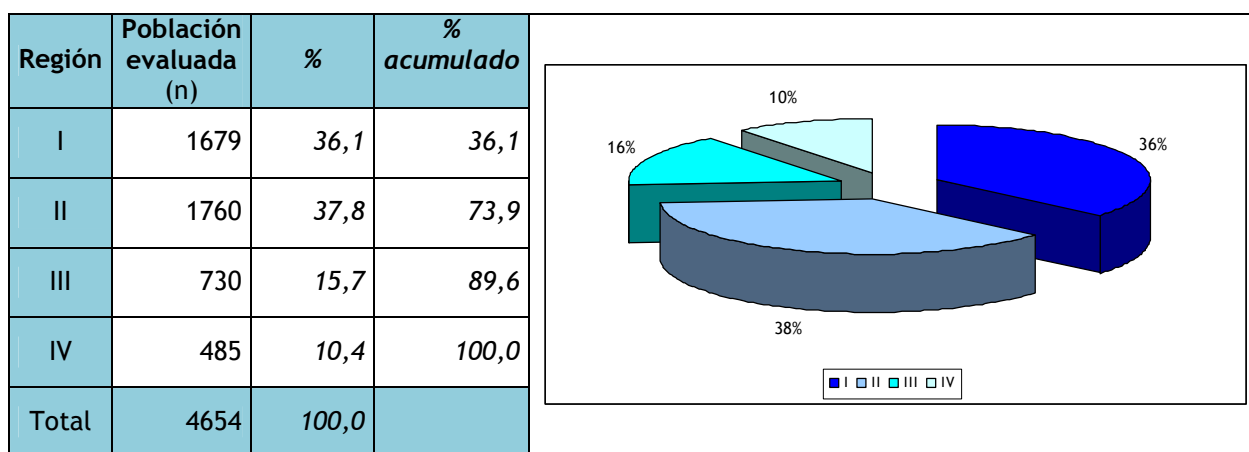
A) TIPO DE EFECTOR, REGION SANITARIA Y LUGAR DE RESIDENCIA

Cuadro y gráfico 1: Distribución de la población evaluada según tipo de efector



Fuente: Elaboración propia

Cuadro y gráfico 2: Distribución de la población evaluada según región sanitaria

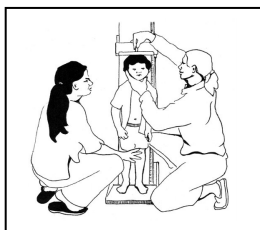


Fuente: Elaboración propia

Puede observarse que un 60% de la población incluida en la muestra ha sido evaluada en CESACs. Estos niños y niñas (n= 2769) representan el 7,5% del total de menores de 6 años atendidos/as en CESACs durante el año 2013 (n = 36891)⁶.

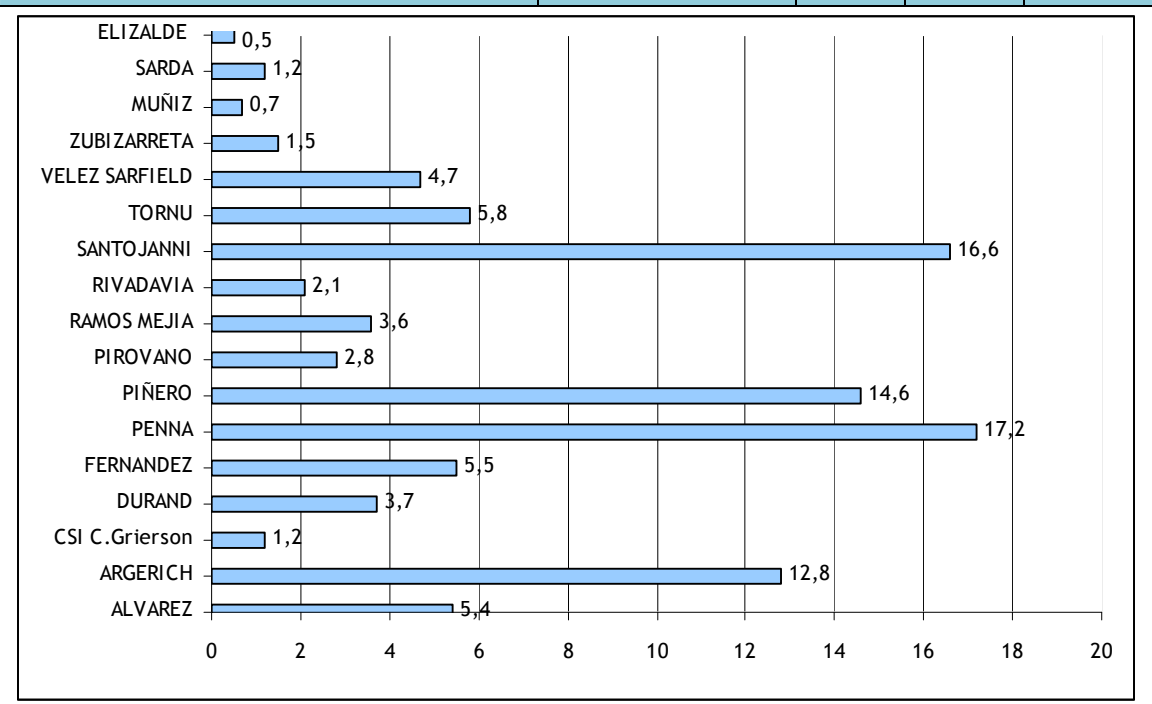
Respecto a la distribución espacial de la muestra, el 74% se concentra en la banda sur de la Ciudad (Regiones Sanitarias I y II). Este porcentaje guarda relación con la magnitud de población atendida, ya que para el período 2013 un 79% de la población menor de 6 años atendida en CESACs corresponde a dichas regiones.

⁶ Datos provistos por el Área de Estadísticas para la Salud (MS-GCBA). No se cuenta con registro informático de población atendida en CoPS ni en CE de hospitales.

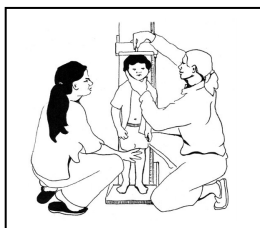


Cuadro y gráfico 3: Distribución de la población evaluada según hospital-base

Hospital - base		Área Programática (CESAC + CoPs) (n)	CE (n)	Total (n)	%
Hospitales Generales de Agudos (AP + CE)	ALVAREZ	115	136	251	5,4
	ARGERICH	401	194	595	12,8
	CSI C.Grierson	57	-	57	1,2
	DURAND	110	63	173	3,7
	FERNANDEZ	200	55	255	5,5
	PENNA	461	340	801	17,2
	PIÑERO	681	0	681	14,6
	PIROVANO	77	55	132	2,8
	RAMOS MEJIA	80	88	168	3,6
	RIVADAVIA	-	98	98	2,1
	SANTOJANNI	641	130	771	16,6
	TORNU	61	207	268	5,8
	VELEZ SARFIELD	109	109	218	4,7
	ZUBIZARRETA	0	71	71	1,5
Hospitales Especializados	MUÑIZ	-	33	33	0,7
	SARDA	-	58	58	1,2
	ELIZALDE (Serv.PyP)	-	24	24	0,5
	GUTIERREZ	-	0	0	0
Total		3014	1640	4654	100,0



Fuente: Elaboración propia



En esta encuesta se vio incrementado el número de efectores participantes respecto a la del año 2010, estando representados la totalidad de los hospitales generales de agudos de la ciudad, ya sea a través de los CESACs/CoPS o de CE. Asimismo, se incrementó el número de niños/as evaluados/as en un 36%, ya que en el año 2010 el tamaño muestral había sido de 3410 niños/as.

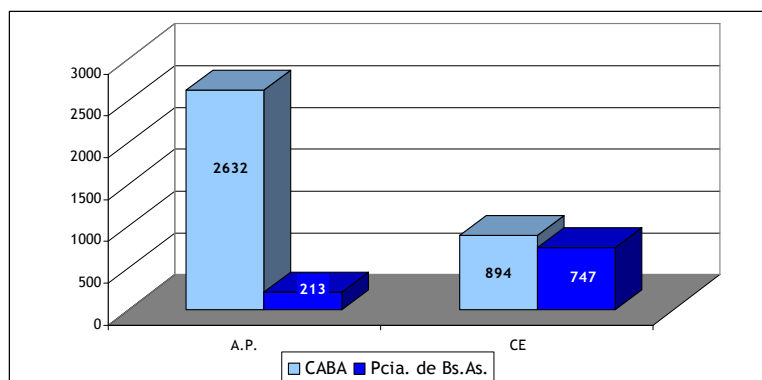
Cuadro 4: Distribución de la población evaluada según lugar de residencia

Lugar de residencia	Total	%
Comuna 1	392	8,4
Comuna 2	4	0,1
Comuna 3	115	2,5
Comuna 4	655	14,1
Comuna 5	76	1,6
Comuna 6	19	0,4
Comuna 7	450	9,7
Comuna 8	714	15,3
Comuna 9	242	5,2
Comuna 10	140	3,0
Comuna 11	50	1,1
Comuna 12	88	1,9
Comuna 13	25	0,5
Comuna 14	54	1,2
Comuna 15	172	3,7
CABA sin identificar comuna	330	7,1
Provincia de Bs. As.	960	20,6
Sin dato	168	3,6
Total	4654	100,0

Fuente: Elaboración propia

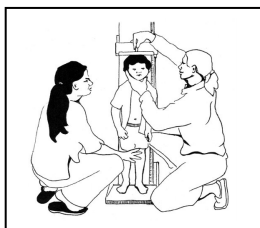
Un 52% de la población encuestada reside en las comunas 1, 4, 7, 8 y 9, mientras que aproximadamente un 18 % se distribuye en las restantes 10 comunas y otro 20% reside en Pcia. de Bs. As. (en el restante 10% no se cuenta con el dato de barrio de residencia).

Gráfico 4: Distribución de la población evaluada según lugar de residencia



Se excluyen 168 casos sin dato

Fuente: Elaboración propia



Un 93 % de los/as niños/as evaluados en Área Programática reside en la Ciudad de Buenos Aires mientras que en el caso de los/as evaluados/as en Consultorios Externos de Hospitales, el porcentaje decrece al 54%, correspondiendo el otro 46% a residentes en Provincia de Bs. As.



B) SEXO, EDAD Y PESO AL NACER

Cuadro 5: Distribución de la muestra según sexo

Sexo	N	%
Femenino	2302	49,5
Masculino	2352	50,5
Total	4654	100,0

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 6: Distribución de la muestra según edad

Grupo etario	N	%
0 a 23 meses	2634	56,6
24 a 71 meses	2020	43,4
Total	4654	100,0

Fuente: Elaboración propia

Entre los/as niños/as que conforman la muestra, la distribución entre mujeres y varones es equitativa.

En cuanto a la edad, un porcentaje levemente superior (57%) corresponde al grupo etario de menores de 2 años.

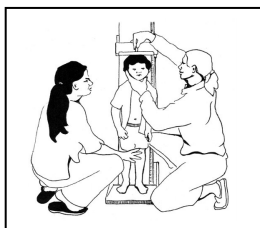
Cuadro 7: Distribución de la muestra según peso al nacer y jurisdicción de residencia

Categoría de Peso al Nacer	Residentes en CABA		Residentes en Pcia		Total de la muestra *	
	N	%	N	%	N	%
Bajo Peso (< 2500 g.)	237	7	48	5,1	301	6,7
Peso Insuficiente (2500 a 2999 g.)	462	13,6	138	14,6	614	13,7
Peso Normal (3000 a 3999 g.)	2346	69,1	649	68,8	3088	68,8
Peso Alto (≥ 4000 g.)	351	10,3	109	11,5	484	10,8
Total	3396	100	944	100	4487	100

* En el total de la muestra se incluyen 147 casos en los que no se consignó el lugar de residencia

Fuente: Elaboración propia

Respecto al peso de nacimiento, aproximadamente un 69% ha nacido con peso normal, mientras que un 6,7% ha tenido bajo peso y aproximadamente un 10% alto peso al nacer. Estos porcentajes se han visto modificados respecto a la encuesta 2010, habiendo disminuido el bajo peso y el peso insuficiente y



aumentado el peso normal y el alto, siendo significativas las diferencias⁷ en todas las categorías.

Según las Estadísticas vitales de la Ciudad de Buenos Aires (Dirección General de Estadística y Censos GCBA) de los 42638 nacidos vivos durante el año 2013⁸, un 7,1% ha tenido bajo peso al nacer, cifra igual a la de nuestra muestra teniendo en cuenta sólo los residentes en CABA (7%).

En la encuesta anterior (2010) esta diferencia porcentual era de aproximadamente 3 puntos (9,6% -encuesta- vs. 6,8% -promedio Ciudad-). La desaparición de esta brecha podría estar constituyendo un indicio de mejora de un indicador clave de salud en la población infantil usuaria de los efectores públicos de salud.

Al analizar el peso al nacer según grupo etario de la muestra, se advierte que la tendencia de reducción del indicador entre ambas encuestas es coherente con la distribución al interior de la muestra 2013, siendo menor el porcentaje entre los niños y niñas de 0 a 12 meses en comparación con los de 24 a 72 meses de edad.

Cuadro 8: Distribución de la muestra según peso al nacer y grupo etario

Categoría de Peso al Nacer	0 a < 12 meses		12 a < 24 meses		24 a < 72 meses		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo Peso	87	5,0	57	6,7	157	8,2	301	6,7
Peso Insuficiente	225	13,0	118	13,8	271	14,2	614	13,7
Peso normal	1207	70,0	597	69,8	1284	67,3	3088	68,8
Peso Alto	206	11,9	83	9,7	195	10,2	484	10,8
Total	1725	100,0	855	100,0	1907	100,0	4487	100,0

Fuente: Elaboración propia



C) LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

En la presente encuesta se indagó sobre lactancia materna y alimentación complementaria en la sub-muestra de menores de 24 meses, preguntando hasta qué mes el/la niño/a tomó pecho y en qué momento se introdujo cualquier líquido o leche diferente a la leche materna y/o alimento semi-sólido.

A diferencia de la encuesta 2010, se circunscribió esta pregunta a los/as niños/as menores de 2 años para minimizar imprecisiones debidas al sesgo de memoria⁹.

Estas tres preguntas se analizaron en forma combinada para establecer el porcentaje de niños/as con lactancia materna exclusiva.

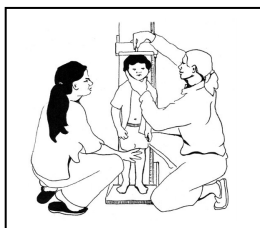
El dato de lactancia materna exclusiva se analizó en diferentes sub-muestras.

En primer lugar, se tomó la sub-muestra de niños/as de 6 meses a 23, construyendo el indicador “lactancia materna exclusiva al 6to. mes”,

⁷ BP (chi2= 21,97; p< 0,01), PI (chi2= 22,51; p< 0,01), PN (chi2= 13,96; p< 0,01); PA (chi2= 17,55; p< 0,01).

⁸ Revista “Población de Buenos Aires”, Año 11, N° 20. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA) 2014.

⁹ Por este motivo, no se incorpora en este apartado una comparación con la Encuesta Antropométrica 2010.



considerando la continuidad del pecho hasta el 5to. mes inclusive o más y cualquier introducción (otra leche/líquido, alimento semi-sólido) a los 6 meses de edad. Se excluyó a los menores de 6 meses pues no es posible saber hasta qué mes continuarán efectivamente con lactancia materna exclusiva.

Cuadro 9: Proporción de niños/as con lactancia materna exclusiva al 6° mes

Lactancia Exclusiva al 6° mes	Sub-muestra 6 a 23 meses (n= 1482)
Sí	52,4 %
No	47,6 %
Total	100,0 %

Fuente: Elaboración propia

En esta encuesta el porcentaje de lactancia materna exclusiva al 6° mes es del 52,4%.

Se mencionan con fines comparativos datos procedentes de otras fuentes: la “Primer Encuesta Alimentaria y Nutricional de la Ciudad de Buenos Aires 2011” (EAN-CABA)¹⁰, realizada en una muestra representativa de hogares de la Ciudad, y la “Encuesta Nacional de Lactancia Materna 2010-11” (ENLM)¹¹, realizada en efectores públicos de salud.

En la EAN-CABA, un 33,7% de los niños/as recibieron lactancia materna exclusiva al 6° mes. En hogares bajo la línea de pobreza este porcentaje ascendió a 40,2%.

Asimismo, se analizó la sub-muestra de menores de 6 meses, tomando los mismos intervalos que se consideran en el diseño metodológico de la ENLM¹², construyendo el indicador “lactancia materna exclusiva”, que incluye a los/as niños/as que al momento de la encuesta sólo recibían leche materna, sin haber introducido ningún líquido/otra leche/alimento semi-sólido.

Cuadro 10: Proporción de niños/as con lactancia materna exclusiva

Lactancia Materna exclusiva	Sub-muestra menores de 6 meses (n= 1113)
Sí	51%
No	49%
Total	100,0 %

Fuente: Elaboración propia

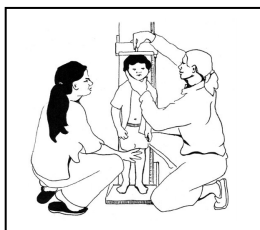
¹⁰ “Primer Encuesta Alimentaria y Nutricional de la Ciudad de Buenos Aires-2011”, Documento de Resultados, Tomo I, Vicejefatura de Gobierno, 2013.

¹¹ Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2011) Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000215cnt-a11a-Situacion-de-la-lactancia-materna-2011.pdf>

¹² Proporción de niños/as de 2 meses (entre 60 y 90 días de vida), de 4 meses (entre 120 y 150 días), y de 5 meses (entre 150 y 180 días) que sólo recibe leche materna, dividido por el total de niños/as encuestados/as de 2, 4, y 5 meses, respectivamente.

Organización Mundial de la Salud, “Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño”, 2009. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf



Cuadro 11: Proporción de niños/as con lactancia materna exclusiva a los 2, 4 y 5 meses de edad

Lactancia materna exclusiva en cada sub-muestra etaria	%
Niños/as con 2 meses de edad (n=185)	52,4
Niños/as con 4 meses de edad (n=182)	44,0
Niños/as con 5 meses de edad (n=154)	36,4

Fuente: Elaboración propia

El inicio de lactancia materna fue de un 97,3%; sin embargo, el porcentaje de lactancia materna exclusiva decrece conforme avanza la edad del/a niño/a.

La ENLM plantea datos similares: la proporción de lactancia materna exclusiva es del 54% entre los menores de 6 meses; del 60% en la sub-muestra de 2 meses de edad, del 45% a los 4 y del 30% a los 5.

Resulta preocupante que a los 2 meses de edad sólo la mitad de los/as niños/as reciba lactancia materna exclusiva, lo cual da cuenta de una introducción muy temprana de otras leches o líquidos.

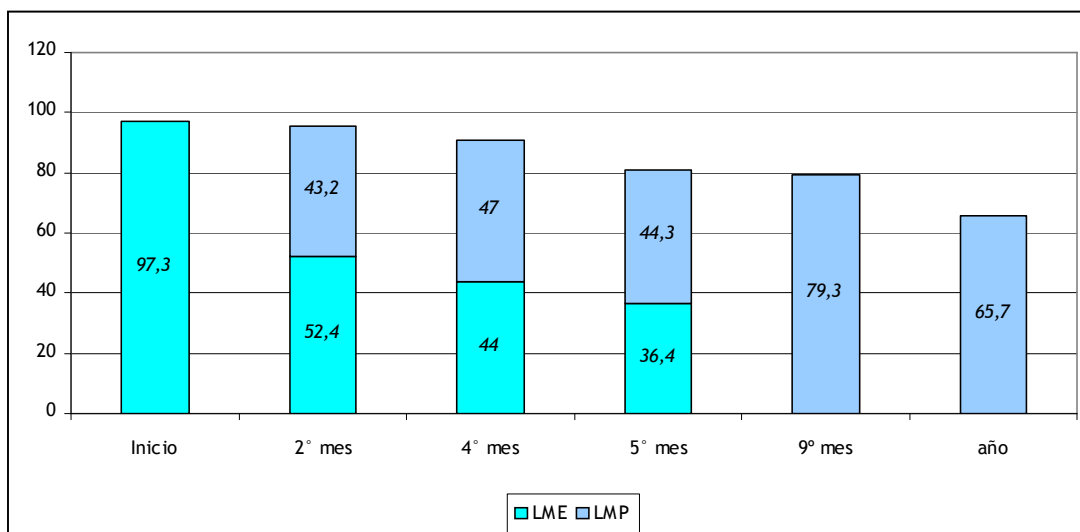
Por otro lado, se analizó también la continuidad de lactancia materna (exclusiva + parcial) en los mismos rangos etarios, resultando que la práctica de lactancia se mantiene en una mayor proporción, si bien combinada con otras leches, líquidos o semi-sólidos.

Cuadro 12: Proporción de niños/as con lactancia materna continuada (exclusiva + parcial)

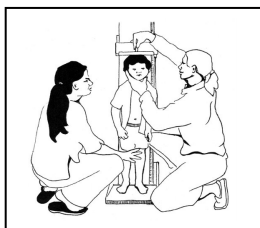
Lactancia materna continuada en cada sub-muestra etaria	%
Niños/as con 2 meses de edad (n=185)	95,6
Niños/as con 4 meses de edad (n=182)	91,0
Niños/as con 5 meses de edad (n=154)	80,7
Niños/as con 9 meses de edad (n=126)	79,3
Niños/as con 12 a 15 meses de edad (n=309)	65,7

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5: Proporción de niños/as con lactancia materna exclusiva y parcial



Elaboración propia



La proporción de lactancia continuada al año¹³ es de 65,7%. En la ENLM, dicho porcentaje fue del 61%, mientras que en la EAN-CABA fue de 51,6% y de 55,1% en hogares con ingresos bajo la línea de pobreza.

Otra pregunta indagó sobre el momento (edad en meses) de introducción de alimentos semi-sólidos.

Cuadro 13: Introducción de alimentos semi-sólidos

Alimentación complementaria (sub-muestra 0-24 meses n= 1676) *	%
Muy temprana (antes de los 4 meses) (n=72)	4,3
Temprana (entre 4 y 6 meses) (n=138)	8,2
Oportuna (6 meses) (n=1306)	77,9
Tardía (a partir de los 7 meses) (n=160)	9,5

* Se excluyen de la sub-muestra de 0-24 meses 63 casos sin dato y 898 menores de 6 meses que, en concordancia con las recomendaciones, aún no han introducido ningún semi-sólido.

Fuente: Elaboración propia

Un 78% de los/as niños/as recibieron **alimentos semi-sólidos en el momento oportuno** (6to. mes de edad), siendo superior la introducción temprana y muy temprana respecto a la tardía. En el caso de la EAN-CABA se relevó que un 74,7% de los/as niños/as recibió alimentación complementaria a partir del 6to. mes de edad.



D) PRÁCTICAS PREVENTIVAS DESDE EL SECTOR SALUD

D.1) Consumo actual de suplemento de hierro

La suplementación con hierro se analizó teniendo en cuenta la normativa vigente de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia¹⁴, que plantea la indicación profiláctica de sulfato ferroso a todos los/as niños y niñas durante el segundo semestre de vida y durante un lapso mayor, de los 2 a los 24 meses, para los/as bebés nacidos/as con bajo peso.

¹³ Cantidad de niños de 12 a 15 meses que estaban recibiendo LM al momento de la encuesta dividido por el total de niños de 12 a 15 meses encuestados (ENLM 2010-11).

¹⁴ *Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para equipos de salud*, Ministerio de Salud de la Nación, 2001.

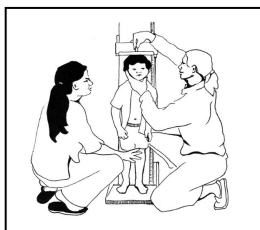
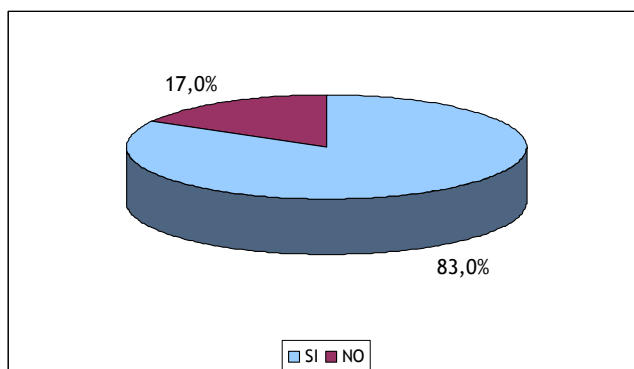


Gráfico 6: Distribución del consumo de suplemento de hierro en la sub-muestra de 6-11 meses (n=776)



Fuente: Elaboración propia

Se observó que casi el 83% de los niños y niñas en su segundo semestre de vida reciben dicha suplementación, lo cual indica un buen nivel de cobertura sostenido, ya que en la Encuesta Antropométrica 2010 el porcentaje era de un 85%. Una cobertura similar (83%) se relevó en la EAN-CABA 2011.

Cuadro 14: Distribución del consumo del suplemento de hierro en la sub-muestra de 6-11 meses, según tipo de efector de salud

Toma suplemento de hierro	Tipo de efector		Total (n=776)
	Área Programática (n=493)	CE Hospital (n=283)	
Sí	83,8%	81,6%	83,0%
No	16,2%	18,4%	17,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

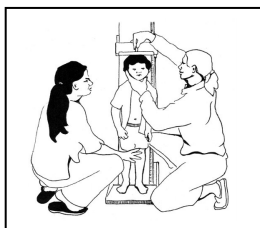
Fuente: Elaboración propia

Tomando en consideración el tipo de efector, las diferencias porcentuales en el consumo de hierro por parte de los/as niños/as de 6 a 11 meses atendidos/as en los efectores de Área Programática (CESACs + CoPS) y Consultorios Externos de hospitales, no son estadísticamente significativas.

Cuadro 15: Distribución del consumo del suplemento de hierro en la sub-muestra de 2-23 meses con bajo peso al nacer, según grupo etario

Consumo de Hierro	Niños/as con bajo peso al nacer		Total (n=136)
	2-11 meses (n=81)	12-23 meses (n=55)	
Sí	61,7%	43,6%	59,5%
No	38,3%	56,4%	40,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia



Al focalizar la mirada en los/as nacidos/as con bajo peso, se observa que el porcentaje de cobertura decrece, en particular en el segundo año de vida. Sin embargo, considerando que el tamaño muestral es pequeño, se requeriría una indagación particular para monitorear la cobertura de la suplementación en este grupo específico.

D.2) Recepción de leche fortificada

La entrega de leche constituye una prestación de larga data en el sector salud. A partir del año 2001, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia planteó modificaciones con la intención de integrarla en una estrategia de prevención de anemia, por lo cual la leche en polvo entregada pasó a ser fortificada con Hierro (12 mg/100g), Zinc (6 mg/100g) y Vit. C (100 mg/100g).

En la Ciudad de Buenos Aires esta prestación se brinda mayoritariamente en CESACs; y la población-objetivo comprende a niños/as de 6 meses a 6 años de edad, mujeres embarazadas, madres que lactan y casos especiales.

Se presentan a continuación los datos correspondientes a los/as niños/as mayores de 6 meses de la sub-muestra de Área Programática.

Cuadro 16: Distribución de la sub-muestra de niños/as de 6 a 71 meses de Área Programática que recibe leche fortificada, según grupo etario

Recibe leche fortificada	Grupo Etario		Total (n=2445)
	6 a 23 meses (n=1045)	24 a 71 meses (n=1400)	
Sí	69,2%	59,6%	63,7%
No	30,8%	40,4%	36,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

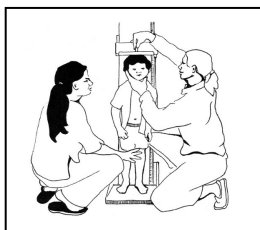
Fuente: Elaboración propia

Puede observarse que el promedio de cobertura alcanza a un 63,7%, porcentaje mayor al relevado en la encuesta 2010 (52%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa¹⁵.

La cobertura en el grupo de 6 a 23 meses de edad muestra una diferencia estadísticamente significativa respecto al grupo de 24 a 71 meses¹⁶.

¹⁵ Chi2= 60,73; p< 0,01

¹⁶ Chi2= 23,92; p< 0,01.



Cuadro 17: Distribución de la sub-muestra de niños/as de 6 a 71 meses de Área Programática que recibe leche fortificada, según tipo de barrio de residencia

Recibe leche fortificada	Tipo de barrio de residencia		Total (n=2163 *)
	Villa (n=721)	No villa (n=1442)	
Sí	68,4%	60,8%	63,3%
No	31,6%	39,2%	36,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Se excluyen 282 casos (168 sin dato de residencia y 114 residentes en pcia.)</i>			

Fuente: Elaboración propia

Analizando la cobertura en función del tipo de barrio de residencia, puede observarse que es ligeramente mayor en aquellos barrios de mayor vulnerabilidad socio-económica (villas de emergencia); en los cuales, sin embargo, más de un 30% de los/as niños y niñas no están recibiendo esta prestación de salud.



E) PRESTACIONES SOCIALES Y ALIMENTARIAS

E.1) Prestaciones sociales

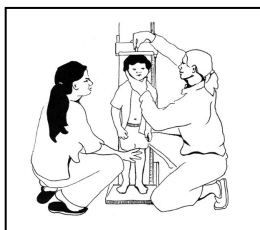
Son tres los programas sociales actualmente vigentes en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, que tienen la modalidad de transferencia condicionada de ingresos: Ciudadanía Porteña (CP) y Ticket Social (TS), ambos de alcance jurisdiccional, creados en el año 2005 y 2008 respectivamente, y Asignación Universal por Hijo (AUH), de alcance nacional, creado hacia fines del 2009. Son excluyentes entre sí¹⁷.

Cuadro 18: Distribución de la muestra según prestaciones sociales de la familia

Prestación social familia	N	%	% acumulado
Ciudadanía Porteña	633	14,6	14,6
Ticket Social	209	4,8	19,4
Asignación Univ. x hijo	1465	33,8	53,2
No recibe	2033	46,8	100,00
Total	4340*	100	
<i>*Se han excluido 221 casos sin dato y 93 con superposición de prestaciones (probable error en la toma del dato)</i>			

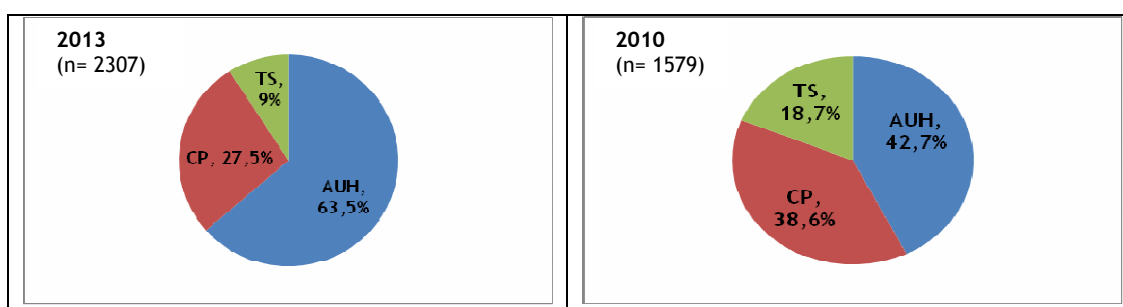
Fuente: Elaboración propia

¹⁷ Asesoría General Tutelar, *Programa Ciudadanía Porteña ¿con todo derecho?*. Eudeba, Bs.As, 2011. Andíñach Rosaura, "Impacto de la Asignación Universal por Hijo y el Programa Ciudadanía Porteña en el consumo de alimentos", *Tesis de Maestría, FLACSO, Bs.As.*, 2014.



Más de la mitad de las familias de los/as niños/as evaluados/as recibe alguna prestación social monetaria (53,2%). Este porcentaje aumentó respecto a la encuesta anterior (46,3%), destacándose el incremento de cobertura de la AUH que pasó de un 20% en 2010 a un 33,8% en 2013, mientras que CP decreció de un 18 a un 14,6% y TS de un 8,7% a un 4,8%. En todos los casos, estas diferencias son estadísticamente significativas¹⁸.

Gráfico 7: Proporción de familias titulares de algún programa de transferencia de ingresos en las últimas dos encuestas



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 19: Distribución porcentual de las prestaciones sociales de la familia según tipo de efector

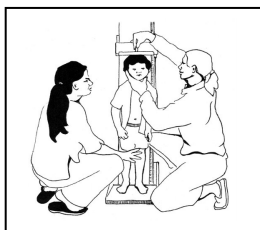
Prestación social familia	Tipo de efector		Total (n=4340 *)
	Área Programática (n=2793)	Consultorios Ext. Hospital (n=1547)	
Ciudadanía Porteña	19,3%	6,0%	14,6%
Ticket Social	5,9%	2,9%	4,8%
Asignación Univ. x hijo	32,9%	35,3%	33,7%
No recibe	41,9%	55,8%	46,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

*Se han excluido 221 casos sin dato (137 en AP y 84 en CE) y 93 (63 en AP y 30 en CE) con superposición de prestaciones

Fuente: Elaboración propia

En la población que concurre a CE de hospitales es menor el porcentaje que recibe prestaciones sociales propias de la CABA. Esta diferencia guarda relación con el lugar de residencia de las familias, dado que el 45% de los/as encuestados/as residen en Pcia.de Bs.As.

¹⁸ CP (chi2= 15,25; p<0,01), TS (chi2= 48,10; p<0,01), AUH (chi2= 187,33; p<0,01), No recibe (chi2= 36,34; p<0,01).



E.2) Prestaciones alimentarias en espacios institucionales

Cuadro 20: Distribución de la muestra según prestaciones alimentarias de los/as niños/as

Prestaciones alimentarias	N	%	% acumulado
Comedor escolar	812	18,6	18,6
Comedor Comunitario	102	2,3	21,0
Ambos	66	1,5	22,3
No concurre	3379	77,5	100,0
Total	4359 *	100	

*Se han excluido 295 casos sin dato

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la encuesta anterior, se ha incrementado el porcentaje de niños/as que realizan comidas institucionales, a expensas del incremento de quienes concurren a comedores escolares (que era un 15% en el 2010)¹⁹.

Cuadro 21: Distribución porcentual de las prestaciones alimentarias de los/as niños/as según tipo de efector

Prestaciones alimentarias	Área Programática (n=2845)	Consultorios Ext. Hospital (n=1514)	Total (n=4359 *)
Comedor escolar	21,5	13,2	18,7
Comedor Comunitario	3,3	0,5	2,3
Ambos	2,2	0,2	1,5
No concurre	72,9	86,1	77,5
Total *	100,0	100,0	100,0

*Se han excluido 295 casos sin dato (147 en AP y 148 en CE)

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 22: Distribución porcentual de las prestaciones alimentarias según grupo etario de los/as niños/as

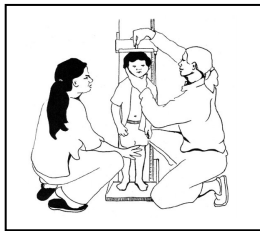
Prestaciones alimentarias	0 a 23 meses (n=2398)	24 a 71 meses (n=1961)	Total (n=4359 *)
Comedor escolar	3,9	36,6	18,6
Comedor Comunitario	1,9	2,9	2,3
Ambos	0,4	2,9	1,5
No concurre	93,8	57,6	77,5
Total *	100,0	100,0	100,0

*Se han excluido 295 casos sin dato (236 y 59 en los respectivos grupos etarios)

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar que en el grupo de 2 a 6 años se incrementa notablemente el porcentaje de niños/as que realiza alguna comida en un ámbito institucional, en

¹⁹ Comedor Escolar (chi²= 25,34; p<0,01), No concurre (chi²= 28,46; p<0,01).



particular en el comedor escolar, al que concurre un 39,5% de ese grupo etario. En el año 2010 dicho porcentaje era de 31,3%²⁰, resultando estadísticamente significativa la diferencia entre ambas encuestas.

Cuadro 23: Distribución de la muestra según prestaciones alimentarias de los/as niños/as y prestaciones sociales de la familia

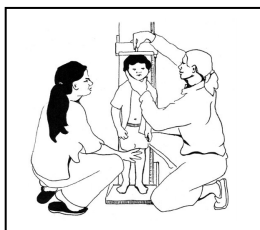
Tipo de prestaciones	N	%
Prestación alimentaria niño/a únicamente	343	7,8
Prestación social familia únicamente	1763	40,1
Recibe ambas	637	14,5
No recibe ninguna	1650	37,6
Total *	4393	100,0

Se han excluido 261 casos sin dato

Fuente: Elaboración propia

Es bajo el porcentaje de casos (un 14,5 %) en los que los/as niños/as realizan una comida institucional y, simultáneamente, sus familias reciben alguna prestación social monetaria.

²⁰ Chi2= 23,72; p<0,01.



VII. RESULTADOS ANTROPOMÉTRICOS

Cuadro 24: Diagnósticos antropométricos según indicador

Categoría diagnóstica	Indicador					
	Peso / Edad		IMC / Edad		Talla / Edad	
	N	%	N	%	N	%
Bajo	104	2,2 (1,8 - 2,7)	75	1,6 (1,2 - 2,0)	335	7,2 (6,4 - 7,9)
Normal	4231	90,9 (90,0 - 91,7)	3978	85,5 (84,4 - 86,5)	4319	92,8 (92,0 - 93,5)
Alto	319	6,9 (6,1 - 7,6)	601	12,9 (11,9 - 14,8)	-	-
Total	4654	100,0	4654	100,0	4654	100,0

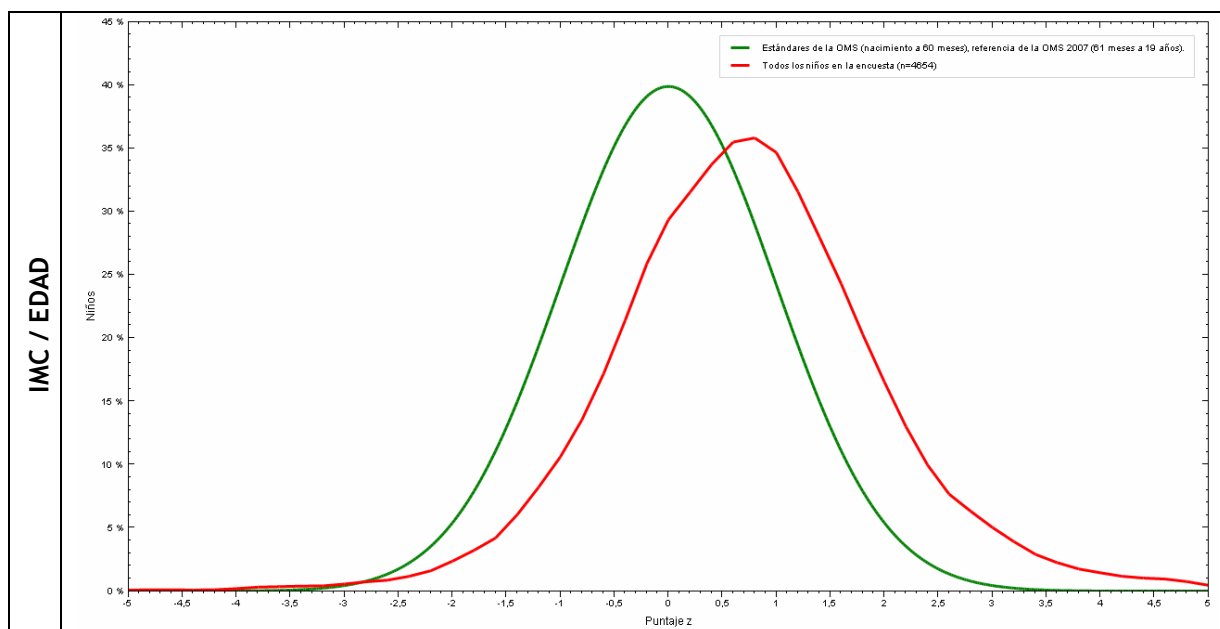
(Valores entre paréntesis corresponden a los intervalos de confianza del 95%)

Fuente: Elaboración propia

Siguiendo las tendencias de las últimas encuestas antropométricas, se destacan los elevados porcentajes de alto IMC/E (12,9%), y de baja T/E (7,2%). Ambos porcentajes son levemente menores a los del año 2010, pero las diferencias no son estadísticamente significativas.

Los porcentajes de bajo P/E y bajo IMC/E son menores a lo esperable (un 2,3% en una distribución poblacional normal).

Gráfico 8: Distribución de IMC / Edad en la población estudiada en comparación con la población de referencia (OMS 2006 y 2007)



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico, puede observarse una distribución desviada hacia la derecha con respecto a la población de referencia (OMS 2006 y 2007), lo cual indica una mayor aparición de alto IMC en nuestra muestra.

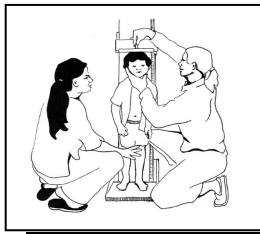
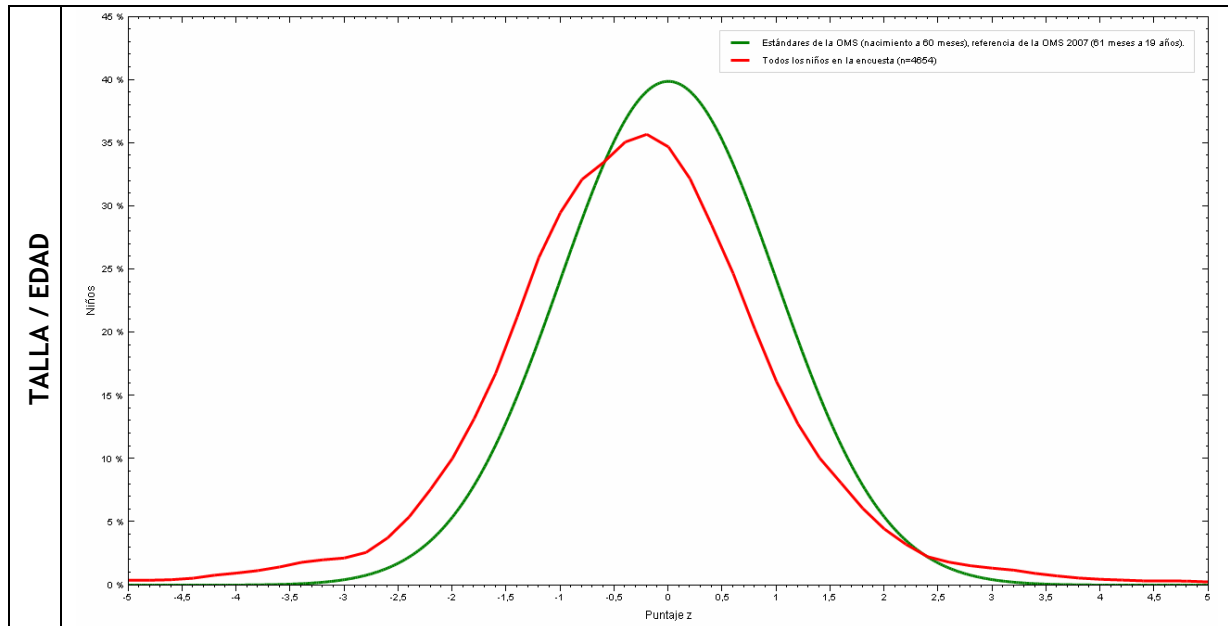
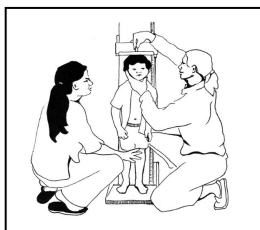


Gráfico 9: Distribución de Talla/ Edad en la población estudiada en comparación con la población de referencia (OMS 2006 y 2007)



Fuente: Elaboración propia

El gráfico que antecede muestra una curva desviada hacia la izquierda, lo cual representa una población con menor promedio de talla que la de referencia.



**A) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN TIPO DE EFECTOR
REGION SANITARIA Y LUGAR DE RESIDENCIA**

Cuadro 25: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos, según tipo de efector

Indicador antropométrico		Tipo de efector		Total (n=4654)
		Área Programática (n=2993)	CE Hospitalares (n=1661)	
IMC / Edad	Bajo	1,6%	1,6%	1,6%
	Normal	85,4%	85,7%	85,5%
	Alto	13,0%	12,7%	12,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	8,2%	6,6%	7,2%
	Normal	91,8%	93,4%	92,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Las diferencias según tipo de efector para alto IMC/E y baja T/E no son estadísticamente significativas.

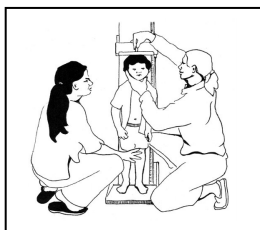
Cuadro 26: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos, según región sanitaria del efector de salud

Indicador antropométrico		Región Sanitaria				Total (n=4654)
		I (n=1679)	II (n=1760)	III (n=730)	IV (n=485)	
IMC / Edad	Bajo	1,7%	1,0%	2,1%	3,1%	1,6%
	Normal	87,1%	85,1%	84,2%	83,1%	85,5%
	Alto	11,3%	13,9%	13,7%	13,8%	12,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	6,5%	7,0%	8,6%	8,2%	7,2%
	Normal	93,5%	93,0%	91,4%	91,8%	92,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Entre regiones sanitarias, no son significativas las diferencias para alto IMC/E ni baja T/E, mientras que sí resultan significativas las diferencias para bajo IMC/E, duplicando el valor de la región IV al promedio de la ciudad²¹.

²¹ Bajo IMC (chi2=11,26; p=0,01). Ver nota 23.



Cuadro 27: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos, según jurisdicción de residencia

Indicador antropométrico		Jurisdicción de residencia		Total * (n= 4486)
		CABA (n=3526)	Pcia. (n=960)	
IMC / Edad	Bajo	1,7%	1,4%	1,6%
	Normal	85,3%	86,5%	85,5%
	Alto	13,0%	12,2%	12,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	7,3%	6,8%	7,2%
	Normal	92,7%	93,2%	92,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Se excluyen 168 casos sin dato

Fuente: Elaboración propia

Tomando en consideración la jurisdicción de residencia (CABA / Pcia. de Bs.As.), no hay diferencias estadísticamente significativas para los indicadores evaluados.

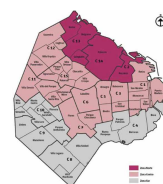
Cuadro 28: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos, según zona²² de residencia en la Ciudad (agrupamiento de comunas)

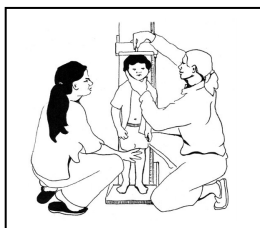
Indicador antropométrico		Zona de residencia (agrupamiento de comunas)			Total ** (n= 3196)
		Sur (n=1751)	Centro (n=1362)	Norte (n=83 *)	
IMC / Edad	Bajo	1,4%	2,2%	3,6%	1,8%
	Normal	86,0%	84,5%	81,9%	85,2%
	Alto	12,7%	13,3%	14,5%	13,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	6,9%	7,4%	8,4%	7,1%
	Normal	93,1%	92,6%	91,6%	92,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

** n insuficiente*
*** Se excluyen 1458 casos (residentes en CABA sin identificar comuna, en Pcia. de Bs.As. y Sin dato)*

Fuente: Elaboración propia

²² Se considera el agrupamiento de comunas en zonas de la CABA utilizado en la Encuesta EAN-CABA 2011: zona sur (comunas 4, 8, 9 y 10), centro (comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12 y 15) y norte (comunas 2, 13 y 14).





Se presentan los indicadores antropométricos según zona debido a que muchas comunas por sí solas aportan un número insuficiente de niños/as evaluados residentes en las mismas (es el caso de las comunas 2, 5, 6, 11, 12, 13 y 14). Tres de estas comunas son las que conforman la zona norte (2, 13 y 14), por lo cual también resulta ser insuficiente la muestra correspondiente a dicha zona²³.

Cuadro 29: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos en barrios seleccionados (villas de emergencia)

Indicador Antropométrico		Villa de emergencia				
		1/11/14 (n=228)	15 (n=241)	20 (n=138)	21/24 (n=137)	31 (n=121)
IMC / Edad	Bajo	1,3%	0,4%	0,0%	1,5%	4,1%
	Normal	83,7%	88,4%	81,8%	90,5%	81,0%
	Alto	14,9%	11,2%	18,1%	8,0%	14,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	5,7%	7,5%	4,3%	4,4%	7,4%
	Normal	94,3%	92,5%	95,7%	95,6%	92,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

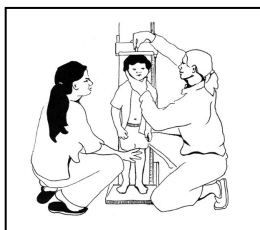
En contraste, la muestra de niños/as residentes en villas de emergencia tiene un tamaño suficiente para calcular los indicadores antropométricos. Entre los barrios con mayor grado de vulnerabilidad, se observa que la Villa 31 presenta un porcentaje mayor de problemas nutricionales por déficit²⁴, mientras que la Villa 20, por exceso.

Sin embargo, como puede observarse en el próximo cuadro, cuando se compara el conjunto de los/as niños/as residentes en villas de emergencia con los/as residentes en el resto de la ciudad, las diferencias porcentuales no son estadísticamente significativas para ningún indicador antropométrico.

Establecer si las diferencias entre villas particulares reflejan perfiles nutricionales distintos o sesgos muestrales, requeriría estudios complementarios que contemplen la complejidad de potenciales factores intervinientes.

²³ La escasa representación en la muestra de población residente en la zona norte de la ciudad puede explicarse teniendo en cuenta el tipo de cobertura de salud. En la zona norte sólo un 6% de la población tiene como única cobertura al sistema público de salud, mientras que el promedio en la zona sur es del 30% (con la comuna 8 llegando a un 40%), y en la zona centro es de un 16% (Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos - GCBA, "El acceso a la salud en la Ciudad de Buenos Aires. EAH 2012", Informe de resultados N° 629, Buenos Aires, enero 2014). Asimismo, cabe considerar el número de efectores de salud ubicados en cada región (por ej. en zona norte hay 1 CESAC y 2 hospitales gales. de agudos y en zona sur, 24 CESACs y 5 hospitales de agudos).

²⁴ Es probable que el mayor porcentaje de bajo IMC/E de la región IV sea reflejo del valor que asume este indicador entre los/as niños/as evaluados en la villa 31 que representan la cuarta parte de todos/as los/as evaluados/as en la región IV.



Cuadro 30: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos según tipo de barrio de residencia (villa / no-villa)

Indicador Antropométrico		Barrio de residencia		Total (n=3526 *)
		Villa (n=865)	No villa (n=2661)	
IMC / Edad	Bajo	1,3%	1,8%	1,7%
	Normal	85,4%	85,2%	85,3%
	Alto	13,3%	13,0%	13,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	6,0%	7,7%	7,3%
	Normal	94,0%	92,3%	92,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

* Se excluyen 1128 casos (residentes en Pcia. y sin dato)

Fuente: Elaboración propia



B) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN SEXO, EDAD Y PESO AL NACER

Cuadro 31: Diagnósticos antropométricos, según indicador y sexo

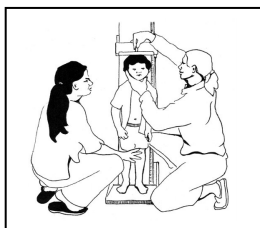
Categoría diagnóstica	Indicador					
	Peso / Edad		IMC / Edad		Talla / Edad	
	Sexo		Sexo		Sexo	
	Femenino (n=2302)	Masculino (n=2352)	Femenino (n=2302)	Masculino (n=2352)	Femenino (n=2302)	Masculino (n=2352)
Bajo	1,6% (1,1 - 2,2)	2,8% (2,2 - 3,6)	1,4% (0,9 - 1,9)	1,8% (1,2 - 2,3)	6,4% (5,4 - 7,4)	8,0% (6,9 - 9,1)
Normal	92,0% (90,8 - 93,1)	89,8% (88,6 - 91)	86,1% (84,7 - 87,6)	84,8% (83,3 - 86,3)	93,6% (92,6 - 94,6)	92,0% (90,9 - 93,1)
Alto	6,4% (5,4 - 7,4)	7,3% (6,3 - 8,4)	12,4% (10,9 - 13,6)	13,4% (12,0 - 14,8)	-	-
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Valores entre paréntesis corresponden a los intervalos de confianza del 95%)

Fuente: Elaboración propia

Sólo resulta significativa la diferencia de baja talla/edad, siendo mayor la prevalencia entre los varones²⁵.

²⁵ Baja talla (chi²= 4,5; p= 0,03).



Cuadro 32: Diagnósticos antropométricos, según indicador y edad

Categoría diagnóstica	Indicador					
	Peso /Edad		IMC /Edad		Talla / Edad	
	Grupo etario		Grupo etario		Grupo etario	
	0-23 meses (n=2364)	24-71 meses (n=2020)	0-23 meses (n=2364)	24-71 meses (n=2020)	0-23 meses (n=2364)	24-71 meses (n=2020)
Bajo	2,7% (2,1 - 3,3)	1,7% (1,2 - 2,3)	1,4% (1,0 - 1,9)	1,8% (1,2 - 2,4)	8,0% (6,9 - 9,0)	6,2% (5,1 - 7,3)
Normal	91,1% (89,9 - 92,1)	90,7% (89,4 - 91,9)	86,9% (85,5 - 88,2)	83,7% (82,0 - 85,3)	92,0% (91,0 - 93,1)	93,8% (92,7 - 94,9)
Alto	6,3% (5,4 - 7,2)	7,6% (6,5 - 8,8)	11,7% (10,4 - 11,9)	14,5% (12,9 - 16,2)	-	-
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Valores entre paréntesis corresponden a los intervalos de confianza del 95%)

Fuente: Elaboración propia

A partir de los 2 años de edad es mayor la proporción de alto IMC/Edad, de manera estadísticamente significativa. A la inversa, el porcentaje de baja talla/edad es significativamente más elevado en los/as menores de 2 años²⁶.

Cuadro 33: Distribución porcentual de los diagnósticos de IMC, según categoría de talla

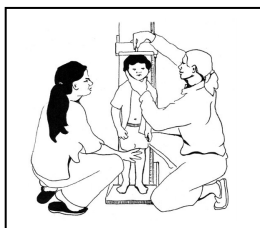
Categoría de IMC/ Edad	Categoría de Talla / edad		Total (n=4654)
	Talla Normal (n=4319)	Baja Talla (n=335)	
Bajo	1,6%	2,1%	1,6%
Normal	86,3%	74,3%	85,5%
Alto	12,1%	23,6%	12,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Al cruzar los indicadores antropométricos de IMC y talla, se advierte que es mayor el porcentaje de obesidad entre los/as niños/as con baja talla, siendo esta diferencia estadísticamente significativa²⁷.

²⁶ Alto IMC (chi2= 7,5; p< 0,01). Baja talla (chi2= 5,3; p= 0,02).

²⁷ Alto IMC (chi2= 36,34; p<0,01).



Cuadro 34: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos, según peso al nacer

Indicador antropométrico		Peso al nacer				Total (n=4487 *)
		Bajo Peso (n=301)	Peso Insuficiente (n=614)	Peso normal (n=3088)	Peso Alto (n=484)	
IMC / Edad	Bajo	3,0%	2,3%	1,4%	1,0%	1,6%
	Normal	90,0%	90,6%	85,6%	77,5%	85,7%
	Alto	7,0%	7,2%	13,1%	21,5%	12,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	20,6%	9,9%	5,9%	3,7%	7,2%
	Normal	79,4%	90,1%	94,1%	96,3%	92,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Se excluyen 167 casos sin dato

Fuente: Elaboración propia

Al cruzar los indicadores antropométricos alterados con las categorías de peso de nacimiento, se observa la influencia tanto del bajo peso al nacer como del peso insuficiente en las prevalencias actuales de bajo IMC/edad y de baja talla/edad. Por otro lado, el alto peso al nacer se correlaciona con una mayor frecuencia de alto IMC/E, de manera estadísticamente significativa²⁸.



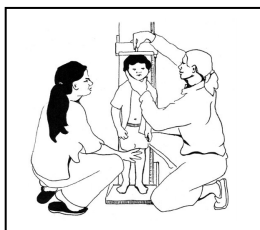
C) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Cuadro 35: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos en la submuestra de 6-24 meses de edad, según lactancia materna exclusiva al 6° mes

Indicador antropométrico		Lactancia exclusiva al 6° mes		
		Sí (n=777)	No (n=705)	Total (n=1482)
IMC / Edad	Bajo	1,2%	1,6%	1,3%
	Normal	86,0%	86,0%	86,0%
	Alto	12,9%	12,5%	12,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	5,4%	9,8%	7,5%
	Normal	94,6%	90,2%	92,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

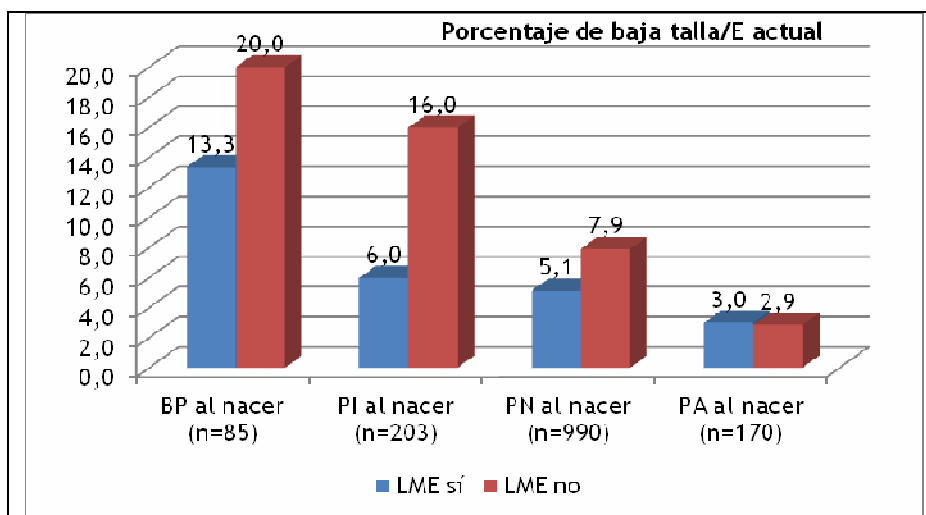
Fuente: Elaboración propia

²⁸ Alto IMC (chi2= 59,64; p<0,01).



Numerosos estudios han establecido la función protectora de la lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes en relación a variados problemas de salud. En esta encuesta se observa un menor porcentaje de baja talla entre los/as niños/as que han recibido lactancia materna exclusiva, siendo esta diferencia estadísticamente significativa²⁹.

Gráfico 10: Distribución porcentual de baja talla/E en la sub-muestra de 6-24 meses de edad, según lactancia materna exclusiva al 6° mes



Fuente: Elaboración propia

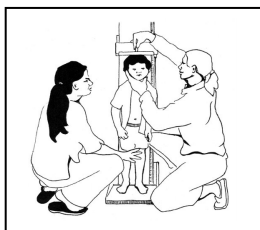
En el gráfico que antecede, se advierte que ese efecto protector de la lactancia materna exclusiva se observa incluso entre aquellos/as niños/as con bajo o insuficiente peso al nacer.

Cuadro 36: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos en la sub-muestra de 12-24 meses de edad, según lactancia materna continuada al año

Indicador antropométrico		Lactancia continuada al año		
		Sí (n=557)	No (n=281)	Total (n=838)
IMC / Edad	Bajo	1,8%	0,7%	1,4%
	Normal	86,7%	82,6%	85,3%
	Alto	11,5%	16,7%	13,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	9,2%	7,8%	8,7%
	Normal	90,8%	92,2%	91,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

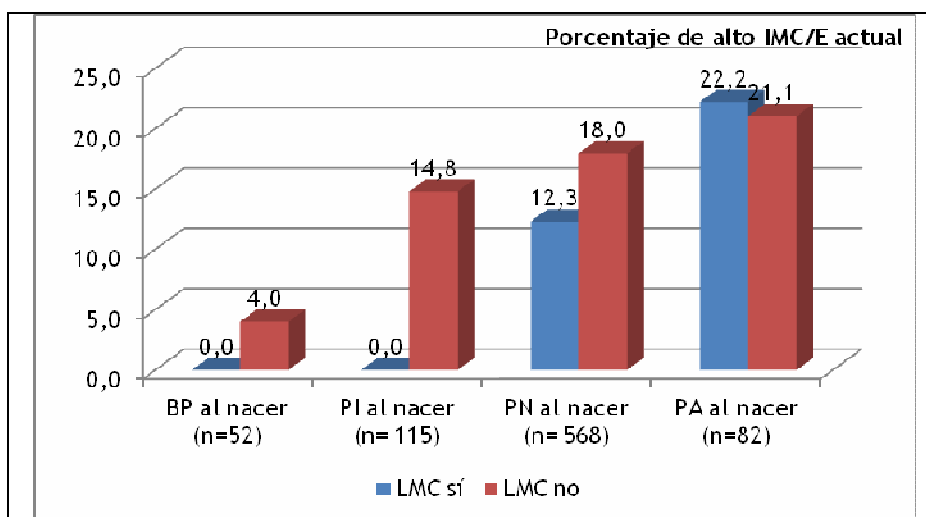
Fuente: Elaboración propia

²⁹ Baja talla (chi²= 10,24; p<0,01) OR=1,90 (IC95%= 1,25-2,88).



Puede observarse que la lactancia materna continuada al año se asocia a una menor prevalencia de obesidad, resultando ser ésta la única diferencia estadísticamente significativa³⁰.

Gráfico 11: Distribución porcentual de alto IMC/E en la sub-muestra de 12-24 meses de edad, según lactancia materna continuada al año



Fuente: Elaboración propia

Esta asociación se observa para casi todas las categorías de peso de nacimiento, salvo en los/as niños y niñas con alto peso al nacer, que presentan similares porcentajes de obesidad.

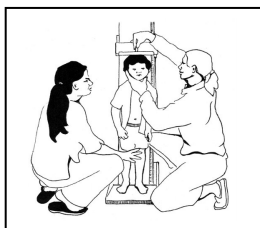
Cuadros 37 y 38: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos en la sub-muestra de 0-24 meses de edad, según momento de inicio de la alimentación complementaria

Indicador antropométrico		Inicio Alimentación Complementaria				
		Muy temprana (n=72)	Temprana (n=138)	Oportuna (n=1306)	Tardía (n=160)	Total * (n=1676)
IMC / Edad	Bajo	2,8%	1,4%	0,9%	2,5%	1,2%
	Normal	87,5%	86,2%	86,6%	83,1%	86,3%
	Alto	9,7%	12,3%	12,5%	14,4%	12,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,00%
Talla / Edad	Baja	6,9%	10,9%	6,7%	8,1%	7,2%
	Normal	93,1%	89,1%	93,3%	91,9%	92,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,00%

* Se excluyen 895 casos correspondientes a menores de 6 meses que no iniciaron AC

Fuente: Elaboración propia

³⁰ Alto IMC (chi2= 4,46; p= 0,03) OR=1,55 (IC95%= 1,01-2,37).



Indicador antropométrico		Inicio Alimentación Complementaria		
		Oportuna (n=1306)	No oportuna (n=370)	Total * (n=1676)
IMC / Edad	Bajo	0,9%	2,2%	1,2%
	Normal	86,6%	85,1%	86,3%
	Alto	12,5%	12,7%	12,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	6,7%	8,9%	7,2%
	Normal	93,3%	91,1%	92,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
	* Se excluyen 895 casos correspondientes a menores de 6 meses que no iniciaron AC			

Fuente: Elaboración propia

Puede observarse que los problemas de déficit (bajo IMC y baja talla) se presentan en porcentajes mayores entre quienes no recibieron alimentación complementaria oportuna, sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas.



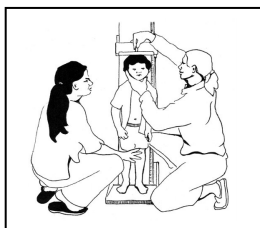
D) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS PREVENTIVAS DEL SECTOR SALUD

Las dos prácticas preventivas brindadas desde el sector salud sobre las que se han relevado datos en esta encuesta (suplementación con hierro y entrega de leche fortificada) apuntan a prevenir la anemia, uno de los problemas nutricionales más relevantes en la primera infancia. En La ENNyS se observó una prevalencia de anemia del 34,9% en niños/as de 6 a 23 meses de la Ciudad de Buenos Aires y, entre ellos, una mayor prevalencia de baja talla.

Cuadro 39: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos en la submuestra de 6-11 meses de edad, según consumo de suplemento de hierro

Indicador antropométrico		Consumo de suplemento de hierro		
		Sí (n=644)	No (n=132)	Total (n=776)
IMC / Edad	Bajo	0,8%	1,5%	0,9%
	Normal	86,5%	82,6%	85,8%
	Alto	12,7%	15,9%	13,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	6,4%	6,8%	6,4%
	Normal	93,6%	93,2%	93,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia



Cuadro 40: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos en la submuestra de Área Programática de niños/as de 6-71 meses de edad, según recepción de leche fortificada

Indicador antropométrico		Recepción leche fortificada		
		Sí (n=1558)	No (n=887)	Total (n=2445)
IMC / Edad	Bajo	1,5%	1,8%	1,6%
	Normal	85,0%	83,5%	84,5%
	Alto	13,5%	14,7%	13,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	7,5%	5,5%	6,8%
	Normal	92,5%	94,5%	93,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En esta encuesta no se observan diferencias estadísticamente significativas en los indicadores antropométricos en relación a la recepción de suplemento de hierro ni de leche fortificada.



E) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN PRESTACIONES SOCIALES Y ALIMENTARIAS

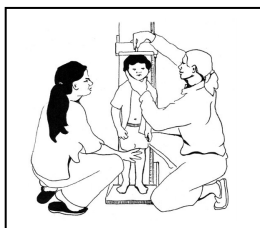
En los últimos años se ha producido una modificación en las políticas sociales, tendiendo a implementarse las mismas a través de la transferencia de ingresos a los hogares en reemplazo de la entrega directa de alimentos.

Cuadros 41: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos, según prestaciones sociales de la familia

Indicador antropométrico		Prestaciones sociales agrupadas		
		Sí recibe (n=2307)	No recibe (n=2033)	Total * (n=4340)
IMC / Edad	Bajo	1,4%	1,8%	1,6%
	Normal	86,0%	85,6%	85,8%
	Alto	12,7%	12,6%	12,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	6,6%	7,2%	6,9%
	Normal	93,4%	92,8%	93,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

* Se excluyen 93 casos con superposición de prestaciones y 221 sin dato

Fuente: Elaboración propia



No hay diferencias significativas en el estado antropométrico de niños y niñas en función de si sus familias son titulares de algún programa de transferencia de ingresos o no.

Comparando con la encuesta anterior, resulta significativa la disminución en la proporción de baja talla³¹ en los/as niños y niñas de familias titulares, mientras que no hay variaciones significativas entre quienes no reciben ningún programa.

Respecto a la obesidad, si bien se advierte una mejora porcentual, la diferencia no es estadísticamente significativa. En el año 2010 los/as niños/as cuyas familias recibían alguna prestación social tenían una mayor prevalencia de obesidad que aquellos/as cuyas familias no eran titulares de ningún programa, mientras que en el 2013 la prevalencia es la misma en ambos grupos.

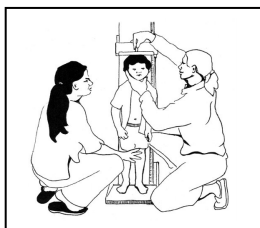
Cuadros 42: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos, según recepción de prestaciones alimentarias por parte del /a niño/a

Indicador antropométrico		Comidas en ámbitos institucionales		
		Sí (n=980)	No (n=3379)	Total * (n=4359)
IMC / Edad	Bajo	1,7%	1,5%	1,5%
	Normal	85,3%	85,8%	85,7%
	Alto	13,0%	12,8%	12,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	5,8%	7,1%	6,8%
	Normal	94,2%	92,9%	93,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
* Se excluyen 295 casos sin dato				

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la situación nutricional de los/as niños/as que realizan comidas en ámbitos institucionales, las diferencias porcentuales no son estadísticamente significativas.

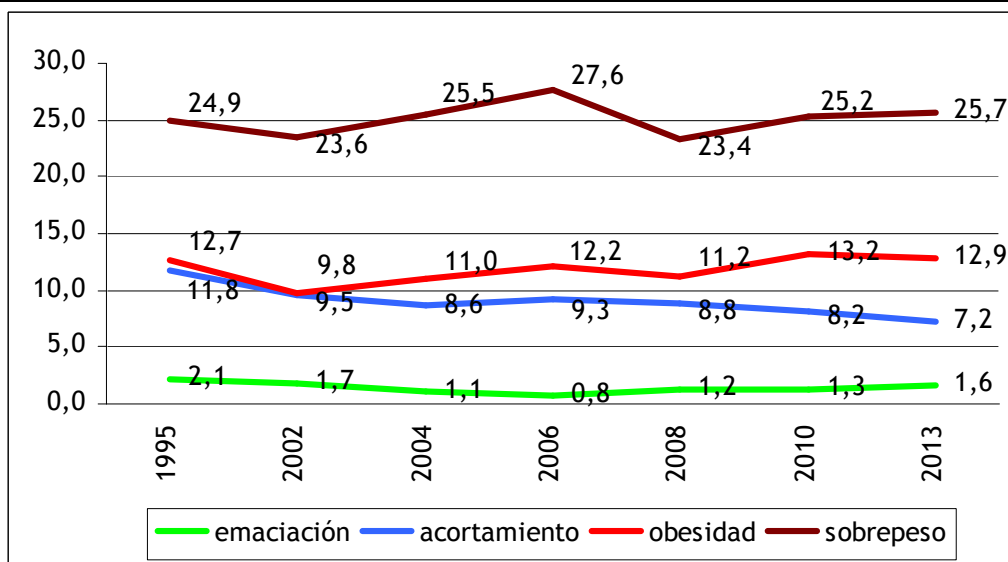
³¹ Baja talla (chi2= 4,95; p= 0,02).



IX. SERIE HISTORICA DE ENCUESTAS Retrospectiva de 18 años

Cuadro 43 y gráfico 12: Indicadores antropométricos alterados (referencia OMS) Serie histórica 1995 - 2013

Indicador antropométrico alterado	Año						
	1995 (n=841)	2002 (n=2286)	2004 (n=3250)	2006 (n=3620)	2008 (n=3593)	2010 (n=3410)	2013 (n=4654)
Bajo IMC/Edad (emaciación)	2,1%	1,7%	1,1%	0,8%	1,2%	1,3%	1,6%
Baja talla/Edad (acortamiento)	11,8%	9,5%	8,6%	9,3%	8,8%	8,2%	7,2%
Alto IMC/Edad >2DE (obesidad)	12,7%	9,8%	11,0%	12,2%	11,2%	13,2%	12,9%
IMC >1DE / 2DE (sobrepeso)	24,9%	23,6%	25,5%	27,6%	23,4%	25,2%	25,7%

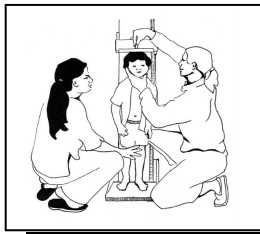


Fuente: Elaboración propia

El procesamiento con las nuevas referencias OMS (2006-2007) de la serie histórica de 7 encuestas antropométricas, que en el lapso de 18 años incluyen 21650 niños/as evaluados/as, muestra que el déficit de peso ha disminuido sensiblemente manteniéndose por debajo de los valores esperables en una distribución poblacional normal.

Comparando ambos extremos de la serie histórica (1995 / 2013), resulta significativo el descenso en la proporción de baja talla³², si bien continúa en valores que triplican lo esperable. El sobrepeso y la obesidad mantienen valores establemente altos.

³² Chi2=20,48; p<0,01.



Ambas tendencias (reducción de la baja talla y meseta en la prevalencia de obesidad) se han presentado en varios países de América Latina y el Caribe en las últimas dos décadas³³.

La baja talla refleja “la acumulación y los efectos permanentes y a largo plazo de las agresiones a la nutrición de los niños pequeños”³³, por lo cual la reducción de su prevalencia reviste gran importancia y requiere continuar desarrollando acciones para consolidar esta tendencia.

Paralelamente en los países de la región se han asociado las transiciones epidemiológicas, demográficas y nutricionales con mayores niveles de sobrepeso y obesidad desde comienzos de los '90, manteniéndose estable en las dos décadas siguientes³². A nivel mundial, la OMS ha planteado que en el 2013 el número de niños menores de 5 años con obesidad ha duplicado el número reportado en 1980³⁴.

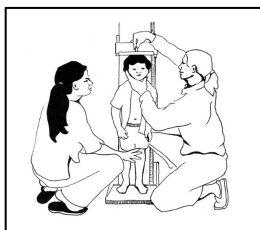
Estos datos globales permiten poner en perspectiva la serie de encuestas antropométricas, en la cual la obesidad ya era un problema relevante en 1995, si bien recién se instala en la última década como problema de salud pública.

Varios autores han relacionado la elevada prevalencia de obesidad con cambios, en los ámbitos urbanos, de los patrones de consumo de alimentos y bebidas y también de actividad física. En el plano alimentario, se destaca la mayor oferta de productos industrializados ultraprocesados³⁵, una baja relativa de su costo y la intensa presión publicitaria dirigida a niños y niñas, aún con escasa regulación en la región. En cuanto a la actividad física, se ha señalado la declinación de actividades recreativas y deportivas extra-hogareñas y el aumento de actividades de ocio intra-hogareñas sedentarias³⁴.

³³ Organización Panamericana de la Salud “La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio”, Washington, 2008.

³⁴ “Global status report on noncommunicable diseases”, World Health Organization, 2014.

³⁵ Monteiro, Carlos. “Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing”, *Public Health Nutrition*: 12(5), 2009



X. SINTESIS Y REFLEXIONES

Las **encuestas antropométricas** a niños y niñas menores de 6 años se realizan desde el año 1995 en efectores públicos del primer nivel de atención de la Ciudad de Buenos Aires. A partir de la 3er. encuesta del año 2004, la organización logística, carga de los datos y redacción del informe de resultados fue asumida por el Programa Nutricional, contando con el apoyo de la Dirección de Maternidad e Infancia (Ministerio de Salud de la Nación) en el procesamiento estadístico de la información. Ya son dos las encuestas en que el procesamiento también ha sido realizado por el Programa Nutricional, contando igualmente con el acompañamiento técnico de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

A partir de la sexta encuesta (año 2010), a las mediciones antropométricas, la indagación de peso de nacimiento y duración de lactancia, se agregaron preguntas para conocer el acceso de los/as niños/as y sus familias a algunas medidas de protección social con influencia en el plano nutricional, medidas sostenidas por distintos ministerios y agencias gubernamentales, tanto de Ciudad como de Nación. Nos referimos a dos prácticas preventivas implementadas desde el sector salud (suplementación con hierro y entrega de leche en polvo fortificada), a los programas de transferencia condicionada de ingresos que recibe la familia (Ciudadanía Porteña, Ticket Social, Asignación Universal por hijo) y a prestaciones alimentarias que recibe el/la niño/a (comedor escolar y/o comunitario).

En la encuesta actual (2013), se preguntó también el barrio de residencia con el objetivo de referenciar los datos de acuerdo al lugar de residencia de la familia, además de -como ya se venía realizando- en función de la ubicación geográfica del efector de salud.

En esta séptima encuesta se logró contar con la participación de un mayor número de efectores de salud (39 de los 42 CESACs, así como los CE de 12 de los 13 hospitales generales de agudos), habiendo aumentado en más de un tercio el número de niños y niñas evaluados/as respecto a la encuesta anterior.

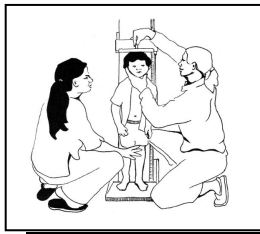
Un 60% de los niños y niñas ha sido evaluado en CESACs y aproximadamente un 75% del total de la muestra fue medida en efectores de salud ubicados en las regiones sanitarias I y II.

Respecto al lugar de residencia, un 20% corresponde a Pcia. de Buenos Aires. Dentro de la Ciudad, un 55% reside en la zona sur, un 42% en el centro y un 3% en la zona norte. La escasa representación en la muestra de población residente en la zona norte de la ciudad puede explicarse teniendo en cuenta el tipo de cobertura de salud. En dicha zona sólo un 6% de la población tiene como única cobertura al sistema público de salud, mientras que el promedio en la zona sur es del 30% (con la comuna 8 llegando a un 40%)³⁶.

Los **problemas nutricionales más prevalentes** en la primera infancia son, de manera sostenida, la **obesidad** y la **baja talla**.

La obesidad resultó ser más prevalente en el grupo etario de 2 a 6 años, mientras que la baja talla en el grupo de menores de 2 años y en los varones del conjunto

³⁶ Dirección General de Estadísticas y Censos - GCBA, "El acceso a la salud en la Ciudad de Buenos Aires. EAH 2012", *Informe de resultados N° 629*, Buenos Aires, enero 2014.



de la muestra. Entre quienes tienen baja talla, se duplica la presencia de obesidad.

Se observó una relación entre el **peso al nacer** y el estado nutricional actual³⁷, casi triplicándose el porcentaje de baja talla entre quienes nacieron con bajo peso y duplicándose el porcentaje de obesidad entre quienes nacieron con peso alto. Esta constatación refuerza la importancia de una perspectiva que tenga en cuenta el ciclo de vida en el abordaje de los problemas nutricionales, evidenciando una vez más la importancia de controles integrales de salud durante el embarazo.

En relación al **lugar de residencia**, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado nutricional de los/as niños y niñas residentes en Pcia. y Ciudad de Buenos Aires, como así tampoco entre quienes viven en la Ciudad en barrios de mayor vulnerabilidad socioeconómica (villas de emergencia agrupadas) respecto al resto de los barrios. Es importante recordar que se trata de una encuesta realizada a niños y niñas que asisten a efectores públicos de salud del primer nivel de atención³⁸. Para aproximarnos a una contextualización de estos datos, es oportuno considerar como indicador de las condiciones de vida al porcentaje de hogares que en el año 2013 no tuvo ingresos suficientes para cubrir la canasta de alimentos. Mientras en la zona norte fue de 1,4%, en la centro de 2,9% y en la sur de 6,6% (para el promedio de los hogares de la ciudad fue de 3,3%)³⁹, entre quienes tienen como única cobertura de salud el sistema público (con independencia de la zona de residencia) el porcentaje se elevó a 15,2%. Esta consideración permite comprender la semejanza en los resultados antropométricos en una población en la que el citado indicador de vulnerabilidad quintuplica al promedio de la ciudad.

Tampoco se observaron diferencias en el estado antropométrico de acuerdo a la recepción de **sulfato ferroso** y de **leche fortificada**. La cobertura del primero es de un 83% de los/as niños y niñas en su segundo semestre de vida, mientras que en el caso de la segunda es de un 64% de los/as niños/as de 6 a 71 meses. Si bien el porcentaje de niños y niñas que reciben leche fortificada es apenas mayor entre quienes residen en villas de emergencia (68%), casi un tercio de los/as mismos/as no están siendo cubiertos por esta práctica de salud que busca prevenir la anemia ferropénica.

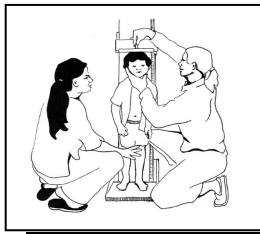
En relación a la **lactancia materna**, en un 52% de los casos se registró lactancia exclusiva al 6to. mes, mientras que la lactancia continuada al año se mantuvo en un 65%. Se observó una menor prevalencia de baja talla entre quienes recibieron lactancia materna exclusiva hasta el 6to. mes, así como también una menor prevalencia de obesidad entre quienes recibieron lactancia materna continuada hasta el año. Ambas diferencias⁴⁰ -estadísticamente significativas- aportan, una

³⁷ Descripta en diferentes estudios. Ver: *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2009, pág. 67.

³⁸ Estudios de base poblacional, como la EAN-CABA 2011, sí han documentado diferencias entre las zonas de la Ciudad. Por ejemplo entre los/as niños/as de 2 a 4 años, la obesidad arrojó una prevalencia de 13,4% en zona sur, de 14,5% en zona centro y de 8,9% en zona norte; mientras que la baja talla fue de 9,8%, 4,2% y 5,5%, respectivamente.

³⁹ "Condiciones de vida en la Ciudad de Buenos Aires. Sistema de Canastas de Consumo, 2013", *Panorama Social Porteño* N° 3, DGEyC (GCBA), Buenos Aires, 2014.

⁴⁰ Establecidas también en otros estudios, ver: González, Horacio "Impacto alejado de la lactancia materna" EN: *Pronap, Módulo 1*, Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, 2014.



vez más, datos que refuerzan la centralidad que debe asumir la promoción de la lactancia materna en las prácticas de salud. Sin embargo, se advierte que los mensajes de los equipos de salud abordan la promoción de la exclusividad de la lactancia materna hasta el 6to. mes con mayor énfasis que la continuidad durante el segundo semestre de vida (y menos aún en el segundo año de vida). Es importante poner en agenda del sector salud la trascendencia que reviste la promoción de la continuidad de la lactancia materna, más aún en el contexto de la fuerte presión publicitaria que ejercen los fabricantes de fórmulas lácteas de seguimiento.

Por otro lado, en lo que respecta a prestaciones sociales, se documentó que un poco más de la mitad de las familias de los/as niños/as evaluados/as son titulares de alguno de los **Programas de Transferencia Condicionada de Ingresos** existentes en el ámbito de la Ciudad. Comparando con la encuesta 2010, el porcentaje de familias cubiertas se incrementó en un 7%, sin embargo ha cambiado en gran medida los porcentajes de cobertura de cada programa. Del total de familias titulares, la AUH representa el 63,5% (en 2010, era el 42%); Ciudadanía Porteña, el 27% (en 2010, representaba el 38%) y Ticket Social, el 9% (en 2010, 19%).

No hay diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de problemas nutricionales según la condición de titular o no de la familia de alguno de los programas mencionados. Sin embargo, al comparar con la encuesta 2010, resulta significativa la reducción en el porcentaje de baja talla en los niños y niñas de familias titulares. Respecto a la obesidad, se verifica una mejora porcentual pero no es estadísticamente significativa.

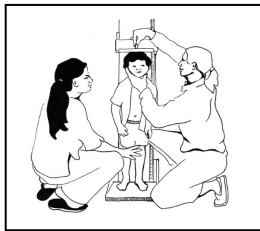
La **mejora en el porcentaje de baja talla** reviste gran trascendencia, dada la documentada relación entre condiciones de vida desfavorables y retraso del crecimiento⁴¹, por lo cual esta mejora podría considerarse un indicio del impacto positivo de los programas de transferencia condicionada de ingresos en la salud de los/as niños y niñas durante la primera infancia. Otros estudios han documentado una mejora en la seguridad alimentaria de los hogares relacionada con este tipo de programas⁴², pero no se han encontrado publicaciones locales que den cuenta del impacto en el estado nutricional infantil⁴³.

⁴¹ En nuestro país puede consultarse: Bolzán Andrés y Raúl Mercer. “Seguridad alimentaria y retardo crónico del crecimiento en niños pobres del norte argentino”, *Archivos Argentinos de Pediatría* 2009; 107(3) (pág.221-228).

⁴² Por ejemplo, en el año 2010 el porcentaje de hogares cuya única cobertura de salud es el sistema público y que no contaron con ingresos suficientes para cubrir la canasta de alimentos (es decir, hogares en situación de indigencia) fue de 22,2 y en el 2013 de 15,2. El Observatorio Porteño de la Situación Social indica: “La mayor cantidad de beneficiarios de la Asignación Universal por Hijo puede ser un factor influyente tanto en la suba del ingreso promedio de los hogares pertenecientes al primer decil como en la consecuente baja interanual en el porcentaje de hogares con ingresos inferiores a la Canasta Alimentaria” (Informe “*Condiciones de vida en la Ciudad de Buenos Aires. Sistema de Canastas de Consumo*”).

Ver también: Observatorio de la deuda social argentina. “Análisis de impacto de la AUH en materia de inseguridad alimentaria y déficit educativo”, Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, mayo 2013; y Andíach Rosaura, “Impacto de la Asignación Universal por Hijo y el Programa Ciudadanía Porteña en el consumo de alimentos”, *Tesis de Maestría, FLACSO, Bs.As.*, 2014.

⁴³ En Brasil se ha documentado la relación entre la declinación de la prevalencia de baja talla y la mejora del poder adquisitivo de las familias pobres -entre otros factores-. Ver: Monteiro et al. “Causes for the decline in child under-nutrition in Brazil, 1996-2007”, *Rev Saúde Pública* 2009;43(1).



Otro aspecto que merece destacarse es la **disminución del bajo peso al nacer** entre las últimas dos encuestas, resultando que el porcentaje en el año 2013 es igual en la población encuestada y en el promedio de la Ciudad (de acuerdo a las estadísticas vitales⁴⁴); mientras que, en el 2010, el bajo peso al nacer en la población encuestada superaba en tres puntos el porcentaje de bajo peso al nacer en la población general de la Ciudad. La desaparición de esa brecha podría estar constituyendo un indicio de mejora de un indicador clave⁴⁵ en la salud de la población infantil usuaria de los efectores públicos de salud.

Sin embargo, también se ha documentado un **incremento del alto peso al nacer**. Existe una relación entre el peso de la mujer previo al embarazo, la ganancia de peso durante el mismo y el peso del bebe. En la última encuesta antropométrica a embarazadas (2010) un 25% de las mujeres tenía exceso de peso. Y, como ya señalamos, el peso alto al nacer, mostró una fuerte asociación con la presencia actual de obesidad en los/as niños/as encuestados/as. Este señalamiento pone de relieve la necesidad de acciones coordinadas desde el equipo de salud con una **perspectiva que integre el curso de vida** y evite el abordaje compartimentado de los/as diferentes integrantes de la familia.

Teniendo en cuenta la estrecha relación entre la obesidad y el incremento en el consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados, se torna imperioso incorporar la problematización del consumo de dichos productos y la promoción del consumo de alimentos frescos y agua segura de red, así como la revalorización de la actividad culinaria en el hogar con un enfoque de equidad de género, como aspectos clave en todas las instancias de educación alimentaria (ya sean grupales o en consultorio, planificadas o informales).

Además, se considera que sería estratégico instrumentar mecanismos financieros⁴⁶ que incentiven la compra de alimentos frescos por parte de las familias titulares de los programas de transferencia condicionada de ingresos como una medida que potenciaría el efecto positivo de dichos programas en la seguridad alimentaria de los hogares.

En suma, estos señalamientos y reflexiones buscan identificar elementos que mejoren aspectos de las acciones del sector salud y de otras agencias gubernamentales, con la intención de lograr una mayor eficacia en las políticas públicas de protección de los derechos de niños y niñas.

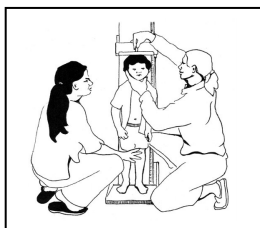
Se basan en el análisis de los datos que arroja la encuesta antropométrica, una encuesta simple en su diseño y logística de implementación, cuya fortaleza radica en el sostenimiento en el tiempo, revelándose como una acción eficaz de monitoreo de la situación nutricional en la primera infancia.

⁴⁴ Revista "Población de Buenos Aires", Año 11, N° 20. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA) 2014.

⁴⁵ Victora, C. et al. "Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital". *Lancet*, 2008.

Organización Panamericana de la Salud "La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio", Washington, 2008.

⁴⁶ Por ejemplo: posibilidad de extracción de efectivo en los programas que no la prevén o dotación de posnet a las ferias itinerantes para poder utilizar la tarjeta en los puestos de las mismas; reintegro de un porcentaje de lo gastado en la compra de alimentos frescos; etc.



X. ANEXO

INSTRUCTIVO ANTROPOMÉTRICA EN LA POBLACIÓN DE MENORES DE 6 AÑOS

Barrio donde vive: escribir el nombre del barrio (si es en Pcia. de Bs.As., consignar solamente Pcia).

Fecha actual: llenar con día / mes / año en números arábigos (año con 4 cifras).

Encuestador: consignar el nombre del miembro del equipo de salud responsable de la toma de los datos.

Efactor: consignar nombre del CESAC, CMB, CPS u Hospital.

Fecha de nacimiento: Llenar con día /mes /año en números arábigos (año con 4 cifras).

Sexo: Llenar con F (femenino) ó M (masculino).

Peso y Talla: Consignar el peso actual en kilos. La talla consignarla en centímetros con 1 decimal sin redondear.

Peso al nacer: Peso en kilos, para **evitar** tendencia al **redondeo**. Tomar del Carné Perinatal u otro registro; si no es posible, por referencia de la madre.

PREGUNTAR SOLO A MENORES DE 2 AÑOS: **¿Hasta qué mes tomó pecho?:** edad en meses hasta la que el/la niño/a recibió lactancia materna. Si está recibiendo actualmente pecho poner "actual". Si nunca recibió: poner "0". **¿En qué mes comenzó a tomar otra leche o líquido?:** escribir edad en meses. **¿A comer alimentos semi-sólidos?:** escribir edad en meses. **Suplemento de Hierro ¿recibe actualmente?:** marcar SI / NO.

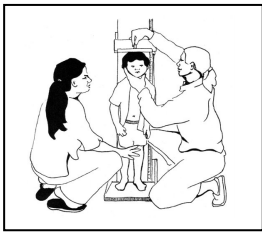
PRESTACIONES ALIMENTARIAS DEL NIÑO/A: Marcar SI / NO en cada columna.

¿RECIBE LA FAMILIA ALGÚN PLAN SOCIAL? Marcar SI / NO en cada columna.

CUADRO RESUMEN DE TÉCNICAS DE MEDICIÓN

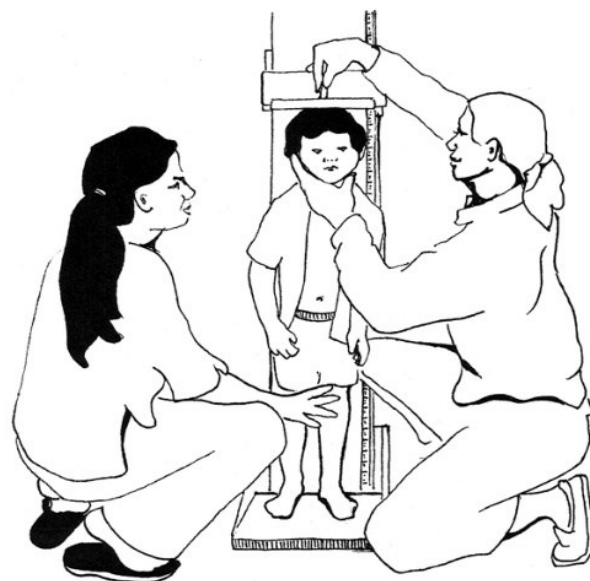
MEDICION	INSTRUMENTOS	TECNICAS
PESO	Balanza de palanca (NO usar balanza de resorte)	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar la calibración de la balanza al comienzo de la jornada (sin peso debe registrar cero) - Niños/as sin ropa - El/la niño/a debe estar colocado/a en el centro de la plataforma de la balanza - Efectuar la lectura con el fiel en el centro del recorrido hasta los 50 gramos completos.
TALLA	Pediómetros (hasta 2 años) Estadiómetros o cintas métricas metálicas adosadas a pared y tope ángulo diedro de madera (mayores de 2 años)	<p>Decúbito supino hasta los 2 años</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin zapatos ni medias - Manteniendo fija la cabeza, estirando las piernas y manteniendo los pies en ángulo recto - Deslizar la superficie vertical hasta que esté en contacto con los talones del niño/a - Efectuar la lectura en centímetros y milímetros completos <p>Niños/as de 2 años o más = parados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin zapatos ni medias - Apoyado en una superficie plana y nivelada - Cabeza, nalgas y talones en contacto con la superficie vertical, se desliza un diedro horizontal hacia abajo a lo largo del plano vertical hasta entrar en contacto con la cabeza del niño/a - Efectuar la lectura en centímetros y milímetros completos
Si por algún motivo la medición de talla a mayores de 2 años no puede realizarse de pie y se realiza con el/la niño/a acostado/a, debe restarse 0,7 cm a la medición de longitud.		

NOTA: Se sugiere efectuar una capacitación previa de todos/as los/as encuestadores/as repasando las técnicas de medición correctas.



PLANILLA DE REGISTRO

Programa Nutricional - ENCUESTA ANTROPOMETRICA A MENORES DE 6 AÑOS - 18 al 22/11/2013																							
FECHA ACTUAL: / /						ENCUESTADOR:						EFECTOR:											
Barrio donde vive	Fecha de nacimiento	Sexo (F o M)	Peso actual (kg)	Talla actual (cm)	Peso de nacimiento (kg)	Preguntar sólo a MENORES DE 2 AÑOS						PRESTACIONES ALIMENTARIAS DEL NIÑO/A						¿RECIBE LA FAMILIA ALGÚN PLAN SOCIAL?					
						¿Hasta qué mes (edad) tomó pecho?	¿En qué mes (edad) comenzó a tomar otra leche o líquido?	¿En qué mes (edad) comenzó a comer alimentos semi-sólidos?	¿Recibe actualmente suplemento de hierro?		¿Recibe actualmente leche del PMI?		¿Come en el jardín / escuela?		¿Come en el comedor comunitario?		Ciudadanía Porteña		Ticket Social		Asig. Univ. x hijo		
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
	/ /																						
	/ /																						
	/ /																						
	/ /																						
	/ /																						
	/ /																						
	/ /																						
	/ /																						
	/ /																						



Programa Nutricional

Dirección de Programas Centrales -
Dirección Gral. de Redes y Programas de Salud
Sede: Hospital de Niños "Pedro de Elizalde"
Montes de Oca 40
5° piso (Pabellón Cardiología)
programanutricional@buenosaires.gob.ar