



Población y Salud en Mesoamérica
E-ISSN: 1659-0201
revista@ccp.ucr.ac.cr
Universidad de Costa Rica
Costa Rica

Longhi, Fernando
Magnitudes y tendencias de la desnutrición en la niñez argentina durante la primera
década del siglo XXI
Población y Salud en Mesoamérica, vol. 13, núm. 1, julio-diciembre, 2015, pp. 1-34
Universidad de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44639780008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Población y Salud en Mesoamérica

PSM



**Magnitudes y tendencias de la desnutrición en la niñez
argentina durante la primera década del siglo XXI**
Fernando Longhi



Revista electrónica semestral
Visite [aquí](#) el sitio web de la revista
Universidad de Costa Rica



Magnitudes y tendencias de la desnutrición en la niñez argentina durante la primera década del siglo XXI

Magnitudes and trends of Argentinian childhood malnutrition during the first decade of the twenty-first century

Fernando Longhi¹

RESUMEN: En este artículo se presentan las principales magnitudes y tendencias que caracterizan a la desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI. Para abordar este problema se elaboró un indicador denominado Tasa Integral de Mortalidad por Desnutrición en la Niñez (TIMDN); se trata de un indicador de mortalidad que incluye tanto las causas directas de desnutrición (Kwashiorkor, marasmo, etc.) como aquellas asociadas a este problema, muchas veces contributarias al cuadro nutricional. Se destacan entre estas causas las patologías infecciosas, diarreas, sarampión, parasitismo, bronquiolitis, neumonía, entre otras. El análisis multi-escala diacrónico y sincrónico permitió detectar brechas, asimetrías y comportamientos diferenciados tanto en la escala provincial como regional. En efecto, pudo observarse que, mientras la tasa nacional disminuyó, operaron diferentes comportamientos tanto regionales, con distintas magnitudes y tendencias, como provinciales, con algunos casos incluso de estancamiento y aumento de la desnutrición; esto resulta contrario a lo operado en el marco nacional y relacionado con un proceso de contra-transición epidemiológica señalado para el caso argentino. Con los resultados hallados se espera colaborar en la ejecución de políticas públicas específicas para aminorar y/o erradicar el problema de la desnutrición en las provincias argentinas, atendiendo a las especificidades que le son propias en cada territorio.

Palabras Clave: desnutrición infantil, Argentina, siglo XXI, pobreza

ABSTRACT: In this article the main magnitudes and trends that characterize childhood malnutrition in Argentina in the early years of this century are presented. To address this problem we developed an indicator called Integral Rate of Mortality in Childhood Malnutrition (TIMDN), an indicator of mortality which includes the direct causes of malnutrition (kwashiorkor, marasmus, etc.) as those associated with this problem, often contributory to nutritional frame. Prominent among these contributory causes we found: infectious diseases, diarrhea, measles, parasitism, bronchiolitis, and pneumonia, among others. The multi-scale analysis (diachronic and synchronic) has detected gaps, asymmetries and different behaviors in both the provincial and regional levels. Indeed, it was observed that while the national rate decreased, there have operated different regional behaviors, with different magnitudes and trends, as well as different provincial behaviours, with some cases of stagnation and increased malnutrition, contrary to what operated in the national framework and related contrast with epidemiological transition process, designated for the Argentine case. With the founded results, it is expected to collaborate in the implementation of specific public policies to reduce and / or to eliminate the problem of malnutrition in the provinces, meeting the specific needs for each territory.

Keywords: child malnutrition, Argentina, twenty-first century, poverty

Recibido: 11 nov, 2014 | Corregido: 13 mar, 2015 | Aprobado: 20 abr, 2015

¹ Instituto Superior de Estudios Sociales (CONICET - UNT). ARGENTINA.
fernandolonghi@hotmail.com

A Joaquín y Tobías

1. Introducción

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

Ortiz-Andrellucchi, Peña Quintana, Albino Beñacar, Mönckeberg Barros y Serra-Majem (2006) sostienen que la nutrición responde a diversos condicionantes, “algunos fijos, como el potencial genético del individuo; y otros dinámicos, como los factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable” (p. 534) para el individuo. Una modificación en el equilibrio entre dichos factores altera el cuadro nutricional pudiendo dar lugar a la aparición y desarrollo de la desnutrición infantil (Ortiz-Andrellucchi et al., 2006). Es conocido que una adecuada nutrición es fundamental para el crecimiento y desarrollo del niño y la niña; la deficiencia en su implementación, sobre todo en los primeros años de vida, tiene graves consecuencias para el individuo y la sociedad a la que pertenece. Ya a fines de los años sesenta era destacado que las consecuencias de la desnutrición temprana, con sus secuelas de mutilación del sistema nervioso y reducción de la capacidad de aprendizaje, son de tal alcance que pueden mermar en alto grado la eficacia de los planes de desarrollo de los países, consecuencias ratificadas también en estudios más recientes (Scrimshaw, 1968; Leiva Plaza et al., 2001; Martínez y Fernández, 2006).

Al respecto varios estudios (O'Donnell y Porto, 2007; Hommes y Soto, 1999; entre otros) coinciden en señalar que la falta de nutrientes elementales como hierro y yodo producen deterioro de la función cognitiva provocando un daño cerebral de carácter irreversible. En Argentina en particular, la escasa o inadecuada dieta alimentaria actúa como un severo condicionante que favorece dicho daño, lo cual conlleva a consecuencias importantes en las funciones cerebrales del adulto afectando sus habilidades, el perfil emocional y el comportamiento social, lo cual incide a su vez en su productividad, nivel de ingreso y nivel de vida. Asimismo, considerando la sociedad en su conjunto, se destacan los impactos de la desnutrición en la niñez que se manifiestan distintos aspectos de la población, tales como niveles más altos de morbilidad, bajos rendimientos educativos y en la productividad, “constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad” (UNICEF, 2006, p. 8).

Según estadísticas del Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas, dependiente del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés), en 2006 en América Latina la desnutrición afectaba a casi 9 millones de personas menores de cinco años (16%) (UNICEF, 2006). Se agrega a esta cifra 9 millones más de niños y niñas con alto riesgo

de desnutrirse debido a las condiciones de pobreza en las que viven. De todos estos, una buena proporción se localizan en países como Guatemala, Bolivia y Honduras.

Los promedios de desnutrición en Argentina serían relativamente bajos si se considera el contexto latinoamericano. Sin embargo, ya a inicios del siglo XXI la FAO destacaba que “si bien en Argentina la disponibilidad de alimentos es suficiente y aun excedente para cubrir las necesidades energéticas por persona y por día, parte de la población tiene un acceso insuficiente a los alimentos” (2001, p. 12). Asimismo, UNICEF (1995) había alertado a mediados de los noventa que el censo de talla en escolares de primer grado realizado entre 1991 y 1994 presentaba un nivel de retardo de crecimiento particularmente elevado en las provincias de Salta, Jujuy, Formosa, Chaco y Misiones, cuyo panorama se asimilaba más al resto de América Latina que al propio promedio nacional. Estudios de Britos (2003) y Calvo y Aguirre (2005) describían que la forma de desnutrición prevalente en Argentina antes de la década del 2000 era el déficit de talla o desnutrición crónica, siendo el norte la región más afectada. Se perfilaban entonces evidencias que mostraban un país con profundas asimetrías regionales.

La crisis político económica de 2001-2002 habría repercutido en forma negativa en la situación nutricional del país. Distintos aspectos socioeconómicos como la devaluación de la moneda, el proceso inflacionario y el deterioro del empleo y la distribución del ingreso “crearon las condiciones para un fuerte empeoramiento de la situación alimentaria, provocando a su vez una grave crisis en el acceso a los alimentos de gran parte de la población a comienzos del 2002” (Longhi, 2012, p. 3). Específicamente durante ese año, el problema de la desnutrición en la niñez argentina tomó una repercusión inusitada, concentrado -originalmente- en la provincia de Tucumán².

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

Finalmente, los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS) realizada en 2004-05 revelaba una magnitud sorprendente de niños y niñas afectados con anemia (llamada también desnutrición oculta); por ejemplo, esta alcanzaba en Chaco el 36% de la niñez de 6 a 72 meses, siendo el valor nacional del 16.5% (Durán, Mangialavori, Biglieri, Kogan y Abeyá Gilardon, 2009). Este hecho evidencia un claro ejemplo de la “tiranía de los promedios” mencionada por Kliksberg (2005)³.

Esta situación habría sido gradualmente revertida desde el año 2003 a partir de una intensiva aplicación de programas destinados a su reducción (Plan Alimentario Nacional) y el mejoramiento de las condiciones económicas y sociales del país. No obstante, se desconoce la magnitud actual de la incidencia de la desnutrición en la niñez tanto a nivel nacional como en las

² Fueron numerosos los casos de desnutrición que salieron a la luz y que permitían un “redescubrimiento” del problema; fueron divulgados en notas de periódicos nacionales e internacionales. Pudo así observarse que el problema de la desnutrición estaba lejos de ser solucionado y adquiría, en los albores del siglo XXI, magnitudes increíbles para Argentina. Al respecto ver Longhi (2012).

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

provincias y regiones, y el efecto -atendiendo a las desigualdades mencionadas- de la aplicación de dichas políticas.

En el contexto de un país que ha experimentado importantes progresos macroeconómicos y un gran desarrollo e implementación de políticas y programas directos e indirectos para la resolución de sus principales problemas sociales, cabe preguntarse: ¿cuál es la incidencia de la muerte por desnutrición de niños y niñas en los primeros años del siglo XXI?, ¿qué tendencias presenta?, ¿qué características asume su magnitud y tendencias en las respectivas provincias que integran el territorio? En esta tarea cobran importancia radical la información disponible y las metodologías de relevamiento, con relativa implicancia en la identificación de la problemática así como en el conocimiento de las políticas y programas tendientes a su resolución, formas de aplicación y resultados obtenidos.

2. Fundamentos teórico-conceptuales

Siguiendo a Wanden-Berghe, Camilo, Culebras y Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (2010, p. 6)

la desnutrición es el resultado fisiopatológico de una ingesta de alimentos insuficientes; dicha insuficiencia se caracteriza a su vez por su continuidad temporal y puede responder también a procesos en los que la capacidad de absorción está disminuida o a defectos metabólicos en los que existe una inadecuada utilización biológica de los nutrientes consumidos.

Actualmente, según Macías, Quintero, Camacho y Sánchez (2009, p. 1130)

los conceptos de nutrición/desnutrición se hallan atravesados por tres dimensiones: la dimensión biológica, como un proceso indispensable para el mantenimiento de la vida; la dimensión social, en la que intervienen factores culturales tales como la religión, educación y hábitos alimentarios, así como factores económicos; y la dimensión ambiental, en la que se menciona la importancia de la sustentabilidad de alimentos y la utilización de cultivos como medidas que no solo apoyan la parte nutricional de las poblaciones, sino que también contribuyen a la conservación del medio ambiente.

Longhi (2012, p. 82) reafirma los postulados de Oyhenart et al. (2007) al sostener que

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

En estudios anteriores, Longhi (2010, p. 82) ha diferenciado dos niveles de determinantes sobre el proceso de salud/enfermedad infantil. Este autor indica que en un nivel macroinstitucional está incluida la estructura socioeconómica de una región (proponiendo el concepto más extenso

de territorialización según Bolsi, Paolasso y Longhi 2005-2006) la cual rige la aparición de enfermedades y su evolución, uno de cuyos posibles resultados es la muerte. "Ante esta situación son la niñez y las personas adultas mayores quienes son más vulnerables a las enfermedades infectocontagiosas, y una política de atención destinada al cuidado de estos grupos etarios les disminuye el riesgo de enfermar" (Longhi, 2010, p. 82). Él agrega que también se diferencia dentro de la estructura socioeconómica elementos relacionados a la política, la ecología, la salud y la economía.

Asimismo, se puede distinguir que en el nivel microinstitucional

los determinantes de la estructura socioeconómica son mediados al nivel del hogar, donde el proceso de aparición y desarrollo de la enfermedad es extremadamente dependiente del contexto familiar. Adquieren un papel decisivo variables sociales como la educación, ingresos, calidad de la vivienda, etc.; y biológicas –fundamentalmente en el caso infantil- como la edad de la madre, dieta, condiciones de paridez, intervalo intergenésico, etc. (Longhi, 2010, p. 82)

Un término de relevancia significativa que logra articular ambos niveles de condicionantes lo constituye la noción de estrategias de supervivencia para el cuidado infantil. Según Longhi (2012, p. 83) dichas estrategias

operan en el interior de los hogares, incidiendo sobre el advenimiento y desarrollo de la desnutrición en los niños, es el de *estrategias de supervivencia para el cuidado infantil*, entendidas como ciertas conductas y habilidades con las cuales enfrenta la familia ciertas condiciones macro y micro institucionales. En el seno de la familia surgen habilidades respecto a cómo satisfacer las necesidades de manutención y reproducción de los miembros con los recursos disponibles. Estas estrategias implican decisiones que afectan directa o indirectamente la supervivencia, y constituyen una instancia mediadora en el proceso de salud y enfermedad. Tales conductas tienden a asegurar la reproducción biológica de la familia, preservar la vida y efectuar todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la obtención de los medios de subsistencia y para la socialización de la progenitura (Torrado, 1986). Una de estas estrategias corresponde a la inclusión de la familia en una red social estructurada y continua. Bronfman (2001) destaca el papel de estas redes, sobre todo en familias pobres, ya que considera que ellas son frecuentemente la única posibilidad de ayuda con que pueden contar y el único soporte para aligerar las pesadas cargas de la vida cotidiana.⁴

Por otra parte, cabe considerar siguiendo a Herkovits (2012) que el proceso cotidiano de la producción del alimento concreto se halla inmerso en una trama compleja que tiene como imperativo simbólico evitar el hambre y velar por la tenencia diaria de la comida, y que generalmente conlleva a reforzar los procesos de inanición y los hábitos de malnutrición.

⁴ El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos –INDEC- (1990) distinguía tres tipos de estrategias de supervivencia en las familias pobres:

- A. Estrategias para la generación de recursos: implican el incremento de la oferta de trabajo, incremento de la producción propia, cambios en la posición de activos-pasivos, aumento de las transferencias.
- B. Estrategias para mejorar la eficacia de los recursos existentes: cambios en los hábitos de compra, de preparación de alimentos, en las pautas globales de consumo, en las pautas dietéticas y en la distribución intrafamiliar de alimentos.
- C. Estrategias de familia extendida y migración: implica incorporación de miembros en condición de aportar o cesión de alguno de ellos, finalmente otra respuesta es la migración.

Queda claro que la presencia/ausencia de estas estrategias no participa directamente en la ocurrencia de muertes, evita muchas veces que accidentes y enfermedades lleguen a tener desenlaces fatales (Longhi, 2012). En la figura 1 se detallan los factores mencionados.

A partir de lo expuesto hasta aquí es posible sostener la fuerte relación que existe entre los fenómenos de la pobreza (en sus distintas formas y manifestaciones) y la desnutrición (Longhi, 2012). Las infecciones, ya sea por su prevalencia o por la vulnerabilidad que generan, conforman un concepto clave y sinérgico en dicha relación. En este sentido, si bien la adecuada nutrición sería la principal solución para el problema de la desnutrición, por sí sola no es suficiente, incluso el estado nutricional se agrava por la frecuencia y severidad de las infecciones (Scrimshaw, 1968). Esta relación, como lo menciona Longhi (2012),

no determina ineludiblemente la muerte, sino que la condiciona de manera importante, y, aunque el circuito no termine necesariamente en una defunción, las secuelas dejadas principalmente en los niños pueden traer como consecuencia serias limitaciones tanto en sus aspectos físicos, como psíquicos, cognitivos y afectivos, secuelas que a su vez pueden incidir sobre los niveles de pobreza. (p. 83)

Sobre tales secuelas, José María Bengoa, uno de los referentes mundiales en el estudio de la desnutrición infantil, mencionaba en una autobiografía:

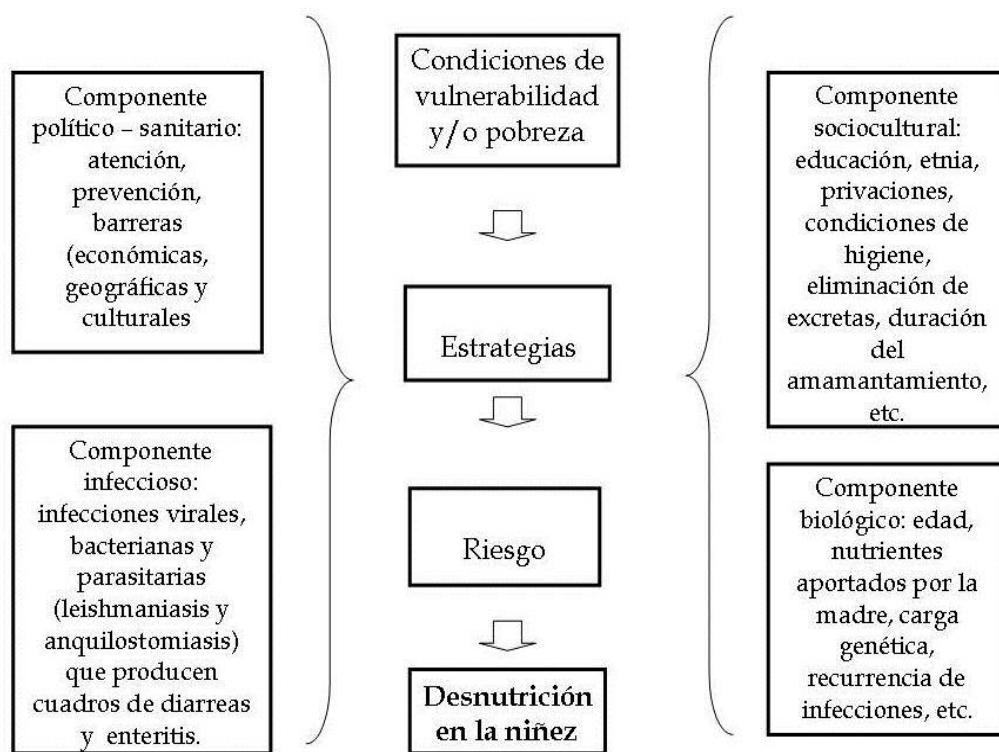
Al llegar a Sanare (Venezuela) me llamaron la atención tres cosas aparentemente independientes: la estatura baja de una gran parte de la población, que pensé tendría un origen racial; en segundo lugar observé que los niños escolares no jugaban durante el recreo, sino que permanecían sentados en la acera del patio y pensé que ello se debía a que no tenían balones, aros y otros objetos de los juegos infantiles; y finalmente me tuvo altamente preocupado la llegada al dispensario de niños de 1 a 3 años de edad, hinchados, con dermatitis similares a las quemaduras y una tristeza en la mirada que dolía el alma. Tuvieron que pasar varias semanas para darme cuenta que las tres observaciones tenían un mismo origen: el hambre, crónica en el primero, y segundo caso; aguda, en el tercero (Bengoa, s.f., párr. 18-19).

De esta forma se entiende que

la pobreza, determinante básico de la desnutrición en la niñez, alude siempre a una situación en que se encuentran las familias; dicha situación no es la suma o el agregado más o menos independiente de dimensiones o aspectos parciales, sino el cuadro situacional estructural en el que se hallan, producto de su particular inserción en la estructura socio-productiva, siendo esta la que determina la posibilidad de acceder o no a determinados bienes y servicios (Moreno, 1995). La pobreza se manifiesta mediante algunas características generales de los hogares tales como sus bajos niveles educacionales, insuficiencias nutricionales, y una mayor precariedad en la actividad laboral, lo que se define a su vez por una pertenencia a ocupaciones de baja productividad, que generan escasos ingresos y que impiden satisfacer integralmente sus necesidades más esenciales, materiales y no materiales. Entendemos que en este contexto nace y se desarrolla la desnutrición en la niñez. (Longhi, 2013, p. 337)

Figura 1

Factores que inciden en la aparición y desarrollo de la desnutrición en la niñez



Fuente: Elaboración propia sobre la base bibliográfica de Longh (2014) y en el Programa Nacional de Estadística de Salud.

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

Al respecto Aguirre (2000) afirma que los obstáculos para tener una alimentación adecuada disponen en muchas casos dos fenómenos coincidentes y que coexisten en el hogar: la desnutrición y la obesidad. La primera se debe a la incapacidad para obtener suficientes recursos para alimentarse (o la inadecuada absorción de nutrientes como se indicó) mientras la segunda se radica en una inadecuada alimentación, “con un desequilibrio energético importante. Los alimentos que tienen a su alcance son productos industrializados, de producción masiva, indiferenciados y baratos” (Aguirre, 2000, p. 13). La OMS ha llamado a este fenómeno “doble carga de la malnutrición”. Por otra parte, la supuesta racionalidad en la asignación de la prioridad del gasto en alimentos compite con otros bienes considerados necesarios para satisfacer necesidades primarias (Herkovits, 2012). Asimismo, las deficientes condiciones de vida que se materializan en condiciones habitacionales y de saneamiento deterioradas generan

ámbitos de alta vulnerabilidad que limitan a su vez el aprovechamiento biológico de los alimentos (Bertarini, 2011).

Por otro lado, “el ingreso/riqueza de los hogares o, más generalmente, su situación socioeconómica no sólo es determinante del nivel de la desnutrición sino que es un importante determinante de la distribución de dicha desnutrición: cuanto más concentrada esté la riqueza, más concentrada está la desnutrición crónica infantil entre hogares pobres” (Paraje, 2008, p. 7). En el marco de estas consideraciones cabe señalar que existe un acuerdo tácito tanto en los ámbitos profesionales, sociales y culturales como en los organismos de gobernabilidad internacional, regional, nacional y local en la necesidad de conocer la extensión y características del estado alimentario de la población de un área determinada, al tiempo que se señala en forma continua la falta de información sobre este fenómeno y recomendaciones sucesivas a los estados para resolver dicha falencia, escenario que es común a nivel mundial y regional. Esta cuestión es central, ya que sobre la base de una evaluación actualizada de la situación nutricional del país y en vista de los diferentes factores que inciden sobre la desnutrición en la niñez identificados en todos los niveles, las políticas de nutrición desempeñan la función de establecer prioridades, traducirlas en objetivos generales, luego en estrategias y programas de aplicación directa que debieran ser monitoreados y evaluados.



3. Una propuesta metodológica: la tasa integral de mortalidad por desnutrición en la niñez

El registro de la desnutrición infantil en Argentina no ha sido sistemático, preciso ni representativo, características que vuelve complejo su estudio y seguimiento. En la primera Encuesta de Nutrición el registro de la desnutrición infantil se realizó en el año 2005 (Ministerio de Salud de la Nación, 2007b) y distinguió la desnutrición infantil como un importante problema de salud pública para el país. No obstante, hasta el presente no se ha revelado nueva información que permita detectar las magnitudes y tendencias del problema.

Existen, sin embargo, los registros de mortalidad producidos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación en el marco de la producción del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, disponibles –con distinta calidad- a partir de la década del ochenta (Ministerio de Salud de la Nación, 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2007a, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014). Si bien representan el cuadro situacional más trágico del proceso de salud/enfermedad por el que discurre un individuo, permite aproximarse al conocimiento anual del fenómeno a partir de análisis de determinadas causas de muerte.

En este sentido, para cumplir con los objetivos propuestos, se construyó la tasa integral de mortalidad por desnutrición en la niñez (TIMDN). Se trata de un indicador que incluye la cantidad de muertes registradas por dicha patología directamente o de modo asociado en menores de cinco años, y las relaciona con la población menor de cinco años del área seleccionada, expresada en cada mil menores.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), identificamos en esta propuesta dentro de la categoría “desnutrición” las siguientes patologías: anemias por falta de hierro (D50), anemia por deficiencia de vitamina B12 (D51), anemia por deficiencia de folatos

(D52), otras anemias nutricionales (D53), anemia debida a trastornos enzimáticos (D55), anemia hemolítica adquirida (D59), Kwashiorkor (E40), marasmo nutricional (E41), Kwashiorkor marasmático (E42), desnutrición proteinocalórica (E43-E46), deficiencia de vitamina A (E50), deficiencia de tiamina (E51), pelagra (E52), deficiencia de otras vitaminas del grupo B (E53), deficiencia de ácido ascórbico (E54), deficiencia de vitamina D (E55), otras deficiencias de vitaminas (E56), deficiencia dietética de calcio (E58), deficiencia dietética de selenio (E59), deficiencia dietética de zinc (E60), deficiencia de otros elementos nutricionales (E61), otras deficiencias nutricionales (E63) y secuelas de la desnutrición y de otras deficiencias nutricionales (E64). Asimismo, la desnutrición se encuentra asociada a muchas otras patologías, las cuáles son consideradas por esta tasa para sustentar la integralidad que le da el nombre al indicador. Dichas patologías asociadas son:

- Enfermedades infecciosas y parasitarias: se distinguen en su interior el cólera, septicemias, tuberculosis, tos ferina, sarampión, paludismo, Chagas, diarreas, leishmaniasis, anquilostomiasis, parasitosis intestinales, entre otras. De acuerdo a la CIE 10, se codifican desde A00 a B99 y afectan principalmente en la época estival. Estas patologías incrementan las necesidades energéticas y de proteínas, ocasionan pérdida de nutrientes y perturban la normalidad del proceso digestivo de absorción (Bove, 1986).
- Enfermedades respiratorias: se destacan la neumonía, bronquiolitis, bronquitis, neumonitis, entre otras, todas de gran incidencia en poblaciones vulnerables principalmente en la época invernal.

Este enfoque integral de la desnutrición a partir de la consideración de patologías asociadas se articula con el clásico estudio de Puffer (1970), donde sostenía el carácter contributario de la desnutrición sobre muchas otras dolencias.

El carácter integral de la tasa se sustenta al incluir en el análisis defunciones cuyas causa básica son las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA) que, de acuerdo a las experiencias obtenidas en muchos países estudiados, son las patologías más vinculadas con la desnutrición entre los 0 y 59 meses de vida. El conjunto de estas patologías como causas de muerte permitiría aproximarse a las causas básicas -muchas veces ignoradas- y de esta manera precisar con mayor aproximación la magnitud de la desnutrición como desenlace fatal. Se destacan así dos grandes factores contributivos de la desnutrición: EDA y desnutrición, e IRA y desnutrición. Dichos factores se explican en seguida.

a. EDA y desnutrición

Se han realizado importantes contribuciones sobre el sinergismo que existe entre la desnutrición y la infección. Se entiende este sinergismo como el efecto potenciado entre la aparición y desarrollo de ambas patologías. De esta manera, la resistencia a la infección disminuye en la niñez con trastornos de nutrición, simultáneamente, la infección actúa agravando la desnutrición (las diarreas por ejemplo, inhiben la ingestión normal de alimentos y la absorción de nutrientes). Esta acción combinada y paralela de ambas situaciones genera así una mayor trascendencia de la enfermedad (Centro de Sistemas de Antioquia [CENSA], 2013).

De acuerdo con estudios de la Sociedad Argentina de Pediatría, “puede considerarse que el 100 % de la carga de infecciones intestinales parasitarias son atribuibles al ambiente, y son consecuencia de la falta de un manejo adecuado de las excretas, deficiente provisión de agua

potable y malas prácticas de higiene" (Ministerio de Salud de la Nación, 2007c, p. 69)⁵. La transferencia puede suceder en ámbitos sociales como el hogar, la escuela o áreas recreativas que estén contaminadas con heces (Ministerio de Salud de la Nación, 2007c). Asimismo, Latham (2002, p. 27) sostiene que "las infestaciones parasitarias, sobre todo las debidas a helmintos intestinales, son muy prevalentes y que cada vez se ha demostrado más su efecto adverso sobre el estado nutricional, especialmente entre quienes están parasitados"⁶.

b. IRA y desnutrición

Tal como se mencionó anteriormente, el sinergismo entre la infección diarreica y la desnutrición se replica también en el caso de las infecciones respiratorias.. La calidad del aire interior y exterior de las viviendas junto con los factores ambientales está directamente relacionada con las enfermedades respiratorias agudas. El humo de tabaco, la quema de combustibles sólidos y las condiciones de higiene y aislación térmica de la vivienda contribuyen fuertemente a la carga de enfermedad (Ministerio de Salud de la Nación, 2007)⁷.

Se conoce de manera amplia que los factores de la sub-alimentación determinan que la población infantil se predisponga a enfermedades infecciosas. Y éstas, al mismo tiempo, afectan la absorción de los nutrientes necesarios para una adecuada nutrición, fortaleciendo el sinergismo mencionado con anterioridad, lo cual redunda en una profundización del cuadro de desnutrición (*Desnutrición en niños menores de cinco años*, s.f.).

La tasa construida así puede ser interpretada tanto en un registro espacial (reconociendo las 23 provincias del territorio y sus regiones) como en un análisis temporal anual (detectando evolución, magnitud y tendencias del problema). El numerador de dicha tasa reúne todas las defunciones de menores de cinco años por las patologías mencionadas; en cambio, el denominador incluye la población menor de cinco años calculada mediante interpolación censal.

La tasa construida presenta dos componentes: numerador y denominador. El primero surge de fuentes relacionadas con las estadísticas vitales, las cuales brindan información sobre las defunciones y sus causas. El segundo surge de los datos de interpolación de la fuente censal, que en el caso argentino se corresponde con los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas de los años 2001 y 2010. En esta propuesta se pretende superar, a partir de las causas asociadas, el carácter extremo de la tasa, el cual fuera analizado por Longhi (2014).

Finalmente, la caracterización sociodemográfica se realizó mediante indicadores sintéticos que reflejan las condiciones de vida de los hogares y de la población infantil. Se consideraron prioritariamente los referidos a los hogares dado que estos remiten al espacio en que las personas participan de la distribución y organizan su consumo, y es además el marco en que se definen las estrategias de vida en cuanto a comportamientos demográficos básicos. Al final, estos indicadores reflejan el entorno cotidiano en que se encuentra la niñez de menor edad. Se consideran principalmente los siguientes indicadores:

⁵ Es conocida la fuerte relación entre parasitosis, infección y desnutrición infantil. Al respecto, sostenía Martínez Gómez y López Vivas (1969) el especial papel que juega la especie humana como hospedador intermediario de un cestodo parásito intestinal del perro, *Echonococcus granulosus*, agente causal de la hidatidosis humana.

⁶ Estudios recientes pusieron de manifiesto la asociación entre poliparasitismo y desnutrición infantil, de mayor incidencia -de acuerdo a los casos estudiados- en áreas periurbanas (Cesani et al., 2007), donde se localizan los sectores sociales peor posicionados de la ciudad.

⁷ Cfr. Penié (2000).

- *Nivel de cobertura del saneamiento básico de los hogares*: constituye un indicador sintético; describe las condiciones mínimas en que el hogar desarrolla sus funciones básicas de reproducción cotidiana, relacionadas con la disponibilidad de agua y la infraestructura necesaria para la preparación de los alimentos y la eliminación de excretas en condiciones de salubridad adecuada.
- *El clima educacional del hogar*: es un indicador sintético, también. Expresa el nivel educativo formal de los adultos del hogar y se interpreta como una aproximación al capital cultural. Los hogares cuyos integrantes tienen menores niveles educativos se hallan en condiciones más desfavorecidas para desarrollar las estrategias familiares que mejoren la calidad de vida de sus miembros. La educación posibilita el acceso a información significativa y también provee elementos que facilitan los medios de comprensión y uso de esa información. Por último, el nivel educativo se asocia a la calificación laboral e indirectamente al nivel de ingresos.
- *La incidencia de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)*: este indicador es definido como una medida estructural del nivel de pobreza de los hogares, que se construye a partir de la delimitación de cinco indicadores cuyos umbrales consideran niveles críticos de carencia. Los hogares con necesidades básicas insatisfechas son los que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación: 1) más de tres personas por cuarto; 2) habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, pieza de hotel o pensión, casilla, local no construido para habitación o vivienda móvil), excluyendo casa, departamento y rancho; 3) no tienen ningún tipo de retrete; 4) tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela; 5) en cuanto a la capacidad de subsistencia: tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, cuyo jefe no haya completado el tercer grado de escolaridad primaria.

Estas tres dimensiones fueron analizadas independientemente a nivel provincial, detectando variaciones respecto a los promedios nacionales entre 2001 y 2010. Dicho análisis se operó sobre la base de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2001 y 2010), cuya base de datos se procesó con *REDAVAM + SP V5Rev06*.

4. El contexto nacional: un marco general de interpretación

El análisis epidemiológico detecta que en los quince años que van desde 1998 hasta 2012, con distintas crisis y recuperaciones de los ciclos socioeconómicos de la sociedad argentina, han fallecido 2471 personas menores de cinco años por desnutrición específicamente y 24454 por causas directamente asociadas a la desnutrición, lo cual totaliza 26915 personas menores de cinco años fallecidas por dicha condición. Es preciso mencionar que estas cifras revelan solo un aspecto de la desnutrición, tal vez el de menor trascendencia, ignorando la magnitud de la carga y consecuencias que produce la enfermedad. Al respecto se han logrado algunos avances con el objeto de medir y detectar la incidencia de la desnutrición como enfermedad en el territorio argentino. Entre tales avances se destaca la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2004/2005,

la cual detectaba en la niñez de 6 a 72 meses 8,0% de acortamiento, 1.3% de emaciación y 10.4% de obesidad; la prevalencia de anemia fue 16,5% en menores de 6 años y 35,3% en personas de 6-23 meses; la prevalencia de deficiencia subclínica de vitamina A en la niñez de 2-5 años fue a su vez del 14.3% (Durán et al., 2009).⁸

Al interior de estas muertes se detecta que domina como causa básica la neumonía (23% de estas muertes). Le siguen en orden de importancia las septicemias (16%), neumonitis (12%), diarreas (8%), desnutrición proteinocalórica (8%), insuficiencia respiratoria (6%) y bronquiolitis (5%). El 22% restante se compone de causas asociadas distribuidas en noventa y siete patologías diferentes.

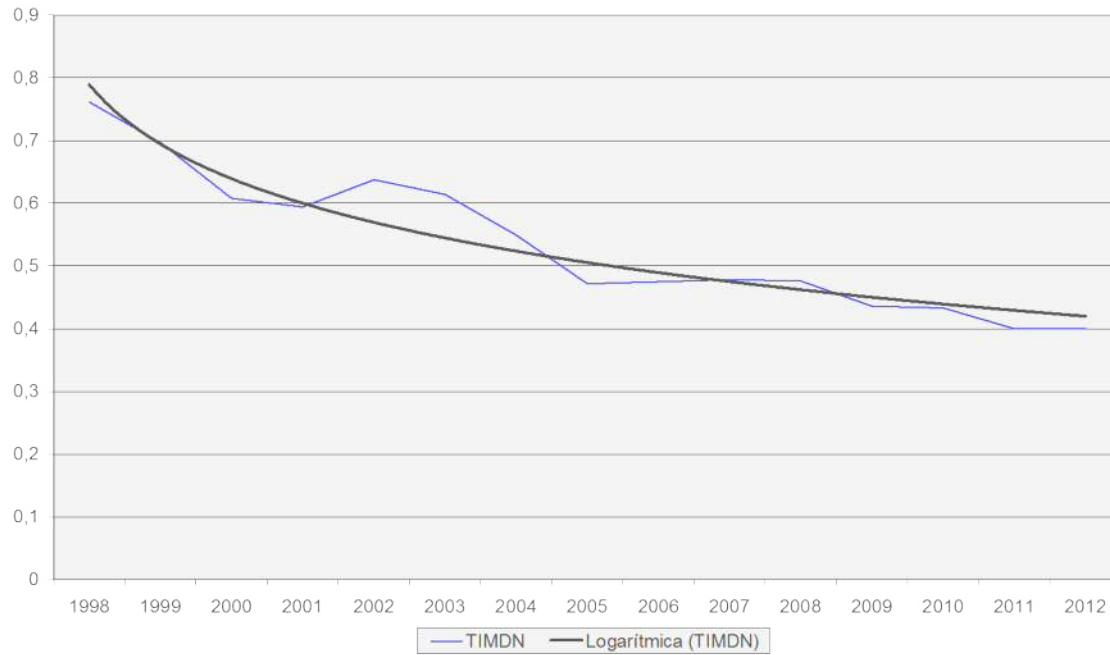
Llama la atención, entre otras cosas, la existencia de la muerte por marasmo nutricional y Kwashiorkor en la Argentina del siglo XXI, enfermedades típicas de países en vías de desarrollo o de otros contextos históricos anteriores al actual. Estas muertes alcanzaron a un total de ochenta y cinco personas menores, magnitud que se acrecentaría si se considerara los fallecidos registrados bajo otra causa y fundamentalmente si se detectaran aquellos niños que padecen Kwashiorkor y marasmo y, aunque no fallezcan, continúan sus vidas con un daño cerebral de características irreversibles.

En la Figura 2 puede observarse la evolución temporal de la TIMDN en Argentina. Domina en la tendencia un sesgo claramente descendente; sin embargo, se destaca un pico de mortalidad alrededor de los años 2001/2002, coincidente con la mayor crisis social económica y política de la historia argentina (Rapoport, 2004). Después de ello, es clara la recuperación del descenso estabilizándose alrededor del 0.4 y 0.5 por mil.

⁸ Sin embargo, el sistema de registro no ha avanzado lo suficiente y aun hoy se registra de manera incompleta u equívoca determinadas defunciones por desnutrición. Sirva como ejemplo el reciente caso de un niño de la etnia Qom fallecido en Chaco por una tuberculosis cuya base era la desnutrición y en cuyo certificado de defunción figura shock séptico y falla multiorgánica. Ver: Centro Mandela DD.HH (2015), De Weert (2015) y Chaco: conmoción por la muerte de un niño Qom de siete años afectado por tuberculosis (2015).

Figura 2

República Argentina. Tasa integral de mortalidad por desnutrición en la niñez.
1998 - 2012.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010)

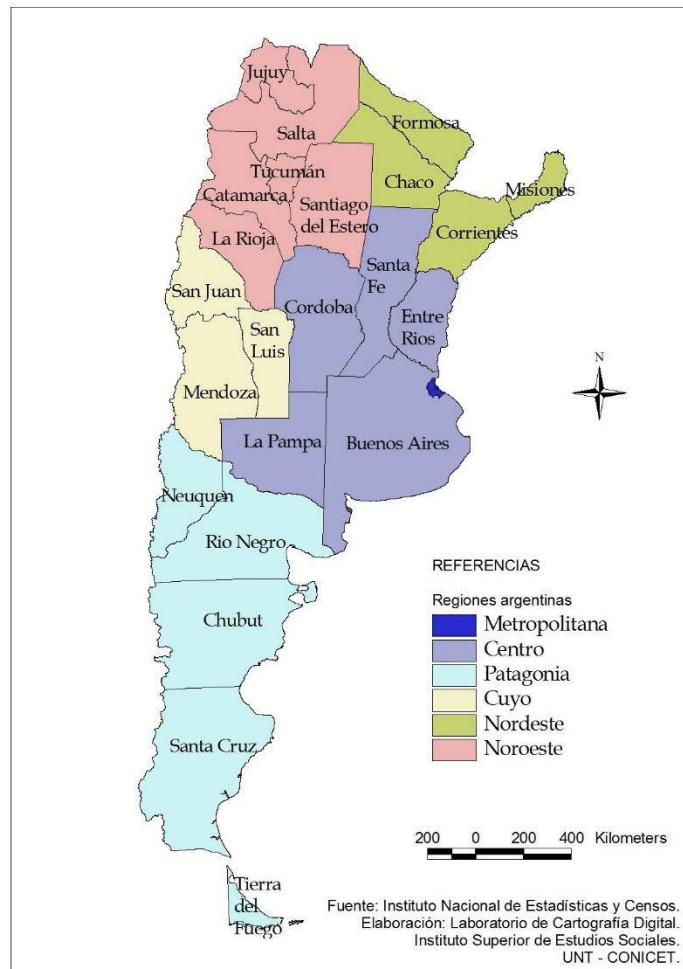
El panorama nacional ofrece un contexto de interpretación general sobre la problemática; no obstante, es preciso analizarla atendiendo a sus diferencias en un contexto espacio-temporal. En este sentido se analiza a continuación la evolución anual de la tasa según provincias agrupadas en las distintas regiones del país (Mapa 1)⁹.

⁹ Se utiliza en esta trabajo el criterio de regionalización propuesto por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), el cual define las siguientes regiones junto a las jurisdicciones comprendidas:

- Región Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis
- Región Nordeste: Chaco, Formosa, Misiones y Corrientes
- Región Noroeste: Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero y La Rioja.
- Región Metropolitana: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 24 partidos del Gran Buenos Aires (Florencio Varela, José C. Paz, Ezeiza, Moreno, Merlo, Malvinas Argentinas, Esteban Echeverría, San Miguel, Almirante Brown, La Matanza, Tigre, Lomas de Zamora, Berazategui, Quilmes, San Fernando, Hurlingham, Ituzaingó, General San Martín, Lanús, Avellaneda, Morón, Tres de Febrero, San Isidro y Vicente López).
- Región Pampeana: resto de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa y Santa Fe.
- Región Patagónica: Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Mapa 1

República Argentina. División política según regiones y provincias. 2010.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010).

5. El contexto regional y los marcos provinciales: derroteros disímiles y brechas persistentes.

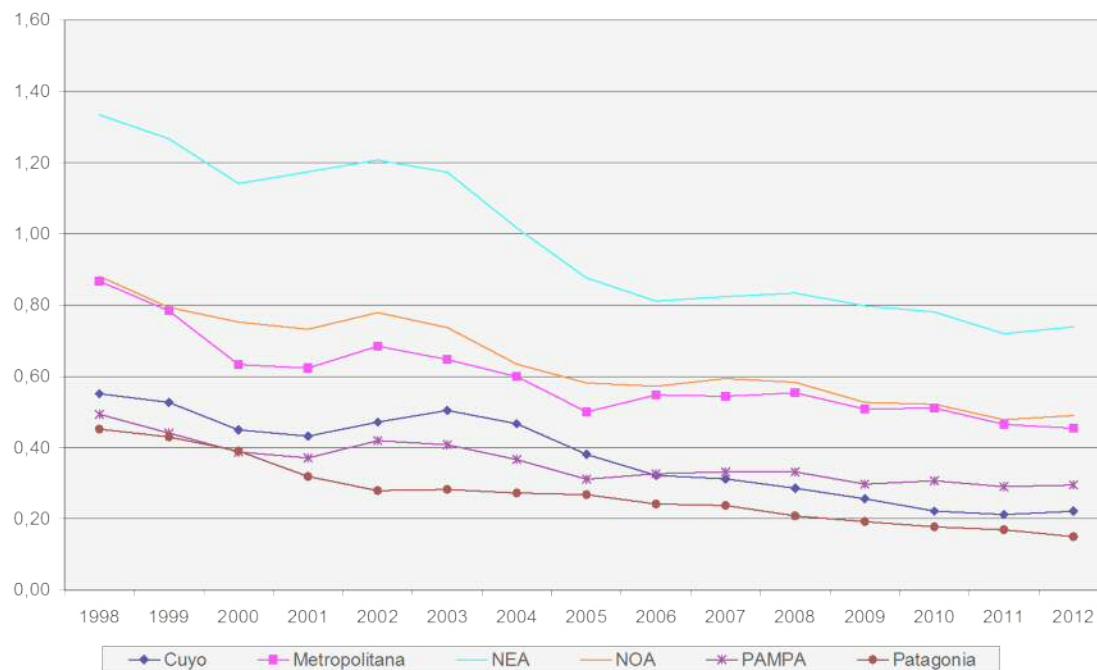
En la Figura 3 es posible diferenciar magnitudes y tendencias regionales respecto al derrotero nacional. Se destacan no obstante como características comunes la tendencia descendente, máxima en el caso de la región Patagónica, con una tasa de crecimiento media interanual igual a -7.4%; y mínima en las provincias pampeanas, donde el indicador mencionado presenta un crecimiento medio del -3.3% anual¹⁰. Se destaca también en casi todas las regiones la

¹⁰ Para calcular la tasa de crecimiento media interanual se procedió de la siguiente manera: [(valor presente de TIMDN - valor pasado de TIMDN) / valor pasado de TIMDN] * 100. Esto se realizó para cada año consecutivo. Finalmente, para obtener un valor medio, se promediaron los valores de cada bienio.

torre de mortalidad alrededor de los años 2002/03, con la excepción de la región Patagónica, donde dicha crisis parece no haber impactado sobre la tendencia descendente de la tasa.

Figura 3

Regiones argentinas. Tasa integral de mortalidad por desnutrición en la niñez.
1998 - 2012.



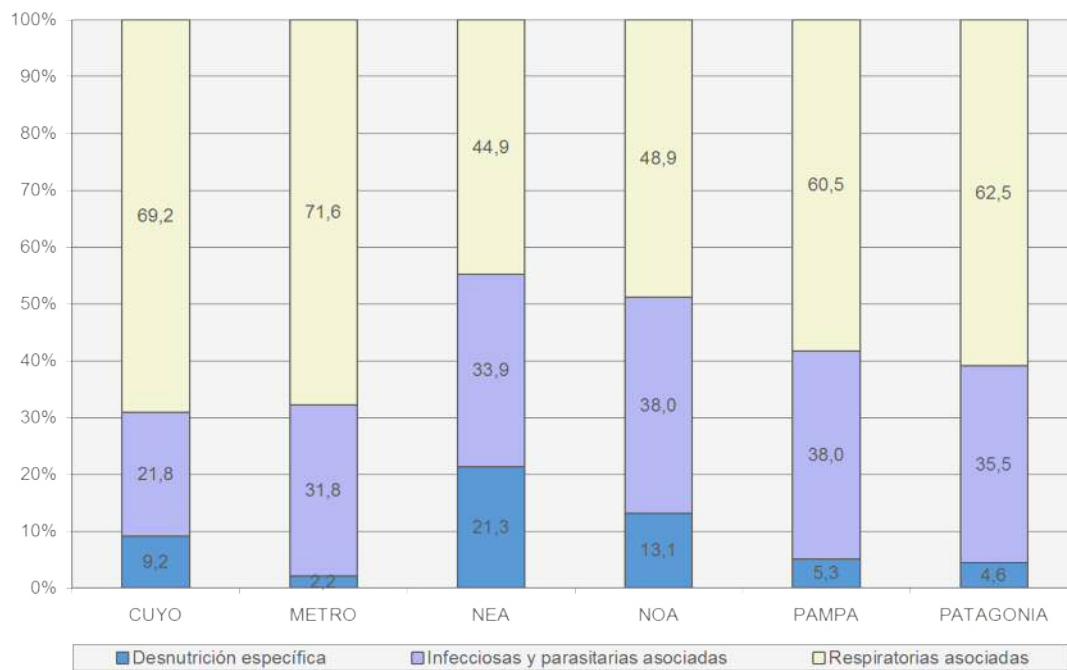
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010) y en el Programa Nacional de Estadística de Salud.

Se observan también brechas muy diferenciadas entre las regiones, destacándose el Nordeste argentino con registros de la TMIDN entre tres y cuatro veces superiores a la Patagonia, la cual ostenta los valores más bajos del indicador. En este contexto, se destaca que, si hubiera existido un enfoque equitativo en las políticas públicas implementadas, habría tendido a lograr los mayores descensos en las regiones con los registros más altos; empero, la evidencia detecta todo lo contrario. Como pudo observarse, los mayores descensos relativos de la tasa se obtuvieron en la región donde la magnitud de la TMIDN era la más baja del país.

Para interpretar las brechas mencionadas se procuró identificar la composición de causas que integran la TMIDN en cada una de las regiones agrupando los quince años del periodo (Figura 4). Es posible identificar, por ejemplo, la relevancia que adquieren las patologías respiratorias en las regiones de Cuyo y Metropolitana, donde casi el 70% de la TMIDN está explicada por esta patología. La desnutrición específicamente, alcanza a su vez los registros más elevados en el Nordeste y Noroeste argentino, valores que coinciden con los relevados por el ENNYS 2004/2005 (Durán et al., 2009). Finalmente, las patologías infecciosas y parasitarias explican en casi un 40% los valores en la tasa en el Noroeste y en la Pampa argentina.

Figura 4

Regiones argentinas. Composición de Tasa integral de mortalidad por desnutrición en la niñez. 1998 - 2012.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010) y en el Programa Nacional de Estadística de Salud.

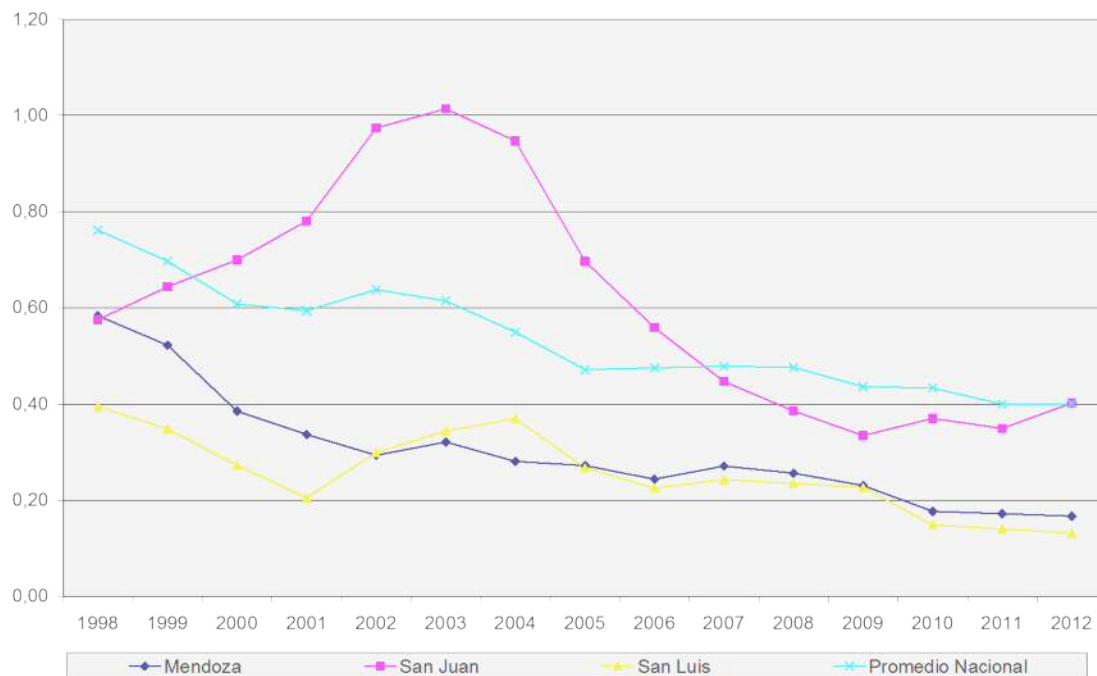
Siendo de interés indagar sobre las particularidades de la desnutrición en un nivel espacial menor, se desagruparon las regiones según las provincias que las componen. Se presenta a continuación los resultados de dicho análisis.

5.1. Cuyo: territorio de grandes contrastes provinciales

La Figura 5 presenta la evolución de la TIMDN en las provincias cuyanas. Lo más notorio de esta figura es el derrotero de San Juan, donde el pico de mortalidad alrededor de los años de la crisis es tal vez la más acusada de las provincias argentinas. Esto permite conjeturar el efecto nocivo que produjo dicha crisis sobre la población infantil sanjuanina. Se destaca, además, el carácter “adelantado” de dicho pico, el cual comienza su ascenso ya en 1998. No cabe duda del impacto regresivo que tuvo dicha crisis sobre la sociedad sanjuanina; sin embargo, la tendencia descendente se recuperó a partir de 2004 con un marcado descenso hasta 2009, momento a partir del cual se observa nuevamente un crecimiento y distanciamiento de los registros del resto de las provincias de la región.

Figura 5

Provincias cuyanas. Tasa integral de mortalidad por desnutrición en la niñez.
1998 - 2012.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010) y en el Programa Nacional de Estadística de Salud.

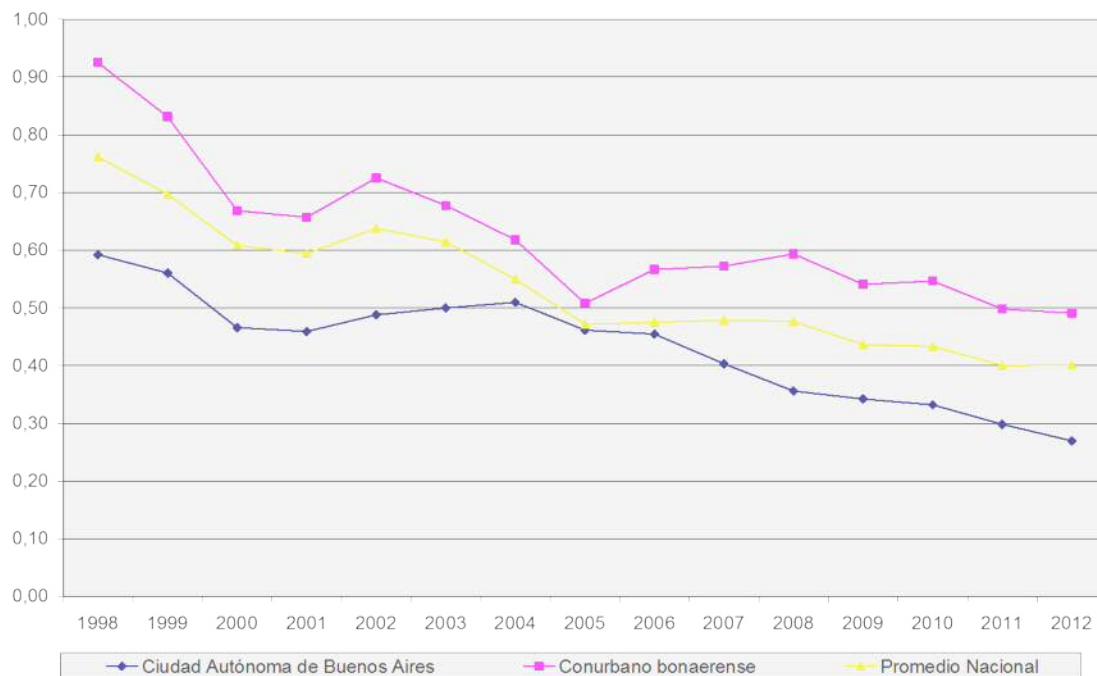
Cabe indicar además que San Luis acusó una respuesta a la crisis menor en su tasa, con un pico de mortalidad menos notoria; no obstante, Mendoza no parece haber reaccionado ante la crisis mencionada. Se conjectura en este sentido que las estrategias macro y micro institucionales en esta última provincia habrían atenuado los efectos de la crisis. Finalmente, es destacable también el paralelismo que adquiere la tasa en Mendoza y San Luis, principalmente luego de la crisis, con registros por debajo del 0.2 por mil sobre finales del periodo de estudio.

5.2. Región Metropolitana: una brecha sostenida en un contexto fragmentado

La región Metropolitana (Figura 6) es la que reúne la mayor concentración poblacional del país, con dos fragmentos territoriales claramente diferenciados: la ciudad autónoma de Buenos Aires y los partidos del Conurbano. La primera, además de presentar magnitudes más bajas de TIMDN, sostiene un descenso paulatino solo interrumpido entre 2001/2004. Por el contrario, el conurbano se caracteriza por una mayor irregularidad, ha mostrado un descenso excepcional en el año 2005 (con valores muy próximos a los de la CABA); sin embargo, el estancamiento posterior fue notorio estabilizando la tasa alrededor del 0.5 por mil, lo cual en términos absolutos representa quinientas muertes infantiles por estas patologías en un promedio anual.

Figura 6

Región Metropolitana. Tasa integral de mortalidad por desnutrición en la niñez.
1998 - 2012.



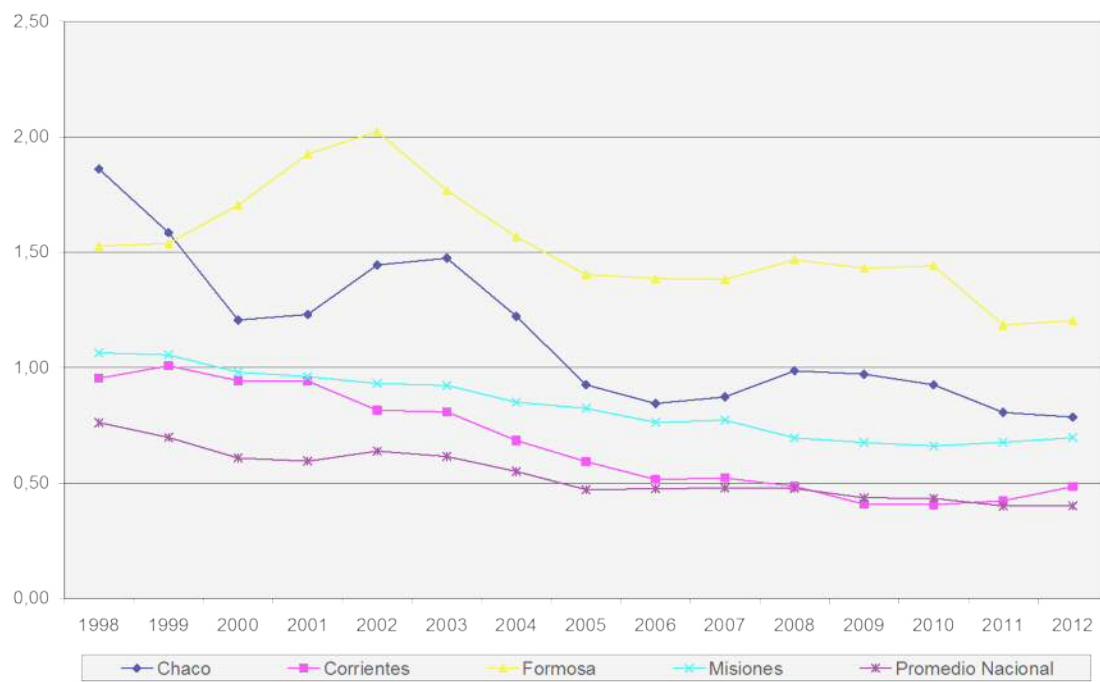
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010) y en el Programa Nacional de Estadística de Salud.

5.3. Nordeste Argentino: magnitudes elevadas en un contexto provincial diferenciado

Pudo observarse anteriormente las elevadas magnitudes de la TIMDN que caracterizan a esta región. Se observó también que el decrecimiento medio interanual regional -una prioridad para las elevadas magnitudes mencionadas- fue escaso en estas provincias, superado por las regiones de Patagonia, Cuyo y Metropolitana. No obstante, se distinguen diferentes contextos provinciales (Figura 7). Se observan registros más bajos en Misiones y Corrientes, con una ausencia de respuesta a la crisis del 2001-2003, respuesta a su vez que si fue importante en Chaco y Formosa. Se observa también la importante brecha que separa a Corrientes y Formosa, tanto a inicios como a finales del periodo, lo cual coloca a Formosa -a pesar del relativo descenso que operó- como la provincia donde más se manifiesta el problema de la desnutrición. Este hecho debería constituir una prioridad para la política pública tanto provincial como nacional.

Figura 7

Provincias del Noroeste Argentino. Tasa integral de mortalidad por desnutrición en la niñez. 1998 - 2012.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010) y en el Programa Nacional de Estadística de Salud.

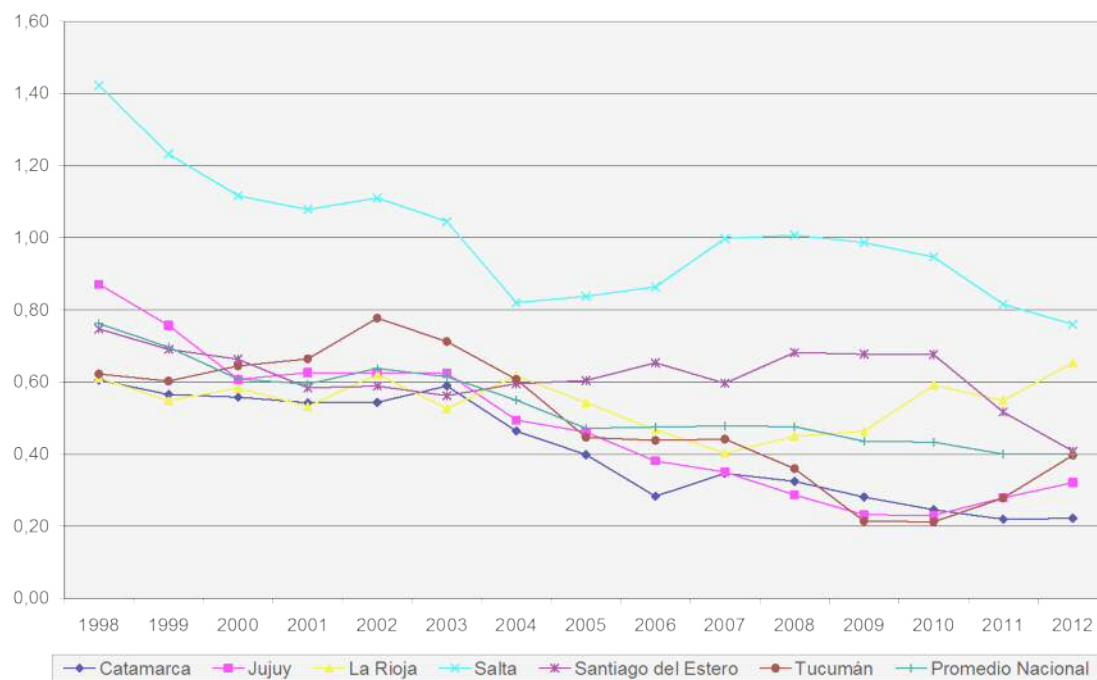
Finalmente, a partir del año 2008, se observa en las cuatro provincias, una marcada estabilidad en el comportamiento de la tasa, que incluso presenta sutiles tendencias al aumento en el año 2012. Se trata de un hecho que vuelve más evidente en el caso correntino.

5.4. Noroeste Argentino: importantes asimetrías provinciales enmarcadas en un proceso complejo

Puede detectarse en la Figura 8 un claro comportamiento dominado por la heterogeneidad (Osatinsky y Longhi, 2014). Salta presenta valores notoriamente más altos respecto al resto de las provincias, alcanzando registros que duplican la TIMDN de Catamarca, la jurisdicción con los registros más bajos en la región. Santiago del Estero muestra un sostenido crecimiento de la TIMDN hasta el año 2010, momento en el cual su derrotero presenta una marcada tendencia descendente. Jujuy y Tucumán presentan un gran paralelismo en su comportamiento, con una tendencia descendente que se ve abruptamente interrumpida en 2009 para comenzar entonces un crecimiento de la desnutrición que, hasta 2012 al menos, no presentó interrupción. Son notorias también las torres de mortalidad durante la crisis y la posterior recuperación post-crisis; sin embargo, dicha recuperación se interrumpe sobre 2005-2006, y a partir de allí la tasa tiende a estabilizarse o a crecer. Finalmente, La Rioja presenta una situación particularmente comprometida, ya que de presentar el valor más bajo respecto a las provincias de esta región en los inicios del período, pasó a tener en 2012 el segundo valor más alto, superada por Salta solamente, con un sostenido crecimiento de la tasa a partir de 2009.

Figura 8

Provincias del Noroeste Argentino. Tasa integral de mortalidad por desnutrición en la niñez. 1998 - 2012.



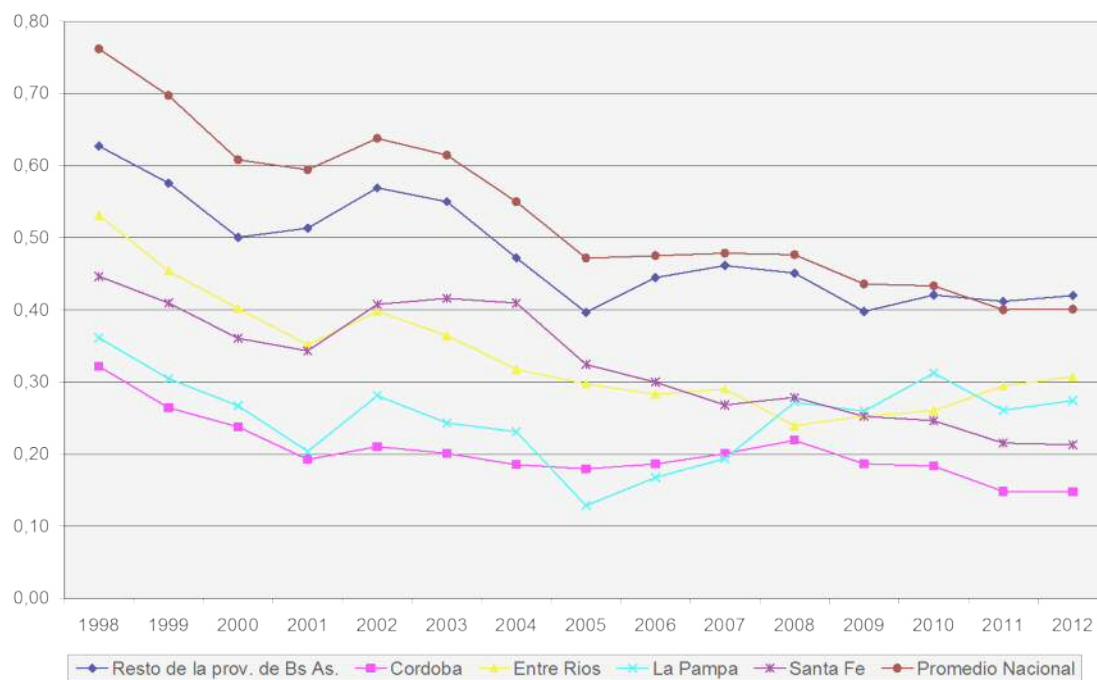
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010) y en el Programa Nacional de Estadística de Salud.

5.5. Pampa Argentina: particularidades provinciales en un territorio diferenciado

El derrotero provincial de las jurisdicciones pampeanas se presenta en la Figura 9. Si bien existen cuatro territorios que tienden al descenso, se destaca por un comportamiento inverso la provincia de La Pampa, la cual, a partir de 2005 -momento en el que alcanza el registro más bajo de la región- experimenta sostenidamente un crecimiento sin interrupción al menos hasta 2012. En los territorios que tienden a descender, las magnitudes de la TIMDN son considerablemente diferentes. Los casos más polarizados son el resto de Buenos Aires y Córdoba, con valores en la primera de estas que duplica los registros cordobeses. Las curvas de Entre Ríos y Santa Fe discurren con cierto paralelismo durante el periodo, subrayando brechas similares y valores más bajos en el caso santafecino, destacándose además un crecimiento de la tasa en Entre Ríos constante a partir de 2008. Por último, son notorias las torres de mortalidad en la crisis 2001-2003, con excepción de Córdoba, cuyas bajas magnitudes parecen no haber sido afectadas por la crisis.

Figura 9

Provincias pampeanas. Tasa integral de mortalidad por desnutrición en la niñez.
1998 - 2012.



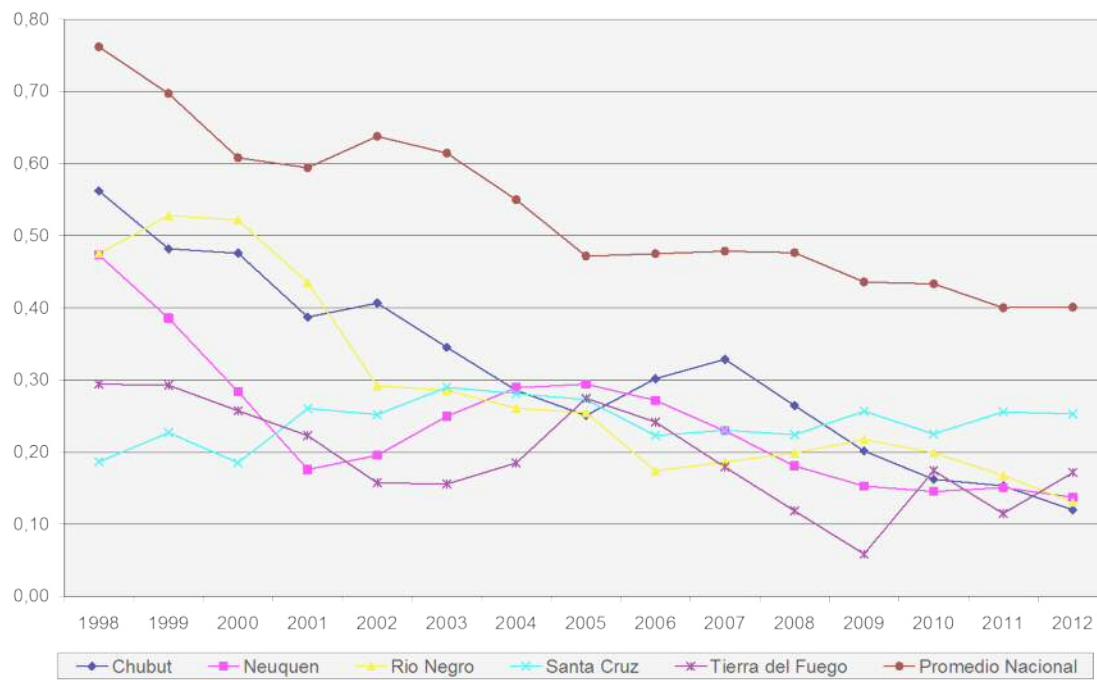
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010) y en el Programa Nacional de Estadística de Salud.

5.6. Patagonia: mínimas magnitudes y tendencia descendente

La Figura 10 presenta la evolución de la TIMDN en las provincias patagónicas. Cabe destacar como característica principal -como se argumentará anteriormente- las magnitudes mínimas y el mayor descenso operado respecto al resto de las regiones analizadas. Se destaca además la ausencia de picos de mortalidad que se observaran en la mayoría de las provincias argentinas; no obstante, es notorio un pico de mortalidad en Neuquén y Tierra del Fuego en 2005 y en Chubut en 2007. Estos, si bien son notorios, no llegan a contrarrestar la tendencia descendente en la mayoría de las provincias. Respecto a esto, la excepción la constituye Santa Cruz, con valores bajos que tienden a un sutil aumento durante el periodo de estudio, pasando de ser la provincia con los registros más bajos en 1998 a presentar los registros más altos en 2012.

Figura 10

Provincias patagónicas. Tasa integral de mortalidad por desnutrición en la niñez.
1998 - 2012.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010) y en el Programa Nacional de Estadística de Salud.

5.7. Una propuesta tipológica de clasificación

Sobre la base de lo analizado, y con el objeto de realizar una tipología que permita simplificar de alguna manera la complejidad de los resultados expuestos, se elaboró la Figura 11. Para realizarla se calculó un valor medio provincial de magnitud (resultado de promediar las distintas tasas anuales) y se definió el valor de la tendencia (calculada al promediar los valores de la tasa de crecimiento medio interanual). Se definió la ubicación de cada provincia respecto a los valores de ambas variables y se definieron cuatro cuadrantes (A, B, C y D) sobre la base del valor medio de ambas variables. En este sentido, se pudo definir cuatro tipos de provincias respecto a la magnitud y tendencia de la TIMDN. Ellos son:

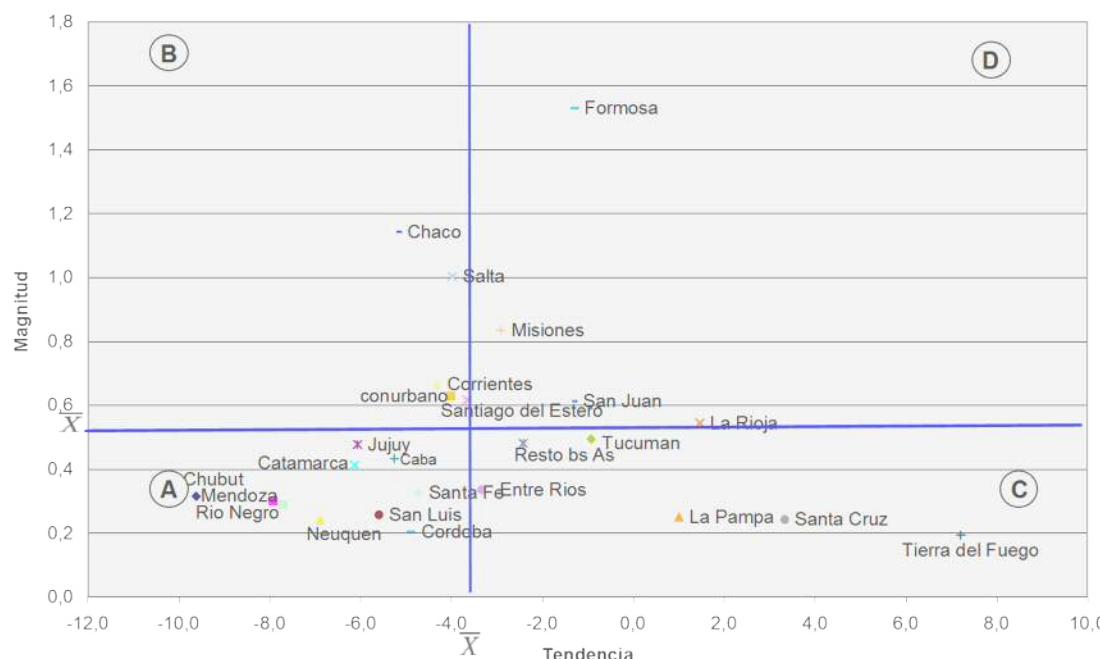
- Provincias tipo A: incluye a Chubut, Mendoza, Río Negro, Neuquén, San Luis, Córdoba, Santa Fe, Catamarca, CABA y Jujuy. A partir de lo señalado y atendiendo a las particularidades de cada una de ellas, es posible afirmar que en este grupo de jurisdicciones tanto la tendencia como la magnitud de la TIMDN han sido las menores en la década de estudio.
- Provincias tipo B: involucra a Chaco, Salta, Corrientes, Conurbano y Santiago del Estero. En ellas se destacan aspectos controversiales en la TIMDN, ya que si bien sus magnitudes son altas, el descenso operado ha sido lo suficientemente meritorio como para conjeturar que en un futuro puedan disminuir notablemente las magnitudes elevadas que aun las definen. Nótese, sin embargo, que el aspecto positivo mencionado

en su tendencia es apenas meritorio, ya que se posicionan de manera muy próxima a la línea media que divide la tipología.

- Provincias tipo C: contiene a Entre Ríos, Resto de Buenos Aires, Tucumán, La Pampa, Santa Cruz y Tierra del Fuego. Se replica también en este conjunto ciertas controversias mencionadas en el tipo anterior, aunque diferentes. Las magnitudes son relativamente bajas, pero la tendencia no lo suficiente como para colocarse por debajo de la media nacional. Incluso, a partir de los resultados expuestos en el apartado anterior, revisten la posibilidad de aumento de los registros en un futuro próximo las provincias de Entre Ríos, La Pampa y Tucumán.
- Provincias tipo D: incluye a Formosa, Misiones, San Juan y La Rioja. Se detecta en estas una magnitud elevada (muy elevada en el caso de Formosa) con una tendencia baja lo que manifiesta cierta inmovilidad respecto a su condición. Este conjunto debería constituir una prioridad para las políticas públicas que busquen aminorar y/o erradicar el problema de la desnutrición infantil.

Figura 11

Tipología de provincias argentinas según magnitud y tendencia de la TIMDN.
1998 - 2012.



Fuente: Elaboración propia con base en Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010) y en el Programa Nacional de Estadística de Salud.

6. Exploración probatoria a partir de otras fuentes de información: la herramienta censal y la validez de la desnutrición detectada

Se construyeron tres indicadores que, dada su fuerte asociación con la desnutrición (ver Figura 1) y su registro en la cédula censal, permiten tanto probar la magnitud como detectar las variaciones y tendencias de la desnutrición hallada en la niñez argentina y, a la vez, detectar posibles factores vinculados en cada jurisdicción. Dichos indicadores son los siguientes:

- a)** Saneamiento básico: se mencionó anteriormente las implicancias que tiene el hábitat y la vivienda en el desarrollo de patologías infecciosas y respiratorias vinculadas a la desnutrición. Sostiene en este sentido la CEPAL (Comisión Económica para América Latina) que agua y saneamiento constituyen derechos humanos fundamentales, “dado que ambos son esenciales para prevenir la desnutrición, las enfermedades infectocontagiosas y la mortalidad materno-infantil” (CEPAL, 2014, p. 77). Se calculó en cada provincia la proporción de hogares que utilizan agua procedente de lluvia, río, canal, arroyo o acequia y que además utilizan para la eliminación de excretas un inodoro sin descarga de agua o no poseen inodoro. Dicha cantidad se relacionó con el total de hogares obteniendo una proporción.
- b)** Analfabetismo: se construyó mediante el cálculo de la población mayor a catorce años que no sabe leer ni escribir.
- c)** Pobreza: dada la imposibilidad de comparar los resultados del Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH), cuyos datos no fueron procesados en 2010, es preciso recurrir al método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI). En este caso, se calculó la proporción de hogares en cada provincia con NBI.

En la Tabla 1 puede observarse que, en relación al saneamiento básico, solo dos provincias que estaban en 2001 por encima del promedio nacional han descendido en 2010 por debajo de dicho promedio. Se trata de La Rioja y Catamarca. Esta situación ayudaría a interpretar el descenso sostenido de la TIMDN de Catamarca, pero no así el incremento al que se ha visto sometida la población riojana. Se conjectura entonces el mayor peso de otros factores vinculados a dicho incremento, hecho que con el análisis aquí realizado no podríamos explicar.

El resto de las provincias, más allá de sus variaciones, se presentan en una situación de estabilidad, es decir, tanto las que estaban por encima del promedio como por debajo en 2001 continúan en idéntica situación en 2010. Se observa, además, una relación totalmente directa entre magnitud y variación, siendo las provincias más deficitarias en materia de saneamiento las que mayor proporción han disminuido; así se alcanza el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que erradicó este problema en su territorio en 2010. Contrario a lo observado anteriormente con la TIMDN, las variaciones en el saneamiento básico tienden a aminorar la brecha.

Tabla 1

Provincias argentinas. Saneamiento básico (magnitud y variaciones). 2001 y 2010.

Provincia	Proporción de hogares	Proporción de hogares	Variación absoluta
	sin saneamiento básico 2001	sin saneamiento básico 2010	
Catamarca	2,575	0,130	-2,445
Chaco	5,693	0,415	-5,278
Chubut	1,002	0,061	-0,941
CABA	0,002	0,000	-0,002
Conurbano	0,085	0,009	-0,076
Córdoba	0,707	0,033	-0,674
Corrientes	1,211	0,060	-1,150
Entre Ríos	0,323	0,032	-0,291
Formosa	13,653	1,000	-12,653
Jujuy	2,963	0,243	-2,720
La Pampa	0,404	0,015	-0,389
La Rioja	2,408	0,070	-2,338
Mendoza	1,000	0,053	-0,947
Misiones	5,156	0,348	-4,808
Neuquén	1,695	0,122	-1,572
Resto De Buenos Aires	0,122	0,008	-0,114
Río Negro	1,032	0,081	-0,952
Salta	3,330	0,245	-3,085
San Juan	1,786	0,100	-1,685
San Luis	1,477	0,069	-1,408
Santa Cruz	0,231	0,019	-0,212
Santa Fe	0,431	0,026	-0,405
Santiago Del Estero	10,415	0,828	-9,587
Tierra Del Fuego	0,455	0,101	-0,354
Tucumán	1,015	0,065	-0,950

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010).

En la Tabla 2 se observa la proporción de población mayor a catorce años analfabeta. Se distingue idéntica estabilidad respecto a la tabla anterior, con excepción de Neuquén, la única provincia que presentando proporciones por encima del promedio nacional logró reducirlas significativamente en 2010. Respecto a las variaciones se distingue también que las provincias con mayores magnitudes fueron las que operaron mayor descenso; sin embargo, se destaca el caso de Tucumán, cuyo descenso en analfabetismo ha sido mínimo y, siendo una provincia con magnitudes críticas, no logra posicionarse en el conjunto de jurisdicciones críticas que obtuvieron descensos significativos. Esta situación podría estar relacionada con el aumento en los últimos años de la TIMDN tucumana.

Tabla 2

Provincias argentinas. Analfabetismo en población mayor a catorce años. (Magnitud y variaciones). 2001 y 2010.

Provincia	Proporción de población mayor a 14 años analfabeta 2001	Proporción de población mayor a 14 años analfabeta 2010	Variación absoluta
Catamarca	3,207	2,163	-1,044
Chaco	8,960	6,097	-2,863
Chubut	3,453	2,133	-1,320
CABA	0,457	0,463	0,005
Conurbano	1,668	1,393	-0,275
Córdoba	2,270	1,542	-0,728
Corrientes	7,164	4,643	-2,521
Entre Ríos	3,351	2,244	-1,107
Formosa	6,810	4,574	-2,237
Jujuy	5,400	3,456	-1,944
La Pampa	2,982	2,015	-0,966
La Rioja	2,661	1,917	-0,743
Mendoza	3,551	2,335	-1,217
Misiones	6,734	4,476	-2,258
Neuquén	3,857	2,468	-1,389
Resto De Buenos Aires	1,755	1,325	-0,430
Río Negro	4,238	2,663	-1,574
Salta	5,238	3,447	-1,791
San Juan	3,202	2,199	-1,003
San Luis	3,178	1,921	-1,257
Santa Cruz	1,603	1,154	-0,450
Santa Fe	2,668	1,850	-0,818
Santiago Del Estero	6,591	4,366	-2,224
Tierra Del Fuego	0,729	0,663	-0,067
Tucumán	3,870	2,648	-1,222

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010).

Finalmente, la Tabla 3 presenta la proporción de hogares con NBI. Se destaca también la estabilidad mencionada en los análisis anteriores, solo que en este caso las provincias que aumentan su pobreza por encima del promedio nacional de 2010 fueron La Rioja y Tierra del Fuego. Esta situación se articula en el caso riojano con los hallazgos anteriores que denotaban un empeoramiento de su problemática nutricional, no evidenciada como se mencionó al analizar el saneamiento básico. El caso de Tierra del Fuego, en cambio, no podría explicarse con las herramientas aquí utilizadas.

Las variaciones denotan también mayores descensos en las provincias más pobres. Se destaca la importante reducción de la pobreza operada en Entre Ríos, que sin pertenecer al núcleo de provincias con mayor pobreza (las incluidas en las regiones NOA y NEA) ha mostrado una proporción de descenso similar a estas.

Tabla 3

Provincias argentinas. Hogares con necesidades básicas insatisfechas. (Magnitud y variaciones). 2001 y 2010.

Provincia	Proporción de Hogares con NBI 2001	Proporción de Hogares con NBI 2010	Variación absoluta
Catamarca	14,354	11,324	-3,030
Chaco	23,866	18,155	-5,711
Chubut	11,021	8,443	-2,578
CABA	5,312	5,980	0,668
Conurbano	12,594	9,560	-3,034
Córdoba	8,932	5,999	-2,933
Corrientes	20,590	15,081	-5,510
Entre Ríos	12,399	8,037	-4,362
Formosa	23,896	19,729	-4,167
Jujuy	21,265	15,461	-5,804
La Pampa	7,329	3,795	-3,535
La Rioja	13,606	12,250	-1,357
Mendoza	11,012	7,605	-3,407
Misiones	20,575	15,628	-4,947
Neuquén	12,733	10,367	-2,367
Resto De Buenos Aires	7,652	6,095	-1,557
Río Negro	12,688	9,424	-3,264
Salta	23,192	19,420	-3,772
San Juan	12,249	10,231	-2,018
San Luis	10,691	7,863	-2,828
Santa Cruz	8,207	8,246	0,039
Santa Fe	9,755	6,421	-3,334
Santiago Del Estero	21,957	17,637	-4,320
Tierra Del Fuego	12,885	14,203	1,319
Tucumán	17,483	13,271	-4,212

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001 y 2010).

En las tres variables analizadas las provincias más críticas, es decir aquellas que persistieron tanto en 2001 como en 2010 por encima del promedio nacional, fueron Jujuy, Salta, Misiones, Chaco, Santiago del Estero y Formosa. La articulación que presentan con la TIMDN es altamente positiva, lo cual valida las variables aquí expuestas como asociadas en alto grado a la desnutrición infantil. Cabe sostener finalmente que, si bien operaron importantes descensos en estas jurisdicciones, no fueron suficientes para romper el umbral definido por el promedio nacional y se constituyen, por los motivos señalados, de suma prioridad para la política pública.

7. Conclusiones

La desnutrición infantil conforma el principal núcleo duro de privación y exclusión que debería ser prioritario en las políticas públicas. Existen muchas barreras para su conocimiento y análisis, que dependen a su vez de la escala que se utiliza y las fuentes que se empleen. Nuestro estudio, una investigación de escala nacional con enfoque diacrónico y sincrónico, difícilmente pueda haberse realizado sobre la base de encuestas y muestras poblacionales. En tal sentido implicó la formulación y desarrollo de herramientas metodológicas y conceptuales que permitieran abordar el problema con cierta precisión.

¿Cómo evolucionó la desnutrición infantil en Argentina? ¿Qué magnitudes presenta actualmente? ¿Cuáles fueron las tendencias regionales y provinciales dominantes? Estas fueron las principales interrogantes que pretendieron ser respondidas en la investigación. El desarrollo metodológico para responder dichas interrogantes implicó la construcción de un indicador susceptible de aproximarse con cierto grado de precisión a la problemática estudiada que tuvo a su vez su correlato en un modelo teórico conceptual. La tasa integral de mortalidad en la niñez por desnutrición (TIMDN) pretendió alcanzar tales requisitos. Esta tasa -que se convierte de alguna manera en un indicador extremo al considerar solo la mortalidad y no la morbilidad- brindó gran precisión en sus resultados, e incluyó no solo las muertes directas por desnutrición, sino también aquellas asociadas a un cuadro nutricional, entre las que figuran las diarreas, septicemias, neumonías, bronquiolitis, parasitismo, sarampión, entre otras que ante su aparición y desarrollo ponen de manifiesto el grado de vulnerabilidad nutricional en el que se encuentran determinadas poblaciones.

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

Se ha observado que, a pesar de grandes avances en materia de reducción de pobreza y mejora de las condiciones de vida en la población infantil en los primeros años del siglo XXI -notorios si se los compara con la década del noventa-, se destacan las magnitudes increíbles que alcanzan las cifras de desnutrición infantil en Argentina. Si bien la TIMDN argentina ha descendido, pasando de valores de 0.8 a 0.4 por mil en 2012, esto solo implica un marco de interpretación general, ya que algunas regiones duplican estos registros y, en su interior, se encuentran provincias que incluso mostraron un incremento de la tasa -notorio en los últimos años de la década-, entre las que se encuentra a San Juan, La Rioja, Tucumán, Jujuy, La Pampa y Santa Cruz. Asimismo, diferentes patologías inciden en cada jurisdicción, con lo cual se detectan áreas con un mayor aporte de patologías infecciosas o respiratorias en un cuadro nutricional. Esta diferencia implica políticas diferenciadas para atender problemas nutricionales específicos en cada área.

Se elaboró además una propuesta tipológica que permite clasificar a las provincias según la magnitud media de la TIMDN y su tendencia dominante. En este ejercicio se detectó la criticidad que asume el problema especialmente en Misiones, La Rioja, San Juan y Formosa (de modo especial en esta última); en estas jurisdicciones se observa una magnitud elevada combinada con una tendencia baja, lo cual expresa cierta inmovilidad respecto a su condición. Este conjunto debería constituir una prioridad para las políticas públicas que busquen aminorar y/o erradicar el problema de la desnutrición infantil.

Finalmente, se validó la TIMDN con algunos de los principales factores relacionados con la aparición y desarrollo de la desnutrición en la niñez. Se calcularon proporciones de hogares con saneamiento insuficiente (mala calidad de provisión de aguas y deposición de excretas), analfabetismo y pobreza. En este ejercicio nuevamente se destacan algunas provincias norteñas por presentar valores críticos en las tres variables analizadas.

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



8. Referencias

Longhi

- Aguirre, P. (2000). Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. En Organización Panamericana de Salud, *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública* (pp. 13-26). Washington, D.C.: Autor.
- Aguirre, P. (2005). *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*. Buenos Aires: Ciepp.
- Bengoa, M. J. (s.f.). *Breve biografía*. Universidad de Alicante. Recuperado de <http://www.ua.es/es/presentacion/doctores/bengoa/bibliografiabengoa.html>
- Bertarini, J. (2011). *Evaluación del Estado Nutricional materno-infantil y Patrones de consumo maternos* (tesis de Licenciatura en Nutrición). Universidad de Fasta. Facultad de Ciencias Médicas, Mar de Plata, Argentina. Recuperado de <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/304>
- Bolsi, A., Paolasso, P. y Longhi, F. (2005-2006). El Norte Grande Argentino entre el progreso y la pobreza. *Población & sociedad*, (12), 231-270. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/45842626_El_Norte_Grande_Argentino_entre_el_progreso_y_la_pobreza

Bolzán, A. y Mercer, R. (2009). Seguridad alimentaria y retardo crónico del crecimiento en niños pobres del norte argentino. *Archivos argentinos de pediatría*, 107(3), 221-228.

Bove, M. I. (1986). *Desnutrición: un problema actual*. Montevideo: Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo.

Britos, S. (2003). *Crisis 2001-2002: pobreza, precios y alimentos*. Buenos Aires: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI).

Bronfman, M. (2001). *Como se vive se muere*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Calvo, E. B. y Aguirre, P. (2005). Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable. *Archivos argentinos de pediatría*, 103(1), 77-90.

Chaco: conmoción por la muerte de un niño Qom de siete años afectado por tuberculosis. (2015). La Nación. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1758069-chaco-conmocion-por-la-muerte-de-un-nino-qom-de-siete-anos-afectado-por-tuberculosis>

Centro Mandela DD.HH. (2015). *Institucionalmente se confirma el ocultamiento de que el niño qom Néstor murió de tuberculosis y de desnutrición, asociada a dicha enfermedad*. Recuperado de <http://www.centromandela.com/?p=10751>

Centro de Sistemas de Antioquia [CENSA]. (2013). Guía de aprendizaje. Alimentación y Nutrición [ficha técnica]. Medellín, Colombia: Autor. Recuperado de http://www.censa.edu.co/portal/userfiles/files/Guia_En_Alimentaci%C3%B3n_Nutrici%C3%B3n.pdf

Cesani, M. F., Zonta, M. L., Castro, L., Torres, M. F., Forte, L. M., Orden, A. B. y Oyhenart, E. E. (2007). Estado nutricional y parasitosis intestinales en niños residentes en zonas urbana, periurbana y rural del partido de Brandsen (Bueno Aires, Argentina). *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 9(2), 105-121.

Comisión Económica para América Latina [CEPAL]. (2014). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina.

Desnutrición en niños menores de cinco años. (s.f.). Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/wfp199553/Desnutrici%C3%B3n.pdf>

De Weert, Joaquín. (2015). Chaco: murió por desnutrición y tuberculosis un niño de 7 años. Infobae. Recuperado de <http://www.infobae.com/2015/01/07/1619382-chaco-murio-desnutricion-y-tuberculosis-un-nino-7-anos>

Durán, P., Mangialavori, G., Biglieri, A., Kogan, L. y Abeyá Gilardon, E. (2009). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Archivos argentinos de pediatría*, 107(5), 397-404.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (1995). *Censo de talla de escolares de primer grado. 1991. Informe de los resultados*. Buenos Aires: Autor.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2006). Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. *Desafíos*, (2), 3.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2011). *La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. España: Autor.

Herkovits, D. (2007). *La construcción de la malnutrición Infantil: Una Etnografía sobre las condiciones y posibilidades que contribuyen a su producción y reproducción en hogares pobres de la Ciudad de Buenos Aires* (tesis doctoral) Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Argentina.

Herkovits, D. (2012). Las fronteras de la medicalización: tensiones en torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. *Ciênc. saúde coletiva*, 17(9), 2543-2551.

Hommes, R., y Soto, C. (1999). Determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil en países en desarrollo: un estudio de corte transversal. En Cárdenas, M. y Lustig, N. (comp.), *Pobreza y desigualdad en América Latina* (pp. 187-210). Bogotá: Tercer Mundo Editores.

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC]. (2001). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Buenos Aires: Autor.

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC]. (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Buenos Aires: Autor.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC]. (1990). *Infancia y pobreza en la Argentina*. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, SIGLO XXI Editores.

Kliksberg, B. (2005). América Latina: La región más desigual de todas. *Revista de Ciencias Sociales*, 11(3).

Latham, M. C. (2002). *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Leiva Plaza, B., Inzunza Brito, N., Pérez Torrejón, H., Castro Gloor, V., Jansana Medina, J., Toro Díaz, T. ... Ivanovic Marincovich, D. (2001). Algunas consideraciones sobre el impacto de la desnutrición en el desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 51(1).

Longhi, F. (2012). Sistemas de Información Geográfica y desnutrición infantil en el Norte Grande Argentino. *Revista Latinoamericana de Población*, 10(1), 77 – 101.

Longhi, F. (2014). Desnutrición y Muerte en la Niñez argentina en los Albores del Siglo XXI: Un Análisis Espacial. *Journal of Latin American Geography*, 13(2), 41-65.

Macías, A. I., Quintero, M. L., Camacho, E. J. y Sánchez, J. M. (2009). La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 36(4), 1129-1135.

Martínez Gómez, F. y López Vivas, J. (1969). Contribución al estudio de las parasitosis gastrointestinales de los perros. *Revista Ibérica de Parasitología*, 29(4), 339-348.

Martínez, R. y Fernández, A. (2006). *Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.

Mercer, R. (2013). Salud y pobreza en la Argentina: dime cómo ha sido tu cuna y te diré cómo serás. *Voces en el Fénix*, 22, 88-97.

Ministerio de Salud de la Nación. (2000). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 1998*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2001). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 1999*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2002). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2000*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2003). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2001*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2005). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2003*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2006). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2004*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2007a). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2005*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2007b). *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2007c). *Perfil de la Salud Ambiental de la Niñez en la Argentina*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2008). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2006*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2009). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2007*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2008*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2009*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2010*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2011*. Buenos Aires: Autor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2014). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. República Argentina - año 2012*. Buenos Aires: Autor

Moreno, M. (1995). *La pobreza: una medición en busca de su contenido conceptual*. Trabajo presentado en las III Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Santa Rosa, Argentina.

O'Donnell, A. y Porto, A. (2007). Las carencias alimentarias en el país. Su impacto sobre el desarrollo infantil. En *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria* (pp. 141-159). Buenos Aires: Paidós.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (2001). *Perfiles nutricionales por países: Argentina*. Buenos Aires: Autor.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (2014). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Hambre en América Latina y el Caribe: acercándose a los Objetivos del Milenio*. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/019/i3520s/i3520s.pdf>

Ortiz-Andrellucchi, A., Peña Quintana, L., Albino Beñacar, A., Mönckeberg Barros, F. y Serra-Majem, L. (2006). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 533-541.

Osatinsky, A. y Longhi, F. (2014). Estructura productiva, pobreza y problemas de empleo en las provincias pampeanas y norteñas durante la transición del siglo XX al siglo XXI. Trabajo presentado en *XXIV Jornadas de Historia Económica*. Rosario, Argentina.

Oyhenart, E. E., Torres, M. F., Quintero, F. A., Luis, M. A., Cesani, M. F., Zucchi, M. y Orden, A. B. (2007). Estado nutricional y composición corporal de niños pobres residentes en barrios periféricos de La Plata, Argentina. *Revista panamericana de salud pública*, 22(3), 194-201.

- Paraje, G. (2008). *Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Penié, J. B. (2000). Desnutrición e infecciones respiratorias. *Acta Médica*, 9(1-2), 15-21.
- Puffer, R. R. (1970). Estudio de múltiples causas de defunción. *Bol. Ofic. sanit. Panamer*, 69, 93-114.
- Rapoport, M. (2004). Notas para una comparación entre la crisis argentina actual, la de 1890 y la de 1930. En R. Boyer y J. Neffa (coords.), *La economía argentina y su crisis (1976-2001): visiones institucionalistas y regulacionistas* (pp. 31-38). Buenos Aires, Miño y Dávila.
- Scrimshaw, N. (1968). La malnutrición, el aprendizaje y la conducta. *Bol. Ofic. sanit. Panamer*, 65, 197-209.
- Torrado, S. (1986). *Salud – enfermedad en el primer año de vida, Rosario (1981-1982)*. Buenos Aires: Centro de Estudios Urbanos y Regionales.
- Wanden-Berghe, C., Camilo, M., Culebras, J. y Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología Para el Desarrollo. (2010). Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. *Nutrición Hospitalaria*, 25(supl 3), 1-9. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226766001>