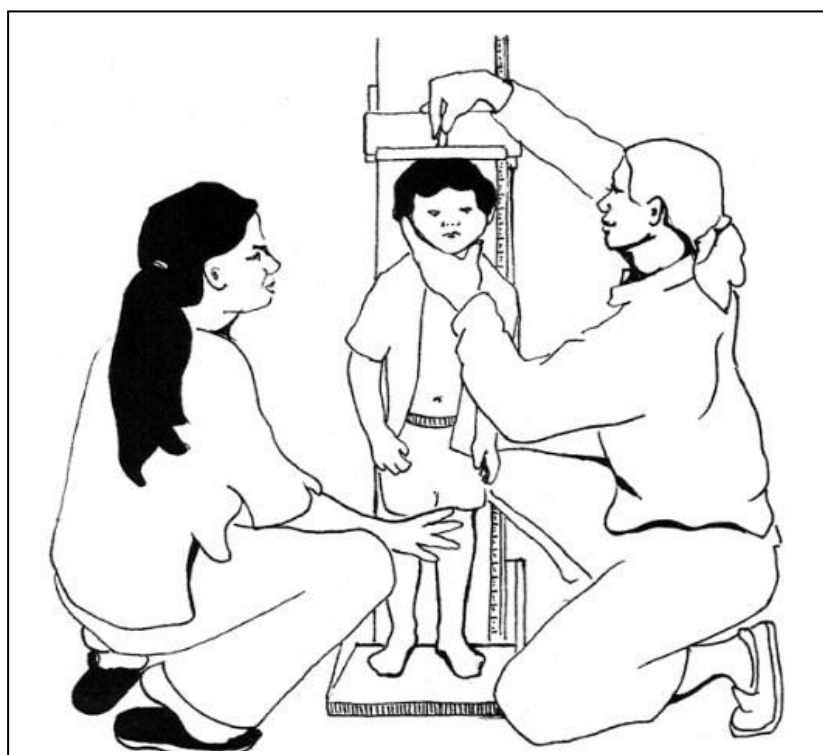


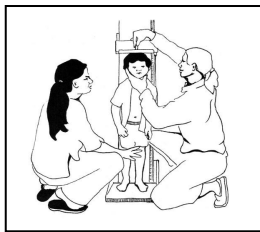
6° Encuesta antropométrica a la población menor de 6 años

Noviembre 2010



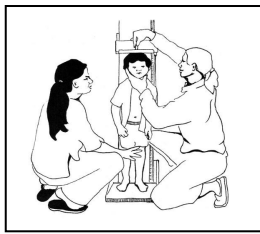
Programa Nutricional

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
Ministerio de Salud
Dirección Operativa de Programas Centrales



INDICE

	Página
I. PRESENTACIÓN	2
II. FUNDAMENTACIÓN	3
III. ANTECEDENTES	4
IV. OBJETIVOS	4
V. DISEÑO METODOLOGICO	4
VI. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	7
A) Tipo de efector y región sanitaria	7
B) Sexo, edad y peso de nacimiento	9
C) Lactancia materna	10
D) Prácticas preventivas desde el sector salud	12
E) Prestaciones sociales y alimentarias	15
VII. RESULTADOS ANTROPOMÉTRICOS	18
A) Indicadores antropométricos según tipo de efector y región sanitaria	20
B) Indicadores antropométricos según sexo, edad y peso al nacer	24
C) Indicadores antropométricos según lactancia materna exclusiva al 6º mes	26
D) Indicadores antropométricos según prácticas preventivas del sector salud	27
E) Indicadores antropométricos según prestaciones sociales y alimentarias	28
VIII. COMPARACIÓN CON ENCUESTAS ANTERIORES. Retrospectiva de 15 años	30
IX. COMENTARIOS FINALES	32
X. ANEXO	34



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 sexta oportunidad en que se realiza esta encuesta, habiéndose realizado la primera en 1995 y, a partir del 2002, las siguientes han tenido una frecuencia bi-anual. 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 (CESAC), Centros Médicos Barriales (CMB) y Consultorios Externos de Pediatría en Hospitales (CE), sin cuya participación el relevamiento de datos no habría sido posible.

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 Central del Programa Nutricional

Lic. Silvina Dupraz

-Coordinadora-

Lic. Laura Piaggio

Lic. Marina Rolón

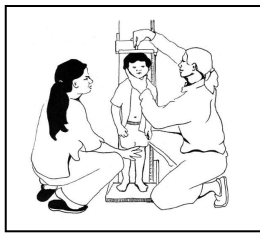
Dra. Cecilia Saraco

Guadalupe Macedra

**Programa Nutricional
(DPC - MS - GCBA)**

Sede: Htal. Gral de Niños "Pedro de Elizalde"
Montes de Oca 40 - Pab. Cardiología - 5° piso

programanutricional@buenosaires.gov.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 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, situación socioeconómica, 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 brindan 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

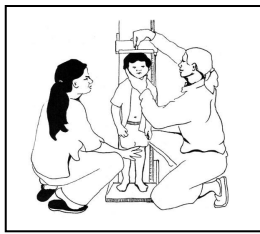
Esta encuesta abarca a los/as menores de 6 años, debido a la mayor vulnerabilidad biológica ligada al rápido crecimiento en esta etapa de la infancia. No se extiende a otros grupos etarios, dado que los/as niños/as en edad escolar son monitoreados por el Programa de Salud Escolar y se considera conveniente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

A partir de esta 6ta. Encuesta, dada la alta prevalencia de anemia, se indaga el consumo de suplementos de hierro en menores de 2 años y la recepción de leche fortificada con hierro, con el objeto de presentar un estado de situación de la cobertura de ambas prestaciones preventivas.

Además, se han incorporado 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 algunos 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, realizada durante tres días del mes de octubre de 1995. Se evaluaron 871 menores de 6 años en los efectores de salud del GCBA.

2° Encuesta Antropométrica, realizada en el año 2002, donde se pesaron y midieron a 2332 menores de 6 años que concurrieron a los CESACs del GCBA.

3° Encuesta Antropométrica, realizada en el 2004, donde se pesaron y midieron a 3308 menores de 6 años que concurrieron a los CESACs del GCBA.

4° Encuesta Antropométrica, realizada en el 2006 donde se evaluaron 3799 menores de 6 años, que concurrieron a efectores del primer nivel de atención (CESACs, CMB y CE de hospitales).

5° Encuesta Antropométrica, realizada en el 2008 donde se evaluaron 3751 menores de 6 años, que concurrieron a efectores del primer nivel de atención (CESACs, CMB y CE de hospitales).

IV. OBJETIVOS

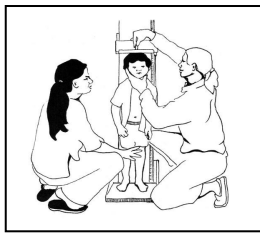
- ❑ Conocer la situación nutricional de la población de niños/as menores de 6 años que demandan al primer nivel de atención del sistema público de salud y compararla con los datos previos.
- ❑ Realizar un diagnóstico de la situación de lactancia materna.
- ❑ Realizar un diagnóstico de la situación de 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 METODOLOGICO

Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal para evaluar prevalencias, a través de una encuesta estructurada aplicada por los equipos de salud en CESAC, CMB y CE de Pediatría en hospitales.

Población: todos/as los /as menores de 6 años (0 a 71 meses y 29 días) que demandaron atención ambulatoria en los efectores del primer nivel de atención durante el periodo del relevamiento (3 días consecutivos en el mes de noviembre de 2010).

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 en aquellos que fuera imposible realizar la antropometría: casos de enfermedad aguda, deshidratación moderada, etc.

Variables:

Se consignaron las siguientes variables: fecha de la encuesta, efector, fecha de nacimiento, sexo, peso actual (gr.), talla actual (cm), peso de nacimiento, lactancia hasta (mes), introducción de otra leche / líquido / alimento (mes), suplemento de hierro (en menores de 2 años), prestación social de la familia (Asignación universal por hijo, Ciudadanía Porteña, Ticket Social), prestación alimentaria del/a niño/a (leche fortificada, Comedor escolar, Comedor comunitario).

Procesamiento de datos:

Para la evaluación antropométrica, se calcularon los siguientes índices:

- **Peso / Edad:** refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica.
- **Talla / Edad:** refleja el crecimiento lineal alcanzado y sus déficits se relacionan con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición.
- **Índice de masa corporal (IMC)/edad:** 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.

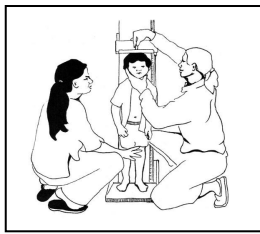
Para este procesamiento se utilizó el programa WHO AnthroPlus, que calcula los desvíos estándar de peso/edad, talla/edad e IMC/edad de acuerdo a las nuevas curvas de referencia de la Organización Mundial de la Salud (2006 y 2007).

Límites de inclusión: ± 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 una mayor 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, se presenta también para IMC/E el valor correspondiente a + 1 DE.

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



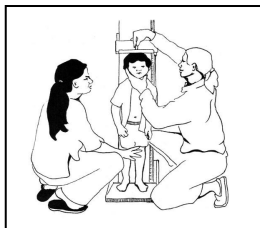
Criterios utilizados en el análisis de los datos

La muestra se caracterizó teniendo en cuenta los aspectos demográficos y socio-sanitarios que se detallan a continuación. Los indicadores antropométricos se analizaron relacionándolos con los mismos.

- Tipo de efector
 - Área Programática (incluye CESACs + CMB)
 - CE de hospitales
- Región Sanitaria ²
 - I
 - II
 - III
 - IV
- 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 gr.)
 - insuficiente (2500 a 2999 gr.)
 - normal (3000 a 3999 gr.)
 - alto (> 4000 gr.)
- Lactancia materna:
 - exclusiva al 6° mes
 - duración total
- Prácticas preventivas desde el sector salud:
 - Suplementación con hierro en menores de 2 años³
 - Leche en polvo fortificada
- Prestaciones sociales de la familia:
 - Asignación Universal por Hijo
 - Ciudadanía Porteña
 - Ticket Social
- Prestaciones alimentarias del/a niño/a:
 - Desayuno escolar
 - Almuerzo en Comedor escolar
 - Almuerzo y/o cena en Comedor Comunitario

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).

³ 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.



VI. CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

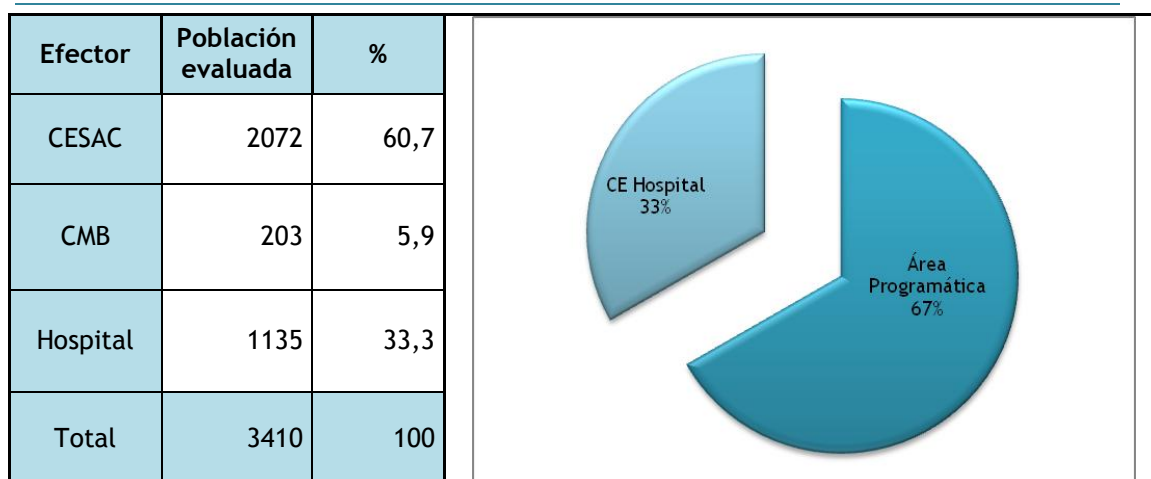


A) TIPO DE EFECTOR Y REGION SANITARIA

En los siguientes cuadros y gráficos puede observarse que dos tercios de la población incluida en la muestra han sido evaluados en efectores de las Áreas Programáticas (CESACs y CMB) y el otro tercio en Consultorios Externos de Hospitales.

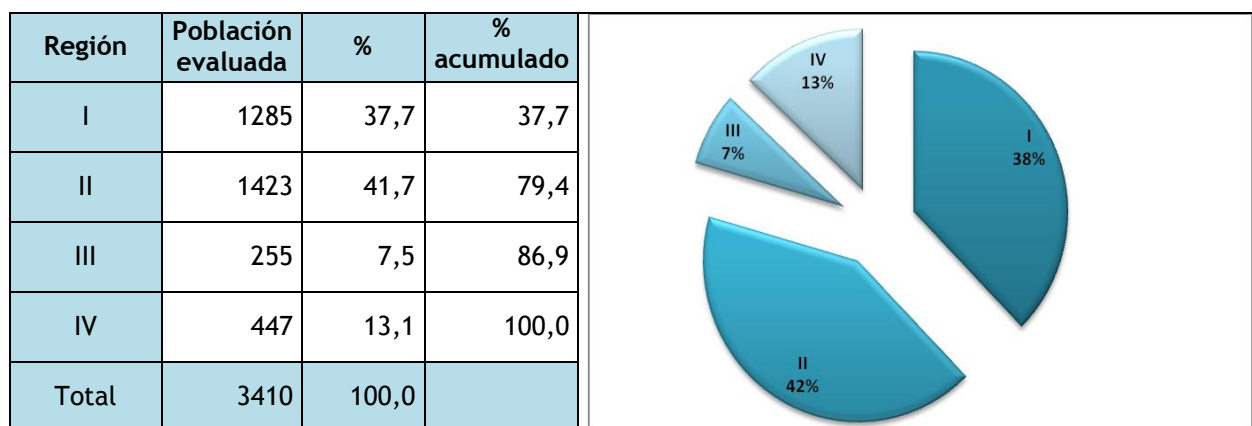
Respecto a la distribución espacial de la muestra, el 80% se concentra en la banda sur de la Ciudad (Regiones Sanitarias I y II). Este porcentaje guarda relación con la magnitud de población activa registrada en el Sistema de Información de Atención Primaria, ya que un 47% de la población activa corresponde a la Región II y aproximadamente un 30% a la Región I.

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

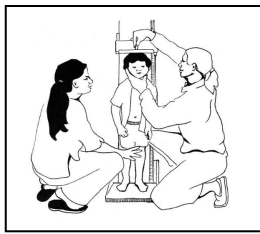


Fuente: Elaboración propia

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

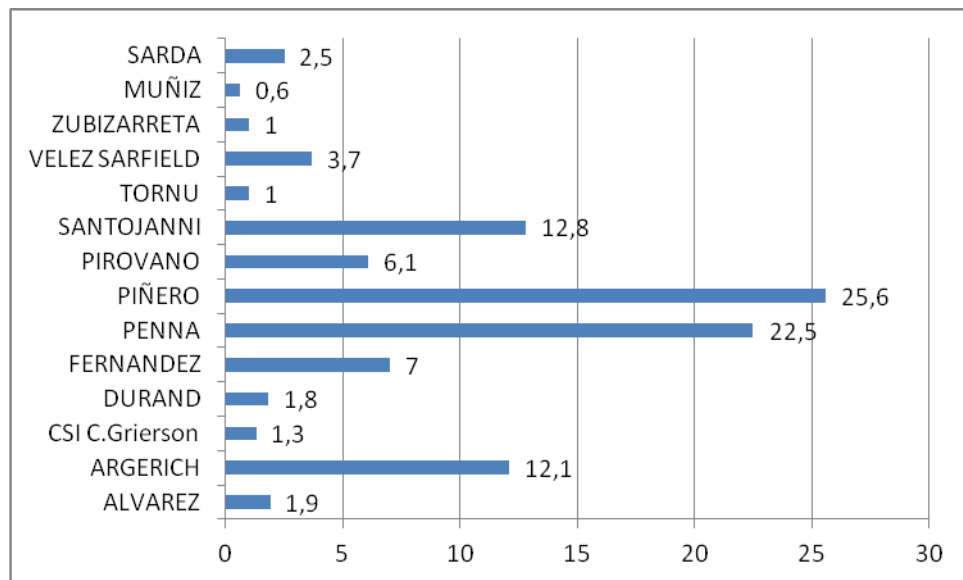


Fuente: Elaboración propia

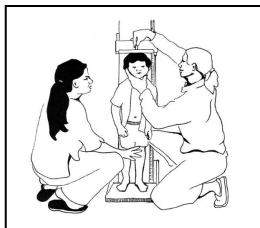


Cuadro y gráfico 3: Distribución de la población evaluada según hospital-base

Hospital - base		N	%
Hospitales Generales de Agudos (CE + CESAC + CMB)	ALVAREZ	65	1,9
	ARGERICH	412	12,1
	CSI C.Grierson	46	1,3
	DURAND	62	1,8
	FERNANDEZ	238	7
	PENNA	768	22,5
	PIÑERO	874	25,6
	PIROVANO	209	6,1
	SANTOJANNI	438	12,8
	TORNU	34	1
	VELEZ SARFIELD	126	3,7
	ZUBIZARRETA	33	1
	Hospitales Especializados	MUÑIZ	19
SARDA		86	2,5
Total		3410	100



Fuente: Elaboración propia



B) SEXO, EDAD Y PESO AL NACER

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

En cuanto a la edad, aproximadamente un 60% es menor de 2 años.

Respecto al peso de nacimiento, aproximadamente un 65% ha nacido con peso normal, mientras que un 27% ha tenido bajo peso o peso insuficiente, y el 8% restante alto peso al nacer.

Cuadro 4: Distribución de la muestra según sexo

Sexo	N	%
Femenino	1636	48
Masculino	1774	52
Total	3410	100

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 5: Distribución de la muestra según edad

Grupo etario	N	%
0 a 23 meses	2015	59,1
24 a 71 meses	1395	40,9
Total	3410	100

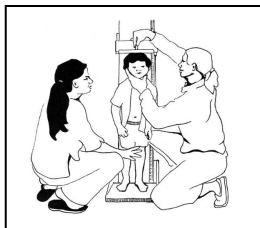
Fuente: Elaboración propia

Cuadro 6: Distribución de la muestra según peso al nacer

Categoría de Peso al Nacer	N	%
Peso Normal (3000 a 3999 gr.)	2208	64,8
Bajo Peso (< 2500 gr.)	328	9,6
Peso Insuficiente (2500 a 2999 gr.)	600	17,6
Peso Alto (\geq 4000 gr.)	274	8,0
Total	3410	100,0

Fuente: Elaboración propia

Según las Estadísticas vitales de la Ciudad de Buenos Aires (Dirección General de Estadística y Censos GCBA) de los 44347 nacidos vivos durante el año 2010, un 6,8% ha tenido **bajo peso** al nacer. Esta diferencia porcentual de aproximadamente 3 puntos (9,6% en nuestra muestra) nos estaría indicando la mayor vulnerabilidad social de la población usuaria de los efectores públicos de salud respecto a la población general de la Ciudad.



C) LACTANCIA MATERNA

En la presente encuesta se indagó sobre la lactancia materna preguntando hasta qué mes el bebé tomó pecho y en qué momento se introdujo cualquier líquido, leche artificial o alimento diferente a la leche materna. Estas dos preguntas se analizaron en forma combinada para establecer el porcentaje de niños/as con lactancia materna exclusiva al 6° mes. En el cuadro que se presenta a continuación, se excluyó a los menores de 6 meses pues no es posible saber hasta qué mes continuarán efectivamente con lactancia materna exclusiva.

Cuadro 7: Distribución de la muestra según lactancia materna exclusiva al 6° mes

Lactancia Exclusiva al 6° mes	6 a 71 meses* (N= 2494)
Sí	69,2%
No	30,8%
Total	100%

**Nota: Se excluyeron 191 casos sin dato*

Fuente: Elaboración propia

Si bien el diseño metodológico de esta encuesta difiere del utilizado en la Encuesta Nacional de Lactancia, que se basa en un recordatorio de la alimentación del bebé el día anterior, se analizaron las sub-muestras que representan los cortes temporales previstos en la dicha encuesta⁴.

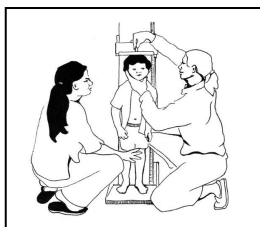
El inicio de lactancia materna fue de un 96% y puede observarse que la prevalencia de lactancia materna exclusiva decrece conforme avanza la edad del bebé.

Cuadro 8: Proporción de niños/as con lactancia materna exclusiva

Sub-muestras	Lactancia materna exclusiva al		
	2° mes	4° mes	6° mes
Niños/as con 2 meses de edad (n=131)	85%		
Niños/as con 4 meses de edad (n=111)		71%	
Niños/as con 6 meses de edad (n=132)			67%

Fuente: Elaboración propia

⁴ Proporción de niños/as de 2, 4, ó 6 meses que sólo recibe leche materna, dividido por el total de niños/as de 2, 4, ó 6 meses encuestados/as (Documento "Situación de lactancia materna en Argentina", Ministerio de Salud de la Nación, 2007).



Las prevalencias halladas son mayores a las relevadas en la Encuesta Nacional de Lactancia, que en el año 2006 arrojó los siguientes porcentajes: 57,2% de niños/as con lactancia materna exclusiva a los 2 meses de edad, a los 4 meses: 42,6% y a los 6: 20,6% (Datos CABA). Creemos plausible atribuir estas diferencias a las distintas metodologías de las encuestas, considerando más exacto el dato obtenido a partir de un recordatorio del día anterior, modalidad que difiere de la forma en que se releva el dato en el marco de una encuesta antropométrica a menores de 6 años.

A continuación, se presentan datos referidos a la duración de la lactancia materna, separados por tramos de edad. Se consideran más representativos los promedios obtenidos en los grupos de 12 a 23 meses y mayores de 24 meses, dado que en el grupo de menores de 1 año los datos resultan sesgados por la composición etaria de la muestra (los niños más pequeños con lactancia actual contribuyen al promedio sólo con su edad y no se puede prever por cuánto tiempo más continuarán siendo amamantados).

Cuadro 9: Promedio de duración de lactancia materna según grupos de edad

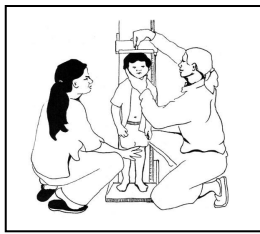
Duración total	GRUPOS DE EDAD		
	< 12 meses	12 a 23 meses	24 a 71 meses
Meses +/- DE	5,09 +/- 3,25	12,18 +/- 5,5	14,29 +/- 9,3

Fuente: Elaboración propia

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) del año 2005 documentó que un 94,5% de niños/as de 6 a 23 meses iniciaron lactancia materna y un 54,9% de niños/as continuó lactancia materna al año⁵, siendo significativamente mayor este valor en los hogares con NBI (64,3%). En la encuesta actual la proporción de **lactancia continuada al año** es de **65%**.

Este conjunto de datos permite interpretar que la situación respecto a la lactancia materna arroja mejores indicadores en poblaciones vulnerables, pudiendo entenderse -entre varios factores a considerar- como un indicio de consecuencias positivas de las intervenciones desde el sector público de salud, única cobertura con la que cuentan la mayoría de las familias en situación de vulnerabilidad.

⁵ 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 (Documento de Resultados ENNyS - 2007).



D) PRÁCTICAS PREVENTIVAS DESDE EL SECTOR SALUD

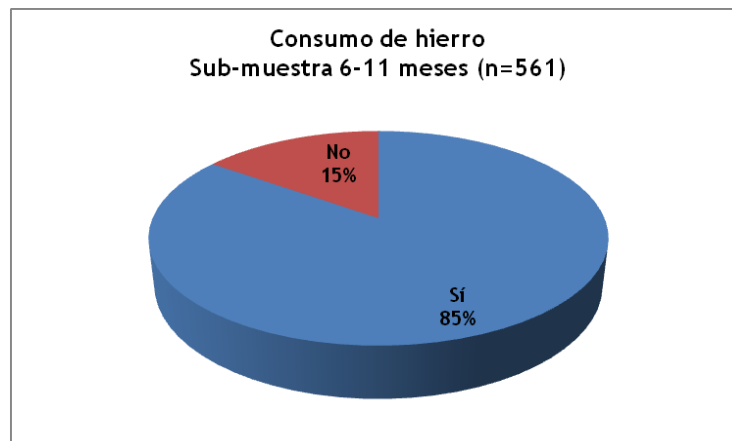
D.1) Consumo actual de suplemento de hierro

La suplementación con hierro se analizó teniendo en cuenta la normativa vigente de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia⁶.

Se observó que casi el 85% de los niños y niñas en su segundo semestre de vida reciben dicha suplementación, lo cual indica un buen nivel de cobertura.

Sin embargo, entre los nacidos con bajo peso, este porcentaje decrece a casi un 60% al considerar el período completo de tiempo en el que deberían tomar suplemento de hierro (desde los 2 meses hasta los 2 años de edad).

Gráfico 4: Distribución del consumo de suplemento de hierro en la sub-muestra de 6-11 meses



Fuente: Elaboración propia

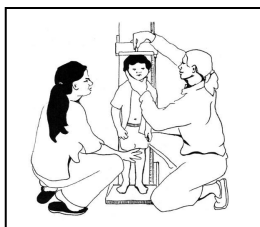
Cuadro 10: Distribución del consumo del suplemento de hierro en la sub-muestra de 2-23 meses con bajo peso al nacer, según grupo etario

Consumo de Hierro	Niños/as con bajo peso al nacer		Total (n=118)*
	2-11 meses (n=73)*	12-23 meses (n=45)*	
Sí	75,3%	31,1%	58,5%
No	24,7%	68,9%	41,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

*Sin dato excluidos del cálculo

Fuente: Elaboración propia

⁶ Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para equipos de salud, Ministerio de Salud de la Nación 2001.



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 (CESAC + CMB) y Consultorios Externos de hospitales, no son estadísticamente significativas.

Cuadro 11: 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=561)*
	Área Programática (n=371)*	CE Hospital (n=190)*	
Sí	83,8%	86,8%	84,8%
No	16,2%	13,2%	15,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

*Sin dato excluidos del cálculo

Fuente: Elaboración propia

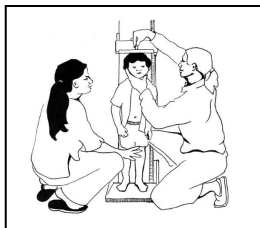
D.2) Recepción de leche fortificada

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 integrar esta prestación 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 Vitamina C (100 mg/100g).

En 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 mayores de 6 meses de la sub-muestra de Área Programática.

Puede observarse que el promedio de cobertura alcanza sólo a un 52%, mejorando este porcentaje en el grupo de 6 a 23 meses de edad, siendo estadísticamente significativa la diferencia respecto al grupo de 24 a 71 meses ($\chi^2 = 11,14$, $p = 0,0008$).

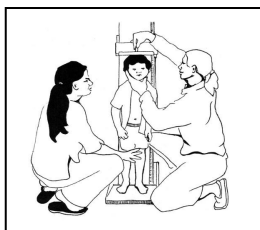


Cuadro 12: Distribución de la sub-muestra de mayores de 6 meses de Área Programática que recibe leche fortificada, según grupo etario

Recibe leche fortificada	Grupo Etario		Total (n=1922)
	6 a 23 meses (n=868)	24 a 71 meses (n=1054)	
Sí	56,2%	48,6%	52,0%
No	43,8%	51,4%	48,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Son múltiples las causas que condicionan esta prestación (fluctuaciones en la distribución desde el depósito central; modalidades de organización a nivel local: días y horarios de entrega, requisitos, personal a cargo de la misma, espacio para almacenamiento, valoraciones de la misma por parte de los equipos de salud, etc.), por lo cual resulta difícil en esta instancia plantear hipótesis que permitan explicar los motivos del nivel de cobertura, si bien se plantea la necesidad de algún tipo de evaluación más detallada de la misma.



E) PRESTACIONES SOCIALES Y ALIMENTARIAS

E.1) Prestaciones sociales

Del total de la muestra, las familias de un 46,3% de los/as niños/as evaluados/as reciben alguna prestación social monetaria, correspondiendo casi un 20% a la Asignación Universal por hijo y un 18% a Ciudadanía Porteña. A la fecha de la encuesta, la AUH llevaba un año de iniciada su implementación, mostrando una rápida incorporación de beneficiarios, alcanzando un porcentaje de cobertura similar al de “Ciudadanía Porteña” (prestación local de Ciudad de Buenos Aires) vigente desde noviembre del 2005. El Ticket Social comenzó a implementarse en el 2008.

Cuadro 13: Distribución de la muestra según prestaciones sociales de la familia

Prestación social familia	N	%	% acumulado
Ciudadanía Porteña	609	17,9	17,9
Ticket Social	296	8,7	26,5
Asignación Univ. x hijo	674	19,8	46,3
No recibe	1831	53,7	100,0
Total	3410	100,0	

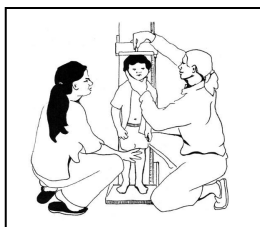
Fuente: Elaboración propia

Según el tipo de efector, puede observarse que es mayor el porcentaje de población que recibe alguna de estas prestaciones sociales entre las familias que llevan a sus niños/as a los efectores de salud del Área Programática respecto de CE de hospitales, lo cual podría interpretarse como un indicador de una mayor vulnerabilidad social de la población que concurre a CESACs.

Cuadro 14: Distribución porcentual de las prestaciones sociales de la familia según tipo de efector

Prestación social familia	Tipo de efector		Total (n=3410)
	Área Programática (n=2275)	Consultorios Ext. Hospital (n=1135)	
Ciudadanía Porteña	21,9%	9,7%	17,9%
Ticket Social	11,4%	3,3%	8,7%
Asignación Univ. x hijo	17,7%	24,0%	19,8%
No recibe	49,0%	63,1%	53,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia



E.2) Prestaciones alimentarias

Teniendo en cuenta que la población encuestada corresponde a “preescolares”, podemos observar que un 17,6 % de los/as niños y niñas realizan 1 ó más comidas en un ámbito institucional, siendo de todos modos el escolar el más frecuente, representando aproximadamente el 15%, porcentaje que se duplica en el grupo de 24 a 71 meses de edad.

Es bajo el porcentaje (3,4%) de los/as niños y niñas concurren a comedores comunitarios. Sólo un 1,3% de niños/as realizan ambas comidas principales (almuerzo y cena) en espacios institucionales.

Cuadro 15: Distribución de la muestra según prestaciones alimentarias de los/as niños/as

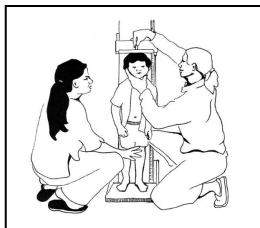
Prestación Alimentaria	N	%	% acumulado
Desayuno Escolar	122	3,6	3,6
Desayuno y Almuerzo Comedor Escolar	365	10,7	14,3
Almuerzo o Cena Comedor Comunitario	70	2,1	16,3
Almuerzo y Cena Comedor Comunitario	30	0,9	17,2
Desayuno y Almuerzo Escuela + Cena Comedor Comunitario	14	0,4	17,6
No recibe	2809	82,4	100,0
Total	3410	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 16: Distribución porcentual de las prestaciones alimentarias según grupo etario de los/as niños/as

Prestaciones alimentarias	0 a 23 meses (n=2015)	24 a 71 meses (n=1395)	Total (n=3410)
Desayuno Escolar	0,6%	7,8%	3,6%
Desayuno y Almuerzo Comedor Escolar	2,4%	22,7%	10,7%
Almuerzo o Cena Comedor Comunitario	1,6%	2,7%	2,1%
Almuerzo y Cena Comedor Comunitario	0,5%	1,4%	0,9%
Desayuno y Almuerzo Escuela + Cena Comedor Comunitario	0,1%	0,8%	0,4%
No recibe	94,6%	64,7%	82,4%
Total de la muestra	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia



Exceptuando el desayuno escolar, el resto de las prestaciones alimentarias son recibidas por un porcentaje mayor de los/as niños/as que se atienden en efectores del Área Programática, al igual que lo señalado para las prestaciones sociales de la familia.

Cuadro 17: Distribución porcentual de las prestaciones alimentarias de los/as niños/as según tipo de efector

Prestaciones alimentarias	Tipo de efector		Total (n=3410)
	Área Programática (n=2275)	Consultorios Ext. Hospital (n=1135)	
Desayuno Escolar	3,8%	3,1%	3,6%
Desayuno y Almuerzo Comedor Escolar	12,9%	6,3%	10,7%
Almuerzo o Cena Comedor Comunitario	2,9%	0,4%	2,1%
Almuerzo y Cena Comedor Comunitario	1,3%	0,1%	0,9%
Desayuno y Almuerzo Escuela + Cena Comedor Comunitario	0,6%	0,0%	0,4%
No recibe	78,5%	90,0%	82,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

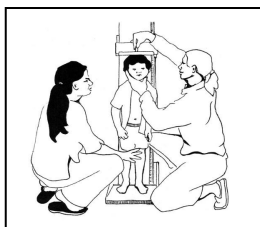
Fuente: Elaboración propia

Es bajo el porcentaje de casos (casi un 11 %) en los que los/as niños/as realizan una ó más comidas institucionales y sus familias reciben alguna prestación social monetaria. De estos casos, un 82% corresponde a comidas realizadas en el ámbito escolar.

Cuadro 18: 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 + Prestación social flia.	368	10,8
Sólo Prestación alimentaria niño/a	233	6,8
Sólo Prestación social flia.	1211	35,5
No recibe	1598	46,9
Total	3410	100,0

Fuente: Elaboración propia



VII. RESULTADOS ANTROPOMÉTRICOS

Siguiendo las tendencias de las últimas encuestas antropométricas, se destacan los elevados porcentajes de índice de masa corporal para la edad alto (13,2%), y de baja talla para la edad (8,2%).

Siendo menor a lo esperable los porcentajes de bajo peso para la edad y bajo índice de masa corporal para la edad.

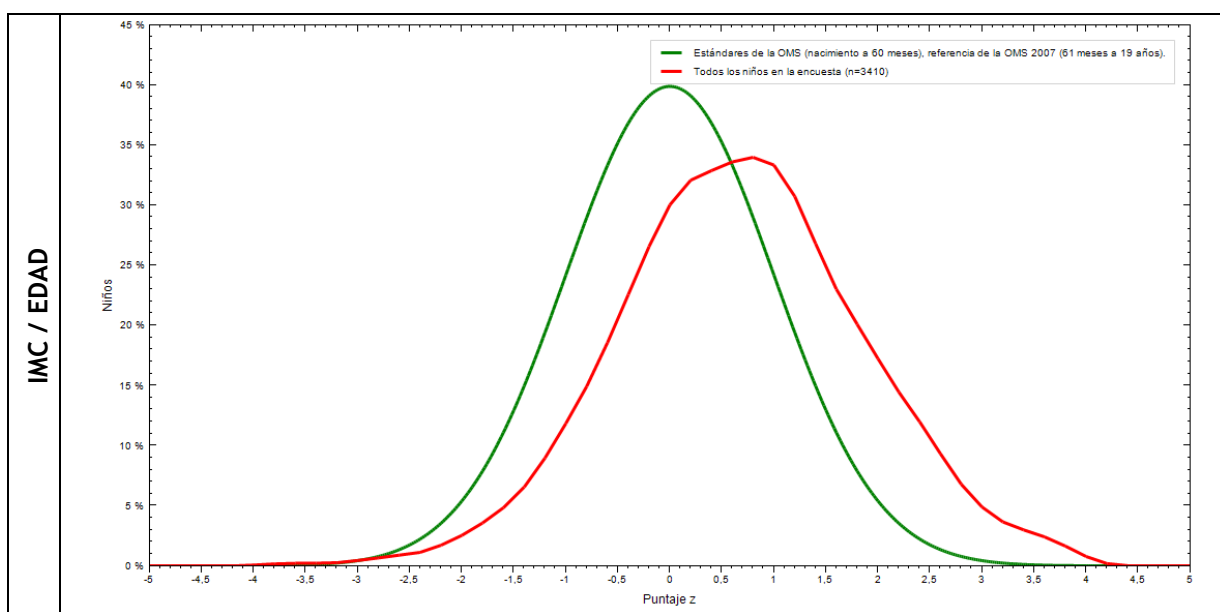
Cuadro 19: Diagnósticos antropométricos según indicador

Categoría diagnóstica	Indicador					
	Peso / Edad		IMC / Edad		Talla / Edad	
	N	%	N	%	N	%
Normal	3175	93,1	2918	85,6	3130	91,8
Bajo	67	2,0	43	1,3	280	8,2
Alto	168	4,9	449	13,2	-	-
Total	3410	100,0	3410	100,0	3410	100,0

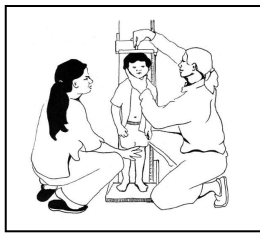
Fuente: Elaboración propia

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 población.

Gráfico 5: Distribución de IMC / Edad en la población estudiada en comparación con la población de referencia (OMS 2006 y 2007)

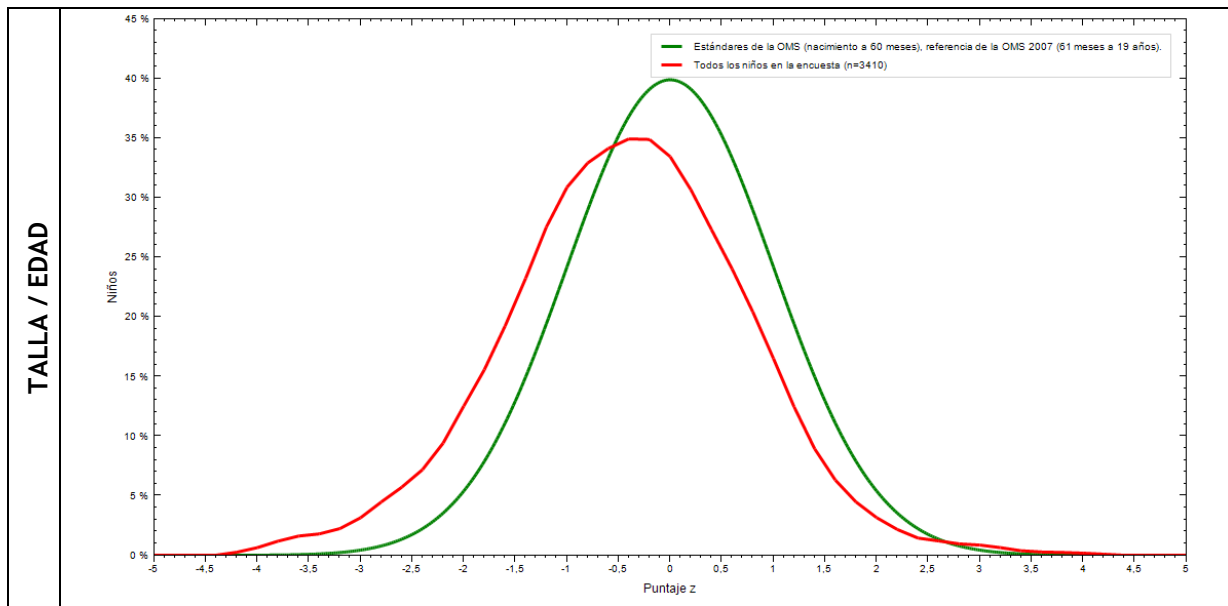


Fuente: Elaboración propia

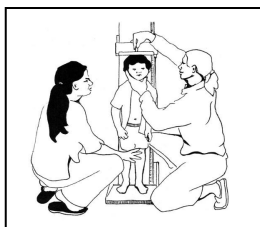


Por el contrario, el gráfico siguiente muestra una curva desviada hacia la izquierda, lo cual representa una población con menor promedio de talla que la referencia.

Gráfico 6: Distribución de Talla/ Edad en la población estudiada en comparación con la población de referencia (OMS 2006 y 2007)



Fuente: Elaboración propia



A) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN TIPO DE EFECTOR Y REGION SANITARIA

En los siguientes cuadros puede advertirse que el estado nutricional de la población estudiada, evaluado con los índices IMC/E y Talla/E, no presenta diferencias según tipo de efector (Área Programática / Consultorios Externos Hospitales).

Cuadro 20: Distribución porcentual de los diagnósticos de IMC, según tipo de efector

IMC / Edad	Tipo de efector		Total (n=3410)
	Área Programática (n=2275)	Consultorios Ext. Hospitales (n=1135)	
Normal	85,2%	86,3%	85,6%
Bajo	1,0%	1,8%	1,3%
Alto	13,8%	11,9%	13,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

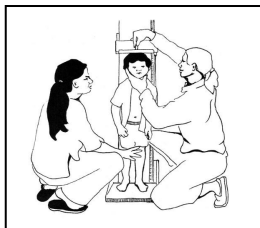
Fuente: Elaboración propia

Cuadro 21: Distribución porcentual de los diagnósticos de talla, según tipo de efector

Talla / Edad	Tipo de efector		Total (n=3410)
	Área Programática (n=2275)	Consultorios Ext. Hospitales (n=1135)	
Normal	91,8%	91,7%	91,8%
Bajo	8,2%	8,3%	8,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según región sanitaria, puede observarse que para la categoría Alto IMC / Edad -compatible con obesidad- resultan significativas las diferencias (Chi 2= 28.09 p: 0.000003), presentándose los valores más elevados en las regiones II y III. Respecto a la Encuesta 2008, se observa un incremento del porcentaje de alta IMC / Edad en la Región II, que era de 13,35%.



Cuadro 22: Distribución porcentual de los diagnósticos de IMC, según región sanitaria

IMC / Edad	Región Sanitaria				Total (n=3410)
	I (n=1285)	II (n=1423)	III (n=255)	IV (n=447)	
Normal	88,9%	82,4%	83,9%	87,2%	85,6%
Bajo	1,3%	1,2%	0,8%	1,6%	1,3%
Alto	9,8%	16,4%	15,3%	11,2%	13,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

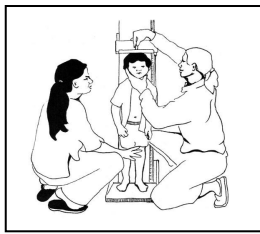
Para la categoría Baja talla / Edad resulta significativa la diferencia según región sanitaria (Chi 2= 16.87 p: 0.0007), presentándose el valor más alto en la región sanitaria IV. Nuevamente, se advierte una diferencia en la región sanitaria II respecto a la Encuesta 2008, pero en este caso el porcentaje de baja talla / edad ha descendido respecto al del estudio anterior, que era de 10,54%.

Cuadro 23: Distribución porcentual de los diagnósticos de talla, según región sanitaria

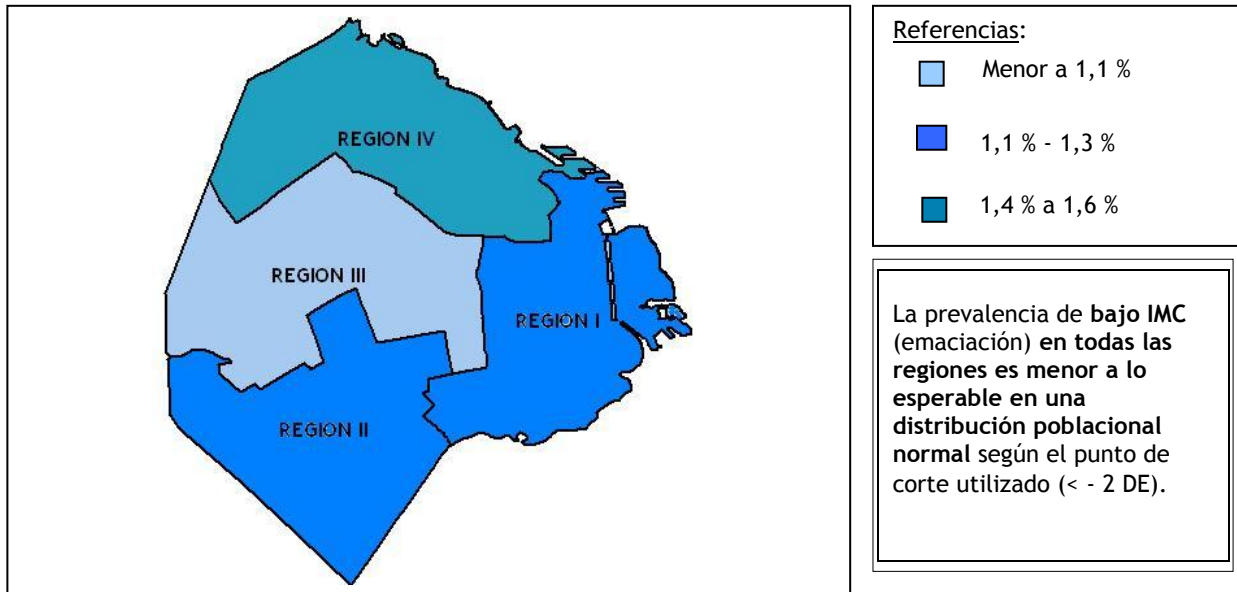
Talla/ Edad	Región Sanitaria				Total (n=3410)
	I (n=1285)	II (n=1423)	III (n=255)	IV (n=447)	
Normal	92,8%	92,6%	90,6%	87,0%	91,8%
Baja	7,2%	7,4%	9,4%	13,0%	8,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se presenta una geo-referenciación de la distribución de los problemas nutricionales según región sanitaria.

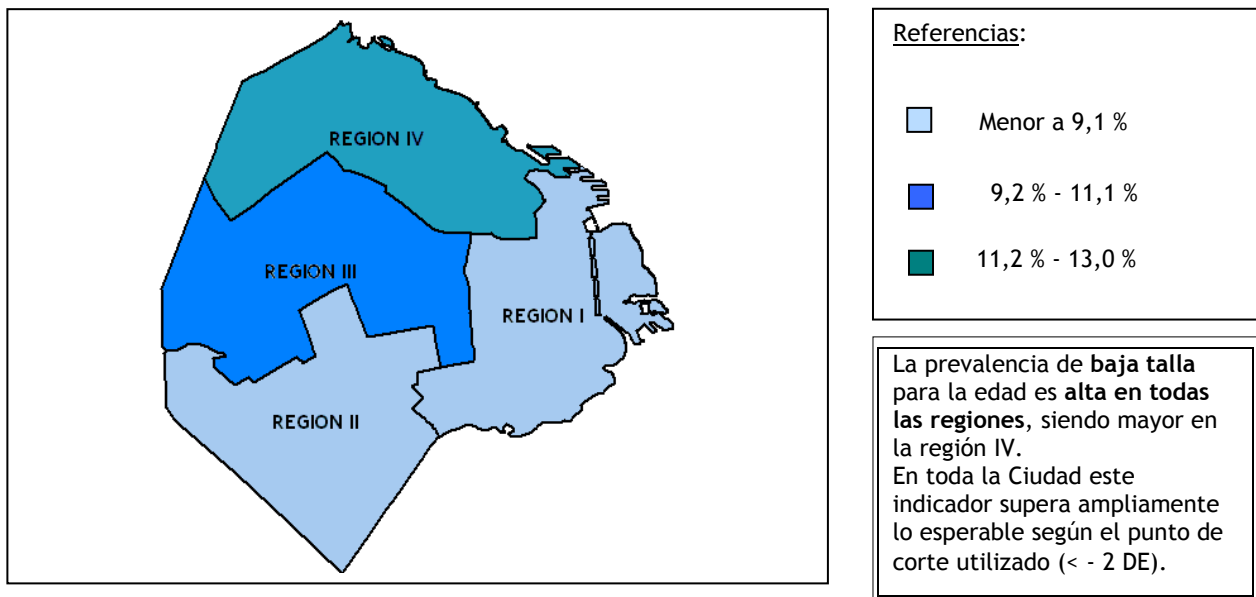


Mapa N° 1: Prevalencia de bajo IMC/Edad por región sanitaria

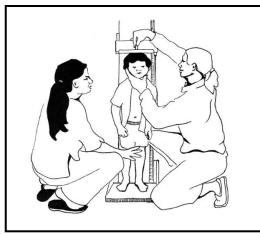


Fuente: Elaboración propia

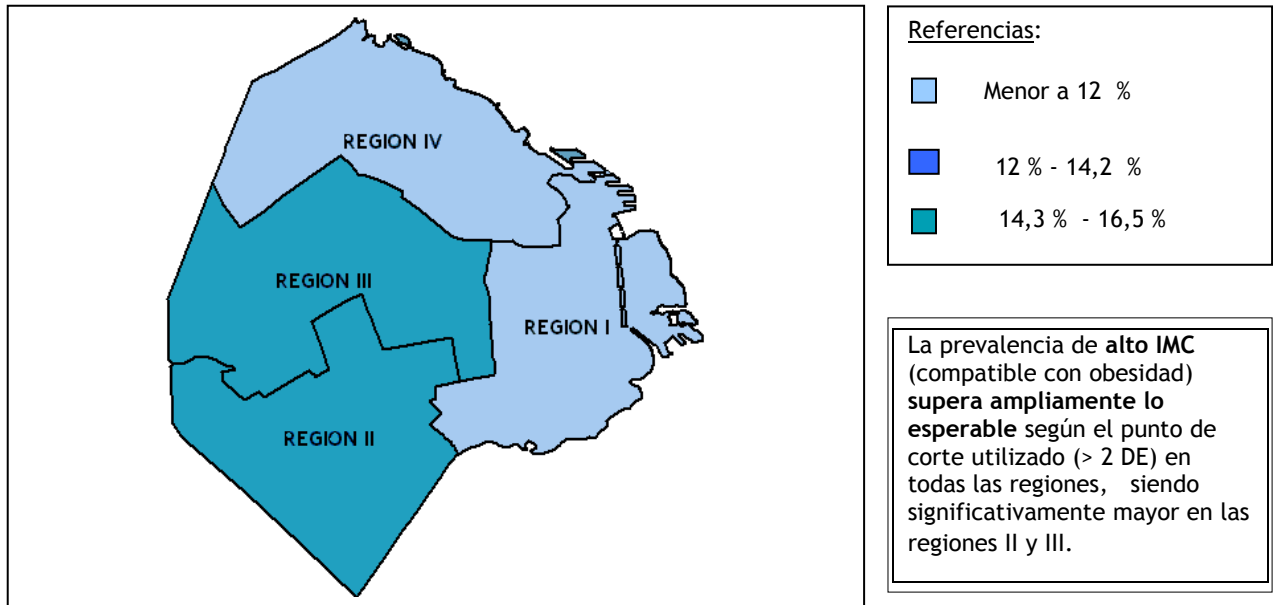
Mapa N° 2: Prevalencia de baja talla/edad por región sanitaria



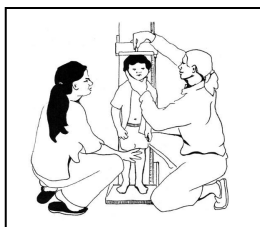
Fuente: Elaboración propia



Mapa N° 3: Prevalencia de alto IMC/Edad por región sanitaria



Fuente: Elaboración propia



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

En el siguiente cuadro, se presenta la distribución según sexo de los distintos indicadores antropométricos, resultando significativa la diferencia ($\chi^2 = 9.5$ p: 0.002) para la categoría diagnóstica Alto IMC / Edad -compatible con obesidad-, siendo mayor la prevalencia entre los varones (14,9% frente a 11,3). Esta misma tendencia se observa tanto en la Encuesta 2008 como en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del año 2005, en la cual se estimó en 11,5% la prevalencia de obesidad en varones respecto a un 7,6% en mujeres (datos CABA).

Respecto a la baja talla/ edad, este indicador en la Encuesta 2008 había resultado significativamente mayor entre los varones. En la encuesta actual se observa una diferencia porcentual pero la misma no resulta estadísticamente significativa. Al contrario, en la ENNyS se había establecido un porcentaje mayor entre las mujeres: 8,3% respecto a un 4,2% entre los varones.

Cuadro 24: Diagnósticos antropométricos, según indicador y sexo

Categoría diagnóstica	Indicador					
	Peso / Edad		IMC / Edad		Talla / Edad	
	Sexo		Sexo		Sexo	
	Femenino (n=1636)	Masculino (n=1774)	Femenino (n=1636)	Masculino (n=1774)	Femenino (n=1636)	Masculino (n=1774)
Normal	93,8%	92,4%	87,4%	83,9%	92,4%	91,3%
Bajo	2,0%	2,0%	1,3%	1,2%	7,6%	8,7%
Alto	4,2%	5,6%	11,3%	14,9%	-	-
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

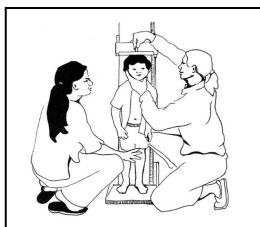
Fuente: Elaboración propia

Tomando en consideración los grupos etarios en que hemos dividido la población estudiada (0-23 meses y 24-71 meses), se observan algunas diferencias porcentuales pero las mismas no son estadísticamente significativas.

Cuadro 25: 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=2015)	24-71 meses (n=1395)	0-23 meses (n=2015)	24-71 meses (n=1395)	0-23 meses (n=2015)	24-71 meses (n=1395)
Normal	93,4%	92,6%	86,3%	84,6%	91,4%	92,3%
Bajo	1,9%	2,0%	1,0%	1,6%	8,6%	7,7%
Alto	4,6%	5,4%	12,7%	13,8%	-	-
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia



Al cruzar los indicadores antropométricos de IMC y talla, se advierte que es mayor porcentaje de obesidad entre los/as niños/as con baja talla, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Chi 2= 12.33 p: 0.00044).

Cuadro 26: Distribución porcentual de los diagnósticos de IMC, según categoría de talla

Categoría de IMC/ Edad	Categoría de Talla / edad		Total (n=3410)
	Talla Normal (n=3130)	Baja Talla (n=280)	
Normal	86,2%	78,9%	85,6%
Bajo	1,3%	1,1%	1,3%
Alto	12,6%	20,0%	13,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

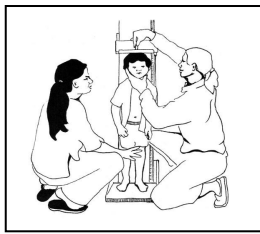
Al cruzar los indicadores antropométricos alterados con las categorías de peso de nacimiento, se puede comprobar la influencia tanto del bajo peso al nacer como del peso insuficiente en las prevalencias actuales de bajo IMC/edad y de baja talla/edad.

Por otro lado, el alto peso al nacer se correlaciona con una mayor prevalencia de obesidad, de manera estadísticamente significativa (Chi 2= 35.15 p: 0.000).

Cuadro 27: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos alterados, según peso al nacer

Indicador alterado	Peso al nacer Categorías alteradas			Promedio en el total de la muestra (n=3410)
	Bajo Peso (n=328)	Peso Insuficiente (n=600)	Peso Alto (n=274)	
IMC / Edad Bajo	2,1%	1,8%	1,5%	1,3%
IMC / Edad Alto	7,9%	9,0%	21,5%	13,2%
Talla / Edad Baja	22,0%	11,3%	3,6%	8,2%

Fuente: Elaboración propia



C) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA AL 6° MES

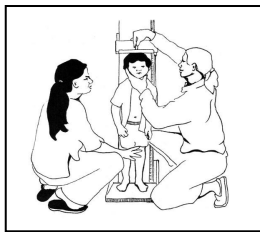
Si bien numerosos estudios han establecido la función protectora de la lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes en relación a variados problemas de salud, entre ellos los nutricionales, en la población estudiada no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la aparición de alteraciones antropométricas vinculadas con la situación de lactancia materna.

Cuadro 28: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos alterados en la sub-muestra de 6-71 meses de edad, según lactancia materna exclusiva al 6° mes

Indicador alterado	Lactancia exclusiva al 6° mes		
	Sí (n=1726)*	No (n=768)*	Total (n=2494)*
IMC/Edad bajo	1,3%	0,9%	1,2%
IMC/Edad alto	14,5%	15,5%	14,8%
Talla/Edad baja	7,4%	7,2%	7,3%

**Sin dato excluidos del cálculo*

Fuente: Elaboración propia



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. La ENNyS estableció en un 34,9% la prevalencia de anemia en niños/as de 6 a 23 meses de la Ciudad de Buenos Aires.

Diferentes estudios han planteado una asociación entre la anemia y la baja talla. Entre ellos, la ENNyS estableció que la prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses fue significativamente mayor en el grupo de niños con baja talla (46,4% respecto de 33,4% en los de talla normal).

En virtud de la asociación entre anemia y baja talla, se indagó -al analizar los datos de esta encuesta- si prácticas enfocadas a prevenir la anemia ejercerían un efecto sinérgico sobre la talla alcanzada.

Si bien puede observarse que el porcentaje de baja talla es menor entre quienes reciben estas prácticas preventivas, las diferencias porcentuales no resultaron estadísticamente significativas. En el caso de la leche fortificada, además debe tenerse en cuenta que en la encuesta se preguntó por la recepción y no por el consumo efectivo de la misma por parte del niño/a encuestado/a.

Cuadro 29: Distribución porcentual de los diagnósticos de talla en la sub-muestra de 6-11 meses de edad, según consumo de suplemento de hierro

Talla /Edad	Consumo de suplemento de hierro		Total (n=561)*
	Sí (n=476)*	No (n=85)*	
Talla Normal	94,5%	92,9%	94,3%
Talla/Edad baja	5,5%	7,1%	5,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

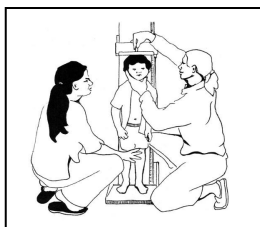
*Sin dato excluidos del cálculo

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 30: Distribución porcentual de los diagnósticos de talla en la sub-muestra de Área Programática de niños/as de 6-71 meses de edad, según recepción de leche fortificada

Talla/Edad	Recibe leche fortificada		Total (n=1922)
	Sí (n=1000)	No (n=922)	
Talla Normal	92,6%	91,6%	92,1%
Baja Talla	7,4%	8,4%	7,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia



E) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN PRESTACIONES SOCIALES Y ALIMENTARIAS

En los últimos años se ha producido una modificación en las políticas sociales, tendiendo en su mayoría a implementarse a través de la transferencia de ingresos a los hogares y no de la entrega directa de alimentos.

No hemos relevado estudios que hayan realizado una evaluación antropométrica de niños y niñas pertenecientes a familias que reciben alguna prestación social monetaria.

En los cuadros siguientes puede observarse que los porcentajes de emaciación (bajo IMC) y acortamiento (baja talla) no presentan diferencias significativas entre los/as niños/as cuyas familias reciben alguna de estas prestaciones y quienes no, pero sí es estadísticamente significativa la mayor presencia de obesidad entre los niños/as de familias beneficiarias (Chi=7,57 p: 0,005).

Teniendo en cuenta que en las grandes ciudades de países en desarrollo la obesidad tiende a ser una expresión de la inseguridad alimentaria, podría considerarse esperable una mayor prevalencia de alto IMC para la edad en los/as niños/as de familias beneficiarias de programas de transferencias de ingresos (a los que acceden en virtud de encontrarse en situación de vulnerabilidad socio-económica).

No obstante, esta hipótesis requeriría una mayor indagación que considere características particulares de los diferentes programas (tiempo de implementación, montos transferidos a los hogares, uso de los recursos a nivel intra-familiar, acompañamiento con acciones de educación alimentaria, etc.).

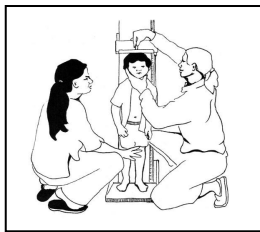
Cuadros 31 y 32: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos alterados, según prestaciones sociales de la familia

Indicador alterado	Prestación social de la familia		Total (n=3410)
	Sí (n=1579)	No (n=1831)	
IMC/Edad bajo	1,2%	1,3%	1,3%
IMC/Edad alto	14,9%	11,7 %	13,2%
Talla/Edad baja	8,5%	8,0%	8,2%

Fuente: Elaboración propia

Indicador alterado	Prestación social familia				Total (n= 3410)
	Ciudadanía Porteña (n= 609)	Ticket Social (n= 296)	Asignación Univ. x hijo (n= 674)	No reciben (n= 1831)	
IMC/Edad bajo	1,8%	0,0%	1,2%	1,3%	1,3%
IMC/Edad alto	13,6%	17,2%	15,0%	11,7%	13,2%
Talla/Edad baja	9,4%	6,1%	8,8%	8,0%	8,2%

Fuente: Elaboración propia

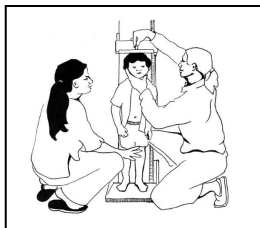


Respecto a la situación nutricional de los/as niños/as que realizan comidas en ámbitos institucionales, las diferencias porcentuales no son estadísticamente significativas.

Cuadro 33: Distribución porcentual de los diagnósticos de IMC, según recepción de prestaciones alimentarias por parte del /a niño/a

Indicador alterado	Comidas en ámbitos institucionales		Total (n= 3410)
	Sí (n=601)	No (n= 2809)	
IMC/Edad bajo	1,0%	1,3%	1,3%
IMC/Edad alto	14,3%	12,9%	13,2%
Talla/Edad baja	7,5%	8,4%	8,2%

Fuente: Elaboración propia

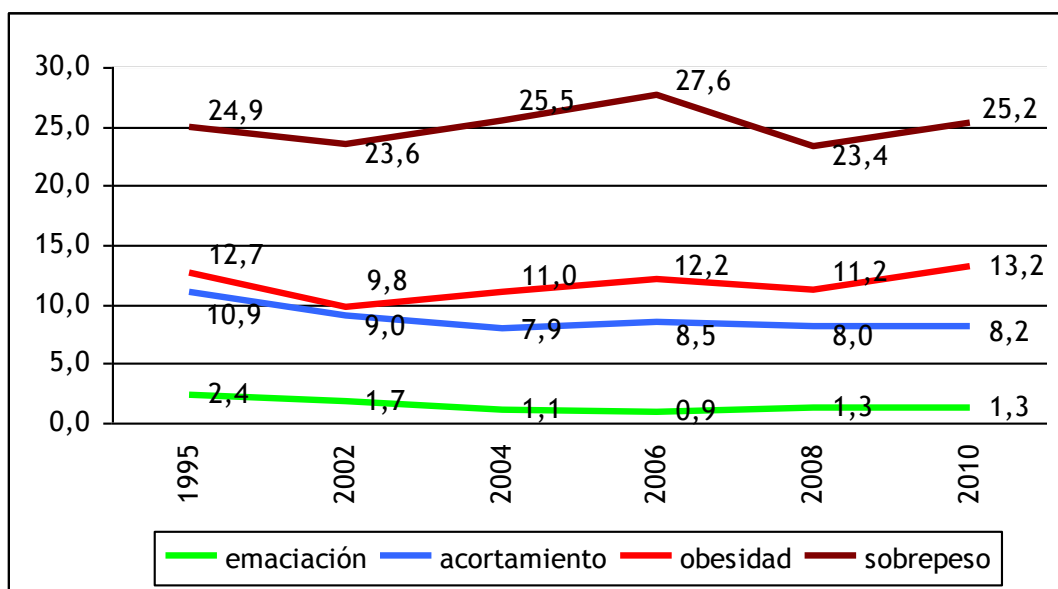


IX. COMPARACIÓN CON ENCUESTAS ANTERIORES Retrospectiva de 15 años

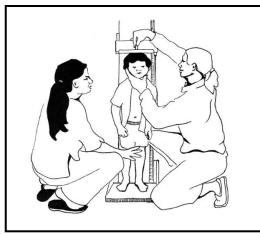
Se han reprocesado las cinco encuestas previas con las referencias de OMS (2006 y 2007) a fin de poder realizar un análisis de las tendencias en el estado nutricional antropométrico de los menores de 6 años que concurren a efectores públicos de salud del primer nivel de atención en la Ciudad de Buenos Aires. Se han incluido los datos correspondientes al IMC entre 1 y 2 DE, compatible con sobrepeso.

Cuadro 34 y gráfico 7: Prevalencias de problemas nutricionales (referencia OMS)
Serie histórica 1995 - 2010

Indicador antropométrico alterado	Año					
	1995 (n=841)	2002 (n=2286)	2004 (n=3250)	2006 (n=3620)	2008 (n=3593)	2010 (n=3410)
Bajo IMC/Edad (emaciación)	2,4%	1,7%	1,1%	0,9%	1,3%	1,3%
Baja talla/Edad (acortamiento)	10,9%	9,0%	7,9%	8,5%	8,0%	8,2%
Alto IMC/Edad >2DE (obesidad)	12,7%	9,8%	11,0%	12,2%	11,2%	13,2%
IMC >1DE / 2DE (sobrepeso)	24,9%	23,6%	25,5%	27,6%	23,4%	25,2%



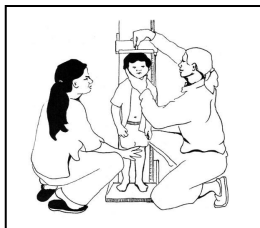
Fuente: Elaboración propia



Comparando ambos extremos de la serie histórica (1995 / 2010), resultan significativos los descensos en las prevalencias de emaciación y acortamiento ($\chi^2= 5,38$, $p: 0,02$; $\chi^2= 6,69$, $p: 0,01$ - respectivamente-), observando el sobrepeso y la obesidad valores establemente altos.

Si bien estas prevalencias de exceso de peso ya estaban presentes a mediados de los '90 y comienzos del milenio, recién se instalan como problemas de salud pública en el último lustro. La dificultad de acceso a los alimentos derivada de las crisis hiperinflacionarias, dirigió la mirada hacia la captación del déficit agudo de peso y la consiguiente derivación a programas de asistencia alimentaria, los que lograron dar respuesta en la inmediatez mejorando el aporte calórico fundamentalmente, aunque sin cubrir las deficiencias de micronutrientes. Ello podría asociarse con el porcentaje de baja talla que, si bien desciende, continúa en valores que triplican lo esperable en una distribución poblacional normal.

Vemos entonces que esta evaluación nutricional realizada periódicamente durante los últimos 15 años, permite afirmar que los problemas nutricionales más prevalentes entre los menores de 6 años que concurren a efectores públicos del primer nivel de atención de la Ciudad, son de manera sostenida el exceso de peso y el acortamiento. Probablemente esta situación sea consecuencia de una alimentación que excede los requerimientos calóricos y no cubre las necesidades de vitaminas y minerales, fundamentales en etapas de rápido crecimiento. Sin olvidar que, en el caso del sobrepeso y la obesidad, también debe tenerse en cuenta el aumento del sedentarismo ya desde edades tempranas.



IX. COMENTARIOS FINALES

El diseño metodológico de las encuestas antropométricas en servicios de salud fue planteado hace 15 años por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia a las diferentes jurisdicciones del país, habiéndola promovido en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires el Programa Nutricional a partir del año 2004. A este diseño original, en la presente encuesta 2010, desde dicho Programa se han agregado otras variables a relevar, para contextualizar el diagnóstico de la situación nutricional.

Los resultados muestran que los principales problemas nutricionales son el sobrepeso / obesidad (alto IMC para la edad) y el acortamiento (baja talla para la edad), con una baja prevalencia de desnutrición global y aguda (bajo peso para la edad y bajo IMC para la edad, respectivamente).

La presencia de obesidad resultó ser significativamente mayor entre varones por un lado y, por otro, en aquellos niños y niñas con baja talla.

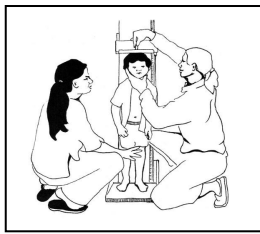
Asimismo, la obesidad resultó más frecuente entre los/as niños y niñas pertenecientes a familias beneficiarias de alguna prestación social monetaria. Dado la amplia bibliografía que postula a la obesidad como una expresión de la pobreza y la inseguridad alimentaria en ámbitos urbanos⁷, es posible interpretar la mayor prevalencia de obesidad entre estos/as niños/as como una consecuencia más de la situación familiar de vulnerabilidad socio-económica que motiva el acceso a la prestación.

En relación al peso de nacimiento, los datos antropométricos obtenidos guardan relación con el IMC y talla actual, encontrándose mayor déficit en aquellos/as niños/as nacidos/as con bajo peso y peso insuficiente, así como mayor obesidad actual en niños/as con alto peso al nacer. Si bien algunos estudios⁸ también correlacionan el bajo peso de nacimiento con un mayor riesgo de obesidad, esta asociación no se presenta en nuestra muestra.

Esta relación entre el peso al nacer y ciertos tipos de malnutrición, conlleva un argumento más a favor de la importancia de intervenciones tempranas por parte de los equipos de salud en cuanto a la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes y de una adecuada y oportuna alimentación complementaria. En igual sentido, resulta de gran importancia la suplementación profiláctica con hierro.

⁷ Entre otros: Peña M, Bacalao J. *La obesidad en la pobreza*. OPS, Publicación Científica N° 576, 2000.

⁸ *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría* - Ministerio de Salud de la Nación, 2009.

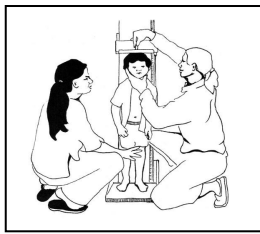


El reprocesamiento con las nuevas referencias OMS (2006-2007) de la serie histórica de 6 encuestas antropométricas en el lapso de 15 años, que incluyen un total de 17000 niños/as evaluados, muestra que el déficit de peso ha disminuido sensiblemente manteniéndose por debajo de los valores esperables en una población normal. Si bien el déficit de talla también ha decrecido, las prevalencias halladas siguen siendo elevadas.

La malnutrición por exceso es el principal problema nutricional en la infancia, situación que se presenta desde las primeras encuestas analizadas. No obstante, su reconocimiento como un problema de salud pública entre los equipos profesionales requirió un proceso de sensibilización y difusión de información epidemiológica a fin de mejorar la captación y seguimiento de los/as niños/as con esta problemática.

Si bien este tipo de encuestas realizadas en los efectores públicos del primer nivel de atención brindan información epidemiológica que no puede hacerse extensiva a la población general de la Ciudad, resultan muy valiosas para monitorear la situación nutricional de los/as niños y niñas pertenecientes a hogares con un mayor grado de vulnerabilidad social. Este monitoreo se complementa con los tamizajes que muchos efectores del primer nivel de atención vienen realizando en comedores comunitarios, jardines maternos, clubes, etc., los que permiten evaluar a los/as niños/as en ámbitos de su vida cotidiana y, de esta manera, captar a población que -por distintos motivos- no accede a la consulta en los servicios de salud.

Este informe pretende constituir un insumo para la planificación de acciones adecuadas al perfil epidemiológico-nutricional de la población infantil usuaria de los servicios públicos de salud, tanto por parte de los equipos locales como de los niveles de decisión política.



X. ANEXO

INSTRUCTIVO

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

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

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

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 gramos. La talla consignarla en centímetros con 1 decimal sin redondear.

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

Lactancia hasta (mes): Consignar la edad en meses hasta la que el niño recibió lactancia materna. Si está recibiendo actualmente pecho poner "actual". Si nunca recibió pecho o recibió por menos de 15 días, poner "0".

Introducción de otros líquidos, leches o alimentos (mes): Consignar la edad en meses que tenía el niño cuando se introdujo por primera vez cualquier otro alimento, otra leche u otros líquidos distintos de la leche materna. No olvidar preguntar por las tres opciones. Esta edad marca el fin de la lactancia exclusiva.

Suplemento de Hierro ¿recibe actualmente?: PREGUNTAR SOLO A MENORES DE 2 AÑOS. Marcar con una X la opción que corresponda (Sí / No).

Prestación Social Familia: marcar con una X **todas** las opciones que correspondan.

Ciudadanía Porteña: tarjeta magnética para la compra de alimentos; Ticket Social: cupones para la compra de alimentos. Asignación Universal por hijo: transferencia monetaria a través de tarjeta magnética.

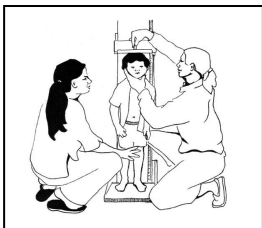
Prestación alimentaria niño/a: marcar con una X **todas** las opciones que correspondan.

Leche fortificada: leche en polvo fortificada (Programa Salud Infantil).

Comedor escolar / guardería y Comedor comunitario: D/M: desayuno/merienda; A: almuerzo; C: cena.

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)	<ul style="list-style-type: none"> - Decúbito supino hasta los 2 años <ul style="list-style-type: none"> o Sin zapatos ni medias o Manteniendo fija la cabeza, estirando las piernas y manteniendo los pies en ángulo recto o Deslizar la superficie vertical hasta que esté en contacto con los talones del niño/a o Efectuar la lectura en centímetros y milímetros completos - Niños/as de 2 años o más = parados <ul style="list-style-type: none"> o Sin zapatos ni medias o Apoyado en una superficie plana y nivelada o 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 o 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

ENCUESTA ANTROPOMETRICA EN LA POBLACION DE MENORES DE 6 AÑOS - 23, 24 y 25/11/10																	
FECHA ACTUAL: / /			EFECTOR:					ENCUESTADOR:									
Fecha de nacimiento	Sexo (F ó M)	Peso actual (gr.)	Talla actual (cm)	Peso de nacimiento (gr.)	Lactancia hasta (mes)	Introducción de otra leche, líquido o alimento (mes)	Menores 2 años: Suplemento de Hierro ¿Recibe actualmente?		Prestación Social Familia			Prestación Alimentaria Niño/a					
							Sí	No	Ciudadanía Porteña	Ticket Social	Asig. Univ. x hijo	Leche fortificada	Comedor Escolar / Guardería		Comedor Comunitario		
													D/M	A	D/M	A	C
/ /																	
/ /																	
/ /																	
/ /																	
/ /																	
/ /																	

Fecha de nacimiento: día /mes /año en números (año con 4 cifras). **Sexo:** F ó M . **Peso actual:** en gramos; **talla actual:** en centímetros con 1 decimal sin redondear. **Peso al nacer:** en gramos (tomar del Carné Perinatal u otro registro; si no es posible, por referencia de la madre). **Lactancia hasta (mes):** edad en meses hasta la que el niño recibió lactancia materna. Si está recibiendo actualmente pecho poner “actual”. Si nunca -o por menos de 15 días- recibió pecho: poner “0”. **Introducción de otros líquidos, leches o alimentos (mes):** edad en meses del niño cuando se introdujo por primera vez cualquier otro alimento, leche u otros líquidos distintos de la leche materna. Preguntar por las tres opciones. **Suplemento de Hierro ¿recibe actualmente?:** PREGUNTAR SOLO A MENORES DE 2 AÑOS. **Prestación Social Familia y Prestación alimentaria niño/a:** marcar con una X todas las opciones que correspondan. D/M: desayuno/merienda. A: almuerzo. C: cena.



Programa Nutricional

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