



UNR Universidad
Nacional de Rosario



**CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN POLÍTICA Y GESTIÓN DE LA

SEGURIDAD ALIMENTARIA

“Estudio de las prácticas alimentarias de niños de 0 a 2 años que asisten al servicio de Atención Primaria de la Salud de Pergamino, como requisito primordial para contribuir a mejorar la Seguridad Alimentaria a nivel local. Año 2019”.

Tesista: Lic. Carrera, Guadalupe María

guadalupecarrera@hotmail.com

Directora: Mg. Mangialavori, Guadalupe Luciana

Rosario, 20 de Noviembre de 2022

Gracias a mi Directora, Mg. Guadalupe Mangialavori, por su profesionalismo y por su entrega generosa en la tarea de guiarme en este trabajo; al Ing. Sergio Defusto por su colaboración en el diseño muestral. Gracias a las familias que accedieron a participar del estudio; a la Secretaría de Salud de Pergamino por permitirme llevarlo a cabo; a mis compañeros de atención primaria por su contribución en la tarea de sensibilización; a mis compañeras de Maestría por la amistad que me regalaron. Gracias a mi familia, por su apoyo incondicional.

El presente trabajo está dedicado a los niños más pequeños; en particular, a aquellos de derechos más postergados. Por ellos elegí esta tarea y a ellos se la dedico, mi fuente de inspiración.

ÍNDICE

I. Resumen y palabras claves	1
Abstract and key words.....	2
II. Introducción	4
Marco teórico.....	5
Concepto y dimensiones de la Seguridad Alimentaria	5
Definiciones teóricas utilizadas	8
Uso e interpretación de la antropometría en la evaluación nutricional infantil ...	12
La alimentación en los primeros mil días	14
Alimentación en menores de 6 meses	19
Alimentación en niños de 6 a 24 meses.....	29
Antecedentes	33
Precedentes en el plano internacional	33
Alimentación en la primera infancia en Argentina	44
Antecedentes en el ámbito local	52
Objetivos	53
Justificación.....	54
III. Hipótesis.....	55
IV. Materiales y métodos.....	57
Definición operacional de las variables y categorías.....	60
V. Resultados.....	67
Datos generales	68
Condiciones socioeconómicas	68
Lactancia materna.....	69
Suplementación con hierro.....	76
Alimentación complementaria y comensalidad	78
Antropometría.....	81
Asistencia alimentaria.....	85
VI. Discusión de resultados.....	87
VII. Relevancia para la Salud Pública.....	92
VIII. Consideraciones finales	96
IX. Referencias bibliográficas.....	100
X. Anexo	114

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1. <i>Porcentaje de destete según edad. Pergamino, 2019</i>	71
Gráfico 2. <i>Porcentaje de Lactancia Materna continuada al año y a los dos años según CS. Pergamino, 2019</i>	72
Gráfico 3. <i>Porcentaje de destete según situación laboral de la madre. Pergamino, 2019</i>	74
Gráfico 4. <i>Porcentaje de Alimentación Complementaria según momento de inicio. Pergamino, 2019</i>	78
Gráfico 5. <i>Porcentaje de los problemas nutricionales según evaluación antropométrica. Pergamino, 2019</i>	83
Gráfico 6. <i>Porcentaje de niños de 6 a 23 meses según categorías de diagnóstico antropométrico, comparado con datos nacionales. Pergamino, 2019</i>	84
Gráfico 7. <i>Tipo de leche recibida de programas alimentarios según edad. Pergamino, 2019</i>	85
Tabla 1. <i>Porcentaje de madres según rango etario y CS. Pergamino, 2019</i>	68
Tabla 2. <i>Porcentaje de inicio de Lactancia Materna. Pergamino, 2019</i>	70
Tabla 3. <i>Motivos de abandono de Lactancia Materna, según edad y CS. Pergamino, 2019</i>	75
Tabla 4. <i>Consumo de suplementos de hierro (%). Niños de 0 a 23 meses, según CS, edad y motivo de abandono. Pergamino, 2019</i>	77
Tabla 5. <i>Pautas de alimentación complementaria en niños de 6 a 23 meses. Pergamino, 2019</i>	80
Tabla 6. <i>Procedencia del agua de bebida (%) según edad del niño. Pergamino, 2019</i>	81
Tabla 7. <i>Porcentaje de valores antropométricos según CS. Pergamino, 2019</i> .	82

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

- AC: Alimentación Complementaria
- ACO: Alimentación Complementaria Oportuna
- APS: Atención Primaria de la Salud
- CDN: Convención sobre los Derechos del Niño
- CS: Centro de Salud
- DE: desvíos estándar
- ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles
- ENNyS: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud
- FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
- LM: Lactancia Materna
- LME: Lactancia Materna Exclusiva
- LVE: leche de vaca entera
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- SCN: Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

I. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

Introducción. En el partido de Pergamino se desconocen las características de la alimentación del lactante y del niño¹ pequeño. Este desconocimiento es un obstáculo para la orientación de las acciones en salud y para asignar correctamente los recursos tendientes a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo etario. El objetivo del presente trabajo es describir las prácticas de alimentación de niños de 0 a 24 meses que asisten al servicio de Atención Primaria de la Salud de Pergamino. *Métodos.* Se aplicó un cuestionario semi estructurado al adulto responsable del niño que asistió a consulta pediátrica en 3 centros de salud durante el año 2019; también se relevaron datos antropométricos a partir de la historia clínica del niño. *Resultados.* Se observó baja prevalencia de lactancia materna exclusiva (35,6%) e importante descenso de lactancia a mayor edad, con diferencias relevantes entre los 3 centros de salud. Se advirtió muy bajo consumo de suplementos de hierro (16%) e ingesta de leche de vaca común en casi el 90% de los niños desde los 6 meses. La prevalencia de acortamiento fue 28,9%; 17,7% presentó sobrepeso y 3,2% bajo peso, con diferencias notorias en los 3 centros de salud. *Conclusiones.* Se observan inadecuaciones en la práctica de la lactancia y en la alimentación complementaria, que contribuyen a la coexistencia de condiciones de déficit y exceso, siendo el acortamiento y el sobrepeso las más prevalentes en la población estudiada. *Palabras claves:* Estado nutricional, alimentación infantil, lactancia materna, encuesta.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Introduction. In Pergamino, the characteristics of infant feeding are unknown. Data availability on nutrition status from vulnerable population groups is essential for the design and evaluation of public health interventions. The purpose of the present study was to describe the feeding practices of children under the age of 2 years assisted at the Pergamino's Primary Health Care services. *Methods.* A semi-structured questionnaire was applied to caregivers

¹ Léase niños y niñas a través del documento.

of children who attended consultation in any of the 3 health centers during 2019; anthropometric data were collected from the child's medical records. *Results.* There was a low prevalence of exclusive breastfeeding (35.6%) and a progressive decrease at older ages, with marked differences between the 3 centers. Other findings were very low consumption of iron supplements (16%); early incorporation of food before 6 months in (1 out of every 2 children); and cow's milk intake in almost 90% of children aged 6 months. The prevalence of stunting, overweight and wasting was 28.9%, 17.7% and 3.2% respectively, with marked differences in the 3 health centers. *Conclusions.* There are inadequacies in the practice of breastfeeding and complementary feeding, which contributes to the coexistence of deficit and excess conditions, being stunting and overweight the most prevalent in this population. *Key words:* *Nutrition status, infant feeding, breastfeeding, survey.*

II. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

Concepto y dimensiones de la Seguridad Alimentaria

El derecho humano a la alimentación, esencial para la supervivencia humana, fue reconocido internacionalmente por primera vez por las Naciones Unidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 y luego en el pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1966. El concepto de seguridad alimentaria surge en la década del '70, no como lo conocemos ahora, sino basado en la producción y disponibilidad alimentaria; en los años '80, se añadió la idea del acceso, tanto económico como físico; y en la Cumbre Mundial de la Alimentación en 1996, se llegó al concepto actual que incorpora la inocuidad y las preferencias culturales, y se reafirma la seguridad alimentaria como un derecho humano. Según la definición planteada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (2016: 11):

“Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana”.

En esa misma Cumbre, dirigentes de 185 países y de la Comunidad Europea reafirmaron, en la Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial: "es el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos sanos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación apropiada y con el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre" (FAO 1996: 1). Para considerar adecuados los alimentos, deben ser culturalmente aceptables y que se produzcan en forma sostenible para el medio ambiente y la sociedad; y su suministro no debe interferir con el disfrute de otros derechos humanos, por ejemplo, no debe costar tanto adquirir los alimentos necesarios, que se pongan en peligro otros derechos socioeconómicos, civiles o políticos.

Según PNUD y FAO (2016), si la seguridad alimentaria no se logra, lo que sobreviene es la malnutrición en cualquiera de sus expresiones, con consecuencias potencialmente negativas para el bienestar mental, social y físico; por ello, representa una prioridad indiscutible de la política pública y un derecho básico para garantizar el sostenimiento de la vida y una vida saludable. La inseguridad alimentaria es entendida por la FAO (2019) como la interrupción parcial o total en el acceso a los alimentos, o la disminución en los niveles de consumo, que puede presentarse de forma grave o moderada; la *inseguridad alimentaria grave* está asociada al concepto del hambre², como consecuencia de no disponer de alimento en cantidad suficiente para cubrir las necesidades energéticas del organismo; la *inseguridad alimentaria de nivel moderado*, es entendida como la incertidumbre en el acceso a alimentos de calidad, o en cantidad suficientes pero no tan extrema como para ocasionar una ingesta de energía alimentaria insuficiente, lo cual disminuye la calidad de la dieta, altera los hábitos alimentarios normales y puede aumentar el riesgo de padecer formas aparentemente divergentes de malnutrición, que incluyen el sobrepeso y la obesidad.

La FAO (2019) propone que la malnutrición, que es el fruto de déficits, excesos o desequilibrios en el consumo de macro y/o micronutrientes³, puede ser resultado de la inseguridad alimentaria, o bien estar relacionada con factores no dietéticos. Aunque el concepto de seguridad alimentaria, está estrechamente relacionado a los conceptos de malnutrición y pobreza⁴, la relación entre ellos es multidireccional. Si bien la pobreza es una de las causas subyacentes de la inseguridad alimentaria y la malnutrición, no todas

² El hambre (o subalimentación) según FAO (2019) es el malestar físico ocasionado por una carencia grave de energía alimentaria.

³ Los *macronutrientes* son las proteínas, los carbohidratos y los lípidos que están disponibles para la obtención de energía; se miden en gramos. Los *micronutrientes* son las vitaminas, minerales y otras sustancias que el organismo necesita en pequeñas cantidades; se miden en miligramos o microgramos.

⁴ El Observatorio de la Deuda Social de la UCA (ODSA-UCA) (2017) define a la pobreza como la incapacidad teórica de acceder por parte de los hogares, a través del ingreso monetario corriente en un mes o período de referencia, al valor de mercado de un conjunto de bienes y servicios básicos necesarios para la subsistencia de sus miembros.

las personas que padecen inseguridad alimentaria y malnutrición viven necesariamente en los hogares más pobres. Así como también es importante tener presente que la reducción de la pobreza no garantiza el aumento de la seguridad alimentaria y, aun cuando esto sucede, dicho aumento no implica necesariamente una mejora del estado nutricional. De acuerdo al Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas (SCN) (2002), existen múltiples caminos que llevan a la malnutrición como la falta de acceso a los servicios de salud, prácticas inadecuadas del cuidado de los niños, el pobre saneamiento ambiental, la falta de acceso a agua apta para el consumo humano, los cuales son factores de base fundamentales para la seguridad alimentaria y la nutrición, que exceden la mera disponibilidad o elección de alimentos saludables. Las acciones tendientes a mejorar la seguridad alimentaria de una población, como los programas de protección social y de asistencia alimentaria entre otras, deben ser por lo tanto, de carácter multisectorial; deben estar dirigidas a la persona con el propósito de aumentar la capacidad que esta tiene de tomar las mejores decisiones con respecto a su alimentación; y al mismo tiempo considerar los aspectos vinculados al contexto, que no dependen del individuo, en pos de enfrentar las circunstancias estructurales que lo condicionan, como factores climáticos, sociales, políticos o económicos, tal como se propuso en la 65ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012a).

Según PNUD y FAO (2016), la definición de seguridad alimentaria plantea cuatro dimensiones primordiales: 1-disponibilidad física de los alimentos, 2-acceso económico y físico a los alimentos, 3-la utilización de los alimentos, y 4-la estabilidad en el tiempo de las tres dimensiones anteriores. En el presente trabajo se abordan principalmente aquellos factores relacionados con la *utilización de los alimentos* y particularmente el período posnatal hasta los 2 años. Esta dimensión está relacionada con la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios; se refiere a que las existencias alimentarias en los hogares respondan a las necesidades nutricionales y a las preferencias alimentarias; también tiene en cuenta el uso biológico individual de los alimentos (que responde a los procesos de

ingestión, absorción y utilización de los mismos), aspectos como el acceso a agua segura, así como la educación o el conocimiento para realizar una correcta selección, preparación y distribución de alimentos dentro del hogar.

Definiciones teóricas utilizadas

- Alimentación Complementaria Oportuna (ACO): es el proceso de “introducción de alimentos líquidos o sólidos cuyo fin es complementar la lactancia para cubrir los requerimientos nutricionales, y que no debe realizarse antes del 6to. mes de edad del niño” (Ministerio de Salud de la Nación 2010b: 9). “El término *oportuna* hace referencia al momento óptimo de introducción de alimentos complementarios” (Ministerio de Salud de la Nación 2010a: 10), ya que debe realizarse al 6to. mes de edad del niño, y no antes ni después (180 días de vida cumplidos), y se extiende aproximadamente hasta el final del primer año. Constituye un período de transición desde una dieta basada en la leche materna (o algún sustituto de la misma), hacia la incorporación total del niño a la mesa familiar.
- Alimentación Complementaria Temprana: “es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos entre el 4to. y 6to. mes de edad del niño” (Ministerio de Salud de la Nación 2010b: 9).
- Alimentación Complementaria Muy Temprana: “es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos antes del 4to. mes de edad del niño” (Ministerio de Salud de la Nación 2010b: 9).
- Alimentación Complementaria Tardía: se calcula como “la proporción de niños entre 7 y 10 meses que no reciben alimentos diferentes del pecho materno u otros tipos de leches” (Ministerio de Salud de la Nación 2010b: 42).

- Bajo peso al nacer: La Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (2017: 23) define como “bajo peso al nacer al inferior a 2.500 gramos (hasta 2.499 gramos inclusive)”; el cual representa un problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo.
- Destete: el Ministerio de Salud de la Nación (2017) reconoce como destete al fin de la lactancia.
- Diversidad Alimentaria Mínima (o variedad mínima recomendada): se calcula como la proporción de niños de 6 a 23 meses que recibieron alimentos de 4 o más grupos alimentarios⁵ el día anterior; lo cual se establece considerando la recomendación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2016b) de que los niños a esta edad coman un mínimo de cuatro grupos de alimentos.
- Edad gestacional: “La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas” (DEIS 2017: 23). Se divide así a tres grupos considerando: “1-Pretérmino: menos de 37 semanas completas; 2-A término: de 37 a 41 semanas completas; 3-Postérmino: 42 semanas completas o más” (DEIS 2017: 23).
- Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): según el Ministerio de Salud de la Nación (2012), están representadas por las enfermedades cardíaco y cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes y las

⁵ Grupo de alimento: el Ministerio de Salud de la Nación (2016) considera bajo esta definición al conjunto de alimentos cuya composición química es similar y por tal motivo pueden ser agrupados. La Guía Alimentaria para la Población Argentina los categoriza en seis grupos: 1-Verduras y frutas; 2-Legumbres, cereales, papa, pan y pasta; 3-Leche, yogur y queso; 4-Carnes y huevos; 5-Aceites, frutas secas y semillas; 6-Alimentos de consumo opcional (altos en grasa, azúcar y/o sal).

enfermedades respiratorias crónicas; son una epidemia global y constituyen la principal amenaza actual para la salud humana.

- Entorno obesogénico: La OMS (2016b) lo describe como aquel conjunto de factores externos propios del contexto, que favorece el desarrollo de la obesidad o que estimula hábitos y comportamientos que conducen al exceso de peso, como el fomento de la ingesta calórica elevada y el sedentarismo.
- Historia alimentaria (o historia dietética): es un método de evaluación nutricional que de acuerdo al Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (2006), consiste en indagar acerca de la ingesta usual de alimentos de una persona, detalles de las características de esos alimentos, además de su frecuencia y cantidad.
- Lactancia Artificial: el Ministerio de Salud de la Nación (2010b) la define como el consumo de leches diferentes de la materna en niños menores de 2 años, lo cual incluye leches animales (vaca, oveja o cabra) y fórmulas lácteas (de inicio o seguimiento), estén o no modificadas para adecuarse a las necesidades del lactante.
- Lactancia materna continuada al año de edad: según el Ministerio de Salud de la Nación (2010b: 11) “se define bajo este término al consumo de leche materna entre los 12 y 15 meses de edad”.
- Lactancia materna continuada a los dos años de edad: según el Ministerio de Salud de la Nación (2010b: 11) “se define bajo este término al consumo de leche materna entre los 20 y 23 meses de edad”.
- Lactancia Materna Exclusiva (LME): el Ministerio de Salud de la Nación (2010b) contempla bajo esta categoría a los niños menores de 6 meses

alimentados exclusivamente con leche materna y/o leche de banco de leche humana⁶ o de nodriza⁷, que puede ser administrada directo del pecho, en biberón o similar. Durante la LME el lactante⁸ no recibe ningún otro tipo de líquidos o sólidos, ni agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas, minerales o medicamentos.

- Primera infancia: “sus definiciones varían y algunas incluyen una fase que se extiende hasta los 8 años de edad” (UNICEF 2017: 9). UNICEF (2017: 9/10) “la define como el período de entre 0 a 5 años de edad y distingue tres fases”: 1-De la concepción al nacimiento; 2- Del nacimiento a los 3 años; 3- Desde los 3 a los 5 años, que es la edad a la que un niño comienza a acudir a la escuela”.
- Primeros 1000 días: “se conoce como los primeros mil días a los 290 días desde la concepción al nacimiento más 730 días de los dos años posteriores al nacimiento” (Mahan y Escott-Stump 2000: 167/195).
- Productos ultraprocesados: según OPS (2015: 5/11) “son formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas”, “que contienen pocos alimentos enteros o ninguno”; “son extremadamente sabrosos”, con un alto contenido de energía y con bajos niveles de nutrientes esenciales; y que por su alto contenido en grasas, azúcares y/o sal, son nocivos para la salud a todas las edades. Se comercializan “listos para consumirse o para calentar y, por lo tanto, requieren poca o ninguna preparación culinaria”.

⁶ Se entiende por Banco de Leche Materna al servicio especializado, responsable de la recolección, transporte, procesamiento, control de calidad, conservación y distribución de la leche humana (Ley 26.873 (2015).

⁷ Nodriza: mujer sustituta de la madre en la lactancia y/o cuidados del niño.

⁸ Lactante: hace referencia a los menores de 12 meses (OMS 2016b).

- Sucedáneo de la leche materna: es según OMS (2017b: 9) “cualquier producto lácteo” o que se pueda utilizar como sustituto de la leche materna, “que se comercialice específicamente para alimentar a lactantes y niños de hasta 3 años de edad, incluidas las preparaciones complementarias” y las fórmulas lácteas de inicio o seguimiento.

Uso e interpretación de la antropometría en la evaluación nutricional infantil

Como explica Calvo et al. (2009: 13), desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad los niños crecen, en promedio, “unos 25 cm/año en el primer año y unos 12 cm/año en el segundo”; dicha velocidad de crecimiento “no se volverá a alcanzar en ninguna otra etapa de la vida postnatal. Es por ello que el monitoreo del crecimiento adquiere particular relevancia en esta etapa como indicador positivo de salud”. En tal sentido, este autor refiere que la valoración del estado nutricional a partir de mediciones e indicadores antropométricos constituye una herramienta valiosa, especialmente en estudios epidemiológicos. Si bien se trata de una práctica muy extendida en la Atención Primaria de la Salud (APS), “esta cotidianeidad puede conducir a la automatización” y/o a la falta de análisis de dichas mediciones, “y que como consecuencia no se obtenga de ella toda la información que puede brindar para la evaluación” y la toma de decisiones a nivel individual o poblacional (Calvo et al. 2009: 13).

La antropometría, de acuerdo a Calvo et al. (2009: 14), “ha sido ampliamente utilizada como un indicador que resume varias condiciones relacionadas con la salud y la nutrición”; “su bajo costo, simplicidad, validez y aceptación social justifican su uso en la vigilancia nutricional, y particularmente en aquellas poblaciones más vulnerables”; “hace posible la identificación de individuos o poblaciones en riesgo, reflejo de situaciones pasadas o presentes, y también predecir riesgos a futuro”; permite seleccionar grupos de individuos específicos “para la implementación de intervenciones y posibilita la evaluación de dichas intervenciones” (Calvo et al. 2009: 14).

“Los índices antropométricos son combinaciones de medidas” del cuerpo que “pueden relacionarse con estándares de normalidad según edad y sexo”, a partir del uso de tablas de referencia (Calvo et al. 2009: 15). Se detallan a continuación los indicadores antropométricos considerados en el presente trabajo y su correspondiente interpretación.

- **Peso/Edad:** Es un índice compuesto, que “refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica” (Calvo et al. 2009: 15). Según el Ministerio de Salud de la Nación (2009), un peso corporal menor a la media para su sexo y edad es considerado *bajo peso* (o insuficiencia ponderal), el cual puede relacionarse con una insuficiente alimentación, antecedentes de desnutrición o salud delicada.
- **Longitud/Edad:** “refleja el crecimiento lineal alcanzado en altura en relación con la edad cronológica” (Calvo et al. 2009: 15). El *acortamiento* (o retraso en el crecimiento), es decir, una baja longitud en relación con la edad, es una forma de malnutrición asociada con la desnutrición crónica, en la que “confluyen muchos factores adversos del niño y su ambiente”, y está relacionada con discapacidades cognitivas que afectan la capacidad del niño para aprender en la escuela y obtener ingresos durante la vida adulta (Calvo et al. 2009: 56). Mientras que “las alteraciones en la talla son reversibles durante los primeros 2 a 3 años de vida, luego pueden representar una situación secular difícilmente recuperable”; debido a ello, “la detección temprana del inicio de estos retardos es esencial” (Calvo et al. 2009: 56).
- **Peso/Longitud:** “refleja el peso relativo para una estatura dada y define la proporcionalidad de la masa corporal” (Calvo et al. 2009: 15). Según Calvo et al. (2009) un bajo peso para la talla indica *emaciación* (o desnutrición aguda) y un peso para la longitud elevado representa exceso de peso (*sobrepeso u obesidad*).

La alimentación en los primeros mil días

La etapa más temprana de la vida del ser humano, desde la concepción hasta los dos años de un niño, se conoce como los primeros mil días, según propone Moor et al. (2017). Langley-Evans (2015) reconoce que esta etapa se caracteriza por un rápido crecimiento y desarrollo, constituyendo un periodo de una gran sensibilidad a las experiencias y exposiciones a diferentes circunstancias del ambiente, por lo que se la considera de interés primordial para la salud. “Los primeros mil días representan una ventana de oportunidad” para maximizar la salud no sólo de los menores de dos años, sino también para impactar sobre la salud de las siguientes generaciones, ya que este impacto temprano tiene un factor de influencia a largo plazo también (Mahan y Escott-Stump 2000: 167/195). “Existen numerosos factores que tienen especial relevancia en esta etapa, como la nutrición, el consumo prenatal de sustancias tóxicas” (alcohol, drogas, etc.), o aspectos sociales diversos (Moor et al. 2017: 11).

Según SCN (2002), las prácticas de alimentación tienen efectos directos sobre la salud y el desarrollo de las capacidades a lo largo de la vida, y de forma más crítica en los primeros mil días. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010) y Moor et al. (2017), enfatizan que existen pruebas claras de que la nutrición en la primera infancia en el feto, el lactante y el niño pequeño⁹ puede tener profundos efectos sobre su salud en el corto y largo plazo, y que las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez. Debido a ello es un período clave para contribuir a mejorar la seguridad alimentaria y para que los responsables gubernamentales, los profesionales de la salud y las familias actúen en consecuencia. UNICEF (2016a) argumenta que no invertir en ello tiene un costo elevado para los países¹⁰ y para la vida del niño, al verse comprometida su salud, su capacidad para aprender, resolver problemas y relacionarse con

⁹ Según OMS (2016b) niño pequeño es el menor de 5 años.

¹⁰ “Especialmente como producto de la pérdida de años de vida productivos y los elevados costos del tratamiento de las enfermedades crónicas” (UNICEF 2019a: 8).

los demás. Se debe considerar sin embargo, que la alimentación luego de los dos años de vida del niño continuará influenciando también su salud inmediata y futura, y que nunca es demasiado tarde para hacer cambios positivos en la alimentación; de todas formas, “invertir los efectos de los agravios tempranos se vuelve progresivamente más difícil después de los primeros mil días” (Moor et al. 2017: 70).

Según SCN (2002) y OMS (2017a), todas las formas de malnutrición, ya sean por déficit o por exceso pueden ocasionar daños y están interconectadas en todo el ciclo de vida, por lo que es necesario actuar temprano, desde el embarazo e incluso desde la preconcepción, para prevenir consecuencias negativas. Entendiendo que se trata de una inversión de alta prioridad, no sólo para la salud individual y la salud pública, sino también para el potencial educativo y el crecimiento económico de una sociedad. Más aún, el ciclo intergeneracional de la pobreza tiene mayor probabilidad de romperse, y la mortalidad infantil de disminuir cuando se les da a los niños una adecuada iniciación nutricional. En relación a ello, UNICEF (2016a) argumenta que con intervenciones tempranas, las inequidades y disparidades sociales tienden a erradicarse; y que de acuerdo a estudios recientes, es sabido que los niños de familias pobres que reciben estímulos de calidad a una edad temprana tendrán un ingreso 25% más, como adultos, que aquellos niños que no se beneficiaron de dichas intervenciones.

Como explican el Ministerio de Salud de la Nación (2010b) y Moor et al. (2017), la primera infancia representa en sí misma una etapa de alta vulnerabilidad nutricional, por tratarse de un momento en el que el niño es completamente dependiente de otros para satisfacer sus necesidades; la velocidad del crecimiento es máxima, lo cual condiciona elevados requerimientos nutricionales, sumado a una capacidad de ingesta en volumen limitada¹¹; asimismo, se trata de un período fundante en materia de hábitos,

¹¹ La capacidad gástrica de un recién nacido es de 10 a 20ml, la cual va aumentando hasta alcanzar los 300ml al año de vida.

ya que las pautas alimentarias aprendidas durante los primeros años sientan las bases para la conformación de los hábitos alimentarios del individuo a largo plazo.

“Las carencias alimentarias en la infancia, en cantidad y calidad, exponen al niño a una situación de extrema vulnerabilidad, en la medida que comprometen el sostenimiento de la vida y el ejercicio de otros derechos que hacen al desarrollo humano” (Tuñón 2016: 18/19).

Según SCN (2002), la nutrición insuficiente y la restricción en la ingesta durante este período aumenta la incidencia, la severidad y la duración de enfermedades, puede aumentar el riesgo de infección, debilitar el sistema inmunitario, dar lugar a retraso en el crecimiento permanente y entorpecer el desarrollo de capacidades como el desarrollo intelectual, las habilidades motrices y sensoriales; la desnutrición está asociada a su vez, según aseguran OPS (2010) y OMS (2012a), con al menos el 35% de las muertes que ocurren en la niñez y es la principal causa que evita que los niños que sobreviven alcancen su completo potencial de desarrollo; y “si las mujeres fueron desnutridas durante la niñez, se afectará su capacidad reproductiva; sus hijos pueden nacer con peso bajo y pueden tener mayor riesgo de partos complicados” (OPS 2010: 3).

“En los primeros años de vida los niños son particularmente susceptibles a la anemia ferropénica¹² por sus mayores necesidades de hierro en los periodos de rápido crecimiento, especialmente en los primeros 5 años de vida” (OMS 2012b: 2).

¹² Se define *anemia* a la “disminución de la masa de glóbulos rojos y/o de la concentración de hemoglobina por debajo del segundo desvío estándar respecto de la media para edad y sexo” (Comité Nacional de Hematología y Comité Nacional de Nutrición 2017: 1).

La anemia “afecta la respuesta inmune y la resistencia a las infecciones, el metabolismo del músculo, el desarrollo intelectual, la capacidad cognitiva y de trabajo, y la regulación de la temperatura corporal” (Kogan et al. 2008: 5). “Debido a su expresión silenciosa y en la medida que es prácticamente asintomática hasta que se expresa en formas graves, se la conoce como una forma de desnutrición oculta” (Biglieri et al. 2009: 404); y entonces, su falta de reconocimiento torna difícil la posibilidad de su erradicación. Según el Comité Nacional de Hematología, Oncología y Medicina Transfusional (CNHOMT) y el Comité Nacional de Nutrición (CNN) (2017), el recién nacido tiene reservas adecuadas de hierro suficientes para cubrir los requerimientos hasta los 6 meses de edad, provenientes principalmente del aporte de hierro materno durante la gestación; aunque el contenido de hierro de la leche materna es bajo, es suficiente y bien absorbido, por lo que los niños alimentados a pecho tienen cubierto su requerimiento de hierro hasta los 6 meses de edad, como también aquellos alimentados con fórmulas lácteas ya que contienen hierro en su composición; no así los alimentados con leche de vaca común, ya que tiene un contenido incluso más bajo de hierro y de baja biodisponibilidad para el lactante.

“A partir de los 6 meses de vida, el niño depende, en gran medida, de la ingesta dietética para mantener un balance adecuado de hierro, por lo cual la deficiencia de hierro y la anemia ferropénica en el lactante y en la primera infancia, generalmente, están determinadas por una dieta insuficiente o mal balanceada. La introducción tardía de alimentos ricos en hierro de alta biodisponibilidad (carnes) y/o la incorporación temprana de leche de vaca _antes de los 6 meses de edad_ y/o las papillas a base de tubérculos o cereales no fortificados son causas frecuentes e importantes” (CNHOMT y CNN 2017: 70).

Debido a ello y considerando que el hierro es un nutriente esencial para el desarrollo y el crecimiento y que la carencia de hierro reduce la capacidad de aprendizaje, la OMS (2016a) recomienda la suplementación oral con hierro

como una de las intervenciones que pueden reducir la prevalencia de la anemia ferropénica, con especial énfasis en grupos de riesgo como los niños menores de 2 años .

Por otra parte, en materia de sobrepeso, Moor et al. (2017) enfatiza que el excesivo y rápido aumento de peso en la infancia, se ha relacionado con la obesidad en etapas posteriores de la vida, así como también con diversos factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en el adulto. Según UNICEF (2019^a: 5), el sobrepeso en los niños puede llevar a la aparición temprana de la diabetes tipo 2, del estigma y de la depresión; también “está relacionada con múltiples problemas psicosociales como un peor rendimiento escolar y menor productividad laboral en la vida adulta”. Como contraparte, la OMS (2016b) hace hincapié en que una adecuada nutrición en las etapas tempranas del crecimiento disminuye el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), contribuyendo así a revertir la tendencia mundial creciente de obesidad y enfermedades asociadas.

Según la Guía Alimentaria para la Población Infantil del Ministerio de Salud de la Nación (2010a: 7), “para los seres humanos, alimentarse significa mucho más que comer”; por lo que la calidad de la alimentación debe ser estudiada, no sólo desde lo estrictamente nutricional, sino también desde el análisis de los aspectos vinculados a la comensalidad, es decir la forma en que esos alimentos se comparten, como son por ejemplo, el modo en que los alimentos son provistos al niño “y el ambiente que rodea el momento de la alimentación” (Ministerio de Salud de la Nación 2010b: 27); ya que dichos factores son tan importantes como la calidad en relación a nutrientes.

“La alimentación de un niño, además de ser fuente de energía y nutrientes, también es uno de los factores más importantes para su desarrollo integral como persona, a partir de la experiencia de intercambio entre el pequeño y quien le brinda junto al alimento,

cuidados y afecto, por medio de formas sutiles de comunicación y de integración social y cultural” (Ministerio de Salud de la Nación 2010a: 7).

“El vínculo afectivo entre la madre y el bebé, o la persona que le propicia cuidados, es reconocido desde hace tiempo como un componente fundamental para la estructuración del psiquismo y para lograr un desarrollo psicosocial adecuado” (Ministerio de Salud de la Nación 2010a: 7).

Este aspecto de la alimentación es destacado por Tuñón (2016: 22) en su obra al expresar:

“Desde el momento del nacimiento, niños y niñas viven el alimento como una de las primeras formas de relación. Es el inicio de la reciprocidad y el intercambio interpersonal para la sociabilidad; primero en el ámbito doméstico y posteriormente en otros ámbitos sociales más amplios”.

En relación a ello, el Ministerio de Salud de la Nación (2010b) recomienda establecer pautas de conducta relacionadas con la alimentación perceptiva como: alimentar directamente del pecho a los lactantes, que los niños mayores sean asistidos por un adulto cuando comen por sí solos, así como también minimizar las distracciones al comer (como mirar televisión y otras pantallas); permitir que los niños toquen los alimentos con sus manos, utilizar los momentos de la comida como situaciones de aprendizaje, hablándoles a los niños, manteniendo contacto visual, respondiendo a sus señales de hambre y satisfacción, alimentándolos despacio y “animando a los niños a comer, pero sin forzarlos” (OPS 2003: 10).

Alimentación en menores de 6 meses

Como ya se mencionó, desde el inicio de la vida extrauterina, el tipo de alimentación seleccionada tendrá una notable influencia en la salud a corto,

mediano y largo plazo, siendo las recomendaciones de la OPS (2003) y del Ministerio de Salud de la Nación (2010a) para una alimentación infantil óptima las siguientes: Lactancia Materna Exclusiva (LME) inmediatamente después del parto y durante los primeros 6 meses de vida, *a libre demanda*; y alimentación complementaria (AC), adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna (LM) hasta los dos años de edad o más. UNICEF (2016b: 1/8) refiere que “iniciar el amamantamiento dentro de la primera hora posterior al parto” y continuar haciéndolo como única forma de alimentación hasta los 6 meses, proporciona a los bebés la mejor nutrición posible; incluso establece un vínculo entre la madre y el niño, en un momento crucial en el que la nutrición apropiada, la estimulación y la atención contribuyen al buen desarrollo del cerebro del niño.

La OPS (2010: 32) reconoce que el contacto temprano en “la primera hora de la vida del recién nacido es de enorme importancia para el inicio y continuación de la LM”; y que “la demora en el inicio de la lactancia materna, después de la primera hora, incrementa el riesgo de mortalidad neonatal, en particular de las muertes neonatales debido a infecciones”; incluso en una relación riesgo-tiempo de ocurrencia, según argumenta la OPS (2010), ya que a mayor retraso en el inicio, mayor es el riesgo de mortalidad que se ha observado. En tal sentido, este mismo organismo propone que se debe fomentar que las madres den de lactar “*a demanda*”, lo que significa que “el lactante requiere ser amamantado tan frecuentemente y por tanto tiempo como él o ella lo desee, tanto en el día como en la noche”, siempre que presenten signos que muestren que se encuentran listos para ser alimentados (OPS 2010: 17); la lactancia a demanda estimula el pezón y promueve la producción de leche y ayuda a evitar la congestión de los pechos. En relación a la ingesta de agua en menores de 6 meses, la OPS (2010: 6) explica que:

“Varios estudios han demostrado que, si los lactantes sanos reciben lactancia materna exclusiva, no requieren agua adicional durante los primeros 6 meses de vida, incluso en climas cálidos. La leche materna,

que está compuesta por un 88% de agua, es suficiente para satisfacer la sed del lactante. Los líquidos adicionales desplazan la leche materna y no incrementan la ingesta total”.

La OPS (2003: 11) refiere además que la ingesta de agua en menores de 6 meses también puede exponer al niño a organismos patógenos que causan diarrea, especialmente en ambientes con falta de acceso al agua segura y/o con poca higiene y sanidad.

La LM proporciona seguridad alimentaria al infante, desde el principio de su vida. Según la FAO (2002: 1), si la técnica de lactancia es satisfactoria, la LME durante los primeros 180 días de vida cubre los requerimientos de energía y de nutrientes para la gran mayoría de niños y reduce la morbi-mortalidad en niños pequeños; así como también cubre las necesidades psicoafectivas del bebé al favorecer y fortalecer el apego madre-hijo, la sensación de protección y seguridad del niño, que al mismo tiempo reafirma en la madre y en la familia su competencia para la crianza. El Ministerio de Salud de la Nación (2018: 7) asegura que:

“Prácticamente todos los lactantes pueden recibir leche materna y todas las mujeres pueden amamantar; solamente existen algunas contraindicaciones documentadas (totales o parciales) como la galactosemia congénita, el VIH¹³ o la fenilcetonuria”.

Pero sí existen en cambio, según OPS (2010) y FAO (2002), numerosos impedimentos socioculturales, mitos y creencias vinculados a la LM; en diversos estudios se cita a la producción de leche insuficiente o “síndrome de leche insuficiente”, como uno de los motivos más comunes de las madres para terminar de manera precoz la lactancia o para iniciar una rápida

¹³ VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

suplementación con otros alimentos, en especial con fórmula láctea. Al respecto, OPS (2010: 75) afirma:

“El problema más común, descrito por las madres, es la creencia de que no tienen leche suficiente. En muchos casos, el lactante en realidad está obteniendo toda la leche que necesita y el problema es la percepción de la madre de que su producción de leche es insuficiente. En algunos casos, el lactante realmente tiene una baja ingesta de leche, que es insuficiente para sus necesidades. Ocasionalmente, esto se debe a que la madre tiene una baja producción de leche de causa fisiológica o patológica. Sin embargo, generalmente la razón del poco aporte es un problema de técnica o del patrón de lactancia. Si la técnica de la lactancia materna o el patrón mejoran, la ingesta del lactante se incrementa”.

FAO (2002) propone que la solución a la falta de producción de leche consiste principalmente en poner al niño al pecho con más frecuencia para aumentar así el estímulo de los pezones; explica que la succión del pezón estimula la glándula pituitaria en el cerebro para producir las hormonas involucradas en la lactancia: la prolactina, que influye sobre los alvéolos mamarios para producir la leche, y la oxitocina, que se desplaza a los pechos y causa contracciones en los alvéolos y los conductos mamarios para permitir la salida (o eyección) de la leche. Esto quiere decir que “mientras más succiona el bebé, mayor cantidad de leche producirá la madre” (FAO 2002: 1); también resulta necesario evitar el vaciamiento incompleto de las mamas, que actúa como un feed-back inhibitor en la producción de leche; el completo vaciamiento de los pechos estimula el mecanismo fisiológico que da lugar a la producción de la leche. Por el contrario, “el consejo de suministrar o aumentar el suplemento casi siempre contribuye a reducir la producción de leche materna” (FAO 2002: 1). El Ministerio de Salud de la Nación (2018: 7) hace hincapié en el rol del equipo de salud, el cual “debe estar alerta y capacitado para no interferir innecesariamente con la lactancia”, que si bien

es un proceso fisiológico, requiere ser aprendido y sostenido mediante el acompañamiento de quienes conocen en profundidad sus características. FAO (2002) enfatiza que los profesionales de la salud deben evitar recurrir a las fórmulas lácteas en situaciones en las que no son necesarias, brindando información suficiente y de calidad, resolviendo dudas, promoviendo comportamientos y prácticas adecuadas, dándole confianza a la madre en su habilidad de amamantar y brindando sostén a las familias para proteger y apoyar la LM; teniendo en consideración especial para ello, la declaración conjunta OMS/UNICEF sobre los “Diez pasos para una lactancia exitosa”¹⁴ (OPS 2010: 31).

La composición química de la leche materna es dinámica, ya que “sufre modificaciones de los elementos que la integran en diferentes etapas”¹⁵ (García-López 2011: 223) según el niño crece, adaptándose a sus necesidades. Al mismo tiempo, según explica la FAO (2002), presenta distintas características a lo largo del día e incluso al principio y al fin de cada toma, con un mayor porcentaje de agua al comienzo de la misma y un aporte más concentrado de lípidos antes de vaciarse la mama; debido a ello resulta necesario dar el pecho de forma completa hasta su vaciamiento, para que el niño reciba la energía y todos los nutrientes necesarios para su crecimiento;

¹⁴ Diez pasos para una lactancia exitosa: 1. Tener una política escrita sobre la lactancia, que se comunique a todo el personal de salud. 2. Capacitar a todo el personal de salud en las técnicas necesarias para llevar a cabo esta política. 3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y sobre el manejo de la lactancia. 4. Ayudar a las madres a iniciar a amamantar a la media hora del nacimiento. 5. Mostrar a las madres cómo se amamanta y cómo se mantiene la lactación aunque estén separadas de sus niños. 6. No suministrar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que los indique el médico. 7. Practicar alojamiento conjunto, permitir que las madres y los niños permanezcan en la misma habitación, durante 24 horas al día. 8. Alentar a que se practique la lactancia de acuerdo con la demanda. 9. No suministrar tetinas artificiales o chupetes a aquellos niños que se están amamantando. 10. Promover la conformación de grupos de apoyo a la lactancia y referirles a las madres cuando salgan del hospital o servicio de salud (OPS 2010: 31).

¹⁵ Se reconocen 3 etapas: 1-*Calostro*: es el producto de la secreción láctea obtenida antes del 7° día después del parto; 2-*Leche de transición*: producto intermediario de secreción láctea de la madre, entre calostro y leche madura, obtenida entre el 7 ° y 15 ° día post-parto como promedio; 3-*Leche humana madura*: producto de secreción láctea libre de calostro, obtenida a partir del 15° día después del parto.

la leche humana también varía en sabor al ir modificándose su composición y de acuerdo a la alimentación de la madre, lo cual predispone al niño de forma positiva a futuro a aceptar con mayor facilidad alimentos nuevos a partir de los 6 meses. Según Macías, Rodríguez y Ronayne de Ferrer (2006: 423), la composición de la leche humana “obedece a mecanismos de regulación neuroendócrina, donde desempeñan un papel importante células, nutrientes y sustancias químicas”; también mencionan que contiene factores bioactivos (inmunoglobulinas, anticuerpos, enzimas, oligosacáridos, nucleótidos) que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra el riesgo de padecer diarrea e infecciones respiratorias, y de la hospitalización por estas causas. La leche humana madura “aporta 670 a 700 kcal/L en su mayoría a través de los hidratos de carbono y las grasas. Los hidratos de carbono aportan energía al sistema nervioso central” (García-López 2011: 224). García-López (2011) refiere también que la lactosa, que es el principal hidrato de carbono que contiene y que le confiere su característico sabor dulce, favorece el desarrollo de la flora intestinal por las bifidobacterias debido a que cuenta con más de 50 oligosacáridos nitrogenados con efecto prebiótico (conocidos como “factor bífidus”), que favorecen la digestión, contribuyen a las defensas del niño, impiden el crecimiento de microorganismos patógenos y mejoran la absorción de calcio. Aporta ácidos grasos fundamentales para el neurodesarrollo del niño y su función visual (como el ácido araquidónico y el docosahexaenoico) y grasas necesarias en la proliferación de neuronas y la mielinización de células gliales, según describen Guillén-López y Vela-Amieva (2010). “El tipo de proteínas que contiene, la hacen única para la especie humana, ya que son de mejor biodisponibilidad” (García-López 2011: 225). García-López (2011: 226) reconoce que a excepción de la vitamina K, que nunca se encuentra en cantidades adecuadas¹⁶, la leche humana madura tiene una concentración óptima de vitaminas, minerales y oligoelementos para cubrir los requerimientos del niño.

¹⁶ La cantidad de vitamina K presente en la leche humana (2 mcg/litro) no cubre los requerimientos diarios (de 12 mcg/día), por lo que debe aplicarse a todo recién nacido 1 mg intramuscular en dosis única (García-López 2011).

“Son cada vez más numerosas las pruebas de que la LM genera beneficios sustanciales” (OMS y OPS 2016: 1), no sólo para los niños, como la protección frente a una variedad de enfermedades agudas y crónicas “como el riesgo de mala oclusión dental, otitis media, leucemia y muerte súbita del lactante” (Mangialavori et al. 2017: 152) y otras tantas descritas por Horta y Victora (2013a y 2013b) como la hipertensión y las dislipemias; sino también para las mujeres y la sociedad en su conjunto, según argumenta Mangialavori et al. (2017), incluyendo entre ellos un menor riesgo de hemorragia posparto, de sobrepeso y de cáncer de mama y ovario en las madres que amamantan y una disminución en los costos de atención de salud al reducir la morbilidad y la mortalidad materno-infantil. OMS y OPS (2016) hacen referencia en el documento “La lactancia materna en el siglo XXI”, que la leche materna es una fuente de nutrición y sustento sostenible, seguro, saludable, no contaminante y no consumidora de recursos, que contribuye a la protección del medioambiente al no generar desperdicios y ni requerir de la utilización de insumos críticos como agua para su elaboración; y que por el contrario, hay muchos costos ambientales asociados con el no amamantamiento; los sucedáneos de la leche materna dejan una gran huella ecológica, requieren del uso de energía para su fabricación, materiales para envasarlos, combustible para su distribución y agua y agentes de limpieza tóxicos para su preparación diaria. Por otra parte, Jones et al. (2003) y Hansen (2016) plantean que existe evidencia suficiente de que el aumento de las tasas de LM podría salvar cientos de miles de vidas y agregar cada año cientos de miles de millones de dólares a la economía mundial. En relación a lo expresado, la OPS (2010: 3) menciona lo siguiente:

“Se estima que el logro de la cobertura universal de una LM óptima podría evitar el 13% de las muertes que ocurren en niños menores de 5 años a nivel global, mientras que las prácticas de AC apropiadas, podrían brindar un beneficio adicional del 6% en la disminución de la mortalidad en menores de cinco años”.

“El incremento de la duración de la lactancia materna ha sido asociado con mayor inteligencia en la niñez tardía y edad adulta; esto puede influenciar la capacidad que tiene el individuo para contribuir a la sociedad” (OPS 2010: 5). En lo que respecta a los beneficios de la LM en la prevención del exceso de peso, la OPS (2010: 5) refiere que:

“Varios estudios sugieren que la obesidad, durante la niñez tardía y la adolescencia, es menos frecuente entre los niños amamantados y que existe un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la lactancia materna menor riesgo de obesidad”.

Lessen y Kavanagh (2015) reconocen que si bien resulta recomendable que el niño en este periodo reciba LM aunque sea parcialmente, la evidencia sustenta que los beneficios de la LM son mayores en la medida que se incrementa su exclusividad (por sobre otros tipos de leche), y en la medida que la LM dura más tiempo. El Ministerio de Salud de la Nación (2010a) explica que los niños menores de 2 años que no reciben LM, deben consumir leches apropiadamente modificadas para su edad, de lo contrario se pone en peligro su salud: mayor riesgo de anemia, de sobrecarga renal de solutos¹⁷ y elevada carencia de ácidos grasos esenciales. Según Macías, Rodríguez y Ronayne de Ferrer (2006: 423), la leche de vaca entera (LVE) que no ha sido modificada difiere mucho en su composición de la de la leche materna, debido a ello, su ingesta “no es recomendable durante el primer año”; por su alto contenido de proteínas tiene un gran potencial alergénico, y su elevada cantidad de fósforo, cloruro, sodio y potasio resulta excesiva para este grupo etario, pudiendo generar problemas renales; la carga alta de solutos de la LVE no es adecuada para la capacidad de filtración glomerular del lactante, lo cual puede dar lugar a deshidratación grave e hipernatremia, y en algunos casos

¹⁷ La carga renal de solutos se refiere a la suma de los solutos de origen endógeno o dietético, que deben ser excretados por el riñón; está formada fundamentalmente por componentes de la dieta no metabolizables, en especial electrolitos ingeridos por encima de las necesidades y productos finales del metabolismo proteico, principalmente urea.

puede generar crisis convulsiva frente a la pérdida de minerales como calcio y magnesio. Guillén-López y Vela-Amieva (2010) describen una diversidad de desventajas de la introducción de la leche de vaca en el primer año de vida; los síndromes alérgicos asociados con el consumo de LVE en menores de un año incluyen gastroenteropatías, dermatitis atópica, rinitis, enfermedad pulmonar crónica, eosinofilia, alteración del crecimiento y muerte súbita; los síntomas gastrointestinales asociados a su consumo en menores de 12 meses incluyen cólicos, diarrea, vómitos, pérdida de peso, malabsorción y colitis. Dichos autores hacen hincapié en que la LVE en la dieta del lactante no sólo no aporta hierro de calidad ni tan biodisponible como el de la leche humana, sino que también “puede causar microsangrados intestinales con pérdida de sangre oculta en materia fecal por daño en la mucosa intestinal” (2010: 124/125); y refieren que el consumo de “leche de vaca descremada es menos recomendable” en niños menores de dos años, pues además de las características generales de la leche de vaca antes mencionadas, no contiene ácidos grasos esenciales, es deficiente en vitaminas liposolubles y en densidad energética (Guillén-López y Vela-Amieva 2010: 123).

“En situaciones en las que la familia no puede o decide no amamantar al niño, se debe recurrir a la elección de un sucedáneo de la leche materna que preferentemente debe ser una fórmula láctea entera adicionada con hierro” (Ministerio de Salud de la Nación 2010b: 19); “como segunda opción, leche entera enriquecida o fortificada con hierro y adicionada con azúcar; y, como tercera opción, leche entera hervida, diluida con agua y adicionada con azúcar” (Ministerio de Salud de la Nación 2010b: 19). La OPS (2003) enfatiza que en cualquiera de estos casos, las familias deben recibir la orientación de parte del equipo de salud para preparar de forma adecuada estas leches. Macías, Rodríguez y Ronayne de Ferrer (2006: 424) plantean que aunque las fórmulas infantiles pueden ser la mejor alternativa para la leche humana, no son lo mismo; y que la leche humana es un alimento complejo, para el cual no existe ningún sucedáneo o sustituto artificial que pueda igualar su calidad.

“Aun cuando fuese factible imitar artificialmente o biotecnológicamente todos sus componentes, no se podría lograr que la interacción entre ellos fuese igual que la natural, de modo que tampoco se podrían conseguir los mismos efectos en el organismo” (Macías, Rodríguez y Ronayne de Ferrer 2006: 424).

Las desventajas de no recibir LM son también cada vez más evidentes; según la OPS (2010: 1), se calcula que “las prácticas inadecuadas de LM, especialmente la LM no exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10% de la carga de enfermedades entre los menores de 5 años”. La OMS (2017b: 4) remarca que la lactancia artificial, además de los riesgos derivados de carecer de las cualidades protectoras de la leche materna, “conlleva un alto riesgo de contaminación que puede producir infecciones” en el niño, es costosa y requiere que el adulto a cargo disponga del conocimiento necesario para su correcta preparación. La OPS (2010) expresa que diversos estudios realizados en países en desarrollo muestran que los niños que no reciben LM tienen una probabilidad de hasta 10 veces más de morir durante los primeros meses de vida, en comparación con los niños que son amamantados; en tanto que Horta y Victora (2013a) sostienen que los niños alimentados de manera artificial tienen un mayor riesgo a largo plazo de padecer enfermedades de base inmunológica como el asma; asimismo un número creciente de pruebas vincula a la alimentación artificial en los lactantes con riesgos para la salud cardiovascular durante la edad adulta, incluyendo incremento de la presión sanguínea, hipercolesterolemia y aterosclerosis.

“La lactancia materna, como hábito, estimula el crecimiento óseo de los maxilares propiciando la acción normal de los labios y la lengua. Los movimientos utilizados cuando el bebé es alimentado con biberón son diferentes” (Ministerio de Salud de la Nación 2015b: 4).

En vinculación a ello, el Ministerio de Salud de la Nación (2015b: 4/8) remarca que la ingesta a través de biberón así como el uso del chupete durante un tiempo prolongado, “se han relacionado con maloclusiones dentarias” y han sido identificados en diversos estudios “como factores de influencia negativa para la duración de la LME”.

“Adicionalmente, la succión realizada en una tetina es diferente a la requerida para obtener leche del pecho materno, por lo cual es probable que se genere la llamada “confusión de pezón” que podría interferir con la lactancia e incluso producir una mala técnica de prendida al pecho desencadenando problemas como grietas del pezón” (Ministerio de Salud de la Nación 2015b: 8).

Según Edition et al. (2015), la elección de la leche materna por sobre cualquier otro tipo de alimento debe ser de una consideración especial, ya que privar a los niños y a las generaciones futuras de la protección extensamente documentada que provee la LM, es un riesgo elevado para la salud individual y la salud pública de cualquier población.

Alimentación en niños de 6 a 24 meses

“A partir de los 6 meses de edad, los requerimientos de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la LM” (OPS 2010: 6), por lo que se vuelve necesaria progresivamente la alimentación complementaria (AC). “Además, aproximadamente a los 6 meses, la mayoría de los lactantes ha alcanzado el desarrollo suficiente que les permite recibir otros alimentos” (OPS 2010: 19). Según explica el Ministerio de Salud de la Nación (2010a: 10/12), “a los 6 meses de vida empieza la erupción dentaria que indica mayor madurez funcional, progresa el uso de la musculatura masticatoria”, “el reflejo de extrusión¹⁸ se extingue progresivamente”, el niño ya “se sienta solo” y

¹⁸ El reflejo de extrusión es el movimiento reflejo automático encargado de hacer que el bebé expulse cualquier alimento que no sea líquido fuera de la boca, impidiendo que se ahogue; una vez que este reflejo desaparece es capaz de comenzar a mantener alimentos sólidos en la boca.

mantiene la cabeza erguida (lo cual es fundamental para prevenir que se broncoaspire mientras come), “realiza movimientos de coordinación que le permiten reconocer una cuchara y prensarla con sus labios”; puede “deglutir alimentos sólidos y ya es capaz de comenzar a diferenciar las variedades de texturas, sabores, olores, colores, temperaturas y consistencias en los distintos alimentos”.

La OPS (2010: 20) asegura que la introducción oportuna de alimentos complementarios apropiados a partir de los 6 meses promueve la buena salud y el estado nutricional de los bebés durante este período de rápido crecimiento; de todas formas, la leche materna continúa aportando el 50% del requerimiento energético del niño hasta el año de edad, y hasta un tercio durante el segundo año de vida; más aún, “la leche materna continúa aportando nutrientes de mayor calidad que los aportados por la AC, así como también factores protectores” que mejoran la inmunidad, motivo por el cual se recomienda que la LM continúe hasta los 2 años de edad o más (OPS 2010: 21).

En lo referente al comienzo de ingesta de semisólidos y líquidos distintos a la LM, el Ministerio de Salud de la Nación (2010b) argumenta que tanto la introducción temprana de alimentos (antes de los 6 meses de vida) como la introducción tardía (más allá de los 6 meses), son prácticas inadecuadas. Asimismo, “la interrupción prematura o la poca frecuencia de la LM, también contribuye al aporte insuficiente de nutrientes y de energía para los niños mayores de 6 meses de edad” (OPS 2010: 19).

La OPS (2010: 6) reconoce que la AC frecuentemente presenta desafíos, como la consistencia adecuada, debido a que los “alimentos muy diluidos”, como sopas o caldos, ponen en riesgo la nutrición del lactante; los alimentos en esta etapa “deben tener una densidad energética igual o mayor a la de la leche materna” (60 kcal/100g) (OPS 2010:22); la frecuencia y el tamaño de las raciones son otros aspectos a considerar, ya que si son muy pequeñas o

poco frecuentes tampoco alcanzan a cubrir los requerimientos (OPS 2010: 6). La OPS (2003: 10) resalta que es importante aumentar la consistencia de forma progresiva de acuerdo con la edad del niño y evitar los alimentos esféricos (como arvejas enteras, almendras, choclo, etc.) para evitar la asfixia; y describe la progresión en la consistencia de la siguiente manera:

“Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos (meriendas que pueden servirse los niños por si solos). A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia” (OPS 2003: 10).

Y resalta la importancia de la consistencia al asegurar que “cuando la consistencia es inapropiada, es probable que el niño sea incapaz de consumir una cantidad suficiente, o que demore tanto en comer que la ingesta total de alimentos se vea afectada” (OPS 2003: 22). “El gusto por lo dulce es una característica humana innata” (Garavaglia et al. 2018: 186); “la leche materna es la primera exposición al sabor dulce, y la predilección por este es máxima en la infancia” (Garavaglia et al. 2018: 186); en relación a ello, Garavaglia et al. (2018) refiere que es preciso entonces procurar que el aporte de alimentos fuente de hidratos de carbono en la alimentación del niño no sea sólo a expensas de azúcares simples (azúcar, dulces y otros), ya que pueden inducir hábitos inadecuados relacionados con el gusto y al exceso de peso; por el contrario, argumenta que es necesario priorizar alimentos fuente de hidratos de carbono complejos tales como tubérculos, cereales y legumbres, que además aportan otros nutrientes; expresa que tampoco es aconsejable en niños el consumo habitual de edulcorantes no nutritivos¹⁹, no sólo por su

¹⁹ Los edulcorantes no nutritivos (ENN): son la opción para proveer dulzor a los alimentos y bebidas con un muy bajo o nulo aporte energético. El número de productos alimenticios que contienen estos endulzantes viene en aumento; no solo son utilizados en productos dietéticos sino que están presentes en alimentos y bebidas de consumo habitual. El aumento en la disponibilidad trae como

efecto perturbador del sabor, sino también por tratarse de aditivos alimentarios cuya ingesta diaria admisible (IDA), es decir aquella cantidad que no genera toxicidad en el organismo, se establece según los kg de peso del individuo, por lo que el riesgo de superar la IDA en los niños es mayor por su menor peso corporal. Respecto a la incorporación de fuentes de lípidos, el Ministerio de Salud de la Nación (2010a: 14) indica que es importante añadir aceites y grasas (especialmente vegetales) a la comida, ya que aportan una buena cantidad de energía en poco volumen de alimento, son de suma importancia para lograr el desarrollo del sistema nervioso del niño, proveen ácidos grasos esenciales, vitaminas liposolubles y además, brindan sabor y palatabilidad agradables a las comidas; no es recomendable limitar la cantidad o el tipo de grasas de la alimentación hasta los 2 años de vida, ya que “la restricción de grasas durante los dos primeros años de vida puede traer consecuencias indeseables para el crecimiento y desarrollo, y no ofrece ventajas respecto de la prevención de enfermedades crónicas” (Ministerio de Salud 2010a: 14). “Desaconseja el agregado de sal en las comidas”, a fin de evitar la sobrecarga renal de solutos; y refiere que es conveniente evitar las preparaciones con harina integral y las cáscaras de legumbres, debido a que “el aporte de fibra no debe ser elevado” antes de los 2 años de vida del niño, ya puede interferir en la absorción de algunos micronutrientes tales como el calcio y el hierro (Ministerio de Salud de la Nación 2010a: 15). La OPS (2010: 68) explica que el niño debe comer preparaciones equilibradas, utilizando alimentos variados, como las carnes, por su aporte de proteínas de calidad y por ser fuente primordial de hierro hemínico²⁰ para prevenir la anemia, así como también las frutas y verduras, para garantizar el aporte de vitaminas y minerales; además, la experiencia temprana con opciones alimentarias diversas es especialmente importante para aprender a aceptar más tardíamente frutas, vegetales y otros alimentos nutritivos. El Ministerio de Salud de la Nación (2010a: 38) menciona que es aconsejable que los alimentos nuevos “se incorporen de a uno por vez, para probar la tolerancia, la aceptación de sabores y detectar posibles

consecuencia un mayor consumo de ENN en la población general, y los niños no son ajenos a esta realidad (Garavaglia et al. 2018).

²⁰ Se estima “como el 40% del hierro contenido en las carnes y productos cárnicos” (Ministerio de Salud de la Nación 2007: 36).

alergias”; el rechazo inicial a nuevos alimentos es esperado y normal; hasta 5, 10 o más exposiciones a los mismos son necesarias antes de que el niño acepte ciertos alimentos nuevos, y esta repetición de la experiencia es crítica durante los primeros años de vida; “es un proceso de aprendizaje en el que cada niño tiene su ritmo, que debe ser respetado” (Ministerio de Salud de la Nación 2010a: 38). El acceso a agua corriente potable que sea inocua y asequible también es crucial para promover su salud, así como la consideración de los distintos aspectos referidos a la higiene y conservación de los alimentos, lo cual es fundamental para la prevención de enfermedades gastrointestinales²¹ (Ministerio de Salud de la Nación 2010a: 17). La OPS (2010: 25) refiere que los niños son sensibles a la cafeína, por lo que no se recomiendan infusiones como té, mate y café, que además “pueden interferir con la absorción de hierro”; también remarca que es conveniente evitar las bebidas azucaradas (como jugos y gaseosas), debido a que contribuyen poco a la nutrición y “disminuyen el apetito del niño para alimentos más nutritivos”. En base a todos los aspectos antes mencionados, el Ministerio de Salud de la Nación (2010a: 7) destaca que el conocimiento y la habilidad para implementar estas buenas prácticas de AC influyen sobre la calidad de la alimentación del niño en este periodo y debido a ello, las familias necesitan recibir asesoramiento para conocerlas y apoyo para aplicarlas. En tal sentido, Moor et al. (2017) argumenta que si los alimentos o bebidas complementarias no se dan de manera oportuna, segura y en cantidad y calidad óptimas, se pone en riesgo la salud del niño.

ANTECEDENTES

Precedentes en el plano internacional

A nivel mundial se dispone de un amplio marco normativo y de recomendaciones tendientes a garantizar la protección y fomento de una alimentación óptima para los lactantes y los niños pequeños. En 1981 la 34.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Código Internacional de

²¹ La contaminación microbiológica de alimentos es una de las causas principales de la diarrea infantil y esta puede ser prevenida con prácticas adecuadas de higiene (OPS 2003).

Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, el cual según OMS (2017b: 11), es esencial para proteger y fomentar la LM ya que prohíbe la promoción de sucedáneos como las preparaciones para lactantes. Aunque el Código no se adoptó como documento jurídicamente vinculante, sino como conjunto de recomendaciones, se suele considerar que su aplicación es una medida fundamental del derecho a la salud. No obstante, UNICEF (2016b: 3) “reconoce que el alcance y la rigurosidad de estas medidas varían ampliamente entre países”; explica que “más de la mitad de los países de América Latina” “tienen una legislación precaria o carecen de leyes en esta materia”. A pesar de que la pertinencia del Código sigue vigente hoy en día y que se continúa recalando la importancia de la LM, “la industria se esfuerza por eludir el Código para proteger las ventas” (OMS y OPS 2016: 7) de sustitutos de la leche materna, las cuales continúan creciendo, socavando así los esfuerzos para mejorar las tasas de la lactancia natural. Todo ello destaca la importancia de contar con leyes integrales en cada país, tal como plantea la OMS (2017b: 12), como también con su correspondiente vigilancia y aplicación, para frenar las prácticas de comercialización inapropiadas.

La nutrición, según manifiesta UNICEF (1989: 11/12), es un componente fundamental y universalmente reconocido del derecho de los niños, tal como se declara en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)²² adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989. La CDN es el cimiento normativo sobre el cual deben edificarse todas las medidas que procuren mejorar y prevenir la malnutrición en la primera infancia. La Convención compromete en su artículo 24 a los Estados Parte, a reconocer y a asegurar la plena aplicación del “derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud” (UNICEF 1989: 11) y a tomar medidas para asegurarlo, en particular para “combatir las enfermedades y la malnutrición” (UNICEF 2014: 23). Asimismo, establece que los gobiernos tienen el deber de respetar, proteger y garantizar el derecho a la alimentación adecuada y adoptar las medidas

²² La Convención fue aprobada como tratado internacional de derechos humanos el 20 de noviembre de 1989 (UNICEF 2014).

apropiadas para “asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños y las ventajas de la LM” (UNICEF 2014: 23); este compromiso refiere no sólo a la protección contra el hambre, sino también a nociones más amplias relativas a la adecuación y al valor nutricional de los alimentos disponibles; la CDN remarca que los esfuerzos gubernamentales deben priorizar estos objetivos, concentrándose en el impacto de los alimentos sobre la salud infantil; y reconoce la necesidad de los niños de contar con “suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre” apropiados para su crecimiento y desarrollo, que sean acordes a su edad y situación particular (UNICEF 2014: 23).

En consonancia con ello, en el año 2002 la OMS (2003) crea la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño, basada en pruebas científicas sobre la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida, en la cual propone que:

“Los esfuerzos de los gobiernos por acelerar el desarrollo económico a largo plazo fracasarán hasta que se hayan asegurado un crecimiento y un desarrollo infantiles óptimos, en especial a través de unas prácticas de alimentación apropiadas” (OMS 2003: 3).

En este sentido, UNICEF (2019b: 3) asegura que “este desafío sólo puede superarse abordando la malnutrición en todas las etapas de la vida del niño y priorizando sus necesidades nutricionales no sólo en los sistemas alimentarios”, los cuales deben proporcionar alimentos nutritivos, seguros, asequibles y sostenibles, sino también “en los sistemas de apoyo de salud, agua y saneamiento, educación y protección social”.

En septiembre de 2015, se formalizó la nueva agenda global de desarrollo sostenible al año 2030, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que plasma en 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), un plan

de acción para las personas, el planeta y la prosperidad. Allí se establece el compromiso de los Estados miembros de Naciones Unidas (ONU) “a poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición” (ONU 2018: 19) como prioridad hacia 2030, y a “poner fin a todas las formas de malnutrición” (ONU 2018: 20). Según la ONU (2018) mejorar la alimentación en la primera infancia constituye un elemento clave hacia el logro de los ODS, no sólo como una condición ineludible para el desarrollo, sino también para la justicia social y la equidad. De los 17 objetivos que describe la ONU (2018), “12 contienen indicadores que son cruciales para la nutrición” (UNICEF 2019b: 124) y en tres de ellos la nutrición en la primera infancia y la LM resultan primordiales ya que la misma mejora la nutrición (ODS2²³), previene la mortalidad infantil y disminuye el riesgo de enfermedades no transmisibles (ODS3²⁴), apoya el desarrollo cognitivo y la educación (ODS4²⁵); y es también un instrumento para “poner fin a la pobreza”, “promover el crecimiento económico” y “reducir las desigualdades” (ONU 2018: 15/47). Al respecto, OMS y OPS (2016: 1) remarcan: “El aumento de las tasas de lactancia materna en todo el mundo es un factor fundamental para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030”. Según UNICEF (2016a), existe un contundente consenso internacional acerca de que los niños tienen derecho a un comienzo propicio en la vida, a recibir una buena nutrición y a crecer en entornos seguros que les brinden la oportunidad de desarrollar todo su potencial. Sin embargo, según el último informe de FAO (2019: 256), “el mundo no está en camino de cumplir las metas mundiales de nutrición, incluidas las relativas al bajo peso al nacer y a la reducción del retraso del crecimiento en los niños menores de cinco años”.

En lo referido a las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño a nivel mundial, “a pesar del cúmulo cada vez mayor de pruebas científicas” con datos contundentes que demuestran los beneficios sustanciales e

²³ Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.

²⁴ Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

²⁵ Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.

irreemplazables de la LM, “las tasas mundiales de esta práctica no han aumentado considerablemente en los últimos decenios”, siendo “uno de los pocos comportamientos positivos para la salud más común en los países pobres que en los ricos” (OMS y OPS 2016: 1). Según OMS y OPS (2016), en la actualidad la LM se ve afectada por la repercusión de los cambios sociales en la dinámica familiar y los cambios culturales en la crianza de los niños; “las mujeres no reciben el apoyo que necesitan para amamantar y enfrentar diariamente las barreras que obstaculizan hacerlo” (OMS y OPS 2016: 3). Aunque prácticamente todos los países cuentan con legislación que protege la maternidad, hay serios obstáculos para que las madres puedan ejercer sus derechos a la lactancia; “solo un 23% cumplen o superan la recomendación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de otorgar una licencia de 18 semanas con goce de sueldo” (OMS y OPS 2016: 4). En relación a ello, FAO (2002: 1) referencia que incluso en los países cuya legislación laboral establece descansos para la lactancia por parte de sus trabajadoras, “la distancia del hogar y los problemas de transporte en general hacen poco práctico que las madres aprovechen estos descansos”; además, “aunque algunos empleadores de mano de obra femenina apoyan la LM, éstas son excepciones, cuando deberían ser la norma” (FAO 2002: 1). En tal sentido, manifiesta que:

“Las prácticas tradicionales de lactancia no coinciden con las demandas de las sociedades modernas donde las mujeres tienen que estar ausentes de sus hogares y de sus niños durante períodos prolongados, por lo general para trabajar” (FAO 2002: 1).

Asimismo, FAO (2002) reconoce que el trabajo de las mujeres es una de las principales causas por las que no se practica la LM²⁶ o de que se produzca el destete temprano debido a los desafíos que conlleva. OMS y OPS (2016: 7)

²⁶ La licencia de maternidad por menos de seis semanas aumenta en 400% las probabilidades de no amamantar o de interrumpir tempranamente la LM (OMS y OPS 2016).

manifiestan que las mujeres necesitan apoyo específico para poder combinar sus roles productivos y reproductivos, y de manera particular aquellas que viven en situaciones de pobreza y vulnerabilidad, a fin de reducir las desigualdades. El SCN (2002: 27) sostiene que “la contribución de la mujer en la producción de alimentos, en la preparación de alimentos y en el cuidado infantil son soportes críticos para el desarrollo social y económico de las comunidades”, estas actividades de cuidado no remunerado que ellas realizan en el hogar son importantes para la salud y el bienestar de toda la familia y la sociedad, y deben ser por tanto, reconocidas como tales en las estrategias de desarrollo económico y social. Por otra parte, “en el personal de todos los niveles de la atención de salud, se detectan deficiencias sustanciales en los conocimientos y las aptitudes requeridos para brindar apoyo a la lactancia” (OMS y OPS 2016: 4). De acuerdo a las cifras actuales de LM a nivel global, descritas por UNICEF (2016a), apenas un 45% de los recién nacidos reciben LM dentro de su primera hora de vida, sólo el 34,8% de lactantes reciben LME durante sus primeros seis meses y la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en este mismo periodo; mientras que las tasas de LM continua descienden de un 74% a un 46% del año a los 2 años de edad del niño.

“La alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde, y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados e insalubres” (OMS 2003: 5). Según UNICEF (2016a: 6) “la mitad de todos los niños del mundo de 6 a 23 meses de edad no consume el número mínimo recomendado de comidas diarias” y “menos de un tercio de ellos son alimentados con la variedad mínima recomendada” necesaria para sustentar sus cuerpos y cerebros en rápido crecimiento. “El 44% de los niños de 6 a 23 meses de edad no consume frutas ni verduras y el 59% no consume huevos, leche, pescado ni carne” (UNICEF 2019b: 7).

Los entornos alimentarios han cambiado a un ritmo vertiginoso. Es por ello que, tal como explica UNICEF (2019a: 3) “la malnutrición infantil debe

entenderse como parte de un contexto en el que se producen cambios muy rápidos, como el crecimiento de las poblaciones urbanas y la globalización de los sistemas alimentarios”, la expansión de los supermercados y la transición nutricional, “que están alterando profundamente la forma en que los niños comen y lo que comen” (UNICEF 2019a: 17). UNICEF (2019a) reconoce que dicho escenario está dando lugar a un aumento de la disponibilidad de alimentos industrializados, que son cada vez más baratos y abundantes, dado su elevado aporte energético a partir de grasas y azúcares, pero pobres en valor nutritivo. En tal sentido, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF (2018: 6) expresan:

“Los avances en la innovación tecnológica en la industria han favorecido el mayor grado de procesamiento de los alimentos; desde hace tiempo, la industria lleva adelante desarrollos tecnológicos en la elaboración de alimentos que multiplican la oferta de estos productos, que refuerzan los aspectos de sabor, textura, aroma, etc., pero que son poco saludables y tienen impacto directo sobre la salud y el aumento de las enfermedades no transmisibles”.

En tanto que los alimentos frescos, que son más saludables por ser densos en nutrientes, “son cada vez más caros” (UNICEF 2019a: 3); y las preparaciones tradicionales con poco grado de procesamiento representan cada vez una porción menor del consumo de los hogares, ya que se están “dejando atrás las dietas tradicionales y autóctonas” (UNICEF 2019a: 12). Los cambios en el ritmo y estilos de vida, la falta de tiempo para elaborar comida casera, “así como los valores sociales que asignamos a los alimentos” entre otros factores, contribuyen también a este cambio cultural alimentario, a nivel de las dinámicas familiares (UNICEF 2019a: 17). En este contexto, no es de extrañar que “la prevalencia de la obesidad infantil se haya acelerado”, y más aún en los países de ingresos bajos (OMS 2012a: 58).

Tradicionalmente las políticas de sanidad y en materia de alimentación se han centrado en la malnutrición por carencias, en tanto que la desnutrición y la obesidad se han tratado como asuntos independientes. Sin embargo UNICEF (2019b: 95) argumenta que a raíz de la transición nutricional que atraviesan los países de ingresos medios y bajos, son problemáticas que actualmente se encuentran fuertemente relacionadas. En relación a ello FAO (2019: 200) refiere que la obesidad y la desnutrición coexisten en niños “del mismo país, comunidad, hogar o individuo²⁷”. “En el escenario actual, millones de niños no comen una cantidad suficiente de los alimentos que necesitan, mientras que millones más consumen en exceso los que no necesitan” (UNICEF 2019b: 7). “En un mundo con capacidades sin precedentes en la producción de alimentos” (PNUD y FAO 2016: 20), “los niños que no están creciendo bien son víctimas de las tres vertientes de la triple carga de la malnutrición” (UNICEF 2019b: 13) que está avanzando rápidamente en las comunidades de todo el mundo: 1- *la desnutrición aguda* (o emaciación), 2- *el hambre oculta* (o retraso en el crecimiento) que se produce cuando la calidad de los alimentos ingeridos no cumplen con las necesidades nutricionales, por lo que la persona no recibe las vitaminas y minerales esenciales para un crecimiento y desarrollo adecuado, y 3- *el exceso de peso* (sobrepeso y obesidad) (UNICEF 2019b: 13). Los países de ingresos medios y bajos son particularmente susceptibles a la combinación de estos factores, por lo que “los niños más desfavorecidos son los que corren mayor riesgo de sufrir todas las formas de malnutrición” (UNICEF 2019b: 7). La carga de la malnutrición recae principalmente en los niños de estratos más pobres y marginados al verse más propensos a experimentar la falta de acceso a alimentos de calidad e inocuos, por carencias en el ingreso familiar y/o privaciones en otras dimensiones del bienestar” (PNUD y FAO 2016: 41); lo cual perpetúa al mismo tiempo el ciclo de la pobreza a través de las generaciones, según argumenta UNICEF (2019b), debido a que la baja calidad de la alimentación perjudica su futuro social y económico.

²⁷ Como por ejemplo un niño con obesidad y acortamiento.

Las cifras del estado nutricional infantil “son preocupantemente altas”, lo cual pone en riesgo la posibilidad real de los niños de gozar plenamente de sus derechos (UNICEF 2019b: 12). Según UNICEF(2019b: 6), al menos 1 de cada 3 niños menores de 5 años no recibe la nutrición que necesita para crecer bien, ya sea por desnutrición o sobrepeso “y 1 de cada 2 padece hambre oculta”; “siendo que en algunos casos, sufren una combinación de dos de estas formas de malnutrición”, lo cual menoscaba aún más la capacidad de millones de niños para crecer y desarrollar su pleno potencial²⁸ (UNICEF 2019b: 12). Aunque “el número de niños menores de cinco años afectados por retraso del crecimiento en el mundo ha disminuido” en los últimos años (FAO 2019: 14), “alrededor del 32% de los niños menores de 5 años en países en desarrollo” todavía se ven afectados por dicho indicador, “el 10% están emaciados” (bajo peso para la talla) (OPS 2010: 1); y en relación a la anemia²⁹, “se estima que la sufren, aproximadamente, el 50% de los niños menores de 5 años” (CNHOMT y CNN 2017: 68). Según UNICEF (2019c), en la región de América Latina y el Caribe en particular, al menos 1 de cada 5 niños menores de 5 años está malnutrido, siendo las principales formas de presentación la desnutrición crónica, el acortamiento y el exceso de peso; “es también una de las zonas más afectadas por el aumento del sobrepeso y la obesidad, que alcanza al 7,3% de los menores de 5 años, cifra que supera ampliamente la media mundial del 5,6%” (UNICEF 2019a: 6/7).

“El aumento de la incidencia de sobrepeso y obesidad en los lactantes y niños en todas las regiones del mundo es un motivo de gran preocupación” (OMS 2003: 5), debido a que los niños con obesidad tienen “cinco veces más probabilidades de seguir siendo obesos” en etapas posteriores de la vida (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF 2018: 6). “La obesidad infantil está asociada con una amplia variedad de complicaciones de salud y

²⁸ “En 2018, casi 200 millones de niños menores de cinco años sufrían de retraso en el crecimiento o emaciación, mientras que al menos 340 millones sufrían de hambre oculta” (UNICEF 2019b: 6).

²⁹ La causa más frecuente de anemia en el mundo es la deficiencia de hierro; su incidencia en países en vías de desarrollo es 2,5 veces mayor que en países desarrollados (CNHOMT y CNN 2017).

un mayor riesgo de aparición prematura de enfermedades como la diabetes y las cardiopatías” en la edad adulta, muerte prematura y discapacidad (OMS 2016b: 40). El Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF (2018: 6) sostienen que la obesidad infantil es un grave problema de salud pública que está extendido y en crecimiento, “que además de vulnerar un derecho humano esencial, tiene impacto directo sobre el desarrollo de los países”, y que:

“genera consecuencias económicas que implican costos directos e indirectos, que afectan la capacidad de generar ingresos, comprometen grandes cantidades de recursos (públicos y privados), además de ser una importante carga para los sistemas de salud nacionales” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF 2018: 6).

“Existe una asociación directa entre la obesidad y el consumo de energía a través de alimentos y bebidas con un alto nivel de procesamiento” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF 2018: 6). La evidencia internacional indica que la elección de alimentos no saludables “no es un problema de conducta individual, sino que responde a estímulos de un entorno obesogénico” (UNICEF 2019a: 7), que propicia el consumo infantil de productos ultraprocesados, especialmente “mediante la amplia oferta, el fácil consumo, el bajo precio” y a partir de la exposición al marketing masivo y frecuentemente dirigido a niños, “influyendo en las decisiones de compra de sus familias y condicionando sus hábitos alimenticios” (UNICEF 2019a: 8). UNICEF (2019a: 19) explica que mediante la publicidad se intenta establecer vínculos emocionales con los niños incentivando la lealtad de marca y las compras repetitivas por medio de diversas técnicas para llamar la atención, como el uso de personajes animados y obsequios “que tienen impacto en la percepción de la calidad nutricional de los alimentos y en la intención de compra”; y que las características de los entornos donde se desarrollan las personas juegan un papel fundamental en el consumo de alimentos, ya que los niños “son más vulnerables a la influencia de los mensajes del entorno” (UNICEF 2019a: 5). Debido a ello y en pos de garantizar una alimentación

infantil adecuada y no comprometer el derecho del niño a tener una alimentación saludable³⁰, UNICEF (2019a: 27) hace hincapié en que “se necesita regulación estatal” de los productos y de los entornos. “La presencia de un entorno obesogénico”, y de forma particular, la comercialización de productos alimenticios nocivos y bebidas azucaradas, están directamente relacionados con el aumento del sobrepeso y la obesidad infantil, “al incrementar la visibilidad, disponibilidad y acceso a productos masivos listos para consumir” (UNICEF 2019a: 14), “con menos proteínas, menos fibras, más azúcares libres, más sodio, alta densidad energética y más grasas totales y saturadas, cuyo consumo elevado promueve perfiles de nutrición perjudiciales” y resulta dañino para la salud (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF 2018: 6). Si bien “ninguna intervención por sí misma puede frenar la creciente epidemia de obesidad” (OMS 2016b: 5), debido a su naturaleza multicausal, UNICEF (2019a) refiere que la regulación de este tipo de prácticas ha sido propuesta como una de las estrategias más importantes y de gran impacto para hacer frente al problema de la obesidad infantil y el desarrollo de ECNT; al mismo tiempo “deberían implementarse políticas fiscales que generen los incentivos adecuados para favorecer el acceso a alimentos naturales y mínimamente procesados” (UNICEF 2019a: 14), “especialmente para los grupos sociales en mayor situación de vulnerabilidad”, que son quienes más padecen el sobrepeso y sus enfermedades asociadas (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF 2018: 31)

“Se ha observado que la demanda de productos ultraprocesados disminuye en países de altos ingresos, pero va en aumento en regiones más vulnerables como América Latina”, que es también “una de las zonas más afectadas por el incremento del sobrepeso y la obesidad” (UNICEF 2019a: 6). Reducir la obesidad infantil es clave para el desarrollo y “constituye una oportunidad estratégica para frenar la pandemia de obesidad y disminuir a futuro las

³⁰ Alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes y la energía necesaria para que cada persona pueda llevar adelante las actividades diarias y mantenerse sana (Ministerio de Salud de la Nación 2016).

consecuencias económicas que acarrea”, ya que “la mayor carga de enfermedad por obesidad (gasto en salud y pérdida de productividad) ocurre cuando los individuos son adultos” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF 2018: 7).

Alimentación en la primera infancia en Argentina

Existe “un amplio marco legal vigente hoy en la Argentina, desde el cual se han establecido los umbrales normativos para evaluar el grado de cumplimiento de los derechos en la niñez”, y de forma particular el derecho del niño a la salud y a la alimentación (Tuñón 2016: 15). En tal sentido, Tuñón (2016: 22) expresa:

“La alimentación es un derecho asumido constitucionalmente a partir de la incorporación de diversos tratados internacionales y, particularmente en materia de niñez, a través de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño³¹”

Tuñón (2016) refiere que la CDN fue ratificada en nuestro país en 1990, y en 1994 se le otorgó rango constitucional tras el Pacto de Olivos; desde entonces el Estado argentino está obligado a garantizar todos los derechos establecidos en la Convención a todos los niños y adolescentes que viven en el país (Tuñón, 2016). Según describe el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2015), se han logrado progresos sustantivos hacia el cumplimiento de los derechos de la niñez como la sanción de la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en 2005 (que establece la aplicación obligatoria de la Convención), la puesta en marcha de políticas nacionales para la erradicación

³¹ La Argentina la adoptó en 1990 y la incorporó a la Constitución Nacional en la reforma de 1994. Sin embargo, no fue sino hasta 2005, que el país sancionó una ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (Ley Nacional 26.061), acorde a los lineamientos de protección integral de la Convención (UNICEF 2014).

de la pobreza como la Asignación Universal por Hijo (AUH)³² en 2009 y la adhesión en 2015 a los ODS establecidos por la ONU, algunos de los cuales incluyen la nutrición en la primera infancia y la LM, como se describió anteriormente. No obstante, “aún sigue habiendo una gran brecha entre las normas y el ejercicio práctico de los derechos” (UNICEF 2016a: 6).

“La República Argentina cuenta con un conjunto de instrumentos legales que protegen la lactancia mediante el cuidado del binomio madre-hijo desde diferentes perspectivas. La protección de la mujer que amamanta está contemplada ya desde la Constitución Nacional (art.75° inc. 23), la protección del lactante en la CDN, y la de ambos durante el proceso del nacimiento, en la Ley Nacional 25.929 de Parto Respetado (aprobada en 2015); el cuidado posparto mediante licencias de maternidad y descansos por lactancia en la Ley Nacional 20.744 de Contrato de Trabajo; y la prevención de la comercialización inadecuada de sustitutos de la LM, al haber sido incorporado el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna al Código Alimentario Argentino” (Ministerio de Salud de la Nación 2018: 6).

En el año 2013 fue promulgada la Ley Nacional 26.873 y reglamentada en enero de 2015, la cual establece la promoción y concientización pública acerca de la importancia de la LM y de las prácticas óptimas de nutrición segura para lactantes y niños de hasta dos años.

“Todos estos instrumentos de protección son necesarios pero no suficientes para garantizar una práctica adecuada de la lactancia, ya que son numerosos los factores que pueden interferir en la misma como las prácticas de los servicios de salud, la información recibida por las

³² La AUH es “una política de transferencia de ingresos condicionada a los sectores más vulnerables de la población” (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales 2015: 37).

familias o los lugares donde las mujeres trabajan” (Ministerio de Salud de la Nación 2018: 6).

Por otra parte, en relación a la prevención de la anemia:

“Se han tomado medidas de salud pública que han demostrado ser eficaces para disminuir la prevalencia de anemia ferropénica como la recomendación de ligadura tardía del cordón umbilical, las Leyes de enriquecimiento de los alimentos con hierro, zinc y vitaminas³³ y el acceso gratuito al suplemento con sulfato ferroso de las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años que se atienden en los centros de APS pública de todo el país” (CNHOMT y CNN 2017: 69).

Sin embargo, “algunas investigaciones parciales y locales demuestran la falta de respuesta al tratamiento luego de haber sido indicado”, así como también “la insuficiente indicación del sulfato ferroso como preventivo en la APS” (CNHOMT y CNN 2017: 69).

Con el fin de prevenir la obesidad infantil, en 2019 se puso en marcha el Plan Nacional de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad en Niños, Niñas y Adolescentes, también conocido como Plan de Alimentación Saludable Infantil (“Plan Así”), que “tiene como objetivo consolidar y fortalecer una estrategia nacional intersectorial y en distintos niveles jurisdiccionales, para detener la epidemia creciente de sobrepeso y obesidad en menores de 18 años” (Ministerio de Salud de la Nación 2019: 3).

“Por otro lado, en los últimos años, en el Congreso de la Nación se presentaron numerosos proyectos de ley que proponen medidas para reducir la obesidad infantil, y si bien su discusión ha avanzado muy

³³ Ley Nacional 25.630 de enriquecimiento de la harina de trigo y Ley Nacional 25.459 de enriquecimiento de leche de vaca de programas alimentarios.

lentamente, la cantidad de proyectos señala el interés en la problemática y la instalación creciente del tema en la agenda parlamentaria” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF 2018: 32).

Muestra de ello es la reciente Ley Nacional 27.642 (2019) de Promoción de la Alimentación Saludable (también conocida como Ley de Etiquetado frontal), que estuvo estancada en el Congreso durante un año, y fue promulgada en noviembre de 2021 y reglamentada recientemente a través del Decreto 151/2022. Dicha normativa es una de las alternativas para revertir la curva ascendente del sobrepeso y de ECNT en nuestro país; busca garantizar el derecho a la salud y a una alimentación saludable de la población en su conjunto, promover la toma de decisiones asertivas en el consumo de alimentos industriales y resguardar los derechos de los consumidores a la información clara; los productos envasados tienen la obligación de llevar en la cara principal un sello negro de advertencia indeleble (octógonos) por cada nutriente crítico en exceso (azúcar, sodio, grasas saturadas, grasas totales y calorías), pudiendo llevar uno o más sellos negros. Esta ley promueve la protección de los derechos de niños y adolescentes, al establecer la misma prevención para los casos de valores superiores en cafeína y para alertar sobre el contenido de edulcorantes no recomendables para niños y adolescentes³⁴; asimismo, los productos con etiquetas de advertencia no pueden ser vendidos en escuelas, ser objeto de publicidad para el público infantil ni contener juguetes o figuras promocionales.

El Ministerio de Salud de la Nación (2018) por su parte, implementa varias estrategias para promover, apoyar y sostener la práctica de la LM, como la promoción de “las iniciativas Hospital y Centro de Salud Amigos de la Madre y el Niño³⁵, entre otras (Ministerio de Salud 2018: 5); también realiza el

³⁴ En estos casos deben llevar las leyendas “contiene cafeína, evitar en niños/as” y “contiene edulcorantes, no recomendable en niños/as”, respectivamente.

³⁵ Tienen como objetivo trabajar sobre las barreras institucionales en las maternidades que pudieran dificultar el adecuado desarrollo e instalación de la LM (Ministerio de Salud de la Nación 2018).

relevamiento sistemático de indicadores epidemiológicos, la evaluación y seguimiento de indicadores de salud y alimentación infantil a partir de encuestas de alcance nacional, lo cual es un aspecto fundamental con el fin de ajustar políticas sanitarias al respecto; y dispone de una línea telefónica gratuita de alcance nacional, un número 0-800 sobre Lactancia Materna (inaugurado en 2014), “que procura responder a cuestiones básicas sobre LM y vincular a las familias con los equipos de salud cercanos a sus respectivos domicilios” (Ministerio de Salud de la Nación 2018: 16). Nuestro país cuenta con su propia Guía Alimentaria para la Población Infantil³⁶, que constituye una herramienta de educación alimentaria; se trata de un documento de acceso libre y gratuito, elaborado por este Ministerio de Salud de la Nación (2010) en conjunto con entidades académicas, profesionales y científicas, que establece recomendaciones a la población en general y a los agentes de salud sobre las prácticas de alimentación adecuadas en los niños de 0 a 2 años de edad, considerando la evidencia disponible y las pautas socioculturales, con el fin de facilitar información de calidad a las familias en un lenguaje sencillo y al mismo tiempo, reducir la variabilidad inapropiada en las indicaciones de los equipos de salud en cuanto a ciertos aspectos de la alimentación en este grupo etario. Dentro del Ministerio de Salud de la Nación (2015a) funciona la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DiNaMIA) cuyo objetivo es mejorar las condiciones de vida y salud de los niños y de las mujeres en edad fértil; esta Dirección interactúa a nivel provincial con los Programas Materno-Infantiles provinciales (o sus equivalentes) quienes son los responsables de la aplicación de las políticas materno-infantiles en sus territorios, como los programas de entregas de leche.

En el ámbito económico en los últimos años, Tuñón (2016: 12/13) refiere que la Argentina atraviesa serios problemas de crecimiento, con una inflación que atenta contra el poder adquisitivo de los hogares de mayor vulnerabilidad y presenta una pobreza concentrada en la niñez; siendo “las infancias con

³⁶ Implementada en 1993 y actualizada en 2021.

mayor propensión a tener Necesidades Básicas Insatisfechas³⁷, las de menor edad” (Tuñón 2016: 40). “La disparidad socioeconómica, regional y entre grandes centros urbanos y zonas rurales impide que todos los niños tengan las mismas oportunidades al nacer y durante los primeros años de vida” (UNICEF 2016a: 6). “En Argentina la pobreza está infantilizada” (UNICEF 2016a: 10); según el último informe del Observatorio de la Deuda Social de la UCA (ODSA-UCA) (2017: 4), y a más de 30 años de la firma de la CDN, “aproximadamente 4 o 5 de cada 10 niños en nuestro país son pobres” (48%), 10 puntos porcentuales más que la población adulta, y también son los más expuestos a situación de pobreza extrema. La probabilidad de que un niño en nuestro país viva situaciones de pobreza es 10 veces superior si sus padres sólo completaron la educación primaria que si completaron la educación superior, según manifiesta Paz et al. (2018). Y uno de cada dos niños “tiene como única opción para la atención de su salud el sistema público”, siendo la infancia temprana la población más dependiente de la atención de la salud a través de los servicios públicos (51,5%) (Tuñón 2016: 26).

En relación a la situación nutricional en la población infantil menor de 2 años en nuestro país, según datos del Ministerio de Salud de la Nación (2007: 50/104), coexisten los dos extremos de la malnutrición, por déficit y por exceso; siendo la desnutrición que prevalece la del tipo crónico, conocida como hambre oculta (que no puede diagnosticarse a partir de la antropometría), con predominio de la anemia ferropénica (que es la forma prevalente del déficit de micronutrientes), y de la baja longitud para la edad (acortamiento). Tanto la anemia por falta de hierro (cuya prevalencia en los niños argentinos de 6 a 23 meses es de 34,1%), como la baja estatura para la edad presentan “una frecuencia mayor en niños de hogares en condición de privación socioeconómica” (Ministerio de Salud de la Nación 2007: 63/93). En tanto que “la emaciación, es decir la desnutrición aguda, presenta prevalencias marginales desde una perspectiva poblacional” y una tendencia

³⁷ Los niños con Necesidades Básicas Insatisfechas son aquellos que “presentan al menos una privación en el espacio del hábitat, educación y/o inserción ocupacional de los adultos” (Tuñón 2016: 40).

descendente (Ministerio de Salud de la Nación 2007: 57); mientras que el sobrepeso “constituye un hallazgo cada vez más frecuente en nuestros niños”, según refiere Calvo et al. (2009: 14), que aparece cada vez en edades más tempranas, que aumenta progresivamente a medida que la edad es mayor y se sostiene incluso en la vida adulta. De acuerdo a los indicadores internacionales “Argentina presenta el mayor porcentaje de obesidad infantil en niños y niñas menores de cinco años en la región de América Latina con un 7,3% de prevalencia” (Ministerio de Salud de la Nación 2019: 9). Es por ello que nuestro país se encuentra frente a lo que se conoce como la “doble carga” de la malnutrición, ante la convivencia de índices elevados de malnutrición por déficits, y de sobrepeso y obesidad por exceso, acompañadas ambas por problemas de carencia de micronutrientes (hierro, zinc, vitamina A u otros) (Ministerio de Salud de la Nación 2007: 19). Y en consonancia con la tendencia internacional, “donde la transición epidemiológica muestra que son precisamente los grupos sociales más vulnerables los que enfrentan la doble carga de la malnutrición y el exceso de peso de forma simultánea y ambos asociados a la pobreza” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF 2018: 31).

“En Argentina se valora positivamente la LM, dato que coincide con el inicio de la lactancia y con su elevada prevalencia en edades tempranas”; “sin embargo, a pesar de esa alta adherencia inicial, la práctica decae rápidamente a medida que los lactantes crecen”, “lo cual pone de manifiesto la necesidad de generar acciones específicas para lograr sostenerla” (Mangialavori et al. 2017: 156). “Existen diversos obstáculos para su práctica adecuada tanto a nivel sociocultural, individual como en los servicios de salud” (Mangialavori et al. 2017: 152/153); “algunas barreras incluyen la escasa observancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la valoración positiva sobre las fórmulas y el desconocimiento de sus riesgos, la ignorancia de los beneficios de la LM, entre otras” (Mangialavori et al. 2017: 152). Si bien hubo “un aumento en la proporción de lactancia materna exclusiva (LME) al 6to. mes, que pasó del 30% en el año 2011 al 35% en el año 2015”, este indicador sigue estando muy por debajo de la recomendación

de que todos los niños menores de 6 meses reciban LME (Ministerio de Salud de la Nación 2015a: 7); e incluso todavía queda una gran tarea por delante para acercarse a la meta propuesta por la Asamblea Mundial de Salud para el año 2025, de “al menos un 50% de LME al 6to. mes” (OMS 2012a: 63). Sumado a lo expuesto, el Ministerio de Salud de la Nación (2010b) refiere que aproximadamente el 40% de los niños de 6 a 24 meses que reciben pecho, además consumen al menos 250 ml. de otras leches por día, lo cual requiere especial atención debido a que una elevada ingesta de otras leches desplaza la ingesta de leche materna poniendo en riesgo la nutrición y la salud del niño; adicionalmente entre los niños que no reciben LM en nuestro país, más del 70% son alimentados con leche de vaca común, lo que eleva aún más los riesgos para la salud del lactante; y una elevada proporción de ellos no recibe tampoco suplementos de hierro. La “baja proporción de niños que reciben suplementación farmacológica con hierro (17,9%) constituye una posible causa subyacente que contribuye a la persistencia de la anemia” (Biglieri et al. 2009: 407).

En lo concerniente a patrones de incorporación de alimentos en niños menores de 2 años, el Ministerio de Salud de la Nación (2010b) reconoce que pese a las recomendaciones nacionales e internacionales, hay una alta prevalencia de introducción temprana y muy temprana de alimentos en todas las regiones y todos los niveles socioeconómicos; “más del 70% de los niños incorpora algún alimento antes de los 6 meses e incluso el 25% antes de los 4 meses de vida”, siendo los alimentos elegidos de baja calidad nutricional para esta etapa (Ministerio de Salud de la Nación 2010b: 38); finalmente en nuestro país también hay una gran proporción de niños de 6 a 23 meses con ingesta excesiva de energía (70%) y de proteínas (90%); en tanto que 6 de cada 10 niños menores de un año toman bebidas azucaradas en forma habitual, generalmente en mamadera (Ministerio de Salud de la Nación, 2010b: 32/47).

Antecedentes en el ámbito local

Pergamino está ubicada al noroeste de la provincia de Buenos Aires, a 220 km de la ciudad de Buenos Aires. Es la ciudad cabecera del partido homónimo, con una población total de 110.000 habitantes, principalmente urbana (95%). En la ciudad cabecera se encuentra el Hospital Interzonal General de Agudos "San José" (HIGA), el cual pertenece al ámbito de la medicina pública provincial; de las doce Regiones Sanitarias de la provincia, el partido de Pergamino forma parte de la Región Sanitaria IV. El gobierno de la Municipalidad de Pergamino (2018) por su parte, cuenta con 25 centros de APS (13 de ellos en la localidad de Pergamino y 12 en los pueblos del partido); cada Centro de Salud (CS) dispone de vacunatorio y de atención de diversas especialidades como Clínica Médica, Pediatría, Ginecología y Obstetricia; y en siete de ellos se realiza atención nutricional de niños y adultos.

Según datos de la Encuesta de Empleo y Hogares elaborada por la Dirección Provincial de Estadística (2013), el 30,7% de la población de la localidad de Pergamino carece de cobertura médica (obra social, prepaga, coseguro, o servicio de emergencia), y tiene como única opción para la atención de su salud el sistema público. De todas formas esa cifra se vuelve mayor (48,1%) en el caso de los menores de 17 años, según datos a nivel nacional del ODSA-UCA (2017); considerando estos datos, podría estimarse que aproximadamente 1 de cada 2 niños menores de 2 años en Pergamino asiste al sistema público de salud.

En los CS de Pergamino se entrega leche a madres embarazadas y a niños menores de 5 años, así como también refuerzos alimentarios (los cuales incluyen carne o pollo, frutas y verduras) previa evaluación nutricional y social, a niños desde los 6 meses de edad con bajo peso y/o baja talla, o con peso y altura normales pero con riesgo de bajo peso y/o baja talla o en recuperación nutricional. Al momento del estudio en Pergamino se desconocían las características de la alimentación del lactante y del niño pequeño, lo cual representaba un obstáculo para la orientación de las acciones en salud y para

asignar correctamente los recursos tendientes a mejorar la alimentación de este grupo etario, en concordancia a los lineamientos nacionales e internacionales; tampoco se contaba con un análisis detallado del tipo de leche entregada desde el CS según edad y características del niño. Si bien se disponía de datos a nivel nacional, la toma de decisiones adecuada se logra cuando un municipio conoce en detalle su propia problemática.

OBJETIVOS

Objetivo general: Describir las prácticas de alimentación de niños de 0 a 24 meses que asisten al servicio de Atención Primaria de la Salud del partido de Pergamino.

Objetivos específicos:

1. Determinar las características de la lactancia materna y la alimentación en niños menores de 2 años de edad.
2. Comparar las prácticas identificadas con las recomendaciones nacionales e internacionales.
3. Contrastar las prácticas de alimentación de los niños de Pergamino con los datos a nivel nacional.
4. Generar una línea de base para la comparación de los patrones alimentarios a futuro.
5. Identificar las recomendaciones nutricionales que reciben las familias de parte del equipo de salud.
6. Establecer un antecedente de referencia para el desarrollo e implementación de medidas tendientes a mejorar la alimentación de niños menores de 2 años en el partido de Pergamino.
7. Elaborar una lista de recomendaciones para los distintos actores involucrados en la alimentación de niños menores de 2 años en el partido de Pergamino, de acuerdo a los resultados obtenidos, proponiendo acciones a tomar en el corto, mediano y largo plazo, que sean consecuentes con las directrices nacionales e internacionales.

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta la realidad económica y social a nivel nacional que pone en evidencia las dificultades de las familias más vulnerables para acceder a los alimentos, con una pobreza concentrada en la niñez, Paz et al. (2018: 11) plantea que resulta fundamental que las medidas de salud pública y las acciones de seguridad alimentaria tengan una consideración preferencial por la población infantil de los sectores más pobres; “reconociendo que con intervenciones tempranas las inequidades y disparidades sociales pueden erradicarse” (UNICEF 2016a: 5).

Considerando la situación nutricional de los menores de 2 años en nuestro país y contemplando la amplia evidencia desarrollada previamente, que examina el impacto de las prácticas alimentarias en la primera infancia, en la salud a corto plazo (en el presente inmediato), a largo plazo (al promover generaciones de adultos sanos) y en otros aspectos del desarrollo, resulta de gran importancia contar con información confiable y local que permita orientar de manera objetiva y efectiva las acciones que se realicen en este distrito, con el fin de contribuir a mejorar la alimentación de este grupo etario.

Dada la importancia de la lactancia materna para la salud de la población, es imprescindible conocer la situación local de la misma, de sus características y prevalencias, para poder implementar estrategias orientadas a promover su práctica y a mejorar sus indicadores, tanto en cuanto a duración como a calidad.

III. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

La alimentación de niños de 0 a 24 meses que asisten al servicio de APS del partido de Pergamino presenta características que se encuentran en discordancia con las recomendaciones nacionales e internacionales.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio de tipo descriptivo, de diseño cuali-cuantitativo y de corte transversal. Se definió un diseño muestral no probabilístico por cuotas; se realizó en una muestra de 194 casos, representativa de la población más vulnerable y directamente beneficiaria de planes alimentarios y de acción social. La muestra se realizó al azar seleccionando a los cuidadores de niños de 0 a 23 meses cumplidos, que asistieron a la consulta pediátrica en tres Centros de Salud (CS) del partido de Pergamino (Bustos, Kennedy y Lanternier), durante el período del estudio. Se estimó la cantidad de encuestas a relevar en cada CS, para brindar validez de suficiencia a la muestra y estimar los indicadores en cada CS. Se excluyó de la población en estudio a los niños cuyo adulto a cargo se negara a participar por cualquier motivo o que refiriera no conocer los hábitos alimentarios del niño; como así también a niños con enfermedad aguda en el momento de la encuesta que pudiera interferir en la alimentación (enfermedad respiratoria, gastrointestinal, etc.).

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario³⁸ semi-estructurado con preguntas cerradas y abiertas; las entrevistas se realizaron antes o después de la consulta al pediatra en el centro de atención primaria, estimándose una duración de no más de 20 minutos en cada una. El diseño de la encuesta incluyó la valoración de las siguientes áreas temáticas: caracterización socioeconómica, lactancia materna, alimentación complementaria y asistencia alimentaria; también se registró la historia alimentaria, la procedencia del agua de bebida del niño y el uso de suplementos de hierro. Adicionalmente se relevaron de la historia clínica del niño el peso al nacer, la edad gestacional al nacer, así como el peso y la longitud actuales, procedentes de la evaluación del pediatra, con una antigüedad no mayor a 7 días. Previo al estudio se calibraron todas las balanzas de cada consultorio y se equiparon con pediómetros para garantizar la calidad de los datos, se realizaron tareas de sensibilización de la comunidad (mediante cartelería y

³⁸ Ver Anexo (página 114).

folletos) a fin de dar a conocer el estudio que se llevaría a cabo en los centros de salud, y se puso a prueba el cuestionario mediante la técnica de grupos focales para verificar su comprensión, validez y duración. Los indicadores antropométricos fueron expresados según la referencia de la OMS (2006), actualmente en uso en la Argentina, como puntaje Z y como proporción según valores límite. El puntaje Z (o puntaje de desvío estándar) “es un criterio estadístico universal” (Calvo et al. 2009: 16/17).

“En su aplicación a la antropometría, es la distancia a la que se ubica la medición de un individuo con respecto a la mediana (o percentilo 50) de la población de referencia para su edad y sexo, en unidades de desvío estándar (DE); por tanto, puede adquirir valores positivos o negativos según sea mayor o menor a la mediana” (Calvo et al. 2009: 17).

Teniendo en cuenta la referencia de la OMS (2006), se consideró acortamiento (baja longitud para la edad) a los valores $<-2DE$ (desvíos estándar), sobrepeso como peso/longitud $>+2DE$, obesidad como peso/longitud $>+3DE$, y bajo peso como peso/edad $<-2DE$ de la mediana de la población de referencia. Los datos fueron recolectados en papel, luego cargados de forma manual a una planilla informática de cálculos y finalmente procesados mediante el programa estadístico *SPSS Statistics*³⁹. El cálculo de índices antropométricos se realizó mediante el software *WHO Anthro versión 3.2.2*⁴⁰ de la OMS (2009).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional de Rosario. Los adultos fueron informados de los alcances y características del estudio y participaron en forma voluntaria; se solicitó a los participantes la

³⁹ SPSS: acrónimo en inglés de Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).

⁴⁰ WHO Anthro es un software para el uso en computadoras personales que utilicen Windows, desarrollado para facilitar la aplicación de los Estándares de crecimiento de la OMS para el monitoreo del crecimiento y desarrollo motor en niños individualmente y poblaciones de niños hasta los 5 años de edad (OMS 2009).

firma del Consentimiento Informado previo a su inclusión, de manera de respetar aquellos principios éticos universalmente aceptados. El trabajo contó con el aval de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Pergamino. Para garantizar la privacidad de los entrevistados, las planillas de encuestas se registraron con un código, evitando todo tipo de dato identificatorio a fin de garantizar el secreto estadístico y la confidencialidad exigidos por ley; no obstante toda vez que se identificaron situaciones que ameritaban la atención de la salud se orientó a las personas al CS correspondiente. En relación a la fuente de financiamiento, el trabajo fue realizado con el apoyo de la Beca Salud Investiga “Dr. Abraam Sonis” 2018, categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación (2018), a través de la Dirección de Investigación para la Salud. No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio.

Definición operacional de las variables y categorías

Para el análisis de los resultados se realizaron cálculos estadísticos descriptivos utilizando porcentajes, medias y medianas según la variable de interés. A continuación se listan las variables e indicadores utilizados con su respectivo modo de análisis.

- Indicadores de Lactancia:

Indicador	Tipo de indicador	Numerador	Denominador	Notas
Inicio de la LM	Proporción	Niños que alguna vez recibieron leche materna ya sea directa del pecho, en biberón o similar	Total de niños en la muestra	
Momento de inicio temprano de la LM	Proporción	Niños que fueron puestos al pecho en la 1ª hora después de nacido; luego de la primera hora pero antes de las 24 horas; y luego de las 24 horas	Total de niños en la muestra	Calculado exclusivamente en niños nacidos a término y un peso igual o mayor a 2500 gramos

Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses (LME)	Proporción	Niños menores de 6 meses alimentados exclusivamente con leche materna el día anterior	Total de niños menores de 6 meses en la muestra	Incluye niños puestos directamente al pecho o alimentados por biberón o similar
Lactancia materna continuada al año y a los dos años de vida	Proporción	Niños que fueron amamantados el día anterior	Total de niños según rangos etarios en la muestra	Calculado para los siguientes rangos etarios: 12 a 15 meses y de 20 a 23 meses de edad
Recomendaciones y asistencia del equipo de salud sobre LM durante la internación o antes del alta	Proporción	Niños cuyas familias recibieron recomendaciones del equipo de salud, según las distintas categorías	Total de niños en la muestra que nacieron en instituciones de salud	Las categorías posibles son: 1) recibió explicaciones sobre los beneficios de la LM; 2) recibió ayuda para poner al niño al pecho; y 3) tuvo asesoramiento para saber dónde acudir en caso de dudas o problemas con la lactancia.
Destete	Proporción	Niños menores de 2 años que no recibieron leche materna el día anterior	Total de niños en la muestra	
Biberón	Proporción	Niños que fueron alimentados con biberón la semana anterior	Total de niños en la muestra	
Tipo de leche ingerida	Proporción	Niños destetados que reciben fórmulas adecuadas para la edad y/o, leche de vaca adicionada con hierro y/o LVE	Total de niños según rangos etarios en la muestra	Calculado para: 1- menores de 6 meses; 2-de 6 a 12 meses; y 3-mayores de 12 meses de edad
Consumo de leche descremada	Proporción	Niños que consumen leche descremada	Total de niños según rangos etarios en la muestra	Calculado para: 1- menores de 6 meses; 2-de 6 a 12 meses; y 3-mayores de 12 meses de edad

Lactancia Artificial adecuada según edad	Proporción	Niños destetados que reciben fórmulas adecuadas para la edad diluidas y/o leche de vaca diluida según las recomendaciones de la Guía Alimentaria para la Población Infantil	Total de niños no amamantados en la muestra	
Incorporación temprana de agua	Proporción	Niños que ingieren agua desde antes de los 6 meses	Total de niños que ingieren agua	
Motivos de no inicio o de abandono de la LM	Proporciones según causa	Proporción de niños que responden a cada uno de los posibles motivos de no inicio o de abandono de la LM	Total de niños que no iniciaron LM o que están destetados.	<u>Posibles motivos autorreferenciados:</u> 1) Me quedé sin leche 2) El niño no aumentaba de peso 3) Tuve que salir a trabajar 4) Me lo indicó el médico 5) Me aconsejaron (familiar / amiga / vecina) que debía dejar 6) Quedé embarazada 7) Me enfermó 8) El niño se enfermó 9) Es la edad a la que dejó el anterior 10) Es adoptado/a 11) Otros (especificar)

- Indicadores de Alimentación Complementaria y Comensalidad:

Indicador	Tipo de indicador	Numerador	Denominador	Notas
Momento de inicio de la alimentación complementaria	Proporción	Niños según momento de inicio de la alimentación complementaria	Total de niños en la muestra	Estimado según los siguientes grupos etarios: antes de los 4 meses; entre los 4 y los 6 meses; a partir de los 6 meses cumplidos; desde los 7 meses

Diversidad alimentaria mínima	Proporción	Niños mayores de 6 meses que recibieron alimentos de 4 o más grupos alimentarios el día anterior	Total de niños de 6 a 23 meses de edad de la muestra	Los grupos constituidos son: 1-leche, yogur y quesos; 2-carnes, pescados y huevos; 3-frutas y hortalizas; 4-legumbres y derivados; 5-cereales y derivados; 6-grasas y aceites; 7-dulces y bebidas.
Consumo de suplementos de hierro	Proporción	Niños que consumen suplemento de hierro	Total de niños de la muestra	
Consumo de suplementos de hierro según prescripción médica	Proporción	Niños con prescripción médica de hierro según categorías	Total de niños en la muestra	Las categorías posibles son: 1- consume y respeta la prescripción médica; 2- consume pero no respeta la prescripción médica; 3- se lo indicó el médico pero no lo consume
Niños que comen acompañados	Proporción	Niños mayores de 6 meses que comen acompañados	Total de niños de 6 a 23 meses de edad en la muestra que reciben AC	
Niños a los que se les permite comer solos y/o se les brindan alimentos para consumir con las manos	Proporción	Niños mayores de 6 meses a los que se les permite comer solos y/o se les brindan alimentos para consumir con las manos	Total de niños de 6 a 23 meses de edad en la muestra que reciben AC	
Niños que comparten la mesa familiar	Proporción	Niños mayores de 6 meses que comparten la mesa familiar	Total de niños de 6 a 23 meses de edad en la muestra que reciben AC	

Niños que comen frente a pantallas	Proporción	Niños que son alimentados con alimentos sólidos o con biberón mientras están frente al televisor, celular y/o tablets o similares	Total de niños en la muestra	
Procedencia del agua de bebida del niño	Proporción	Niños que consumen agua de diferentes procedencias para bebida y/o para la preparación de biberones	Total de niños en la muestra que el día anterior recibió agua para bebida o en la preparación de biberones	Las categorías son: 1-agua de red dentro de la vivienda; 2-agua de red fuera de la vivienda; 3-agua de perforación; 4-agua embotellada; 5-otros

- Indicadores Antropométricos:

Indicador	Tipo de indicador	Numerador	Denominador	Notas
Peso para la edad	Razón	Peso (en kilogramos) según la edad (en meses)	Media para su sexo y edad	Las categorías se establecen de acuerdo a las desviaciones estándar (DE) de la media para su edad y sexo: a) Bajo Peso: peso menor a -2 DE. b) Peso normal: entre -1 a + 1 DS. c) Sobrepeso: peso mayor a +2 DE.
Longitud para la edad	Razón	Longitud corporal en posición recostada (en cm) según la edad (en meses)	Media para su sexo y edad	Las categorías se establecen de acuerdo a las desviaciones estándar (DE) de la media para su edad y sexo: a) Estatura normal: entre -1 a +2 DE. b) Acortamiento: menor a -2DE.

Peso para la longitud	Razón	Relación entre el peso (en kilogramos) y la longitud en posición recostada (en cm) según la edad (en meses)	Media para su sexo y edad.	Las categorías se establecen de acuerdo a las desviaciones estándar (DE) de la media para su edad y sexo: a) Emaciado: menor a -2DE. b) Peso normal: entre -1 a +1. c) Sobrepeso: mayor a + 2DE. d) Obeso: mayor a + 3DE.
-----------------------	-------	---	----------------------------	---

- Indicadores de Asistencia Alimentaria:

Indicador	Tipo de indicador	Numerador	Denominador	Notas
Refuerzo alimentario por bajo peso y/o baja longitud	Proporción	Niños mayores de 6 meses con refuerzo alimentario desde el CS	total de niños mayores de 6 meses de edad en la muestra	
Leche de programas alimentarios	Proporción	Niños que reciben leche de programas alimentarios	Total de niños en la muestra	Calculado para menores de 6 meses, de 6 a 12 meses y mayores de 12 meses de edad
Recomendaciones del equipo de salud para preparar la leche recibida de programas alimentarios	Proporción	Niños cuyas familias recibieron asesoramiento acerca de cómo preparar la leche recibida	Total de niños que reciben leche de programas alimentarios	
Tipo de leche recibida de programas alimentarios	Proporción	Niños según tipo de leche recibida de programas alimentarios	Total de niños que reciben leche de programas alimentarios	Las categorías son: 1-Leche de fórmula; 2-Leche entera de vaca enriquecida con hierro; 3-LVE; 4-Otro tipo de leche

Procedencia de la leche recibida de programas alimentarios	Proporción	Niños según procedencia de la leche recibida de programas alimentarios	Total de niños que reciben leche de programas alimentarios	Las categorías son: 1-Centro de salud; 2-Hospital San José; 3-Otro
--	------------	--	--	--

- Indicadores Socioeconómicos:

Para caracterizar los diferentes indicadores de nutrición propuestos se relevaron datos sociodemográficos del niño:

- Educación materna medida en años de escolaridad
- Edad materna medida en años
- Empleo materno medido por horas trabajadas fuera del hogar por día y por semana de la madre

V. RESULTADOS

RESULTADOS

Datos generales. Según los datos oficiales al año 2019 de la población de menores de 2 años que asiste a los 3 CS, se realizó una muestra de 194 casos (N=194) distribuida de la siguiente manera: Bustos 39%, Kennedy 25% y Lanternier 36%. Del total de encuestas el 43% fueron mujeres y el 57% varones; el 91,8% fueron nacidos a término y el 94,3% tuvo un peso al nacer igual o mayor a 2500 gramos; siendo ambos valores similares a los datos nacionales⁴¹ referidos por la DEIS (2017). El 93% nació en el Hospital San José de Pergamino (HIGA), el 7% restante en clínicas privadas locales o en instituciones de otra localidad. En el 98% de los casos la encuesta fue respondida por la mamá del niño, el 2% restante por el papá o abuela del niño.

Condiciones socioeconómicas. De la muestra total el 99% de los niños vivía con la madre. La media de la edad materna fue 25,6 años. La *Tabla 1* resume la distribución de mamás por rangos etarios con predominio del grupo entre 20 y 34 años, seguido por el grupo de menores de 20 años⁴²; del total de mamás adolescentes, un solo caso fue menor de 15 años. Se observaron diferencias marcadas entre el CS Lanternier y los otros 2 CS; Lanternier presentó una prevalencia de madres de mayor edad superior al doble que Bustos y Kennedy, y una frecuencia de madres adolescentes muy inferior a los otros 2 CS.

Tabla 1. Porcentaje de madres según rango etario y CS. Pergamino, 2019.

CS	< 20 años	20 a 34 años	>34 años	Total
Bustos	25,00%	65,80%	9,20%	100%
Kennedy	25,00%	70,80%	4,20%	100%
Lanternier	12,90%	68,60%	18,60%	100%
Total	20,60%	68,00%	11,30%	100%

Nota: Elaboración propia

⁴¹ 89% y 92,7% respectivamente.

⁴² La adolescencia, según la OMS, es el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad (Ministerio de Salud de la Nación 2015).

En relación al nivel de instrucción materna⁴³, 12,4% de las madres poseía primario incompleto, un porcentaje mayor que a nivel nacional (4%); 62,9% reportó tener primario completo o secundario incompleto; y 24,7% tenía secundario completo o más, un valor muy inferior al promedio nacional (51%) (DEIS 2017). Este indicador no fue uniforme entre los 3 CS; Lanternier presentó un porcentaje de madres del menor nivel educativo (21,4%) muy superior a Bustos (6,6%) y Kennedy (8,3%); Bustos fue el CS con la proporción más alta (32,9%) de madres del mayor nivel de instrucción (Lanternier 21,4%; Kennedy 16,7%). Del total de casos, apenas el 24% de madres trabajaba; la media de horas semanales trabajadas⁴⁴ fue de 23,7. Kennedy fue el CS con mayor proporción de madres trabajadoras (29,2%), seguido por Lanternier (25,7%) y Bustos (18,9%).

Lactancia Materna. La *Tabla 2* presenta los porcentajes de inicio de LM. El 95,9% de los niños encuestados recibió leche materna al nacimiento, con valores similares en todos los CS. Se observaron valores disímiles en el inicio de la LM según edad gestacional, siendo mayor en los niños nacidos en la semana 38 o más, con frecuencias similares a las nacionales (Ministerio de Salud de la Nación 2010b). Se advierte que pese a que los niños que tuvieron bajo peso al nacer (menos de 2500g), enfrentan más desafíos a la hora de iniciar la LM que los niños nacidos con peso adecuado, el inicio de la LM en esta población no se vio influido por el peso al nacer; fue incluso superior en los niños nacidos con bajo peso, lo cual contrasta con la tendencia a nivel nacional de inicio más elevado de LM a mayor peso al nacer (Ministerio de Salud de la Nación 2010b).

⁴³ Nivel de instrucción es el grado más alto completado dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal) (DEIS 2017).

⁴⁴ Calculada sobre el total de mamás que trabajan.

Tabla 2. Porcentaje de inicio de Lactancia Materna. Pergamino, 2019.

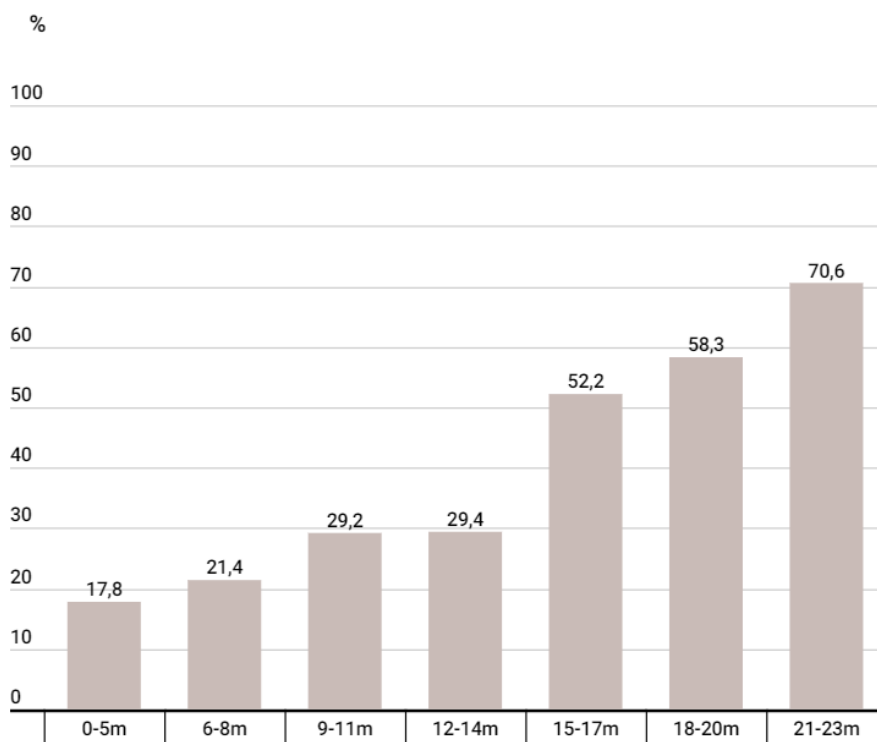
Total y por CS		Nacional*
Total	95,90%	95,40%
Bustos	96,10%	SD
Kennedy	100%	SD
Lanternier	92,90%	SD
Según edad gestacional		% Nacional*
Pre término	92,00%	94,70%
A término	96,40%	95,80%
Según peso al nacer		% Nacional*
Menos de 2500g	100%	86,50%
2500g o más	95,60%	95,80%

*Nota: Elaboración propia. *Datos nacionales, ENNyS 2010 (Ministerio de Salud de la Nación 2010b). SD: sin dato*

Del total de niños encuestados sólo 8 casos reportaron no haber iniciado la LM. Al indagar sobre las razones de no inicio, 4 respondieron “*Nunca pudo prenderse*”, 3 “*Nunca tuve leche*” y 1 “*Me lo indicó el médico*”. En relación al momento de inicio de la LM, 55,4% fueron puestos al pecho antes de la primera hora de vida, un porcentaje menor al promedio nacional (68%) (Ministerio de Salud de la Nación 2017); valor seguido por la puesta al pecho entre la hora y el día de vida (36,6%), y por la puesta al pecho luego del primer día (7,4%). El porcentaje de LME en menores de 6 meses fue 35,6%, valor muy inferior a la media nacional (54%) (Ministerio de Salud de la Nación 2017); con diferencias relevantes en los 3 CS (Kennedy 61,5%; Lanternier 38,9%; Bustos 26,2%). En concordancia con los datos de la última Encuesta Nacional de LM, la educación de la madre influyó en la prevalencia de LME, siendo inferior en el grupo con menor nivel de instrucción (hasta primario incompleto 28,6%), al ser comparado con los otros 2 grupos (primario completo o secundario incompleto 38,8%; secundario completo o más 29,4%) (Ministerio

de Salud de la Nación 2017). Se identificó un importante aumento de la proporción de niños destetados a mayor edad como muestra el *Gráfico 1*.

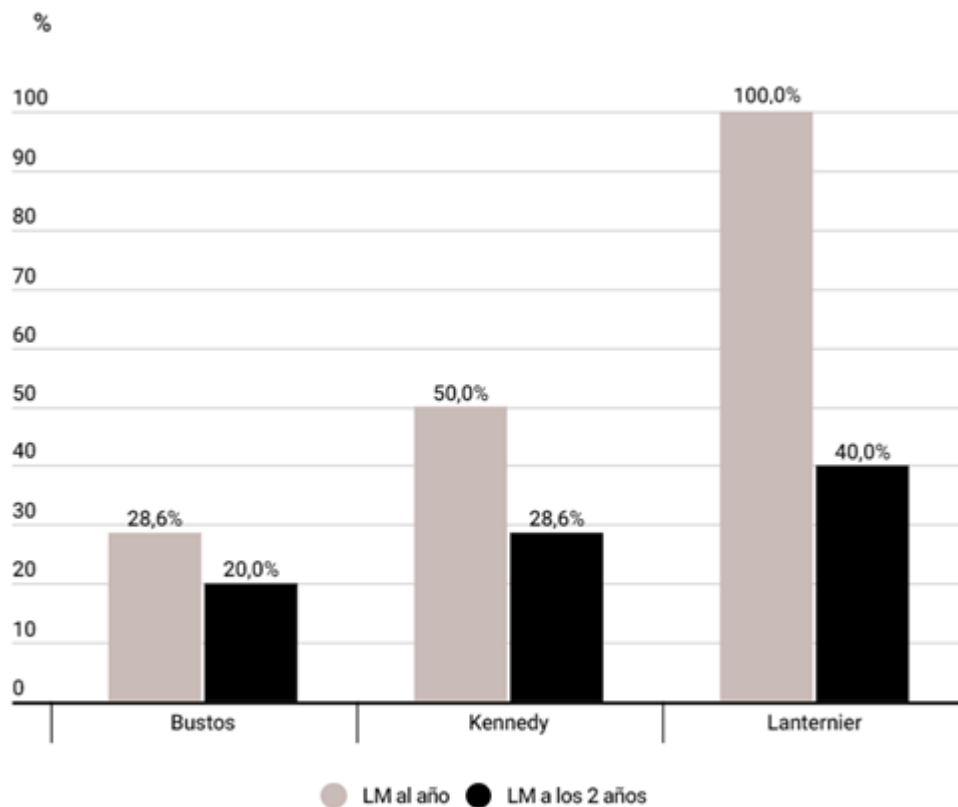
Gráfico 1. Porcentaje de destete según edad. Pergamino 2019



Fuente: *Elaboración propia.*

La LM continuada presentó un promedio de los 3 CS de 64% al año y de 31,8% a los 2 años. Tanto la LM continuada al año como a los 2 años de vida presentaron valores dispares en los 3 CS, como muestra el *Gráfico 2*, donde pueden observarse, además de las prevalencias, la caída de los porcentajes.

Gráfico 2. Porcentaje de Lactancia Materna continuada al año y a los dos años según CS. Pergamino, 2019.



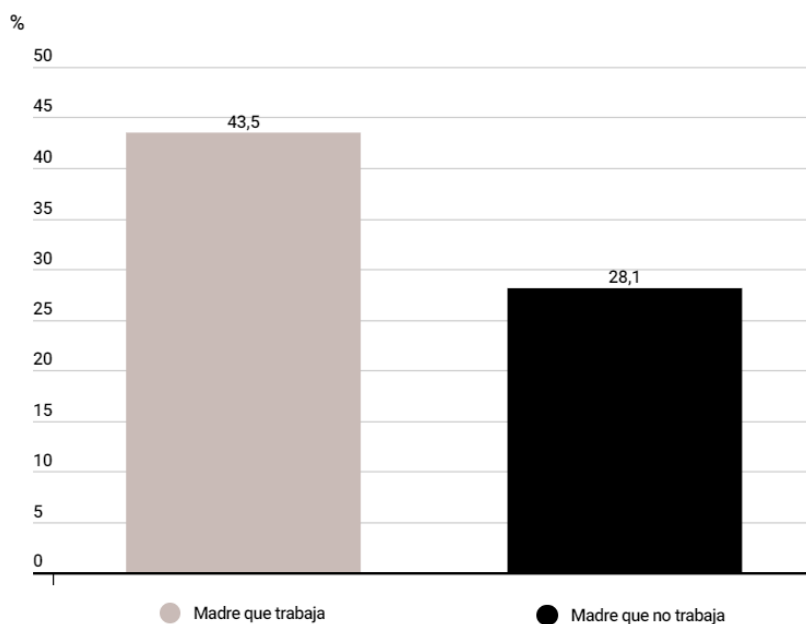
Fuente: Elaboración propia.

En lo concerniente a las recomendaciones nutricionales que reciben las familias de parte del equipo de salud durante la internación o al alta, del total de niños el 64,9% refirió haber recibido explicaciones sobre los beneficios de la LM, sin embargo el 49% no recibió ayuda para poner al niño al pecho y el 79,4% no tuvo asesoramiento para saber dónde acudir en caso de dudas o problemas con la lactancia. A partir de los datos de la historia alimentaria se identificó una elevada proporción de niños menores de 6 meses con incorporación temprana de agua, siendo el promedio 72,6%, con diferencias en los 3 CS pero con un alto porcentaje en todos ellos (Bustos 81%; Kennedy 70%; Lanternier 66,1%).

En aquellos niños que no recibían leche materna se obtuvo información sobre el tipo de leche consumida en su reemplazo, lo cual es crucial conocer, ya que la misma impacta sobre el estado nutricional de la población. Se observa que 71% recibía sólo leche de vaca entera (LVE); y 25,8% sólo fórmula (el resto de los niños no consumió leche el día anterior o consumió ambos tipos de leche). Cabe destacar que ningún niño (0%) recibió leche de vaca con hierro, leche diluida adecuada para la edad, leche descremada ni otro tipo de leche. El tipo de leche consumida en niños destetados varía según su edad; el 100% de los niños menores de 6 meses recibió sólo fórmula, un porcentaje muy superior al promedio nacional (59%) (Ministerio de Salud de la Nación 2017); sin embargo, en niños mayores de 6 meses el tipo de leche se modifica de forma sustancial, siendo la LVE la más consumida (6-12 meses 86,7%; 12-23 meses 94,1%); y en valores superiores a la media nacional (6-12 meses 73%; 12-23 meses 82%) (Ministerio de Salud de la Nación 2010b).

Según se observa en el *Gráfico 3*, el abandono de LM se vio influido por la situación laboral de la madre, siendo mayor en las madres trabajadoras (43,5%) que en las que no trabajan (28,1%).

Gráfico 3. Porcentaje de destete según situación laboral de la madre.
Pergamino, 2019



Fuente: Elaboración propia.

En la *Tabla 3* se presentan las razones de abandono de la LM referidas por las madres. El motivo más frecuente fue *“Me quedé sin leche”*, al igual que a nivel nacional aunque en menor proporción (Ministerio de Salud de la Nación 2010b); seguido por el motivo *“El niño se quedaba con hambre”*. Si bien *“Me quedé sin leche”* fue el motivo más común en todos los rangos etarios, fue muy superior en los niños menores de 6 meses que en los de más edad; en cambio el motivo *“Me lo indicó el médico”* fue muy superior en los niños mayores de 12 meses que en los de menor edad. También se observaron diferencias según CS; en CS Bustos y Lanternier el principal motivo fue *“Me quedé sin leche”*; en CS Kennedy el motivo más frecuente fue *“El niño no aumentaba de peso”*, y se observa en este CS que el motivo *“Me lo indicó el médico”* fue superior al doble que en los otros 2 CS.

Tabla 3. Motivos de abandono de Lactancia Materna, según edad y CS.
Pergamino, 2019.

Motivo	% Total		% según edad			% según CS		
	% Local 2019	% Nacional*	< 6 m	6-12 m	> 12 m	Bustos	Kennedy	Lanternier
Me quedé sin leche	28,60%	34,80%	55,60%	18,20%	26,90%	33,30%	0%	50,00%
El niño se quedaba con hambre	18,40%	0%	0%	18,20%	23,10%	11,10%	25,00%	18,80%
El niño dejó solo	12,20%	11,10%	22,20%	27,30%	3,80%	16,70%	0%	18,80%
Me lo indicó el médico	12,20%	8,30%	11,10%	9,10%	15,40%	5,60%	25,00%	12,50%
El niño no aumentaba de peso	12,20%	7,70%	0%	27,30%	11,50%	11,10%	33,30%	0%
Otro motivo	10,20%	SD	0%	0%	11,50%	5,60%	16,70%	0%
Era muy difícil amamantar y sostener mis otras tareas	4,10%	SD	0%	0%	7,70%	11,10%	0%	0%
Se me lastimaron los pezones	2,00%	SD	11,10%	0%	0%	5,60%	0%	0%

*Nota: Elaboración propia. *Datos nacionales, ENNyS 2010 (Ministerio de Salud de la Nación 2010b). SD: sin dato*

Del total de niños, el 79,4% usó biberón la semana anterior a la encuesta. Bustos fue el CS con mayor proporción de uso del biberón (84,2%), seguido por Kennedy (81,3%) y Lanternier (72,9%). Dado que no existen datos nacionales sobre esta práctica, no se puede comparar con otras realidades. Este indicador aumenta a mayor edad del niño (menores de 6 meses 69,9%; 6-12 meses 84,7%; 12-23 meses 85,5%). El uso del biberón en niños destetados fue casi total (98,4%), y fue mayor que en niños con LM, siendo la prevalencia en este último grupo muy elevada también (70,5%).

Suplementación con hierro. La *Tabla 4* resume el consumo de suplementos de hierro, el cual fue muy bajo en función de las recomendaciones actuales (CNHOMT y CNN 2017). De la muestra total, apenas el 16% respondió estar consumiendo suplementos de hierro, un valor levemente inferior a la media nacional en menores de 2 años (17,9%) (Biglieri et al. 2009). En consonancia con los datos nacionales, el consumo de suplementos de hierro fue notablemente inferior en los niños de 12 a 23 meses que en los de menor edad (Ministerio de Salud de la Nación 2010b). Se observaron diferencias marcadas en los 3 CS; el CS Bustos presentó la menor proporción de niños que toman hierro y el mayor porcentaje de niños que nunca tomaron hierro. Al analizar los motivos por los que ya no toman suplementos de hierro los que alguna vez tomaron, se advierte que un alto porcentaje fue por *“Iniciativa de la madre”*; en consonancia con la evidencia a nivel nacional en la que el incumplimiento en la suplementación se encuentra entre las causas más frecuentes de falla en el tratamiento oral con hierro (CNHOMT y CNN 2017).

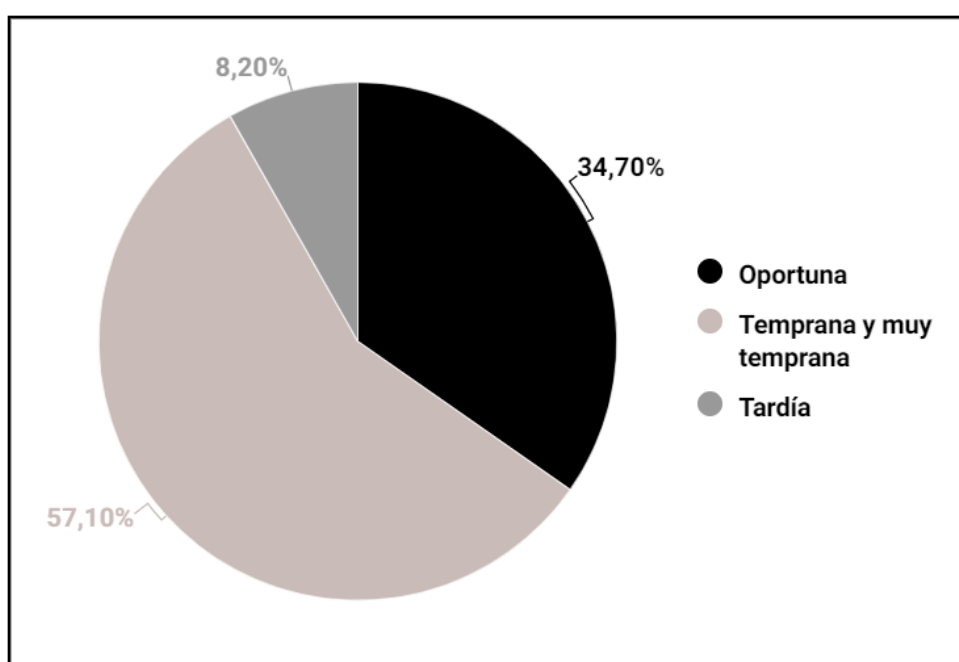
Tabla 4. Consumo de suplementos de hierro (%). Niños de 0 a 23 meses, según CS, edad y motivo de abandono. Pergamino, 2019.

Suplementación con hierro	CS			Total
	Bustos	Kennedy	Lanternier	
Toma actualmente	9,20%	25,00%	17,10%	16,00%
Alguna vez tomó pero ya no toma	40,80%	35,4 %	50 ,0%	42,80%
Nunca tomó	50 ,0%	39,60%	32,9 %	41,20%
Total	100%	100%	100%	100%
Consumo de hierro				
Edad del niño	Pergamino 2019		Valor Nacional*	
<6 meses	55,60%		SD	
6 a 12 meses	39,10%		33,00%	
>12 meses	6,00%		9,00%	
Motivos para no darle más suplementos de hierro (%)				
Me lo indicó el médico				39,80%
Iniciativa de la madre				36,10%
Le hacía mal/lo rechazaba				13,30%
Se le terminó el frasco y no sabía si tenía que seguir dándoselo				9,60%
NS/NC				1,20%
Total				100%

*Nota: Elaboración propia. *Datos nacionales, ENNyS 2010 (Ministerio de Salud de la Nación 2010b). SD: sin datos; NS/NC: no sabe/no contesta*

Alimentación Complementaria⁴⁵(AC) y comensalidad. Aunque con un panorama más favorable que a nivel nacional⁴⁶ (Ministerio de Salud de la Nación 2010b), apenas el 34,7% de los niños encuestados presentó AC oportuna (ACO), en tanto que el 57,1% incorporó algún alimento antes de los 6 meses de edad e incluso un 20,7% antes del 4to. mes de vida, según muestra el *Gráfico 4*.

Gráfico 4. Porcentaje de Alimentación Complementaria según momento de inicio. Pergamino, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

Bustos fue el CS con la mayor proporción de AC Temprana (ACT) (64,7%); seguido por Lanternier (55,8%) y Kennedy (51,4%). En sentido inverso, Kennedy presentó el valor de ACO más elevado (42,9%), seguido por Lanternier (34,6%) y Bustos (26,5%). Con la misma tendencia que a nivel nacional (Ministerio de Salud de la Nación 2010b), estos indicadores presentaron diferencias notorias según educación de la madre, aumentando

⁴⁵ Según datos de la historia alimentaria.

⁴⁶ Datos nacionales: ACO 25%; ACT 43%; ACMT 32% (Ministerio de Salud de la Nación 2010b).

el porcentaje de ACT a menor instrucción (hasta primario incompleto 64,7%; primario completo a secundario incompleto 60,3%; secundario completo o más 45,1%); no se observaron diferencias según edad de la madre; el grupo de madres de más de 34 años presentó una frecuencia apenas menor de ACT (54,5%) que los grupos de menor edad (menores de 21 años 57,1%; entre 21 y 30 años 57,3%). La introducción de alimentos luego de los 6 meses fue tardía en un 8,2% de los niños; un porcentaje muy superior al valor nacional (0,8%) (Ministerio de Salud de la Nación 2010b); este indicador presentó diferencias en los 3 CS (Lanternier 9,6%; Bustos 8,8%; Kennedy 5,7%); también se observaron valores disímiles según edad de la madre, con una frecuencia mayor (16,2%) en el grupo de madres de más de 34 años que en los grupos de menor edad (menores de 21 años 11,1%; entre 21 y 30 años: 3,2%); la educación de la madre fue un factor que también influyó, aumentando la AC tardía a menor nivel de instrucción.

En la *Tabla 5* se presentan las características de las pautas de AC; casi la totalidad de los niños siempre o casi siempre “*come acompañado*” y siempre o casi siempre “*comparte la mesa familiar*”, en frecuencias similares a las nacionales; la proporción de niños a los que siempre o casi siempre “*se les permite comer solos y/o se les brindan alimentos para consumir con las manos*” incrementó a mayor edad del niño (6 a 12 meses 39,6%; 12 a 23 meses 71%); y fue muy inferior a la media nacional. El porcentaje de niños que siempre o casi siempre “*miran alguna pantalla mientras comen*” no varió según edad del niño; y fue más favorable que a nivel nacional (Ministerio de Salud de la Nación 2010b).

Tabla 5. Pautas de alimentación complementaria en niños de 6 a 23 meses. Pergamino, 2019.

Indicador	Porcentaje	
	Pergamino 2019	Nacional*
Niños que comen acompañados	Pergamino 2019	Nacional*
Siempre o casi siempre	99,10%	98,00%
Niños que comparten la mesa familiar	Pergamino 2019	Nacional*
Siempre o casi siempre	94,80%	94,00%
Niños a los que se les permite comer solos y/o se les brindan alimentos para consumir con las manos	Pergamino 2019	Nacional*
Siempre o casi siempre	56,50%	95,00%
Algunas veces/Casi nunca	30,40%	SD
Nunca	13,00%	SD
Niños que miran alguna pantalla mientras comen	Pergamino 2019	Nacional*
Siempre o casi siempre	25,30%	54,00%
Algunas veces/Casi nunca	26,10%	10,00%
Nunca	48,70%	36,00%

*Nota: Elaboración propia. *Datos nacionales, ENNyS 2010 (Ministerio de Salud de la Nación 2010b). SD: sin dato*

En relación a la Diversidad Alimentaria Mínima, el 87% de los niños mayores de 6 meses recibió alimentos de 4 o más grupos alimentarios el día anterior. Si bien aún no se disponen de datos a nivel nacional de este indicador, el porcentaje a nivel local es muy superior al promedio mundial (20%) (UNICEF 2016b). Con respecto a la procedencia del agua de bebida del niño, según muestra la *Tabla 6*, del total de niños que ingirieron agua el día anterior a la encuesta, el 93,6% refirió que el agua provenía de red pública o embotellada; un valor superior a la media nacional (77,9%) (Ministerio de Salud de la Nación

2007); la procedencia del agua varía según edad del niño, siendo el agua embotellada la más frecuente en niños menores de 6 meses, y el agua de red la más frecuente en los mayores de 6 meses.

Tabla 6. Procedencia del agua de bebida (%) según edad del niño.

Pergamino, 2019.

Procedencia del agua	Total	<6 meses	6 a12 meses	>12 meses
Agua de red	67,00%	45,50%	72,70%	78,10%
Agua embotellada	27,00%	54,50%	27,30%	9,40%
Agua de perforación	5,90%	0%	0%	12,50%
Total	100%	100%	100%	100%

Nota: Elaboración propia

Antropometría. La *Tabla 7* presenta la distribución de los índices antropométricos según grupo etario y por CS, expresados como puntajes de desvío estándar (DE o puntaje Z) conforme a los patrones de crecimiento infantil de la OMS (2006).

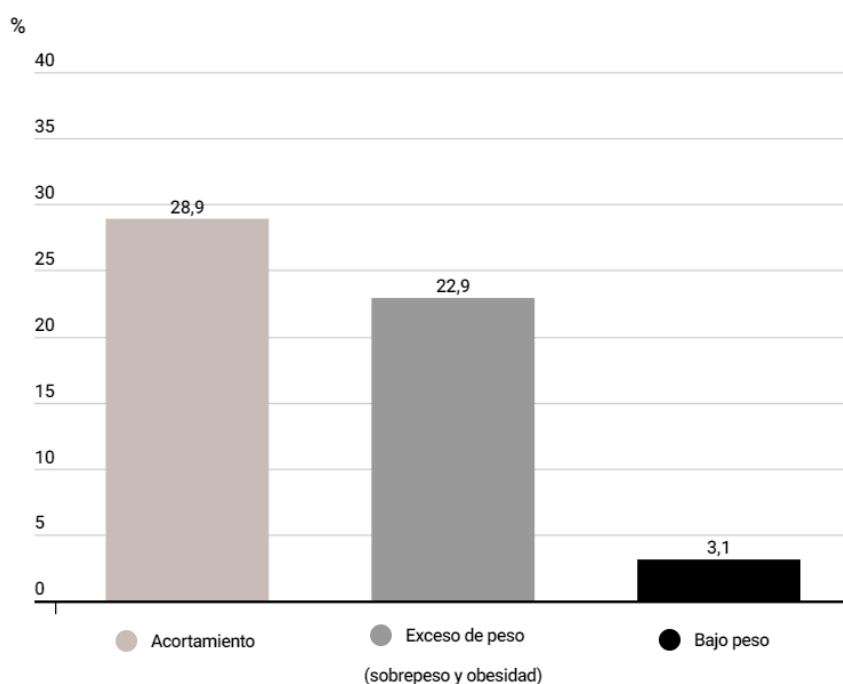
Tabla 7. Porcentaje de valores antropométricos según CS. Pergamino, 2019.

PESO PARA LA EDAD -2DE (bajo peso)					
Total, por sexo y edad				Total y por CS	
Edad	Ambos sexos	Femenino	Masculino	CS	<-2DE (bajo peso)
	<-2DE (bajo peso)	<-2DE (bajo peso)	<-2DE (bajo peso)		
Total (0-23m)	3,1%	1,2%	4,5%	Total	3,1%
(0-5meses)	4,2%	2,9%	5,3%	Bustos	3,9%
(6-11meses)	1,9%	0%	3,4%	Kennedy	4,2%
(12-23meses)	2,9%	0%	4,7%	Lanternier	1,4%
LONGITUD PARA LA EDAD -2DE (baja talla)					
Total, por sexo y edad				Total y por CS	
Edad	Ambos sexos	Femenino	Masculino	CS	<-2DE (baja talla)
	<-2DE (baja talla)	<-2DE (baja talla)	<-2DE (baja talla)		
Total (0-23m)	28,9%	25,0%	31,8%	Total	28,9%
(0-5meses)	30,6%	32,4%	28,9%	Bustos	32,9%
(6-11meses)	22,6%	12,5%	31,0%	Kennedy	25,0%
(12-23meses)	31,9%	26,9%	34,9%	Lanternier	27,1%
PESO PARA LA LONGITUD + 2DE (sobrepeso)					
Total, por sexo y edad				Total y por CS	
Edad	Ambos sexos	Femenino	Masculino	CS	+2DE (sobrepeso)
	+2DE (sobrepeso)	+2DE (sobrepeso)	+2DE (sobrepeso)		
Total (0-23m)	17,7%	17,1%	18,2%	Total	17,7%
(0-5meses)	25,4%	18,2%	31,6%	Bustos	22,7%
(6-11meses)	13,5%	21,7%	6,9%	Kennedy	14,6%
(12-23meses)	13,0%	11,5%	14,0%	Lanternier	14,5%
PESO PARA LA LONGITUD + 3DE (obesidad)					
Total, por sexo y edad				Total y por CS	
Edad	Ambos sexos	Femenino	Masculino	CS	%+3DE (obesidad)
	%+3DE (obesidad)	%+3DE (obesidad)	%+3DE (obesidad)		
Total (0-23m)	5,2%	7,3%	3,6%	Total	5,2%
(0-5meses)	5,6%	3,0%	7,9%	Bustos	8,0%
(6-11meses)	7,7%	13,0%	3,4%	Kennedy	4,2%
(12-23meses)	2,9%	7,7%	0%	Lanternier	2,9%

Nota: Elaboración propia (%>+2DE incluye %>+3DE)

Se observa que el acortamiento y el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) constituyen las condiciones más prevalentes en el total de la población estudiada, con un promedio de 28,8% y 22,9% respectivamente, tal como se muestra en el *Gráfico 5*.

Gráfico 5. Porcentaje de los problemas nutricionales según evaluación antropométrica. Pergamino, 2019



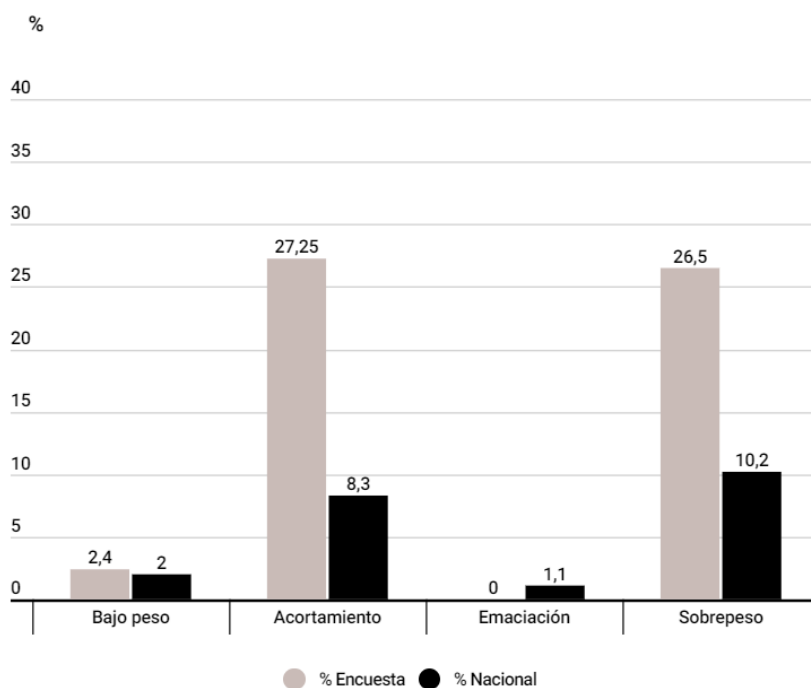
Fuente: *Elaboración propia.*

Si bien estas condiciones también son las más frecuentes en los menores de 2 años a nivel nacional (Ministerio de Salud de la Nación 2007), al comparar los indicadores en niños de 6 a 23 meses con los datos nacionales, según se observa en el *Gráfico 6*, se advierte que en los niños encuestados el acortamiento y el sobrepeso tuvieron prevalencias mayores al doble que la media nacional⁴⁷. El bajo peso fue la condición menos frecuente (6 casos en total; 3,2%), en concordancia con los datos nacionales (Ministerio de Salud de

⁴⁷ Frecuencia nacional en niños de 6 a 23 meses: acortamiento 8,3% y sobrepeso 10,2% (Ministerio de Salud de la Nación 2007).

la Nación 2007). La emaciación, es decir la desnutrición aguda, fue igual a 0% en la población estudiada.

Gráfico 6. Porcentaje de niños de 6 a 23 meses según categorías de diagnóstico antropométrico, comparado con datos nacionales. Pergamino, 2019



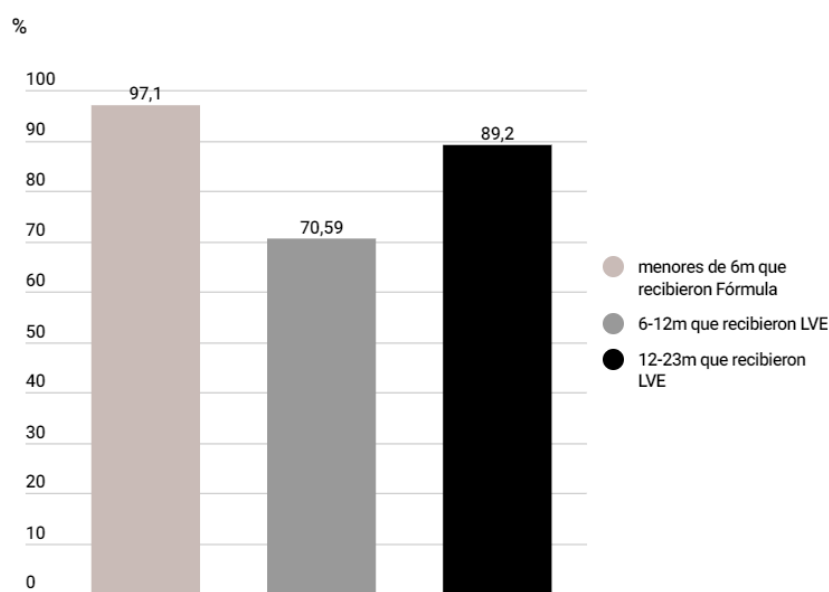
Fuente: Elaboración propia. Datos nacionales según ENNyS, 2007.

En relación al sexo, se hallaron diferencias en el acortamiento y en el sobrepeso, con valores más desfavorecidos en varones que en mujeres. Del total de niños de la muestra, 5,2% presentaron obesidad, siendo este el único indicador más frecuente en mujeres que en varones. También se observaron diferencias entre los 3 CS; Bustos fue el CS con mayor prevalencia de acortamiento, sobrepeso y obesidad; y Kennedy fue el CS con mayor proporción de bajo peso. Al comparar los indicadores antropométricos según grupos etarios, se observa que los niños mayores de 12 meses presentaron mayor prevalencia de bajo peso y acortamiento que los niños de 6 a 11 meses; en cambio el porcentaje de sobrepeso fue superior en los niños menores de 6 meses, que en los grupos de mayor edad. Del total de niños encuestados, el

43,3% presentó al menos un problema nutricional según la evaluación antropométrica.

Asistencia alimentaria. El 54,6% de los niños encuestados reportó haber recibido leche de programas el mes anterior a la encuesta; aunque el valor de este indicador aumenta levemente a mayor edad del niño, el porcentaje ya es elevado incluso en los niños menores de 6 meses (47,9%). Los niños del CS Kennedy recibieron menos leche de programas (45,8%) que los niños de Lanternier (57,1%) y Bustos (59,7%). El 90% de las leches que reciben proviene de los CS; el resto proviene de otras instituciones (Cooperadora para la Nutrición Infantil: CONIN 6%; HIGA 3%). El tipo de leche recibida varió con la edad del niño, como se observa en el *Gráfico 7*.

Gráfico 7. Tipo de leche recibida de programas alimentarios según edad.
Pergamino, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

De los niños menores de 6 meses que recibieron leche de programas alimentarios, el 97,1% recibió fórmula (2,9% recibió LVE); sin embargo en niños de 6 a 12 meses la fórmula representa sólo el 32,35%, siendo la LVE la

principal leche recibida de programas (70,59%); y los niños mayores de 12 meses reciben casi en su totalidad LVE común (89,2%). Del total de niños que recibieron leche de programas, 45,3% refirió no haber recibido recomendaciones de parte del equipo de salud acerca de cómo preparar esa leche. Sólo 3 casos (2,5%) del total de niños mayores de 6 meses, recibieron refuerzo alimentario del CS por bajo peso y/o baja talla; en los 3 casos se trató de niños mayores de un año, que también recibieron leche de programas. Sólo 1 de ellos presentó bajo peso y baja talla al momento de la encuesta; los otros 2 casos tuvieron peso y altura normales para su edad. Al relacionar la asistencia alimentaria recibida con la evaluación antropométrica, se observa que de los niños encuestados que tuvieron bajo peso, que fueron 6 casos en total, 3 fueron niños de un mes de edad o menos, 2 de los cuales recibieron leche de programa desde el CS y uno no recibió leche por estar con LME. En los otros 3 casos se trató de niños mayores de 6 meses; de ellos un solo niño recibió refuerzo alimentario y leche de programa desde el CS; y los otros 2 casos recibieron sólo leche de programa.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En virtud de los objetivos definidos, se han presentado las características de la alimentación de niños menores de 2 años que asisten al servicio de APS de Pergamino⁴⁸, confirmándose la hipótesis planteada: “La alimentación de niños de 0 a 24 meses que asisten al servicio de APS del partido de Pergamino presenta características que se encuentran en discordancia con las recomendaciones nacionales e internacionales”⁴⁹.

Se observan frecuencias elevadas de acortamiento (27,25%) y sobrepeso (26,5%), como principales problemas nutricionales; dichos resultados se encuentran en consonancia con la situación de los niños menores de 2 años a nivel regional, ya que también son los principales problemas nutricionales en América Latina (UNICEF 2019a); y a nivel nacional⁵⁰ (Ministerio de Salud de la Nación 2007), aunque en proporciones más desfavorables en ambos indicadores respecto de las prevalencias nacionales (acortamiento 8,3%; sobrepeso 10,2%); lo cual estaría asociado en parte, a las características socioeconómicas más vulnerables de la población estudiada, por tratarse exclusivamente de aquella que demanda al sistema público de salud; la mayor prevalencia de sobrepeso respecto de la media nacional también puede explicarse por el crecimiento sostenido que presenta este indicador en nuestro país a lo largo de los años, considerando que son datos más actuales que los que se disponen a nivel nacional.

Más del 40% de los niños encuestados presenta al menos un problema nutricional. Se observa una acentuada variabilidad en los indicadores antropométricos entre los CS; tales diferencias pueden interpretarse como asociadas a las características de las prácticas de alimentación en cada uno de ellos; el CS que presentó mayor prevalencia de acortamiento y sobrepeso

⁴⁸ Objetivo general.

⁴⁹ Objetivo específico 1 y 2.

⁵⁰ Objetivo específico 3.

(CS Bustos), fue a su vez el CS con resultados más desfavorables en todos los indicadores de lactancia (LME, LM al año y a los 2 años), en la introducción temprana de alimentos y en relación a la suplementación con hierro. La prevalencia de bajo peso para la edad es marginal (3,1%), similar al nivel nacional (2,4%) (Ministerio de Salud de la Nación 2007); la emaciación no representa un problema en la población estudiada (0%), siendo menor que a nivel nacional (1,1%) (Ministerio de Salud de la Nación 2007).

La proporción de niños que inicia la LM es elevada en todos los CS (95,9% promedio), como ocurre en el ámbito nacional (95,4%) (Ministerio de Salud de la Nación 2017); pero al igual que ocurre a nivel país, decae notoriamente hacia los 2 años de edad, con valores dispares en los 3 CS⁵¹. En relación al momento de la primera puesta al pecho dentro de la primera hora luego del nacimiento, se observa que su práctica es insuficiente ya que solo se implementa en la mitad de los niños (55,4%), un porcentaje menor al promedio nacional (68%) (Ministerio de Salud de la Nación 2017); y levemente superior al global (45%) (OMS y OPS 2016); así como también se evidencia que la mitad de las madres no recibe ayuda durante la internación o al alta para poner al niño al pecho⁵²; lo anterior advierte la necesidad de reforzar la articulación de los CS con el Hospital San José, considerando que más del 90% de los niños menores de 2 años que asisten a los CS, nacen en dicha institución.

Se observa muy bajo porcentaje de LME (35,6%), similar a la media global (34,8%) (OMS y OPS 2016) y más de 10 puntos porcentuales por debajo de la media nacional⁵³ (54%) (Ministerio de Salud de la Nación 2017), con diferencias entre los CS y según nivel de instrucción materna; también se registra una muy alta incorporación temprana de agua en menores de 6 meses, superior al 70%.

⁵¹ Objetivo específico 1.

⁵² Objetivo específico 5.

⁵³ Objetivo específico 2.

Más de la mitad de los niños encuestados recibe leche de programas y al menos el 70% usa biberón, incluso antes de los 6 meses; casi el 90% de niños desde los 6 meses ingiere LVE común sin hierro y una muy baja proporción (apenas un 16%), recibe suplementación con hierro⁵⁴, un valor inferior a la media nacional en menores de 2 años (17,9%) (Biglieri et al. 2009), siendo los principales motivos para no darlo “Me lo indicó el médico” y “Por iniciativa de la madre”.

La mayoría de los motivos de no inicio y de abandono de la LM referidos por las madres no responden a situaciones contraindicadas con la lactancia, pero sí se vieron influenciados por la situación laboral de la madre, siendo mayor en aquellas que trabajan; lo cual guarda relación con la situación a nivel nacional, en la que uno de los motivos más prevalentes de abandono de la LM es “*Tuve que salir a trabajar*” (Ministerio de Salud de la Nación 2010b).

Al analizar la leche elegida en niños sin LM se observa que todos los niños menores de 6 meses recibieron leche de fórmula (100%), un porcentaje muy superior al promedio nacional (59%) (Ministerio de Salud de la Nación 2017); sin embargo en los niños sin LM mayores de 6 meses, la opción más común es la LVE; lo anterior respondería a la entrega de las mismas por parte de programas, ya que la principal leche recibida de programas en menores de 6 meses es la leche de fórmula, y en niños mayores de 6 meses la LVE común. Es necesario resaltar que 1 de cada 2 niños menores de 6 meses recibe leche de fórmula de parte del CS, lo cual estaría en estrecha relación con el bajo porcentaje de LME en la población estudiada. Cabe destacar también que ningún niño ingiere leche fortificada con hierro ni leche diluida para su edad⁵⁵; y que casi la mitad de los niños que recibieron leche de programas no fueron asesorados de parte del equipo de salud acerca de cómo preparar esa leche⁵⁶.

⁵⁴ Objetivo específico 1.

⁵⁵ Objetivo específico 1.

⁵⁶ Objetivo específico 5.

El momento de inicio de la alimentación complementaria no es adecuado, aunque con un panorama más favorable que a nivel nacional (ACO Nacional 25%; ACO local 34,7%) (Ministerio de Salud de la Nación 2010b); se observa que 1 de cada 2 niños incorpora alimentos de forma prematura. Sin embargo las pautas de AC y de comensalidad sí resultan satisfactorias; casi la totalidad de los niños siempre o casi siempre “*come acompañado*” y siempre o casi siempre “*comparte la mesa familiar*”, en frecuencias similares a las nacionales⁵⁷ (Ministerio de Salud de la Nación 2010b). Más del 80% cumple con la Diversidad Alimentaria Mínima, un valor muy superior a la media global (20%) (OMS y OPS 2016); y más del 90% ingiere agua de red o embotellada.

Entre las principales fortalezas del presente trabajo cabe mencionar que constituye el primer estudio de estas características a nivel local⁵⁸. Las áreas temáticas y variables incluidas permiten no sólo contar con una adecuada valoración de las características de la alimentación de la población estudiada, sino también compararla con datos nacionales. El grado de respuesta alcanzado fue total, lo cual brinda confiabilidad en términos de las estimaciones realizadas. Finalmente, tratándose de un estudio de diseño transversal, no es posible identificar relaciones causales.

⁵⁷ Objetivo específico 3.

⁵⁸ Objetivo específico 4 y 6.

VII. RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

De todo lo analizado y desarrollado en el presente estudio se deducen las siguientes necesidades y recomendaciones⁵⁹:

- Fortalecer el vínculo entre los CS y el HIGA a fin de mejorar la puesta al pecho durante la primera hora posterior al nacimiento y que los niños y sus madres sean dados de alta con adecuadas prácticas de LM.
- Debido a la baja proporción de LME, la alta frecuencia de menores de 6 meses que reciben fórmula desde el CS, el extendido uso del biberón y la elevada introducción temprana de agua, se sugiere reforzar la capacitación del equipo de salud en las prácticas de alimentación adecuadas en niños de 0 a 6 meses, considerando la amplia evidencia que las sustenta y los beneficios de las mismas en la salud del niño, en su crecimiento adecuado y en la prevención de enfermedades.
- A raíz de la pronunciada caída de la proporción de LM a medida que los niños crecen, es importante profundizar en la promoción y protección de la LM. En este sentido resulta necesario procurar que los profesionales del equipo de salud sean promotores activos de la LM (exclusiva hasta el 6to. mes de vida y continuada hasta por lo menos el segundo año) para contribuir a una mejor salud de los niños.
- En pos de asegurar un buen asesoramiento a los cuidadores de los niños, resulta oportuno facilitar el acceso del personal de los CS a capacitación calificada sobre lactancia, pautas de alimentación complementaria oportuna y suplementación con hierro; para ello es factible solicitar apoyo a la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. “Las familias requieren de ayuda y soporte para iniciar

⁵⁹ Objetivo específico 7.

y mantener prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño”, en tanto que “los profesionales de la salud pueden desempeñar un rol crítico para brindar dicho apoyo” (OPS 2010: 1); debido a ello “es necesario que tengan conocimientos y habilidades básicas para ofrecer una apropiada orientación” (OPS 2010: 1).

- A la luz de los resultados de los momentos de introducción de alimentos, se destaca la necesidad de fortalecer la educación alimentaria y nutricional⁶⁰, especialmente en lo que respecta a la prevención de introducción temprana de alimentos en todos los CS. Considerando que según resultados del presente estudio, las madres son el interlocutor principal con el equipo de salud, resulta oportuno considerar la educación de las madres de forma individual y/o mediante la organización de talleres.
- Es recomendable revisar los programas de entrega de leche, con el propósito de favorecer el acceso a leches fortificadas con hierro en las situaciones excepcionales en que la LM no sea posible y evitando al mismo tiempo la entrega de leches cuando no fuera realmente necesario, a fin de no poner en riesgo la práctica de la LM.
- En los niños que no reciben leche fortificada (incluyendo los amamantados mayores de 4 meses) es indispensable recomendar suplementos de hierro y monitorear la adherencia al tratamiento.
- Dado el elevado consumo de leche de vaca en niños menores de 1 año, es importante que el equipo de salud advierta sobre la correcta preparación del biberón (especialmente en cuanto a su dilución y

⁶⁰ “La educación alimentaria y nutricional, se considera una herramienta de validez comprobada para generar en las personas autorresponsabilidad, autonomía y autocuidado en la mejora del estado nutricional” (Calvo et al. 2009: 50).

adición con azúcar y aceite) para evitar un excesivo consumo de proteínas y sodio.

- Considerar la iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño para mejorar los indicadores de LM en los CS luego del alta hospitalaria.
- Se espera que la información aquí presentada ayude a fortalecer no solo la toma de decisiones en el primer nivel de atención sino también en otras áreas de gobierno y en la sociedad en su conjunto, reconociendo la importancia crucial de la buena nutrición en los primeros meses de vida. En este sentido, y considerando los resultados del presente estudio, se propone la adhesión local a la Ley Nacional 26.873 de lactancia materna, mediante una ordenanza municipal, con el propósito de asumir un compromiso del partido de Pergamino en la promoción de la LM y la alimentación del lactante y del niño pequeño, con especial interés en aquellos de sectores más vulnerables.
- Finalmente, atendiendo a las diferencias encontradas entre los indicadores nutricionales y los tres CS, sería conveniente que se revisen prácticas de atención y consejería nutricional⁶¹ para homogeneizar y mejorar los resultados en todos ellos.

⁶¹ “La Consejería es una técnica de comunicación ampliamente utilizada en diferentes disciplinas, que tiene por objeto orientar a las personas en la detección de sus problemas y en la toma de decisiones para resolverlos a través de cambios de conducta” (Calvo et al. 2009: 51).

VIII. CONSIDERACIONES FINALES

CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio ha permitido confirmar la hipótesis planteada, al identificar prácticas alimentarias inapropiadas en los niños menores de dos años que asisten al servicio de APS de Pergamino, lo cual mantiene a muchos de ellos lejos del acceso a oportunidades para su desarrollo integral. El acortamiento y el exceso de peso identificados como los principales problemas nutricionales observados, son al mismo tiempo, indicadores representativos de un “derecho humano esencial” vulnerado (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF 2018: 6). Como es sabido, la baja talla (o retraso en el crecimiento) “es tanto un síntoma de las privaciones del pasado como un indicador de la pobreza futura” y un reflejo fiel de las desigualdades sociales (UNICEF 2019b: 6). En tanto que el sobrepeso y la obesidad también ponen en riesgo la posibilidad real de los niños de gozar plenamente de sus derechos, no sólo del derecho a la salud y a la alimentación, sino que “compromete también el ejercicio de otros derechos, como el derecho a la educación, a la información, a la no discriminación, al juego y al esparcimiento y, más ampliamente, a la vida, a la supervivencia y al desarrollo pleno” (UNICEF 2019a: 5).

Pese a que la realidad económica y social a nivel nacional pone en evidencia las dificultades para acceder a alimentos de calidad de los grupos en condiciones de privación socioeconómica, como la población estudiada, se han podido identificar prácticas inadecuadas de alimentación que no necesariamente están vinculadas a la falta de recursos económicos, sino a otros factores como la pobre vigilancia de los programas de entrega de leche, la falta de indicación médica y la poca adherencia de la familia al uso de un recurso disponible y fundamental para este grupo etario como es el sulfato ferroso, así como la falta de capacitación del personal de salud en materia de lactancia y de alimentación complementaria, entre otros. Propiciar a las familias educación alimentaria de calidad “para seleccionar la mejor alimentación posible es fundamental para garantizar de manera sostenible la seguridad alimentaria” y con mayor énfasis cuando se trata de población más vulnerable (PNUD y FAO 2016: 118).

Los resultados aquí presentados dejan ver que muchos de nuestros niños no están recibiendo la alimentación que necesitan “y esta carencia socava su capacidad para crecer, aprender al máximo de sus posibilidades y compromete su salud futura”; esto no sólo resulta dañino para ellos y sus familias, sino para toda la sociedad (UNICEF 2019b: 4).

“El equipo de salud debe actuar lo antes posible; ésta es la esencia de la Atención Primaria de Salud. La prevención consiste, entonces, en contrarrestar los efectos adversos que ejercen sobre el niño los factores condicionantes de la comunidad en que se encuentra” (Calvo et al. 2009: 39).

Los centros de salud pueden desempeñar un papel importante en la tarea de recolección de datos sobre prácticas alimentarias, en el seguimiento de indicadores antropométricos, así como también en el asesoramiento nutricional a las familias, pero con demasiada frecuencia sus oportunidades están desaprovechadas. Los indicadores de lactancia aquí presentados ponen de manifiesto la importancia de contar con integrantes del equipo de salud más atentos a trabajar en LM para contribuir a su sostenimiento en el tiempo y a su exclusividad en niños menores de 6 meses.

Se debe garantizar que todos los servicios de salud acaten las disposiciones del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna y tengan consideración especial en pos de un acompañamiento adecuado de las madres que deseen y puedan amamantar, “los Diez Pasos para una Lactancia exitosa” (OPS 2010: 31). Considerando la amplia evidencia que respalda cabalmente la función vital de la lactancia materna para la salud y el desarrollo, resulta necesario “invertir en políticas y programas que apoyen las decisiones de las mujeres de amamantar a sus hijos” (OMS y OPS 2016: 1). “Los sucedáneos de la leche materna deben estar disponibles cuando se necesiten, pero no deben promoverse” (OMS 2017b: 2/5); de lo contrario

impactan de forma negativa en la lactancia, contribuyendo también a malgastar los recursos económicos disponibles.

Los datos aquí presentados requieren de una respuesta firme y efectiva en forma de políticas locales necesarias para proteger y respetar los derechos del niño, que incluyan la nutrición como elemento fundamental, con énfasis en la población más vulnerable. La evidencia científica es contundente al señalar la importancia que tiene invertir en la nutrición en la primera infancia, y el costo de no hacerlo. Para ello, resulta propicio que el área de salud pública a nivel local asuma el compromiso de optimizar las prácticas alimentarias con prioridad específica en los menores de dos años, con el fin de garantizar a los niños de primera infancia su derecho a la alimentación y al desarrollo integral. Sin embargo, “la buena nutrición en los primeros años es una responsabilidad colectiva” (UNICEF 2016b: 2); debido a ello la inversión en la nutrición de la primera infancia debería situarse en el centro de las políticas públicas del gobierno municipal en todas sus áreas y no sólo en el área de salud. La vulnerabilidad social a la que se ven expuestos los niños en nuestro país en el que la pobreza está concentrada en los más pequeños, constituye un elemento más que refuerza la necesidad de focalizar las acciones en ellos.

Finalmente, se destaca la importancia crucial de contar con datos precisos, locales y actuales, así como también con el monitoreo y la evaluación de los mismos sostenidos en el tiempo, con el fin de adoptar medidas eficaces, detectar problemas, optimizar los recursos disponibles y tomar mejores decisiones que impacten de forma positiva en la salud y la alimentación de los niños menores de 2 años. El presente trabajo constituye un primer antecedente a nivel local en este sentido⁶².

⁶² Objetivo específico 4 y 6.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biglieri, A. 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 Pediatr*, pp. 107(5):397-404. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2009/arch09_5/v107n5a06.pdf [Consultado 01-3-2019]
- Calvo E. et al. (2009) *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. 1a. ed. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires: Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/evaluacion-del-estado-nutricional-de-ninas-ninos-y-embarazadas-mediante-antropometria> [Consultado 01-3-2019]
- Comité Nacional de Hematología, Oncología y Medicina Transfusional (CNHOMT) y Comité Nacional de Nutrición (CNN) (2017) “Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento”. *Arch Argent Pediatr*, 115 Supl 4, pp. s68–s82. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_deficiencia-de-hierro-y-anemia-ferropenica-guia-para-su-prevencion-diagnostico-y-tratamiento--71.pdf [Consultado 24-4-2019]
- Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas (SCN) (2002) *Nutrición: La Base para el Desarrollo*. Ginebra. Disponible en: <https://www.um.es/lafem/Nutricion/DiscoLibro/01-Los%20fundamentos/Complementario/NutricionBaseDesarrollo.pdf> [Consultado 22-4-2019]
- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2015) *Argentina: Informe Final 2015 Objetivos de Desarrollo del Milenio*

Autoridades Presidenta de la Nación. Disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_final_2015_0.pdf [Consultado 10-4-2019]

- Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (2017). *Estadísticas vitales. Información básica. Argentina*. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/825_rol_psicologo/material/descargas/unidad_1/obligatoria/anuario_estadistico_2017.pdf [Consultado 11-4-2019]
- Dirección Provincial de Estadística (2013) Gobierno de la provincia de Buenos Aires. *Encuesta de hogares y empleo. Informe de Pergamino*. Disponible en: http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/InfEHE_Perg2013.pdf [Consultado 9-4-2019]
- Edition, S. et al. (2015) “Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants”. *Jornal de pediatria*, 13(1), p. 36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464122/> [Consultado 9-4-2019]
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2019a) *Obesidad: una cuestión de derechos de niños, niñas y adolescentes. Recomendaciones de políticas para su protección*. 1era. ed. Buenos Aires. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/4996/file> [Consultado 20-4-2019]
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2019b) *El estado mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. Resumen ejecutivo*. Nueva York. Disponible en:

<https://www.refworld.org/es/pdfid/5da8a88a4.pdf> [Consultado 20-11-2019]

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2019c) *El estado mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. América Latina y el Caribe*. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/8441/file/PDF%20SOWC%202019%20ESP.pdf> [Consultado 22-11-2019]
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2017) *La primera infancia importa para cada niño*. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-01/La_primera_infancia_importa_para_cada_nino_UNICEF.pdf [Consultado 24-11-2019]
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2016a) *Primera infancia 2016-2010. Para cada niño, el mejor comienzo. Documento de posicionamiento*. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-03/PrimeraInfancia2016_0.pdf [Consultado 13-12-2018]
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2016b) *A partir de la primera hora de vida. Promover una mejor alimentación del lactante y el niño pequeño en todo el mundo. Principales hallazgos 2016*. Disponible en: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/10/Spanish-UNICEF-From-the-first-hour-key-findings2016-web-fnl1.pdf> [Consultado 26-4-2019]
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2014) *La Convención sobre los Derechos y sus tres Protocolos Facultativos. Argentina*. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-03/CDN_2014.pdf [Consultado 25-1-2019]

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (1989) *Convención sobre los Derechos del Niño*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child> [Consultado 22-1-2019]
- Garavaglia MB. et al. (2018) “Edulcorantes no nutritivos: consumo de los niños y adolescentes, y alimentos que los aportan”. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(3):186-191. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n3a04.pdf> [Consultado 15-11-2019]
- García-López R. (2011) “Composición e inmunología de la leche humana”. *Acta Pediatr Mex* 2011;32(4):223-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640330006.pdf> [Consultado 20-11-2018]
- Guillén-López S. y Vela-Amieva M. (2010) “Desventajas de la introducción de la leche de vaca en el primer año de vida”. *Acta Pediatr Mex* 2010;31(3):123-128. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2010/apm103g.pdf?fbclid=IwAR1ipEOoemJa6aEvic3GKmeIPuHIWM-4yuHV7ZjtKSPbBnuUo8AFv-fd4s4> [Consultado 18-11-2018]
- Hansen, K. (2016) “Breastfeeding: A smart investment in people and in economies”. *The Lancet*, 387(10017), p. 416. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00012-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00012-X) [Consultado 16-12-2019]
- Horta, BL. y Victora, C.G. (2013a) “Long-term health effects of breastfeeding. A systematic Review”. *World Health Organization*, 129(8–9), pp. 57–64. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79198/97892?sequence=1> [Consultado 16-12-2019]

- Horta, B.L y Victora, C.G. (2013b) “Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality”. *World Health Organization*, pp. 1–54. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506120> [Consultado 16-12-2019]
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (2006) *Manual de instrumentos de evaluación dietética*. Guatemala. Disponible en: https://www.sica.int/documentos/manual-de-instrumentos-de-evaluacion-dietetica_1_37007.html [Consultado 15-12-2019]
- Jones, G. et al. (2003) “How many child deaths can we prevent this year?”. *Lancet*, 362(9377), pp. 65–71. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13811-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13811-1) [Consultado 13-12-2018]
- Kogan, L. et al. (2008) para el Ministerio de Salud de la Nación. *Anemia: La desnutrición oculta. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. ENNyS 2008*. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/anemia-la-desnutricion-oculta.pdf> [Consultado 17-5-2019]
- Langley-Evans, SC. (2015) “Nutrition in early life and the programming of adult disease: A review”. *J Hum Nutr Diet*, 28(s1), pp. 1–14. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259987116_Nutrition_in_early_life_and_the_programming_of_adult_disease_A_review [Consultado 04-4-2019]
- Lessen, R. y Kavanagh, K. (2015) “Position of the academy of nutrition and dietetics: Promoting and supporting breastfeeding”. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(3), pp. 444–449. Disponible

en: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.12.014> [Consultado 11-05-2019]

- Ley Nacional 27.642 (2019). Ley de Promoción de la Alimentación Saludable. *Boletín Oficial*, Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/356607/texto> [Consultado 18-12-2021]
- Ley Nacional 26.873 (2015). Reglamentación de la ley de Lactancia Materna. *Boletín Oficial*, Argentina. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=240799>
- Ley Nacional 26.873 (2013). Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública. *Boletín Oficial*, Argentina. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/218212/norma.htm> [Consultado 12-03-2018]
- Macías SM., Rodríguez S. y Ronayne de Ferrer PA. (2006) “Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia”. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104(5):423-43. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2006/v104n5a08.pdf> [Consultado 05-05-2019]
- Mahan, K.L. y Escott-Stump, S. (eds) (2000) *Nutrition during pregnancy and lactation*. in *Krause´s Food, Nutrition & Diet Therapy*. 10th edn. Philadelphia, pp. 167–195.
- Mangialavori GL. et al (2017) “Prevalencia de lactancia materna en el sector público de salud de Argentina, según la Encuesta Nacional de Lactancia Materna, 2017”. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(3):152-157. Disponible en:

<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2022/v120n3a04.pdf> [Consultado 07-10-2022]

- Ministerio de Salud de la Nación (2019) *Plan Nacional de prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes. Documento marco*. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/documento-marco-plan-nacional-de-prevencion-del-sobrepeso-y-la-obesidad-en-ninos-ninas-y> [Consultado 19-11-2020]
- Ministerio de Salud de la Nación (2018) *Situación de la lactancia materna en la Argentina. Informe 2018*. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001281cnt-situacion-lactancia-materna-2018.pdf> [Consultado 08-6-2019]
- Ministerio de Salud de la Nación (2017) *La Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac)*. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/encuesta-nacional-de-lactancia-materna-2017> [Consultado 02-04-2019]
- Ministerio de Salud de la Nación (2016) *Guías alimentarias para la población Argentina*. Buenos Aires. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf [Consultado 02-02-2019]
- Ministerio de Salud de la Nación (2015a). Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. *Situación de la lactancia materna en la Argentina*. Buenos Aires. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/situacion-de-la-lactancia-materna-en-argentina/> [Consultado 03-9-2019]

- Ministerio de Salud de la Nación (2015b) *Recomendaciones sobre el uso del chupete para equipos de salud, padres y cuidadores*. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001318cnt-uso-chupete-consenso.pdf> [Consultado 17-11-2019]
- Ministerio de Salud de la Nación (2012). Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles. *3era Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles*. Buenos Aires. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf [Consultado 10-12-2018]
- Ministerio de Salud de la Nación (2010a) *Guías alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud*. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Equipo_baja.pdf [Consultado 05-10-2018]
- Ministerio de Salud de la Nación (2010b) *La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. ENNyS 2010*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf> [Consultado 23-10-2018]
- Ministerio de Salud de la Nación (2007) *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados*. (2007). Buenos Aires. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-documento-de-resultados-2007> [Consultado 23-10-2018]

- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Investigación para la Salud (2018). *Becas Salud Investiga Dr. Abraam Sonis 2018*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/investiga/marco-normativo> [Consultado 12-5-2019]
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Argentina (2018) *Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en Argentina*. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-12/SUMAR_Armado3.pdf?fbclid=IwAR1Q29pfl9P01eq3-kdatJTILGThv54nl_0WRTc7yovZ7c7OogTAmlizGCc [Consultado 08-01-2019]
- Moor, T. et al. (2017) *The First Thousand Days an evidence paper*. Parkville, Victoria. Disponible en: <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccchdev/CCCH-The-First-Thousand-Days-An-Evidence-Paper-September-2017.pdf> [Consultado 22-1-2018]
- Municipalidad de Pergamino (2018): *Municipalidad de Pergamino*. Disponible en: <http://www.pergamino.gob.ar> [Consultado 22-1-2018]
- Naciones Unidas (ONU) (2018) *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf [Consultado 17-3-2019]
- Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA (ODSA-UCA) (2017) *Pobreza y Desigualdad por Ingresos en la Argentina Urbana 2010-2017*. Disponible en:

<http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/2017-Observatorio-Informe-pobreza-por-Ingresos-Final.pdf> [Consultado 17-3-2019]

- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (2019) *El estado de la seguridad alimentaria y nutrición en el mundo: protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía*. Disponible en: <https://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf> [Consultado 15-6-2019]
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (2002) *Lactancia materna. En: Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. 1ª ed., Roma: FAO, capítulo 7. Disponible en: <https://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0b.htm> [Consultado 19-8-2019]
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (1996) *Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial*. Roma, Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Disponible en: http://bibliotecadigital.agronet.gov.co/bitstream/11348/3579/1/2006419111750_Declaración%20CMA.1996.pdf [Consultado 14-8-2019]
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017a) *Malnutrition*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017b) *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes (actualización de 2017)*. Ginebra (Suiza). Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.1> [Consultado 07-7-2019]
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016a) *Guideline: Daily iron supplementation in infants and children*. Ginebra. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204712/9789241549523_eng.pdf;jsessionid=FAF523DEABD0DA62976ECEE3AAFCEE55?sequence=1 [Consultado 26-4-2019]

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016b) *69a Asamblea Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil Informe de la Directora General, A69/8*. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-sp.pdf [Consultado 26-4-2019]
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012a) *65a Asamblea Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, A65/11*. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf [Consultado 21-4-2019]
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012b) *Directriz: Administración intermitente suplementos de hierro a niños de edad preescolar y escolar*. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/100229/9789243502007_spa.pdf;jsessionid=912D07E6BEF388E68BE3FA31DCFAFEEB?sequence=1 [Consultado 21-10-2018]
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) *WHO Anthro para computadoras personales, versión 3: Software para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños del mundo*. Ginebra. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Manual-Who-Anthro-compu.pdf> [Consultado 19-1-2019]
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006) *Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development*. Disponible en:

<https://www.who.int/publications/i/item/924154693X> [Consultado 01-5-2019]

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-alimentacion-lactante-nino-pequeno-1> [Consultado 17-2-2019]
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016) *La lactancia materna en el siglo XXI*. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/LactanciaMaternaEnSigloXXI-April15.pdf> [Consultado 15-6-2019]
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2015) *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. Washington, DC. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7698/9789275318645_es.pdf [Consultado 13-6-2019]
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010) *La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, DC. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1 [Consultado 17-2-2019]
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003) *Principios para la alimentación complementaria del niño no amamantado*. Washington, DC. Disponible en:

https://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf
[Consultado 17-2-2019]

- Paz J. et al. para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2018) *Pobreza monetaria y privaciones no monetarias en Argentina*. 1a. ed. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-12/PobrezaYPrivaciones_WEB.pdf [Consultado 05-12-2018]
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (2016) *Cuaderno sobre Desarrollo Humano Seguridad alimentaria y nutricional: camino hacia el desarrollo humano*. Disponible en: <https://www.undp.org/es/el-salvador/publicaciones/seguridad-alimentaria-y-nutricional-camino-hacia-el-desarrollo-humano> [Consultado 11-11-2019]
- Tuñón, I. (2016) *Infancias con derechos postergados. Avances, retrocesos e inequidades a finales del Bicentenario (2010-2015)*. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Buenos Aires. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8201> [Consultado 27-6-2019]

X. ANEXO

Código identificador de la encuesta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Completar el código en todas las páginas

A. ENCUESTA DE ALIMENTACIÓN INFANTIL

Niño/as de 0 a 23 meses de edad

La presente encuesta forma parte de un estudio sobre alimentación infantil. Los datos de la misma son de carácter estrictamente confidencial y sólo serán usados para análisis y publicaciones en conjunto, que no permitan identificación de las personas, de acuerdo a la Ley 17622.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta es una encuesta que realiza la Secretaría de Salud de Pergamino para conocer las prácticas alimentarias de los menores de 2 años, en el marco del proyecto de investigación denominado "Estudio descriptivo de las características de la alimentación de niños de 0 a 24 meses que asisten al servicio de Atención Primaria de la Salud del partido de Pergamino, como requisito primordial para contribuir a la Seguridad Alimentaria a nivel local. Año 2019".

La información que este estudio provea pretende ser un antecedente de referencia para orientar las acciones dirigidas a mejorar la salud de los niños menores de 2 años en el partido de Pergamino. Estos beneficios para la salud justifican, en parte, las molestias que puede ocasionar la participación en esta encuesta. La encuesta ha sido revisada por el Comité de Ética de la Universidad Nacional de Rosario y cuenta con su aprobación. Se garantizará el secreto estadístico y la confidencialidad exigidos por ley y todos los datos que usted nos provea serán guardados de modo tal que sus respuestas no puedan asociarse a su persona.

Será de gran utilidad si acepta participar en este estudio, que consiste en responder a una serie de preguntas. Los resultados obtenidos por este estudio serán publicados en revistas científicas y en modo de informes para los tomadores de decisiones.

La decisión de participar en este estudio es voluntaria y usted puede decidir dejar de participar en cualquier momento. Agradecemos desde ya su colaboración.

Yo _____, en mi carácter de madre/ padre/ tutor/ cuidador, habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar en la presente encuesta.

Fecha: ___/___/___

Firma

Previo a la encuesta se deberán corroborar los criterios de inclusión y exclusión:

***Sí se incluye:** Niños/as de hasta 23 meses (desde el nacimiento hasta el día anterior a cumplir 2 años), cuyo cuidador accediera a responder.*

***No se incluye:** Niños/as que no cumplen con los criterios antes mencionados, o que a pesar de cumplirlos, su cuidador refiere no conocer los hábitos alimentarios del niño/a; y/o niños/as con enfermedad aguda en el momento de la encuesta con una patología que interfiera en la alimentación (como ser enfermedad respiratoria o gastrointestinal); niño/a cuyo cuidador no haya estado con él/ella el día anterior a la encuesta.*

SECCIÓN 1. DATOS PRELIMINARES

A completar por el encuestador

1.1 Código del cuestionario

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.2 Fecha de la encuesta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Código identificador de la encuesta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Completar el código en todas las páginas

A responder por el encuestado:

Voy a comenzar solicitándole algunos datos iniciales. Para responderme, también puede ayudarse con la libreta de salud si la tiene.

1.4 El/la niño/a nació (Marque con una cruz "X" lo que corresponda)

Mujer		(1)
Varón		(2)
Intersex		(3)
NS/NC		(9)

1.5 Parentesco con el niño/a (completar tal cual lo refiera el cuidador: madre, padre, etc.)

--

1.6 Fecha de nacimiento del niño/a

_ _ / _ _ / _ _ _ _

SECCIÓN 2. DATOS PERINATALES

Le voy a preguntar sobre algunos datos del nacimiento de (nombre). Para responderme, también puede ayudarse con la libreta de salud si la tiene.

2.1 ¿En qué institución nació (nombre)? Marque con una cruz "X" lo que corresponda

Hospital San José de Pergamino		(1)
Otra ¿cuál? completar con letra clara		(99)
NS/NC		(9)

2.2 ¿En qué semana del embarazo nació (nombre)?

_____ semanas	
NS/NC	(9)

2.3 ¿Cuánto pesó cuando nació?

_____ gramos	
NS/NC	(9)

2.4 ¿Tomó (nombre) pecho alguna vez? Marque con una cruz "X" lo que corresponda

Sí		(1) pasa a sección 3
No		(2) pasa a 2.5
NS/NC		(9) pasa a sección 4

2.5 ¿Cuál fue el motivo por el que nunca amamantó al niño/a?

Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.

Me lo indicó el médico pero no me explicó el motivo		(1)
Me lo indicó el médico por un problema de salud mío		(2)
Me lo indicó el médico por un problema de salud del niño/a		(3)
Me lo sugirió otro miembro del equipo de salud		(4)

Código identificatorio de la encuesta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Completar el código en todas las páginas

3.5 ¿Cuál fue el motivo por el que dejó de amamantarlo/a?

Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda. Luego pasa a 3.9

Me lo indicó el médico pero no me explicó el motivo	(1)
Me lo indicó el médico por un problema de salud mío	(2)
Me lo indicó el médico por un problema de salud del niño/a	(3)
Me lo sugirió otro miembro del equipo de salud (enfermera, puericultora, etc.)	(4)
Me lo aconsejó un familiar o conocido/a	(5)
Quedé embarazada	(6)
Era muy difícil amamantar y sostener mis otras tareas	(7)
Mi leche no era buena	(8)
El/la niño/a se quedaba con hambre	(9)
Me quedé sin leche	(10)
Tuve que salir a trabajar	(11)
El/la niño/a dejó solo	(12)
Era la edad a la que dejó el anterior	(13)
El/la niño/a no aumentaba de peso	(14)
El/la niño/a empezó a mordeme	(15)
Se me lastimaron los pezones	(16)
Quería evitar que se me deformara el cuerpo	(17)
Otro motivo, ¿cuál? <i>completar con letra clara:</i>	(99)

3.6	Ahora le voy a consultar sobre algunas formas de amamantar al niño/a. <i>Sólo preguntar a quien respondió Si en la pregunta 3.3</i>	SI (1)	NO (2)	NS/NC (9)
3.6.1	¿Alguna otra mujer le da el pecho al niño/a?			
3.6.2	¿Amamanta al niño/a sólo en horarios pautados?			
3.6.3	¿Le ofrece usted el pecho cuando parece tener hambre sin importar el tiempo desde la toma anterior?			

Código identificador de la encuesta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Completar el código en todas las páginas

SECCIÓN 4. CONSUMO DE SUPLEMENTO

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el consumo de hierro.

4.1 HIERRO

4.1.1 ¿Tomó el niño/a alguna vez suplementos de hierro?

Sí	(1) pasa a 4.1.2
No	(2) pasa a 4.2
NS/NC	(9) pasa a 4.2

4.1.2 ¿A qué edad comenzó a tomarlo? →

Edad en meses _____

4.1.3 ¿Lo toma actualmente?

Sí	(1) pasa a 4.1.4
No	(2) pasa a 4.1.5
NS/NC	(9) pasa a 4.2

4.1.4 ¿Cuántas veces por semana lo toma?

_____ veces por semana pasa a 4.2

4.1.5 ¿Cuáles fueron los motivos por los que dejó de darle hierro?

Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda. Luego pasa a 4.2

Me lo aconsejó el médico	(1)
Le hacía mal/lo rechazaba	(2)
Costaba conseguirlo en el centro de salud/salita/hospital	(3)
Otro, ¿cuál? completar con letra clara:	(99)

SECCIÓN 5. ENTREGA DE LECHE DE PROGRAMAS MATERNO-INFANTILES

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre la leche que se entrega desde los programas Materno-Infantiles.

5.1 Durante el último mes, ¿recibió leche gratuita para (nombre) de parte de alguna institución?

Sí	(1)
No	(2) pasa a sección 6
NS/NC	(9) pasa a sección 6

5.2 ¿De parte de qué institución/es recibió esa leche para (nombre)?

Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda.

Centro de Salud/salita/dispensario/ Secretaría de Salud	(1)
Hospital San José de Pergamino	(2)
NS/NC	(9)
Otro, ¿cuál? completar con letra clara	(99)

5.3 ¿Qué tipo de leche recibió? Lea las opciones y seleccione todo lo que corresponda

Leche de fórmula	(1)
Leche de vaca entera con hierro (o de Plan Materno Infantil)	(2)
Leche de vaca entera común	(3)
NS/NC	(9)

