

Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable

Dras. Elvira Beatriz Calvo,* Patricia Aguirre** y coordinadores provinciales***

RESUMEN

Las variables macro que condicionan la seguridad alimentaria han experimentado un considerable deterioro en los últimos años, llegándose a una crisis grave en el acceso a los alimentos de gran parte de la población a comienzos del 2002. La población por debajo de la línea de pobreza pasó de 24,8% en 1995 a 54,3% en 2002.

Objetivos. Analizar la evolución de los factores condicionantes de la seguridad alimentaria en los últimos 7 años y evaluar el efecto de la crisis sobre el estado nutricional de una población vulnerable. *Población, material y métodos.* Se analizan series temporales de datos de fuentes secundarias oficiales, sobre la evolución del mercado de alimentos, la ocupación, los ingresos, la pobreza y las políticas públicas.

En ese marco se estudiaron muestras comparables de población de niños menores de 6 años que demandan atención en el sistema público de salud, provenientes de dos encuestas antropométricas realizadas en 1995/96 y en 2002/03, con igual metodología. El análisis comparativo se basa en los datos combinados y ponderados de ocho provincias que realizaron la encuesta en ambas fechas. Estas jurisdicciones representan el 59,5% de la población total de menores de 6 años del país. Los tamaños muestrales fueron 49.487 niños en 1995 y 60.905 niños en 2002.

Resultados. La prevalencia de índices antropométricos bajos y altos para todas las edades fue: Peso/edad <-2 DE 5,08% y 4,87%; talla/edad <-2 DE 11,39% y 11,61%; peso/talla <-2 DE 2,27% y 2,59%; peso/talla >+2 DE 8,06% y 8,40% en 2002 y 1995, respectivamente.

Contrariamente a la hipótesis de empeoramiento de la situación nutricional, los datos no muestran diferencias en los indicadores de peso/edad y talla/edad bajos y en el indicador peso/talla bajo las prevalencias son inferiores en el 2002 con respecto a 1995.

Conclusiones. Se discuten cuatro hipótesis: cambio

en el perfil de la demanda al sistema público; la situación de mayor pobreza todavía no ha incidido en el estado nutricional medido por indicadores antropométricos; los programas y alternativas solidarias están contrarrestando los efectos del empobrecimiento de la población y las estrategias familiares protegen a sus miembros más vulnerables.

Palabras clave: seguridad alimentaria, niños, estado nutricional, prevalencia.

SUMMARY

During the last years the determinant variables of food security have deteriorated considerably. A major crisis in food access surged by the beginning of 2002. Population under the poverty line increased from 24.8% in 1995 to 54.3% in 2002.

Objectives. To analyze the evolution of food security determinants during the last 7 years and to evaluate the effect of the crisis in food access over the nutritional status of a vulnerable population.

Population, material and methods. Time trend series of official data on the food market, employment, income, poverty and public policies are analyzed. Within this framework, two comparable samples of children under 6 years of age attending to the public health system were studied in 1995/96 and 2002/03. Data from 8 provinces, which performed both surveys, were combined and weighed according to the relationship between sample size and total population of children of 0-5 years. These 8 provinces represent 59.5% of total population of children under 6 in the country. Sample sizes were 49,487 subjects in 1995/6 and 60,905 subjects in 2002/3.

Results. Prevalence of indexes below -2 standard deviations were: weight for age 5.08% and 4.87%; height for age 11.39% and 11.61%, and weight for height 2.27% and 2.59% in 2002 and 1995, respectively. Prevalence of weight for height over +2 standard deviations was 8.06% in 2002 and 8.40% in 1995. In spite of the considerable deterioration of the socioeconomic context, there was no signifi-

* Doctora en Medicina, MSc en Epidemiología.

** Doctora en Antropología
Departamento de Nutrición, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Secretaría de Programas Sanitarios, Ministerio de Salud.

*** Coordinadores Provinciales de la Encuesta Antropométrica: Buenos Aires: Dr. Alejandro Oleiro, Dra. Flavia Rainieri, Dr. Marcelo Jaquenod, Carlos Sereno. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dra. Emilce Cassinelli, Dra. Norma Ereñú, Dra. Norma Martín. Chaco: Dr. Pedro E. Picasso, Dra. Graciela Bertolino. Mendoza: Dr. Carlos Cardello, Dra. Esther L. de Chediak, Lic. Lucía Quintana, Dra. Cristina Méndez de Feu (SAP), Dr. Guillermo Bourguet (SAP). Santa Fe: Dra. Ana María Francione, Dr. Raúl Dalla Fontana, Mirtha Farriol. Santa Cruz: Dr. Claudio García, Lic. Myriam García, Sra. Claudia Martínez. Santiago del Estero: Dr. Luis Domínguez, Lic. Mercedes Caballero. Tierra del Fuego: Dra. Liliana Andrea Martínez, Dra. Jorgelina Fernández.

cant worsening in the nutritional status of this population.

Conclusion. Four hypotheses are discussed to explain this apparent paradox: a change in the population who demand attention in the public health sector, the possibility that the effect of increasing poverty has not impacted yet in anthropometry, the potential compensatory effect of social programs, and the family strategies to protect their most vulnerable members.

Key words: food security, children, nutritional status, pre-valence.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se sitúa en uno de los períodos más dramáticos para la seguridad alimentaria en Argentina (1995-2002); comprende la segunda etapa y la abrupta salida de la convertibilidad en las cuales las variables macro que la condicionan evolucionan negativamente llegando hacia el final del período a registrar el 54,3 % de las personas bajo la línea de pobreza.

Para el análisis contextual se parte del concepto de seguridad alimentaria, entendido como el derecho de todas las personas a tener una alimentación culturalmente y nutricionalmente adecuada y suficiente. De las cinco condiciones a ella asociadas, Argentina cumple con cuatro: suficiencia, estabilidad, autonomía y sustentabilidad. Lo que no está garantizado es la equidad, es decir, que toda la población y sobre todo los más pobres, tengan acceso a una alimentación adecuada y suficiente.

Es lícito suponer que el deterioro de la situación económica y social que llevó a niveles inéditos de inseguridad alimentaria tendrá efecto sobre el estado nutricional de las personas, por lo que se hace necesario contar con datos fidedignos de situación nutricional en los grupos más vulnerables.

Durante los años 1995-96 se realizó la primera encuesta antropométrica en la población de niños menores de 6 años que demandan atención ambulatoria en establecimientos de salud del sistema público. En esa oportunidad, 18 de las 24 jurisdicciones del país realizaron el relevamiento.¹

En el año 2002 se decidió realizar una nueva encuesta antropométrica con la misma metodología para comparar con la línea de base establecida 7 años antes. Este relevamiento fue realizado hasta el presente

por 11 jurisdicciones del país, de las cuales 8 coinciden con las relevadas en 1995/96.

OBJETIVOS

- Analizar la evolución de los factores condicionantes de la seguridad alimentaria en los últimos 7 años.
- Evaluar el efecto de la crisis económico-social sobre el estado nutricional de la población vulnerable.
- Conocer la situación nutricional de la población de niños menores de 6 años que demandan al sistema público de salud y compararla con los datos previos.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

1. Análisis de series temporales de datos de fuentes secundarias oficiales

Fuentes

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Ministerio de Economía: Censos Nacionales de Población y Vivienda 1991 y 2001; Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995 a 2002; Índice de Precios al Consumidor (IPC) 1995 a 2002; Síntesis Estadística Anual 1995 a 2002; Tendencias Económicas y Financieras 1995 a 2002.
- Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales: Encuesta de Condiciones de Vida 2001; Encuesta de Desarrollo Social 1997.
- Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud: Estadísticas Vitales 1995-2002.
- Dirección de Gastos Sociales Consolidados, Ministerio de Economía: Serie Gasto Público 1994-2002.

Análisis de datos

Las variables se estandarizaron para permitir comparaciones en el tiempo o entre indicadores de distinta naturaleza. Toda vez que se comparan valores monetarios, éste se expresa en pesos constantes (corrigiendo los valores corrientes con un índice de precios combinado, constituido como promedio simple de los índices de precios al consumidor a nivel general y mayorista).

Para analizar variables de magnitudes diferentes, incomparables por definición, se han construido índices que comparan la evolución de cada una de las variables res-

pecto de un año base (=100). De esta manera no se comparan las variables sino el desempeño de cada una respecto del punto de partida.

2. Encuestas antropométricas Estudio transversal para evaluar prevalencias

Universo

Todos los niños menores de 6 años que demandaron atención ambulatoria en el sistema público de salud. En cada jurisdicción participaron todos los centros de atención que efectúan controles programados o reciben demanda espontánea en el primer nivel (Centros de Salud y Consultorios Externos de hospitales provinciales y municipales).

Muestra

Aleatorizada por selección al azar de día(s) de registro de datos. La inclusión de la totalidad de los centros asegura la validez.

Metodología

El Departamento de Nutrición elaboró la planilla de registro de datos y el instructivo correspondiente, que fue distribuido a todos los jefes de programa materno infantil o a las áreas de nutrición provinciales. Las variables recopiladas fueron: fecha de nacimiento, fecha del control, sexo, peso al nacer (por registro o referencia de la madre), peso, longitud corporal o talla, duración total de la lactancia materna y edad de introducción de otros líquidos, otras leches u otros derivados.

Cada provincia estableció, dentro de un período acordado, entre uno y tres días de recolección de datos en todos los lugares de atención. Sus equipos de salud estables fueron los encargados de registrar los datos requeridos, los cuales forman parte del control habitual de salud, en todos los niños que concurrieron para su atención esos días. Los instrumentos de medición fueron los existentes en los establecimientos, en algunas jurisdicciones se repararon o reemplazaron balanzas y pedímetros para la realización del estudio. Es decir, que este estudio releva la situación real en que se evalúa el estado nutricional de los niños en el primer nivel de atención.

El jefe de programa materno infantil y los responsables de zonas coordinaron y recopilaron la información generada en cada provincia.

El Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud realizó el análisis de datos, los cuales fueron devueltos con el diagnóstico pertinente a las jurisdicciones.

Análisis de datos

Los datos se ingresaron en archivos electrónicos, utilizando el Programa Epi-Info. Los índices antropométricos se calcularon utilizando el Programa Nutri-1.03, de acuerdo con las tablas de referencia internacionales del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (National Center for Health Statistics, NCHS).²

La población se ponderó por el tamaño muestral de cada jurisdicción en relación al total de la población de niños de 0 a 4 años de edad, según los censos de 2001 y 1991 y sus proyecciones para los períodos intercensales.

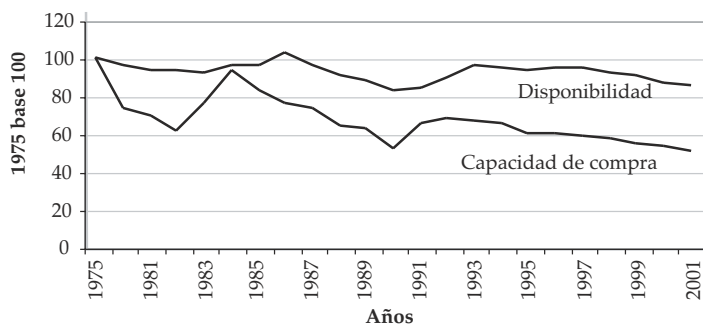
RESULTADOS

1. Seguridad alimentaria

El análisis de las variables macro de la seguridad alimentaria en Argentina presenta características particulares puesto que el país exportador neto de alimentos y presenta una disponibilidad aparente de 3.181 kcal/persona/día según las hojas de balance. La problemática alimentaria se sitúa en el acceso a los alimentos, donde la capacidad de compra adquiere un rol fundamental por el carácter urbano de la población Argentina (90% según el Censo 2001).

El *Gráfico 1* permite visualizar la evolución de la disponibilidad y la capacidad de

GRÁFICO 1. Evolución de los índices de disponibilidad y capacidad de compra



Fuente: elaboración propia en base a datos de M. Economía e INDEC 1995-2002.

compra mostrando claramente que en el último cuarto de siglo, mientras la disponibilidad sufrió oscilaciones de no más del 15%, la capacidad de compra sufrió una caída del 60%. Si se compara el tramo 1993-2002 (en el que se inscribe la temporalidad analizada) con los anteriores se observa que por primera vez se produce una caída constante y en un contexto de inflación mínima, lo que lleva a pensar que se trata de una caída estructural, dependiente del modelo económico y difícilmente reversible en el corto plazo.

La capacidad de compra, si bien importante, no es el único componente del acceso, el que está condicionado tanto por los avatares del mercado como del Estado. El primero opera a través de la relación entre los precios de los alimentos y de los ingresos. El Estado opera a través de las políticas públicas que inciden sobre aquellos o de políticas compensatorias.

Mercado de alimentos

Durante los diez años de la convertibilidad la tasa media de variación de precios se incrementó 34%; pero debido a la experiencia inflacionaria constante durante los treinta años anteriores, tal incremento justifica que se la asocie con la estabilidad de precios. Durante la primera etapa de la convertibilidad (1991-1995) el consumo alimentario global creció por la estabilidad y la recomposición del ingreso junto a inversiones en la industria que llevaron a un aumento, diversificación, tecnificación y concentración en grandes superficies de la oferta alimentaria, aunque los productos frescos y de consumo masivo (lácteos, pollos, frutas y verduras) mantuvieron altos sus precios durante la década.

Durante la segunda etapa (1996-2001) se detuvo el incremento de precios de los alimentos o a partir de 1999 presentaron deflación, lo que en un contexto de contracción de los ingresos familiares ayudó a los hogares a mantener su capacidad de compra.

La salida de la convertibilidad en enero de 2002, con una devaluación de 283% (anual), provocó una abrupta suba del nivel general de precios internos, sobre todo en alimentación, que alcanzó el 57,9%, provocando una de las caídas más notorias de

la historia en el consumo global de alimentos, aún mayor que la registrada durante la hiperinflación (1989). Por su carácter de "comodities" los que más aumentaron su precio fueron los derivados del trigo (harina, pan, fideos), que son justamente los que consumen los más pobres (ver *Gráfico 2*).

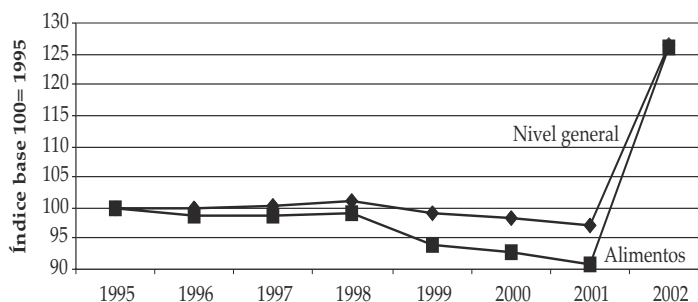
Ingresos

En la primera etapa de la convertibilidad se produjo una mejora del 9% para el promedio de la economía como resultado del aumento de las horas trabajadas, la productividad y el aumento del poder de compra salarial en virtud de la marcada caída inflacionaria. Pero a partir de 1995, los ingresos de la población disminuyeron un 7%, anulándose las mejoras acumuladas. Desocupación, subocupación y aumento del empleo informal, precarización y sobreocupación de los formales, junto a recortes y suspensiones, incidieron sobre los ingresos de los hogares. En las provincias, el retraso en el tipo de cambio acentuó el colapso de las economías regionales y su sector público, enjugados a partir de 1998 con la emisión de cuasi monedas, que depreciaron aún más los salarios.

A pesar de la estabilidad de precios, la capacidad de compra disminuyó porque la distribución del ingreso empeoró debido al notorio aumento del desempleo y el subempleo.

En este contexto se amplió significativamente la brecha entre los ingresos altos y bajos, configurando una situación de desigualdad como Argentina no vivía desde "la década infame" de 1930.

GRÁFICO 2. Precio de los alimentos e índice de precios. Nivel general 1995-2002



Fuente: INDEC. Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación.

En la pos-convertibilidad (2002) se estima que el salario industrial se contrajo un 22% real anual y que 4,5 millones de asalariados (sobre 8,5 millones) ganaban menos de \$400 mensuales, mientras que la canasta básica para una familia de 4 miembros costaba \$798 a valores de octubre 2002.

La distribución del ingreso 1995-2002 para el Gran Buenos Aires, da cuenta de una enorme transferencia de ingresos del 80% de la población al 20% más rico. En 1995, el 10% más pobre se apropiaba del 2,7% del ingreso, en 2002 sólo del 1,5%. En tanto, el 10% más rico se apropiaba del 30,3% de la renta en 1995, en 2002 esta cifra había crecido al 36,4%.

Ocupación

En octubre de 1995 la tasa de desempleo tocó un máximo histórico: 18,6% de la población económicamente activa. Aunque se leyó como consecuencia del "efecto tequila", algunos académicos³ ya advertían los nefastos efectos del modelo económico sobre la ocupación y el empleo.

Hay que hacer notar que ante la desocupación de los jefes, todos los integrantes de la familia salen a buscar trabajo para paliar la caída de los ingresos; por lo tanto, la población económicamente activa aumenta. Así, aunque la magnitud de la desocupación se incrementa, al aumentar paralelamente el denominador, la tasa se mantiene. Por eso es más confiable observar la destrucción de puestos de trabajo, que puede inferirse del aumento de la subocupación (de 7 a 13,8%), lo que indica que aquellos que salían del mercado formal no obtenían ningún tipo de "refugio ocupacional" que les permitiera seguir generando ingresos.

Pobreza

La línea de pobreza mide los ingresos suficientes para acceder a una canasta normativa de alimentos y servicios (Gráfico 3). Con el nivel de desempleo referido y sin sistema de seguridad social que atempere sus efectos, no es extraño que la población bajo la línea de pobreza haya aumentado sistemáticamente; en 2002 registró niveles no alcanzados ni siquiera durante las hiperinflaciones de 1989 y 1990.

Durante el primer tramo de la convertibilidad, la pobreza disminuyó sensiblemente respecto al período hiperinflacionario anterior, con un promedio del 20% de la población pobre entre los años 1991 y 1994. En cambio en la segunda etapa, la pobreza comenzó a aumentar hasta llegar al 35,4% en el fin de la convertibilidad, cifra que se elevó al 54,3% durante el año 2002.

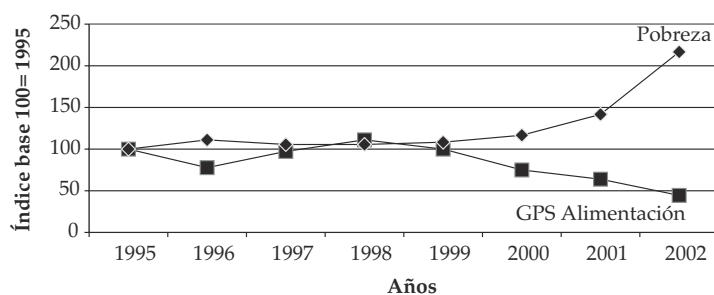
La línea de pobreza mide la pauperización de la población en un momento dado, en tanto depende fuertemente de los ingresos y los precios. Si bien presenta datos extremos como en 1989 (47%) y 2002 (54,3%), el tramo 1995-2001 de la curva involucra la situación más grave en los últimos 20 años de registro, ya que por primera vez aumenta la pobreza en un período de inflación nula. Es entonces inherente al modelo: con los precios deprimidos se asocia ahora a la imposibilidad de vastos sectores de la población de obtener trabajo que le reporte ingreso alguno. En este sentido se convierte en una medida de la pobreza estructural.⁴

Gasto público social 1995-2002

Frente a este crítico panorama, el gasto público social no se comportó anticíclicamente, compensando la evolución negativa de las variables que el mercado impuso al acceso a los alimentos.

En el Gráfico 3 se muestra cómo el Estado invertía cada vez menos en acciones compensatorias a medida que crecía la pobreza. A pesar de que el porcentaje respecto del PBI se mantuvo constante, el propio PBI tuvo fluctuaciones enormes, de manera que la inversión del Estado en la reproducción de los sectores populares bajó de \$352 a \$156 por persona por año a medida que la pobreza aumentaba de 24% a 54% entre 1995 y 2002. Debido a la devaluación, esta cifra puede considerarse muy buena y se

GRÁFICO 3. Gasto público social en alimentación y pobreza



obtiene tanto por una mayor asignación, como por la reasignación de partidas dentro del gasto público.

2. Encuestas antropométricas

El presente análisis se basa en los datos combinados de 8 jurisdicciones que realizaron la encuesta en 1995/96 y en 2002/03: provincias de Buenos Aires, Chaco, Mendoza, Santa Fe, Santiago del Estero, Santa Cruz, Tierra del Fuego y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Debido al peso poblacional de algunas de estas jurisdicciones (Buenos Aires 35,6%, Santa Fe 7,45 %, Ciudad de Buenos Aires 4,7%, Mendoza 4,3%, Chaco 3,5%), la muestra comprende el 59,5% de la población total de menores de 6 años en el país.

En 2002, los datos se relevaron en 1.661 establecimientos de salud de 335 localidades. La muestra total en 2002/03 fue de 60.905 sujetos y en 1995/96, de 49.487 sujetos.

Características generales de las poblaciones

Todos los análisis se realizaron sobre las muestras ponderadas, comparando los datos en 2002 y 1995.

La distribución por sexo fue similar en ambas muestras; los varones representaron el 50,50% en el 2002 y el 50,63% en 1995.

Las medianas de edad (Pc 25 y 75 entre paréntesis) fueron de 17,94 meses (6,8-38,1) en 2002 y de 19,50 meses (7,7-41,5) en 1995. Existe una preeminencia de consultas en el primer año de vida (38,16% y 35,49% de la muestra, respectivamente), de acuerdo con las normativas vigentes de controles en salud. Si bien existe una diferencia estadísticamente significativa entre los promedios de edad en ambas encuestas (prueba $t=10,503$, $p=0,0000$), no podría considerarse clínicamente importante una diferencia de 1 a 2 meses.

El peso al nacer se encuentra dentro de los valores esperables en el país. Los promedios y desvíos estándar fueron de $3.250,8 \pm 559,5$ g en 2002 y de $3.242,3 \pm 563,6$ g en 1995 (prueba $t=1,782$, $p=0,075$). No hay diferencia en los promedios, ni en las prevalencias de bajo peso al nacer, que fueron de 8,02 % en 2002 y de 8,04% en 1995, si bien algunas jurisdicciones no relevaron este dato en 2002.

Índices antropométricos

A partir de los datos de edad, sexo, peso y talla se calcularon los índices peso/edad, talla/edad y peso/talla, en comparación con la referencia internacional.²

Los casos en los que faltaba el dato de peso, de talla o de edad se eliminaron del análisis antropométrico, así como los valores fuera del rango considerado biológicamente plausible, (± 6 desvíos estándar) manteniéndose los siguientes valores en rango sobre el total muestral:

2002: 95,40 %

1995: 95,57 %

Las distribuciones de talla/edad estuvieron desviadas hacia los valores bajos y las de peso/talla hacia los valores altos en ambas muestras, como se puede observar al considerar los promedios de puntaje Z en la *Tabla 1*. Las distribuciones de peso/edad presentaron promedios cercanos a 0. No se

Tabla 1. Promedios de peso/edad, talla/edad y peso/talla (puntaje Z, referencia NCHS)

Índice	2002	1995	
Peso/edad (promedio Z \pm DE) IC 95%	-0,105 \pm 1,238 -0,115 -0,095	-0,092 \pm 1,206 -0,102 -0,081	n.s.
Talla/edad (promedio Z \pm DE) IC 95%	-0,492 \pm 1,392 -0,603 -0,481	-0,485 \pm 1,394 -0,498 -0,472	n.s.
Peso/talla (promedio Z \pm DE) IC 95%	+0,323 \pm 1,212 +0,313 +0,333	+0,335 \pm 1,233 +0,324 +0,346	n.s.

Tabla 2. Prevalencia de bajo peso/edad, baja talla/edad y bajo y alto peso/talla (± 2 desvíos estándar, referencia NCHS)

Indicador	Todas las edades		Menores de 12 meses		Niños de 12 a 24 meses		Niños de 24 a 72 meses	
	2002 %	1995 %	2002 %	1995 %	2002 %	1995 %	2002 %	1995 %
Peso/edad < -2 DE	5,10a	4,87a	2,90d	3,23d	7,35e	6,00e	5,81	5,64
Talla/edad < -2 DE	11,47	11,61	9,47	9,37	16,14	15,45	10,74g	11,55g
Peso/talla < -2 DE	2,24b	2,59b	—	—	2,67	2,87	2,84h	3,11h
Peso/talla > +2 DE	8,08c	8,40c	—	—	7,79f	8,46f	6,15	6,38

Diferencia, test proporciones, 1 cola: a) $z=1.705$; $p=0,044$; b) $z=3.695$; $p=0,0001$; c) $z=1.881$; $p=0,03$; d) $z=1.813$; $p=0,035$; e) $z=4.087$; $p=0,0000$; f) $z=1.862$; $p=0,031$; g) 2.739; $p=0,003$; h) $z=1.692$.

encontraron diferencias entre las muestras de 2002 y 1995 en los promedios de las distribuciones de peso/edad, talla/edad; y peso/talla.

Como ejemplo de la similitud de las distribuciones entre ambos años, se puede observar en el *Gráfico 4* el comportamiento del índice talla/edad, comparado con la curva normal de Z. Las distribuciones correspondientes a 2002 y 1995 se superponen completamente.

En la *Tabla 2* se pueden observar las prevalencias de bajo peso para la edad, baja talla para la edad y bajo y alto peso para la talla en ambas encuestas.

GRÁFICO 4. Distribución de talla/edad

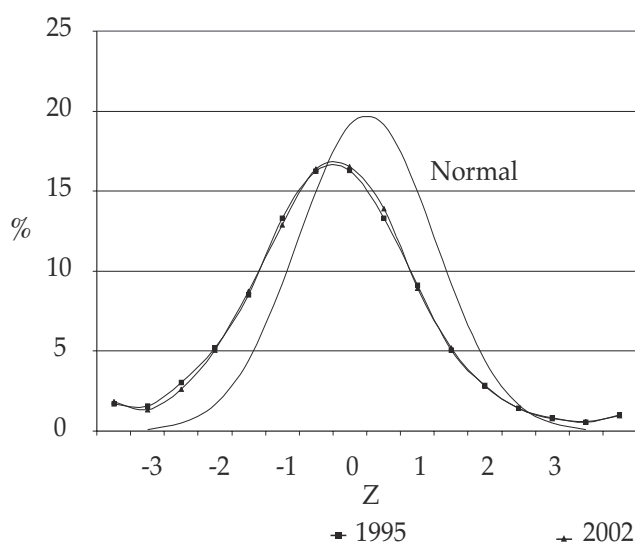
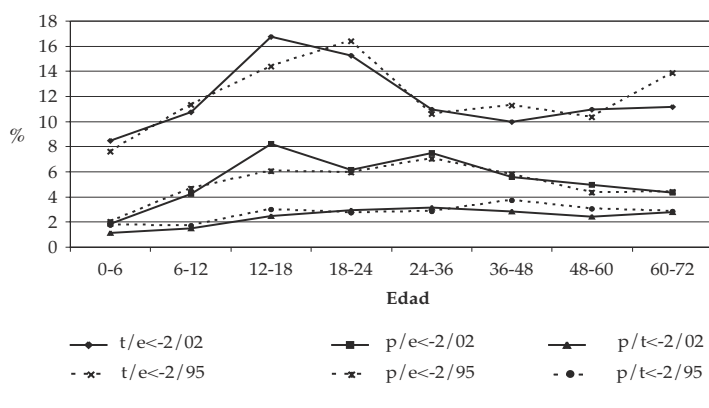


Gráfico 5. Prevalencia de índices bajos según edad



Si se consideran todas las edades en conjunto, no hay diferencias en el indicador baja talla/edad. La prevalencia de bajo y alto peso/talla presentan valores significativamente más altos en 1995/96. Al discriminar por grupo etario, en los menores de 12 meses, la talla/edad no muestra diferencias, en tanto la prevalencia de bajo peso/edad fue mayor en 1995. En el grupo de 12 a 24 meses, se verificó una diferencia significativa en el bajo peso/edad –mayor la prevalencia en la encuesta 2002– y en el alto peso/talla, que fue mayor en 1995. En el grupo de 24 a 72 meses, hubo diferencias significativas en la prevalencia de baja talla/edad, y bajo peso/talla que fueron mayor en 1995.

En todos los grupos y en ambas encuestas, el indicador más afectado fue la talla para la edad, particularmente en los niños de 12 a 24 meses. El segundo problema nutricional en términos de frecuencia es el sobrepeso.

Las variaciones en la prevalencia de índices bajos en relación con la edad, comparando ambas encuestas, se visualizan mejor en el *Gráfico 5*.

Si bien las prevalencias tienden a ser algo mayores en la encuesta de 1995, se verificó un pico de prevalencia más temprano en los indicadores bajo peso/edad y baja talla/edad de 2002 (12 a 18 meses) con posterior tendencia descendente.

Para evaluar en forma más completa los perfiles antropométricos en las poblaciones se analizaron las distribuciones conjuntas de talla/edad y peso/talla para todas las edades en ambas encuestas.

La gran mayoría de niños que presentaban baja talla para la edad tenían un peso para la talla normal. Asimismo, en este grupo de baja talla, un 12,79% y un 16,36%, en 2002 y 1995 respectivamente, presentaban alto peso para la talla.

En todos los índices antropométricos y en ambas encuestas, las distribuciones están más desviadas hacia los valores bajos en los varones.

Influencia del peso al nacer en el retardo lineal del crecimiento

En la *Tabla 3* y el *Gráfico 6* se exploran las diferencias en la prevalencia de baja talla para la edad según las categorías de peso al nacer.

En ambas encuestas, el bajo peso y el peso insuficiente al nacer tuvieron un claro efecto sobre la prevalencia de déficits del crecimiento lineal, con tendencias muy significativas. Es importante destacar la categoría de peso insuficiente al nacer (2.500-2.999 g) que, por su mayor incidencia en la población, representa un riesgo poblacional atribuible mayor que el bajo peso y suele estar más asociado con el estado nutricional materno.

En el *Gráfico 6* se explora en qué subgrupos de edad fue más prevalente el déficit de talla, estratificando las poblaciones por categorías de peso al nacer para evitar el efecto confusor de esta última variable.

Se observan claramente dos patrones diferentes: los niños de bajo peso al nacer contribuyen con su déficit durante todo el período analizado; los niños que nacen con peso normal presentan una clara tendencia al aumento de la prevalencia de baja talla con el aumento de la edad. Por tratarse de datos transversales no se pueden hacer mayores inferencias.

Duración de la lactancia materna

La duración de la lactancia materna muestra un incremento consistente en la encuesta 2002/03 con respecto a la anterior. Por tratarse de un estudio transversal, el dato de duración de lactancia en el grupo de niños menores de 1 año es poco estable, debido a que depende de la composición etaria al interior del grupo (los niños más pequeños sólo contribuyen con su edad al promedio general, aunque su lactancia pueda eventualmente continuar en el futuro). Esta limitación afecta en menor medida los promedios en los grupos de 1 a 2 años y mayores de 2 años, que pueden considerarse representativos de la tendencia en la población. En este caso, el incremento en la duración de lactancia en los últimos 7 años es en promedio de 1,3 y de 2,4 meses, respectivamente.

La duración de la lactancia exclusiva, medida por la edad de incorporación de otros líquidos, otras leches u otros alimentos, muestra también una tendencia favorable en el tiempo, con aumentos promedio de 0,4 meses en la encuesta 2002/03 (ver *Tablas 4a y 4b*).

GRÁFICO 6. *Baja talla según edad y peso al nacer*

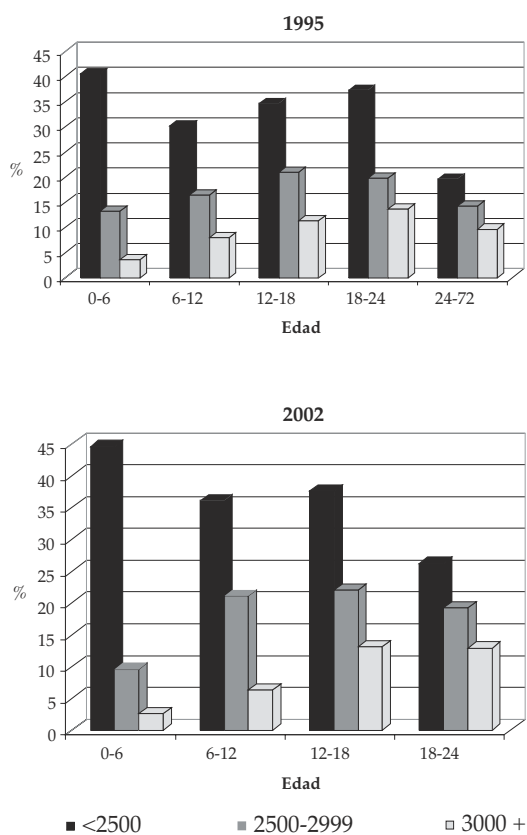


TABLA 3. *Baja talla para la edad según categorías de peso al nacer*

	< 2500 g	2500-2999 g	≥ 3000 g	χ^2 tendencia
2002	27,10 %	15,82 %	8,32%	570,75, p=0,00000
1995	28,14 %	15,74 %	8,83 %	1051,46, p=0,00000

TABLA 4A. *Duración de lactancia materna (promedio \pm DE; meses)*

	Niños < 12 meses	Niños de 12 a 24 meses	Niños > 24 meses
2002	4,51 \pm 3,37	9,53 \pm 6,35	11,84 \pm 9,21
1995	4,31 \pm 3,10	8,26 \pm 5,65	9,46 \pm 8,21

Diferencia t=2,959, p=0,0031 t=9,578, p=0,0000 t=16,538, p=0,0000

TABLA 4B. *Edad de inicio de alimentación complementaria (promedio \pm DE; meses)*

	Niños < 12 meses	Niños de 12 a 24 meses	Niños > 24 meses
2002	3,35 \pm 2,38	4,71 \pm 2,35	4,69 \pm 2,50
1995	3,10 \pm 2,04	4,32 \pm 2,22	4,32 \pm 2,39

Diferencia t=5,442, p=0,0000 t=8,052, p=0,0000 t=9,466, p=0,0000

CONCLUSIONES

- La crisis de alimentación entre 1995 y 2002 se caracteriza por una caída en la capacidad de compra, vehiculizada por un aumento del precio de los alimentos y una abrupta disminución tanto de los salarios medios como de la cantidad de ocupados que perciben ingresos.
- Tales restricciones del mercado no fueron compensadas por el Estado, ya que las políticas públicas que orientaron el gasto social en esos años siguieron la caída general de la economía. En este contexto la población bajo la línea de pobreza pasó del 24,8 en 1995 a 54,3% en 2002.
- La evaluación antropométrica de los niños menores de 6 años muestra un patrón común en las provincias analizadas:
 - a) el problema nutricional más prevalente es el déficit de talla o detención del crecimiento lineal. La prevalencia de déficit de talla para la edad no ha aumentado en la muestra 2002/03 con respecto al estudio anterior; en los niños mayores de 24 meses ha disminuido.
 - b) El segundo problema nutricional en términos de frecuencia es el sobrepeso. No puede caracterizarse la obesidad a través de las mediciones efectuadas en esta Encuesta, pero el alto peso para la talla puede ser considerado un indicador indirecto. La prevalencia de sobrepeso ha disminuido ligeramente en 2002/03, a expensas del grupo de 12 a 24 meses de edad.
 - c) La prevalencia de indicadores antropométricos compatibles con emaciación se encuentra dentro de rangos bajos. La desnutrición aguda no ha aumentado en ninguna de las jurisdicciones analizadas hasta el momento, con excepción de Santiago del Estero, con respecto a los valores de 1995-1996; en el total de la población de la muestra ponderada en realidad ha disminuido.
 - d) El análisis discriminado por grupos de edad al interior de las muestras, permite observar que los niños menores de 12 meses son los que presentan un estado nutricional más adecuado. En el grupo de 12 a 24 meses, las preva-

lencias de bajo peso y baja talla para la edad aumentan considerablemente, y es el único grupo donde los valores de bajo peso/edad en 2002/03 superan a los de 1995/96. Esta diferencia ocurre fundamentalmente en los niños de 12 a 18 meses.

Como conclusión más significativa se puede afirmar que no se verifican aumentos de prevalencia con respecto a la línea de base en ninguno de los indicadores.

DISCUSIÓN

Los resultados antropométricos permiten establecer una comparación con respecto a la línea de base (1995/96) de la situación nutricional de la población de menores de 6 años, objetivo del Programa Materno Infantil. En un momento de discusión sobre la verdadera dimensión de la desnutrición en nuestro país, estas encuestas con igual metodología aportan los únicos datos rigurosos que sirven para estimar, tanto el efecto del aumento de la indigencia sobre el estado nutricional de una población vulnerable, como el impacto global de las acciones desarrolladas desde los diferentes programas.

Este estudio se refiere exclusivamente a la población de niños de 0 a 5 años que demanda atención ambulatoria en el sistema público de salud. Los resultados no son generalizables al universo de los niños de esa edad que residen en cada jurisdicción y por lo tanto no pueden considerarse como datos de prevalencia de malnutrición a nivel provincial o nacional.

Los datos provienen de una muestra de 8 jurisdicciones sobre el total de 24 que conforman el país. Sin embargo, por la magnitud poblacional de algunas de ellas, representan el 59,5% de la población total de menores de 6 años.

Las regiones del país representadas son incompletas; se podría discutir que algunas áreas de mayor pobreza (NOA y NEA) tienen baja participación en la muestra. Debe tenerse en cuenta que los fenómenos económicos y sociales que describen la crisis ocurrieron en todas las provincias del país con similar magnitud, por lo que la evaluación de su efecto es válida en cualquiera de las jurisdicciones.

Si bien las muestras fueron provinciales, el análisis se realizó sobre el conjunto

de datos ponderados para simplificar la presentación de resultados. Las prevalencias de indicadores antropométricos bajos son muy variables entre jurisdicciones: los rangos de baja talla/edad en 2002/03 van desde 2,24% a 21,38%. No obstante, el objetivo de este estudio es evaluar el cambio en el tiempo y, en ese sentido, la comparación de cada una de las muestras provinciales con respecto a su línea de base presenta exactamente la misma tendencia, con la excepción de Santiago del Estero.

Resulta paradójal que los indicadores antropométricos en el 2002/03 no reflejen el deterioro que las variables contextuales señalan. Particularmente porque la población demandante de atención en el sector público de salud podría considerarse seleccionada hacia condiciones más desfavorables con respecto a la población general de niños.

El patrón antropométrico y la temporalidad del déficit de crecimiento lineal es muy similar en ambas encuestas y se mantienen las tendencias de estudios previos.^{5,6}

Por otra parte, el patrón general es comparable con los resultados de un estudio reciente⁷ que evalúa la temporalidad de los déficits de crecimiento a escala global, y en particular con los patrones de América Latina.

El retardo del crecimiento lineal es claramente el tipo de malnutrición más prevalente, reflejo de un proceso crónico en el que confluyen varios factores, particularmente el bajo peso o peso insuficiente al nacer, la carencia marginal de energía y nutrientes, la reiteración de procesos infecciosos agudos y las condiciones generales desfavorables del medio en que vive el niño. Considerados a nivel poblacional, los déficits de talla son marcadores de una situación socioeconómica relativamente desfavorable de una cierta permanencia.⁸

El análisis de las distribuciones de los índices antropométricos (ver *Tabla 1* y *Gráfico 4*), permite evaluar que no se trata de poblaciones distintas de "desnutridos" y "normales" en una misma área, sino de una población homogénea con distintos grados de afectación, es decir, toda la población está "en riesgo". Las intervenciones deben tener en cuenta esta característica.

El déficit del crecimiento lineal tiene

una aparición temprana en ambas encuestas. Aparentemente, y con la salvedad de tratarse de estudios transversales, este retardo podría tener dos orígenes distintos.

Al estratificar por peso al nacer (ver *Gráfico 6*) se pueden observar patrones diferentes en los niños de bajo peso y en los de peso adecuado. Los niños de bajo peso mantienen prevalencias altas y constantes de déficit de talla hasta los 18 o 24 meses. Los niños que nacen con peso normal, presentan prevalencias de baja talla/edad muy bajas en el primer semestre y luego valores crecientes.

Esta tendencia, evaluada en conjunto con los datos de duración de lactancia, podría sugerir que las causas del retardo de crecimiento lineal en los niños que nacen con peso adecuado estarían más bien relacionadas con situaciones posteriores al destete.

HIPÓTESIS POSIBLES PARA EXPLICAR LOS RESULTADOS

Debido al incremento de la población bajo la línea de pobreza operado desde la encuesta anterior, la expectativa era encontrar un aumento de la desnutrición en los niños. Se utiliza información externa a la encuesta para avanzar sobre la plausibilidad de cuatro hipótesis explicativas diferentes.

Hipótesis 1: Efecto de dilución por incremento de la demanda al sector público de población que previamente tenía cobertura en salud.

Si un mayor porcentaje de población de clase media, recientemente empobrecida pero conservando pautas y características de mejor estado nutricional y de salud, consultara al sector público en el 2002/03 su presencia tendería a disminuir las prevalencias de malnutrición captadas en esta muestra.

Para testear esta hipótesis se analizaron las Encuestas de Desarrollo Social (1997) y de Condiciones de Vida (2001) realizadas por SIEMPRO, por presentar datos de cobertura de salud en años cercanos a los de realización de las encuestas antropométricas. En 1997, la población de menores de 6 años con cobertura del sector público solamente en todo el país era de 48,16%, en

tanto que en 2001 este porcentaje había aumentado a 52,99%.

De acuerdo con estas composiciones de población y considerando la hipótesis de máxima que estos nuevos "clientes" del sistema público conservaran un estado nutricional perfectamente normal (2,3% por debajo de -2 desvíos estándar), se calculó, mediante probabilidades condicionadas, la prevalencia esperable en los "antiguos pobres" para que la prevalencia global fuera la efectivamente encontrada.

El aumento esperable bajo esta hipótesis de dilución de la población en la prevalencia de baja talla, sería de sólo un 2,27% con respecto al valor de 1995.

En el caso del índice peso/edad, el aumento esperable bajo esta hipótesis sería de 2,5% con respecto al valor de 1995. En el caso del índice peso para la talla, con el mismo cálculo, se verificaría una disminución de la prevalencia en 2002/03.

Hipótesis 2: La crisis en la seguridad alimentaria, con un fuerte incremento a partir de la devaluación en enero de 2002, todavía no ha incidido en indicadores de daño.

En la encuesta antropométrica de 2002/03, los diferenciales según edad que muestran una prevalencia mayor de desnutrición en el grupo de niños de 12 a 24 meses respecto a los otros grupos, podrían ser un

indicio en el sentido de la hipótesis. Los menores de 1 año estarían protegidos por la lactancia materna. En cambio, los niños de 1 a 2 años habrían sufrido la crisis alimentaria de los hogares en un momento particularmente vulnerable del proceso de destete. Los mayores de 2 años, con una menor velocidad de crecimiento y tras haber superado la etapa más difícil, tendrían mayores reservas.

En síntesis, se podría especular que no hemos visto aún el efecto acumulativo del último período de crisis en la seguridad alimentaria –que aún se mantiene– sobre el embarazo y los primeros años de vida, según el abordaje del ciclo de vida.

Hipótesis 3: Los diferentes programas (Materno Infantil, alimentarios y sociales) y alternativas solidarias están contrarrestando efectivamente los efectos del empobrecimiento de la población.

En el *Gráfico 3* se han presentado resultados que muestran un comportamiento pro-cíclico del gasto público social. Desde 1991 se utilizó como una variable clave de la política macroeconómica; se consideraba que un aumento del gasto público sin la correspondiente caída en el resto de los gastos o un aumento en la presión tributaria, podía llevar a un déficit presupuestario que provocaría inflación.⁹

Ni la focalización que se esgrimió como fundamento de la equidad ni las mejoras de la gestión lograron compensar la pobreza masiva. Sin embargo, a pesar de que el gasto público no pudo contener el avance de la pauperización, al menos en el rubro alimentación (que incluye los renglones salud y promoción social de la *Tabla 5*) el impacto distributivo muestra que tal inversión ha sido progresiva, es decir, ha llegado proporcionalmente más a los que más lo necesitan.

Dentro de las políticas públicas hay que tomar en cuenta especialmente el Programa Materno Infantil, dirigido a la población de menores de 6 años que se atienden en el sistema público, que corresponde a la relevada en las encuestas antropométricas. Como parte de sus acciones reparte leche entera en polvo (fortificada con hierro, zinc y ácido ascórbico desde el 2002) a embarazadas, nodrizas y niños menores de 6 años.

TABLA 5. Impacto distributivo del GPS en pesos constantes per capita 1997

Sectores	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Total
Educación y cultura	376	352	364	356	317	353
Salud (nutrición)	218	162	147	118	71	143
Agua y alcantarillado	13	14	13	15	16	14
Vivienda y urbanismo	26	35	39	47	44	38
Promoción y asistencia social (alimentación)	203	93	41	23	12	74
Otros servicios	64	67	66	74	79	70
Total	901	723	669	633	539	693

Fuente: Ministerio de Economía.

En la *Tabla 6* se muestran las coberturas estimadas en el período.

Si bien las coberturas son bajas y variables, las jurisdicciones adaptaron sus prestaciones a la disponibilidad del insumo, dirigiéndolo principalmente hacia los niños menores de 2 años no amamantados o en situación de indigencia, lo que contribuyó a paliar la crisis.

Las alternativas solidarias y dependientes de ONG, por ejemplo comedores comunitarios, no pueden cuantificarse por separado del gasto público global, debido a que la mayoría recibe subsidios del Estado. El Programa Jefas y Jefes de Hogar Desocupados, se inició en abril y alcanzó –para diciembre de 2002– a 1.856.951 beneficiarios. Aunque no hay datos suficientes para evaluar su impacto en la seguridad alimentaria, su masividad debe haber contribuido a mejorar la capacidad de compra de alimentos de los hogares pobres, aunque el monto sea menor al valor de la canasta básica.

Hipótesis 4: Las estrategias de las familias están orientadas a la protección de sus miembros más vulnerables. Merece destacarse, entre otras, la prolongación de la lactancia materna.

Las estrategias domésticas de consumo son las prácticas que los agregados sociales realizan en el marco de la vida cotidiana para mantener o mejorar la alimentación y las razones, creencias, representaciones o sentidos que se aducen para justificarlas. Se han aislado cuatro prácticas que permiten a las familias bajo la línea de pobreza acceder a más cantidad o mejor calidad de alimentos:

1. Diversificación de las fuentes de ingresos, que comprenden: a) utilización de los distintos mercados de trabajo urbanos, b) desarrollo de redes de amistad, vecindad o parentesco como sistemas de ayuda mutua, c) utilización de variadas formas de asistencia social alimentaria, y d) autoproducción.
2. Diversificación de las fuentes de abastecimiento: utilización simultánea de las ofertas de los circuitos de abasto formal e informal, para abaratar su canasta. Después de 1995, en el circuito formal aparece el "mercado de los pobres" con productos de calidad pero sin marca, en envase pequeño y sin publicidad, que

ha permitido bajar la canasta de consumo un 22% en 1995, y 27% en 1999.¹⁰

3. Manejo de la composición familiar: hasta la década del 90 las familias pobres eran numerosas ya que los niños eran generadores tempranos de ingresos y seguridad. Hoy el sentido del flujo de ingresos ha cambiado, de manera que las unidades domésticas grandes ya no son funcionales en la pobreza.¹¹
4. Autoexplotación, que significa: a) trabajar más (aumentando las horas por trabajador o la cantidad de ocupados por hogar), y b) comer menos (reducir la ingesta, distribuir diferente o bajar la calidad).

Estas prácticas se apoyan en razones, sentidos y saberes que fueron estudiados desde el punto de vista de los actores a través de metodología cualitativa.¹² Estas representaciones comprenden visiones acerca de la vida, las edades, los sexos, la salud y el cuerpo. Se transforman en "principios de incorporación" de la comida construyendo "gustos de clase" donde cada sector se reconoce y se diferencia. La representación de un ideal de cuerpo como "cuerpo fuerte" en la pobreza da sentido a la elección de alimentos "rendidores" (productos "baratos", "que llenen" y "que gusten").

Efectivamente los pobres logran mayor cantidad de alimentos a menor precio, privilegiando los alimentos que dan mayor sensación de saciedad (fideos, papas, pan, carnes grasas y azúcares) y han construido alrededor de ellos un "gusto de lo necesario" que hace que se prefiera lo que de todas maneras se estaría obligado a comer,

Tabla 6. Cobertura aparente de la leche del PMI 1995-2002

Años	Población		Cobertura		
	Meta	aparente	Años	Meta	
1995	1.201.421	49,8	1999	1.267.135	32,1
1996	1.218.241	68,9	2000	1.284.839	43,7
1997	1.235.296	71,7	2001	1.293.358	23,2
1998	1.252.590	44,4	2002	1.293.482	37,3

Fuente: Departamento de Nutrición. Ministerio de Salud.

transformando en virtud la monotonía y protegiendo de la frustración de desear lo imposible.

En dos trabajos realizados en 2000 y 2002^{13,14} se advierte un cambio en las representaciones sobre la lactancia materna en la pobreza, asociándose a un creciente dominio de la mujer de su propio cuerpo y al placer de amamantar. Este registro de nuevos sentidos puede estar asociado al incremento en el promedio de duración de la lactancia para 2002, cercano a los 12 meses, que contribuye a explicar el relativo buen estado nutricional en el primer año de vida.

Un trabajo realizado en la crisis de 1989 señala que las familias con menor disponibilidad hogareña alimentaban proporcionalmente más a los más débiles (bebés, desnutridos y discapacitados) en detrimento de adolescentes, madres y ancianos.¹⁵ Nada indica que haya cambiado esta lógica culturalmente aceptada de la distribución, por lo que se tendería a proteger a los más chicos a expensas de otros miembros, cuyo deterioro se captará en breve.

Con el despliegue de estas estrategias, los hogares pobres lograron optimizar recursos escasos en un 27% en 1995 y 32% en 1999 respecto de las unidades domésticas que no las tenían (migrantes recientes).¹⁰

Si bien esta organización del consumo es racional en términos costo-beneficio, no quiere decir que sea nutricionalmente adecuada. Al contrario, la búsqueda de volumen sostenido por los hidratos (pan, fideos, papas), saciedad (carnes grasas) y sabor (azúcares) coloca a estos hogares en una situación crítica desde el punto de vista nutricional y marca un límite a lo que las estrategias domésticas de consumo pueden lograr: en el corto plazo pueden moderar la crisis de acceso pero a largo plazo condenan a sus portadores a una reproducción limitada con baja calidad de vida.

CONSIDERACIONES FINALES

En síntesis, a pesar de la evolución negativa de todos los indicadores macro de la seguridad alimentaria, el estado nutricional de los niños menores de 6 años que concurren al sistema público de salud no ha empeorado. Debido a que la alimentación es un "hecho social total" es muy probable que todos los factores estén actuando si-

multáneamente para moderar la crisis. Sin embargo, esto configura un equilibrio inestable que, de continuar las mismas tendencias, difícilmente pueda mantenerse en el futuro.

El cambio en el perfil de la población que demanda, no parece tener un efecto importante. Si bien ha aumentado significativamente la población sin cobertura de obras sociales y sistemas prepagos, este fenómeno ya era evidente en 1995 por su vinculación directa con la pérdida del empleo formal.

Ante restricciones en los ingresos, es factible suponer que en primer lugar se afectará la calidad de la dieta, antes que la ingesta energética total y la ingesta proteica que siempre fue alta en nuestro país. Los indicadores antropométricos no son sensibles a cambios tempranos sino que revelan la presencia de un daño instalado. Una limitación en la variedad y calidad de la alimentación podrá condicionar la óptima expresión del potencial de crecimiento y desarrollo de manera más sutil que la que miden los índices antropométricos de crecimiento alcanzado en un punto del tiempo.

La etapa más grave de la crisis no afectó el total del ciclo de máximo crecimiento intrauterino y de los primeros 2 años de vida, debido a que los niños captados en la encuesta 2002/03 experimentaron su efecto sólo durante un año. Desde esta perspectiva, si la inseguridad alimentaria continúa, es posible que su impacto completo sea totalmente evidente hacia el 2004.

Los programas generados desde el Estado, las iniciativas de ayuda comunitaria y las estrategias domésticas para un mejor aprovechamiento de los recursos escasos ciertamente habrán contribuido a atemperar el impacto. El significativo aumento en la duración de la lactancia materna ocupa un lugar de privilegio entre los factores explicativos en los niños más pequeños. Este es fruto del esfuerzo mancomunado y continuo de los programas materno infantiles, las sociedades científicas, los equipos de salud y diversas ONG, con acciones de educación y comunicación social en los últimos años.

Ante la crisis, si bien los indicadores no muestran deterioro, tampoco evidencian el progreso que podría haberse logrado con

acciones integrales y coordinadas desde los distintos sectores. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo E, Longo N y col. Encuesta antropométrica en menores de 6 años bajo Programa Materno Infantil. En: Estudios Antropométricos en la población infanto-juvenil. República Argentina 1993-1996. Ministerio de Salud. Buenos Aires, 1999.
2. United States Department of Health Education and Welfare. Public Health Service. Health Resources Administration. NCHS Growth Charts. Rockville MD 1976; HRA 76-1120, 25 (3).
3. Monza A. La estructura ocupacional en la Argentina. Buenos Aires: UNICEF/Losada, 1993.
4. Torrado S, Lafleure R, Raimondi M. Población y Desarrollo: enfoques teóricos, enfoques políticos. Demografía Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 1997.
5. Calvo EB, Carmuega E, Gnazzo y col. Evaluación del estado nutricional de la población de niños de 9 a 24 meses de edad residente en los partidos del Gran Buenos Aires. Arch Arg Pediatr 1991;89:1332-41.
6. Calvo EB, Islam J, Gnazzo N y col. Encuesta nutricional en niños menores de 2 años de la provincia de misiones. I. Indicadores antropométricos. Arch Arg Pediatr 1987;85:247-57.
7. Shrimpton R, Victoria CG, de Onis M et al. Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions. Pediatrics 2001;107:1-7.
8. WHO Expert Committee. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO Technical Report Series N° 854, 1995.
9. Flood C. 1994-1999. Gasto público social consolidado. Informe de la Secretaría de Planificación Económica. Buenos Aires: Ministerio de Economía, 1999.
10. Aguirre P. 10 años de convertibilidad en la seguridad alimentaria del área metropolitana bonaerense. Una visión desde la antropología alimentaria. En: Desarrollo integral infantil: Un desafío postergado. CCLACYD. Córdoba, 2004.
11. Torrado S. Historia de la familia en la Argentina moderna. Buenos Aires: Librería Santa Fe, 2003.
12. Aguirre P. Aspectos antropológicos de la obesidad en la pobreza. En: Peña M y Bacallao J Comp. La obesidad en la pobreza: Un nuevo reto para la salud pública. Washington, EUA: OPS-OMS. Publicación Científica N° 576, 2001.
13. Aguirre P. Representaciones culturales acerca de la leche. En: Calvo EB y col. Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2001.
14. Aguirre P. Lactancia materna en tiempos de crisis. Congreso Argentino de Pediatría Social. Tucumán, 2003.
15. Aguirre P. How the very poor survive. The impact of hyper-inflationary crisis on low income urban households in Buenos Aires, Argentina. Geo Journal 1994; 34: 295-304. Kluwer Academic Publishers.

No hay mayor violencia que la pobreza.

MAHATMA GANDHI