

# La desnutrición infantil en Tucumán: manifestaciones espaciales y temporales en los primeros años del siglo XXI de un problema histórico para la provincia .

Fernando Longhi y Alejandra del Castillo.

Cita:

Fernando Longhi y Alejandra del Castillo (2015). *La desnutrición infantil en Tucumán: manifestaciones espaciales y temporales en los primeros años del siglo XXI de un problema histórico para la provincia*. XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Salta.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xiiijornadasaepa/82>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Bo/vCF>



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

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

# LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN TUCUMÁN: MANIFESTACIONES ESPACIALES Y TEMPORALES EN LOS PRIMEROS AÑOS DEL SIGLO XXI DE UN PROBLEMA HISTÓRICO PARA LA PROVINCIA

Fernando Longhi  
Alejandra del Castillo

## 1. INTRODUCCIÓN

A fines de la primera década del siglo XXI los países de América Latina, en general, y Argentina, en particular, registran grandes avances en el mejoramiento de sus condiciones de vida -avances que se caracterizan a su vez como notorios si se toma como referencia principal la comparación con el decenio de los años '90. Este proceso reconoce a su vez el progreso de condiciones políticas y económicas que favorecieron el reposicionamiento del Estado en la programación e implementación de políticas públicas (Mercer, 2013). Sin embargo, existen ciertos aspectos que deben tenerse en cuenta para contextualizar tales mejoras: por un lado se ha registrado en los últimos años de la década cierto estancamiento y/o retroceso en algunas de las dimensiones fundamentales del bienestar social, entre las que se encuentra la situación nutricional de los niños (FAO, 2014); y por otro se detecta, a pesar de las mejoras, magnitudes elevadas aun de niños con problemas nutricionales.

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

Este hecho alertaba sobre la desigualdad del acceso a la salud particularmente en la niñez, y de manera más general sobre la importante brecha en las condiciones de vida de su población. En este sentido, planteaban Martínez y Fernández (2006) lo interesante del caso de Argentina, que ha sufrido un fuerte fenómeno de contra-transición epidemiológica en los últimos años, con la reaparición de enfermedades controladas, tales como el cólera, dengue, malaria, tuberculosis y desnutrición.

Contrastando estos datos con otras fuentes, en Argentina se observa que, a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS) realizada en 2004-05, existen una magnitud sorprendente de niños afectados con anemia (llamada también desnutrición oculta) lo cual alcanzaba en Chaco por ejemplo, el 36% de los niños de 6 a 72 meses, siendo el valor nacional del 16.5% (Durán *et al.*, 2009). Este hecho evidencia un claro ejemplo de la “tiranía de los promedios” mencionada por Kliksberg (2005).<sup>1</sup>

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

El deterioro en los indicadores de empleo y desigualdad en la distribución de los ingresos y la expansión de la pobreza registrados durante la década de 1990, crearon las condiciones para un fuerte empeoramiento de la situación alimentaria del país. En los inicios del siglo XXI., particularmente en el 2002, el problema de la desnutrición en la niñez argentina tomó una repercusión inusitada, concentrado -originalmente- en la provincia de Tucumán. Fueron numerosos los casos de desnutrición que salieron a la luz y que permitían un “redescubrimiento” del problema; los cuales fueron divulgados -principalmente- en notas de periódicos nacionales e internacionales, alcanzando visibilidad social y política tanto en los ámbitos políticos, técnicos, académicos y

---

<sup>1</sup> Es necesario subrayar que en los promedios nacionales no se reflejan las grandes disparidades existentes dentro de los países. Por ejemplo, la probabilidad de que un niño latinoamericano que vive en una zona rural sufra de desnutrición global es entre 1,5 y 3,7 veces más alta que en un niño que vive en zona urbana, y al menos 4 veces mayor entre niños indígenas (UNICEF, 2006).

mediáticos (Demonte, 2011). Pudo así observarse, que el problema de la desnutrición estaba lejos de ser solucionado y adquiriría, en los albores del siglo XXI, magnitudes increíbles para Argentina en general como para Tucumán en particular.

Frente a lo expuesto, en esta propuesta examinar las principales manifestaciones de la desnutrición infantil en la provincia de Tucumán durante los primeros años del siglo XXI, detectando sus tendencias temporales como sus expresiones espaciales. Se busca también, a través de estudios de caso, examinar las estrategias que desarrolla la población afectada para resolver el problema.

El trabajo está dividido en tres grandes apartados. En un primer momento se detectan determinados enfoques conceptuales que brinden apoyo a la interpretación del problema y se presenta una propuesta metodológica para la medición del fenómeno. En un segundo momento, se analiza la vertiente cuantitativa de la desnutrición infantil complementándose con estudios de casos en tres barrios periféricos del Gran San Miguel de Tucumán, definidos a partir de la alta concentración de hogares pobres. En éstos se examinan las relaciones entre el estado nutricional de los niños con las condiciones socioeconómicas y habitacionales de los hogares. Luego a través de entrevistas semiestructuradas se profundiza sobre las características que asume la desnutrición y las estrategias desplegadas por las familias para enfrentarla y la incidencia de las políticas públicas vigentes. Finalmente se ensayan algunas conclusiones sobre los análisis realizados.

Cabe destacar, que este tipo de examen epidemiológico -que opera sobre la base de la utilización de un Sistema de Información Geográfica (SIG)- permite reconocer como se comporta en sus manifestaciones espaciales y temporales el fenómeno de la desnutrición infantil, que magnitudes y tendencias presenta en los primeros años del siglo XXI, de qué manera inciden sus factores de riesgo en un periodo definido en determinadas familias pobres, qué estrategias utilizan dichas familias para enfrentarse al problema, etc. Su utilización de manera adecuada permitiría entonces lograr mayor eficacia y equidad en la prestación de los servicios de salud pública y -por lo tanto- en la gestión de la política social.

## **2. UN CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL DE INTERPRETACIÓN DEL PROBLEMA**

La nutrición como proceso está sometida a distintos factores condicionantes: algunos fijos, como el potencial genético del individuo y otros dinámicos, como los

factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se modifica el equilibrio de estos factores y se ve alterada la nutrición, se interrumpe el crecimiento y desarrollo de los niños, dando lugar a la desnutrición infantil (Ortiz Andrellucci et al., 2006: 533). Es conocido que una adecuada nutrición es fundamental para el crecimiento y desarrollo del niño. La deficiencia en su implementación, sobre todo en los primeros años de vida, tiene graves consecuencias para el individuo y la sociedad a la que pertenece. Ya a fines de los años '60 era destacado que las consecuencias de la desnutrición temprana, con sus secuelas de mutilación del sistema nervioso y reducción de la capacidad de aprendizaje, son de tal alcance que pueden mermar en alto grado la eficacia de los planes de desarrollo de los países (Scrimshaw, 1968).

Al respecto varios estudios (O'Donnell y Porto, 2007; Hommes y Soto, 1999; entre otros) coinciden en señalar que la falta de nutrientes elementales como hierro y yodo producen deterioro de la función cognitiva provocando un daño cerebral de carácter irreversible. En Argentina en particular, la escasa o inadecuada dieta alimentaria, actúa como un severo condicionante que favorece dicho daño, lo cual conlleva a consecuencias importantes en el cerebro adulto afectando sus habilidades, el perfil emocional y el comportamiento social, lo cual incide a su vez en su productividad, nivel de ingreso y nivel de vida. Asimismo, considerando la sociedad en su conjunto, se destacan los impactos de la desnutrición en la niñez que se manifiestan en niveles más altos de morbimortalidad, bajos rendimientos educativos y en la productividad, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad.

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

poblaciones sino que también contribuyen a la conservación del medio ambiente (Macías et al., 2009).

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

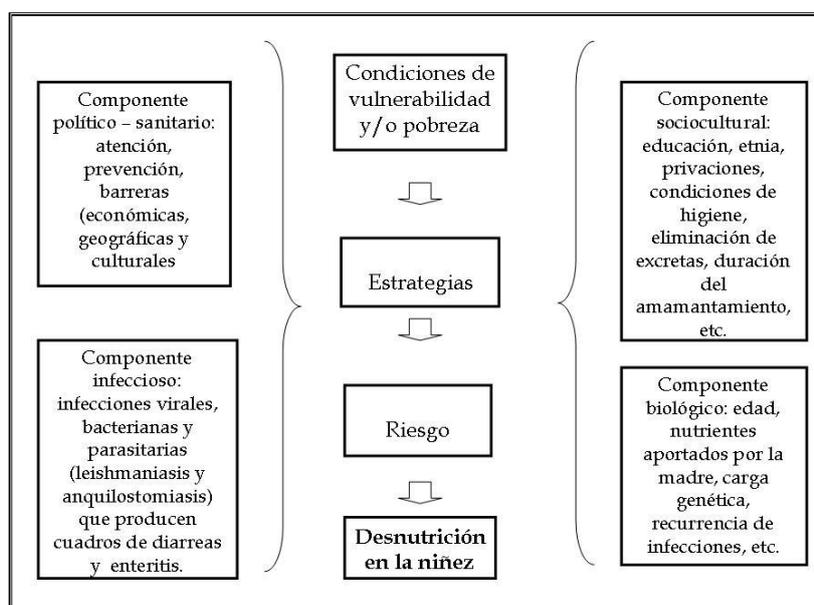
En un nivel macroinstitucional se incluye la estructura socioeconómica de un país o región -aquí proponemos el concepto más amplio de territorialización-, la cual condiciona la aparición de enfermedades y su evolución, uno de cuyos desenlaces probables es la muerte. Ante esta situación son los niños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

Un concepto de gran relevancia, que opera en el interior de los hogares, incidiendo sobre el advenimiento y desarrollo de la desnutrición en los niños, es el de *estrategias de supervivencia para el cuidado infantil*, entendidas como ciertas conductas y habilidades con las cuales enfrenta la familia ciertas condiciones macro y micro institucionales. En el seno de la familia surgen habilidades respecto a cómo satisfacer las necesidades de manutención y reproducción de los miembros con los recursos disponibles. Estas estrategias implican decisiones que afectan directa o indirectamente la supervivencia, y constituyen una instancia mediadora en el proceso de salud y enfermedad. Tales conductas tienden a asegurar la reproducción biológica de la familia, preservar la vida y efectuar todas aquellas prácticas, económicas y no

económicas, indispensables para la obtención de los medios de subsistencia y para la socialización de la progenitura (Torrado, 1986). Una de estas estrategias corresponde a la inclusión de la familia en una red social estructurada y continua. Bronfman (2001) destaca el papel de estas redes, sobre todo en familias pobres, ya que considera que ellas son frecuentemente la única posibilidad de ayuda con que pueden contar y el único soporte para aligerar las pesadas cargas de la vida cotidiana<sup>2</sup>. Por otra parte cabe considerar según Herkovits (2012) que el proceso cotidiano de la producción del alimento concreto se halla inmerso en una trama compleja que tiene como imperativo simbólico evitar el hambre y velar por la tenencia diaria de la comida, y que generalmente conlleva a reforzar los procesos de inanición y los hábitos de malnutrición.

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

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



Tomado de Longhi, 2014.

<sup>2</sup> INDEC (1990) distinguía tres tipos de estrategias de supervivencia en las familias pobres:

A. Estrategias para la generación de recursos: implican el incremento de la oferta de trabajo, incremento de la producción propia, cambios en la posición de activos-pasivos, aumento de las transferencias.

B. Estrategias para mejorar la eficacia de los recursos existentes: cambios en los hábitos de compra, de preparación de alimentos, en las pautas globales de consumo, en las pautas dietéticas y en la distribución intrafamiliar de alimentos.

C. Estrategias de familia extendida y migración: implica incorporación de miembros en condición de aportar o cesión de alguno de ellos, finalmente otra respuesta es la migración.

Existe, pues, una fuerte relación entre la pobreza, en sus distintas formas y manifestaciones, y la desnutrición. Las infecciones, ya sea por su prevalencia o por la vulnerabilidad que generan, conforman un concepto clave y sinérgico en dicha relación. En este sentido, si bien la adecuada nutrición sería la principal solución para el problema de la desnutrición, por si sola no es suficiente, incluso el estado nutricional se agrava por la frecuencia y severidad de las infecciones (Scrimshaw, op. cit.). Esta relación no determina ineludiblemente la muerte, sino que la condiciona de manera importante, y, aunque el circuito no termine necesariamente en una defunción, las secuelas dejadas principalmente en los niños pueden traer como consecuencia serias limitaciones tanto en sus aspectos físicos, como psíquicos, cognitivos y afectivos, secuelas que a su vez pueden incidir sobre los niveles de pobreza. Sobre tales secuelas, José María Bengoa, uno de los referentes mundiales en el estudio de la desnutrición infantil, mencionaba en una autobiografía:

*“[...] Al llegar a Sanare (Venezuela) me llamaron la atención tres cosas aparentemente independientes: la estatura baja de una gran parte de la población, que pensé tendría un origen racial; en segundo lugar observé que los niños escolares no jugaban durante el recreo, sino que permanecían sentados en la acera del patio y pensé que ello se debía a que no tenían balones, aros y otros objetos de los juegos infantiles; y finalmente me tuvo altamente preocupado la llegada al dispensario de niños de 1 a 3 años de edad, hinchados, con dermatitis similares a las quemaduras y una tristeza en la mirada que dolía el alma. Tuvieron que pasar varias semanas para darme cuenta que las tres observaciones tenían un mismo origen: el hambre, crónica en el primero, y aguda, en el tercero” (Bengoa, s.f.).<sup>3</sup>*

Se configura así un contexto donde la desnutrición infantil convive con la pobreza y retroalimenta un círculo funesto con profundas consecuencias económicas, sociales, éticas y morales. Al respecto se expresa Gómez (2003) respecto al proceso que asume la desnutrición infantil:

*“[...] Por lo general el niño alimentado al pecho, aun viviendo con una madre en situación precaria de higiene y de abandono, progresa satisfactoriamente hasta los seis o siete meses de edad; pasado este tiempo se inicia la tragedia lenta pero segura del estacionamiento o de la pérdida de peso que lleva al niño hacia la desnutrición. El pequeño sigue creciendo y aumentando en edad, y la madre, por el contrario, entra en la fase negativa de la lactancia y cada día está menos capacitada para satisfacer, solamente con su pecho, las necesidades alimenticias del niño; la ignorancia le impide saber qué otra cosa puede darle o la pobreza le impide adquirir lo que ella sabe que su hijo puede comer. Las infecciones se implantan*

---

<sup>3</sup> Disponible en [<http://www.ua.es/es/presentacion/doctores/bengoa/bibliografiabengoa.html>]. Consultado el 8 de julio de 2013.

*fácilmente en este terreno debilitado, afectando, bien sea las vías enterales o localizándose en los sitios parenterales más susceptibles que complican el cuadro con diarrea periódica que agota progresivamente las exiguas reservas que al organismo le van quedando”.* (Gómez, 2003: S577.

Cobra en este sentido una particular relevancia el sinergismo que existe entre la desnutrición, las infecciones y la pobreza. Dentro de las infecciones resultan especialmente relevantes las infecciones diarreicas agudas (IDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA).

#### *a) IDA y desnutrición*

El sinergismo desnutrición-infección se entiende como el efecto potenciado entre ambas patologías. La resistencia a la infección disminuye en el desnutrido y la infección precipita la desnutrición. La agresión combinada y simultánea de ambas situaciones da como resultado una mayor gravedad de la enfermedad. La diarrea inhibe la ingestión normal de alimentos y la absorción de nutrientes, por lo que, es una causa importante de desnutrición infantil.

Sobre la base de estudios publicados por la Sociedad Argentina de Pediatría, puede considerarse que el 100 % de la carga de infecciones intestinales parasitarias son atribuibles al ambiente, y son consecuencia de la falta de un manejo adecuado de las excretas, deficiente provisión de agua potable y malas prácticas de higiene.<sup>4</sup> La transmisión puede ocurrir en el domicilio y el peri-domicilio, la escuela o las áreas de recreación con infraestructura sanitaria inadecuada y suelo contaminado con heces (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

Latham (2002) sostiene que las infestaciones parasitarias, sobre todo las debidas a helmintos intestinales, son muy prevalentes y cada vez más se ha demostrado su efecto adverso sobre el estado nutricional, especialmente en quienes están muy parasitados.<sup>5</sup>

#### *b) IRA y desnutrición*

Se sabe que la infección respiratoria afecta y es a su vez afectada por el estado nutricional del paciente. La calidad del aire interior y exterior de las viviendas junto con los factores ambientales está directamente relacionado con las enfermedades

---

<sup>4</sup> Es conocida la fuerte relación entre parasitosis, infección y desnutrición infantil. Al respecto, sostenía Martínez Gómez (1969) el especial papel que juega la especie humana como hospedador intermediario de un cestodo parásito intestinal del perro, *Echinococcus granulosus*, agente causal de la hidatidosis humana.

<sup>5</sup> Estudios recientes pusieron de manifiesto la asociación entre poliparasitismo y desnutrición infantil, de mayor incidencia, de acuerdo a los casos estudiados, en áreas periurbanas (Cesani et al., 2007), donde se localizan los sectores sociales peor posicionados de la ciudad.

respiratorias agudas. El humo de tabaco, la quema de combustibles sólidos y las condiciones de higiene y aislación térmica de la vivienda contribuyen fuertemente a la carga de enfermedad (Ministerio de Salud de la Nación, op. cit.).<sup>6</sup>

Es ampliamente conocido entonces que las condiciones de sub-alimentación hacen que los niños sean susceptibles a las enfermedades infecciosas. Éstas, a su vez, afectan la utilización biológica de los alimentos, es decir, reducen la capacidad de absorción de los nutrientes por el organismo, lo que refuerza el ciclo de la desnutrición.

Se entiende así que la pobreza, determinante básico de la desnutrición en la niñez, alude siempre a una situación en que se encuentran las familias; dicha situación no es la suma o el agregado más o menos independiente de dimensiones o aspectos parciales, sino el cuadro situacional estructural en el que se hallan, producto de su particular inserción en la estructura socio-productiva, siendo esta la que determina la posibilidad de acceder o no a determinados bienes y servicios (Moreno, 1995). La pobreza se manifiesta mediante algunas características generales de los hogares tales como sus bajos niveles educacionales, insuficiencias nutricionales, y una mayor precariedad en la actividad laboral, lo que se define a su vez por una pertenencia a ocupaciones de baja productividad, que generan escasos ingresos y que impiden satisfacer integralmente sus necesidades más esenciales, materiales y no materiales. Entendemos que en este contexto nace y se desarrolla la desnutrición en la niñez.

Numerosos estudios (Aguirre, 2000; Oyhenart, 2007 y 2008; Calvo, 2005; Durán et al., 2009; Bolzán y Mercer, 2009; UNICEF, 2011) evidencian las situaciones de pobreza como causa básica de la desnutrición, al punto de considerar las mediciones de pobreza como la Línea de Indigencia como estimaciones de desnutrición por la incapacidad de acceder a los alimentos básicos que dicho indicador refleja. Todo esto en un contexto de creciente distancia entre el precio de los alimentos y los ingresos monetarios de los sectores populares (Aguirre, 2005; Herkovits, 2007; FAO, 2014:16).

Al respecto, Aguirre (2000), afirma que las dificultades para acceder a una alimentación adecuada determinan dos fenómenos simultáneos, la desnutrición y la obesidad, la primera se debe a la insuficiencia de recursos para alimentarse y la segunda se fundamenta en una alimentación inadecuada, con un considerable desequilibrio energético, dado que los recursos limitados permiten generalmente el acceso a los alimentos industrializados, de producción masiva, indiferenciada y barata. La OMS ha

---

<sup>6</sup> Cfr. Penié (2000).

llamado a este fenómeno “doble carga de la malnutrición”. Por otra parte la supuesta racionalidad en la asignación de la prioridad del gasto en alimentos compite con otros bienes considerados necesarios para satisfacer necesidades primarias (Herkovits, 2012). Asimismo las deficientes condiciones de vida que se materializan en condiciones habitacionales y de saneamiento deterioradas generan ámbitos de alta vulnerabilidad que limitan a su vez el aprovechamiento biológico de los alimentos (Bertarini, 2011).

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

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

### **3. UNA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA: LAS CAUSAS DIRECTAS Y LAS CAUSAS CONTRIBUTIVAS DE LA DESNUTRICIÓN EN LA NIÑEZ.**

El registro de la desnutrición infantil en Argentina no ha sido sistemático, preciso y representativo, característica que vuelve complejo su estudio y seguimiento. La primera Encuesta Nacional de Nutrición y Salud se realizó en el año 2005 distinguiendo a la desnutrición infantil como un importante problema de salud pública para el país. No obstante, hasta el presente no se ha relevado nueva información que permita detectar las magnitudes y tendencias del problema.

Existen, sin embargo, los registros de mortalidad producidos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación en el marco de

la producción del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Si bien representan el cuadro situacional más trágico del proceso de salud/enfermedad por el que discurre un individuo, permite aproximarse al conocimiento anual del fenómeno a partir de análisis de determinadas causas de muerte.

En este sentido, para cumplir con los objetivos propuestos, se construyeron dos tasas de desnutrición, una según causas directas y otra según causas asociadas o contributivas del cuadro de desnutrición. La primera relaciona la cantidad de muertes registradas por anemias y deficiencias de la nutrición con respecto a la población menor de cinco años del área seleccionada, expresada cada mil menores.<sup>7</sup> Dicho valor oficia de numerador de la tasa, siendo el denominador la población menor de cinco años obtenida a partir de interpolación censal. El cociente se expresa cada mil menores de cinco años.

La segunda propuesta metodológica se articula con el clásico estudio de Puffer (1970) donde sostenía el carácter contributivo y sinérgico de la desnutrición sobre muchas otras dolencias. De allí que se proponga construir un indicador de causas asociadas a la desnutrición en la niñez a partir de la inclusión de las infecciones diarreicas agudas (IDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA), que de acuerdo a las experiencias obtenidas en muchos países estudiados, son las patologías más vinculadas con la desnutrición entre los 0 y 59 meses de vida.<sup>8</sup> El conjunto de estas

---

<sup>7</sup> De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) integran la categoría “desnutrición” las siguientes patologías: anemias por falta de hierro (D50), anemia por deficiencia de vitamina B12 (D51), anemia por deficiencia de folatos (D52), otras anemias nutricionales (D53), Kwashiorkor (E40), marasmo nutricional (E41), Kwashiorkor marasmático (E42), desnutrición proteinocalórica (E43-E46), deficiencia de vitamina A (E50), deficiencia de tiamina (E51), pelagra (E52), deficiencia de otras vitaminas del grupo B (E53), deficiencia de ácido ascórbico (E54), deficiencia de vitamina D (E55), otras deficiencias de vitaminas (E56), deficiencia dietética de calcio (E58), deficiencia dietética de selenio (E59), deficiencia dietética de zinc (E60), deficiencia de otros elementos nutricionales (E61), otras deficiencias nutricionales (E63) y secuelas de la desnutrición y de otras deficiencias nutricionales (E64).

<sup>8</sup> Las infecciones diarreicas son patologías del tracto digestivo ocasionadas por bacterias, virus o parásitos, cuyo principal síntoma es la diarrea, las cuales son más frecuentes en verano debido a las mayores temperaturas que favorecen la diseminación de las bacterias que las provocan. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. Integran las infecciones diarreicas agudas las siguientes patologías: cólera (A00), fiebres tifoidea y paratifoidea (A01), otras infecciones debidas a salmonella (A02), shigelosis (A03), otras infecciones intestinales bacterianas (A04), otras intoxicaciones alimentarias bacterianas (A05), amebiasis (A06), otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios (A07), infecciones intestinales debidas a virus y a otros organismos especificados (A08), diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09), septicemias (A40-41) y las infecciones bacterianas de sitios no especificados (A49). Por otro lado, las infecciones respiratorias agudas constituyen el principal motivo de consulta ambulatoria en niños y adultos, especialmente durante los meses de más bajas temperaturas. Constituyen un grupo importante de enfermedades causadas tanto por virus como por bacterias. Generan una alta morbilidad en personas de cualquier edad; pero son muy frecuentes antes de los cinco años de edad y a partir de los 65 años. Las IRA son la primera causa de consulta ambulatoria, y se ubican entre las primeras cinco causas de hospitalización y de mortalidad en la población general de Argentina. Integran el grupo IRA las siguientes patologías: rinofaringitis aguda (resfriado común) (J00), sinusitis aguda (J01),

patologías como causas de muerte permitiría aproximarse a las causas básicas -muchas veces ignorada- y de esta manera precisar con mayor certeza la magnitud de la desnutrición como desenlace fatal. No obstante, constituye un abordaje extremo, que solo considera la mortalidad por desnutrición (ya sea de modo directo o asociado) soslayando la carga que produce la enfermedad con sus notables consecuencias en los derroteros educativos y laborales de los afectados.

Las fuentes que brindan esta información en Argentina corresponden, como ya se mencionó, al Programa Nacional de Estadísticas de Salud, dependiente de la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Si bien ésta propuesta metodológica solo detecta una pequeña magnitud del problema, en tanto excluye otras manifestaciones del problema tales como la morbilidad, permite definir el *adonde* se localiza. Dicha información resulta esencial para la formulación de políticas públicas, entendiendo que la mortalidad es el reflejo final de determinadas condiciones de vida.

A nivel de los estudios de caso se utilizó la medida de intensidad del Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH) para detectar las áreas de pobreza crítica. El IPMH es un indicador elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, sobre la base de la información del Censo de Población, Hogares y Vivienda del 2001, que identifica diferencias al interior de los hogares pobres. Se obtiene a partir de la combinación de dos indicadores: el de condiciones habitacionales (CONDHAB) y el de capacidad económica del hogar (CAPECO). El primero combina características de los materiales constructivos y de la infraestructura sanitaria que componen la vivienda (hogares con piso de tierra, techos sin cielorraso -de chapa, fibrocemento, plástico, cartón, caña, tabla, paja con barro, paja sola- y que carecen de inodoro con descarga de agua). El segundo se aproxima al nivel de ingresos del hogar combinando los años de educación formal aprobados por los perceptores de ingresos y la cantidad total de miembros del hogar. Según el tipo de privación, distingue cuatro categorías de hogares: a) hogares sólo con privación de recursos patrimoniales; b) hogares sólo con privación de recursos corrientes; c) hogares con privación convergente -combinan carencias patrimoniales y coyunturales-; y d) hogares sin privación (Gómez *et al.*, 2003). La

---

faringitis aguda (J02), amigdalitis aguda (J03), laringitis y traqueitis agudas (J04), laringitis obstructiva aguda (crup) y epiglotitis (J05), infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados (J06), influencias (J10-11), neumonías (J12-16, J18), bronquitis (J20), bronquiolitis (J21) e infecciones agudas no especificada de las vías respiratorias inferiores (J22).

medida intensidad reconoce la gravedad de las privaciones en el conjunto de hogares carenciados (Bolsi *et al.*, 2009).

Una vez detectadas las áreas de mayor pobreza se seleccionaron tres barrios denominados Costanera Norte, Juan Pablo II y Villa Muñecas Norte para analizar las condiciones habitacionales, socioeconómicas y nutricionales de su población. Allí se realizaron entrevistas semiestructuradas a una muestra aleatoria de hogares -en total 110 que representan el 10% de los hogares de cada uno de los barrios. En aquellos en los que se detectó problemas de desnutrición en la niñez se indagaron las características que asume el problema, las estrategias que desarrollan las familias ante su aparición y la incidencia de las políticas públicas vigentes.

Se recabaron, asimismo, datos sobre el estado nutricional de la infancia a partir de relevamientos realizados en el año 2009 por los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de las áreas de estudio, pertenecientes al Sistema Provincial de Salud (SIPROSA)<sup>9</sup>. Éstos se confeccionan a partir de resúmenes de ronda realizados por los agentes sanitarios de dichos centros, en estos casos CAPS Villa Muñecas, Santa Rosa de Lima, Eva Duarte y Costanera Norte. Se utilizan los datos sobre estado nutricional de niños de hasta 14 años, particularmente los que se encuentran en estado de desnutrición y los grados o niveles.

#### **4. LA PROVINCIA DE TUCUMÁN COMO CUNA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL.**

Existen notorias evidencias para sostener que la desnutrición infantil constituye un problema histórico para la provincia. A fines del siglo XIX se publicaba el clásico libro de Rodríguez Marquina sobre la mortalidad infantil en la provincia de Tucumán. En el, sin hacer uso del término “desnutrición”, ponía de manifiesto las características extremas que asumía el problema alimentario en la provincia en aquella época. Mencionaba al respecto:

*“[...]Niene después de esto el sistema miserable de alimentación de las madres que no es posible presumir produzca leche abundante y de buena calidad, y como las criaturas lloran de hambre pronto principia a sustituirse aquella con caldo de mazamorra primero, con sopas de pan después, y no tardan en dar a niños que apenas tienen las señales de una próxima dentición un pedazo de carne asada que las muelas de sus propios padres repudiarían”.* (Rodríguez Marquina, [1899] (2012: 28).

---

<sup>9</sup> El alcance temporal de la fuente de información se debe a que en el año 2010 se realizaron las gestiones ante las autoridades del área de salud para acceder a las mismas consiguiendo las correspondientes al año 2009.

Este contexto problemático es respaldado ya a mediados de siglo XX por Baldrich (1944). Afirmaba el autor:

*“[...] En nuestra provincia existe el problema del infraconsumo y la superproducción. Tenemos la injusticia de grandes cantidades de alimentos sin distribuir, junto a grandes masas de población económicamente débil y deficientemente alimentada. En todo el territorio de la provincia miles de niños presentan los estigmas del raquitismo [...]”*. Baldrich (1944: 41).

En el año 2002, como ya se mencionó, el problema de la desnutrición infantil en Tucumán tomó una repercusión inusitada a través de numerosos casos divulgados por medios periodísticos<sup>10</sup>. Investigaciones más recientes referían que el problema de la desnutrición infantil tucumana podría ser más severo aún en cualquiera de las otras provincias norteafricanas<sup>11</sup>

En el mismo sentido Medwid (2008) afirmaba que durante el año 2002 Tucumán, la provincia más pequeña de la Argentina, se hacía visible en el contexto nacional e internacional a partir de titulares como “los chicos del país del hambre”, “Detectan unos 11790 chicos desnutridos en Tucumán”, o “Desnutrición infantil extrema en Villa Quinteros, sur de Tucumán”. Asimismo, sostenía Demonte (2011) que los medios de comunicación se erigieron como los actores protagónicos en el proceso de construcción del problema de la malnutrición infantil en el contexto crítico de 2001. A partir de ellos, la cuestión alimentaria y la malnutrición infantil cobraron visibilidad social y política en los ámbitos políticos, técnicos, académicos y mediáticos. El discurso

---

<sup>10</sup> Pueden verse consultarse en su versión online las siguientes notas:

<http://www.lanacion.com.ar/451228-alarmanes-cifras-de-desnutricion-infantil>, [26 de julio de 2011]

<http://edant.clarin.com/diario/2003/02/19/s-03301.htm>, [26 de julio de 2011]

<http://edant.clarin.com/suplementos/zona/2003/11/16/z-659738.htm>, [26 de julio de 2011]

<http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-13623-2002-12-01.html>, [26 de julio de 2011]

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-5341-2002-05-20.html> [26 de julio de 2011]

<http://www.nytimes.com/2003/03/02/world/once-secure-argentinians-now-lack-food-and-hope.html>:<http://www.nytimes.com/2003/03/02/world/once-secure-argentinians-now-lack-food-and-hope.html?scp=1&sq=child%20malnutrition%20tucuman&st=cse> [26 de julio de 2011]

[http://www.lemonde.fr/cgi-bin/ACHATS/acheter.cgi?offre=ARCHIVES&type\\_item=ART\\_ARCH\\_30J&objet\\_id=781745](http://www.lemonde.fr/cgi-bin/ACHATS/acheter.cgi?offre=ARCHIVES&type_item=ART_ARCH_30J&objet_id=781745) [26 de julio de 2011]

[http://www.lagaceta.com.ar/nota/28498/Información\\_General/Son-19-niños-murieron-desnutricion.html](http://www.lagaceta.com.ar/nota/28498/Información_General/Son-19-niños-murieron-desnutricion.html)[26 de julio de 2011]

[http://www.abc.es/hemeroteca/historico-29-12-2002/abc/Ultima/fallece-un-bebe-de-cuatro-meses-por-desnutricion-en-la-provincia-de-tucuman\\_152710.html](http://www.abc.es/hemeroteca/historico-29-12-2002/abc/Ultima/fallece-un-bebe-de-cuatro-meses-por-desnutricion-en-la-provincia-de-tucuman_152710.html) [26 de julio de 2011]

[http://www.abc.es/hemeroteca/historico-01-12-2002/abc/Internacional/la-desnutricion-infantil-es-una-lacra-existente-desde-hace-decadas-en-tucuman\\_146979.html](http://www.abc.es/hemeroteca/historico-01-12-2002/abc/Internacional/la-desnutricion-infantil-es-una-lacra-existente-desde-hace-decadas-en-tucuman_146979.html) [26 de julio de 2011]

<http://www.estadao.com.br/arquivo/economia/2002/not20020826p36469.htm> [26 de julio de 2011]

<sup>11</sup> Cfr. Longhi (2012).

periodístico, según Demonte (op. cit.) sostenía un enfoque de la desnutrición como si fuera una enfermedad infectocontagiosa, que se propaga, se extiende y contra la que hay que luchar, basándose en la conmoción y en la compasión más que en la argumentación o la información epidemiológica.

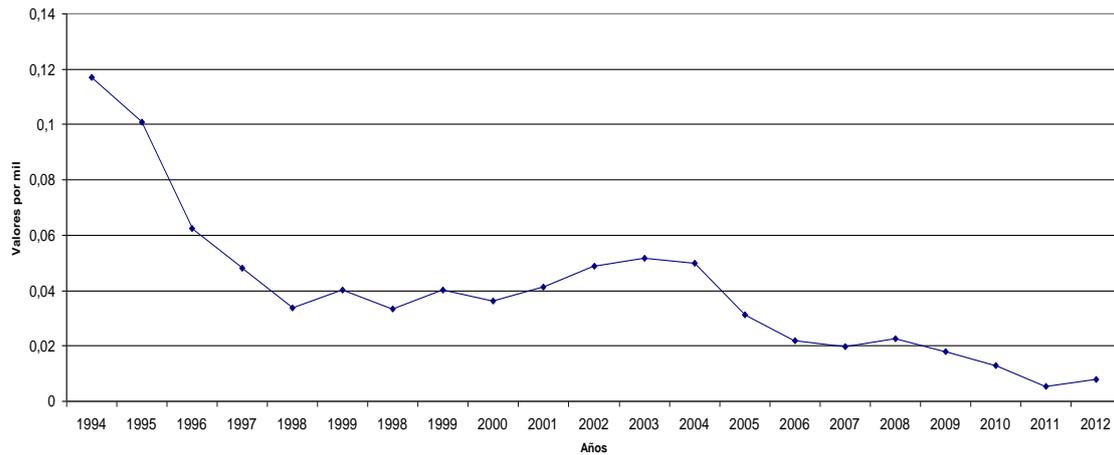
La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, realizada entre 2004 y 2005 brindaría luz sobre un problema en el que la prensa habría mostrado su lado más “amarillista” y existía poca información científica relevante para contrastarlo. Dicha encuesta mostraba que en el caso tucumano, el 17% de los niños presentaban problemas de acortamiento, con lo cual era manifiesto que los niños residentes en el Norte Argentino en general y en Tucumán en particular no han podido modificar la tendencia secular del crecimiento (Bolzán y Mercer, 2009).

Existían notorias evidencias para sostener lo estructural del problema de la desnutrición infantil en Tucumán. En el siguiente apartado se estudia, a partir del abordaje metodológico precisado, las características, la evolución y la distribución espacial de la desnutrición infantil en la niñez tucumana

## **5. CAMBIOS Y TENDENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN EN LA NIÑEZ TUCUMANA EN LA TRANSICIÓN DEL SIGLO XX AL SIGLO XXI**

En la figura 1 se observa el comportamiento que tuvo la desnutrición en la niñez como causa directa de muerte entre 1994 y 2012. Es notorio el marcado descenso que ha evidenciado la tasa, no sin mostrar respuestas a las crisis socioeconómicas que vivió la provincia, tales como la crisis de 2001-02, de la cual tomaron eco los principales periódicos nacionales e internacionales. No obstante, puede observarse que los valores de la mortalidad por desnutrición eran aun mayores en años previos a dicha crisis. En el año 1994 por ejemplo, los registros triplicaban los valores de 2001/02. Se observa además, a partir de dicha crisis, una recuperación de la tendencia descendente con sutiles picos alrededor de 2008/09.

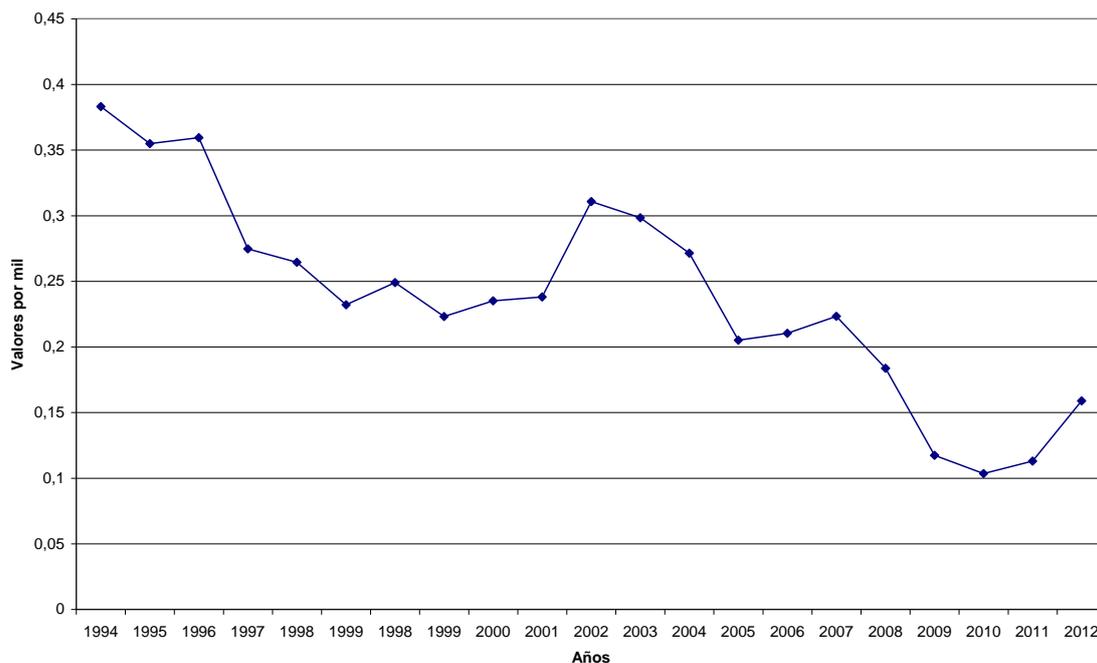
Figura 1. Provincia de Tucumán. Tasa de desnutrición en la niñez por causas directas.  
1994-2012.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.  
Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010

Por otro lado, las causas asociadas a la desnutrición infantil en la niñez mostraron un panorama más complejo del problema. En primer lugar se observa que es mucho más importante la incidencia de las causas contributivas que la desnutrición por causas directas en la problemática. Esta afirmación queda demostrada con valores de las primeras que como mínimo triplican los registros de las causas directas. Es evidente también un comportamiento que si bien tiende al descenso, presenta algunos picos notorios, principalmente alrededor de los años 2002 y 2007. Es llamativa también una tendencia ascendente que se inicia en 2010 y hasta 2012 al menos se ha sostenido.

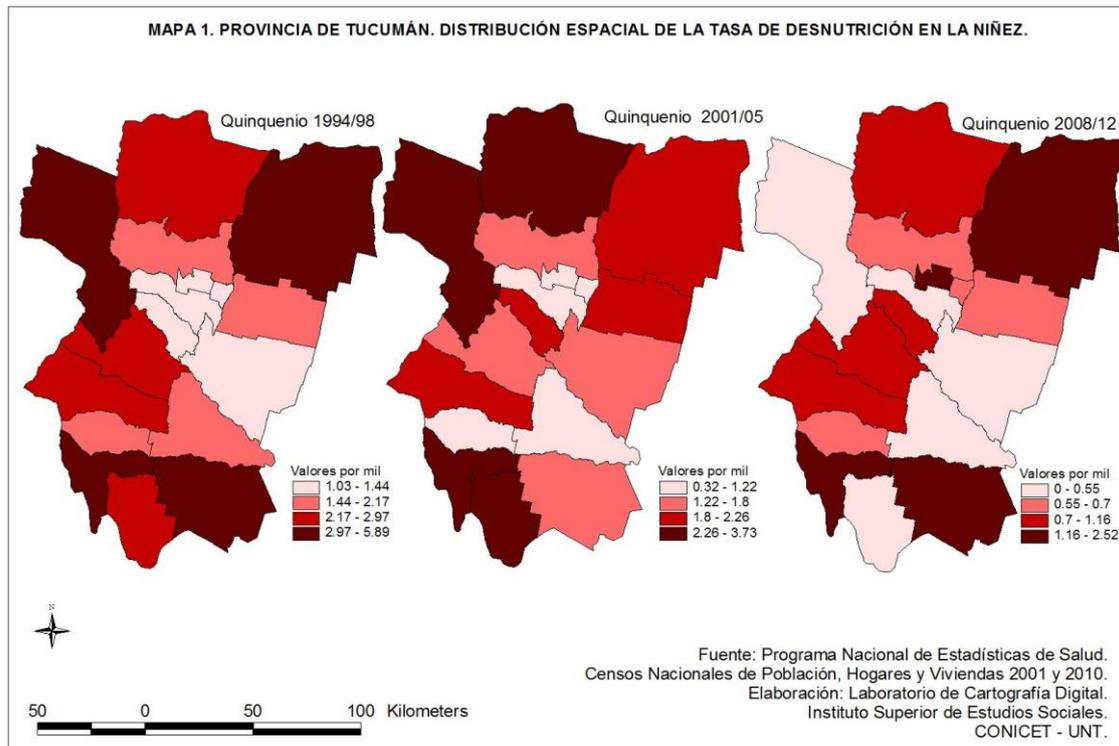
Figura 2. Provincia de Tucumán. Tasa de desnutrición en la niñez por causas asociadas. 1994-2012.



Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.  
Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010

De modo complementario a la tendencia temporal se analiza la distribución espacial de la muerte por desnutrición en la niñez tucumana a nivel departamental. En este caso se totalizan tanto las muertes directas como aquellas patologías asociadas. Se definieron para ello cinco quinquenios incluidos en el periodo de análisis. El primer quinquenio se ubica en el periodo 1994/98, el segundo en el quinquenio que va de 2001 a 2005 y el tercer periodo abarca desde 2008 a 2012.

Bajo este enfoque, el mapa 1 presenta dicha distribución. Se observa un panorama donde dominan más la variación que la estabilidad. En el primer quinquenio los valores más altos se localizan en Alberdi, Graneros, Tafí del Valle y Burruyacu, mientras los registros más bajos se localizan en los departamentos próximos a la capital. En el segundo quinquenio continúan los valores bajos próximos a la capital, sin embargo Trancas, La Cocha, y nuevamente Alberdi y Tafí del Valle detentan los valores más altos. Finalmente, en el tercer quinquenio analizado, los valores más elevados se localizan en Alberdi, Graneros, Yerba Buena y Burruyacu, mientras los registros más bajos se localizan en Tafí del Valle, Lules, Leales, Simoca y La Cocha.



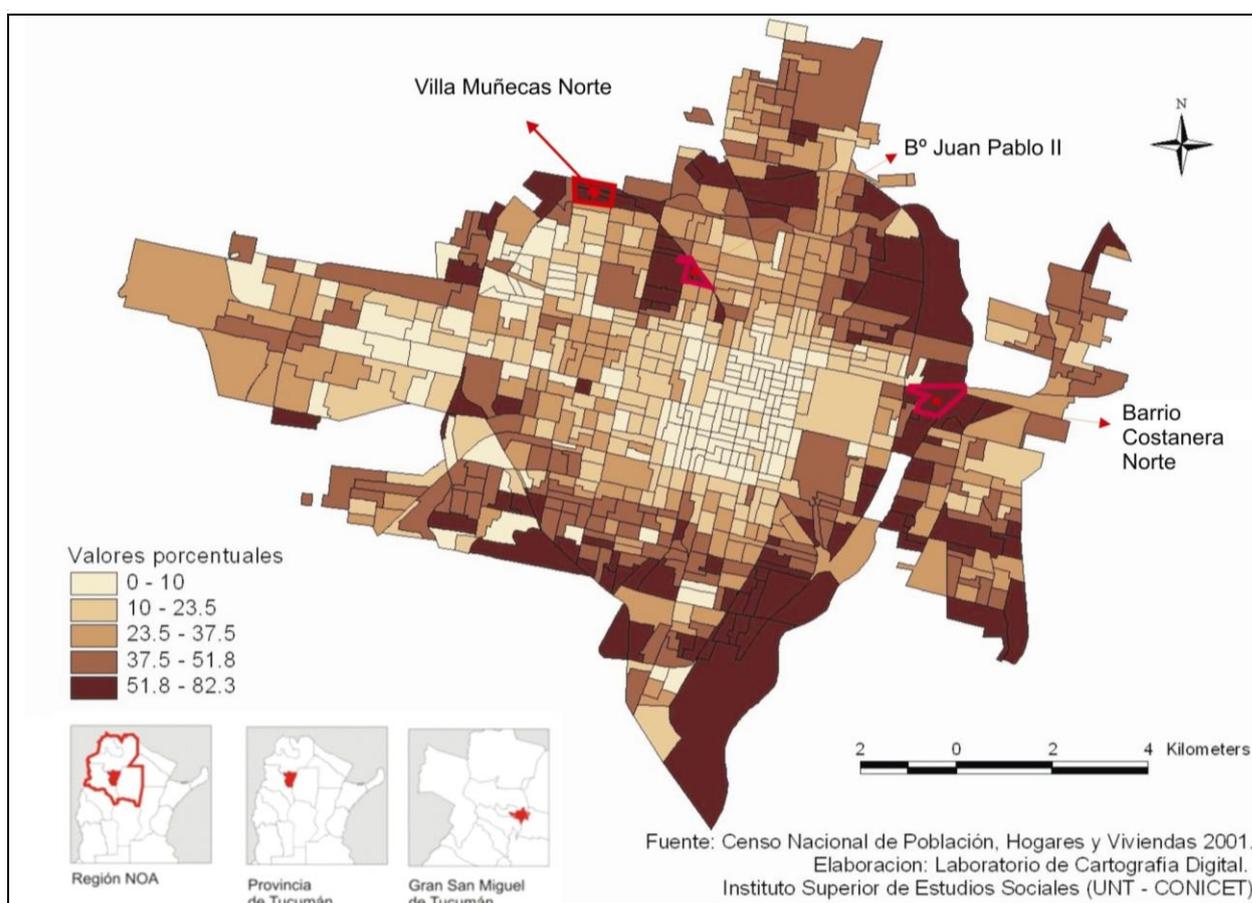
## **6. POBREZA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL: ESTUDIOS DE CASO EN GRAN SAN MIGUEL DE TUCUMÁN**

El aglomerado Gran San Miguel de Tucumán (GSMT) comprende un conjunto de localidades distribuidas entre cinco departamentos de la provincia, incluyendo distintos municipios y comunas rurales, cuyo núcleo es la capital provincial. Su población alcanzaba en el año 2010, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), unos 839.904 habitantes. Si bien es la ciudad intermedia más importante del Norte Grande Argentino, su crecimiento y desarrollo no ha redundado en bienestar para su población. El estudio de Bolsi y Mignone (2009) identifica al GSMT en el grupo de aglomerados de esta región que concentra, utilizando el IPMH, mayores niveles de pobreza convergente y la más baja proporción de hogares sin privación.

El cálculo de la intensidad del IPMH, como se observa en el mapa 2, detecta que en la periferia del aglomerado prevalece un cordón de pobreza crítica, junto a la presencia de algunas islas, con umbrales que superan el 50% de intensidad. Conjeturamos que este contexto de elevadas privaciones la desnutrición infantil podría constituir una característica de estas poblaciones. Por otro lado, si bien los niveles de privación mejoran en los sectores más próximos al área central, éstos igualmente siguen

concentrando una significativa presencia de hogares con severas privaciones. Finalmente, la mayor cantidad de hogares sin privaciones se concentran en el área central y en el sector oeste del aglomerado.

**Mapa 2.** Gran San Miguel de Tucumán. Intensidad del Índice de Privación Material de los Hogares. 2001.



Dentro de las áreas de mayor pobreza en la ciudad, definidas por la última categoría cartográfica, se seleccionaron los barrios para los estudios de caso (Ver Mapa 2)<sup>12</sup>. Estos tienen en común la persistencia de la pobreza durante -al menos- medio siglo.

En las entrevistas semiestructuradas a los hogares se pudo constatar que la precariedad e informalidad habitacional estructuran la pobreza en dichos territorios. Son mayoritarias las viviendas con deficiencias edilicias, siendo significativa la presencia de casillas y ranchos. Pese a la antigüedad la casi totalidad de los hogares todavía no son propietarios de los terrenos (Ver Tabla 1). Los servicios cloacales todavía no están extendidos, alcanzando sólo a la mitad de los hogares en uno de los barrios. El

<sup>12</sup> Dichos barrios se seleccionaron con el criterio de superar el umbral del 51,8% de intensidad del IPMH.

hacinamiento tiene un comportamiento variable pero adquiere un nivel significativo en los barrios Costanera Norte (50%) y Juan Pablo II (30%)<sup>13</sup>. Se agrega también la falta de acceso de la población a ciertos servicios básicos, como el gas natural y la pavimentación, y una accesibilidad limitada a otros, como el transporte y alumbrado público y recolección de residuos.

Tabla 1. Barrios seleccionados del GSMT. Características de vivienda.

<b>Características de la Vivienda</b>	<b>Variables</b>	<b>Villa Muñecas Norte</b>	<b>Juan Pablo II</b>	<b>Costanera Norte</b>
Tenencia	Propietario de vivienda y terreno	5	10	
	Inquilino (Alquiler con contrato)		2,5	
	Resto de las condiciones	95	87,5	100
Servicio sanitario	Inodoro con descarga y desagüe a red cloacal	2,5	52,5	
	Inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica + inodoro con desagüe a pozo ciego	95	42,5	89,7
	Inodoro sin descarga o sin inodoro	2,5	5	10,3
Inodoro	Usado solo por este hogar	97,5	97,5	89,7
	Compartido por otro hogar	2,5	2,5	10,3
NBI Hacinamiento	Si (más de 3 por cuarto)	12,5	27,5	48,3
	No cumple esta condición	87,5	72,5	51,7

**Fuente.** Entrevistas semiestructuradas realizadas en el año 2011.

Sobre las condiciones laborales, variable directamente vinculada a los ingresos, entre los jefes/as de hogar ocupados/as prevalece la precariedad de las inserciones laborales tanto en el caso de asalariados como de cuentapropistas (Ver Tabla 2). Predominan también las bajas calificaciones de las ocupaciones, característica que se traduce en bajos niveles salariales. Los asalariados se desempeñan principalmente, en el caso de los varones, en la construcción y, en el de las mujeres, en el servicio doméstico. Un sector participa en planes de empleo, sin acceso a ningún tipo protección social, y en cooperativas de trabajo promovidas por el Estado en las que si bien tienen ciertos beneficios sociales (obra social, ART) perciben ingresos de pobreza. Los trabajadores

<sup>13</sup> Si bien la acción estatal desde el año 2004 estuvo orientada al mejoramiento de la vivienda existente, a través de la construcción de módulos habitacionales, ésta mejoró los aspectos materiales pero no incidió significativamente en las condiciones de hacinamiento.

cuentapropistas son principalmente vendedores ambulantes y cartoneros que tienen como lugar de trabajo la zona céntrica del aglomerado.

**Tabla 3.** Barrios seleccionados del GSMT. Características del Empleo en los jefes/as de Hogar.

<b>Características del empleo</b>	<b>Variables</b>	<b>Villa Muñecas Norte</b>	<b>Juan Pablo II</b>	<b>Costanera Norte</b>
Formalidad laboral	Si	37,0	27,6	0
	No	63,0	72,4	100
Relación ocupacional	Patrón	0	3,4	0
	Trabajador por cuenta propia	29,6	34,5	85
	Asalariado (obrero/empleado sector público+ obrero/empleado sector privado)	70,4	62,1	15
	Trabajador familiar (con sueldo o sin sueldo)	0	0	0
Categoría ocupacional	Calificación técnica	0	10,3	0
	Calificación operativa	63,0	31,0	0
	Calificación profesional	0	0	0
	No calificada	37,0	55,2	100
	Otros (información insuficiente) + calificación ignorada)	0	0	0

**Fuente.** Entrevistas semiestructuradas realizadas en el año 2011.

Las condiciones educativas de los jefes/as de hogar, variable que se relaciona con la escasa calificación de las ocupaciones e influye en las oportunidades de inserción laboral, son también críticas. Alrededor del 50% no tiene instrucción o no terminó la escuela primaria (Ver Tabla 3). En el caso del barrio Costanera Norte, llega al 70%.

**Tabla 3.** Barrios seleccionados del GSMT. Niveles educativos del Jefe/a de Hogar

<b>Niveles educativos</b>	<b>Variables</b>	<b>Villa Muñecas Norte</b>	<b>Juan Pablo II</b>	<b>Costanera Norte</b>
Mayor nivel educativo del jefe de hogar	Universitario completo	0	0	0
	Universitario incompleto	0	0	0
	Terciario completo	0	0	0
	Terciario incompleto	2,5	0	0
	Secundario completo	7,5	2,5	0
	Secundario incompleto	0,0	7,5	0
	Primario completo	45,0	50	24,1
	Primario incompleto	<b>22,5</b>	<b>27,5</b>	<b>62,1</b>

	Sin instrucción	22,5	12,5	13,8
--	-----------------	------	------	------

**Fuente.** Entrevistas semiestructuradas realizadas en el año 2011.

Respecto al estado nutricional de la población infantil (niños hasta 14 años), la desnutrición en Villa Muñecas Norte alcanza un 9%, en el Barrio Juan Pablo II al 4 % y en Costanera Norte al 6% según los Resúmenes de Ronda del año 2009. Todos se encontrarían en el primer grado o nivel de desnutrición.

Sobre la base de las entrevistas realizadas se mencionan a continuación algunas características que definen los hogares con presencia de niños con desnutrición infantil. Podemos señalar que se tratan familias con un promedio de cinco personas, en su mayoría con niños de corta edad. Se encuentran, por lo general, en el primer ciclo reproductivo. La jefatura masculina se presenta en el 57% de ellos.

El 71% de los/as jefes/as habían alcanzado un nivel educativo que no supera el nivel primario completo. El porcentaje restante solo curso hasta tercer grado.

A nivel laboral se desempeñan, en todos los casos, en condiciones de precariedad y en actividades de baja calificación. En el 30% de los hogares trabajan ambos cónyuges, en un 30% declara que sólo trabaja el jefe de hogar y las mujeres -que se identifican como amas de casa- son beneficiarias del Programa Ellas Hacen. Dicho programa establece una contraprestación laboral a través del trabajo en cooperativas para el mejoramiento barrial, además de la conclusión de los niveles primario y secundario. La identificación como amas de casa puede deberse a las dificultades, desde las instituciones encargadas de su ejecución, para poner en práctica las cooperativas.

Por otro lado, la percepción de la Asignación Universal por Hijo permite disponer a los hogares de ingresos fijos al mes siendo muy importante en la estructura de gastos familiares.

El promedio de gasto en comida por día es de \$95. La realización de las compras se realiza, por lo general, en las despensas de los barrios. En algunos casos refieren compras en los supermercados, sobre todo en los hogares que reciben una percepción mensual o perciben los mencionados planes. En las despensas se recurre al fiado lo que les permite asegurar al menos una comida diaria.

El 43% de los hogares cocina una vez por día, y el porcentaje restante dos veces. El desayuno y la merienda son reservados para los niños. Los que se encuentran en edad escolar reciben una colación en la escuela consistente en yogurt, leche chocolatada o sándwich de queso. Los adultos recurren generalmente al mate.

La comida que preparan con mayor frecuencia es el guiso seguido de estofados y sopas. La preparación de otros menú que incorporan más carne (milanesas, carne asada) son eventuales y por lo general en la fecha de cobro de los programas o salarios. A fin de mes cuando el dinero escasea se suele afectar la cena. Recurren al mate cocido, a los fideos hervidos o “a lo que se puede preparar”. En algunos casos –como estrategia de supervivencia- envían los niños a la casa de familiares para garantizar que no se suprima la alimentación.

Los niños recurren a los comedores infantiles cuando se encuentran disponibles en el barrio. En el caso de Costanera Norte, durante los últimos años, se produjo el cierre de distintas opciones institucionales que funcionaban en la zona.

Sobre el tratamiento y asistencia sanitaria que reciben los hogares que se encuentran afectados por la problemática, desde los CAPS se implementa un control mensual de peso y talla, atención médica y de nutricionista de carácter mensual y visitas periódicas de los agentes sanitarios. Por cada niño afectado se entrega de manera mensual 2 cajas de leche y una tarjeta de débito con un crédito \$120 que sólo habilita la compra de carnes y lácteos en determinados supermercados. Esta última prestación forma parte del Programa de Abordaje Integral de Nutrición (Tarjeta Cabal) dependiente de los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social de la provincia. Los entrevistados, en todos los casos, expresan dificultades para cumplir las dietas requeridas ya que no les alcanzan los ingresos. Como estrategia tratan de cubrir algunos de los requerimientos alternando con lo que come el resto de la familia. En los casos analizados no refieren la intervención de otras instituciones.

En los niños afectados es frecuente la presencia de enfermedades bronco-respiratorias y diarreas. La primera línea de asistencia son los CAPS y cuando los cuadros se agravan recurren al Hospital de Niños de la provincia. Cabe destacar que las características habitacionales favorecen estos cuadros ya que en todos los casos las viviendas son de características precarias, y se encuentran en entornos con carencias en el acceso a los servicios básicos. No disponen de red cloacal, la recolección de residuos se realiza cada 3 días y las calles son de tierra, características que a su vez inciden sobre la prevalencia de dichas enfermedades.

## **7. CONCLUSIONES**

La desnutrición infantil conforma el principal núcleo duro de privación y exclusión que debiera ser prioritario en las políticas públicas. Existen muchas barreras

para su conocimiento y análisis, que dependen su vez de la escala que se utiliza y las fuentes que se empleen. En nuestro estudio, una investigación de escala provincial con enfoque diacrónico y sincrónico, que articula métodos cuantitativos y cualitativos, difícilmente pueda haberse realizado sobre la base de encuestas y muestras poblacionales. En tal sentido implicó la formulación y desarrollo de herramientas metodológicas y conceptuales que permitan abordar el problema con cierta precisión.

¿Cómo evolucionó la desnutrición infantil en Tucumán? ¿Qué magnitudes presenta actualmente? ¿Cuáles fueron las tendencias dominantes? ¿Qué estrategias para afrontar el problema implican para la población pobre? Fueron estos los principales interrogantes que pretendieron ser respondidos en la investigación. El desarrollo metodológico para responder dichos interrogantes implicó la construcción de un indicador susceptible de aproximarse con cierto grado de precisión a la problemática estudiada que tuvo a su vez su correlato en un modelo teórico conceptual. La Tasa de mortalidad en la niñez por desnutrición por causas directas y asociadas pretendió alcanzar tales requisitos. Esta tasa -que se convierte de alguna manera en un indicador extremo al considerar solo la mortalidad y no la morbilidad- incluyó no solo las muertes directas por desnutrición, sino también aquellas asociadas a un cuadro nutricional, entre las que figuran las diarreas, septicemias, neumonías, bronquiolitis, parasitismo, entre otras, la cuales, ante su aparición y desarrollo, ponen de manifiesto el grado de vulnerabilidad nutricional en el que se encuentran sometidas determinadas poblaciones.

El cálculo y análisis de esta tasa, tanto en un enfoque diacrónico -que va desde 1998 hasta 2012-, como en un enfoque sincrónico y de distribución espacial permitió hallar resultados que confirman un proceso de contra-transición epidemiológica argentina, con la reaparición de ciertas patologías controladas asociadas a la desnutrición, y la existencia de magnitudes muy altas en algunas de ellas. Estas características profundizan una brecha socioeconómica que consolida una fragmentación socio-territorial con profundas consecuencias en el bienestar de la población, que se expresan a su vez en el plano social, económico, político, cultural e incluso con alcances éticos y morales.

Se ha observado que a pesar de grandes avances en materia de reducción de pobreza y mejora de las condiciones de vida en la población infantil en los primeros años del siglo XXI -notorios si se los compara con la década del '90- se destacan las

magnitudes increíbles que alcanzan las cifras de desnutrición infantil en Argentina en general y en Tucumán en particular.

Los estudios de caso evidencian la íntima relación de la pobreza con la desnutrición infantil en tanto condición estructural que no sólo se relaciona con la insuficiencia de ingresos sino con la precariedad habitacional. Ambas constituyen factores de vulnerabilidad que, en la mayoría de los casos, se imponen sobre las estrategias que desarrollan las familias para enfrentar el problema. Las respuestas estatales al problema tienen un carácter asistencial dirigido sólo a atenuar los efectos del deterioro social y sanitario. Desconocen, no obstante, aspectos estructurales de la condición detectada.

Lejos de ser una cuestión del pasado, la desnutrición en la niñez constituye uno de los problemas de mayor relevancia en la actualidad, identificando a partir de su concentración, por lo menos, diferentes territorios con condiciones de vida disímiles que conviven en el marco de una misma nación y una misma provincia. Las evidencias halladas muestran que la desnutrición, a pesar de haber descendido, presenta magnitudes que la posicionan como uno de los más importantes problemas provinciales de salud pública, influyendo en gran medida en las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, así como en la prevalencia de ciertas enfermedades crónicas, difíciles de cuantificar. Asimismo, el costo económico de la enfermedad es muy alto también (gastos hospitalarios, productividad, gastos en educación, menor poder adquisitivo, etc.), y el daño cerebral irreversible que genera, también complejo de cuantificar aunque con profundas connotaciones éticas y morales.

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

Aguirre P. 2000 (2000). Aspectos socio antropológicos de la obesidad en la pobreza. En: Peña M, Bacallao J., eds. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000. Pp. 13–25

Aguirre patricia 2005 Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen. Ciepp. Miño y Dávila. Primera Edición julio. Argentina.

Alazraqui, M.; Mota, E. y Spinelli, H. (2005). *Sistemas de información en salud: proceso dialéctico DICCA*. Trabajo presentado en 9º congreso mundial de información en salud y bibliotecas, El Salvador.

- Baldrich, Alberto. (1944). La desnutrición infantil es un serio problema. En Revista de Economía Argentina. N° 308, año 26, Tomo 43, pp. 41-42.
- Bertarini, Julieta (2011) Evaluación del Estado Nutricional materno-infantil y Patrones de consumo maternos. Universidad de Fasta. Facultad de Ciencias Médicas. Tesis de Licenciatura en Nutrición. <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/304>
- Bolsi, A. (2007). El mito de la opulencia argentina: territorio y pobreza en el Norte Grande. *Actas latinoamericanas de Varsovia*, (30), 189-206.
- Bolsi, A., Longhi, F., & Paolasso, P. (2009). Pobreza y mortalidad infantil en el norte grande argentino. Un aporte para la formulación de políticas públicas. *Cuadernos Geográficos*, 45, 231-261.
- BOLZAN, Andrés y MERCER, Raúl. (2009). Seguridad alimentaria y retardo crónico del crecimiento en niños pobres del norte argentino. Arch. argent. pediatr. vol.107, n.3, pp. 221-228.
- Bolzán, Andrés y Mercer Raúl (2009) Seguridad alimentaria y retardo crónico del crecimiento en niños pobres del norte argentino. Arch. Argent. Pediatr. 2009; 107(3):221-228 / 221
- Britos, S. (2003): Crisis 2001-2002: pobreza, precios y alimentos. Buenos Aires, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), 2003.
- Bronfman, M. (2001). Como se vive se muere. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. CRIM.
- Calvo Elvira Beatriz, Aguirre Patricia y coordinadores provinciales (2005). Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable. Arch. argent. pediatr; 103. Pp 71-90
- Calvo, E. y Aguirre, .P (2005). Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable. Arch. Argent. Pediatr. 2005; 103: 77-90.
- Carmuega, E., & O'Donnell, A. (1998). *Hoy y mañana. Salud y calidad de vida de la niñez argentina. Argentina.*
- Carmuega, Esteban y Pablo Durán (2000), “Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes”, *Boletín CESNI*, junio, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, Buenos Aires.
- Demonte, Flavia. (2011). La construcción de la malnutrición infantil en la prensa escrita argentina durante la crisis de 2001. En Salud Colectiva, 7 (1) 53-71, enero-abril. Buenos Aires.

- Díaz Muñoz, A. (1995). *Limitaciones de las estadísticas vitales como fuente de información para el estudio de la mortalidad infantil*. Trabajo presentado en III Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Buenos Aires.
- Durán, P., Mangialavori, G., Biglieri, A., Kogan, L., & Abeyá Gilardon, E. (2009). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Arch Argent Pediatr*, 107(5), 397-404.
- Duran, Pablo et al. (2009). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Arch. Argent. pediat.*, Buenos Aires, v. 107, n. 5.
- FAO 2014. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Hambre en América Latina y el Caribe: acercándose a los Objetivos del Milenio.2013. [www.fao.org/publications](http://www.fao.org/publications)
- FAO. (2001). Perfiles nutricionales por países: Argentina. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación.
- Gómez, Federico. (2003). Desnutrición. *Salud Pública de México*, Vol. 45, Nº 4 (Supl.). Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. S576-S582.
- Herkovits, D. (2007). *La construcción de la malnutrición Infantil: Una Etnografía sobre las condiciones y posibilidades que contribuyen a su producción y reproducción en hogares pobres de la Ciudad de Buenos Aires* (Doctoral dissertation, CEDES).
- Herkovits, D. (2012). Las fronteras de la medicalización: tensiones em torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. *Ciênc. saúde coletiva*, 17(9), 2543-2551.
- Hombres, R. y Soto, C. (1999). Determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil en países en desarrollo: un estudio de corte transversal. En M. Cárdenas y N. Lustig (Comp.). *Pobreza y desigualdad en América Latina*. Bogotá: Tercer Mundo Editores. 187-210.
- Kliksberg, B. (2005). América Latina: La región más desigual de todas. *Revista de Ciencias Sociales*, 11(3), 411-521.
- Longhi, F. (2009). Miseria, mortalidad infantil y perfil epidemiológico en el Norte Grande Argentino, 1989–2003. *DROVETTA y RODRÍGUEZ (comps.)*, *Medio siglo de padecimientos en grupos vulnerables del interior argentino*, Centro de Estudios Avanzados/Universidad Nacional de Córdoba.

- Longhi, F. (2012). Sistemas de Información Geográfica y desnutrición infantil en el Norte Grande Argentino. *Revista Latinoamericana de Población*; Campinas; 77 - 101
- Longhi, F. (2014). Desnutrición y Muerte en la Niñez argentina en los Albores del Siglo XXI: Un Análisis Espacial. *Journal of Latin American Geography*, 13 (2), 41-65.
- Longhi, Fernando (2012). Sistemas de Información Geográfica y desnutrición infantil en el Norte Grande Argentino. *Revista Latinoamericana de Población*.
- Martínez, Rodrigo y Fernández, Andrés (2006). Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. CEPAL.
- Medwid, Bárbara. (2008). Mitos y realidades de la pobreza y el Mercosur. El caso de la industria azucarera en Tucumán. En Alberto Cimadamore: *La economía política de la pobreza*. Buenos Aires: CLACSO.
- Mercer Raúl (2013): Salud y pobreza en la Argentina Dime cómo ha sido tu cuna y te diré cómo serás... En "La Dignidad de los Nadies" Voces en el Fénix N° 22. Disponible en : <http://www.vocesenelfenix.com/content/salud-y-pobreza-en-la-argentina-dime-c%C3%B3mo-ha-sido-tu-cuna-y-te-dir%C3%A9-c%C3%B3mo-ser%E2%80%A6>
- Moreno, M. (1995). *La pobreza: una medición en busca de su contenido conceptual*. Trabajo presentado en III Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Santa Rosa.
- O'Donnell, A. y Porto, A. (2007). Las carencias alimentarias en el país. Su impacto sobre el desarrollo infantil. En J. Colombo (Ed.). *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós, 141-155.
- Ortiz-Andrellucchi, A., Quintana, L. P., Beñacar, A. A., Barros, F. M., & Serr, L. (2006). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutrición Hospitalaria*, 21(n04).
- Oyhenart E., Torres MF, Quintero FA, Luis MA, Cesani MF, Zucchi M, et al. (2007). Estado nutricional y composición corporal de niños pobres residentes en barrios periféricos de La Plata, Argentina. *Rev Panam Salud Publica.*; 22(3):194–201.
- Oyhenart Evelia E et al (2008) ESTADO NUTRICIONAL INFANTO JUVENIL EN SEIS PROVINCIAS DE ARGENTINA: VARIACION REGIONAL
- Rodríguez Marquina, Paulino. [1899] 2012. La mortalidad infantil en Tucumán. En F. Longhi (ed.). *La mortalidad infantil en Tucumán*, pp. 1-108. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Torrado, Susana (1986), *Salud – enfermedad en el primer año de vida*, Rosario (1981-1982), Buenos Aires, Centro de Estudios Urbanos y Regionales.

UNICEF 2011 LA DESNUTRICIÓN INFANTIL. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España [www.unicef.es](http://www.unicef.es)

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

Wanden-Bergue, C.; Camilo, M<sup>a</sup> Ermelinda; Culebras, J. y Red de Malnutricion en Iberoamerica del Programa de Ciencia y Tecnología Para el Desarrollo (Red Mel-Cyted). (2010). Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. *Nutr. Hosp.* vol.25, suppl.3.