



Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Facultad de Medicina

Título: “Evolución nutricional de niños desnutridos bajo programa de recuperación en un centro de salud de APS de la ciudad de Rosario durante el año 2005”.

Alumno: Valeria Testa

Tutor: Dra. Caporaletti, Nirley

Fecha de presentación: mayo de 2006

Índice

Índice	1
Resumen	2
Introducción	3
Marco teórico	5
Problema	11
Objetivos	11
Material y métodos.....	13
Resultados	16
Discusión	26
Conclusión	29
Bibliografía	31
Anexo.....	33

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de evaluar la respuesta al “Programa de Detección y Asistencia Integral a niños en riesgo nutricional” en 65 niños desnutridos beneficiarios del Centro de Salud nº 14 Avellaneda Oeste, de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre el 1º de febrero al 31 de diciembre de 2005.

Las conclusiones a las que se arribaron son:

- De la población total de niños, el 56,9% correspondía al sexo femenino y el 43,1% al sexo masculino.
- El promedio de edad fue de 3 años y 1 mes, correspondiendo el mayor porcentaje (29,2%) al intervalo de 2 a 3 años.
- Del total de niños, el 58,5% no realizó la cantidad de controles de salud adecuados.
- El 89,2% no logró su recuperación, continuando desnutridos.
- De los niños que se recuperaron (n=7), la totalidad había realizado la cantidad de controles adecuados según el mes de ingreso al Programa. El 42,9% (n=3) se recuperó a los 5 meses de haber sido incluido en el mismo. Correspondiendo el 71,4% (n=5) al sexo femenino y el 28,5% (n=2) al sexo masculino. Y presentando una edad promedio de 4 años y 1 mes. (tabla 9)

Introducción

La desnutrición infantil es una acuciante problemática de salud, especialmente en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. La mayor parte de los casos de desnutrición infantil se presentan en los grupos más desfavorecidos desde el punto de vista social y económico. Los niños pertenecen a familias cuyos ingresos no alcanzan para satisfacer necesidades elementales, como proveerse de una dieta alimentaria adecuada.

Argentina cuenta con una población infantil de 10,3 millones (niños de entre 0 y 14 años). El 67,9 % pertenece a hogares pobres y el 33,9% a hogares indigentes. El aumento de la brecha entre la canasta familiar básica y el ingreso familiar que tuvo lugar en los últimos años limita el acceso a alimentos y servicios básicos por parte de sectores cada vez mayores de la población. ¹

De acuerdo con datos del INDEC, 7 de cada 10 chicos nacen en un hogar pobre y 4 viven en la indigencia. Esto significa que hay 2.108.237 de niños que no tienen cubiertas las necesidades más básicas, blancos innegables de la desnutrición infantil y hasta de la muerte por inanición o enfermedades de la pobreza. ²

Uno de cada cinco niños en la Argentina padece de desnutrición. La desnutrición es el resultado de una constelación de factores individuales, familiares, socioculturales, económicos, ambientales y de condiciones de acceso a la atención oportuna de salud y a la educación.

Las políticas sanitarias se proponen reducir los problemas de salud mejorando las condiciones de vida de la población a través de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. De esta manera, una política de salud implica que el estado asuma un rol activo y explícito.

Desde el Ministerio de Salud conjuntamente con la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria, dentro del marco del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria “El hambre más urgente”, se elaboró el “Programa de detección y asistencia integral a niños en riesgo nutricional”.

En el presente estudio se propone evaluar la adherencia a las propuestas de este programa y el estado nutricional alcanzado por los beneficiarios de un Centro de Salud de la ciudad de Rosario.

Marco teórico

La desnutrición es un estado patológico sistémico, potencialmente reversible que se origina como resultado de una deficiencia o una mala utilización de nutrientes.³

El mismo presenta características clínicas, bioquímicas, histológicas y fisiopatológicas que revisten diversos grados de intensidad y de proyección social y humana.³

Afecta principalmente a la población de escasos recursos donde la cultura alimentaria provoca un impacto negativo. Los ingresos se suelen destinar al consumo de alimentos preelaborados. La caja alimentaria se reparte entre todos los miembros del grupo familiar. El consumo de verduras y frutas, dado el elevado costo que el número de intermediaciones comerciales genera, se torna poco accesible.³

La presencia de analfabetismo materno, maternidad adolescente, madre sola o con pareja inestable, embarazos e hijos no deseados, o bien escaso tiempo materno para la atención del niño, ya que muchos niños quedan al cuidado de sus hermanos o abuelos son factores negativos que originan la deprivación afectiva, tan importante como la energética para garantizar un crecimiento y un desarrollo adecuado.³

La presencia de factores socioeconómicos, como familia numerosa, trabajo inestable del responsable del hogar, madre como único sostén familiar, escasa accesibilidad a la compra de alimentos, ponen en riesgo la cantidad y la calidad de los alimentos a distribuir entre los integrantes del grupo familiar.³

El riesgo nutricional se produce por una multiplicidad de factores sociales, culturales, económicos, ambientales, subalimentación o alimentación

inadecuada nutricionalmente. Todo indica una mayor relación entre desnutrición y estas variables, que entre desnutrición y falta de alimentos. La alimentación en las primeras etapas de la vida ejerce una marcada influencia en el desarrollo de las potencialidades del ser humano. ⁴

“El ritmo de crecimiento y desarrollo es sumamente susceptible a las influencias de la alimentación, nutrición y de los estímulos sociales del medio, en comunidades pobres y marginadas, con problemas de alimentación insuficiente, donde además predomina la subescolaridad de los adultos y el desempleo, la violencia hogareña, el rechazo o abandono de los hijos, así como la discriminación de las mujeres con un ambiente altamente desfavorable”. ⁴

La desnutrición infantil se puede clasificar desde el punto de vista etiológico, clínico y antropométrico. A los fines de nuestro trabajo interesa recordar que desde el punto de vista etiológico se clasifica en:

- Primaria o exógena o social: por falta de incorporación de nutrientes, carencias afectivas asociadas a falta de instrucción en la madre, familias disfuncionales con alto riesgo social, etc.
- Secundaria o endógena: como consecuencia de alguna patología previa que altera el normal aprovechamiento de los mismos.
- Mixta.

La desnutrición es fundamentalmente la expresión de una patología social muy difundida en los países en crecimiento.

Los gobiernos se proponen estrategias de prevención y recuperación de la desnutrición infantil mediante la implementación de distintos programas.

La evaluación y la vigilancia del crecimiento físico, desde la concepción hasta la madurez, constituye una de las acciones más relevantes a cumplir en

la atención primaria. Las propuestas programáticas que apuntan a la recuperación nutricional también lo hacen desde las estrategias de APS.³

En Argentina, todos los programas y planes que estaban destinados a la problemática alimentaria se unificaron en uno sólo “El hambre más urgente”.

El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria ha sido creado bajo un sistema de carácter federal, donde el nivel nacional aporta fondos a las provincias que suscribieron los convenios correspondientes. A su vez, las provincias establecen la modalidad de ejecución (centralizada – descentralizada - mixta) según el tipo de prestación a implementar.⁵

Los organismos responsables de la ejecución del Plan son los Ministerios de Desarrollo Social y Salud en el ámbito nacional, y los gobiernos provinciales y municipales en sus respectivas jurisdicciones.⁵

Los organismos del nivel nacional tienen a su cargo el financiamiento, la cooperación técnica para la gestión y el seguimiento de las acciones y resultados.⁵

Por su parte, los ministerios provinciales constituyen un ámbito de análisis y coordinación de Políticas Sociales y elaboran su plan de acciones integrales para abordar la problemática alimentaria nutricional en sus jurisdicciones; ejecutando las prestaciones en forma directa, centralizada o descentralizada mediante recursos materiales o financieros a los municipios para que sean gestionados localmente. En todos los casos, la provincia tiene la responsabilidad de velar por una distribución equitativa; realizar el monitoreo; coordinar con todos los sectores intervinientes; y dar cuenta de la utilización de los fondos.⁵

“De lo que se trata es de asegurar el acceso de la población vulnerable a una alimentación adecuada, suficiente, y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país.” ⁵

Desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, conjuntamente con la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria, dentro del marco del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria “El hambre más urgente”, se elaboró el “Programa de detección y asistencia integral a niños en riesgo nutricional”, que en la Provincia de Santa Fe adopta el nombre de “Nutrirmás”. ⁴

Por esto, a partir de la incorporación a este programa se persigue:

- Facilitar el acceso a los alimentos de los niños con riesgo nutricional
- Promover la mejora de los hábitos alimentarios de las familias asistidas
- Comprometer a los beneficiarios del Programa en la prosecución de los seguimientos médicos y controles de los niños, según normas.
- Detectar los factores que están determinando su riesgo nutricional (analfabetismo, desocupación, violencia, agua potable, saneamiento, vivienda, ayudas sociales, escolarización, etc.). Valoración del riesgo familiar.
- Capacitación a las familias de riesgo ingresadas al Programa, acompañando a las familias.

Metas del Programa:

1. Recuperación nutricional de un 10% de los niños detectados, asistidos, en un lapso de 6 meses a partir de la incorporación al Programa.

2. Lograr que el 100% de los niños concurren a sus controles mensuales para su seguimiento en salud.

3. elaborar un diagnóstico de situación de la proporción de los factores determinantes de la desnutrición, para la toma de decisiones tendientes a modificarlos.

4. Sistematizar los datos de beneficiarios de los centros de salud, a través de la elaboración de un padrón único.

Población objeto:

El Programa es de tipo focalizado y está destinado a la asistencia de niños de 0 a 6 años, con desnutrición aguda, pertenecientes a familias en situación de riesgo.

Atendiendo a las normas del programa de salud del niño menor de 6 años, el diagnóstico de desnutrición / emaciación se realizará según lo siguiente:

- Niños menores de 1 año: peso / edad inferior al percentilo 10 (tablas de Lejarraga – Morasso, Historia Clínica del niño).
- Niños de 1 a 6 años: peso / edad inferior al percentilo 10 y peso / talla inferior al 10% (tablas de Lejarraga – Morasso, Historia Clínica del niño).

Cada Centro de Salud, cada médico pediatra o médico general que atienda niños, deberá confeccionar la planilla con los datos de cada beneficiario.

La prestación alimentaria es la utilización de ticket canasta nominados al beneficiario por un valor de:

- \$15 para lácteos: leche, yogurt, queso.

- \$20 para alimentos secos con listado: aceite, harinas, fideos, cacao, sémola, azúcar, avena arrollada, legumbres, arroz, etc.
- \$15 para alimentos frescos: carnes, huevos, frutas y verduras.⁴

Problema

Teniendo en cuenta que el “Programa de Detección y Asistencia Integral a niños en riesgo nutricional” brinda autonomía a las familias para seleccionar los alimentos que desean comprar y consumir a través de tickets, como estudiante avanzado de la carrera de medicina me pregunto ¿cuál es la adherencia al programa? y ¿cuál es el estado nutricional alcanzado por los beneficiarios de un centro de salud de la ciudad de Rosario?.

Objetivos

Objetivo general:

Evaluar la respuesta al “Programa de Detección y Asistencia Integral a niños en riesgo nutricional” en los niños beneficiarios del Centro de Salud nº 14 Avellaneda Oeste.

Objetivos específicos:

- Describir la población en base a las edades, el sexo, los meses de seguimiento de los niños beneficiarios del programa.
- Analizar la adherencia al programa mediante el análisis de la concurrencia a los controles de salud.
- Indagar el número de niños recuperados en el período analizado y su relación con los meses de seguimiento.

- Presentar las características de los niños recuperados y no recuperados beneficiarios del programa en base a la edad, el sexo, meses de seguimiento y número de controles de salud efectuados.

Material y métodos

El presente es un trabajo de tipo descriptivo, donde se estudia el caso de un centro de salud en relación al seguimiento de los pacientes pediátricos bajo el “Programa de Detección y Asistencia Integral a niños en riesgo nutricional”. El Centro de Atención Primaria donde se realizó el estudio es el Centro Comunitario nº 14 Avellaneda Oeste, de la ciudad de Rosario.

Los pacientes bajo la cobertura de este Centro de Atención Primaria de Salud pertenecen, en su mayoría, a familias de nivel socio-económico medio y bajo, sin cobertura de Obras Sociales, mutuales o medicina prepaga.

El Centro de Salud nº 14 Avellaneda Oeste es un Centro de Atención Primaria que depende de la administración provincial, funciona dentro de un edificio de una vecinal, cuenta con 2 consultorios, 4 médicos (2 pediatras, 1 clínico y 1 obstetra), 2 enfermeros, 4 agentes sanitarios y 1 psicólogo. Se atiende en dos turnos (mañana y tarde).

La población estudiada estaba constituida por el universo de niños bajo Programa de Detección y Asistencia Integral a niños en riesgo nutricional durante el período comprendido entre el 1º de febrero al 31 de diciembre del 2005 en el Centro Comunitario nº 14 Avellaneda Oeste, de la ciudad de Rosario. De este modo la misma quedó conformada por 65 niños y niñas, de entre 6 meses y 7 años de edad, que presentaban algún grado de desnutrición aguda y concurrían a la consulta en el Centro de Atención Primaria antes mencionado.

Las planillas de seguimiento que confeccionaron previamente los pediatras del Centro de Salud constituyeron nuestra fuente de datos. El estado nutricional

es diagnosticado por el programa en el nivel central, con los datos de edad, peso y talla recabados en los controles del Centro de Salud.

Las variables a ser analizadas son:

- **Sexo:** femenino o masculino
- **Edad:** en años y/o meses cumplidos al 1º de febrero de 2005, o en su defecto, al momento de ingreso al Programa.
- **Meses de seguimiento:** nº de meses transcurridos desde el mes de ingreso al programa hasta diciembre del 2005.
- **Nº de controles:**
 - Nº de controles realizados: cantidad de controles de salud efectivizados y registrados en el período de tiempo comprendido en el estudio.
 - Nº de controles faltantes: cantidad de controles de salud faltantes para completar el número de controles que idealmente deberían haberse efectuado.
- **Estado nutricional :** desnutrido, eutrófico o recuperado.

Niño desnutrido: es aquel que presenta un estado patológico sistémico potencialmente reversible que se origina como resultado de una deficiencia o una mala utilización de nutrientes. ³

Desde el punto de vista antropométrico el diagnóstico de desnutrición aguda se realiza según lo siguiente:

- Niños menores de 1año: peso / edad inferior al percentilo 10 (tablas de Lejarraga / Morasso).
- Niños de 1 a 6 años: peso / edad inferior al percentilo 10 y peso / talla inferior al 10 % (tablas de Lejarraga / Morasso).

Niño eutrófico: niño normal desde el punto de vista nutricional.

- Niños menores de 1 año: peso / edad superior al percentilo 10 (tablas de Lejarraga / Morasso).
- Niños de 1 a 6 años: peso / edad superior al percentilo 10 y peso / talla superior al 10 % (tablas de Lejarraga / Morasso).

Niño recuperado: según el programa Nutrimás un niño recuperado es aquel que pasa de la condición de desnutrido a la de eutrófico según los parámetros antropométricos arriba considerados. ⁴

Los datos obtenidos de las planillas de seguimiento se presentan en una tabla ordenada según el sexo. (ver anexo 1)

Para el análisis estadístico de los datos se volcaron los mismos en una base de datos de Microsoft Excell, se resumieron en tablas y gráficos; se utilizaron medidas de resumen de tendencia central y técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, promedios, porcentajes).

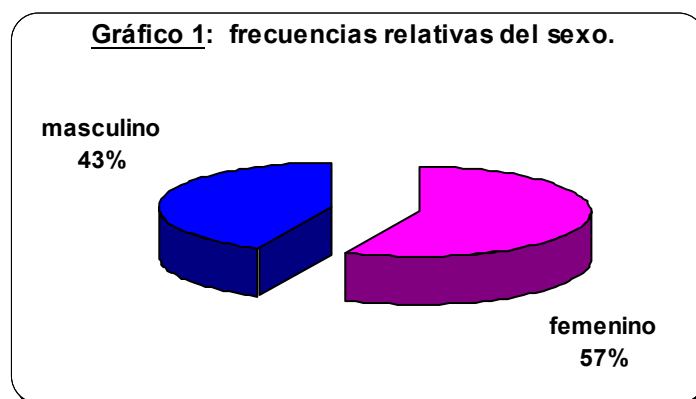
Resultados

a- Sexo de la población de niños incluidos en el Programa

Sexo		
	nº de niños	porcentaje
femenino	37	56,9%
masculino	28	43,1%
Total	65	

Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo de la población en estudio.

De la población total de niños incluidos en el Programa, el 56,9% corresponde al sexo femenino y el 43,1% al sexo masculino.

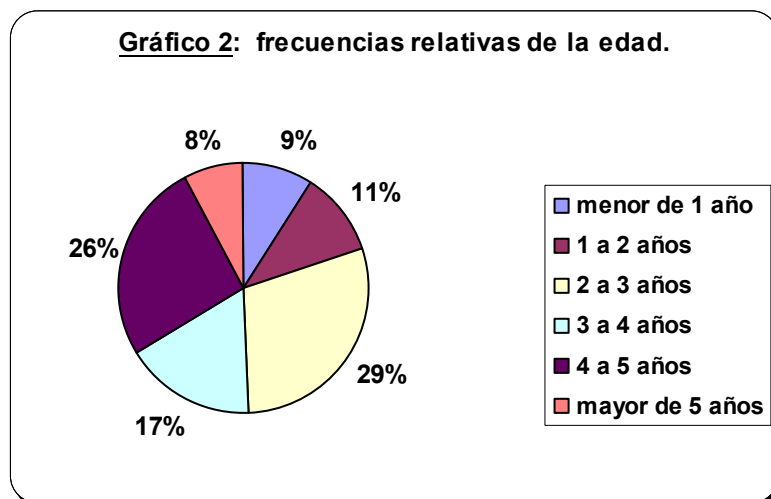


b- Edad de la población de niños incluidos en el Programa

Edad		
	nº de niños	porcentaje
menor de 1 año	6	9,2%
1 a 2 años	7	10,8%
2 a 3 años	19	29,2%
3 a 4 años	11	16,9%
4 a 5 años	17	26,2%
mayor de 5 años	5	7,7%
Total	65	

Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad de la población en estudio

El promedio de edad fue de 3 años y 1 mes; con una edad máxima de 7 años y 9 meses y una edad mínima de 6 meses.



La edad de los niños desnutridos corresponde en el 29,2% al intervalo de 2 a 3 años; en el 26,2% al intervalo de 4 a 5 años; en el 16,9% al intervalo de 3 a 4 años; en el 10,8% al intervalo de 1 a 2 años; en el 9,2% al intervalo de menores de 1 año y en el 7,7% a los mayores de 5 años.

c- Mes de ingreso al Programa

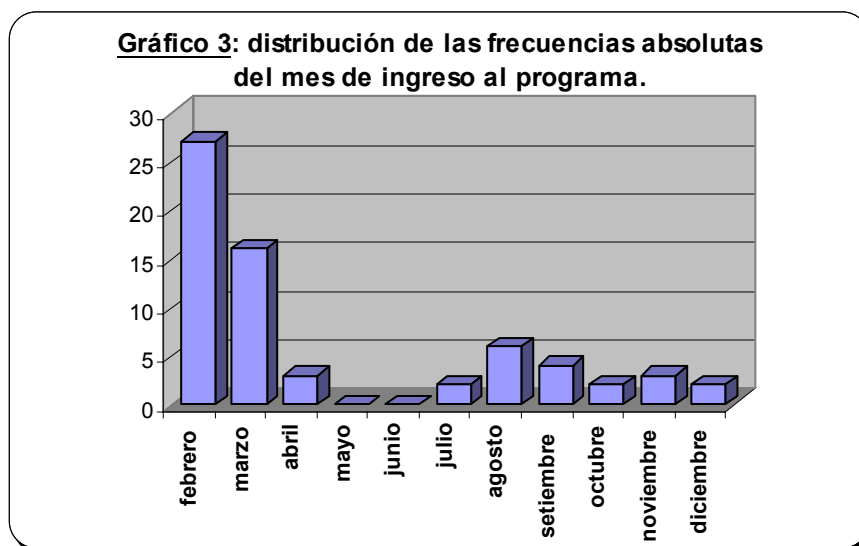
Mes de ingreso al programa

	nº de niños	porcentaje
febrero	27	41,5%
marzo	16	24,6%
abril	3	4,6%
mayo	0	0,0%
junio	0	0,0%
julio	2	3,1%
agosto	6	9,2%
septiembre	4	6,2%
octubre	2	3,1%
noviembre	3	4,6%
diciembre	2	3,1%
Total	65	100,0%

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del mes de ingreso al programa.

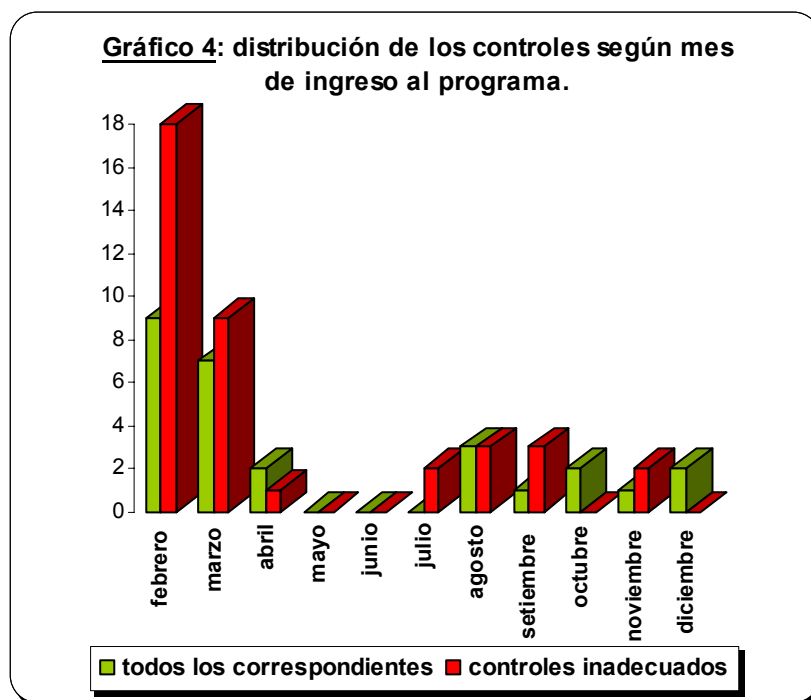
La población estaba comprendida por los niños que ingresaron al programa entre los meses de febrero a diciembre.

Del total de la población, el 41,5% ingresó al Programa en febrero; el 24,6% en marzo; el 9,2% en agosto; el 6,2% en setiembre; el 4,6% en abril; el 4,6% en noviembre; el 3,1% en julio; el 3,1% en octubre y el 3,1% en diciembre.



d- Controles realizados según el mes de ingreso

Controles realizados según el mes de ingreso al programa					
	Todos los correspondientes		Controles inadecuados		
	n° de niños	porcentaje	n° de niños	porcentaje	
febrero	9	33,3%	18	66,7%	Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los controles de salud realizados por la población de niños desnutridos, según el mes de ingreso al programa.
marzo	7	43,8%	9	56,3%	
abril	2	66,7%	1	33,3%	
mayo	0	0,0%	0	0,0%	
junio	0	0,0%	0	0,0%	
julio	0	0,0%	2	100,0%	
agosto	3	50,0%	3	50,0%	
septiembre	1	25,0%	3	75,0%	
octubre	2	100,0%	0	0,0%	
noviembre	1	33,3%	2	66,7%	
diciembre	2	100,0%	0	0,0%	
Total	27		38		



De los niños que ingresaron al programa en el mes de febrero el 66,7% tuvo una cantidad de controles inadecuada y el 33,3% realizó la cantidad de controles correspondientes (11 controles de salud).

De los niños que ingresaron al programa en el mes de marzo el 56,3% tuvo una cantidad de controles inadecuada y el 43,8% realizó la cantidad de controles correspondientes (10 controles de salud).

De los niños que ingresaron al programa en el mes de abril el 66,7% realizó la cantidad de controles correspondientes (9 controles de salud) y el 33,3% tuvo una cantidad de controles inadecuada.

De los niños que ingresaron al programa en el mes de julio el 100% tuvo una cantidad de controles inadecuada.

De los niños que ingresaron al programa en el mes de agosto el 50% realizó la cantidad de controles correspondientes (5 controles de salud) y el 50% tuvo una cantidad de controles inadecuada.

De los niños que ingresaron al programa en el mes de setiembre el 75% tuvo una cantidad de controles inadecuada y el 25% realizó la cantidad de controles correspondientes (4 controles de salud).

De los niños que ingresaron al programa en el mes de octubre el 100% realizó la cantidad de controles correspondientes (3 controles de salud).

De los niños que ingresaron al programa en el mes de noviembre el 66,7% tuvo una cantidad de controles inadecuada y el 33,3% realizó la cantidad de controles correspondientes (2 controles de salud).

Los niños que ingresaron al programa en el mes de diciembre se considera que en el 100% realizó la cantidad de controles correspondientes (1 controles de salud).

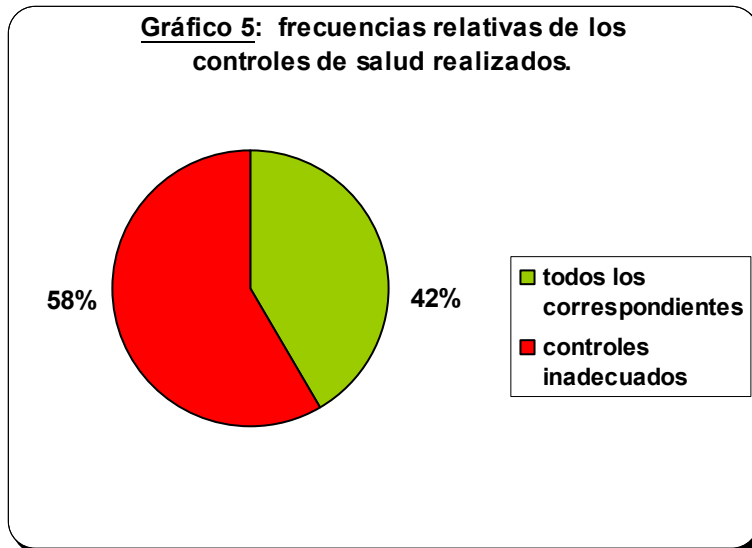
e- Controles de salud

Controles realizados		
	n° de niños	porcentaje
todos los correspondientes	27	41,5%
controles inadecuados	38	58,5%
Total	65	

Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los controles de salud realizados por la población.

Los niños que estaban incluidos en el Programa debían realizar por lo menos 1 control de salud mensual.

Del total de niños, el 58,5% no realizó la cantidad de controles de salud adecuados y el 41,5% realizó la totalidad de controles que correspondían de acuerdo al tiempo de inclusión en el Programa.



f- Características halladas en la población estudiada

A continuación se compara el grupo de niños que se recuperaron del grupo que no se recuperó por edad y sexo.

Evolución del estado de nutrición	Recuperados		Subtotal	No recuperados		Subtotal	Total general
	F	M		F	M		
menor de 1 año	1	0	1	1	4	5	6
1 a 2 años	0	0	0	3	4	7	7
2 a 3 años	0	0	0	10	9	19	19
3 a 4 años	1	1	2	5	4	9	11
4 a 5 años	1	1	2	11	4	15	17
mayor de 5 años	2	0	2	2	1	3	5
Total	5	2	7	32	26	58	65

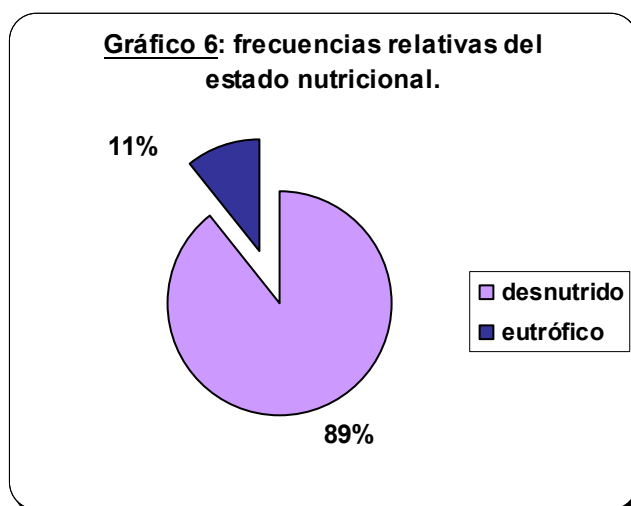
Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas de las características halladas en la población estudiada.

g- Estado nutricional alcanzado por los beneficiarios al final del período en estudio

Estado nutricional a diciembre de 2005

	nº de niños	porcentaje
desnutrido	58	89,2%
eutrófico	7	10,8%
Total	65	

Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del estado nutricional (desnutrido o eutrófico) de los niños a diciembre de 2005.

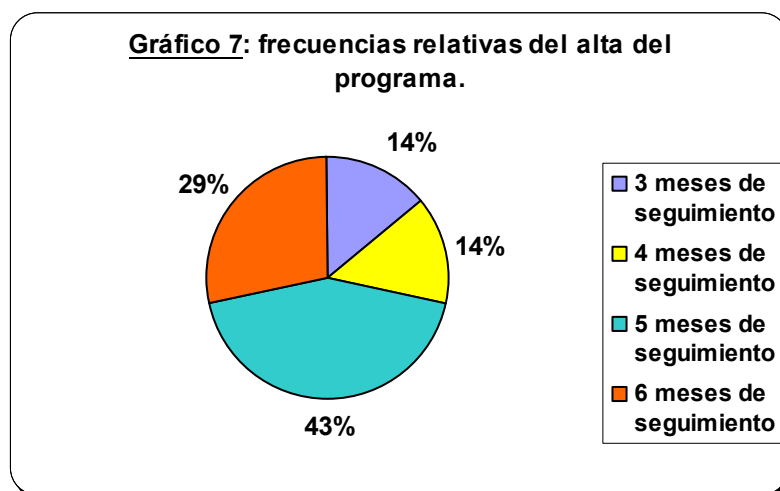


Del total de niños incluidos en el Programa durante el período febrero – diciembre de 2005, el 89,2% no lograron su recuperación, continuando desnutridos, y el 10,8% logró la recuperación, considerándolos como eutróficos.

h- Alta del Programa en relación con los meses de seguimiento

Alta del programa		
	n° de niños	porcentaje
3 meses de seguimiento	1	14,3%
4 meses de seguimiento	1	14,3%
5 meses de seguimiento	3	42,9%
6 meses de seguimiento	2	28,6%
Total	7	

Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del alta del programa (niños que se recuperaron) de acuerdo a los meses de inclusión en el programa.



Del total de niños que se recuperaron ($n=7$), el 42,9% ($n=3$) lo hizo en 5 meses de haber sido incluido en el Programa; el 28,6% ($n=2$) en 6 meses; el 14,3% ($n=1$) en 4 meses y el 14,3% ($n=1$) en 3 meses.

i- Características de los niños que se recuperaron

Características de los niños que se recuperaron

sexo	femenino 71,4% masculino 28,5%
edad promedio	4 años, 1 mes
controles	100% realizó todos los controles correspondientes
promedio de los meses de seguimiento	4,8 meses

Tabla 9: características de los niños que se recuperaron.

De los niños que se recuperaron (eutróficos) el 71,4% era de sexo femenino y el 28,5% de sexo masculino, lo que se diferencia de la relación femenino/masculino que presentaba la población total de niños incluidos en el estudio. Presentaban una edad promedio de 4 años y 1 mes, con una edad máxima de 7 años y 9 meses y una edad mínima de 6 meses. La totalidad de los niños realizó la cantidad de controles adecuados según el mes de ingreso al Programa. En promedio, tuvieron una recuperación en 4,8 meses.

j- Características de los niños que no se recuperaron

Características de los niños que no se recuperaron

sexo	femenino 55,1% masculino 44,8%
edad promedio	2 años, 9 meses
controles	65,5% no realizó todos los controles correspondientes y el 34,5% realizó todos los controles correspondientes
promedio de los meses de seguimiento	8,4 meses

Tabla 10: características de los niños que no se recuperaron.

De los niños que no se recuperaron (desnutridos) el 55,1% era de sexo femenino y el 44,8% de sexo masculino. Presentaban una edad promedio de 2 años y 9 meses, con una edad máxima de 6 años y 9 meses y una edad mínima de 7 meses. El 65,5% de los niños no realizó la cantidad de controles adecuados según el mes de ingreso al Programa. En promedio, tuvieron un seguimiento de 8,4 meses, cabe aclarar que el 66% de los niños ingresó al programa en los meses de febrero y marzo . Los niños desnutridos, sin importar el mes de ingreso al programa, se estudiaron hasta el mes de diciembre inclusive.

Discusión

José Carlos Escudero dice que: "El ritmo de crecimiento de un niño refleja, mejor que cualquier otro índice, su estado de salud y nutrición, y muchas veces también refleja su situación psicológica. Similarmente, los valores promedios de los pesos y las estaturas de los niños reflejan con exactitud el estado de la salud Pública de una nación, cuando se tienen en cuenta las diferencias en el potencial genético, si es que éstas existen. Esto es especialmente cierto en países que están en vías de desarrollo. De esta forma, un estudio de crecimiento bien diseñado es un arma poderosa para medir la salud de una población, o para identificar a subgrupos de población cuya recepción de beneficios económicos y sociales es menor de la que debería ser".⁶

Los cambios en las políticas económicas han traído aparejados consecuencias importantes respecto de su población agudizando sus problemas sociales, fundamentalmente como consecuencia de decisiones de neto corte neoliberal. Debemos entender que estas políticas no son más que la expresión fragmentada de las relaciones de clase y en sentido ideológico manifiesta los rasgos básicos del modelo de acumulación.⁷

Precisamente, el aumento de la desnutrición y ciertos programas que surgen para paliar esta situación, pueden ser algunas de las consecuencias que trajo aparejado el derrumbe del Estado Benefactor al afectar tanto a la población como al sistema de salud.⁸

La evaluación de las intervenciones implementadas en el sector salud, basada en principios epidemiológicos, debe ser considerada como una práctica indispensable, cuyos resultados pueden y deben ser aplicados para facilitar la toma de decisiones en la búsqueda de estrategias de mayor efectividad, y a su

vez, para asegurar los mecanismos que orienten el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos, esto es, comprobar en qué medida se ha llegado a la población destinataria de las acciones previstas y a posteriori si se están mejorando efectivamente las condiciones de partida de estos grupos, según la visión y perspectiva de quien desarrolle la evaluación.⁹

El PROMIN -Programa Materno Infantil y Nutrición – Subproyecto Rosario. de carácter focalizado, como el programa Nutrirmás, ofrecía asistencia alimentaria a través de cajas de alimentos. El programa NUTRIRMÁS aporta tickets equivalente a dinero brindando autonomía a las familias para seleccionar los alimentos que desean comprar y consumir.

El PROMIN promovía la articulación de las acciones de salud, promoción social y educación para mejorar la calidad de vida de madres y niños. De modo similar el NUTRIRMÁS presenta tres ejes de trabajo: asistencia alimentaria, capacitación de las familias y controles de salud.

Un estudio de evaluación del PROMIN^a, realizado en dos centros de salud de la ciudad de Rosario durante 1998 muestra que la recuperación de los niños desnutridos, núcleo de interés en el marco de los objetivos programáticos, registró cifras por debajo del 37%. En nuestro estudio, realizado en un centro de salud, la cantidad de niños recuperados fue del 11%.¹⁰

En el PROMIN, para los niños desnutridos, la norma establecía un control quincenal, presentándose un cumplimiento del 80%. Esta cifra duplica en

^aAronna, A. Evaluación de un programa de política social: Programa Materno Infantil y Nutrición. Instituto de la Salud Juan Lazarte, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina Cad. Saúde Pública vol.22 n^o.2 Rio de Janeiro Feb. 2006.

porcentaje la encontrada en nuestro estudio (42%). El seguimiento de los niños fue , en promedio, de 8 meses, idéntico resultado encontrado en nuestra población.

En dicho estudio se señala que la evidencia empírica reunida pone de manifiesto que el nivel de implementación del PROMIN no resultó homogéneo. Si se evalúa la eficacia del programa, medido por los registros realizados en función de las normas, no podría ser calificado como satisfactorio. Se pone en discusión la eficacia de la propuesta en términos de la recuperación de los niños y hasta qué punto estas medidas parciales son útiles para aliviar situaciones de profunda crisis no resolviendo los problemas de fondo.¹⁰

En nuestra investigación los niños que se recuperaron (11 %) lo logran en menos de 6 meses de seguimiento respondiendo al objetivo del programa: recuperación nutricional de un 10% de los niños asistidos en un lapso de 6 meses a partir de la incorporación al mismo.

“ Los programas de corte asistencial sólo llegan a paliar en parte los cuadros de situación en los que desarrollan sus vidas grandes grupos poblacionales, donde el estado nutricional deficitario de los menores es uno de los indicadores de máxima vulnerabilidad. Las “soluciones” coyunturales incluidas en estos programas sólo son pinceladas, el círculo de la pobreza y de la malnutrición no acaba “. ¹⁰

Conclusión

La población estudiada comprendía a 65 niños incluidos en el “Programa de Detección y Asistencia Integral a niños en riesgo nutricional”:

De la población total de niños, el 56,9% correspondía al sexo femenino y el 43,1% al sexo masculino, por lo que no hay diferencia significativa entre los sexos.

El 20% de los beneficiarios del programa son menores de 2 años lo que pone en evidencia que al menos estos niños iniciaron su desnutrición a esta corta edad.

El 80% restante son mayores de 2 años. Teniendo en cuenta que se recuperó el 11% de los niños que conformaron la población en estudio, se podría inferir que esto se debe a la acumulación de niños desnutridos no recuperados y no a una mayor incidencia de la enfermedad en este grupo de edad.

Los niños habían ingresado al programa entre los meses de febrero a diciembre, registrándose el mayor porcentaje en los meses de febrero y marzo (66%) y el menor porcentaje en diciembre (3,1%). Esto podría deberse a que al inicio del programa se realizó mayor promoción del mismo en la comunidad y una búsqueda activa de los niños en condiciones de ingresar por parte de los agentes sanitarios del centro de salud.

Los niños recuperados fueron como ya se mencionó el 11% de la población, habiendo logrado este objetivo en un período menor a 6 meses de seguimiento tal como lo propone el programa en sus metas (ver anexo 3).

Del total de niños, el 58,5% no realizó la cantidad de controles de salud adecuados.

De los niños que continuaron desnutridos (58 niños que representan el 89,2%), el 34,5% realizó todos los controles correspondientes, mientras que el 65,5% no respondió a esta pauta. En cambio, la totalidad de los niños que se recuperaron realizó la cantidad de controles adecuados.

De todo esto se puede inferir que los controles de salud tiene una relación positiva en la recuperación de los niños, sin dejar de lado otras variables, especialmente aquellas vinculadas con los ejes del programa NUTRIRMÁS como son la asistencia alimentaria y la capacitación de las madres en los talleres.

Esta relación positiva que aparece entre el cumplimiento de los controles pautados y la recuperación nutricional de los niños podría relacionarse con el afianzamiento del vínculo entre el equipo de salud y la familia y todo lo que esto permite en materia de promoción de salud.

De los resultados de nuestro estudio de tipo descriptivo se desprenden ciertos supuestos, que no pretenden ser afirmaciones, sino nuevos interrogantes que podrían transformarse en objeto de investigación de futuros trabajos.

Centralmente nos planteamos cual es la influencia que tiene la asistencia alimentaria propiamente dicha y los programas de neto corte asistencial sobre la recuperación del estado nutricional de los niños, siendo la desnutrición infantil una problemática en la cual hablar de multicausalidad resulta reduccionista en función del complejo entramado que la determina.

Bibliografía

- 1) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: Estimaciones y proyecciones de Población. Serie 5. Análisis Demográfico, 2002.
- 2) Durán, D. La infancia en peligro en la Argentina. Fundación Educambiente Ecoportal, 2004.
- 3) Segunda Cátedra de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. Desnutrición infantil. El niño enfermo. Tomo 1. UNR editora, Rosario, marzo 2002.
- 4) Programa de detección y asistencia integral a niños en riesgo nutricional "Nutrirmás". Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria de la Provincia de Santa Fe y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Gacetilla, 2005.
- 5) Plan Nacional de Seguridad Alimentaria "El hambre más urgente". Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Gacetilla, 2005.
- 6) Escudero J. "Daños sociales por desnutrición". Cuadernos Médico Sociales. Nro. 25. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. Set. 1983.
- 7) Grassi, E.; Hintze, S. y Neufeld, M.R. Políticas sociales y sujetos de derecho. Una comparación entre las políticas educativas a nivel primario,

el subsector de obras sociales y las políticas de asistencia alimentaria. En Cuadernos Médico Sociales. Nro. 72. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. Nov. 1995.

- 8) Moscoloni, N y Satriano, C. Construcción y tratamiento del “dato” en un estudio sobre desnutrición infantil. CONICET, PIAD y CIUNR (Argentina) Cinta de Moebio No. 13. Marzo 2002. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- 9) Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales/Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Gestión integral de programas sociales orientada a resultados. Manual metodológico para la planificación y evaluación de programas sociales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1999.
- 10) Aronna, A. Evaluación de un programa de política social: Programa Materno Infantil y Nutrición. Instituto de la Salud Juan Lazarte, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina Cad. Saúde Pública vol.22 n°.2 Rio de Janeiro Feb. 2006.

Anexo

Anexo 1

Tabulación de los datos

	Sexo	Edad	mes de ingreso al programa	Controles realizados	nº de controles faltantes	Estado nutricional a diciembre de 2005	
						desnutrido	eutrófico
1	F	1 año, 1 mes	agosto	2	3	X	
2	F	1 año, 11 meses	febrero	5	6	X	
3	F	1 año, 3 meses	febrero	10	1	X	
4	F	10 meses	febrero	1	10	X	
5	F	2 años, 1 mes	setiembre	3	1	X	
6	F	2 años, 11 meses	marzo	9	1	X	
7	F	2 años, 11 meses	noviembre	1	1	X	
8	F	2 años, 7 meses	febrero	11	ninguno	X	
9	F	2 años, 7 meses	octubre	3	ninguno	X	
10	F	2 años, 7 meses	diciembre	1	ninguno	X	
11	F	2 años, 8 meses	febrero	8	3	X	
12	F	2 años, 8 meses	febrero	6	5	X	
13	F	2 años, 8 meses	febrero	11	ninguno	X	
14	F	2 años, 9 meses	febrero	11	ninguno	X	
15	F	3 años	febrero	10	1	X	
16	F	3 años	julio	3	3	X	
17	F	3 años, 11 meses	marzo	9	1	X	
18	F	3 años, 11 meses	abril	8	1	X	
19	F	3 años, 5 meses	marzo	3	ninguno		alta en junio
20	F	3 años, 7 meses	setiembre	3	1	X	
21	F	4 años	febrero	8	3	X	
22	F	4 años	febrero	11	ninguno	X	
23	F	4 años, 11 meses	febrero	11	ninguno	X	
24	F	4 años, 2 meses	febrero	9	2	X	
25	F	4 años, 3 meses	febrero	10	1	X	
26	F	4 años, 3 meses	marzo	8	2	X	
27	F	4 años, 3 meses	marzo	10	ninguno	X	
28	F	4 años, 3 meses	abril	5	ninguno		alta en setiembre
29	F	4 años, 5 meses	febrero	5	6	X	
30	F	4 años, 5 meses	agosto	5	ninguno	X	
31	F	4 años, 6 meses	febrero	10	1	X	
32	F	4 años, 6 meses	marzo	10	ninguno	X	
33	F	5 años, 1 mes	marzo	9	1	X	
34	F	5 años, 6 meses	marzo	5	ninguno		alta en agosto
35	F	6 años, 9 meses	marzo	1	9	X	

36	F	6 meses	agosto	5	ninguno		alta en diciembre
37	F	7 años, 9 meses	marzo	6	ninguno		alta en setiembre
38	M	1 año, 10 meses	noviembre	2	ninguno	X	
39	M	1 año, 11 meses	febrero	5	6	X	
40	M	1 año, 3 meses	marzo	9	1	X	
41	M	1 año, 5 meses	noviembre	1	1	X	
42	M	11 meses	febrero	11	ninguno	X	
43	M	2 años	febrero	10	1	X	
44	M	2 años	agosto	5	ninguno	X	
45	M	2 años	agosto	4	1	X	
46	M	2 años, 11 meses	febrero	11	ninguno	X	
47	M	2 años, 3 meses	setiembre	3	1	X	
48	M	2 años, 5 meses	abril	9	ninguno	X	
49	M	2 años, 6 meses	marzo	9	1	X	
50	M	2 años, 7 meses	febrero	11	ninguno	X	
51	M	2 años, 8 meses	julio	3	3	X	
52	M	3 años	marzo	10	ninguno	X	
53	M	3 años	marzo	4	ninguno		alta en julio
54	M	3 años, 1 mes	febrero	8	3	X	
55	M	3 años, 2 meses	febrero	10	1	X	
56	M	3 años, 2 meses	marzo	7	3	X	
57	M	4 años	agosto	1	4	X	
58	M	4 años, 2 meses	febrero	6	ninguno		alta en agosto
59	M	4 años, 2 meses	febrero	9	2	X	
60	M	4 años, 2 meses	febrero	9	2	X	
61	M	4 años, 5 meses	febrero	10	1	X	
62	M	5 años	marzo	8	2	X	
63	M	7 meses	setiembre	4	ninguno	X	
64	M	7 meses	octubre	3	ninguno	X	
65	M	9 meses	diciembre	1	ninguno	X	

Plan Nacional de Seguridad Alimentaria “El hambre más urgente”

En Argentina, todos los programas y planes que estaban destinados a la problemática alimentaria se unificaron en uno sólo “El hambre más urgente” que brinda:

- Asistencia alimentaria a familias en situación de riesgo social.
- Asistencia alimentaria directa en casos especiales (desnutridos y celíacos entres otros)
- Asistencia a comedores infantiles, escolares y comunitarios.
- Asistencia a huertas familiares, escolares y comunitarias.
- Asistencia a granjas familiares y comunitarias.
- Atención de la embarazada y el niño sano (estimulación temprana, desarrollo infantil y educación alimentaria entre otros).
- Asistencia técnica y capacitación.
- Equipamiento a efectores.
- Monitoreo y Evaluación.

De lo que se trata es de asegurar el acceso de la población vulnerable a una alimentación adecuada, suficiente, y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país.

Por eso se busca:

- Brindar asistencia alimentaria a las familias en situación de vulnerabilidad social.
- Facilitar la autoproducción de alimentos a las familias y redes prestacionales (comedores, centros comunitarios, jardines maternos, escuelas y otros).

- Fortalecer la gestión descentralizando fondos y asistiendo técnicamente a las jurisdicciones.
- Impulsar la integración de recursos nacionales, provinciales, municipales y facilitar la participación del tercer sector.
- Realizar acciones integrales en materia de Educación Alimentaria Nutricional, Cuidado de la Salud y Fortalecimiento de las familias en sus responsabilidades esenciales, involucrando a todos los actores sociales.
- Desarrollar acciones específicas dirigidas a grupos focalizados de riesgo.

Se desarrollan además acciones para asistir a la población con mayores necesidades y se trabaja activamente en identificar la complementariedad actual y potencial, para evitar las superposiciones y coordinar recursos y acciones para un abordaje integral de la problemática alimentaria.

No resulta menos importante el fortalecer las redes de servicios (salud, educación y sociales, entre otras) para ofrecer oportunidades a las personas, sus familias y la comunidad, facilitando las interacciones en aprendizajes mutuos y la accesibilidad para satisfacer sus necesidades básicas y el autosostenimiento. En este sentido, las principales acciones que se abordan son:

- Cuidado de la embarazada y el niño sano a través del Plan Materno Infantil.
- Promoción del desarrollo infantil y respaldo a las familias en la crianza de sus hijos.
- Promoción de la salud de la población a través de efectores capacitados.
- Impulso a la culminación de la escolaridad básica en las madres.
- Educación alimentaria nutricional para las familias.

- Cuidado de los aspectos sanitarios y bromatológicos de los alimentos.

Modalidades de intervención:

En un marco de cooperación técnica para una mejor gestión, se transfieren recursos y se financian proyectos en las provincias. Dichos proyectos deben incluir acuerdos con los municipios y la sociedad civil, para prestaciones en el territorio sobre:

- Atención del niño sano y a la embarazada con entrega de leche fortificada.
- Asistencia Alimentaria: módulos alimentarios para las familias, comedores escolares, infantiles y comunitarios.
- Autoproducción de alimentos para el consumo familiar y comunitario: huertas, granjas, elaboración de alimentos.
- Tickets alimentarios.
- Promoción comunitaria, capacitación, educación alimentaria nutricional, y promoción del desarrollo infantil.
- Equipamiento a efectores.

El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria ha sido creado bajo un sistema de carácter federal, donde el nivel nacional aporta fondos a las provincias que suscribieron los convenios correspondientes. A su vez, las provincias establecen la modalidad de ejecución (centralizada – descentralizada - mixta) según el tipo de prestación a implementar.

Los organismos responsables de la ejecución del Plan son los Ministerios de Desarrollo Social y Salud en el ámbito nacional, y los gobiernos provinciales y municipales en sus respectivas jurisdicciones.

Los organismos del nivel nacional tienen a su cargo el financiamiento, la cooperación técnica para la gestión y el seguimiento de las acciones y resultados.

Por su parte, los ministerios provinciales constituyen un ámbito de análisis y coordinación de Políticas Sociales y elaboran su plan de acciones integrales para abordar la problemática alimentaria nutricional en sus jurisdicciones; ejecutando las prestaciones en forma directa, centralizada o descentralizada mediante recursos materiales o financieros a los municipios para que sean gestionados localmente. En todos los casos, la provincia tiene la responsabilidad de velar por una distribución equitativa; realizar el monitoreo; coordinar con todos los sectores intervinientes; y dar cuenta de la utilización de los fondos.

La coordinación efectiva de las acciones y el impulso para la conformación de una red de efectores para la prestación de bienes y servicios se realiza en los municipios y localidades. La sociedad civil, dado que en numerosos casos integra la red de efectores, participa en las prestaciones del Plan, como por ejemplo, en los comedores comunitarios administrados por las organizaciones no gubernamentales (ONG).

Anexo 3

Programa de detección y asistencia integral a niños en riesgo nutricional.

(original)