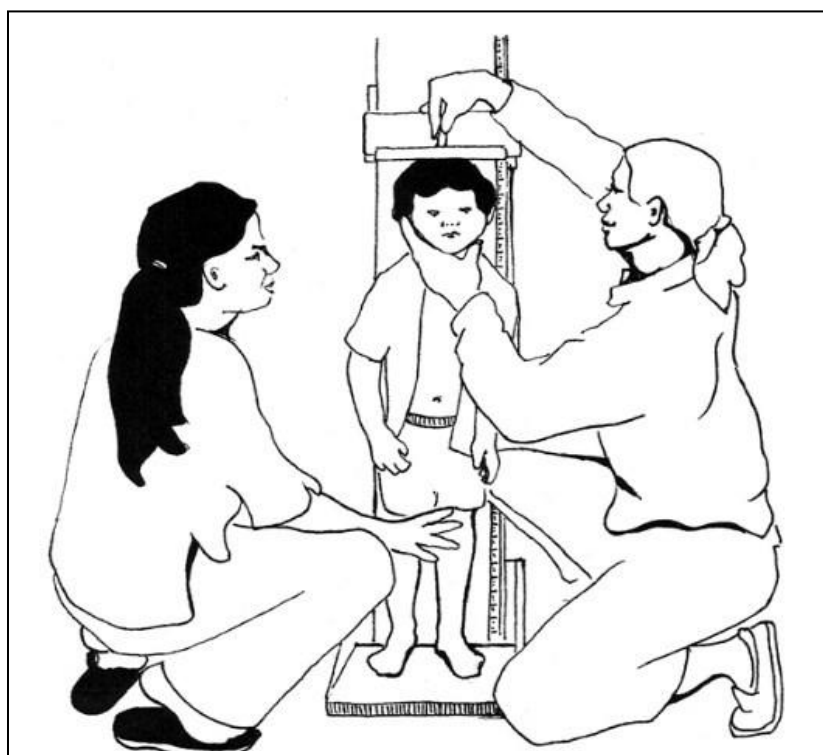


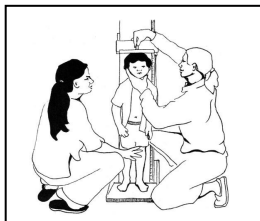
8° Encuesta antropométrica a la población menor de 6 años

Noviembre 2016



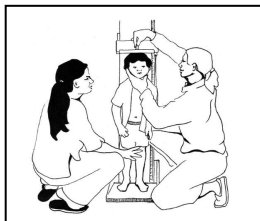
Programa Nutricional

Dirección General de Planificación Operativa (DGPLO)
Ministerio de Salud
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES



INDICE

	Página
I. PRESENTACIÓN	3
II. FUNDAMENTACIÓN	4
III. ANTECEDENTES	5
IV. OBJETIVOS	5
V. DISEÑO METODOLOGICO	5
VI. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	9
A) Tipo de efector, área programática y lugar de residencia	9
B) Sexo, edad y peso de nacimiento	13
C) Lactancia materna y alimentación complementaria	14
D) Prácticas preventivas desde el sector salud	18
E) Prestaciones sociales y alimentarias	21
VII. RESULTADOS ANTROPOMÉTRICOS	25
A) Indicadores antropométricos según área programática, tipo de efector y lugar de residencia	27
B) Indicadores antropométricos según sexo, edad y peso al nacer	31
C) Indicadores antropométricos según prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria	34
D) Indicadores antropométricos según prácticas preventivas del sector salud	37
E) Indicadores antropométricos según prestaciones sociales y alimentarias	39
VIII. SERIE HISTÓRICA DE ENCUESTAS. Retrospectiva de 21 años	41
IX. SINTESIS Y REFLEXIONES	43
X. ANEXO	46



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 octava 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), Consultorios Externos de Pediatría en Hospitales (CE) y de Cobertura Porteña de Salud (CoPS), sin cuya participación el relevamiento de datos no hubiera 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 del Programa Nutricional

Lic. en Nutrición Silvina Dupraz

Lic. en Nutrición Marina Rolón

Lic. en Antropología Laura Piaggio

Méd. Pediatra Beatriz Schloss

Revisión del documento:

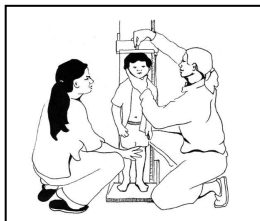
Lic. en Nutrición Marisa Chiazzari

Lic. en Nutrición Rocío González

Lic. en Psicopedagogía Gustavo Mehlman

Julio 2018.

Programa Nutricional
Dirección de Planificación Operativa
(DGPLO - 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.

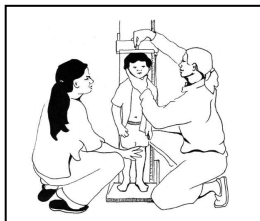
Esta encuesta abarca a los/as menores de 6 años, debido a la mayor vulnerabilidad biológica ligada al rápido crecimiento en esta etapa de la infancia. No se extiende a otros grupos etarios, dado que los/as niños/as en edad escolar son monitoreados por el Programa de Salud Escolar y se considera conveniente 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).
- ❑ 7° Encuesta Antropométrica 2013, CESACs, CMB y CE de hospitales (n= 4654).

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.

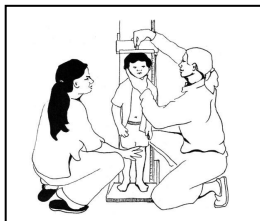
Población: menores de 6 años (0 a 71 meses y 29 días) que demandan atención ambulatoria en los efectores del primer nivel de atención del GCBA.

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 2016).

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.

No se trata de un muestreo probabilístico, por lo cual la conformación de la muestra se ve influenciada por la distribución geográfica de los efectores y el tipo de cobertura de salud de la población.

Consideraciones éticas: el relevamiento de datos no se realizó en el marco de un protocolo de investigación sino integrado en acciones de promoción y atención de la salud llevadas adelante por los equipos de salud, por lo cual no se requirió la firma de un consentimiento específico por parte del adulto acompañante.



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/as 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 curvas de referencia de la Organización Mundial de la Salud (2006 y 2007).

Puntos-límite (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 puntos-límite 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).

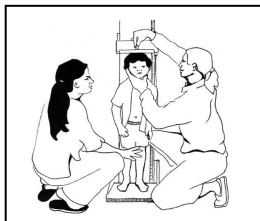
Análisis estadístico: Los datos antropométricos una vez procesados por el software AnthroPlus fueron analizados, al igual que las otras variables, con el paquete estadístico SPSS 15.0 y el programa Epi-Info 6.1.

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)
 - Consultorios externos de hospitales (CE)

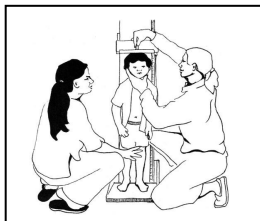


- Lugar de residencia
 - CABA/Provincia de Bs.As.
 - Comuna
 - Zona de la ciudad
 - Villa / no-villa
- Sexo
 - Femenino
 - Masculino
- Edad, definiendo dos grupos etarios:
 - 0 a 23 meses
 - 24 a 71 meses
- Peso de nacimiento, diferenciando 4 categorías:
 - peso bajo (< 2500 g.)
 - insuficiente (2500 a 2999 g.)
 - normal (3000 a 3999 g.)
 - alto (> 4000 g.)
- Lactancia materna y alimentación complementaria²:
 - exclusiva
 - continuada al año
 - momento de introducción de alimentos semi-sólidos, diferenciando 4 categorías:
 - muy temprana (antes de los 4 meses)
 - temprana (entre 4 y <6 meses)
 - oportuna (6 y 7 meses)
 - tardía (a partir de los 8 meses)
- Prácticas preventivas desde el sector salud:
 - Suplementación con hierro en menores de 2 años³
 - Leche en polvo fortificada del Programa Materno-Infantil (Ley Nacional N°25459/2001)
- 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).

² 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.

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.



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

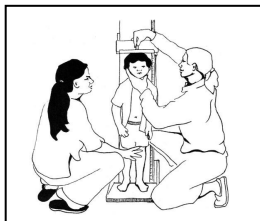
Luego de concluir la carga de las planillas remitidas por los distintos efectores, se llevó adelante una revisión de los datos a fin de detectar errores. Se realizó un cotejo con las planillas manuscritas, corrigiendo los errores de carga y eliminando los casos en que no fue posible subsanarlos.

En la siguiente tabla se reseña el tipo de errores identificados:

Motivo	n
Fecha de nacimiento incorrecta o sin dato	30
Datos antropométricos faltantes	87
Identificación de sexo faltante	95
Fuera de rango etario (mayores de 71 meses)	151
Indicadores antropométricos extremos potencialmente incorrectos ⁴	127
Duplicado	9
Total	499

De un total de 4825 registros iniciales, se debió eliminar un 10,3% de los casos, resultando una muestra final de 4326 niños y niñas.

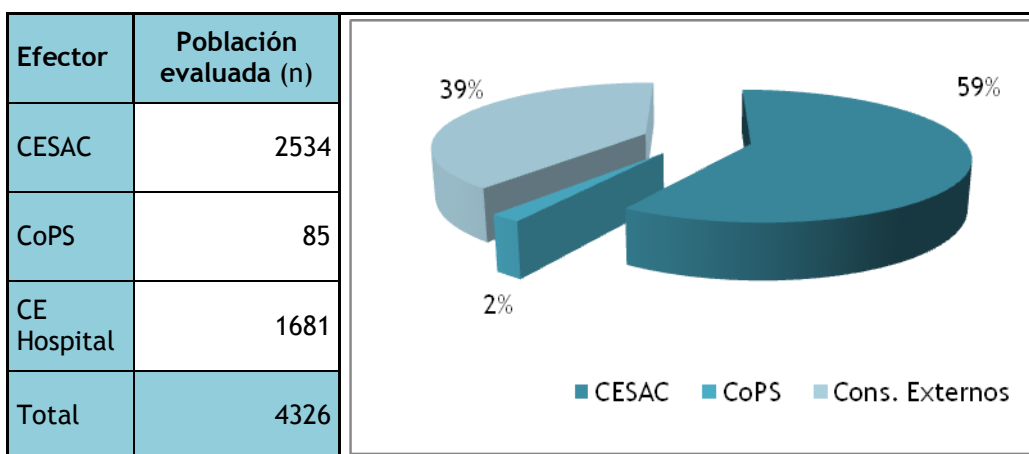
⁴ ± 5 DE para Peso/Edad e IMC/Edad y ± 6 DE para Talla/edad (WHO AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO, 2009).



VI. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA



A) TIPO DE EFECTOR, ÁREA PROGRAMÁTICA Y LUGAR DE RESIDENCIA

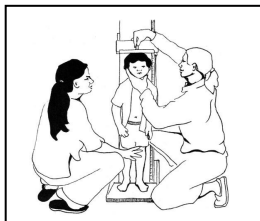


Cuadro y gráfico 1: Distribución de la población evaluada según tipo de efector

Fuente: Elaboración propia

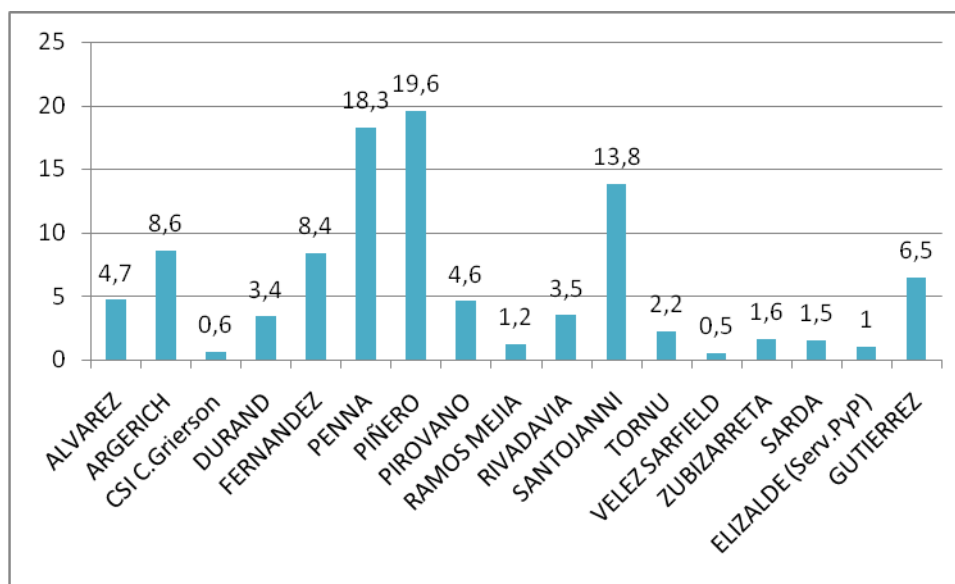
Puede observarse que un 60 % de la población incluida en la muestra ha sido evaluada en efectores del Área Programática y el restante 40% corresponde a consultorios externos de hospitales (generales de agudos y especializados).

Asimismo, como puede observarse en el cuadro 2, los hospitales ubicados en la banda sur de la ciudad (Argerich, Elizalde, Penna, Piñero, Santojanni y Sardá) aportan el 63% de la muestra, otro 23% corresponde a los efectores de la banda norte (Fernández, Gutierrez, Rivadavia y Pirovano) y el 14% restante a los ubicados en el centro (Álvarez, Durand, Ramos Mejía, Tornú, Vélez Sarfield, Zubizarreta).



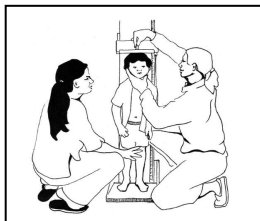
Cuadro y gráfico 2: Distribución de la población evaluada según Area Programática y Hospitales Especializados

Hospital - base		Área Progr. (n)	Cons.Ext. (n)	Total (n)	%
Hospitales Generales de Agudos (AP + CE)	ALVAREZ	87	116	203	4,7
	ARGERICH	298	69	367	8,6
	CSI C.Grierson	26	0	26	0,6
	DURAND	62	85	147	3,4
	FERNANDEZ	343	22	365	8,4
	PENNA	517	275	792	18,3
	PIÑERO	635	214	849	19,6
	PIROVANO	118	82	200	4,6
	RAMOS MEJIA	51	0	51	1,2
	RIVADAVIA	0	153	153	3,5
	SANTOJANNI	469	126	595	13,8
	TORNU	18	77	95	2,2
	VELEZ SARFIELD	21	0	21	0,5
	ZUBIZARRETA	0	68	68	1,6
Hospitales Especializados	SARDA	0	67	67	1,5
	ELIZALDE (Serv.PyP)	0	45	45	1,0
	GUTIERREZ	0	282	282	6,5
Total		2645	1681	4326	100



Fuente: Elaboración propia

En esta encuesta participaron los consultorios externos de once de los trece hospitales generales de agudos, tres hospitales especializados (Elizalde, Gutierrez y Sardá), el Centro de Salud Integral “Cecilia Grierson” de Lugano, y 41 de los 43 CESACs existentes al momento del relevamiento. En relación al tamaño de la muestra, la misma se redujo un 7% respecto a la encuesta del 2013.



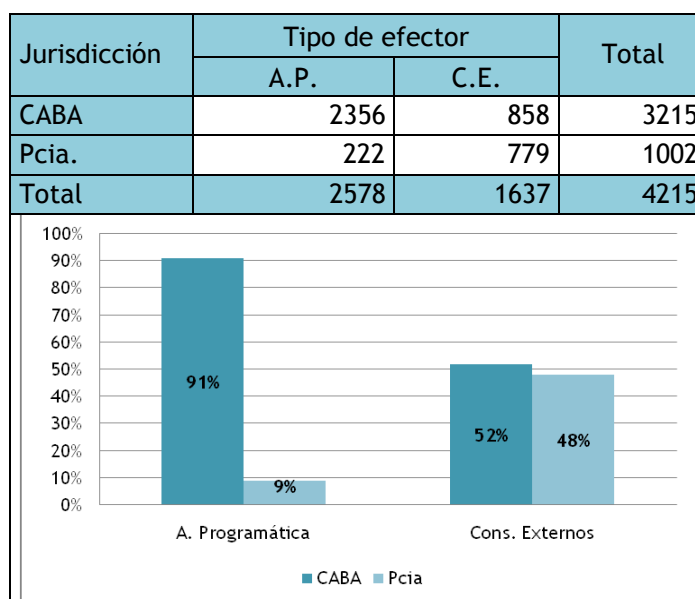
Cuadro 3: Distribución de la población evaluada según lugar de residencia

Lugar de residencia	n	%
Comuna 1	528	12,2
Comuna 2	6	0,1
Comuna 3	74	1,7
Comuna 4	557	12,9
Comuna 5	66	1,5
Comuna 6	17	0,4
Comuna 7	398	9,2
Comuna 8	685	15,8
Comuna 9	198	4,6
Comuna 10	66	1,5
Comuna 11	17	0,4
Comuna 12	80	1,8
Comuna 13	18	0,4
Comuna 14	40	0,9
Comuna 15	69	1,6
CABA sin identificar comuna	395	9,1
Provincia de Bs. As.	1001	23,1
Sin dato	111	2,6
Total	4326	100,0

Fuente: Elaboración propia

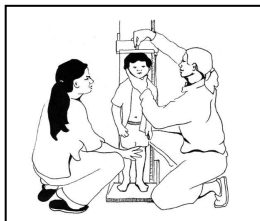
Casi un cuarto de la muestra reside en la Provincia de Buenos Aires, ascendiendo esta proporción a casi a la mitad entre los/as niños/as evaluados/as en Consultorios Externos de Hospitales.

Cuadro y gráfico 4: Distribución de la población evaluada según jurisdicción de residencia y tipo de efector



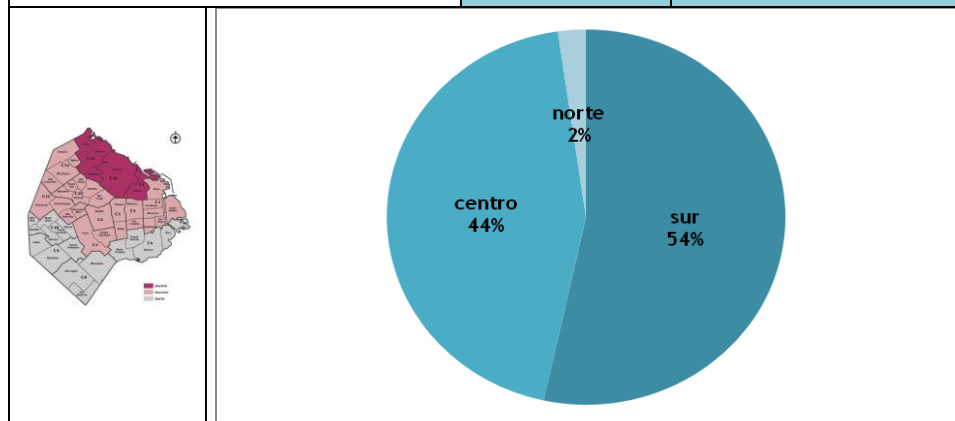
Se excluyen 111 casos sin dato

Fuente: Elaboración propia



Cuadro y Gráfico 5: Distribución de la sub-muestra de residentes en CABA según comuna y zona de la ciudad

Zona	Comuna	n	%
Sur	Comuna 4	557	19,8
	Comuna 8	685	24,3
	Comuna 9	198	7,0
	Comuna 10	66	2,3
	Total	1506	53,4
Centro	Comuna 1	528	18,7
	Comuna 3	74	2,6
	Comuna 5	66	2,3
	Comuna 6	17	0,6
	Comuna 7	398	14,1
	Comuna 11	17	0,6
	Comuna 12	80	2,8
	Comuna 15	69	2,4
Total	1249	44,3	
Norte	Comuna 2	6	0,2
	Comuna 13	18	0,6
	Comuna 14	40	1,4
	Total	64	2,3
Total		2819	100

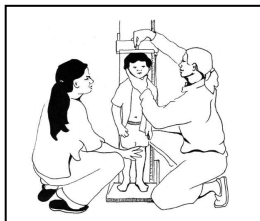


Se excluyen 395 casos sin identificación de la comuna

Fuente: Elaboración propia

Tomando en consideración el agrupamiento de comunas en zonas utilizado por la Dirección de Estadísticas y Censos de la Ciudad, se advierte que entre los/as niños/as encuestados/as que residen en CABA, más de la mitad lo hace en la zona sur y apenas un 2% en la zona norte. Ello guarda relación con el porcentaje de población de 0 a 6 años que tiene sólo cobertura del sistema público de salud, que en zona norte es de un 5% , en el centro un 24% y en la sur un 41%, destacándose la comuna 8 con 60,5%⁵.

⁵ Dirección de Estadísticas y Censos (GCBA). Sistema Integrado de Indicadores de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Tipo de cobertura de salud año 2015 (desagregación territorial y grupo de edad). <https://tinyurl.com/indicadoresderechos>



B) SEXO, EDAD Y PESO AL NACER

Cuadro 5: Distribución de la muestra según sexo

Sexo	N	%
Femenino	2143	49,5
Masculino	2183	50,5
Total	4326	100,0

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 6: Distribución de la muestra según grupo etario

Grupo etario	N	%
0 a 23 meses	2393	55,3
24 a 71 meses	1933	44,7
Total	4326	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 (10,6%) corresponde al grupo etario de menores de 2 años.

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

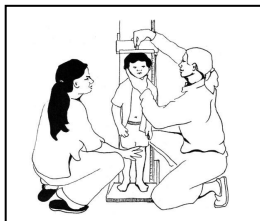
Categoría de Peso al Nacer	Residentes en CABA		Residentes en Pcia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo Peso (< 2500 g.)	200	6,4	49	5	249	6,1
Peso Insuficiente (2500 a 2999 g.)	490	15,8	158	16	648	15,8
Peso Normal (3000 a 3999 g.)	2100	67,7	677	68,5	2777	67,9
Peso Alto (\geq 4000 g.)	312	10,1	104	10,5	416	10,2
Total	3102	100	988	100	4090	100

Se excluyen 236 casos en los que no se consignó el lugar de residencia

Fuente: Elaboración propia

Respecto al peso de nacimiento, aproximadamente un 68% ha nacido con peso normal, mientras que un 6% ha tenido bajo peso y aproximadamente un 10% alto peso al nacer. No se verifican diferencias significativas según jurisdicción de residencia de los/as niños/as.

En relación a la encuesta 2013, se verifica una diferencia estadísticamente significativa en la categoría “peso insuficiente al nacer”, siendo mayor el porcentaje actual ($\chi^2 = 7,44$; $p = 0,006$).



Según las Estadísticas vitales de la Ciudad de Buenos Aires (Dirección General de Estadística y Censos GCBA) el promedio de bajo peso al nacer entre los nacidos vivos entre el año 2010 y 2016 es de un 7,1%⁶, cifra levemente superior a la de nuestra muestra.



C) LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

La indagación sobre lactancia materna y alimentación complementaria se limitó a la sub-muestra de menores de 24 meses para minimizar imprecisiones debidas al sesgo de memoria.

Esta forma de indagar es diferente a la utilizada en la Encuesta Nacional de Lactancia Materna⁷ que se focaliza en un recordatorio de la alimentación del niño/a durante el día anterior. En nuestro caso, esta información se construye tanto a partir del reporte de situación actual (si el/la niño/a aún continúa con lactancia) como a partir del recuerdo del/a adulto/a acompañante (referido a la duración de la misma).

Se formulan tres preguntas: hasta qué mes el/la niño/a tomó pecho, en qué momento se introdujo cualquier líquido o leche diferente a la leche materna y en qué momento se introdujo un alimento semi-sólido. Esta información se analiza en forma combinada para establecer el porcentaje de niños/as con lactancia materna exclusiva.

Este indicador (lactancia materna exclusiva) se analizó en diferentes sub-muestras.

- En primer lugar, se tomó la **sub-muestra de niños/as de 6 a 23 meses**, construyendo el indicador “**lactancia materna exclusiva al 6to. mes**”, considerando la continuidad del pecho hasta el 5to. mes inclusive o más sin haber introducido hasta ese momento ninguna otra leche/líquido ni alimento semi-sólido.

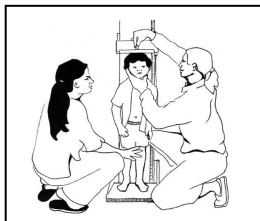
Cuadro 8: Proporción de niños/as con lactancia materna exclusiva al 6° mes

LME al 6° mes	Sub-muestra 6 a 23 meses (n= 1463)
Sí	62,4 %
No	37,6 %
Total	100 %

Fuente: Elaboración propia

⁶ Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales (2010-2016).

⁷ Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2015) Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001135cnt-lactancia-materna-argentina-2015.pdf>



El porcentaje de lactancia materna exclusiva al 6° mes se ha incrementado significativamente respecto a la encuesta 2013 ($\chi^2=29,9$; $p=0,00$).

- En segundo lugar, se analizó la **sub-muestra de menores de 6 meses**, tomando los mismos intervalos que se consideran en el diseño metodológico de la ENLM⁸, construyendo el indicador “**lactancia materna exclusiva**”, que incluye a los/as niños/as de 2, 4 y 5 meses que **al momento de la encuesta sólo recibían leche materna**.

Cuadro 9: 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=139)	68,3%
Niños/as con 4 meses de edad (n=159)	57,2%
Niños/as con 5 meses de edad (n=144)	52,8%

Fuente: Elaboración propia

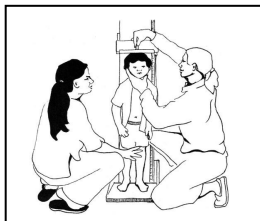
El **inicio de lactancia materna** fue de un 97%; sin embargo, el porcentaje de lactancia materna exclusiva decrece conforme avanza la edad del/a niño/a. A los 2 meses de edad, un tercio de los/as niños/as no recibe lactancia materna exclusiva, lo cual da cuenta de una introducción muy temprana de otras leches o líquidos.

No obstante, respecto a la encuesta 2013, este porcentaje (que era de 52,4%) muestra una mejoría estadísticamente significativa ($\chi^2=8,32$; $p=0,003$). Esta mejoría entre ambas encuestas también se verifica a los 4 y a los 5 meses de edad ($\chi^2=5,9$; $p=0,01$ y $\chi^2=8,13$; $p=0,004$, respectivamente).

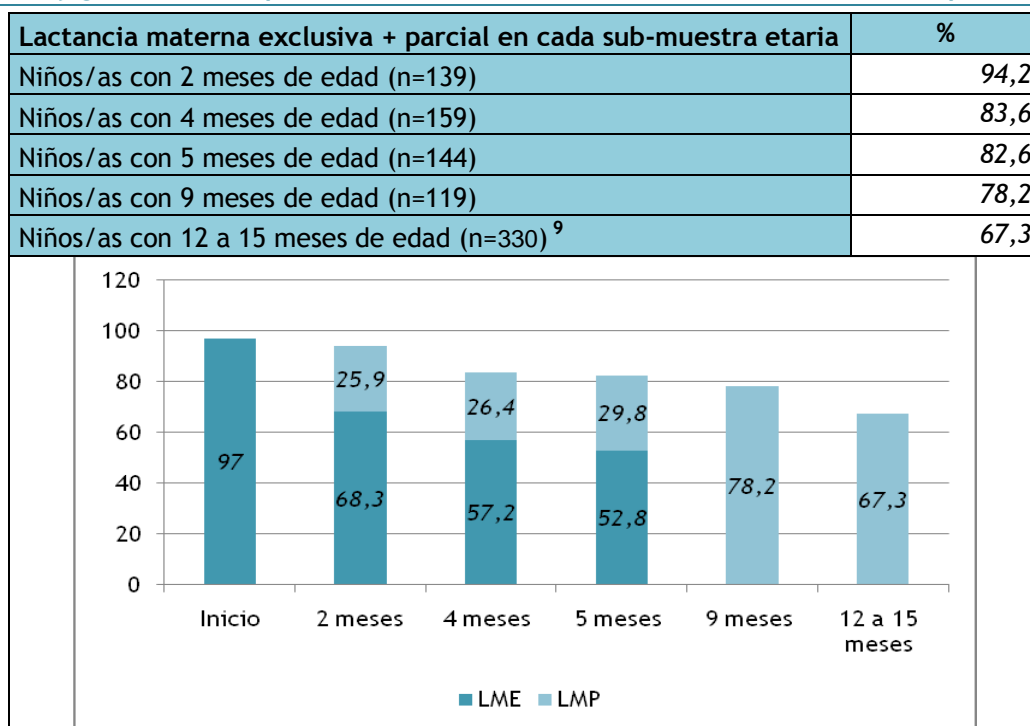
Por otro lado, se analizó el **sostén de la lactancia materna** (exclusiva + parcial) en los mismos rangos etarios, resultando que la práctica de lactancia se mantiene en una gran proporción, si bien combinada con otras leches, líquidos o semi-sólidos.

⁸ 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 reciben 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 y gráfico 10: Proporción de niños/as con lactancia materna exclusiva + parcial



Fuente: Elaboración propia

Se mencionan con fines comparativos, datos procedentes de la “Encuesta Nacional de Lactancia Materna 2015” (ENLM)¹⁰, realizada en efectores públicos de salud. En la misma, la proporción de lactancia materna exclusiva fue de 53% entre los menores de 6 meses a nivel nacional y de 58% en CABA.

Asimismo, en la sub-muestra nacional de niños/as de 2 meses de edad fue de 58%, de 46% a los 4 meses y de 35% a los 5, mientras que la proporción de lactancia continuada al año fue del 71%.

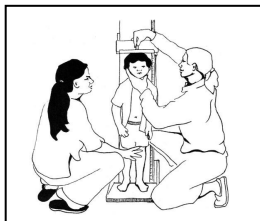
Las prevalencias halladas en nuestra encuesta son mayores a las relevadas en la Encuesta Nacional de Lactancia. Creemos plausible atribuir estas diferencias, entre otros factores, a los distintos diseños metodológicos: recordatorio del día anterior en el caso de la ENLM, referencia del adulto acompañante en el caso de la encuesta antropométrica de CABA.

⁹ Cantidad de niños/as de 12 a 15 meses que estaban recibiendo LM al momento de la encuesta dividido por el total de niños/as de 12 a 15 meses encuestados/as.

¹⁰ En el año 2017 se realizó una nueva edición de esta encuesta, de la que aún no se cuenta con los datos definitivos publicados.

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2015) Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001135cnt-lactancia-materna-argentina-2015.pdf>



Por otro lado, se indagó sobre el momento (edad en meses) de introducción de alimentos semi-sólidos.

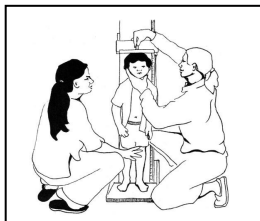
Cuadro 11: Introducción de alimentos semi-sólidos

Alimentación complementaria (sub-muestra 0-24 meses n= 1476) *	%
Muy temprana (antes de los 4 meses) (n=13)	0,9%
Temprana (entre 4 y 6 meses) (n=150)	10,2%
Oportuna (6 y 7 meses) (n=1290)	87,4%
Tardía (a partir de los 8 meses) (n=23)	1,6%

* Se excluyen de la sub-muestra de 0-24 meses 917 casos de menores de 6 meses que, en concordancia con las recomendaciones, aún no han introducido ningún semi-sólido.

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los/as niños/as recibió **alimentos semi-sólidos en el momento oportuno**, siendo superior la introducción temprana y muy temprana respecto a la tardía.

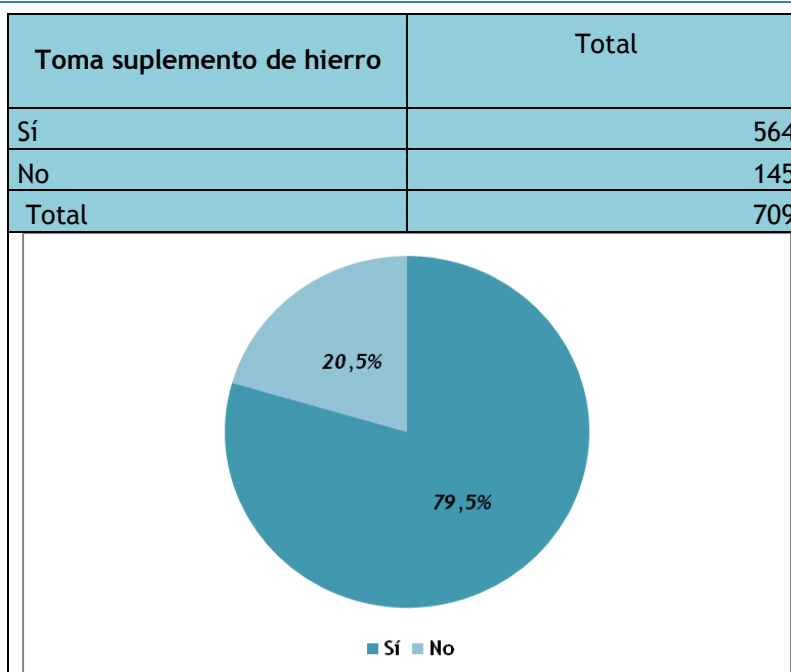


D) PRÁCTICAS PREVENTIVAS DESDE EL SECTOR SALUD

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 Infancia¹¹, 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.

Cuadro y gráfico 12: Distribución del consumo de suplemento de hierro en la sub-muestra de 6-11 meses (n=709)

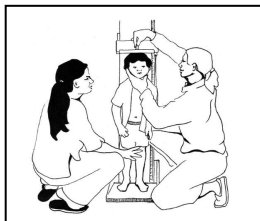


Fuente: Elaboración propia

Se observó que casi el 80% de los niños y niñas en su segundo semestre de vida reciben dicha suplementación, lo cual indica un buen nivel de cobertura sostenido (en la Encuesta Antropométrica 2013 el porcentaje era de un 83%).

Según se muestra en el siguiente cuadro, la cobertura es similar según tipo de efector.

¹¹ *Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para equipos de salud*, Ministerio de Salud de la Nación, 2001.



Cuadro 13: 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=709)
	Área Programática (n=405)	CE Hospital (n=304)	
Sí	79,3%	79,9%	79,5%
No	20,7%	20,1%	20,5%
Total	100,0%	100,0%	100%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 14: 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=116)
	2-11 meses (n=74)	12-23 meses (n=42)	
Sí	60,8%	14,3%	37,5%
No	39,2%	85,7%	62,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

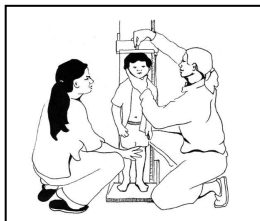
Al focalizar la mirada en los/as nacidos/as con bajo peso, se observa que el porcentaje de cobertura llamativamente decrece a la mitad cuando su mayor vulnerabilidad requeriría especial atención en la prevención de anemia. Sin embargo, considerando que el tamaño muestral es pequeño, sería necesaria una 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. Desde el año 2001, de acuerdo a la ley 25459, la leche en polvo que se entrega es fortificada con hierro (12 mg/100g), zinc (6 mg/100g) y vit. C (100 mg/100g) con el objetivo de prevenir la anemia.

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 15: 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=2211)
	6 a 23 meses (n=901)	24 a 71 meses (n=1310)	
Sí	54,4%	46,6%	50%
No	45,6%	53,4%	50%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Puede observarse que el promedio de cobertura alcanza a un 50%, siendo mayor en el grupo de 6 a 23 meses de edad, diferencia estadísticamente significativa ($\text{Chi}^2= 13,06$; $p=0,000$).

Cuadro 16: 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 en CABA

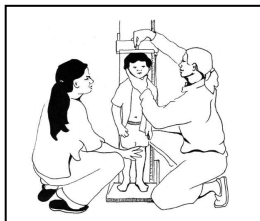
Recibe leche fortificada	Tipo de barrio de residencia		Total (n= 1983*)
	Villa (n=952)	No villa (n=1031)	
Sí	54,0%	46,7%	50,2%
No	46,0%	53,3%	49,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Se excluyen 228 casos sin dato de residencia y residentes en Pcia

Fuente: Elaboración propia

Analizando la cobertura en función del tipo de barrio de residencia, puede observarse que es mayor ($\text{Chi}^2=10,66$; $p=0,001$) en aquellos barrios en situación de vulnerabilidad socio-económica (villas de emergencia); en los cuales, sin embargo, casi la mitad de los/as niños y niñas no están recibiendo esta prestación de salud.

El porcentaje de cobertura actual, del 50%, se redujo de manera significativa respecto al 2013, cuando era del 63,7% ($\text{Chi}^2= 88,47$; $p<0,00$).



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 sí¹².

Cuadro 17: Distribución de la muestra según prestaciones sociales de la familia

Prestación social familia	N	%
Ciudadanía Porteña	368	9,2
Ticket Social	43	1,1
Asignación Univ. x hijo	2114	52,9%
No recibe	1469	36,8
Total	3994	100
Se han excluido 232 casos sin dato y 90 con superposición de prestaciones		

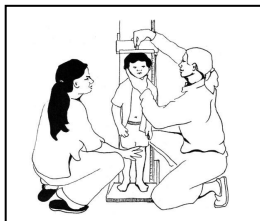
Fuente: Elaboración propia

Cuadro 18: Distribución porcentual de las prestaciones sociales de la familia según tipo de efector

Prestación social familia	Tipo de efector		Total (n=3994 *)
	Área Programática (n=2461)	Consultorios Ext. Hospital (n=1533)	
Ciudadanía Porteña	11,1%	6,3%	9,2%
Ticket Social	1,2%	0,8%	1,1%
Asignación Univ. x hijo	52,7%	53,4%	52,9%
No recibe	35,1%	39,5%	36,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
*Se han excluido 232 casos sin dato y 90 con superposición de prestaciones			

Fuente: Elaboración propia

¹² 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.



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 la mitad de los/as encuestados/as en CE residen en Pcia.de Bs.As.

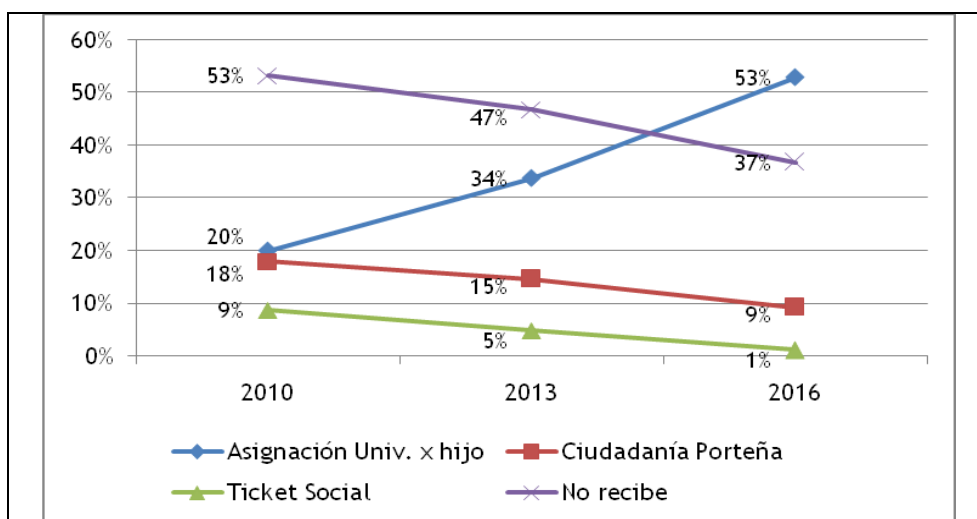
Cuadro 19: Distribución porcentual de las prestaciones sociales de la familia según tipo de barrio de residencia en CABA

Prestaciones sociales agrupadas	Tipo de barrio de residencia		Total (n= 2985*)
	Villa (n=1207)	No villa (n=1778)	
Sí	68,2%	59,6%	63,0%
No	31,8%	40,4%	37,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Se excluyen 228 casos sin dato de residencia y residentes en Pcia

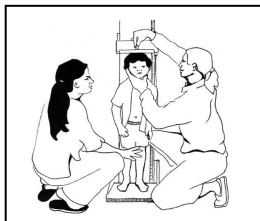
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 13: Línea histórica del porcentaje de niños/as cuyas familias reciben alguna prestación social monetaria



Fuente: Elaboración propia

En el total de la muestra 2016, más de la mitad de las familias de los/as niños/as evaluados/as recibe alguna prestación social monetaria (64%). Este porcentaje aumentó respecto a la encuesta anterior (53%), destacándose el incremento de cobertura de la AUH ($\chi^2= 309,73$; $p<0,01$), mientras que CP decreció ($\chi^2= 57,80$; $p<0,01$), al igual que TS ($\chi^2= 101,87$; $p<0,01$). En todos los casos, estas diferencias son estadísticamente significativas.



E.2) Prestaciones alimentarias en espacios institucionales

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

Prestaciones alimentarias	N	%
Comedor escolar	893	21,9
Comedor Comunitario	102	2,5
Ambos	104	2,6
No concurre	2970	73,0
Total	4069	100

*Se han excluido 257 casos sin dato

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 21: Distribución porcentual de las prestaciones alimentarias según grupo etario de los/as niños/as

Prestaciones alimentarias	0 a 23 meses (n=2199)	24 a 71 meses (n=1870)	Total (n=4069)
Comedor escolar	6,1%	40,6%	21,9%
Comedor Comunitario	2,1%	3,0%	2,5%
Ambos	0,6%	4,9%	2,6%
No concurre	91,2%	51,6%	73,0%
Total *	100,0%	100,0%	100,0%

*Se han excluido 257 casos sin dato

Fuente: Elaboración propia

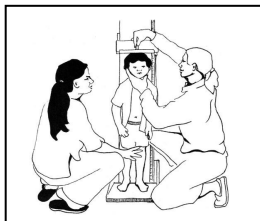
Entre los/as niños/as que realizan comidas institucionales (un 27%), la mayoría concurre a comedores escolares, particularmente en el grupo etario de 2 a 6 años de edad, quienes duplican el promedio de la muestra.

Cuadro 22: Distribución porcentual de las prestaciones alimentarias de los/as niños/as según tipo de barrio de residencia en CABA

Prestaciones alimentarias	Tipo de barrio de residencia		Total (n= 3033*)
	Villa (n=1242)	No villa (n=1791)	
Comedor escolar	27,2%	24,2%	25,5%
Comedor Comunitario	4,8%	2,0%	3,2%
Ambos	4,8%	2,0%	3,1%
No concurre	63,1%	71,8%	68,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

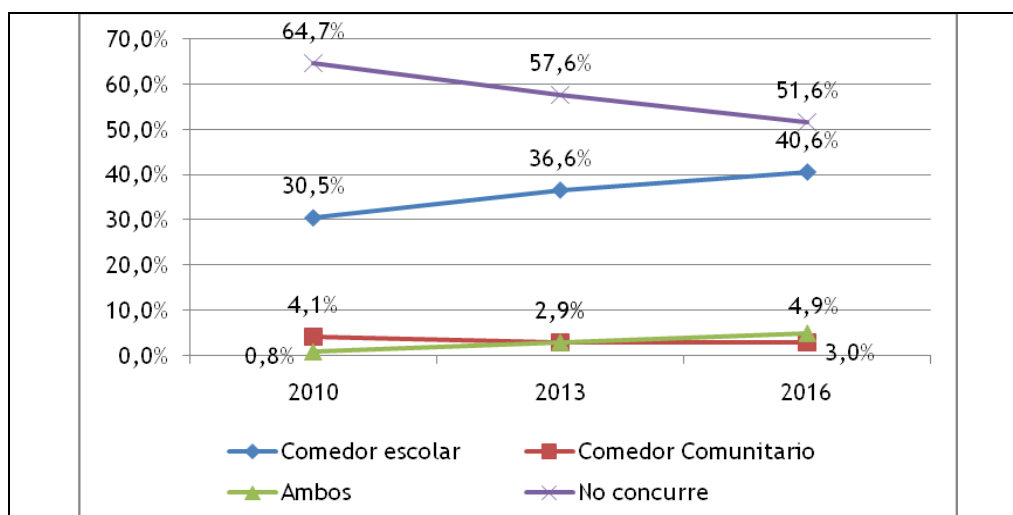
Se excluyen casos sin dato y residentes en Pcia

Fuente: Elaboración propia



En relación a los/as niños/as residentes en CABA, al comparar por tipo de barrio, se advierte que, entre quienes residen en villas, es mayor el porcentaje de quienes concurren a comedor comunitario y a comunitario + escolar ($\chi^2= 19,04$; $p<0,01$).

Gráfico 14: Línea histórica del porcentaje de niños/as de 24 a 71 meses que realizan comidas institucionales



Fuente: Elaboración propia

Se advierte en el gráfico que antecede, que el porcentaje de niños/as de 24 a 71 meses que concurren tanto a comedor escolar como a escolar + comunitario, se ha incrementado de manera significativa entre 2010 y 2016 ($\chi^2= 35,42$; $p=0,00$ y $\chi^2= 44,63$; $p=0,00$, respectivamente).

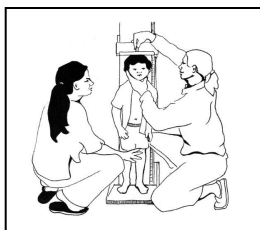
Cuadro 23: Distribución de la muestra según prestaciones alimentarias de los/as niños/as y prestaciones sociales de la familia

Tipo de prestaciones	N	%
Prestación alimentaria niño/a únicamente	289	7,6
Prestación social familia únicamente	1674	43,8
Recibe ambas	750	19,6
No recibe ninguna	1112	29,1
Total *	3825	100,0

Se han excluido 501 casos sin dato

Fuente: Elaboración propia

Se observa que un 70% de la muestra recibe algún tipo de prestación social/ alimentaria. Entre éstos, un tercio reciben ambas.



VII. RESULTADOS ANTROPOMETRICOS

Cuadro 24: Diagnósticos antropométricos según indicador

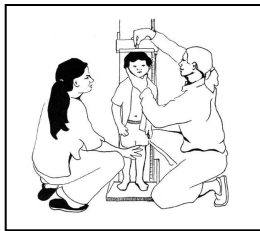
Categoría diagnóstica	Indicador			
	IMC / Edad		Talla / Edad	
	N	%	N	%
Bajo	52	1,2 (0,9-1,6)	343	7,9 (7,1-8,8)
Normal	3687	85,2 (84,1-86,3)	3983	92,1 (91,2-92,8)
Alto	587	13,6 (12,6-14,6)	--	--
Total	4326	100,0	4326	100,0

Fuente: Elaboración propia

Siguiendo las tendencias de las últimas encuestas antropométricas, se destacan los elevados porcentajes de obesidad (alto IMC/E: 13,6%), y de acortamiento (baja talla/E: 7,9%). Ambos porcentajes son levemente superiores a los del año 2013, pero las diferencias no son estadísticamente significativas.

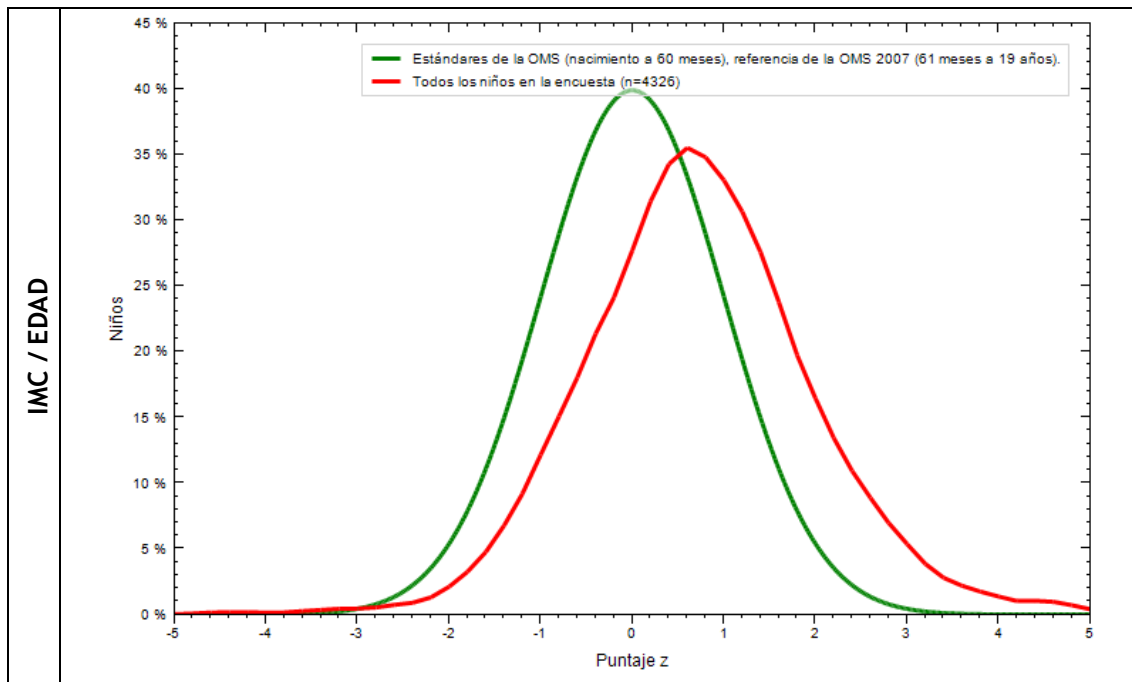
El porcentaje de emaciación (bajo IMC/E) es menor a lo esperable (un 2,3% en una distribución poblacional normal).

A continuación se presenta gráficamente la distribución del total de la muestra comparada con la distribución de la población de referencia (OMS, 2006 y 2007). No se presentan gráficas diferenciadas por sexo, ya que como se desarrollará en el Apartado "B", las diferencias porcentuales según dicha variable no resultaron significativas para ningún indicador antropométrico.



Resultados antropométricos

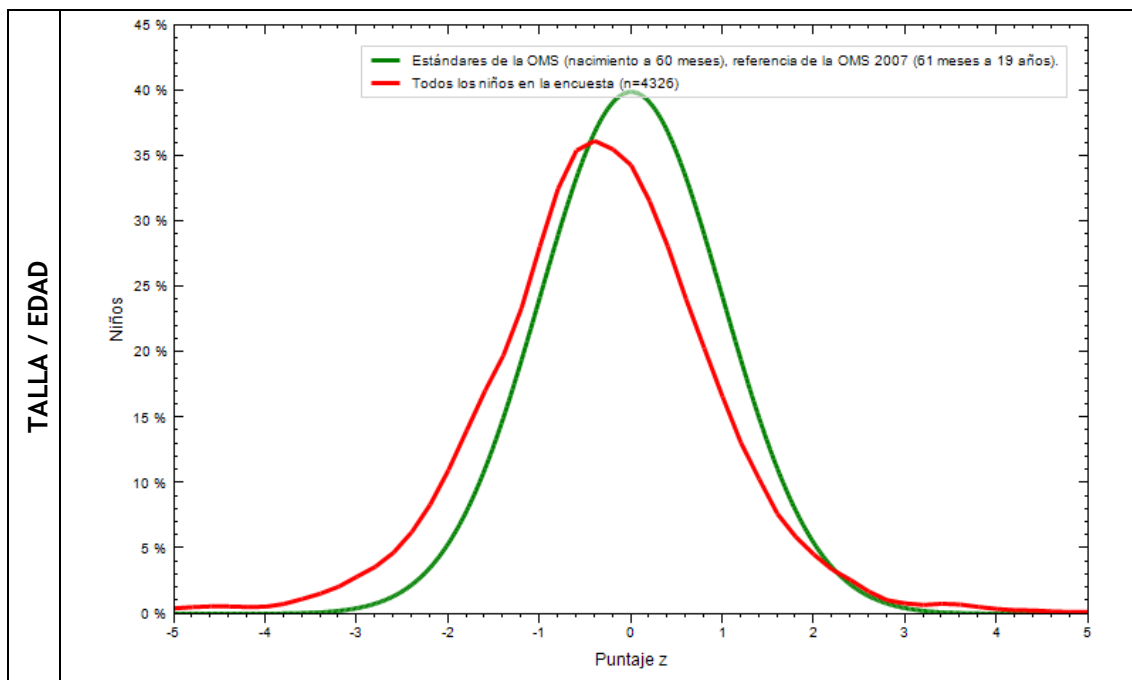
Gráfico 8: Distribución de IMC / Edad en la población estudiada en comparación con la población de referencia (OMS 2006 y 2007)



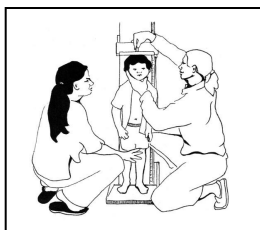
Fuente: Elaboración propia

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



Resultados antropométricos

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.

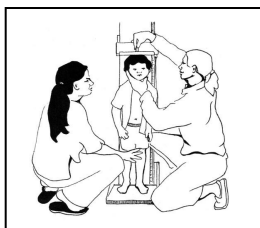


A) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN AREA PROGRAMATICA
TIPO DE EFECTOR Y LUGAR DE RESIDENCIA

Cuadro 25: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos, según hospital-base y zona de la CABA

Zona ciudad	Hospital-base	IMC / Edad			Talla / Edad	
		Bajo	Normal	Alto	Bajo	Normal
SUR	ARGERICH (n=367)	0,8%	89,1%	10,1%	3,8%	96,2%
	PENNA (n=792)	0,9%	87,8%	11,4%	5,3%	94,7%
	PIÑERO (n=849)	0,4%	84,0%	15,7%	9,7%	90,3%
	SANTOJANNI (n=595)	1,0%	84,5%	14,5%	6,4%	93,6%
	CSI GRIERSON (n=26)	0,0%	92,3%	7,7%	7,7%	92,3%
CENTRO	ALVAREZ (n=203)	2,0%	76,4%	21,7%	11,8%	88,2%
	DURAND (n=147)	2,7%	87,8%	9,5%	4,8%	95,2%
	RAMOS MEJIA (n=51)	2,0%	92,2%	5,9%	3,9%	96,1%
	TORNU (n=95)	2,1%	84,2%	13,7%	9,5%	90,5%
	VELEZ SANSFIELD (n=21)	0,0%	71,4%	28,6%	9,5%	90,5%
	ZUBIZARRETA (n=68)	0,0%	92,6%	7,4%	4,4%	95,6%
NORTE	FERNANDEZ (n=365)	1,1%	85,8%	13,2%	9,3%	90,7%
	PIROVANO (n=200)	0,5%	82,5%	17,0%	11,0%	89,0%
	RIVADAVIA (n=153)	1,3%	83,7%	15,0%	3,9%	96,1%
HOSPITALES ESPECIALIZADOS	ELIZALDE (n=45)	0,0%	93,3%	6,7%	15,6%	84,4%
	GUTIERREZ (n=282)	3,2%	83,7%	13,1%	11,0%	89,0%
	SARDA (n=67)	9,0%	77,6%	13,4%	26,9%	73,1%
Total		1,2%	85,2%	13,6%	7,9%	92,1%

Fuente: Elaboración propia



Resultados antropométricos

Los altos porcentajes de déficit de peso y de talla de la Maternidad Sardá podrían atribuirse a su condición de hospital especializado y de referencia para embarazos de riesgo.

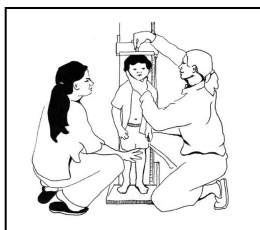
Por otra parte, se observa una amplia dispersión en los valores antropométricos en algunos hospitales generales y pediátricos, que podría relacionarse con el tamaño muestral pequeño.

Cuadro 26: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos, según tipo de efector

Indicador antropométrico		Tipo de efector		Total (n=4326)
		Área Programática (n=2645)	CE Hospitales (n=1681)	
IMC / Edad	Bajo	0,9% (0,5-1,3)	1,7% (1,1-2,5)	1,2%
	Normal	85,4% (84-86,7)	85,0% (83,2-86,7)	85,2%
	Alto	13,8% (12,5-15,1)	13,3% (11,7-15)	13,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	7,0% (6-8)	9,4% (8-10)	7,9%
	Normal	93,0% (92-94)	90,6% (89,1-92)	92,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Las diferencias según tipo de efector para alto IMC/E no son estadísticamente significativas, mientras que sí lo son para baja T/E (χ^2 : 8,14; p: 0,004). El porcentaje mayor de acortamiento en los/as niños/as evaluados/as en CE de hospitales resulta traccionado por el elevado porcentaje que este indicador presenta en la sub-muestra de la maternidad Sardá, como se mencionó en el párrafo anterior.



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

Indicador antropométrico		Jurisdicción de residencia			Total (n=4326)
		CABA (n=3214)	Pcia. (n=1001)	Sin dato (n=111)	
IMC / Edad	Bajo	1,0% (0,7-1,4)	1,7% (1-2,7)	1,8%	1,2%
	Normal	85,0% (83,7-86,2)	86,6% (84,3-88,6)	79,3%	85,2%
	Alto	14,0% (12,8-15,2)	11,7% (9,7-13,8)	18,9%	13,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	7,8% (7,9-8,8)	8,2% (6,6-10,1)	9,0%	7,9%
	Normal	92,2% (91,2-93,1)	91,8% (89,9-93,4)	91,0%	92,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

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

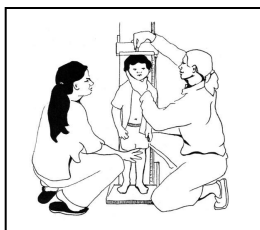
Cuadro 28: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos, según zona de residencia en la Ciudad (agrupamiento de comunas)

Indicador Antropométrico		Zona de residencia (agrupamiento de comunas)				Total ** (n= 3214)
		Sur (n=1506)	Centro (n=1249)	Norte (n=64*)	CABA sin identificar (n=395*)	
IMC / Edad	Bajo	0,5% (0,2-1)	1,1% (0,6-1,9)	3,1% (0,4-10,8)	2,3%	1,0%
	Normal	85,7% (83,8-87,4)	83,9% (81,7-85,9)	89,1% (78,7-95,4)	85,1%	85,0%
	Alto	13,7% (12-15,6)	15,0% (13-17)	7,8% (2,6-17,3)	12,7%	14,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	7,0% (5,8-8,4)	8,3% (6,8-9,9)	1,6% (0-8,4)	10,1%	7,8%
	Normal	93,0% (91,5-94,2)	91,7% (90-93,1)	98,4% (91,6-99,9)	89,9%	92,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* n insuficiente

** Se excluyen 1112 casos (residentes en Pcia. de Bs.As. y sin dato)

Fuente: Elaboración propia



Resultados antropométricos

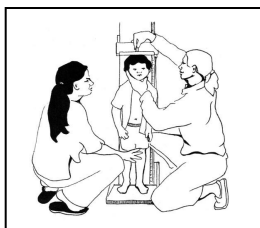
Se presentan los indicadores antropométricos según zona debido a que muchas comunas por sí solas aportan un número insuficiente de niños/as evaluados residentes en las mismas (es el caso de las comunas 2, 3, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14 y 15). Tres de estas comunas son las que conforman la zona norte (2, 13 y 14), por lo cual también resulta ser insuficiente la muestra correspondiente a dicha zona.

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

Indicador Antropométrico		Villa de emergencia				
		1/11/14 (n=200)	15 (n=108)	20 (n=181)	21/24 (n=190)	31 (n=358)
IMC / Edad	Bajo	0 (0-1,8)	0 (0-3,3)	0,5 (0-3)	0 (0-1,9)	1,1 (0,3-2,8)
	Normal	81 (74,9-86,2)	86,1 (78,1-92)	89,5 (84,1-93,6)	85,8 (80-90,4)	84,6 (80,5-88,2)
	Alto	19 (13,8-25,1)	13,9 (7,9-21,9)	9,9 (6-15,3)	14,2 (9,6-19,9)	14,2 (10,8-18,3)
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	12,5 (8,2-17,9)	8,3 (3,9-15,2)	7,2 (3,9-12)	4,2 (1,8-8,1)	7,8 (5,2-11,1)
	Normal	87,5 (82,1-91,7)	91,7 (84,7-96,1)	92,8 (88-96,1)	95,8 (91,9-98,2)	92,2 (88,9-94,7)
	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 1-11-14 presenta un porcentaje mayor de problemas nutricionales por exceso de peso y por déficit de talla. 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.



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

Indicador Antropométrico		Barrio de residencia		Total (n=3216*)
		Villa (n=1284)	No villa (n=1932)	
IMC / Edad	Bajo	0,7% (0,3-1,3)	1,2% (0,8-1,8)	1,0%
	Normal	84,2% (82,1-86,1)	85,6% (83,9-87,1)	85,0%
	Alto	15,1% (13,2-17,2)	13,2% (11,7-14,8)	14,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	8,5% (7-10,1)	7,3% (6,2-8,6)	7,8%
	Normal	91,5% (89,8-92,9)	92,7% (91,4-93,7)	92,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

* Se excluyen 1110 casos (residentes en Pcia. y sin dato)

Fuente: Elaboración propia

Puede observarse al comparar el conjunto de los/as niños/as residentes en villas de emergencia con los/as residentes en el resto de la ciudad que las diferencias porcentuales no son estadísticamente significativas para ningún indicador antropométrico.

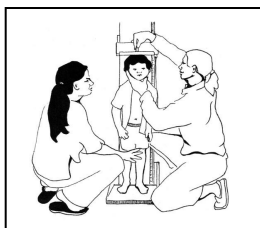


B) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN SEXO, EDAD Y PESO AL NACER

Cuadro 31: Diagnósticos antropométricos, según indicador y sexo

Categoría diagnóstica	Indicador			
	IMC / Edad		Talla / Edad	
	Sexo		Sexo	
	Femenino (n=2143)	Masculino (n=2183)	Femenino (n=2143)	Masculino (n=2183)
Bajo	1,0% (0,6-1,5)	1,4% (1,0-2,0)	7,6% (6,5-8,8)	8,2% (7,1-9,5)
Normal	86,4% (84,8-87,8)	84,1% (82,5-85,6)	92,4% (91,2-93,5)	91,8% (90,5-92,9)
Alto	12,6% (11,3-14,1)	14,5% (13,0-16,0)	-	-
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia



Las diferencias porcentuales según sexo no son significativas para ningún indicador antropométrico.

Cuadro 32: Diagnósticos antropométricos, según indicador y edad

Categoría diagnóstica	Indicador			
	IMC /Edad		Talla / Edad	
	Grupo etario		Grupo etario	
	0-23 meses (n=2393)	24-71 meses (n=1933)	0-23 meses (n=)	24-71 meses (n=)
Bajo	1,2% (0,8-1,7)	1,2% (0,8-1,8)	8,7% (7,6-9,9)	6,9% (5,8-8,1)
Normal	86,4% (84,9-87,7)	83,8% (82,1-85,4)	91,3% (90,1-92,4)	93,1% (91,8-94,1)
Alto	12,5% (11,1-13,8)	15,0% (13,4-16,6)	--	--
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

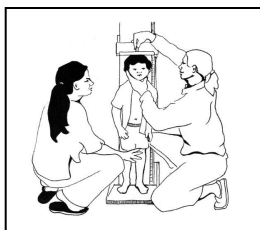
A partir de los 2 años de edad es mayor la proporción de obesidad de manera estadísticamente significativa (χ^2 : 5,72, p: 0,01). A la inversa, el porcentaje de baja talla/edad es significativamente más elevado en los/as menores de 2 años (χ^2 : 4,83, p: 0,02).

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

Categoría de IMC/ Edad	Categoría de Talla / edad		Total (n=4326)
	Talla Normal (n=3983)	Baja Talla (n=343)	
Bajo	1,1% (0,8-1,4)	2,6% (1,2-4,9)	1,2%
Normal	86,1% (84,9-87,1)	75,5% (70,6-79,9)	85,2%
Alto	12,9% (11,8-13,9)	21,9% (17,6-26,6)	13,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Al cruzar los indicadores antropométricos de IMC y talla, se advierte que entre los/as niños/as con baja talla se duplica tanto el porcentaje de emaciación (χ^2 : 4,83, p: 0,02) como el de obesidad (χ^2 : 21,56, p: 0,00).



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

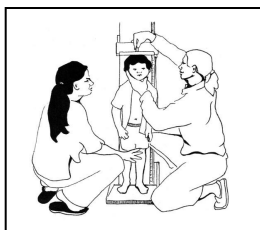
Indicador antropométrico		Peso al nacer				Total (n=4197 *)
		Bajo Peso (n=256)	Peso Insuficiente (n=663)	Peso normal (n=2852)	Peso Alto (n=426)	
IMC / Edad	Bajo	3,1% (1,3-6)	2,0% (1-3,3)	0,9% (0,6-1,4)	0,9% (0,2-2,4)	1,2%
	Normal	86,7% (81,9-90,6)	90,3% (87,8-92,5)	85,4% (84,1-86,7)	75,6% (71,2-79,6)	85,3%
	Alto	10,2% (6,7-14,5)	7,7% (5,8-10)	13,6% (12,4-14,9)	23,5% (19,5-27,8)	13,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	22,3% (17,3-27,9)	13,9% (11,3-16,7)	6,0% (5,1-6,9)	3,8% (2,2-6)	8,0%
	Normal	77,7% (72,1-82,7)	86,1% (83,2-88,7)	94,0% (93,1-94,9)	96,2% (93,9-97,8)	92,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* Se excluyen 129 casos sin dato

Fuente: Elaboración propia

Al cruzar los indicadores antropométricos con las categorías de peso de nacimiento, se observa la influencia del bajo peso y del peso insuficiente al nacer en las prevalencias actuales de emaciación (χ^2 : 13,31, p: 0,00) y de baja talla (χ^2 : 127,8, p: 0,00).

Por otro lado, el alto peso al nacer se correlaciona con una mayor frecuencia de obesidad actual (χ^2 : 58,05, p: 0,00).



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

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

Indicador antropométrico		Lactancia exclusiva al 6° mes		
		Sí (n=913)	No (n=550)	Total (n=1463)
IMC / Edad	Bajo	0,5% (0,2-1,3)	0,9% (0,3-2,1)	0,7%
	Normal	84,4% (81,9-86,7)	87,8% (84,8-90,4)	85,7%
	Alto	15,0% (12,7-17,5)	11,3% (8,7-14,2)	13,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	7,8% (6,1-9,7)	8,2% (6-10,8)	7,9%
	Normal	92,2% (90,3-93,9)	91,8% (89,2-93,9)	92,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En esta encuesta, a la inversa de lo observado en la encuesta anterior y en la bibliografía sobre la temática^{13, 14} se observa un mayor porcentaje de obesidad entre los/as niños/as que han recibido lactancia materna exclusiva al sexto mes, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (χ^2 : 4,07, p: 0,04).

Sin embargo, al desagregar la muestra según peso al nacer, se advierte que esa diferencia porcentual deja de ser significativa (χ^2 : 1,22, p: 0,26), por lo cual puede hipotetizarse que en la obesidad actual gravita el alto peso al nacer con una fuerza que no logra ser contrarrestada por la lactancia materna exclusiva. No obstante, esta vinculación amerita la realización de un estudio estadístico más profundo.

¹³ Mazariegos M. y M. Ramírez Zea. 2015. "Lactancia materna y enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta". Archivos latinoamericanos de nutrición (Vol. 65 N° 3).

¹⁴ OMS-OPS. 2014 "Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia 2014-2019".

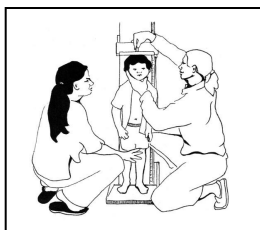
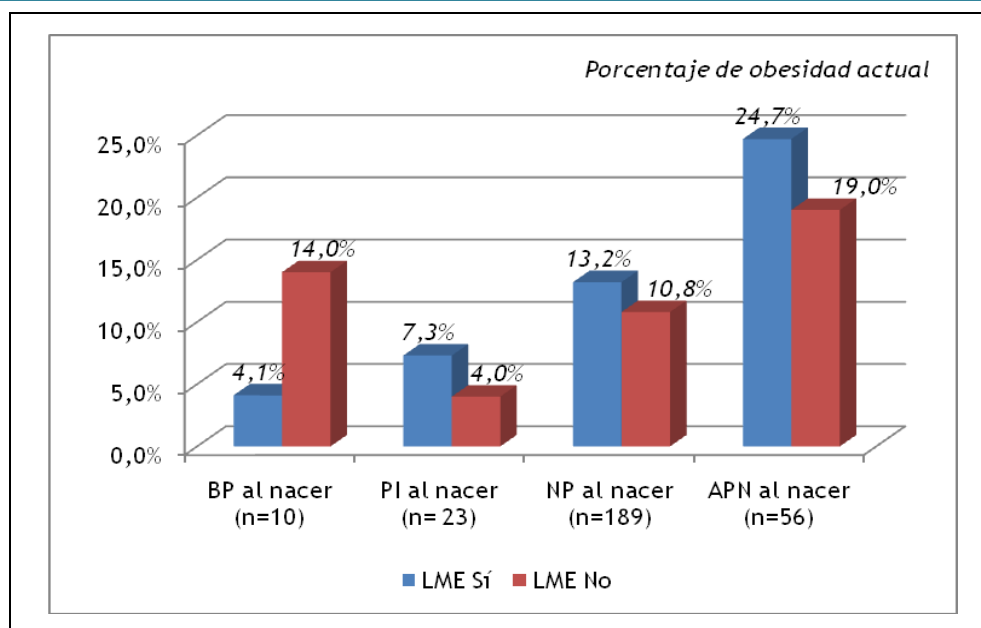


Gráfico 10: Distribución de obesidad actual según LME y peso al nacer



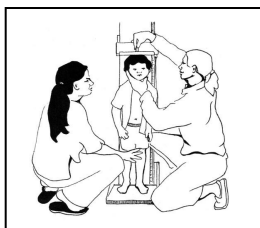
Fuente: Elaboración propia

Cuadro 36: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos en la submuestra de 12-15 meses de edad, según lactancia materna continuada al año

Indicador antropométrico		Lactancia continuada al año		
		Sí (n=514)	No (n=252)	Total (n=766)
IMC / Edad	Bajo	0,2% (0-1,1)	0,4% (0-2,2)	0,3%
	Normal	86,0% (82,7-88,9)	85,3% (80,3-89,4)	85,8%
	Alto	13,8% (10,9-17)	14,3% (10,2-19,2)	14,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	9,3% (6,9-12,1)	10,3% (6,8-14,7)	9,7%
	Normal	90,7% (87,8-93)	89,7% (85,2-93,1)	90,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En esta encuesta antropométrica, si bien la baja talla y la obesidad presentan menor frecuencia entre quienes han recibido lactancia continuada al año, estas diferencias no estadísticamente significativas.



Cuadro 37: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos en la submuestra de 0-24 meses de edad, según momento de inicio de la alimentación complementaria

Indicador antropométrico		Inicio Alimentación Complementaria		
		Oportuna (n=1290)	No oportuna (n=186)	Total * (n=1476)
IMC / Edad	Bajo	0,7% (0,3-1,4)	0,0% (0-1,9)	0,6%
	Normal	85,8% (83,6-87,7)	83,9% (77,8-88,8)	85,6%
	Alto	13,5% (11,7-15,5)	16,1% (11,1-22,2)	13,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	8,4% (6,9-10)	7,0% (3,8-11,6)	8,2%
	Normal	91,6% (89,9-93,1)	93,0% (88,3-96,2)	91,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

* Se excluyen 917 casos correspondientes a menores de 6 meses que no iniciaron AC

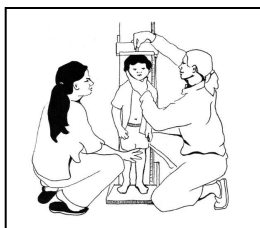
Fuente: Elaboración propia

Cuadro 38: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos en la submuestra de 0-24 meses de edad, según momento de inicio de la alimentación complementaria

Indicador antropométrico		Inicio Alimentación Complementaria				Total ** (n=1476)
		Muy temprana (n=13*)	Temprana (n=150)	Oportuna (n=1290)	Tardía (n=23*)	
IMC / Edad	Bajo	0,0% (0-24,7)	0,0% (0-2,4)	0,7% (0,3-1,3)	0,0% (0-14,8)	0,6%
	Normal	92,3% (63,9-99,8)	85,3% (78,6-90,6)	85,8% (83,8-87,7)	69,6% (47,1-86,8)	85,6%
	Alto	7,7% (0,2-36)	14,7% (9,4-21,3)	13,5% (11,7-15,5)	30,4% (13,2-52,9)	13,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,00%
Talla / Edad	Baja	0,0% (0-24,7)	6,0% (2,8-11,1)	8,4% (6,9-10)	17,4% (4,9-38,8)	8,2%
	Normal	100,0% (0-24,7)	94,0% (88,9-97,2)	91,6% (89,9-93)	82,6% (61-95)	91,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,00%

* n insuficiente
** Se excluyen 917 casos correspondientes a menores de 6 meses que no iniciaron AC

Fuente: Elaboración propia



Puede observarse que la obesidad se presenta en un mayor porcentaje entre quienes no recibieron alimentación complementaria oportuna, sin embargo esta diferencias no es estadísticamente significativas.



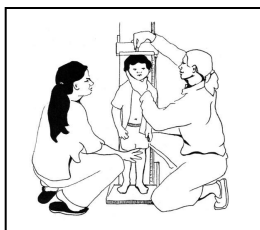
D) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS PREVENTIVAS DEL SECTOR SALUD

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 sub-muestra de 6-11 meses de edad, según consumo de suplemento de hierro

Indicador antropométrico		Consumo de suplemento de hierro		
		Sí (n=498)	No (n=122)	Total (n=620)
IMC / Edad	Bajo	1,4% (0,6-2,9)	0,0% (0-2,9)	1,1%
	Normal	85,7% (82,3-88,7)	85,2% (77,7-91)	85,6%
	Alto	12,9% (10-16,1)	14,8% (8,9-22,3)	13,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	7,2% (5,1-9,9)	9,0% (4,6-15,6)	7,6%
	Normal	92,8% (90,1-94,9)	91,0% (84,4-95,4)	92,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia



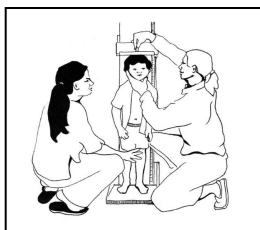
Resultados antropométricos

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=1105)	No (n=1106)	Total (n=2211)
IMC / Edad	Bajo	0,8% (0,4-1,5)	0,9% (0,5-1,7)	0,9%
	Normal	85,1% (82,8-87,1)	84,7% (82,5-86,8)	84,9%
	Alto	14,1% (12,2-16,3)	14,4% (12,4-16,6)	14,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	7,9% (6,3-9,6)	6,3% (4,9-7,9)	7,1%
	Normal	92,1% (90,4-93,6)	93,7% (92,1-95)	92,9%
	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

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

Indicador antropométrico		Prestaciones sociales agrupadas		
		Sí recibe (n=2525)	No recibe (n=1469)	Total * (n=3994)
IMC / Edad	Bajo	0,8% (0,4-1,2)	1,6% (1-2,4)	1,1%
	Normal	85,5% (84-86,8)	85,4% (83,4-87,1)	85,4%
	Alto	13,8% (12,5-15,2)	13,0% (11,3-14,8)	13,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	7,5% (6,5-8,6)	8,1% (6,7-9,6)	7,7%
	Normal	92,5% (91,4-93,5)	91,9% (90,4-93,2)	92,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

* Se excluyen 90 casos con superposición de prestaciones y 232 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. Tampoco se verifican diferencias con la última encuesta.

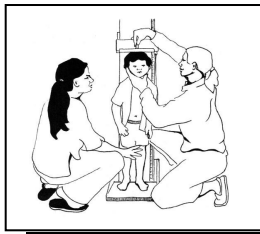
Cuadros 42: Distribución porcentual de los indicadores antropométricos, según recepción de prestaciones alimentarias por parte del /a niño/a

Indicador antropométrico		Comidas en ámbitos institucionales		
		Sí (n=1099)	No (n=2970)	Total * (n=4069)
IMC / Edad	Bajo	0,5% (0,2-1,2)	1,3% (0,9-1,8)	1,1%
	Normal	83,3% (81-85,5)	86,2% (84,6-87,4)	85,4%
	Alto	16,1% (13,9-18,4)	12,5% (11,3-13,8)	13,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Talla / Edad	Baja	8,4% (6,8-10,1)	7,4% (6,5-8,4)	7,7%
	Normal	91,6% (89,8-93,2)	92,6% (91,5-93,5)	92,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

* Se excluyen 257 casos sin dato

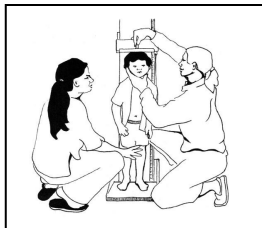
IMC / Edad	Grupo etario 24 a 72 meses	
	Comedor Escolar (n=759)	No concurre (n=964)
Alto	16,5%	13,0%

Fuente: Elaboración propia



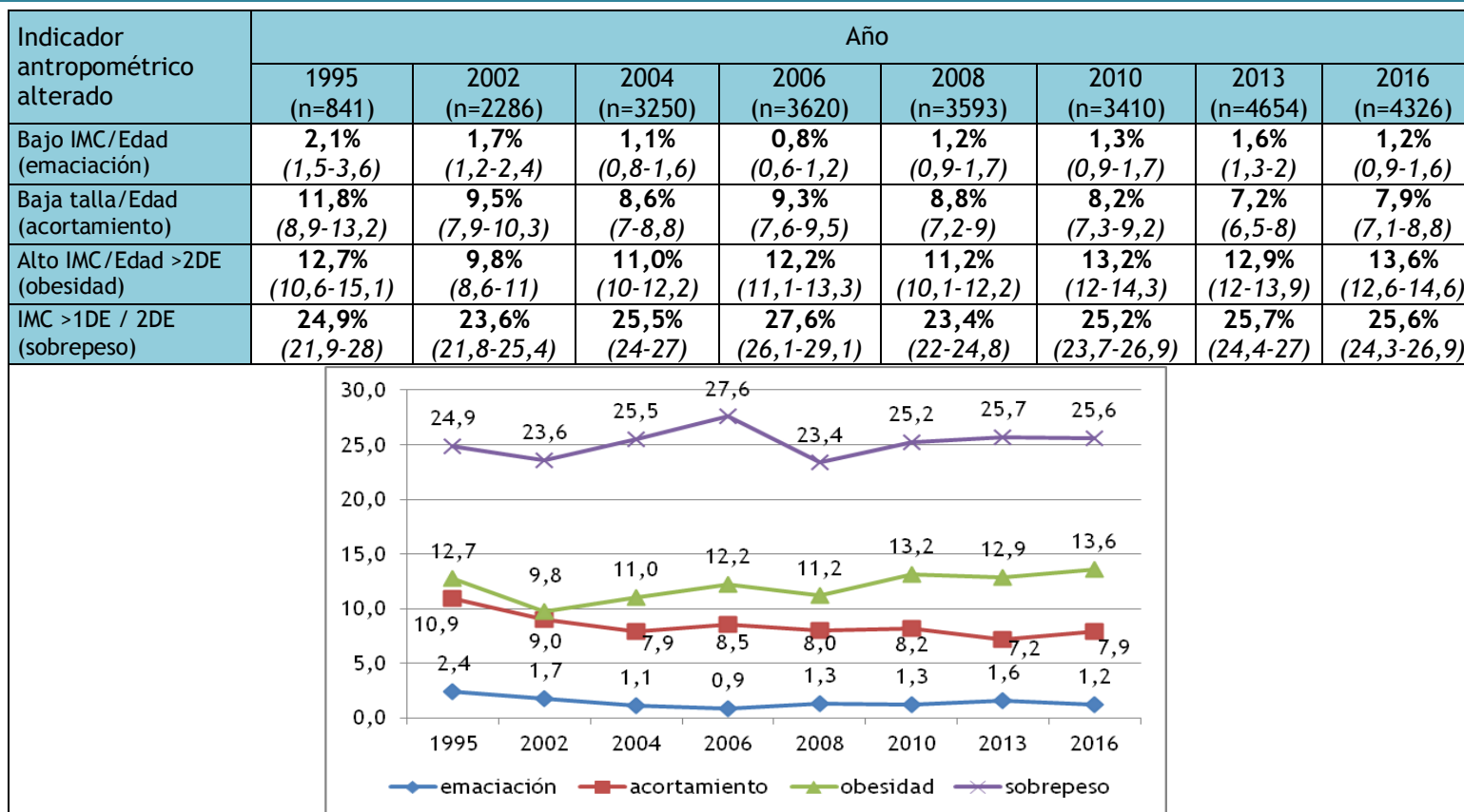
Resultados antropométricos

Respecto a la situación nutricional de los/as niños/as que realizan comidas en ámbitos institucionales, es estadísticamente significativa la diferencia porcentual en el caso de obesidad (χ^2 : 8,99, p: 0,002). Al comparar por grupo etario, se observa que esta diferencia se presenta solo en los/as niños/as mayores (24 a 72 meses) (χ^2 : 5,67, p: 0,01), en particular, entre aquellos/as que concurren a comedor escolar (χ^2 : 4,20, p: 0,04).

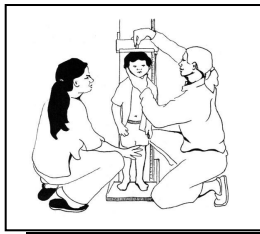


IX. SERIE HISTORICA DE ENCUESTAS - Retrospectiva de 21 años

Cuadro 43 y gráfico 12: Indicadores antropométricos alterados (referencia OMS) Serie histórica 1995 - 2016



Fuente: Elaboración propia



El procesamiento con las referencias OMS (2006-2007) de la serie histórica de 8 encuestas antropométricas, que en el lapso de 21 años incluyen casi 26000 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 / 2016), resulta significativo el descenso en la proporción de baja talla ($\text{Chi}^2=13,48$; $p=0,0002$), si bien continúa en valores que triplican lo esperable. La baja talla refleja “la acumulación y los efectos permanentes y a largo plazo de las agresiones a la nutrición de los niños pequeños”¹⁴, por lo cual la reducción de su prevalencia reviste gran importancia y requiere continuar desarrollando acciones para consolidar esta tendencia.

El sobrepeso y la obesidad presentan altos porcentajes que, con algunas oscilaciones, muestran un leve incremento.

Ambas tendencias (reducción de la baja talla y aumento paulatino en la prevalencia de obesidad) se han presentado en varios países de América Latina y el Caribe en las últimas dos décadas¹⁵. A nivel mundial, la OMS ha planteado ya en el 2013 que el número de niños menores de 5 años con obesidad ha duplicado el número reportado en 1980¹⁶.

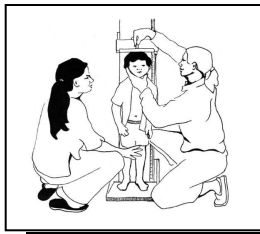
Estos datos globales permiten poner en perspectiva la serie de encuestas antropométricas, en la cual la obesidad ya era un problema relevante en 1995, si bien recién se instala en la última década como problema de salud en la agenda pública.

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 ultraprocesados¹⁷, 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 sedentarias¹⁵.

¹⁵ 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.

¹⁶ “Global status report on noncommunicable diseases”, World Health Organization, 2014.

¹⁷ 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. Las primeras ediciones fueron apoyadas y procesadas por la Dirección de Maternidad e Infancia de Nación. A partir de la 6ª encuesta del año 2010, la organización logística, carga de los datos, procesamiento estadístico y redacción del informe de resultados fue asumida por el Programa Nutricional.

Desde esta misma (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 del PMI), 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 esta **octava encuesta** se logró contar con la participación de 41 de los 43 CESACs, así como los consultorios externos de 11 de los 13 hospitales generales de agudos y de 3 hospitales especializados. No obstante, la muestra se redujo un 7% respecto a la encuesta del 2013.

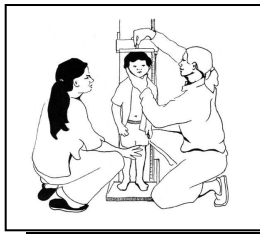
Tres cuartas partes de la muestra corresponden a niños y niñas residentes en CABA y el resto, en Pcia. de Buenos Aires.

Los CESACs encuestaron un 91% de niños y niñas residentes en CABA, mientras que los consultorios externos de hospitales encuestaron casi en igual proporción niños/as residentes en CABA y en Pcia.

Respecto al lugar de residencia dentro de la Ciudad, un 54% de la muestra vive en la zona sur, un 44% en el centro y un 2% en la zona norte. La escasa representación de esta última puede explicarse teniendo en cuenta el tipo de cobertura de salud. En dicha zona sólo un 5% de la población menor de 6 años tiene como única cobertura al sistema público de salud, mientras que el promedio en la zona sur es del 41% (con la comuna 8 llegando a un 60%).

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

La baja talla resultó ser más frecuente en el grupo de menores de 2 años, mientras que la obesidad lo fue en el grupo etario de 2 a 6 años. Además, se observó que entre quienes tienen baja talla, casi se duplica la presencia de obesidad.



Se observó una relación entre el peso al nacer y el estado nutricional actual¹⁸. Los/as nacidos/as con bajo peso presentaron tres veces más baja talla, mientras que entre los/as que nacieron con alto peso se observó casi el doble de obesidad.

Cabe señalar que existe una relación entre el peso de la mujer previo al embarazo, la ganancia de peso durante el mismo y el peso del bebé al nacer. En la última encuesta antropométrica a embarazadas (2015), un 32% de las mujeres tenía exceso de peso.

Este señalamiento pone de relieve la necesidad de acciones coordinadas e integrales 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.

En relación a las prácticas preventivas del sector salud, no se observaron diferencias en el estado antropométrico de acuerdo a la recepción de sulfato ferroso y de leche fortificada. La cobertura del primero fue de un 80% de los/as niños y niñas en su segundo semestre de vida, mientras que llamativamente la cobertura descendió entre los/as niños/as nacidos/as con bajo peso. Este dato ameritaría una indagación particular más profunda a fin de identificar los factores intervinientes, y un posterior trabajo con los equipos de salud para reforzar la indicación de suplementación con sulfato ferroso durante el segundo año de vida de estos/as niños/as.

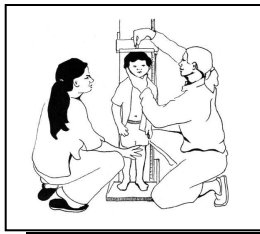
La cobertura de leche fortificada es de un 50% de la sub-muestra de niños/as de 6 a 71 meses evaluados/as en Área Programática. Este porcentaje decreció de manera significativa respecto a la encuesta 2013. Resulta preocupante que la mitad de los/as niños/as no están siendo cubiertos/as por esta práctica de salud que busca prevenir la anemia ferropénica, manteniéndose prácticamente el mismo porcentaje entre quienes residen en villas (54%) y quiénes no. Uno de los factores que pudo haber incidido en el menor nivel de cobertura es el descenso en la disponibilidad de este recurso, ya que la compra y distribución a los CESACs fue de aproximadamente un 50% menos de kg totales entre ambas encuestas.

Por otro lado, en lo que respecta a prestaciones sociales, se documentó que un 63% 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 2013, el porcentaje de familias cubiertas se incrementó en un 16%, a expensas de la Asignación Universal por Hijo que registró un incremento del 50%, mientras que Ciudadanía Porteña decreció en un 40% y Ticket Social en un 80%.

En cuanto a los porcentajes de problemas nutricionales según la condición de titular o no de la familia de alguno de los programas mencionados, no hay diferencias estadísticamente significativas.

En cambio, sí se halló un mayor porcentaje de obesidad entre niños/as que concurren a comedor escolar, particularmente entre los 2 y 6 años. Este hallazgo refuerza la necesidad de realizar acciones en el ámbito escolar, mejorando el

¹⁸ 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.



perfil nutricional de los menús escolares, realizando educación alimentaria y trabajando sobre los entornos.

Al observar el principal problema nutricional, el exceso de peso, en un contexto de incremento en el consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados, se torna imperioso problematizar esta situación y promover una alimentación basada en productos frescos y el consumo de agua segura de red.

A la vez, resulta clave la revalorización de la lactancia materna exclusiva y continuada, así como de la actividad culinaria en el hogar con un enfoque de equidad de género, como algunos de los ejes a promover en las acciones de educación alimentaria (ya sean grupales o en consultorio, planificadas o informales).

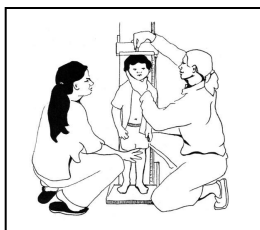
Además, sería estratégico que se promueva la compra de alimentos frescos, a través de compras comunitarias en mercados concentradores, y se instrumenten mecanismos de incentivos financieros¹⁹ en los programas de transferencia condicionada de ingresos, a efectos de potenciar el impacto positivo de dichos programas en la seguridad alimentaria de los hogares.

Asimismo, se requieren políticas públicas activas que intervengan garantizando ingresos suficientes, regulando los precios de los alimentos, restringiendo la publicidad directa e indirecta de alimentos y bebidas ultraprocesados a las que están expuestos/as niños/as y adolescentes y brindando información clara y verídica a consumidores²⁰.

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. Abrevan del 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.

¹⁹ 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.

²⁰ OPS. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. 2014.



X. ANEXO

INSTRUCTIVO ENCUESTA ANTROPOMÉTRICA EN LA POBLACIÓN DE MENORES DE 6 AÑOS

CUADRO RESUMEN DE TÉCNICAS DE MEDICIÓN

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

Fecha actual: llenar con día / mes / año en números arábigos.

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

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

Fecha de nacimiento: Llenar con día /mes /año en números arábigos.

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

Peso y Talla: Consignar el peso actual en kilos con 3 decimales. La talla consignarla en centímetros con 1 decimal sin redondear.

Peso al nacer: Peso en kilos con 3 decimales. Tomar del Carné Perinatal u otro registro; si no es posible, por referencia de la madre.

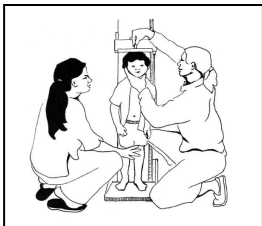
PREGUNTAR SOLO A MENORES DE 2 AÑOS: ¿Hasta qué mes tomó pecho?: edad en meses hasta la que el niño recibió lactancia materna. Si está recibiendo actualmente pecho poner "actual". Si nunca recibió: poner "0". ¿En qué mes comenzó a tomar otra leche o líquido?: escribir edad en meses. ¿En qué mes comenzó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

PRESTACIONES ALIMENTARIAS QUE RECIBE EL NIÑO/A: Marcar SI / NO en cada columna.

¿RECIBE LA FAMILIA ALGUNA PRESTACION SOCIAL? Marcar SI / NO en cada columna.

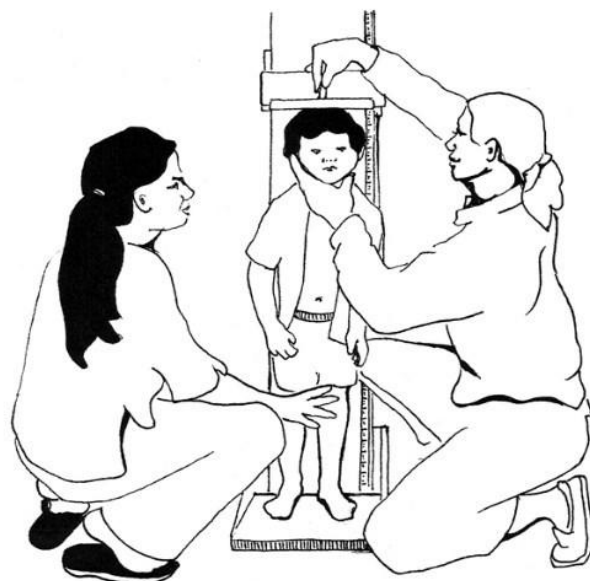
MEDICION	INSTRUMENTOS	TECNICAS
PESO	Balanza de palanca (NO usar balanza de resorte)	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar la calibración de la balanza al comienzo de la jornada (sin peso debe registrar cero) - Niños/as sin ropa - El/la niño/a debe estar colocado/a en el centro de la plataforma 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 (MS-GCBA) - 8va. ENCUESTA ANTROPOMETRICA A MENORES DE 6 AÑOS - 21 al 25/11/2016																						
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 ALGUNA PRESTACIÓN 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
	/ /																					
	/ /																					
	/ /																					
	/ /																					
	/ /																					
	/ /																					
VER INSTRUCTIVO EN EL REVERSO																						



Programa Nutricional

Dirección Gral. de Planificación Operativa
Sede: Hospital de Niños “Pedro de Elizalde”
Montes de Oca 40
5° piso (Pabellón Cardiología)
programanutricional@buenosaires.gob.ar