

**CESNI, la crisis, el hambre y el mañana**

**Boletín CESNI  
Volumen 12  
Diciembre 2002**

**(Versión Borrador, no reproducible)**

## EDITORIAL

Argentina atraviesa la peor crisis socioeconómica de toda su historia. El desempleo supera el 20% de la población activa, la pobreza prácticamente abarca al 60% de la población mientras que un cuarto de ella es directamente indigente. Más aún, la indigencia, sinónimo de un altísimo riesgo de inseguridad alimentaria, ha crecido proporcionalmente más que la pobreza, lo que supone un aumento de la desigualdad de ingresos, aún entre los hogares pobres.

Los precios de los alimentos básicos crecieron mucho más -casi el doble- que los precios generales del conjunto de la canasta familiar y los servicios de salud, fundamentalmente los servicios públicos se ven desbordados por problemas que hasta hace poco creíamos superados.

La desnutrición infantil no es un problema nuevo, no apareció en 2002. Sin duda la crisis de este año la agudizó, pero se trata de un problema de la pobreza que tiene múltiples facetas sobre las cuales no solo CESNI ha venido alertando desde sus inicios.

La altísima prevalencia de anemia en los niños más pequeños, el retraso de crecimiento, ya plenamente establecido en el segundo año de vida, los déficits de desarrollo intelectual que hemos diagnosticado en varios estudios, son todas manifestaciones de problemas preexistentes de la nutrición y del desarrollo infantil.

Este año sin embargo hemos asistido a imágenes terribles del peor rostro del abandono y la miseria. CESNI, como muchas otras organizaciones no gubernamentales ha colaborado y ha tratado de responder a una demanda social que se ha multiplicado enormemente. Las iniciativas han sido muchas, desde el campo de las ONG´s, los productores agropecuarios y varias empresas, pero sobre todo desde la propia comunidad.

Las políticas gubernamentales también se han fortalecido y en este sentido merece destacarse la tarea de los equipos de salud dispersos en todo el país y del Ministerio de Salud que ha reforzado las partidas de leche fortificada para embarazadas y niños pequeños.

Además de colaborar y asistir en la emergencia, desde CESNI creemos que tenemos la responsabilidad de sumar nuestra opinión -avalada por 27 años de trabajo sostenido- a un debate serio sobre las políticas alimentarias y la nutrición de las madres y los niños. Por ese motivo dedicamos este número del Boletín a plantear la posición y las propuestas del CESNI, articuladas en tres ejes: intervenciones concretas en la salud y nutrición de las mujeres en edad fértil, embarazadas y niños pequeños, la reconversión de los programas alimentarios en un amplio programa de asignaciones familiares -transferencia directa de ingresos a la madre con énfasis en hogares con embarazadas y niños- y un amplio programa de educación alimentaria y orientaciones para la compra de alimentos que acompañe y refuerce las asignaciones monetarias.

Creemos que es un compromiso encarar una Política de Estado en favor de la salud y nutrición de madres y niños pequeños. Ni siquiera hay que invertir más fondos que los que

hoy en forma dispersa ya se invierten. Las propuestas que planteamos pueden plasmarse en realidad con un presupuesto cercano a los \$ 2000 millones anuales, equivalentes a \$ 2,50 diarios por cada madre o niño menor de 5 años con insuficiencia alimentaria atendido. Hoy en día se invierte mucho más que ese monto en el conjunto de programas sociales y alimentarios en vigencia.

Además de presentar nuestra posición en relación con la emergencia alimentaria, en CESNI terminamos el año 2002 con una gran alegría que queremos compartir con todos nuestros amigos: a partir de los primeros días de 2003, CESNI estará presente en Internet con su página, un proyecto que venimos madurando desde hace tiempo: los invitamos a conocernos y seguir comunicados desde [www.cesni.org.ar](http://www.cesni.org.ar)

## CESNI, la crisis, el hambre y el mañana

Alejandro O´Donnell  
Sergio Britos

### Introducción

En julio de 2002 Cesni elaboró un documento titulado *Ideas y propuestas a partir de la emergencia alimentaria* con el propósito de acercar a la discusión acerca del Hambre en Argentina algunos aportes técnicos basados en años de experiencia en el campo de la Nutrición y las Políticas Alimentarias.

El documento tuvo alguna repercusión y a poco de andar fueron muchas las voces que se alzaron en el debate acerca de la emergencia alimentaria, el hambre y las políticas más perdurables en alimentación y nutrición.

En ese documento hacíamos alusión a la reunión promovida por el CESNI en Villa La Angostura (Octubre 1999), de donde surgió el libro “*Salud y Calidad de la Niñez Argentina*”, con el aporte de un grupo de especialistas en salud y nutrición materna e infantil. En aquella oportunidad el país se encaminaba a un recambio de autoridades y el producto de la reunión se pensó como un aporte a la agenda de las políticas de salud y sociales en el campo alimentario-nutricional.

Lamentablemente, conocemos muy bien la historia reciente de nuestro país y el deterioro en las condiciones de vida de la población en general y de los hogares y niños pobres en particular. La tragedia económica y social que padece Argentina ha suscitado la movilización de miles de voluntades que colaboran para paliar la inseguridad alimentaria de los más necesitados, que es más de la tercera parte de la población nacional. Este enorme y generoso esfuerzo, además del refuerzo de los planes gubernamentales existentes ha permitido poner alguna contención a las necesidades básicas de la población más pobre.

Todo lo hecho hasta hoy vale en la emergencia que se vive. Pero cuando este primer shock pase, es indispensable desarrollar programas que:

- a) Cubran al conjunto de quienes realmente los necesiten,
- b) Que los modelos programáticos se basen en la familia,
- c) Que se implementen sin ningún criterio clientelista,
- d) Que tengan un sistema de control eficaz de manera que los futuros beneficiarios de los planes y los que ya no los necesitan sean identificados y registrados periódicamente,

- e) Que no provoquen interrupciones en el sistema comercial local y que garanticen la existencia de una cadena de frío por obvias razones de seguridad alimentaria y de calidad de la alimentación
- f) Que sean lo menos discriminatorios y lesivos de la dignidad de la población
- g) Que se articulen con las redes sanitarias y sociales existentes
- h) Que se basen en alimentos culturalmente aceptables
- i) Que exijan contraprestaciones a los beneficiarios como la obligatoriedad de enviar a los hijos a las escuelas, cumplimentar los controles de crecimiento y planes de vacunación oficiales, alfabetización para los adultos, etc,
- j) Que se articulen con las base de datos de la ANSES, o la AFIP para verificar que sea transparente el padrón de beneficiarios,
- k) Que tengan el mayor costo-beneficio posible,
- l) Cuyos resultados y eficacia sean medibles, para hacer las modificaciones necesarias, ampliándolos o discontinuándolos,
- m) Que progresivamente hagan uso de la tecnología electrónica para su gestión
- n) Que se basen en la adecuada crianza de los niños, en su más amplio concepto, y no sólo en aspectos exclusivamente alimentarios y nutricionales.
- o) Que resulten aplicables en todo el país, aceptando modificaciones parciales donde sea necesario, consensuándolas con los gobiernos provinciales

Por ello es indispensable, en un país de fuerte federalismo como el nuestro, lograr el consenso de todas las provincias y la colaboración de todos los niveles y áreas del gobierno así como de las ONG´s que están llevando a cabo programas que son a veces muy importantes. Las actividades de las ONG´s deberían articularse entre sí y a la vez con las políticas nacionales de alimentación y nutrición.

Es fundamental comprender, antes de programar acciones preventivas de la desnutrición infantil, que la misma resulta de una serie de circunstancias sociales y biológicas desfavorables que conjuntamente con una alimentación insuficiente y/o inadecuada afectan negativamente el potencial genético de un niño, sea en lo biológico, en lo social y en lo intelectual. Acciones médicas, alimentarias, de estimulación temprana pertenecen al ámbito médico-social pero otras, tan importantes como aquellas, escapan a estos ámbitos aunque resultan de inmenso valor y trascendencia para el futuro de los niños. Programas de saneamiento ambiental, de viviendas dignas, de provisión de servicios, de accesibilidad a la educación inicial y redes de apoyo social comunitario son algunas de las acciones que involucran a distintas áreas de las estructuras gubernamentales – a las que es necesario convencer que una niñez sana es una excelente inversión futura- y de la comunidad a través de sus líderes u ONGs. Estas acciones requieren inversiones importantes y sus resultados son en el mediano plazo, pero no por ello dejan de ser de absoluta prioridad.

**No hay plan para niños pequeños que no se integre al sistema de salud primaria.** El sistema sanitario argentino -desordenado, costoso, en ocasiones ineficiente- está presente aún en los puntos más recónditos del país. Goza de gran prestigio e influencia entre la población de menores recursos que se asiste en él y por lo tanto debería ser el punto de partida y ejecutor de cualquier iniciativa conducente a mejorar el estado nutricional de la población infantil.

En este número de nuestra publicación periódica, CESNI quiere aportar y compartir su visión acerca del problema y algunas propuestas que puedan integrarse en el marco de una Política Alimentaria y Nutricional que necesariamente entendemos como una Política de Estado, al margen de las discusiones partidarias y de los frecuentes recambios institucionales.

## Situación alimentaria y nutricional en Argentina

Argentina es un país con una amplia y variada disponibilidad de alimentos y esta es una característica estructural de su sistema agroalimentario. La disponibilidad de energía por habitante proveniente de los alimentos (según Hojas de Balance) es de 3181 kcal. diarias, 51% superior al requerimiento medio, con un aporte de 101 g de proteínas diarias por habitante y 120 g de grasas totales (34% en la distribución calórica).

Más aún, el sistema agroalimentario de Argentina produce alimentos para abastecer los requerimientos calóricos mínimos de 262 millones de personas y exporta el equivalente a 8370 calorías diarias por habitante.

Las hojas de balance de alimentos muestran una estructura de dieta diversificada en la que menos de un tercio de las calorías disponibles provienen de cereales y derivados mientras que un 18% es aportado por carnes de diversos orígenes y un 10% por lácteos.

El consumo real de alimentos de los hogares más pobres sin embargo dista de lo que consignan los números de disponibilidad. La dieta de los hogares del primer quintil de ingresos (los más pobres), expresada por unidad adulto equivalente es insuficiente en relación con el requerimiento energético de vitaminas B1, niacina y C y muy insuficiente en relación con la recomendación de calcio.

**Cuadro 1: Valores absolutos y adecuación a las recomendaciones de la dieta de hogares del primer quintil de ingresos, total país, 1996/97**

	Valores absolutos	Adecuación a las recomendaciones del adulto equivalente
<b>Kilocalorías</b>	2040	74
<b>Proteínas (g)</b>	72	96
<b>Vitamina A (ug)</b>	960	106
<b>Vitamina B1 (mg)</b>	1,09	83
<b>Vitamina B2 (mg)</b>	1,27	94
<b>Niacina (mg)</b>	14,6	82
<b>Vitamina C (mg)</b>	64,5	77
<b>Calcio (mg)</b>	384	27

<b>Hierro (mg)</b>	12,4	92
<b>Zinc (mg)</b>	12,2	113

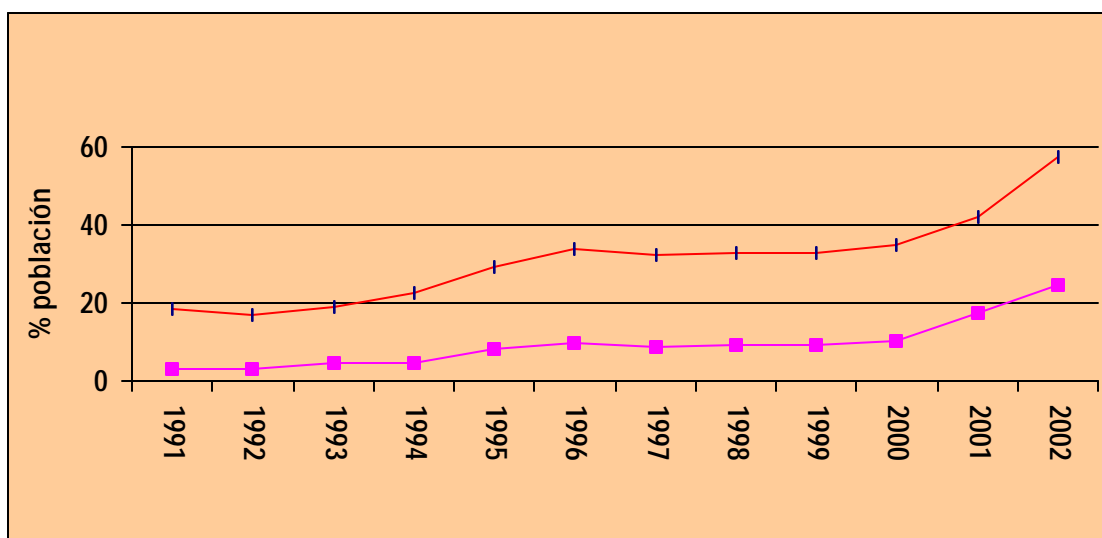
Britos S., sobre datos de la Encuesta Nacional de Gasto de Hogares (Engho) 1996/97, total país, INDEC

A su vez, la estructura de la dieta es monótona, con una alta proporción de calorías provistas por panificados y cereales y un bajo consumo de hortalizas, frutas y lácteos.

Evidentemente, el contraste entre los datos de la hoja de balance y los de la encuesta de gasto de hogares señala dónde está el problema alimentario: entre la abundante y variada disponibilidad y la dieta hogareña más limitada y monótona se interponen las variables determinantes del acceso: precios relativos, precios de alimentos, ingresos, hábitos, preferencias, etc.

El agravamiento de la situación alimentaria durante 2002 está estrechamente vinculada con el aumento en los precios de alimentos, el deterioro de los ingresos y como resultante de ambos el crecimiento de la pobreza e indigencia.

**Gráfico 1: Pobreza e indigencia, Argentina, total país, mayo 2002**

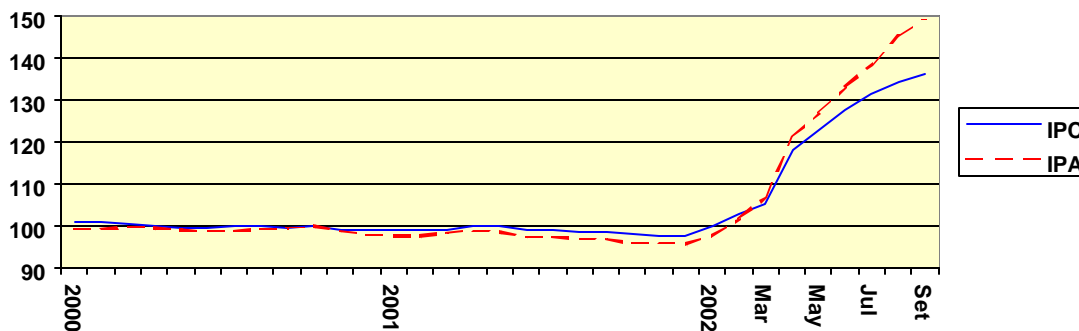


Fuente: Indec

En el gráfico 2 se observa el crecimiento comparativo de los precios generales (el IPC o canasta familiar) y los de los alimentos en los últimos 12 años. El gráfico es muy ilustrativo acerca de la evolución de los precios relativos de alimentos. Prácticamente durante toda la vigencia de la convertibilidad la curva de precios de alimentos se ubicaba por debajo de la de los precios generales hasta que a partir de febrero de 2002 comienza a distanciarse

tornándose superior a la del IPC- Claramente en 2002 los precios de los alimentos se vieron afectados y por lo tanto los hogares que proporcionalmente más gastan en alimentos, los más pobres, fueron los que más padecieron .

**Gráfico 2: Evolución comparada de los Indices de Precios al Consumidor y de Alimentos**  
**Indice ( base 1999=100)**



Britos S., sobre datos de IPC, INDEC

¿ Porqué crecen más los precios de los alimentos ? De las varias causas posibles que intervienen, la que este año ha tenido mayor repercusión es la devaluación del peso frente al dólar. La devaluación de cualquier moneda actúa como una medida que favorece a los sectores exportadores, haciendo más competitivas sus operaciones y encarece el costo local de los productos que tienen componentes importados.

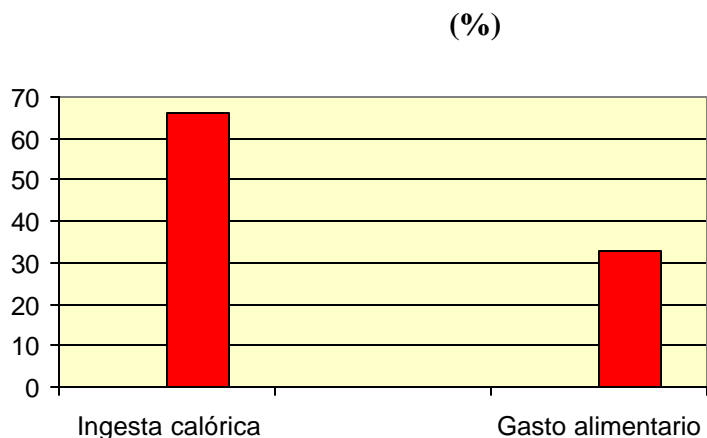
Argentina es un país netamente exportador de alimentos. Semillas oleaginosas, soja, trigo y otros cereales, carnes y en menor medida lácteos figuran entre los principales productos de exportación de la economía local. Al devaluarse el valor del peso, los precios de estos alimentos -transables o commodities- se encarecen en el mercado interno ya que los valores de exportación son la referencia de precio y arrastran los costos locales. Lo mismo sucede, aunque en menor medida, con otros productos que tienen altos componentes de insumos importados.

En el gráfico 3 se muestra la medida en que la alimentación de los hogares pobres es dependiente de alimentos transables. Ellos representan dos tercios y un tercio de la ingesta calórica y de los gastos alimentarios respectivamente.

Cuando a estos productos se agregan otros con alta proporción de insumos importados en su estructura de costos se llega fácilmente a la evidencia de que la alimentación de los pobres e indigentes es fuertemente dependiente de los cambios en las políticas cambiarias como la devaluación ocurrida a partir de inicios de 2002.

**Gráfico 3: Incidencia de los alimentos más transables sobre la dieta y los gastos alimentarios de hogares del primer quintil de ingresos**



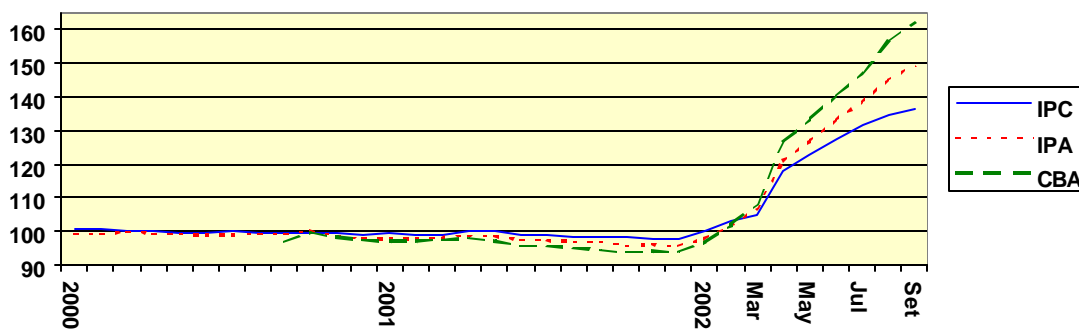


Britos S., sobre datos de IPC y Engho 1996/97, INDEC

La incidencia de los cambios macroeconómicos en la dieta y en el gasto alimentario de los hogares más pobres incide directamente en el aumento del costo de la canasta básica de alimentos (CBA).

En el gráfico 4 se comparan los crecimientos diferenciales de los precios generales (IPC o canasta familiar), los de alimentos (IPA) y un tercer índice construido sobre la base del costo de la CBA:

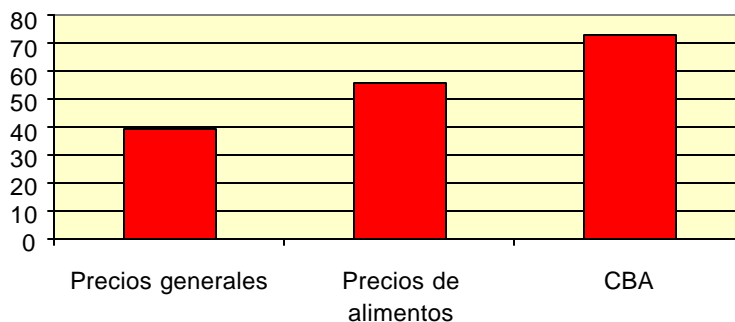
**Gráfico 4: Evolución comparada de los Índices de Precios al Consumidor, de Alimentos y del Costo de la CBA**  
Índice (base 1999=100)



Britos S., sobre datos de IPC y CBA de INDEC

Claramente, los alimentos más afectados por la devaluación son los que integran la CBA, que a su vez fueron los más “protegidos” mientras estuvo vigente la convertibilidad. De hecho, en el período enero-julio de 2002, los precios se comportaron como se observa en el siguiente gráfico:

**Gráfico 4: Evolución comparativa de precios (%)  
entre enero y setiembre de 2002**



Britos S., sobre datos de IPC y CBA de INDEC

El análisis de indicadores y tendencias en el comportamiento de los precios de alimentos, índices y canastas conduce a suponer un profundo deterioro de las condiciones de seguridad alimentaria de la población más pobre. Los alimentos y entre ellos los que más compran los hogares pobres se encuentran entre los bienes más afectados por la devaluación y la inflación, lo que habrá y estará conduciendo a sustituciones de productos y variedades comerciales, estrategias domésticas y comunitarias para optimizar los escasos ingresos y, en una última fase una disminución neta de las compras y consumo.

En un trabajo reciente hemos calculado el nivel de “insuficiencia alimentaria” de los hogares, definiendo ese término como la percepción de ingresos insuficientes para adquirir la canasta básica de alimentos, aún destinando dos tercios de los ingresos del hogar.

Sobre la base de los datos de la onda de mayo 2002 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) para el total de aglomerados del país, la cantidad de personas cuyos ingresos son insuficientes según la definición anterior alcanza a un 75% del total de pobres.

**Esto implica que los hogares y personas con insuficiencia alimentaria son muchos más que los indigentes. En mayo de 2002, con un total de 9,5 millones de indigentes, la cantidad de personas con insuficiencia alimentaria ascendía a 14,5 millones.**

El propio Sistema de Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO) está elaborando un indicador de “riesgo nutricional” basado en identificar los hogares cuyos ingresos son inferiores al 75% de la línea de pobreza, umbral relativamente similar al concepto de insuficiencia alimentaria.

**En definitiva, el universo de hogares y personas en insuficiencia alimentaria o en riesgo nutricional, núcleo principal de cualquier política social-alimentaria puede ser por lo menos un 50% más que el número de indigentes.**

¿Cuál es la población más vulnerable en el segmento de la pobreza? En Argentina nacen unos 700000 niños por año, de los cuáles más del 65% son pobres. Las mujeres embarazadas y los menores de 5 años en condición de riesgo o insuficiencia alimentaria (\*) se muestran en la siguiente tabla:

	<b>Insuficiencia alimentaria</b>
<b>Embarazadas</b>	293.000
<b>Niños menores de 2 años</b>	703.000
<b>Niños menores de 3 años</b>	1.050.000
<b>Niños de 2 a 5 años</b>	1.050.000

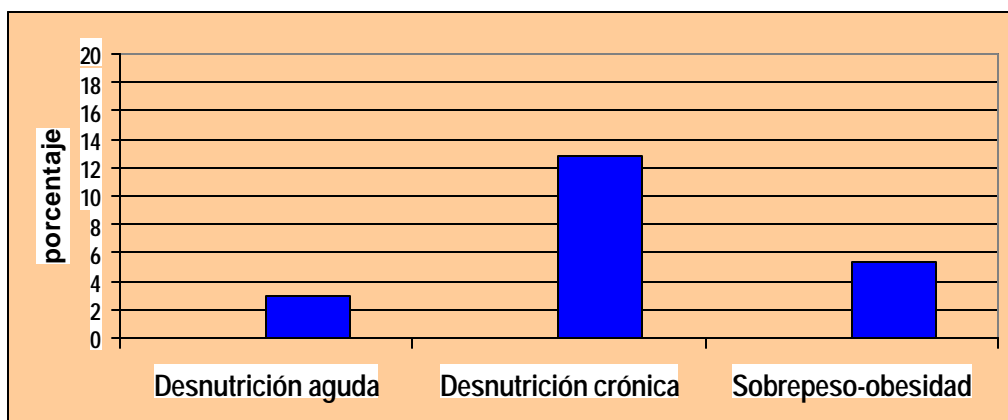
(\*) personas en hogares que no pueden adquirir una canasta básica de alimentos aún destinando un 66% de sus ingresos totales

### ¿ Cómo es la situación nutricional de la población más vulnerable ?

La información disponible sobre el correlato de la crisis en la alimentación y nutrición es aún una incógnita. No hay estudios epidemiológicos nutricionales de importancia y representatividad. Los últimos estudios con una metodología claramente definida y con alguna representatividad poblacional son la encuesta antropométrica en población infantil que se atiende en el sector público de salud (Ministerio de Salud, 1996), el proyecto Nutriaba (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 1999) y las dos últimas encuestas de CESNI: Tierra del Fuego (1994) y Córdoba (2000).

Los estudios disponibles son coincidentes en cuanto al perfil de la situación antropométrica. El problema más prevalente es el retraso crónico de crecimiento, probablemente ya instalado luego de los nueve meses de vida y el de menor prevalencia es la desnutrición aguda o alteración de la relación peso-talla. El sobrepeso emerge como el segundo problema en importancia.

Este perfil de situación antropométrica es previo a la crisis de 2002. No hay ningún estudio que de cuenta de la situación actual, aunque es probable que el consumo y por lo tanto la dieta de los hogares y niños pobres se haya deteriorado proporcionalmente más en calidad que en cantidad lo que podría estar consolidando aquel perfil en el que se destaca la prevalencia de la forma crónica de desnutrición.



Fuente: Estudios antropométricos en la población infanto-juvenil (1996), Ministerio de Salud de la Nación, 1999

El deterioro de la calidad por sobre la cantidad de la dieta refleja la desnutrición o hambre oculta, caracterizada por déficits de micronutrientes críticos como calcio, hierro, zinc o vitaminas, cuyas prevalencias se observan en el cuadro 2.

**Cuadro 2: Desnutrición “oculta” en niños pequeños (en porcentajes)**

	<b>T. del Fuego</b>	<b>Bs.As. (Nutriaba)</b>	<b>Córdoba</b>
Anemia (en < 2 años)	24	48	39
Déficit de vit. A (en preescolares)	9	6	11
Ingesta < recomendación en hierro (en < 2 años)	88	75	90
Ingesta < recomendación en calcio (< 2 años)	33	39	40
Ingesta < recomendación en vit. A (0 a 6 años)	38	52	30
Ingesta < recomendación en vit. C (0 a 6 años)	55	60	30
Ingesta < recomendación en zinc (0 a 6 años)	s/d	60	70

### **Hechos destacados en el diagnóstico de la situación**

- ✓ Argentina es un país con una amplia y variada disponibilidad de alimentos (más de 3100 kilocalorías diarias por habitante)
- ✓ El acceso a los alimentos por parte de la población pobre está fuertemente mediatizada por un mercado alimentario “formal” crecientemente concentrado y en el cual es amplia la distancia entre el productor y el consumidor final, generándose altos costos de intermediación
- ✓ El deterioro en las condiciones de trabajo y percepción de ingresos generó un crecimiento inédito en los índices de pobreza (más del 55% de la población).

- ✓ En el último año, la indigencia ha crecido proporcionalmente más que la pobreza (prácticamente la mitad de los pobres son indigentes)
- ✓ La población con insuficiencia alimentaria o riesgo nutricional abarca a aproximadamente el 75% de los pobres (14 millones de personas, 2,8 millones de hogares)
- ✓ La población materno-infantil (embarazadas y niños menores de 5 años) es algo más de 4,1 millones de personas, de las cuales 2 millones están bajo la condición de insuficiencia alimentaria (casi 300 mil embarazadas y 700 mil niños menores de 2 años)
- ✓ La alimentación de los hogares con población materno-infantil en riesgo nutricional es monótona, con base en alimentos de elevada densidad calórica pero con una pobre densidad de micronutrientes. Y en la actualidad con pocas verduras y frutas, así como carnes
- ✓ El tipo de desnutrición más prevalente es el retraso crónico de crecimiento, ya instalado hacia el último trimestre del primer año de vida y con una prevalencia que podría estimarse en un 15% de los menores de 2 años (algo más de 200 mil niños)
- ✓ Las deficiencias nutricionales más generalizados son la anemia por deficiencia de hierro (50% de los menores de 2 años) y los déficits dietéticos de zinc, calcio, vitaminas A y C (más folatos en embarazadas)

## **La posición de CESNI en relación con las Políticas Alimentarias**

### **Una visión desde lo biológico y las Políticas de Salud**

Sobran las evidencias para afirmar que cuanto más temprano el insulto nutricional o social, mayor es el riesgo de secuelas, cuya gravedad estará determinada por la precocidad, persistencia y severidad de la noxa. Es natural entonces que el cuidado de un niño debe iniciarse desde el momento mismo de la concepción. Y desde el punto de vista más abarcativo, desde antes de la concepción a través de programas de procreación responsable que no se limiten tan sólo a la prevención de los embarazos sino a las responsabilidades que implica tener y criar hijos. Hemos dicho siempre que hay familias que generan salud aun en los medios más desfavorables y otras que generan enfermedades y descuido en ambientes más favorables. Las razones para ello no han sido adecuadamente estudiadas a pesar de su enorme importancia para el cuidado, la salud y la educación de los niños.

En el siguiente cuadro se resumen las actividades mínimas a desarrollar en niños y sus familias en circunstancias críticas como las que se están viviendo; no son ninguna novedad y son aplicadas en todo el mundo. Para ello, obviamente se requiere de un sistema de salud que privilegie la atención primaria y una red de contención y apoyo social cuyo tramado debe provenir de la propia comunidad, de ONGs y de un Estado dispuesto a invertir en programas sociales el monto y el tiempo necesario para obtener los resultados esperados.

### ¿ cuáles son las acciones mínimas a desarrollar ?

#### **En los niños más pequeños:**

- Promoción de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y luego durante el mayor tiempo posible
- Alimentos de transición adecuados (después de la lactancia)
- Lograr adecuada alimentación durante y luego de episodios infecciosos
- Promover el cumplimiento de los programas de inmunizaciones
- Asegurar la provisión de hierro, vitamina A y corroborar que la familia consume sal iodada
- Promover programas de estimulación psicosensorial por parte de los padres, hermanos y cuidadores, apoyados por el sistema sanitario-social estatal y las ONGs
- Vigilancia del crecimiento en los centros sanitarios

#### **En las adolescentes:**

- Facilitar su acceso a programas de maternidad responsable encaminados a retrasar el momento del primer embarazo, y a espaciar los mismos.
- Recibir pautas de salud reproductiva y de enfermedades de transmisión sexual
- Promover programas de nutrición preventiva: de la anemia por deficiencia de hierro, folatos en niñas sexualmente activas y con parejas establecidas.
- Promover la concurrencia a las escuelas

#### **En las embarazadas y puérperas**

- Procurar que la consulta al centro sanitario sea lo más precoz posible, no bien tenga sospechas de estar embarazada
- Monitoreo del crecimiento fetal mediante la medición de la altura uterina o de ecografías.
- Control del aumento de peso a lo largo de la gestación. Registro del peso preconcepcional.
- Control de presión arterial, de infecciones urinarias, de Enfermedades de transmisión sexual, de TBC, vacunaciones
- Prescripción de antiparasitarios, de suplementos de hierro, y de vitamina A donde se considere necesario

- Provisión de suplementos alimentarios cuando fuera indicado
- Educación en amamantamiento
- Facilidades para cumplir indicaciones de reposo relativo ante la inminencia de un parto prematuro o mal crecimiento fetal.

### **Los menos nueve: el período prenatal y la prevención del bajo peso de nacimiento**

El bajo peso de nacimiento es la causa principal de retrasos graves de crecimiento en nuestro país. Estos niños son además los principales contribuyentes a la mortalidad infantil pues el riesgo de morir de niños nacidos con 2000-2500 g es diez veces mayor que el de los nacidos con 3000-3500 g; durante el primer año de vida pueden padecer varias veces más diarreas y neumonías que los niños nacidos de buen peso y tienen hasta 4 veces más riesgo de morir entre los 15 y 45 años que los de que fueron recién nacidos de término de peso adecuado.

Si bien la prevalencia de bajo peso de nacimiento en nuestro país es moderada, informes preliminares indican aumentos de hasta 30% respecto a las tasas de años anteriores, lo cual es sumamente alarmante, lo mismo que el aumento del número d embarazos en adolescentes

El retraso de crecimiento de los niños nacidos de término y de bajo peso se recupera parcialmente durante los primeros dos años de vida siempre y cuando no medien infecciones frecuentes; luego del tercer año la recuperación es menor, resultando en adultos que tienen entre 5 y 7cm y 5-8 Kg menos que los niños nacidos de término de peso adecuado. Estoa adultos tendrán una musculatura y fuerza acordes con su tamaño, lo que los pone en desventaja cuando desempeñan labores manuales que se remuneran a destajo.

Tienen claro riesgo de padecer retrasos madurativos cuya prevención requiere de programas de seguimiento con actividades de estimulación temprana para compensarla. Padecen de deficiencias inmunológicas que pueden ser detectadas muchos años después del nacimiento, y tienen más posibilidad de padecer hipertensión arterial, obesidad y diabetes que los nacidos de peso normal. La posibilidad de morir por accidentes cardiovasculares antes de los 45 anos es quince veces mayor que en los nacidos de peso normal. Por otro lado, el costo del tratamiento de los recién nacidos de bajo peso es elevadísimo ya que requieren los más sofisticados avances tecnológicos y terapéuticos.

Por ello es importante tratar de disminuir la prevalencia de bajo peso de nacimiento, que es la forma más precoz de desnutrición y que por lo tanto tiene consecuencias muy severas para el niño y el futuro adulto. Las causas del bajo peso de nacimiento en nuestro país son primordialmente obstétricas (hipertensión arterial materna, preeclampsia, patología placentaria, infecciones ginecológicas, infecciones fetales) o sociales como el hábito de fumar, drogas, trabajo intenso en el tercer trimestre de embarazo, sobre todo si debe ser hecho de pie o subiendo escaleras y en menor medida nutricionales. La baja talla y bajo peso maternos –que suelen ser consecuencia de la mala nutrición materna- es otra de las causas principales de bajo peso de nacimiento.

Por razones puramente biológicas, las embarazadas adolescentes y las añosas tienen un riesgo notablemente aumentado de tener hijos pequeños sea por prematuridad o desnutrición intrauterina. Las multíparas suelen ser en nuestro país de bajo nivel socioeconómico y un número grande de hijos significa, por lo corto de los intervalos intergenésicos una progresiva expoliación de nutrientes (típicamente hierro, ácido fólico, calcio, a veces vitamina A y riboflavina) que tienen repercusión para la madre o sobre el recién nacido. De allí que la posibilidad de malformaciones congénitas en los hijos, en especial de las cardiopatías congénitas, aumente con el número de embarazos.

Muchos retrasos de crecimiento intrauterino pueden ser prevenidos, detectados y tratados durante las visitas prenatales si son precoces y con la frecuencia adecuada; existen al respecto excelentes normas nacionales de cuidado prenatal. Pero para que las normas se cumplan es indispensable que los centros sanitarios tengan el equipamiento y la dotación necesarios, y que el personal esté motivado y que cumpla con sus responsabilidades acabadamente.

Las embarazadas de alto riesgo deberían ser detectadas precozmente por el sistema de atención primaria y en las regiones alejadas, se debería disponer de algún tipo de alojamiento –idealmente no en el hospital o maternidad - hasta el momento del parto para ser controladas diariamente y para gozar de un reposo que beneficiará a la madre y al futuro niño.

La prevención del bajo peso de nacimiento tiene relación con la situación nutricional de la madre, dependiendo de su peso preconcepcional y del aumento que ocurra durante el embarazo. Las madres en los percentilos más bajos de peso preconcepcional tienen 2,5 veces más riesgo de tener un niño pequeño que las de peso normal. Madres con peso preconcepcional menor a 40Kg y 1,55m de estatura tienen claro riesgo. Las que aumentan en los percentilos inferiores tienen 3 veces más riesgo que las que aumentan adecuadamente durante el embarazo; el riesgo aumenta a 4 veces si además son de baja talla. Un gran estudio de la OMS comprobó que las mujeres con percentilos de peso por debajo del 25, y con un aumento de peso gestacional también en el percentil 25 tienen casi 6 veces el riesgo de tener hijos de bajo peso que las embarazadas que peso preconcepcional normal y que aumentan entre 9 y 11 Kg durante la gestación completa.

Las evidencias acerca del impacto de la suplementación alimentaria sobre el peso de nacimiento son contradictorias, sobre todo respecto a las proteínas. Ello es comprensible pues el peso de feto es alrededor del 5% del peso materno, de manera que ésta sin mayor



costo metabólico es capaz de sostener el crecimiento del feto aún en circunstancias de extrema deprivación alimentaria. Las evidencias existentes sobre los resultados de la suplementación alimentaria a las gestantes muestran que es efectiva durante la primera mitad del embarazo, momento en que la madre aumenta de peso haciendo acopio de nutrientes, en especial de energía –grasa corporal- que necesitará para las etapas finales del embarazo cuando el crecimiento fetal es tan rápido y para la lactancia. En la segunda mitad del embarazo poco será el efecto de la suplementación sobre el crecimiento fetal. El efecto más importante de la nutrición materna sobre el peso de los hijos se ha logrado en programas de suplementación que continuaban a lo largo de la lactancia hasta el próximo embarazo; estas observaciones confirman que debe hablarse ciclos reproductivos y no sólo del embarazo

Esto es particularmente notorio en las adolescentes embarazadas en las que un aumento de peso inadecuado en la primera mitad del embarazo se traduce en el doble de riesgo de tener hijos de bajo peso; por razones de temor u ocultamiento es muy común que las adolescentes se alimenten muy mal en esta etapa de la gestación. En la actualidad, sobre todo en áreas de pobreza, casi un cuarto de los embarazos ocurren en adolescentes, que no solo tienen riesgo para los hijos sino también para ellas mismas al competir el feto por nutrientes que necesitan para completar su crecimiento. Su nutrición en calcio, que en la adolescencia es un nutriente crítico, y que es agravado por la lactancia, debe ser muy tenida en cuenta

El tratamiento de la anemia de la embarazada es importante para ella y para el neonato. En el caso de anemias severas ( $<8$  g/dl), se asocia con mayor posibilidad de muerte de la madre y de prematurez (tres veces más). También afecta la calidad de vida de la embarazada y el cuidado de su familia: estudios demuestran que la productividad disminuye 5% en fábricas y que destinan 7 horas semanales menos para los quehaceres de la casa, efectos que se producen ya con la deficiencia de hierro sin que necesariamente estén anémicas.

Contrariamente a lo hasta hoy considerado han surgido fuertes evidencias que el adecuado estado nutricional en hierro de las madres influye favorablemente en la prevención de anemia en los hijos, sobre todo durante el primer año de vida en que la deficiencia de hierro es tan prevalente.

La anemia del embarazo se asocia con las demandas de hierro que ocurren como consecuencia de la expansión del volumen sanguíneo, del crecimiento de los órganos de la reproducción, de la dotación de hierro del feto y de las pérdidas que pudieran ocurrir durante el parto y de cómo se realiza la ligadura del cordón. Si bien el cese de las menstruaciones significa un ahorro en hierro, el balance suele ser negativo y en el caso de las mujeres que inician su embarazo con un estado deficitario en hierro, el tratamiento de la anemia hasta llegar a los valores aceptados suele ser infructuoso. Al respecto, téngase en cuenta que en nuestro país casi 30% de las mujeres en edad fértil, no embarazadas, padece cierto grado de deficiencia de hierro y anemia. No debe entonces extrañar que 35 a 55% de las mujeres embarazadas en su segundo trimestre estén anémicas.

El tratamiento con hierro de las embarazadas anémicas no sólo es biológicamente ineficiente, sino también mal tolerado por las altas dosis requeridas según los esquemas tradicionales; dosis pequeñas (hasta 60mg) durante tiempo prolongado son más efectivas que altas dosis por períodos más cortos a las que es necesario recurrir cuando la consulta es tardía

De allí la importancia que tiene el esquema de las dosis semanales o dos veces a la semana en vez de la frecuencia diaria con la misma dosis que en el esquema cotidiano de administración. En numerosos estudios ha demostrado ser igualmente efectivo, y con mejor tolerancia. El mayor efecto sobre la hemoglobina se produce luego de la ingestión de las primeras 20 tabletas de 60mgFe, con mínimos ascensos después de las 40 tabletas. El riesgo es el olvido de algunas tomas por lo que existe cierta renuencia en las políticas de salud en recomendarlo como norma. Sin embargo, en actividades comunitarias en que la concurrencia de las embarazadas es frecuente (como por ejemplo en los comedores), es una buena alternativa, con excelentes resultados y puede representar un considerable ahorro en comprimidos de hierro.

La recomendación más conocida de suplementación a la embarazada es con ácido fólico por su rol en la prevención de los defectos en el cierre del tubo neural (anencefalia, mielomeningocele, espina bífida, paladar hendido, etc). La suplementación se ha asociado también con disminuciones significativas de partos prematuros. Lamentablemente la suplementación con 400ug diarios debe ser hecha desde el momento mismo de la gestación pues el cierre del tubo neural ocurre antes de la sexta semana de gestación, cuando muchas mujeres aun no han concurrido al control médico. De allí el valor de la fortificación de alimentos con ácido fólico para que alcancen la ingesta diaria mencionada. Como las multíparas se van expoliando de esta vitamina con los sucesivos embarazos, son candidatas a la suplementación, estén o no embarazadas; las reuniones comunitarias son en este sentido una magnífica oportunidad para la dación de comprimidos de ácido fólico, que son de muy bajo costo.

Durante el embarazo el intestino aumenta la absorción de calcio, por lo que no se considera un nutriente crítico en esta etapa. Sí lo es durante la lactancia durante la cual el calcio de la leche significa una expoliación que de no ser compensada es un riesgo de osteoporosis futura. Durante la lactancia debe estimularse la ingesta de lácteos, dando prioridad a las nodrizas en la disponibilidad de estos alimentos. Diversos estudios han demostrado que la deficiencia de vitamina D es de elevada prevalencia en las embarazadas de la Patagonia (30-45%), sobre todo en los lugares más australes; en estos casos la suplementación con Vitamina D por su efecto sobre la absorción de calcio es una recomendación crítica.

Como podrá inferirse de lo anterior es importante reiterar que el embarazo es una parte del ciclo reproductivo, que se inicia con la concepción y termina con el destete definitivo. Madre e hijo son una unidad y deficiencias nutricionales de la madre pueden tener consecuencias para ambos, en el corto o largo plazo. Más aún, folatos, vitamina D y vitamina A participan en la organogénesis y por lo tanto tienen roles importantes en la ocurrencia de malformaciones congénitas y en abortos, muchos de los cuales pasan desapercibidos.

Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe superar las 1500 Kcal diarias si es que desea mantener una lactancia exitosa; ingestas inferiores o una actividad física muy intensa disminuirán la producción de leche.

Cuatro son los nutrientes en la leche materna que dependen de una buena nutrición de la madre: Vitamina A, D, folatos, tiamina y riboflavina. Para los tres últimos no hay depósitos corporales de manera que la madre necesita una ingesta diaria adecuada de ellos, quizás problemática en las circunstancias actuales de dependencia de alimentos secos de los programas.

## **Los más tres: los primeros años de vida**

### **El amamantamiento**

Es indiscutible que el amamantamiento prolongado es una de las acciones más eficientes y económicas para asegurar la salud y el crecimiento del niño en los primeros meses de la vida. Ya se mencionó la conveniencia de mantener un buen estado nutricional de la madre para una lactancia exitosa. Pero ello solo no es suficiente. Se necesita de una conciencia social que proteja a la madre durante este período a través de legislaciones laborales, que aunque existen, cada vez se cumplen menos por parte de los empleadores y de los empleados ante el temor de todos los argentinos de perder sus empleos en épocas de tan altas tasas de desempleo.

La mayoría de las mujeres por debajo de la línea de indigencia no están empleadas formalmente por lo que la legislación no suele alcanzarlas. En estos casos las redes de solidaridad social tienen un rol muy importante procurando la ayuda necesaria para que la madre amamante a la vez que haga los quehaceres domésticos y atienda al resto de los hijos que suelen ser numerosos; lo mismo vale para los trabajos pesados en los finales del embarazo. La solidaridad que la crisis ha promovido debería ser aprovechada para actividades de protección de la gestante y de la nodriza.

### **El destete y la transición a la dieta de los adultos**

El destete significa la transición de ser mamífero exclusivo para convertirse paulatinamente en omnívoro. De obtener todos los nutrientes necesarios de una sola fuente, que es óptima, a lograrlos de una conjunción de alimentos de distinta procedencia con los que se debe construir una alimentación que provea todos los nutrientes en las cantidades y en las concentraciones necesarias para la gran velocidad de crecimiento de esta edad, con las limitaciones impuestas por un aparato digestivo y un sistema inmunológico aún inmaduros.

No debe extrañar entonces que sea luego del destete, promediando el primer año de la vida cuando se hacen evidentes deficiencias nutricionales como hierro, zinc, eventualmente

vitamina A, y otras aun no bien estudiadas en nuestro país, sea por deficiencias en la alimentación o por infecciones reiteradas.

La leche de vaca es en los primeros años de la vida, luego del destete, el alimento mejor para los niños por su proteína, por su aporte de vitaminas liposolubles, de calcio y grasas y por su textura líquida. Necesita sin embargo ser suplementada con hierro, zinc y vitamina C per se y para favorecer la absorción del hierro. **Por eso la ley que dispone que la leche de los Programas Materno Infantiles de todo el país sea fortificada con los nutrientes mencionados significa un gran progreso en la prevención de la anemia por deficiencia de hierro que afecta a más del 50% de nuestros niños menores de dos años, con consecuencias conocidas sobre su desarrollo intelectual.** La implementación de esta ley debe ser defendida a ultranza y en los comedores comunitarios deberá ser reservada a los menores de dos años con la mayor prioridad. También para las embarazadas.

Para la transición a la alimentación de los omnívoros –del adulto humano- los pequeños necesitan alimentos que tengan consistencia de papilla, una densidad de nutrientes –en particular de hierro y zinc- sustancialmente mayor a la que tiene la alimentación de los adultos, que tengan la menor potencialidad alergénica, que no induzcan a la celiaquía, que contengan poca fibra, que sean de rápida e higiénica preparación, que estén adecuadamente fortificados con las vitaminas que sabemos son críticas en los niños de esta edad, que contengan leche en polvo en su composición o que sean preparados con leche en el hogar. Y sobre todo que sean de bajo costo, con adecuada presentación/packaging. **La producción y distribución de un alimento de este tipo debería ser una prioridad para los programas, que complementarían la tradicional distribución de leche de los programas materno-infantiles.**

La anterior sería en líneas muy generales una propuesta de formulación de las papillas, existiendo en el país varias empresas en capacidad para producirlas sin mayores dificultades. Insistimos en esta alternativa pues el retraso de crecimiento de nuestros niños más pobres comienza a manifestarse desde finales del primer año, estando netamente establecido al final del segundo año de edad

Luego en el segundo año el niño se irá incorporando paulatinamente a la alimentación de la familia. Para ello las madres requerirán de recomendaciones sobre como adaptar la alimentación familiar para administrarla a los niños más pequeños. Será indispensable dar recomendaciones sobre cómo aumentar la densidad energética con azúcar y aceites, incorporar siempre pequeñas porciones de carnes para aumentar la concentración de hierro y zinc -y quizás otros factores de crecimiento no bien identificados en nuestro país como algunos aminoácidos sobre todo los azufrados como formadores de cartílago. Ello puede lograrse con educación culinaria y nutricional y dando prioridad en la asignación de estos alimentos a las familias con niños pequeños.

Prioridad también deben ser las recomendaciones para la preparación higiénica de los alimentos infantiles, en los comedores comunitarios y en los hogares sobre todo en estos momentos en que la precaria cadena de frío existente –comercial y hogareña- seguramente está siendo severamente afectada. En esto también las redes solidarias tienen un rol que cumplir.

Pero en la prevención de la desnutrición la disponibilidad de alimentos no es el único elemento. Quienes dan de comer a los niños en las familias numerosas, cuando la madre trabaja fuera del hogar, cuando la madre se enferma o cuando la familia atraviesa crisis profundas, son factores de extrema importancia en la prevención de la desnutrición. Una niña de diez años que quede con la responsabilidad de hacerlo no tendrá ni la disposición ni la capacidad, ni la paciencia necesaria para alimentar a un niño pequeño. Purés o papillas frías se tornan difíciles y desagradables de comer, y más para un niño pequeño. Nuevamente las redes solidarias son fundamentales en estas situaciones para identificar a familias en estas condiciones, sea para colaborar con ellas o para derivarlas a alguna entidad de referencia

### **Identificación de niños y embarazadas en riesgo**

Inicialmente, se considerará que las embarazadas en riesgo nutricional son aquellas de baja talla, las que tenían bajo peso preconcepcional, las que tienen un aumento de peso inadecuado y las que aumentan excesivamente durante el embarazo. También serán de riesgo las que tienen antecedentes de diabetes en la familia, las que alguna vez tuvieron tensión arterial elevada. Las que han tenido hijos de bajo peso o prematuros. Y todas aquellas que padezcan una enfermedad crónica (TBC, SIDA, etc). Todas ellas serán prioridad en lo nutricional y deberán ser identificadas y derivadas a la institución sanitaria correspondiente para su control.

Los niños en riesgo serán aquellos menores de tres años, particularmente los nacidos de bajo peso, hayan sido prematuros o desnutridos fetales. También los de bajo peso para su edad en los tres primeros años identificados por las tablas simples del MSAS y SAP; en el caso de desconocerse la edad del niño, o carecerse de balanza, se tomará como indicador la circunferencia del brazo que sólo requiere de una cinta de medir pero que tiene el valor de variar muy poco entre los dos y los siete años.

La posibilidad de medir la talla de los niños produce una información de sumo valor, complementando al peso. Hacerlo requiere solamente de una cinta métrica fijada a la pared o en una mesa (para los más chicos) y uno o dos libros o tablas que se apoyarán sobre la cabeza del niño parado o de la cabeza y los pies si está acostado. La estatura permite identificar a los niños que están definitivamente desnutridos, es decir que tienen bajo peso para su talla. Las tablas correspondientes pueden solicitarse a la SAP, al centro sanitario más próximo o próximamente bajadas desde la página del CESNI en Internet.

### **La prevención de deficiencias de algunos nutrientes**

Se sabe que deficiencias de micronutrientes –minerales y vitaminas- producen efectos biológicos indeseables sin que lleguen a ser tan graves como para producir el cuadro clínico clásico de la deficiencia. Por ejemplo, no es necesario llegar al escorbuto para que un estado deficitario en vitamina C afecte funciones inmunológicas, la oxidación celular, o afecte la absorción del hierro de los alimentos (**más del 60% de nuestros niños no**

**alcanzan la ingesta recomendada de vitamina C, aún en Misiones, gran productor de cítricos).**

En los niños menores de tres años, sobre todo entre los 8 y 24 meses es la de hierro la deficiencia más común y grave por su repercusión sobre el desarrollo intelectual (**entre un 30 a 65% de nuestros niños están anémicos y la causa fundamental es la baja ingesta de hierro**). La lactancia materna y posteriormente el empleo de leches fortificadas con hierro como la del Ministerio de Salud pueden prevenir la deficiencia de hierro y la anemia. Una dieta rica en vitamina C y en carnes puede también prevenirla.

Una alternativa para la prevención de la anemia por deficiencia de hierro es la administración de hierro medicinal como gotas o jarabes, que puede ser hecha desde todos los días hasta una vez por semana con prácticamente los mismos resultados, siempre y cuando se pueda controlar que no se olvide tomar la dosis semanal. Esta alternativa es más económica y muy aplicable en centros o comedores comunitarios donde las dosis de hierro pueden darse controladamente a niños pequeños y a las embarazadas.

La vitamina D actúa aumentando la absorción intestinal del calcio y su deficiencia tiene efectos notables sobre la calcificación ósea (raquitismo en el niño y osteoporosis en el adulto), en la susceptibilidad a las infecciones, y en la organogénesis fetal. Esta vitamina puede ser formada por el organismo a partir de precursores en la piel por efecto de la radiación ultravioleta de la luz solar. Por eso el raquitismo subclínico es tan común en las regiones frías de nuestro país por el abrigo que mantiene cubierta casi la totalidad de la piel; también porque los rayos solares son más tangenciales. Varios estudios realizados en la región patagónica y aun en el Comahue en época invernal muestran elevada prevalencia de deficiencia de vitamina D por lo que el suministro de la vitamina debería recibir prioritaria atención en estas regiones (hasta 35% de prevalencia de deficiencia de vitamina D). Alternativas son el consumo de leche fortificada, la administración medicamentosa cotidiana de vitamina D, o de dosis elevadas con periodicidad semestral.

La vitamina A ha demostrado tener un potente efecto sobre la prevención de infecciones y particularmente de diarreas en los niños, además de su rol en la protección de los epitelios, especialmente de la córnea y conjuntiva y sobre la visión nocturna. Los niños en riesgo son aquellos que tienen lactancias prolongadas de madres deficientes en vitamina A, los que son destetados a alimentos pobres en la vitamina, y los que padecen diarreas frecuentes así como otro tipo de infecciones que producen inapetencia o malabsorción de la vitamina.

Por eso la administración de vitamina A debería ser considerada cuando el consumo de leche y derivados, de carnes y vísceras es baja, lo mismo que de vegetales de hoja verde oscuro y zanahorias, lo que puede estar aconteciendo cuando la alimentación está basada en cereales y otros alimentos no perecederos, que es el caso de los beneficiarios de programas alimentarios. La administración de la vitamina no necesariamente debe ser diaria al existir depósitos pero no debe excederse por la misma razón. para no incurrir en intoxicaciones, sobre todo en las embarazadas pues el exceso es teratogénico.

Existen sólo tres estudios sobre prevalencia de deficiencia de Vitamina A. En Tierra del Fuego y la Pcia de Buenos Aires se encontraron prevalencias en el límite de lo

recomendado por la OMS e IVACG para iniciar programas de fortificación masiva de alimentos. Otro en el NEA que dio valores tan elevados que son difíciles de creer. Por ello, como compromiso, y ante la crisis alimentaria y nutricional presente debería considerarse seriamente la suplementación con vitamina a los niños pequeños, embarazadas y nodrizas, según el esquema del cuadro que sigue. Este esquema debería continuar válido mientras se obtiene mayor información sobre la carencia en nuestro país, y mientras exista constancia de dietas monótonas a partir de alimentos secos.

Edades	Dosis (en UI)	Periodicidad
0- 5 meses	50.000	Con cada dosis de la vacuna DPT/polio
6-11 meses	100.000	Cada 4-6 meses
12-59 meses	200.000	Cada 4-6 meses
Embarazadas dentro de las primeras seis semanas después del parto	200.000	Dos dosis con intervalo de 24 hs entre cada una, para un total de 400.000 UI

Poco o nada sabemos de deficiencias de otros nutrientes que estén afectando a nuestra población infantil. Sin embargo no puede dudarse que hoy la alimentación de cientos de miles de niños es de mala calidad nutricional y que muy posiblemente algunos padezcan deficiencias que no eran problema en épocas de normalidad. Los centros sanitarios deberían estar alerta ante cuadros clínicos confusos pues pueden encubrir deficiencias de micronutrientes o vitaminas; los laboratorios deberían montar las técnicas correspondientes para certificar deficiencias. **Por ello no sería descabellado, pues la diferencias en costo no es excesiva, la administración de polivitamínicos a los niños en mayor riesgo, en especial a los más pequeños.**

Las parasitosis constituyen un serio problema en algunas regiones del país. Son causa de anemia , de diarreas intermitentes, de intolerancia a la lactosa, de obstrucciones intestinales, y de daño a la mucosa intestinal, afectando el bienestar y la nutrición de los niños. Dado lo complejo y costosos de la realización de análisis parasitológicos periódicos, **es conveniente la desparasitación rutinaria anual de los niños** con una dosis única de albendazole o mebendazole . Mejor si el medicamento se acompaña de tinidazol para la giardiasis, la parasitosis más prevalente en nuestro país. Las embarazadas pueden recibir estas drogas después del segundo trimestre de gestación

### **La formación y actualización permanente de los equipos sociales y de salud**

La forma más económica de promover y proteger la salud y nutrición en el período de mayor vulnerabilidad, mujeres en edad fértil y embarazadas y niños menores de tres años se basa en la implementación efectiva de la estrategia de atención primaria de la salud (APS).

Ampliando la cobertura y garantizando el acceso sin barreras al primer nivel de atención, los 6000 centros de salud dispersos en todo el país. Estableciendo una red de servicios auxiliares (laboratorios, imágenes, etc.) y mecanismos de referencia y contrarreferencia efectivos con los niveles de mayor complejidad.

Obviamente el primer nivel de atención tiene que tener garantizada una real capacidad operativa, disponiendo de los recursos humanos, insumos, medicamentos y equipamiento básico.

Cada centro periférico debe conocer su población a cargo, responsabilizándose de su captación oportuna, búsqueda activa y seguimiento y disponer de un sistema de estímulos en función de resultados vinculados con la promoción y prevención de la salud.

Las universidades tienen una responsabilidad trascendente ya que deben garantizar la formación de médicos, enfermeros, asistentes sociales, nutricionistas, con alta capacitación técnica y compromiso con la salud pública.

La jerarquización del primer nivel de atención requiere que los equipos sociales y de salud con responsabilidad en la implementación de políticas socio-sanitarias y alimentarias accedan a un sistema de formación y actualización permanente con eje en los problemas prevalentes de salud y nutrición y en las guías para la promoción y el cuidado preventivo a transmitir a las familias y especialmente a las madres.

El Ministerio de Salud dispone de muy buenas normas y materiales para la capacitación de los equipos de salud. Sin embargo, la tremenda crisis de este año desnudó algunos vacíos en la formación y actualización en algunos temas y prácticas vinculados a alimentación y nutrición. Ejemplo de ello ha sido la gran confusión en torno a la utilización de soja en los programas alimentarios, la organización y gestión alimentaria de los comedores, los consejos a las madres en relación con la alimentación complementaria en el primer año de vida, pautas para la crianza y el cuidado infantil o la educación alimentaria y orientación a las familias acerca de las mejores opciones de compra y utilización de alimentos en el marco de la crisis económica.

Esta situación, potenciada por la crisis y la emergencia de tantos emprendimientos solidarios, demanda respuestas de forma sistemática mediante un programa de formación y actualización dirigido a los equipos sociales y de salud y a los operadores comunitarios con eje en los temas prioritarios de alimentación y nutrición.

**Desde CESNI en los próximos meses iniciaremos un programa de esas características por medio de entregas periódicas desde nuestra página en Internet.**



## **Una visión desde lo social: hacia la reconversión de los programas alimentarios en una asignación familiar directa con énfasis en la población materno-infantil**

Después de años de debates y discusiones finalmente en 2002 se implementó un programa de transferencia directa de ingresos, el Plan Jefas y Jefes de Hogar, a través del cual se pagan \$ 150 mensuales a unos 2 millones de beneficiarios. La condición para ingresar al programa es no percibir ningún ingreso y tener hijos a cargo.

Han habido varias propuestas previas y contemporáneas al Plan Jefas y Jefes. El Ingreso para el Desarrollo Humano (IDH), el Seguro de Inclusión Infantil, el Sistema de Protección Familiar (Siprof) o el Ingreso Ciudadano en la Niñez, son todas variantes basadas en la estrategia de transferencia directa de ingresos a las familias, con diferencias en la mayor o menor universalización o en la exigencia de contraprestación al beneficiario, sea bajo la forma laboral o de cumplimiento de controles de salud o asistencia escolar.

Fuera de Argentina, es conocida la experiencia del programa Progresa en México, que contempla un componente de esta naturaleza, con la condicionalidad de asistencia de los niños a la escuela. También en Brasil hay programas similares como los de Bolsa Escola o los programas de renta mínima.

Las ventajas de transferir directamente ingresos son varias: la simplificación administrativa respecto de programas alimentarios o de prestaciones sociales, el rescate de la dignidad y autonomía de las personas para decidir qué comprar con sus ingresos y la preservación de circuitos locales de abastecimiento (el pequeño comercio de barrio en donde la gente gasta su ingreso).

En nuestra opinión, un sistema de esta naturaleza es una mejor alternativa a los programas alimentarios tradicionales, por las fortalezas enunciadas, pero además porque es conocido que cuanto más bajo es el ingreso de los hogares mayor es la proporción de cualquier ingreso adicional que termina destinándose a comprar alimentos. Los hogares del primer decil de ingresos (los más pobres) destinan casi 60% del ingreso familiar a comprar alimentos y la composición de su dieta definitivamente no es irracional. De cada \$ 150 que se transfieren a un hogar indigente, es razonable suponer que cerca de \$ 100 se destinarán a comprar alimentos.

Transferir una asignación directa a las familias es operativamente mucho más simple que montar estructuras estatales para la compra y distribución de alimentos, es bromatológicamente más seguro e higiénico que la mayoría de comedores comunitarios, favorece la comensalidad hogareña (comer juntos en el hogar) y rescata la autoestima de las personas.

**¿ Asignación familiar universal o focalizada ?**

Esta pregunta merece una gran discusión. Hay muchas opiniones favorables al establecimiento de una política de ingreso ciudadano, en la cual todas las personas sean tributarias de un ingreso en concepto de titulares de derechos básicos (entitlement) a la alimentación, salud, educación, etc

El ingreso ciudadano constituiría de ese modo el pilar del Estado de Bienestar y de una política social universal. Sin embargo, esta política necesariamente requiere la integración de los recursos tributarios y el sistema de transferencias sociales y una mejora sustancial en la administración y control tributario, ya que la lógica del ingreso ciudadano se basa en que la población más pobre reciba una transferencia neta de ingresos (percibe un ingreso ciudadano y no tributa impuesto a las ganancias porque su renta es baja) y quienes tienen ingresos medios o altos retornen el ingreso ciudadano percibido a través del impuesto a las ganancias.

Un esquema de transición puede tomar la forma de un programa basado en una asignación familiar básica a los grupos socioeconómicos y biológicos más vulnerables, priorizando en este caso a la población materno-infantil: madres embarazadas y niños, fundamentalmente los más pequeños (hasta los tres años), aunque extensible hasta la edad escolar básica. La asignación familiar debería otorgarse preferentemente a la madre y con una contraprestación que consista en el cuidado de la salud de ella y de sus hijos (controles de salud, recepción de leche y otros alimentos fortificados, vacunaciones, etc.) y en la escolarización de los niños en edad escolar.

El monto de la asignación familiar podría establecerse de acuerdo con el costo de la canasta básica de alimentos:

	Costo de la Canasta Básica de Alimentos (*) ( \$ por mes)
Embarazada	95
Niño menor de 2 años	40
Niños entre 2 y 5 años	55

(\*) valores a octubre 2002

Operativamente, la distribución del monto de las asignaciones familiares puede incorporar progresivamente algún medio electrónico como las tarjetas de compra (al estilo de las de débito) con acreditación de la asignación mensual en una cuenta a nombre de la madre.

La elección de este tipo de tarjetas tiene que ver con la transparencia del sistema ya que las mismas se cargan electrónicamente cada mes y por lo tanto las asignaciones no dependen de ningún intermediario ni clientelismo.

Pero además, la tarjeta electrónica de compras ofrece una excelente oportunidad para el monitoreo y evaluación permanente del programa, el análisis del perfil de compras y por lo tanto el impacto alimentario, la posibilidad de introducir correcciones (ampliar o modificar

las alternativas de compra) o de generar estímulos o premios como suelen hacerlo las empresas comerciales emisoras de tarjetas o los supermercados.

Una experiencia piloto que se está desarrollando desde julio de 2002 en la zona de Zárate y Campana, con eje en la distribución de un subsidio a familias indigentes por medio de una tarjeta de compra está revelando una amplia adhesión de los beneficiarios al sistema y una razonable adecuación de sus compras en términos nutricionales, a pesar de que la prueba piloto contempla un subsidio de escaso valor monetario.

La implementación operativa de este sistema requiere un período de adaptación, en el cual puede coexistir con la alternativa tradicional y hoy utilizada por el Plan Jefas y Jefes del cobro de la asignación en un banco.

Desde la perspectiva de un programa alimentario, (aunque el sistema propuesto de asignaciones familiares no lo es) de todas maneras es necesario realizar todo el esfuerzo por orientar el uso de la asignación en la compra de alimentos. Esto supone estrategias de educación alimentaria y programas como la mejor compra de alimentos (ver más adelante). Por otra parte, en la modalidad tarjeta electrónica la orientación de las compras puede darse por medio de la programación de la propia tarjeta para la adquisición de ciertos alimentos y para la limitación o restricción de otros. O para subsidiar alimentos de valor nutricional y otros insumos de primera necesidad como jabón, calzado y otros, eventualmente medicamentos.

Vinculado con la posibilidad de progresar hacia un programa de asignaciones familiares, un tema que nos interesa considerar es el impacto del IVA en las compras de alimentos. Veamos como ejemplo del Plan jefas y Jefes de Hogar. En la actualidad el programa cubre a unos 2 millones de hogares, lo que supone un gasto mensual de \$ 300 millones de pesos, de los cuales unos \$ 50 millones vuelven al estado en concepto de IVA sobre las compras realizadas por los beneficiarios.

Si el programa de asignaciones familiares tiene como eje el refuerzo del poder de compra de alimentos, sería lógico plantear la desgravación del impuesto en las compras realizadas con esa asignación, por lo menos en las compras de alimentos.

En el caso del Plan Jefas y Jefes, en su escala de operación actual, desgravar el IVA a las compras de alimentos representaría apenas un 2,5% del monto anual de recaudación de ese impuesto, pero sin embargo cada beneficiario podría aumentar su poder de compra en un 11%.

En el país hay una experiencia similar a esta propuesta ya que desde diciembre de 2001 todas las compras con tarjetas de débito generan un reintegro de 5 puntos de IVA, equivalente a un descuento de 4,31% en el precio final de cualquier producto.

Paradójicamente, la clase media o media alta que puede comprar con tarjetas de débito se beneficia con descuentos en el IVA que no alcanzan a la población más pobre.

En términos más amplios, pensamos que la desgravación del IVA debería ser generalizada a las compras de todos los productos que conforman la canasta básica de alimentos de los hogares del primer quintil de ingresos.

**En la perspectiva** de implementación de un programa amplio de asignaciones familiares, debería considerarse la reconversión del conjunto de fondos sociales y alimentarios (con excepción de los que se destinan a la compra de leche fortificada a embarazadas y niños) en un fondo que permita financiar las asignaciones familiares.

A ese fondo deberían contribuir el actual Plan Jefas y Jefes de Hogar y otros dos grandes programas alimentarios, el de Emergencia Alimentaria (PEA) y el FOPAR (comedores comunitarios).

Sin embargo, a la hora de discutir el presupuesto o gasto público social-alimentario, pocas veces se ha puesto en la agenda dos componentes de gran repercusión: el sistema vigente de asignaciones familiares y la forma en que se tributa el impuesto a las ganancias.

El sistema de asignaciones familiares es, junto con el Plan Jefas y Jefes de Hogar, el programa con más recursos fiscales (algo más de \$ 1100 millones). El sistema recauda un impuesto sobre el salario y paga asignaciones por diversas cargas de familia. Ejemplo típico, el salario familiar por hijo o por escolaridad. Aunque el sistema es universal, las asignaciones familiares sólo cubren a los trabajadores formales. Los hijos de trabajadores no formalizados, trabajadores en negro o desocupados no cuentan para el sistema. De hecho el sistema paga asignaciones familiares a unos 3 millones de niños hasta 18 años, apenas una cuarta parte del total.

Con relación al sistema tributario, la forma en que se computan las ganancias de las personas físicas para el pago del impuesto anual contempla una serie de “deducciones especiales” como el mínimo no imponible o conceptos como carga de familia o aportes a seguro médico. La justificación de estas deducciones es que se trata de una medida equitativa porque evita que las personas de bajos ingresos ingresen en la categoría de contribuyentes. Sin embargo, la realidad es que los más pobres, trabajadores no formales o desocupados no pueden ejercer el derecho a las deducciones porque su ingreso ni siquiera las supera.

En otras palabras, las deducciones son un crédito fiscal implícito, pero solo disponible para quienes tienen ingresos superiores al mínimo no imponible, lo que deja afuera a toda la población indigente y convierte una medida supuestamente equitativa y progresiva en un programa social o subsidio focalizado en los sectores no pobres.

Parece mucho más lógico y equitativo que en una perspectiva de cambio estructural en el sistema impositivo y en la administración y control tributario, las deducciones se conviertan en un crédito fiscal efectivo (una transferencia directa) que se integre al fondo de asignaciones familiares para los grupos más vulnerables.

### **El IVA en los alimentos básicos**

El impuesto al valor agregado (IVA) es la fuente más importante de los recursos tributarios ya que representa aproximadamente un tercio de los ingresos fiscales anuales de nuestro país. El IVA es un impuesto regresivo ya que grava el consumo de toda la población, con la misma alícuota (ahora reducida transitoriamente al 19%). Los hogares de ingresos más bajos son quienes más gastan en alimentos proporcionalmente a sus gastos y por lo tanto quienes más tributan IVA en sus compras alimentarias.

Lo paradójico de esta situación es que quienes más aportan proporcionalmente a sus ingresos son los más afectados por la inseguridad alimentaria. Como ya se mencionó más arriba, parece un contrasentido que los beneficiarios del Plan Jefas/es de Hogar “devuelvan” al Estado bajo la forma de IVA \$ 24 de los \$ 150 que reciben.

La desgravación del IVA en los alimentos, al menos en los alimentos básicos, se impone como una medida socialmente necesaria y equitativa. En nuestra opinión hay por lo menos dos escenarios que merecerían explorarse rápidamente:

1) Desgravar el IVA de los alimentos que constituyen los productos trazadores de la dieta de los sectores más pobres. En la actualidad hay solo dos alimentos que no tributan IVA: la leche común sin ningún aditivo y algunas variedades de pan francés. El universo de productos desgravados sin embargo debería ser más amplio e incorporar al conjunto de productos que representen un porcentaje significativo de los gastos alimentarios y la ingesta calórica y de nutrientes de los hogares más pobres. En CESNI identificamos cuáles podrían ser esos productos a partir del análisis del perfil de compras de alimentos de los hogares de los primeros dos deciles de ingreso según la encuesta de gasto de los hogares de 1996/97.

Los productos en cuestión son los siguientes: pan, harina de trigo, arroz, fideos secos, asado, carnaza común, carne picada, paleta, hígado vacuno, pollo, aceite mezcla, leche, queso tipo cuartirolo, huevos, banana, manzana, naranja, cebolla, papa, tomate (fresco y envasado), zapallo, zanahoria, azúcar, yerba y soda (estos dos últimos por su participación en la mesa familiar).

2) Utilizar tarjetas electrónicas de compra como herramienta para las transferencias de ingresos a los hogares pobres y aplicar en ellas el mismo procedimiento que hoy se aplica en cualquier tarjeta de débito en las que se descuentan 7 puntos de IVA. En este escenario, los titulares de tarjetas de asignaciones sociales o familiares serían los beneficiados por la desgravación del IVA en sus compras

## ¿ cuáles son las mejores estrategias para realizar asistencia alimentaria ?

Argentina ha venido desarrollando -fundamentalmente en los últimos veinte años- diferentes tipos de programas alimentarios. Aunque con distintas denominaciones, la gran mayoría se basó en distribuir alimentos en forma directa u ofrecer raciones de comida en comedores. Más recientemente se han desarrollado algunas pocas experiencias basadas en sistemas de tickets alimentarios.

Lamentablemente nunca se evaluaron los resultados ni el impacto de los programas, con la excepción del programa de comedores escolares que fue evaluado hace dieciséis años. Sin embargo tenemos alguna opinión acerca de sus fortalezas y debilidades.

Entre la variedad de programas alimentarios, hay dos que se distinguen del resto: el Programa Materno-Infantil (PMI) en cuyo marco se distribuye leche fortificada (con hierro y zinc) a niños pequeños y el Programa Pro-Huerta.

La leche fortificada que se distribuye desde el PMI es una real contribución a la promoción de la salud y es preventiva de la anemia por deficiencia de hierro, la mayor de las carencias nutricionales en la infancia, además de contribuir con un alimento valorado por las familias y con un perfil nutricional claramente ajustado a las necesidades de niños menores de dos años (por su contenido en calcio, vitaminas A y C, además del hierro, zinc y proteínas de buena calidad). La entrega de leche fortificada refuerza las demás prestaciones del PMI y favorece el acercamiento de las madres y sus hijos al primer nivel de atención. Por último, la distribución de leche en los centros de atención primaria pocas veces se ha visto empañada por denuncias de clientelismo.

El ProHuerta (PH) es el paradigma de un programa que promueve la autosustentación alimentaria ya que las propias familias son protagonistas centrales del componente alimentario. Si las huertas son bien desarrolladas y las familias disponen de un mínimo espacio cultivable, las verduras cosechadas pueden contribuir en buena medida al consumo familiar y a la diversificación de la alimentación.

Ambos programas -PMI y PH- además fortalecen un valor que merece priorizarse: la comensalidad hogareña, comer juntos en familia

Los programas que distribuyen alimentos, generalmente secos, bajo la forma de cajas o bolsones de productos por el contrario muchas veces han estado asociados a prácticas en extremo clientelistas en la identificación de beneficiarios. Estos programas son de ejecución generalmente descentralizada, lo cual si bien es positivo en la medida en que los programas y los alimentos responden mejor a las costumbres y hábitos locales, tiene la desventaja de crear procedimientos de adquisición y rendición de cuentas muy complejos e ineficientes. Tampoco favorecen la autosustentación alimentaria ni la dignidad de las personas.

En cuanto a los comedores, es necesario distinguir tres variantes: los comedores comunitarios o infantiles instalados en alguna institución (centros de cuidado o desarrollo

infantil, jardines infantiles o ONG´s), los comedores precarios que se instalan en cualquier localización barrial y los comedores escolares.

Las tres variantes tienen como característica común el desestímulo de la comensalidad hogareña, especialmente preocupante cuanto más pequeños son los beneficiarios. **La familia debe reconocerse siempre como el ámbito natural en donde los niños deben criarse y alimentarse, fundamentalmente en los primeros años y deben priorizarse los modelos programáticos que la promuevan.**

Bajo este concepto, es razonable que los jardines o centros de cuidado infantil dispongan algún servicio alimentario para los niños cuyas madres o familias lo requieran por motivos laborales, del mismo modo que los comedores escolares. En estos casos, la prestación alimentaria es un servicio, de carácter asistencial o no, pero es un servicio auxiliar de otra prestación que es la más importante: el desarrollo infantil, intelectual de los niños pequeños o la enseñanza en la escuela. **Nunca el acto de comer en sí mismo debería ser el motivo de existencia de estos comedores, ya que fácilmente se transforman en “comederos”.**

En cuanto a los comedores precarios, muchas veces instalados bajo condiciones edilicias y de infraestructura y equipamiento en extremo inadecuados, es necesario reparar en sus riesgos higiénico-sanitarios, en las pésimas condiciones en que una gran mayoría -no todos- se organizan y en su pobre contribución real en términos nutricionales. Es cierto que pueden mejorarse estos aspectos, entrenando a los responsables en aspectos de gestión, planificación de menús y buenas prácticas de manipuleo de alimentos, pero si los comedores tienen como función básica solo dar de comer es mucho más eficiente, menos clientelista y más humanizante reconvertirlos en una transferencia directa de dinero a las familias.

Nuestra propuesta se basa en una profunda reconversión de todos los fondos que se destinan a programas de distribución de cajas de alimentos y de comedores comunitarios no vinculados al desarrollo infantil o a la escuela en un fondo de asignaciones familiares que se destinen directamente a las familias de mayor vulnerabilidad, con eje en las madres y acompañado de una estrategia educativa y comunicacional acerca de las mejores opciones de compra y utilización de alimentos.

### El rol de los centros comunitarios

En los comedores que se han generado y en los que se quieren potenciar formas de participación comunitaria, el estado y las ONG´s tienen una gran responsabilidad, en primer lugar, en mejorar las condiciones en que se realiza la asistencia alimentaria y en generar algún sistema de referencia al primer nivel de atención de salud (centros de salud) para el control y seguimiento sanitario.

Ahora bien, estos comedores en los que se promueve la participación comunitaria tiene una condición privilegiada para hacer actividades de estimulación psicosensores de los niños más pequeños a través de charlas, o de material grafico o visual de distintos tipos. Las madres son las primeras en reconocer el valor de una educación adecuada para el futuro de sus hijos -que indirectamente son su reaseguro en la vejez- pero necesitan que se les transmitan conocimientos y prácticas para estimular a los niños en la adquisición de determinadas habilidades, en especial del lenguaje, que son fundamentales para un buen desempeño en el sistema escolar formal.

Con esta finalidad las madres deben ser capacitadas sobre las potencialidad intelectual de sus hijos, que son mucho mayores que lo que ellas mismas suponen, sobre lo que son capaces de hacer, y sobre las respuestas que de ellos pueden obtener en la realización de pruebas mínimas. La estimulación auditiva, visual y el hablarles tiene enorme importancia para la maduración de los niños; juguetes que pueden construirse a mínimo costo, libritos, figuras de colores y que el niño tenga siquiera un rincón donde depositar sus juguetes y posesiones tienen un gran rédito intelectual. Ideas para que el juego con los hermanos mayores sea estimulante son también importantes.

La embarazadas que concurren a los comedores están en un estado de receptividad especial para recibir este tipo de consejos, con la ventaja que lo que aprendan lo reproducirán con el resto de los hijos pequeños, o con los que vendrán. Y nada mejor que la madre y los hermanos pequeños para actividades de estimulación, sin excluir al padre y restantes miembros de la familia.

La instrucción sobre acciones de estimulación temprana de los niños puede ser hecha por agentes sanitarios, organizaciones de la comunidad, líderes comunitarios, parroquias, escuelas, centros de salud, radioemisoras locales, prensa escrita, patrocinadas por artistas populares, etc. **Pero siempre centradas en la familia, teniendo a la madre como eje central de las actividades.**



### ¿ Las huertas constituyen una alternativa limitada al ámbito rural ?

A la luz de las estadísticas del programa ProHuerta, un 66% se radican en áreas urbanas y periurbanas. Tan solo en la Ciudad de Buenos Aires existen más de un centenar de unidades productivas, mientras que en el Gran Buenos Aires, particularmente en el segundo y tercer cordón el número de huertas asciende a 38000.

En las localizaciones urbanas los terrenos disponibles son menores (unos 40 m<sup>2</sup>), pero a la vez hay gran cantidad de terrenos no utilizados que podrían gestionarse por medio de alianzas con los municipios.

En términos de seguridad alimentaria, las huertas ofrecen varias potencialidades; la primera es su dimensión productiva propiamente dicha, a través de la cual se pueden complementar otras acciones o programas existentes.

Sin embargo, las huertas constituyen una oportunidad para la complementariedad y **generación de micro emprendimientos** que no solo aporten a la autosuficiencia hortícola familiar sino a formas sustentables de generación de ingresos y alternativas de comercialización de hortalizas y productos de granja a bajo costo.

Una potencialidad en las localizaciones con muchos huerteros o con presencia de huertas comunitarias es la conformación de **circuitos de abastecimiento que con alguna asistencia del Estado permita a los pequeños productores (huerteros) acceder a ciertos mercados y vender sus excedentes en mejores condiciones y a la vez a los compradores (todos nosotros) acceder a hortalizas a mejores precios que los del mercado.**

Algunas iniciativas en este sentido han planteado la conformación de “asociaciones” entre productores y “clubes de consumidores” con cierto compromiso frecuente (ej. mensual) de compra, iniciativa ésta que excede el marco de las huertas y granjas y puede ampliarse a otros productos de consumo popular.

Cada comunidad, cada municipio y aún cada barrio puede organizarse en torno a objetivos de seguridad alimentaria y acceso a los productos de la canasta. Las actividades pueden ir desde la más rudimentaria como puede ser **organizar una compra comunitaria** hasta la posibilidad de generar micro emprendimientos productivos que cuenten con alguna asistencia técnica, logística y financiera y que exceden por lejos los límites del asistencialismo tradicional.

Pensemos que en el país hay cientos de miles de pequeños emprendedores o productores que por problemas de escala o falta de acceso al crédito u otros factores de producción están condenados al fracaso. Estos pequeños emprendedores, debidamente acompañados por organismos gubernamentales en aspectos de capacitación para la gestión, logística, buenas prácticas de manufactura, etc. pueden **abastecer a bajo costo a los consumidores que hoy no tienen otra opción que el mercado formal.** No se trata de generar un mercado informal rudimentario sino de movilizar las fuerzas de pequeños productores,

organizándolos para que aumenten su escala y constituyan otra opción en el abastecimiento alimentario, tanto a hogares como al mercado institucional de algunos programas alimentarios (comedores escolares por ejemplo).

La posibilidad de generar alternativas que mejoren el abastecimiento de alimentos de la población pobre e indigente a la vez que ofrezcan mejores condiciones de comercialización a los pequeños productores y emprendedores es una asignatura pendiente de las políticas alimentarias, que nunca incursionó en un enfoque integral de lo alimentario tomando en consideración las características del sistema agroalimentario en su conjunto y su incidencia en los problemas de acceso a los alimentos.

## **Una visión desde la educación alimentaria: guías y orientaciones para la compra de alimentos**

Las guías alimentarias son instrumentos educativos que traducen el conocimiento científico en nutrición en mensajes y orientaciones prácticas para que las personas seleccionen, compren y utilicen de la mejor manera los alimentos disponibles. Para todos en general pero especialmente para los hogares de ingresos bajos, los mensajes y guías deben hacer eje en la mejor alimentación posible al precio más económico.

Este último concepto se asocia a la estrategia conocida como Mejor Compra de Alimentos. “La mejor compra” es una estrategia que se originó en Perú en los años ´80, como una herramienta para la vigilancia de los precios de alimentos y la promoción de recetas y menús económicos y nutricionalmente convenientes.

Ya en el año 2001, antes que se disparara la crisis y la inflación afectara principalmente los precios de los alimentos, promovimos desde CESNI la adopción de estrategias de mejor compra por parte de los sectores privados, particularmente los supermercados. Ahora es más que necesaria la adopción de acciones en esa dirección y el propio Ministerio de Salud está encaminando un programa de Educación Alimentaria-Nutricional que incluye actividades en torno al concepto de la mejor compra.

En realidad, la mejor compra es una idea sencilla que se basa en algún mecanismo de relevamiento de los precios de alimentos y la identificación de los productos más económicos dados ciertos criterios de valor nutricional. El paso siguiente es traducir los alimentos económicos en recetas, menús y canastas alimentarias recomendadas.

Lo importante de la estrategia no es tanto su procedimiento como los usos que puedan derivarse de ella y las diferentes iniciativas que pueden generarse. ¿Cómo ?

Inicialmente, creemos que el nivel local, un municipio pequeño, un barrio, es el ámbito de aplicación más indicado para la mejor compra. Allí pueden identificarse los actores sociales, organizaciones barriales, centros de salud, escuelas, nutricionistas y los propios comercios entre quienes debe promoverse una alianza y comprometerse en la implementación de la estrategia:

- identificando y sumando a los comercios más frecuentemente utilizados por la gente
- analizando la disponibilidad y las prácticas alimentarias locales
- relevando los precios de los alimentos en diferentes comercios y armando recetas, menús o canastas alimentarias nutricionalmente adecuadas y de bajo costo
- organizando actividades comunitarias como difusión de recetas y menús económicos, identificación de las mejores opciones de compra en el barrio o en el municipio, organización de ferias, etc.
- promoviendo iniciativas de compras comunitarias, ferias francas de productos a bajo costo, etc.

**En las grandes ciudades, supermercados y cadenas de autoservicios pueden generar un compromiso social con su comunidad acompañando y hasta liderando la iniciativa de la mejor compra.** Sin ir más lejos, asistimos en los últimos meses a una profusa publicidad en diarios y otros medios referida a las ofertas y canastas semanales de distintos supermercados. Esa publicidad puede ser más útil si se aprovecha aprovechándose como una intervención educativa que brinde **información que permita a sus clientes optimizar las compras de alimentos nutricionalmente adecuados con sus magros ingresos.**

Seguramente una amplia franja de la población en situación de indigencia accede poco a los supermercados, pero como contracara algunas estimaciones sitúan en un 80% la proporción de nuevos pobres por ingresos provenientes de la clase media que sí acostumbra comprar en esos negocios.

Hace dos años se han elaborado y actualizado las canastas básicas de alimentos del Noroeste, Noreste, Cuyo, Arrea Pampeana y Patagonia. **Estas canastas pueden servir para identificar cuáles son los productos que concentran no solo el gasto alimentario básico de los hogares sino además sus ingestas de calorías, proteínas, hierro, calcio y otros nutrientes esenciales.**

**La idea sería que esas canastas, los principales productos trazadores del consumo de los hogares, sean adecuadamente destacadas, priorizadas en las ofertas, promociones o publicidad de los supermercados.**

De la misma manera, cada vez que los supermercados emitan y distribuyan **tarjetas de clientes o de acumulación de puntos o cupones de descuento podría preverse su direccionamiento -aún parcial- a los productos que conforman las canastas básicas de alimentos.**

Son propuestas fáciles de operacionalizar, que no significan pérdidas comerciales para las empresas y constituyen una intervención educativa y orientadora, oportuna y socialmente comprometida en estos tiempos de crisis.

**Bibliografía seleccionada** (dada la enorme cantidad de publicaciones y documentos sobre los cuales se basa este artículo, se ha optado por mencionar los más representativos y accesibles)

- 1- O´Donnell AM, Carmuega E (eds): *Hoy y Mañana. Salud y Calidad de Vida de la Niñez Argentina*. Publicación CESNI #18. Buenos Aires. 1999.
- 2.- Ministerio de Salud de la Nación (editora E. Calvo): Estudios antropométricos en la población infanto-juvenil. Rep. Argentina 1993-1996. Buenos Aires. 1999
- 3.- OMS: *El Estado Físico: Uso e Interpretación de la Antropometría*. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1995. (*Grafico 22 de Guías para la Evaluación del Crecimiento , SAP 2001: Perímetro del Brazo de 0-12 años*)
- 4.- O´Donnell AM, Chevalier C: La Nutrición en el Ciclo Reproductivo: Embarazo y lactancia. Boletín CESNI 1999; 8:1-20.
- 5.- Rush D, Stein Z, Susser M: A randomized controlled trial of prenatal nutrition supplementation in New York. *Pediatrics* 1980; 65:683-697.
- 6.- De Onis M, Villar J, Gülmezoglu MA: Nutritional interventions to prevent intruterine growth retardation: Evidence from randomized controlled trials . *Europ J Clin Nutr* 1998; 52:S83-S93.
- 7.- Lechtig A: Child Undernutrition in Latin America and the Caribbean: trends, reasons and lessons. En: Bartell E and O´Donnell AM (eds): *The child in Latinamerica. Health, development and Rights*..Notre Dame University Press. Indiana 2001.
- 8.- Allen L Gillespie S: *What Works? A Review of the Efficacy and Effectivenesss of Nutrition Interventions*. United Nations Adminstrative Committee on Coordination. Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN). Ginebra and Manila. 2001.
- 9.- Kramer MS: *Balanced protein/energy supplementation in pregnancy*. Oxford UK; The Cochrane Library. 1999.
- 10.- Beaton G, McCabe GP: *Efficacy of intermitent iron supplementation in the control of iron deficiency anemia in developing countries: an analysis of experience*. Ottawa: Micronutrient Initiative. 1999.
- 11.- Britos S.; *Actualización de la Canasta Básica de Alimentos de seis regiones de Argentina*; Rev. de la Asoc. Bonaerense de Nutricionistas; año 3, nro. 3, anexo 1, 2001
- 12.- OMS: *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Ginebra, 1998