

FERNANDO LONGHI* y IANINA TUÑÓN**

*Instituto Superior de Estudios Sociales (CONICET-UNT) y Universidad Nacional de Santiago del Estero

**Observatorio de la Deuda Social Argentina, Universidad Católica Argentina

Pobreza y desnutrición infantil en la provincia de Santiago del Estero, Argentina, 2010-2020. Algunas precisiones a partir de las intervenciones de una organización de la sociedad civil

RESUMEN

Los avances en el combate de la desnutrición infantil en la región de Latinoamérica son relevantes. La Argentina es uno de los países mejor posicionado en relación a este problema, pero registra persistentes desequilibrios geográficos que afectan a las infancias del noroeste y nordeste. Este artículo se focaliza en indicadores nutricionales de Santiago del Estero, provincia estructuralmente pobre del noroeste, y en una población de niños/as con problemas nutricionales que han participado de una intervención social integral realizada por la Asociación Civil Haciendo Camino. Con base en los registros administrativos de esta asociación (2010-2022) se realiza un análisis de las particulares carencias nutricionales de los niños/as participantes de la intervención social. Entre los principales hallazgos se destaca el incremento de los problemas de sobrepeso y obesidad, el mayor impacto de la intervención social sobre el riesgo nutricional y el sobrepeso, y los límites de la intervención para incidir en la baja talla y baja talla grave que son más frecuentes en menores de un año, y en la desnutrición grave. Uno de los principales desafíos que se enfrenta desde las intervenciones sociales es evitar el elevado índice de abandono e intermitencias del tratamiento.

RÉSUMÉ

Pauvreté et malnutrition infantile dans la province de Santiago del Estero, Argentine, 2010-2020. Quelques précisions issues des interventions d'une organisation de la société civile. - Les avancées dans la lutte contre la malnutrition infantile dans la région latino-américaine sont importantes. L'Argentine est l'un des pays les mieux positionnés par rapport à ce problème, mais elle enregistre des déséquilibres géographiques persistants qui affectent les enfants du nord-ouest et du nord-est. Cet article se concentre sur les indicateurs nutritionnels à Santiago del Estero, une province structurellement pauvre du nord-ouest, et sur une population d'enfants souffrant de problèmes nutritionnels qui ont participé à une intervention sociale globale menée par l'Association civile Haciendo Camino. Sur la base des dossiers administratifs de cette association (2010-2022), une analyse des carences nutritionnelles particulières des enfants participant à l'intervention sociale est réalisée. Parmi les principaux résultats, on distingue l'augmentation des

problèmes de surpoids et d'obésité, l'impact plus important de l'intervention sociale sur le risque nutritionnel et le surpoids, et les limites de l'intervention pour influencer le retard de croissance et le retard de croissance sévère, qui sont plus fréquents chez les enfants de moins d'un an et en cas de malnutrition sévère. L'un des principaux défis auxquels sont confrontées les interventions sociales est d'éviter le taux élevé d'abandon et le traitement intermittent.

ABSTRACT

Poverty and child malnutrition in the province of Santiago del Estero, Argentina, 2010-2020. Some precisions from the interventions by a civil society organization. - The advances in the eradication of child malnutrition in the Latin American region are relevant. Argentina is one of the best positioned countries in relation to this problem, but it registers persistent geographical imbalances that arise in children in the northwest and northeast. This article focuses on nutritional indicators in Santiago del Estero, a structurally poor northwestern province, and on a population of children with nutritional problems that have taken part in a comprehensive social intervention carried out by the Haciendo Camino Civil Association. Based on the administrative records of this association (2010-2022), an analysis of the particular nutritional deficiencies of the children participating in the social intervention is carried out. Among the main findings, the increase in overweight and obesity problems stands out, the greater impact of social intervention on nutritional risk and overweight, and the limits of the intervention to influence stunting and severe stunting, which are more frequent in children under one year of age, and in severe malnutrition. One of the main challenges faced by social interventions is to avoid the high rate of abandonment and intermittent treatment.

PALABRAS CLAVE/MOTS CLÉ/KEYWORDS

Pobreza, problemas nutricionales, infancia, intervenciones sociales, desigualdades geográficas.
Pauvreté, problèmes nutritionnels, enfance, interventions sociales, inégalités géographiques.
Poverty, nutritional problems, childhood, social interventions, geographic inequalities.

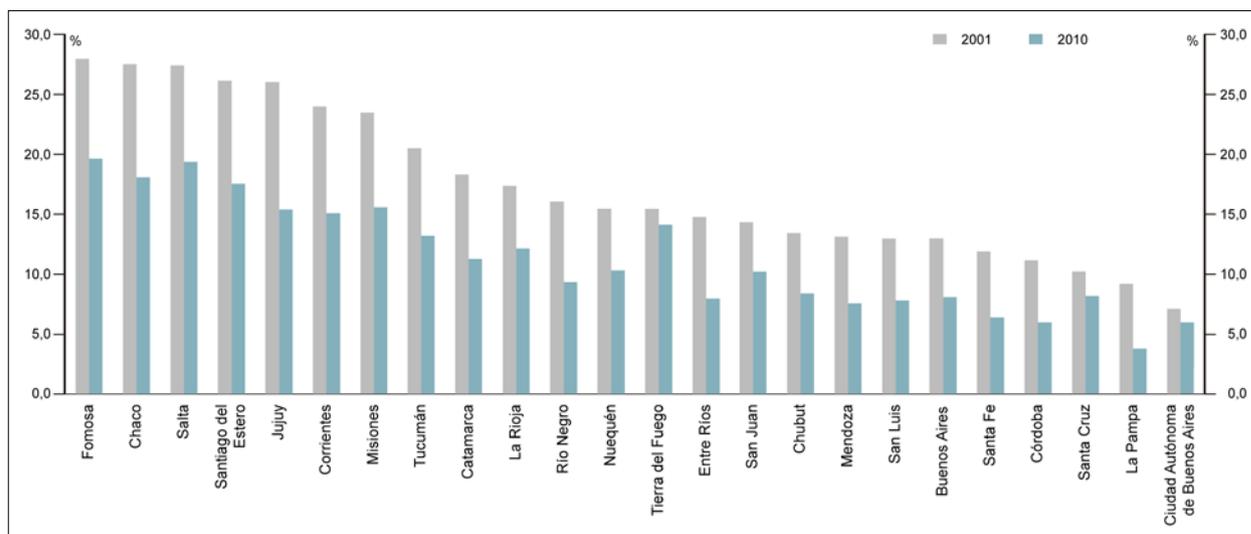


FIG 1. Necesidades básicas insatisfechas por jurisdicciones provinciales de la Argentina para los años 2001 y 2010 expresado en porcentaje de hogares. Fuente: censos nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

I. INTRODUCCIÓN

La provincia de Santiago del Estero se inserta sobre una extensa llanura que se haya ubicada a unos 200 metros sobre el nivel del mar. Constituye un ambiente árido y semiárido donde se subraya la presencia del bosque nativo como uno de los recursos naturales de mayor importancia. Sobre este ambiente, la presencia humana se destaca como una de las de mayor raigambre en la historia nacional. En efecto, a la presencia aborígen —de gran desarrollo y extensión— se superpuso luego la colonización española, la cual —mediante la fundación de ciudades y asentamientos rurales— consolidó la presencia humana en el territorio y tuvo su impacto para la colonización regional (LORANDI y LOVERA, 1972; ROSSI y BANZATO, 2018).

Hacia el año 2010, la provincia presentaba 874.006 habitantes, de los cuales el 68,7% residía en ámbitos urbanos y el 31,3% en espacios rurales. La explotación forestal constituye la actividad económica más importante de la provincia, y se explica por la preeminencia que tiene el bosque chaqueño sobre su territorio. Sin embargo, durante las últimas décadas, la deforestación se ha convertido en una grave problemática en Santiago del Estero, la cual actualmente lidera el *ranking* mundial de desmontes (GÓMEZ LENDE, 2021). Se destaca también en sus actividades productivas las tareas agrícolas, las cuales se concentran entre los ríos Salado del Norte y Dulce. Gracias al riego se cultiva trigo, maíz, alfalfa, lino, algodón y frutales. El ganado más abundante es el caprino, y

le siguen, en menores escalas, bovinos, lanares, caballares, porcinos y asnales. El campesino es un protagonista central de la estructura productiva en el medio rural santiagueño, a pesar de destacar una importante disminución de su volumen, ya que muchos de ellos se estarían afincando en pueblos de mayor tamaño o emigrando hacia los márgenes de las principales ciudades motivados por la expansión de la frontera agrícola (MÁRQUEZ, 2021).

A este atributo de ser precursora en el proceso de territorialización del norte argentino y una preeminencia de actividades primarias en su perfil productivo se suma el atributo de pobreza (PAZ y JARA, 2012). En efecto, la población santiagueña, según distintas medidas, se ha caracterizado por sus máximos niveles de pobreza en relación al resto de provincias del país. Una rápida mirada sobre un indicador clásico de pobreza como el de las *necesidades básicas insatisfechas* (NBI) permite ilustrar esta situación. En 2010, Santiago del Estero conformaba el grupo de las cuatro provincias más pobres del país. Idéntica situación se presentaba también en 2001, dando cuenta de la estructuralidad del problema de la pobreza en esta provincia (Fig. 1).

Asimismo, datos más actualizados de la última década, para población urbana de Santiago del Estero y la Banda, permiten advertir que una proporción muy significativa de la población se mantiene en situación de pobreza monetaria aun en el marco de una tendencia levemente positiva, y en la que claramente la población de niños/as en edades tempranas (0 a 5 años) es la más vulnerable a la misma. En efecto, en 2010, la población de niños/as

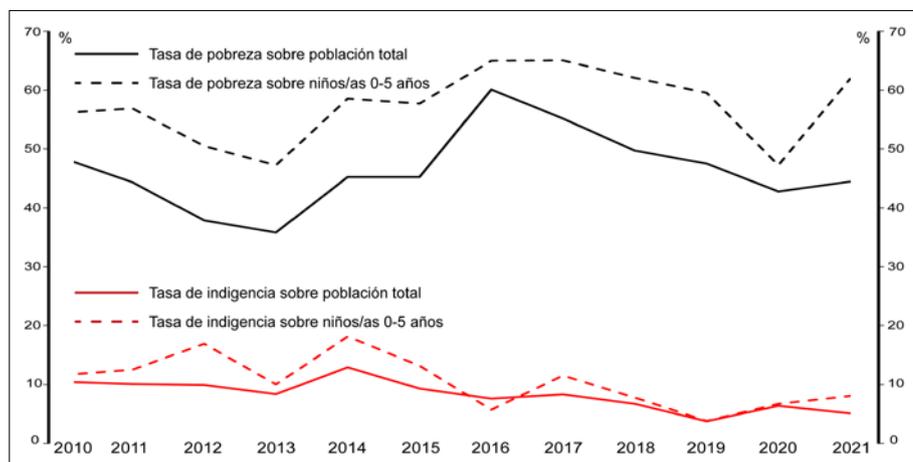


FIG. 2. Pobreza e indigencia monetaria en la jurisdicción de Santiago del Estero y La Banda, 2010-2021. Fuente: *Encuesta permanente de hogares* (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC).

alcanzaba una tasa de pobreza 14 % superior a la estimada para la población total y en 2021, superior en un 39 %. Mientras que la tasa de indigencia pasó de una brecha del 11,5 % al 56,8 %, respectivamente. Es decir que, más allá de las variaciones en las incidencias, la propensión de la población infantil a la pobreza e indigencia se ha incrementado en relación con la población total (triplicado en el caso de la pobreza y casi quintuplicado en el caso de la indigencia). Los niños/as en su primera infancia son los más pobres entre los pobres y es una tendencia que se ha incrementado en la última década en Santiago del Estero.

Bajo esta línea argumental, y tal como menciona Kliksberg (2009), la pobreza no es inocua, mata y enferma. Tal impacto en la enfermedad y mortalidad lo analizaremos específicamente vinculado al problema de la desnutrición infantil en años recientes. Sin embargo, dado el carácter estructural de la pobreza en la provincia mencionada y la profundidad que esta adquiere en términos de antigüedad, indagamos sobre antecedentes que permitieran caracterizar las problemáticas nutricionales de la población infantil en este territorio. Ambos procesos analíticos colaboran para identificar los patrones actuales que caracterizan a ambos fenómenos. De esta manera, un diagnóstico situacional adecuado permitirá la definición e identificación de propuestas de intervención adecuadas. Responder a los interrogantes sobre qué características asumen la pobreza y la desnutrición infantil en esta provincia, cómo han evolucionado estos indicadores, dónde se concentran, qué magnitudes alcanzan las distintas problemáticas nutricionales en la infancia y, finalmente, cómo valorar la actuación de una asociación cuyo objetivo es el tratamiento de la desnutrición infantil se han constituido en preguntas centrales que procuramos responder a lo largo de este escrito.

II. POBREZA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL: ALGUNAS PRECISIONES CONCEPTUALES

La nutrición en los seres humanos es un proceso complejo que involucra la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos para alcanzar el crecimiento, desarrollo y mantenimiento del organismo. De esta manera, el estado nutricional de una persona constituye el resultado de la alimentación que ha sostenido a lo largo de toda su vida (BORDA PÉREZ, 2007). El estado nutricional es definido como la condición resultante del balance entre la ingesta de nutrientes y el gasto energético que produce el organismo. En este sentido, es producto de, por lo menos, tres factores concurrentes: *a*) la disponibilidad de alimentos que se incluye en el contexto político-económico y que condiciona la producción y distribución de dichos alimentos; *b*) los hábitos alimentarios que derivan de condiciones geográfico-climáticas mediatizadas por influencias culturales (educación, costumbres, creencias); y *c*) los requerimientos correspondientes a cada una de las etapas del ciclo de vida (OYHENART y otros, 2008).

Al considerar el crecimiento y sus patrones, estos muestran marcada heterogeneidad inter- e intrapoblacional, y evidencian el estado nutricional, la salud y la calidad de vida de las poblaciones (ALFARO, VÁZQUEZ, BEJARANO y DIPIERRI, 2008). Históricamente ha existido una tendencia generalizada a considerar, en los países en vías de desarrollo y particularmente en las zonas rurales, el predominio de la desnutrición por encima del sobrepeso, y el exceso de peso como característico de los grupos de alto nivel socioeconómico (MÉNDEZ, MONTEIRO y POPKIN, 2005). Sin embargo, han ocurrido modificaciones en los patrones de alimentación y de activi-

dad física en el contexto de enormes transformaciones económicas, sociales y demográficas, que impactaron en el estado de salud de la población (PEÑA y BACALLAO, 2000; POPKIN, 2006).

En el tramo de edad infantil en particular las consecuencias del déficit nutricional son severas y con impactos de corto, mediano y largo plazo, entre los que se destacan la sinergia con otras enfermedades, producto de sistemas inmunológicos debilitados, como un mayor riesgo de deserción escolar e inserción precaria en las actividades productivas, consecuencia a su vez de deterioros cognitivos y cerebrales. En Argentina, los datos reportados por la *Encuesta nacional de nutrición y salud de 2018-2019* evidenciaron que en la población de niños/as y adolescentes la prevalencia de delgadez fue del 1% mientras que la baja talla alcanzaba el 4%, con valores inferiores en aquellos grupos pertenecientes a familias de mayores ingresos. Esta situación coexistía con el 41% de jóvenes que presentaban exceso ponderal, en proporciones iguales de sobrepeso y obesidad (MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, 2019). Sin embargo, y si bien estas cifras permiten una aproximación a la situación nutricional a escala nacional, existen importantes variaciones entre regiones y provincias e, incluso, hacia el interior de estas últimas (MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, 2018), situación que se profundiza en contextos de pobreza estructural y persistente como el que caracteriza a la provincia bajo estudio.

Los avances en el combate de la desnutrición infantil en la región de Latinoamérica son relevantes. No obstante, se advierten fuertes asimetrías entre países y en el interior de los mismos. Si bien la Argentina es uno de los países mejor posicionado en relación a este problema en la región de Latinoamérica y ha seguido una tendencia positiva, también registra desequilibrios geográficos que afectan a las infancias en regiones como el noroeste y nordeste argentino, en las que suele ser noticia el fallecimiento de niños/as por desnutrición infantil (*EL PAÍS*, 2020; *LA NACIÓN*, 2022).

Existe amplio consenso en torno a que los problemas de desnutrición infantil de la Argentina como en tantos otros países de la región guardan correlación con la pobreza extrema y privaciones en el acceso a los alimentos, pero también con el déficit de acceso a agua potable, alcantarillado y servicios adecuados de saneamiento. Los problemas de acceso al agua potable son fundamentales y persistentes en regiones de la Argentina. Justamente, los niños/as desnutridos tienen una menor resistencia a las infecciones y más probabilidades de morir como consecuencia de enfermedades infantiles comunes, tales

como las diarreicas y las infecciones respiratorias. Pero también incide de modo estructural el bajo clima educativo del hogar y en particular de la madre. Los requerimientos nutricionales de los niños/as de entre los 0 y 3 años son muchos y particulares, y para satisfacerlos dependen de cuidadores afectivos que muchas veces carecen de los recursos para acceder a los alimentos, pero también de los conocimientos para tomar decisiones adecuadas y a tiempo (SMITH y HADDAD, 2000; CORTEZ, 2002). Son múltiples los factores asociados. También se suman en algunos países y regiones la situación de pertenencia de comunidades originarias con otros patrones socioculturales, y el impacto de la altitud en el clima que en su combinación con otras carencias aumentan la probabilidad de desnutrición infantil.

Las consecuencias que tiene experimentar la desnutrición infantil son conocidas en términos de las limitaciones que impone al desarrollo cognitivo, y su impacto en la depreciación del sistema inmunológico (GAJATE e INURRITIGUI, 2002). Los niños/as que sobreviven a la situación de desnutrición infantil ven disminuidas sus oportunidades de desarrollo de capacidades para aprender, pero también para socializar e integrarse a diferentes entornos sociales. Es decir, que la experiencia de la desnutrición tiene efectos nocivos no reversibles sobre los individuos y entornos sociales (UNICEF, 2006).

Las múltiples causas del problema interpelan sobre las soluciones. Las intervenciones nutricionales directas, orientadas a mejorar la dotación de alimentos y micronutrientes, no serían suficientes. Todo indica que se requieren intervenciones complementarias vinculadas a las condiciones de salubridad del medio ambiente de vida, pero también para mejorar la formación integral de los recursos humanos que cuidan a los niños/as, mayormente de sus madres. Un trabajo reciente de Mamani (2021) evaluó en qué medida el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres, Juntos, contribuye a la merma de la desnutrición crónica infantil en la zona rural del Perú, en el periodo 2016-2018, y determinó el efecto de la educación de la madre en dicho problema.

En algunos países de la región se han implementado programas especialmente orientados al tratamiento de la desnutrición crónica infantil. Una de las principales conclusiones ha sido radical en el abordaje del problema. Se ha identificado claramente la difícil reversión de la desnutrición en la infancia apelando a una única intervención, y se ha constatado la necesidad de abordajes múltiples para dicho tratamiento (FRANCKE y ACOSTA, 2020).

Keats y otros (2021) sintetizan muy bien el conocimiento existente y que goza de amplio consenso en torno

a que las estrategias indirectas de nutrición orientadas a la prevención como, por ejemplo, la atención previa a la concepción, el acceso al agua segura de red, el saneamiento y la promoción de la higiene, aplicadas dentro y fuera del sector de la atención de la salud, también brindan importantes beneficios nutricionales. No obstante, se requiere un mayor esfuerzo para mejorar la cobertura de las intervenciones, especialmente en las poblaciones más vulnerables. La comunidad científica en general reconoce la concurrencia de condiciones, como, por ejemplo, el retraso en el crecimiento y sobrepeso, o retraso en el crecimiento y emaciación, y la necesidad de acciones de doble o triple función, destacando así la necesidad de abordar la doble carga de la malnutrición (desnutrición y sobrepeso y obesidad). Además de las intervenciones con suplementación de micronutrientes múltiples en el embarazo y en los primeros años de vida (alimentación complementaria, suplementos de vitaminas y alimentos enriquecidos), se sugiere el método madre canguro para recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, el pinzamiento tardío del cordón umbilical para recién nacidos prematuros, la promoción y asesoramiento sobre lactancia materna, la educación con suministro de alimentos en situaciones de inseguridad alimentaria, la planificación familiar y espaciamiento de nacimientos, entre otros.

III. FUENTES Y MÉTODOS

La principal fuente de información utilizada son los registros de la Asociación Civil Haciendo Camino (ACHC), la cual constituye una asociación sin fines de lucro surgida en la provincia de Santiago del Estero y que desde 2006 trabaja ininterrumpidamente para mejorar los parámetros nutricionales de niños/as. Estos son controlados por nutricionistas y sus madres reciben consultoría en nutrición. De acuerdo al diagnóstico, retiran del centro de la ACHC leche, suplementos vitamínicos o leches especiales. Asimismo, los niños/as son controlados por una estimuladora temprana en consultorio, y sus madres son capacitadas para poder incentivar el desarrollo de sus hijos/as. A su vez, en los centros funcionan espacios de jardín y salas de estimulación grupal. Esta asociación lleva adelante otros programas que no son considerados en el presente artículo pero que dan cuenta de un abordaje integral de las familias en situación de vulnerabilidad social¹.

La asociación aplica criterios de elegibilidad de tipo social y de no existir ninguno se realiza una evaluación según criterios nutricionales. Dentro de los criterios sociales se verifica si se cumple alguna de las siguientes condiciones, acontecimientos que entre 2010 y 2022 tuvieron la siguiente incidencia: madre adolescente (33,3 %); madre a la cual se le haya muerto un niño/a por alguna enfermedad evitable (5,7 %); madre jefa de hogar (único adulto que en la casa puede trabajar) (12,1 %); madre discapacitada (2,6 %); madre con más de 5 hijos menores de 12 años (5,1 %); madre analfabeta (7,3 %); hijos/as menores de 12 años que no asisten a la escuela (1 %); madre o niño/a indocumentado (7,1 %); madre derivada del Programa Embarazadas² (25,9 %).

Solo en el caso de no cumplimiento de alguno de estos requerimientos se da paso a la evaluación nutricional por parte del especialista, donde se identifican los problemas del déficit nutricional a partir de tres criterios:

- a) Diagnóstico percentilar: con este criterio se comparan los datos individuales de peso y talla de niños y niñas con los parámetros de una población de referencia (en este caso la población infantil argentina), tomando las tablas construidas para tal fin por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Constituye un criterio muy utilizado por su fácil y rápida interpretación en curvas de referencia. En la mayoría de distribuciones, se considera normal un percentil entre el 3 y 97. En este caso, la combinación de variables distingue en las bases seis categorías nutricionales: bajo peso (por debajo del percentil 3), baja talla (peso normal y talla por debajo del percentil 10), riesgo nutricional (peso entre percentil 3 y 10), normal, sobrepeso (peso por encima del percentil 90) y obesidad (peso por encima del percentil 97).
- b) Diagnóstico ponderal (peso): tanto con este criterio como con el diagnóstico de talla se utilizan las «Curvas del patrón de crecimiento infantil de la OMS» para evaluar el crecimiento de los niños/as desde el nacimiento hasta los 5 años. Una forma de transformar las distribuciones de frecuencia de manera que siempre utilicen la misma escala

² Se trata de otro programa que desarrolla la ACHC orientado a la formación y acompañamiento de mujeres embarazadas en situación de alta vulnerabilidad social. Se promueve los cuidados y el desarrollo del vínculo madre-hijo/a desde el período de gestación. Las futuras mamás son controladas por profesionales y participan de charlas que las preparan para la maternidad. Además, se organizan talleres prácticos en los que las madres confeccionan ropa o juguetes para sus bebés (<<https://haciendocamino.org.ar/programas/>>).

¹ Véase <<https://haciendocamino.org.ar/>>.

es a través del puntaje Z o puntaje estandarizado. Constituye un criterio estadístico universal, y consiste en especificar en qué medida un valor determinado se aparta de la media. Permite distinguir grados de desnutrición de acuerdo a dicho puntaje, por ejemplo cuando el peso para la edad (en menores de dos años) o el peso para la talla (en mayores a dos años) se encuentra en -1 y -2 desviaciones estándar se reconoce una desnutrición leve; cuanto estos indicadores se presentan entre -2 y -3 desviaciones estándar se precisa una desnutrición moderada, y, finalmente cuando está por debajo de -3 desviaciones estándar se diagnostica una desnutrición grave. Por el contrario, puntajes por encima de 1 desviación reconocen sobrepeso, entre 1 y 2 desviaciones estándar identifican obesidad y por encima de tres desviaciones identifican obesidad severa.

- c) Diagnóstico de talla: en lugar de analizar el peso para la edad como en el caso anterior se utiliza la talla para la edad de dichos puntajes Z. Se distinguen dos categorías deficitarias: baja talla (con puntajes Z entre -2 y -3 desviaciones estándar) y baja talla grave (puntajes por debajo de -3 desviaciones).

Estos criterios se replicaron en el análisis realizado, y permitieron detectar las prevalencias y las características que asume el problema según diferentes variables sociodemográficas. En este período de tiempo ingresaron 5.782 niños/as a la asociación. Casi la totalidad de estos tenían menos de cinco años, siendo los niños/as menores de un año el grupo más importante (60%). Se destacan, en tal sentido, 2.759 niños/as que ingresaron por criterios nutricionales, y 2.808 por criterios sociales. Entre los criterios sociales destaca por su prevalencia la maternidad adolescente y la derivación por el Programa Embarazadas. Respecto a esto, cabe mencionar que el embarazo adolescente es un problema estructural en la provincia de Santiago del Estero, la cual reúne una de las mayores prevalencias nacionales, cifra solo superada por Formosa, Misiones y Chaco (PANTELIDES y BINSTOCK, 2007; UNICEF, 2019), magnitudes estas que a su vez se exacerbaban en ámbitos rurales.

Mediante el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010 se obtuvo información sociodemográfica, específicamente la relacionada con hogares pobres definidos con el método de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Dicho método, basado en una concepción multidimensional de la pobreza, identifica hogares

que sufren algún tipo de privación (educativa, sanitaria, de vivienda, etc.) y, al calcular con el total de hogares en cada área, se identifica una prevalencia de pobreza (FERES y MANCERO, 2001)

También se utilizó como fuente de información el Programa Nacional de Estadísticas Vitales, desde donde se obtuvo información sobre defunciones según edad y causa. Sobre la base de la identificación de causas vinculadas a la desnutrición en menores de cinco años se construyó una tasa de mortalidad y una de egresos hospitalarios por desnutrición en menores de cinco años. Dicho indicador relacionó dichas causas de desnutrición con la población estimada de menores de cinco años a nivel departamental³. Con este proceso se obtuvo una caracterización previa al análisis del impacto de ACHC.

IV. EL PROBLEMA DE LA DESNUTRICIÓN EN EL PASADO REMOTO SANTIAGUEÑO

La referencia de mayor antigüedad y riqueza —que constituye una clara muestra de la antigüedad del problema— es la proporcionada en 1937 por el senador Alfredo Palacios, la cual quedó explícita en el *Diario de sesiones* de la Honorable Cámara de Senadores de la Nación. Menciona en los escritos de su viaje por distintas localidades santiagueñas «la caravana dolorosa de millares y millares de niños, con los ojos sin luz, con el pecho enjuto, desnutridos, miserables y enfermos, que se arrastran por las campañas argentinas llenas de sol» (PALACIOS, 1937, p. 117). Distinguía, además del hambre crónica de la niñez, sus condiciones de salud, donde coexistían el tracoma y el paludismo, así como también el contexto de carencias estructurales sobre el cual se desarrollaba la vida:

Las viviendas son miserables, construidas con ramas y latas, casi siempre, a veces de madera y barro, carecen en absoluto de la más elemental higiene y son el refugio de toda clase de insectos

³ La categoría de desnutrición infantil está integrada por las siguientes patologías de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a revisión: anemias por falta de hierro (D50), anemia por deficiencia de vitamina B12 (D51), anemia por deficiencia de folatos (D52), otras anemias nutricionales (D53), Kwashiorkor (E40), marasmo nutricional (E41), Kwashiorkor marasmático (E42), desnutrición proteínocalórica (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).

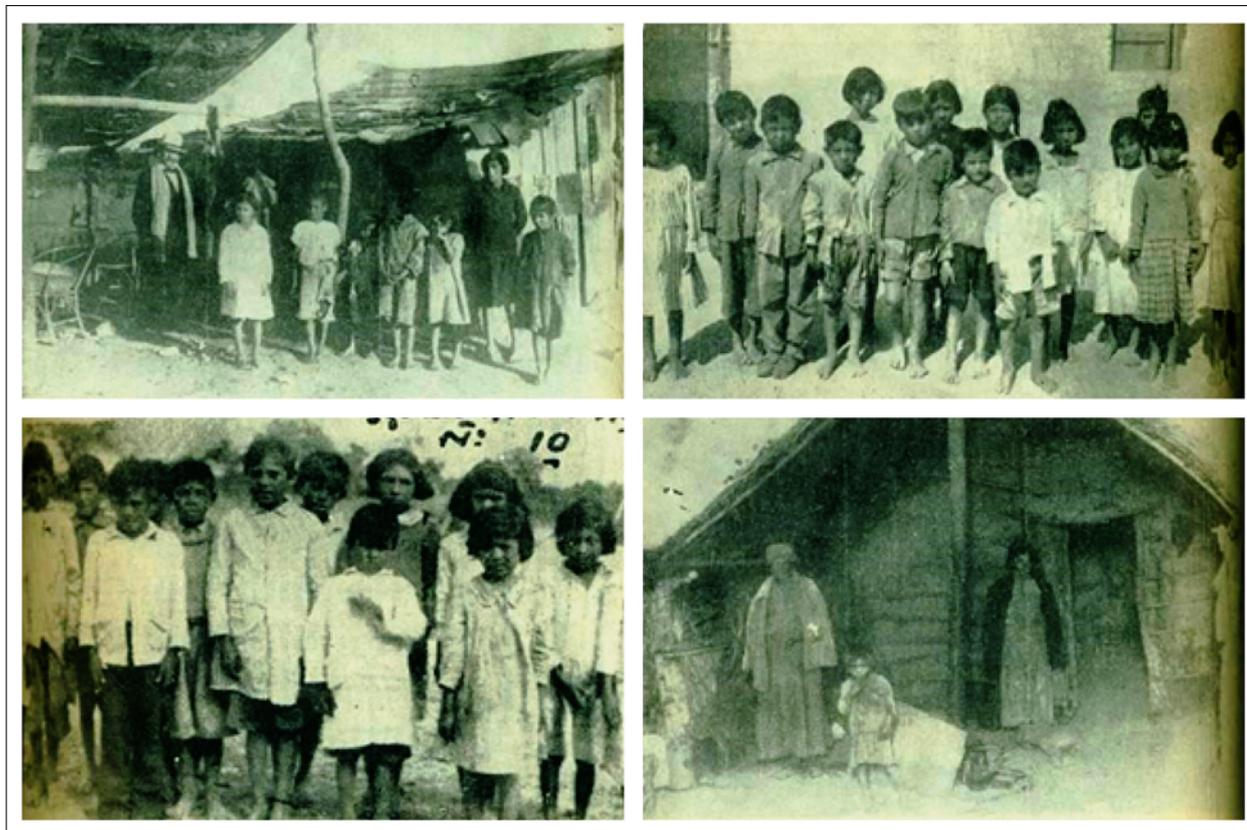


FIG. 3. Pobreza estructural en el norte argentino durante 1937: arriba a la izquierda, *Tucumán núm. 21*; a su derecha, *Niños descalzos y andrajosos en las escuelas de Santiago del Estero*; abajo a la izquierda, *Grupo de niños pobres y desnutridos en una escuela de Santiago del Estero*; por último, a la derecha, *Tucumán núms. 15 y 16*. Fuente: Palacios (1937).

que producen las más diversas enfermedades. La falta de *water-closet* y la convivencia de los seres humanos con los más variados animales favorecen la infección [PALACIOS, 1937, p. 130].

La alimentación evidentemente no era adecuada en cantidad y calidad, destacando en su relato la ausencia de consumo de proteínas, especialmente de alto valor biológico (de origen animal), así como también la presencia de una alimentación basada en el consumo de carbohidratos. Mencionaba que «el alimento de todo el día era, con muy contadas excepciones, mate cocido, mazamorra sin leche y loco sin carne» (PALACIOS, 1937, p. 131).

Esto generaba una percepción trágica del problema, ante lo cual expresaba:

Yo he visto niños tristes, sin luz en los ojos, que denotan una atención dispersa, delgados, de piel pálida, cetrina o terrosa, de flacidez marcada, mucosa de los párpados descolorida, pecho enjuto. Falta de curiosidad, inactivos. Yo los he visto en el aula oscura y estrecha, de piso de ladrillo, a veces sin paredes, que son reemplazadas con lonas [PALACIOS, 1937, p. 133].

Estas descripciones ponen de manifiesto el déficit nutricional de los escolares, en donde los signos físicos denotan no solo la presencia de un peso corporal inadecuado (delgadez, pecho enjuto), sino, además, múltiples signos clínicos que evidencian la alteración de los componentes corporales con disminución del tejido magro (flacidez), el compromiso del sistema nervioso (pérdida de concentración, desinterés, tristeza), las carencias de micronutrientes, siendo evidente la referencia a la presencia de anemias nutricionales entre los niños y niñas (mucosas descoloridas, palidez). Asimismo, estudios más recientes comprobaban la sinergia entre desnutrición y paludismo, siendo una de las problemáticas de mayor prevalencia y gravedad en las áreas rurales del Noroeste Argentino en general en la primera mitad del siglo XX (CARTER, 2010).

La condición de pobreza y desnutrición que caracterizaba a la sociedad santiagueña del siglo XX encontraba correlato en la producción literaria regional. La amplia difusión de libros infantiles de Jorge W. Ábalos, por

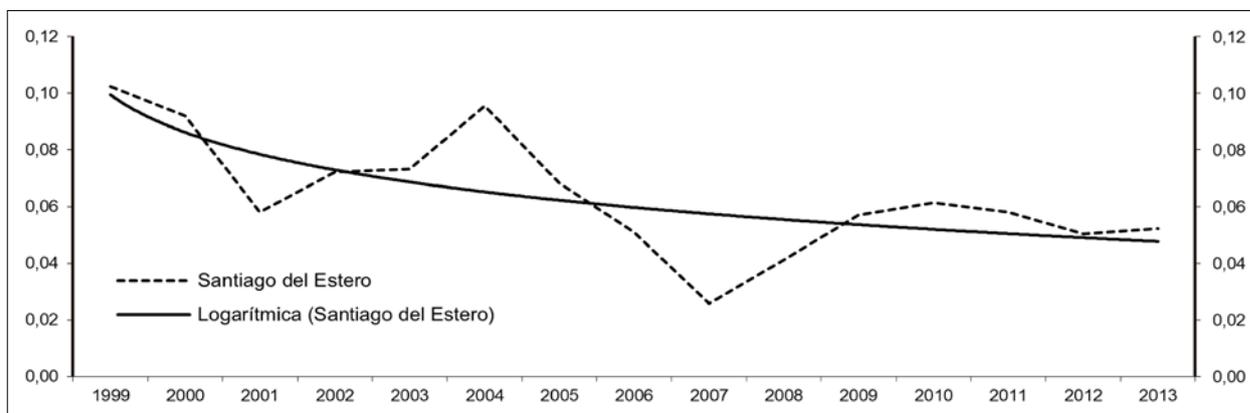


FIG. 4. Fallecimientos de menores de cinco años por desnutrición respecto al total de decesos en ese rango de edad en la provincia de Santiago del Estero (período 1999-2013). Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

ejemplo, hace referencia al terrible poder de una geografía despiadada que arrastraba vidas infantiles; muchas de ellas originadas en la carencia. Al respecto, Rivas (2002) menciona que «el hambre es un fantasma que ronda por estos cuentos [...]. El inolvidable día en que los niños de la escuela comen hasta quedar satisfechos, todos tienen sonrientes los ojos y una serenidad desconocida en la cara» (RIVAS, 2002, p. 291).

La visita de Palacios transcurre en el contexto descrito por Ábalos, con posterioridad a una de las mayores sequías que afectó el norte argentino en el año 1937, que significó pérdidas de *stock* ganadero superiores al 80% y la hambruna más notable en la historia contemporánea santiagueña. La emergencia alimentaria quedó claramente plasmada en una nota de la prensa local de la época, que con posterioridad rescata Tasso (2011) y que mostraba —a la vez— el cuadro típico a partir del siguiente diálogo:

[...] En el mes de septiembre, cuando la desolación era ya total, los muchachos empezaron a faltar a clase. Los pocos que concurrían daban lástima. Ya en la primera hora de clase, se me desmayaban de a dos, tres y cuatro alumnos. Un día pregunté a uno:

—¿Qué comiste anoche?

—Nada, maestro,

—¿Y a la mañana?

—Nada, maestro.

—¿Cuándo comiste la última vez entonces?

El muchacho, un indiecito flaco con los ojos desencajados y los labios partidos y pálidos de anemia, pensó un rato y me contestó:

—El jueves probé tortilla...

Era un domingo. Aquella pobre criatura se había pasado tres días sin probar bocado. Últimamente comprobé que los alumnos durmiéndose en la clase, mascaban y mascaban una pasta negra. Hice una averiguación y comprobé que los padres les daban tabaco a sus hijos para estragarles el estómago y quitarles el apetito [p. 28].

La Figura 3 resulta de este viaje de Palacios y logra reflejar la realidad de la época. Las características del contexto habitacional doméstico y el escolar, así como la vestimenta y el grado de caquexia de los escolares plasman las condiciones de carencia de la vida rural santiagueña. Durante el mencionado viaje, un relevamiento antropométrico de peso y estatura realizado por su equipo médico fue registrado en el *Diario de sesiones* del Congreso. El análisis contemporáneo de las características nutricionales de los niños y las niñas que en aquel momento residían en cuatro localidades rurales de Santiago del Estero (Sauce Bajada, Las Flores, Maco y Ulluas) permite, a partir de la aplicación y comparación con los actuales estándares internacionales, dar cuenta de la magnitud de las carencias documentadas en su relato.

El estudio de un conjunto de 220 niños y niñas con edades comprendidas entre 7 y 13 años asistidos por comedores donde recibían alimentos refleja un perfil nutricional donde las proporciones de desnutrición comprometieron al 8%, y donde la baja talla ascendía al 21%; es importante recordar que la magnitud de la misma evidencia las carencias estructurales y sostenidas en el tiempo de esta población. Adicionalmente se encontró un 8% de casos de sobrepeso y un 2% de obesidad infantil⁴.

Estas evidencias generan un acabado panorama de los problemas nutricionales de la niñez en este «retrato» de mediados de siglo XX. Sin embargo, con técnicas no antropométricas pudimos aproximarnos al universo de la morbimortalidad infantil por desnutrición en años más recientes, cuestión que se examina en el próximo apartado.

⁴ En esta fuente no está identificada la edad decimal de los niños y niñas, solo se registró la edad con números enteros, lo cual sesgaría en parte los resultados.

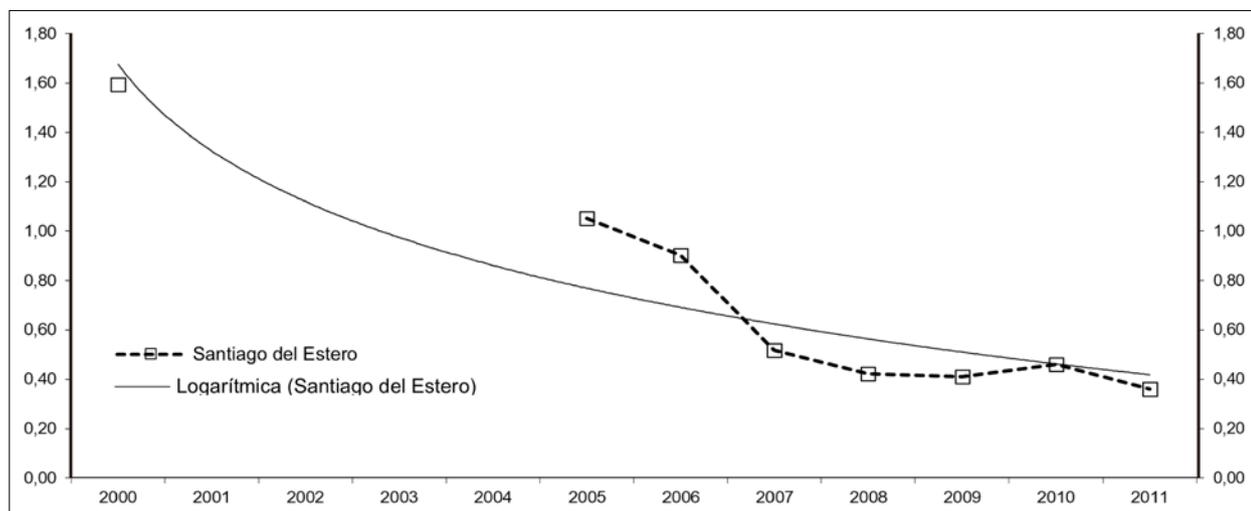


FIG. 5. Egresos hospitalarios de menores de cinco años por desnutrición respecto al total de egresados en ese tramo de edad en la provincia de Santiago del Estero (período 2000-2011). Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

V. MORBIMORTALIDAD INFANTIL POR DESNUTRICIÓN INFANTIL EN SANTIAGO DEL ESTERO

Analizar la morbilidad infantil por desnutrición resulta una tarea muy compleja dada la fuerte tendencia al subregistro del problema en el marco de las estadísticas vitales. En efecto, en otros trabajos (LONGHI, 2012; LONGHI y otros, 2018) pudimos observar la magnitud del problema para Argentina y su tendencia descendente en el marco nacional, pero resaltamos también esto último, donde más allá de estos logros, resulta extremadamente complejo analizar un problema donde el registro presenta tan importantes limitaciones.

En el caso específico de la provincia de Santiago del Estero, entre los años 1999 y 2013 murieron 90 niños/as menores de cinco años por desnutrición. Esta cifra corresponde a niños/as fallecidos y registrados; es claro que el universo de niños/as fallecidos por esta patología y registradas bajo otras causas es bastante superior. La Figura 4 muestra la evolución del porcentaje de muertes por desnutrición en menores de cinco años respecto al total de muertes de menores en este tramo de edad. Claramente se distingue una tendencia descendente con picos marcados hacia el año 2004, momento posterior a una de las principales crisis socioeconómicas que azotaron el país.

Los egresos hospitalarios constituyen un registro alternativo de la morbilidad, es decir, niños/as enfermos por desnutrición que asistieron a un hospital público y fueron internados, al menos una noche, por dicho cuadro. Si bien

presentan algunos problemas puntuales de disponibilidad en determinados años y un sesgo en su registro, ya que solo detecta el universo de establecimientos de salud público y niños/as que fueron internados en algún nosocomio, resulta una alternativa interesante para medir la morbilidad por desnutrición. En efecto, entre los años 2000 y 2011 hubo 525 niños/as menores de cinco años que egresaron de algún establecimiento de salud y fueron diagnosticados con desnutrición. Existe no obstante un vacío de información entre 2001 y 2004 que elevaría esta cifra.

Al analizar la prevalencia que representan estos respecto al total de egresos hospitalarios en el mismo tramo de edad, observamos un claro comportamiento descendente (Figura 5), lo cual, asociado a lo anterior, permitiría suponer una sutil mejora en los indicadores nutricionales de la población infantil de la provincia.

Finalmente, analizamos la distribución espacial de estos problemas entendiendo que pueden existir núcleos de concentración y áreas donde estos problemas no revistan magnitud. Para tal propósito elaboramos los mapas de la Figura 6. El primero presenta la proporción que alcanza la mortalidad en la niñez por desnutrición y el segundo los egresos hospitalarios por desnutrición. Se observa la concentración de la mortalidad en el área central del interfluvio Dulce-Salado, mientras los egresos se concentran hacia el sector oriental de la provincia.

Una última fuente de información susceptible de analizar lo constituye el censo nutricional que llevó adelante el Instituto de Investigaciones Socioeconómicas y Política Ciudadana (ISEPCi) en comedores comunitarios de

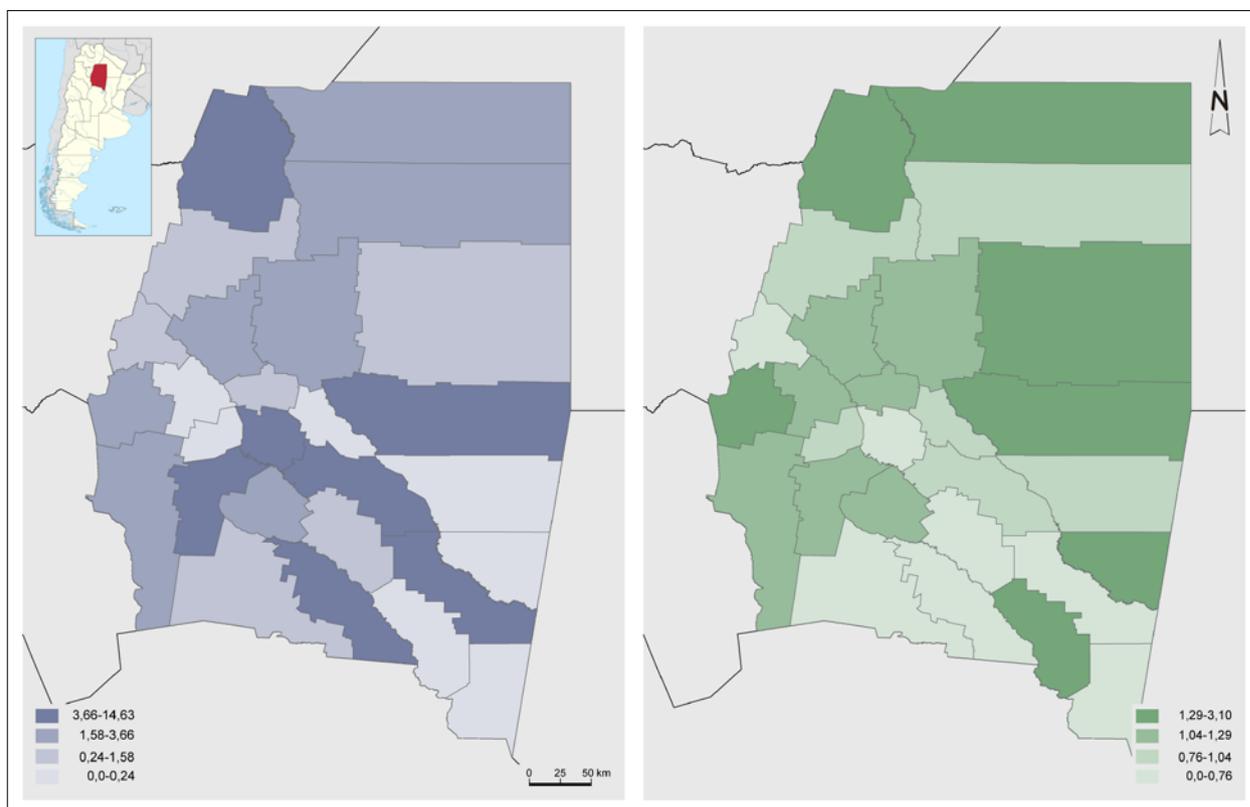


FIG. 6. Distribución espacial de la mortalidad (izquierda) y de los egresos hospitalarios (derecha) a causa de la desnutrición infantil en menores de cinco años en la provincia de Santiago del Estero durante el período 1999-2013. Fuente: Programa Nacional de Estadísticas Vitales.

Argentina en 2020. En el caso particular de Santiago del Estero, de los 2.182 niños pesados, el 3,1 % tiene bajo peso y el 4 % riesgo de bajo peso, lo cual totaliza una magnitud del 7,1 % para este problema (ISEPCi, 2021). En tanto, en el caso de la baja talla, fueron medidos 2.204 niños/as, de los cuales el 4,5 % presentó baja talla y el 5 % un riesgo de baja talla. Esto totaliza una magnitud del 9,5 % para dicha condición. No obstante, la mayor magnitud de los problemas nutricionales se encuentra en las elevadas magnitudes que alcanza el sobrepeso y la obesidad (16,9 % y 21 % respectivamente), poniendo de manifiesto la relevancia de este problema en la salud nutricional de la niñez santiagueña.

Vistos y analizados los problemas nutricionales que caracterizan a la provincia, a continuación se focaliza en el análisis de la pobreza —un determinante contextual próximo de los problemas nutricionales de la infancia— en las localidades donde tiene sede la ACHC que lleva adelante intervenciones orientadas a tratar problemas de desnutrición infantil y desarrollo en niños/as entre 0 y 5 años.

VI. MARCO DE ACCIÓN TERRITORIAL DE UNA INTERVENCIÓN SOCIAL Y POBREZA

La ACHC tiene presencia en gran parte de la geografía santiagueña. Presenta once sedes en la provincia de Santiago del Estero y una sede en el límite con la provincia de Chaco. Estas sedes se enmarcan en tres regiones:

- a) Región Santiago: incluye las sedes en la ciudad de Santiago del Estero, en Barrio Autonomía, en La Banda y en las ciudades de Sumampa y Suncho Corral.
- b) Región Añatuya: incluye sedes en las ciudades de Añatuya, Colonia Dora, Los Jurés y en la localidad rural de Herrera
- c) Región Monte Quemado: incluye las sedes de Monte Quemado, Pampa de los Guanacos y Taco Pozo (esta última en la provincia de Chaco).

En el Cuadro I presentamos la población en 2010 en cada una de estas localidades, el porcentaje que represen-

CUADRO I

Sede	Población 2010	Porcentaje de niños/as menores de 5 años	Porcentaje de hogares con NBI
Santiago del Estero	247.732	10,1	8,5
La Banda	79.077	10,4	11,6
Barrio Autonomía	4.806	6,6	0,3
Sumampa	5.519	12,0	10,5
Suncho Corral	7.201	12,0	16,3
Añatuya	22.185	12,4	15,3
Colonia Dora	3.151	12,0	14,2
Herrera	1.894	12,5	22,4
Los Jurés	3.369	12,8	16,1
Monte Quemado	12.300	13,4	20,9
Pampa de los Guanacos	4.375	13,3	21,0
Taco Pozo	7.791	13,0	25,7
PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO	874.006	11,9	17,6

CUADRO II

Estado nutricional	Valor absoluto	Porcentaje
Baja talla	556	9,6
Bajo peso	690	11,9
Riesgo nutricional	1.136	19,6
Normal	2.150	37,2
Sobrepeso	198	3,4
Obeso	109	1,9
Sin datos	943	16,3
TOTAL	5.782	100

tan los niños/as menores de cinco años en esta población y los porcentajes de hogares con NBI. Puede observarse, tomando como referencia para la comparación el promedio provincial, los diferentes tamaños demográficos y presencia infantil en las localidades consideradas. Si bien el aglomerado Santiago-La Banda representa la ciudad de mayor tamaño, la asociación se encuentra también en pequeñas ciudades, pero relevantes para la estructura urbana, como Añatuya, Monte Quemado y Suncho Corral. A su vez tiene presencia en una localidad rural como Herrera, mostrando su importante extensión por la geografía provincial. También, observamos diferentes estructuras demográficas en estas localidades; se distingue Monte Quemado como aquella de mayor presencia infantil (13,4 % de su población tiene menos de 5 años), en detrimento de Barrio Autonomía, donde solo el 6,6% de la población se incluye en este rango de edad. Finalmente, observamos diferentes concentraciones de pobreza en es-

tas localidades, el valor más elevado lo hallamos en Taco Pozo, donde uno de cada cuatro hogares era pobre por NBI en 2010; por el contrario, el valor más bajo lo hallamos en Barrio Autonomía, con un registro muy bajo de pobreza por NBI, próximo al 0,3% (recordemos que este barrio en particular responde a una lógica de creación estatal, gran parte compuesto de casas y una zona de monoblocks; en tal sentido las necesidades relacionadas a la calidad de la vivienda, deposición de excretas y servicios públicos se encontrarían en gran parte satisfechas, lo cual puede explicar el bajo valor de NBI registrado).

En las Figuras 7 y 8 observamos la distribución espacial de la pobreza provincial según departamentos y radios censales, superpuestos a la ubicación de los centros de la ACHC.

Se identificaron además clústeres de pobreza según mayor concentración y se relacionó con la presencia de HC. Juries, Sumampa y los centros de la capital provin-

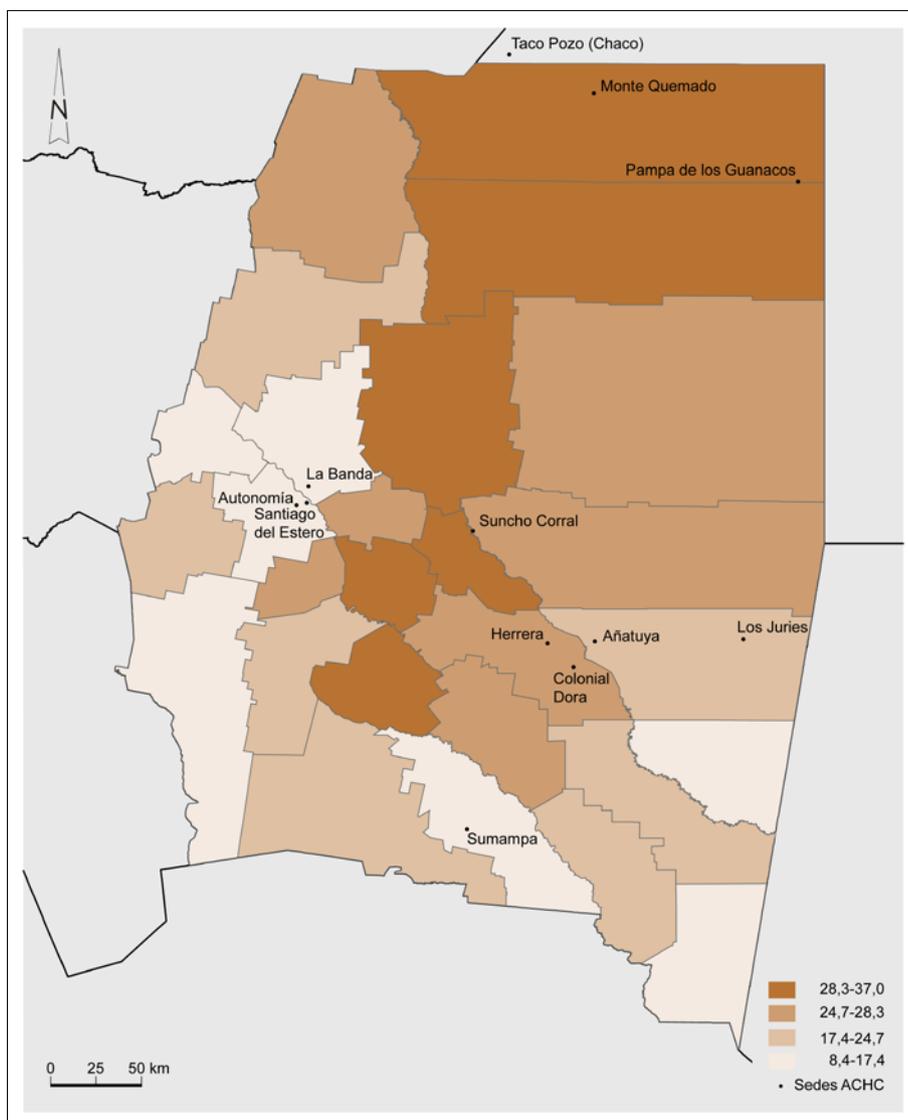


FIG 7. Distribución espacial de la pobreza según NBI por departamentos de la provincia de Santiago del Estero en el año 2010. Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

cial están fuera de las mayores concentraciones de pobreza, el resto no (Fig. 9).

VII. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE

En este apartado buscamos una caracterización nutricional a partir de indicadores de peso y talla de los niños/as evaluados por la asociación en el período 2010-2021. Proponemos una mirada descriptiva y temporal sobre la evolución de los indicadores, poniendo de manifiesto las magnitudes que alcanza y las diferentes actuaciones de la asociación.

La base de datos cedida por la asociación constaba de 5.782 niños y niñas tratados en los centros de Hacienda Camino, distribuidos, según localidad, de la siguiente manera: Añatuya 1.020 niños/as, Autonomía 110, Colonia Dora 450, Herrera 578, La Banda 86, Monte Quemado 1.222, Pampa de los Guanacos 202, Santiago del Estero 1.116, Sumampa 212, Suncho Corral 441, Taco Pozo 291 y Los Juríes 54.

A partir del procesamiento de las planillas de registro de la asociación fue posible elaborar las siguientes gráficas e interpretar estos hallazgos. Se observó que desde 2010 hasta 2021 fueron 5.782 los niños y niñas evaluados por la asociación. Las edades de los mismos van desde un

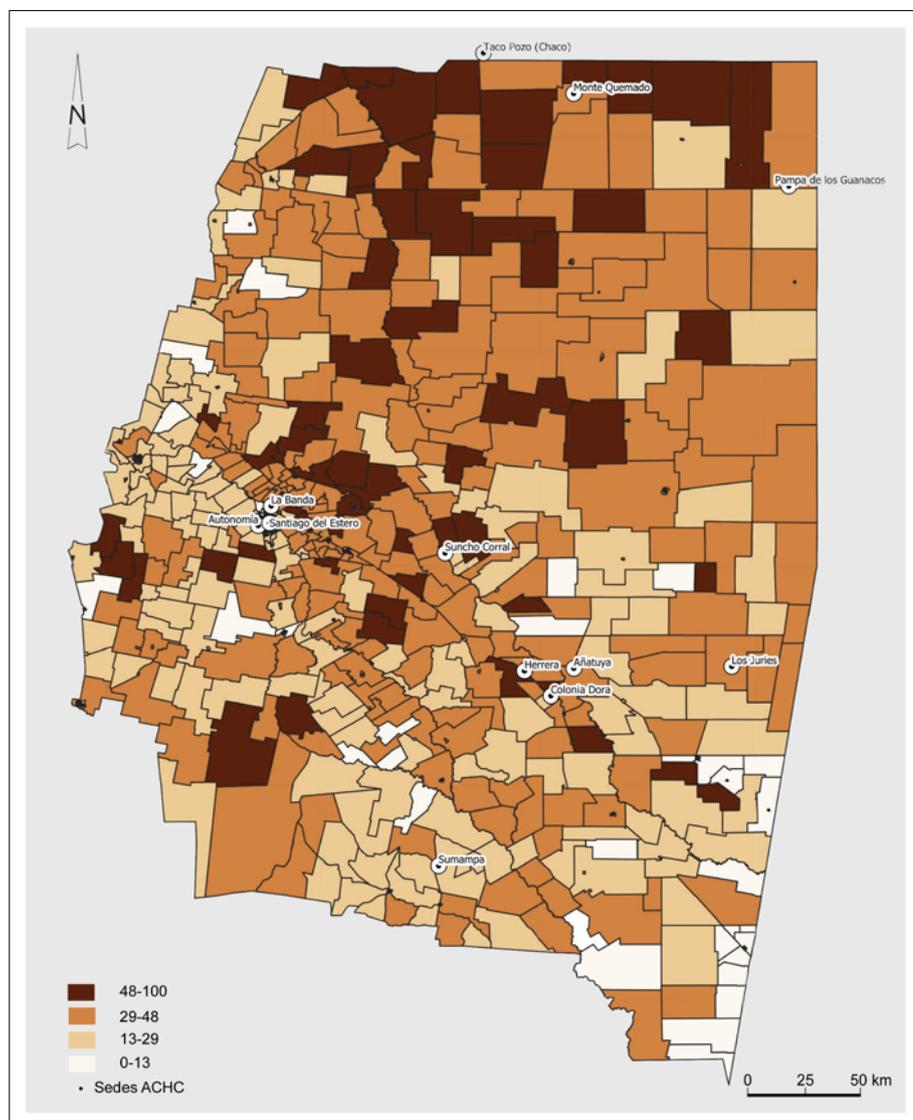


FIG. 8. Distribución espacial de la pobreza según NBI por radios censales de la provincia de Santiago del Estero en el año 2010. Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

mínimo de 0 días (es decir, un recién nacido) a un máximo de 13 años, siendo la edad media la de dos años. Se tomaron en consideración tres criterios para analizar los problemas nutricionales en esos niños/as: 1) percentiles, 2) diagnóstico nutricional y 3) diagnóstico de estatura. Sobre ellos se profundiza a continuación.

1. CRITERIOS NUTRICIONALES SEGÚN PERCENTILES

En términos generales, tal como se observa en el Cuadro II, un poco más de un tercio de los niños/as analizados presentan parámetros nutricionales normales, mientras

un 41% manifestaban carencias nutricionales, distribuidas en un 19,6% con riesgo nutricional, un 11,9% con bajo peso y un 9,6% con baja talla. Al cotejar estos registros con las prevalencias nacionales derivadas de la *Segunda encuesta nacional de nutrición y salud* (2018) observamos que los valores de la muestra local son extremadamente altos respecto a los promedios nacionales en los mismos indicadores; en efecto, el bajo peso en niños/as de 5 a 17 años alcanzaba al 1,4% de los mismos mientras la baja talla sostenía una prevalencia del 3,7% (MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, 2019).

Los problemas de exceso nutricional no denotan en esta muestra niveles alarmantes como los detectados

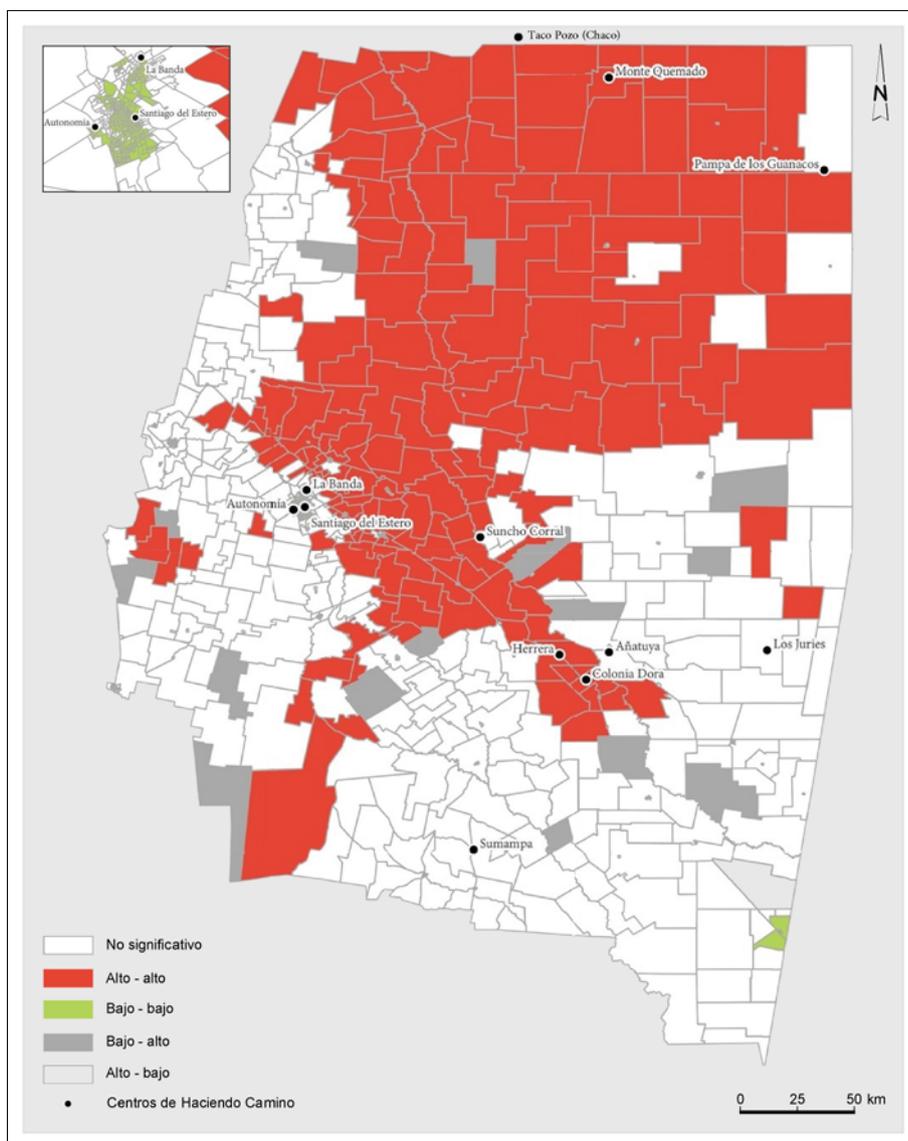


FIG. 9. Clústeres de pobreza según NBI por radios censales de la provincia de Santiago del Estero (2010). Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

en la *Segunda encuesta nacional de nutrición y salud* (2018). No obstante, a pesar de las bajas prevalencias, la Figura 10 presenta esta distribución según edad, coincidente con aquellos estudios que muestran que la paulatina incorporación de alimentos hipercalóricos en las dietas infantiles se articula con las crecientes prevalencias de sobrepeso y obesidad (PÉREZ y otros, 2008; GARCÍA y NESSIER, 2021). En tanto, problemas deficitarios como el bajo peso destacan a la edad de 1 año mientras la baja talla lo hace a los 2 años de edad.

Estas categorías nutricionales, derivadas de un criterio por percentiles, permitieron cotejar estas prevalencias considerando el lapso temporal 2010-2021. En la Figura 11

podemos observar que las problemáticas nutricionales abordadas por la asociación fueron disminuyendo en el período. Observamos, además, en términos de carencias, que el bajo peso y la baja talla tendieron hacia el mismo comportamiento descendente, no así el sobrepeso y la obesidad, categorías que se fueron posicionando cada vez con mayor protagonismo dentro de los problemas nutricionales de la niñez pobre argentina. Esta evidencia ha sido caracterizada por Aguirre (2010, 2016) e ISEPCi (2021), dando cuenta del agudo incremento de los problemas de sobrepeso y obesidad en contextos de pobreza.

Queda claro este doble comportamiento de los problemas nutricionales por exceso, es decir su crecimiento pro-

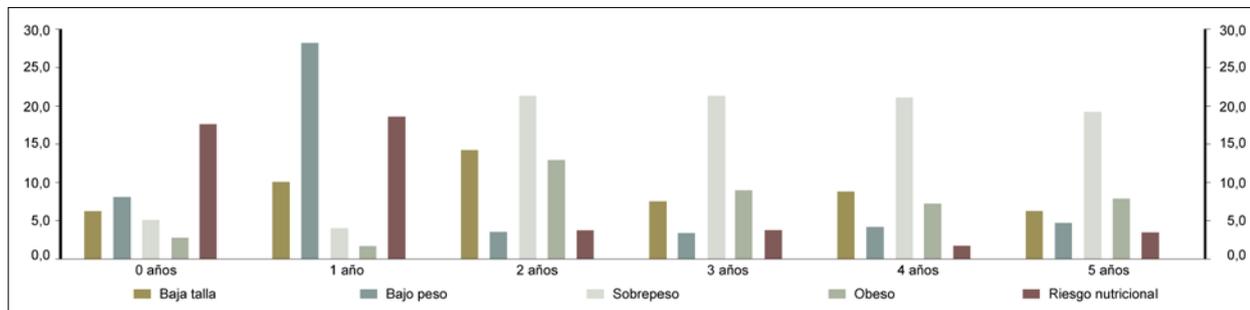


FIG. 10. Categorías nutricionales por percentiles según edad (período 2010-2021). Elaboración propia a partir de la base de microdatos de la ACHC.

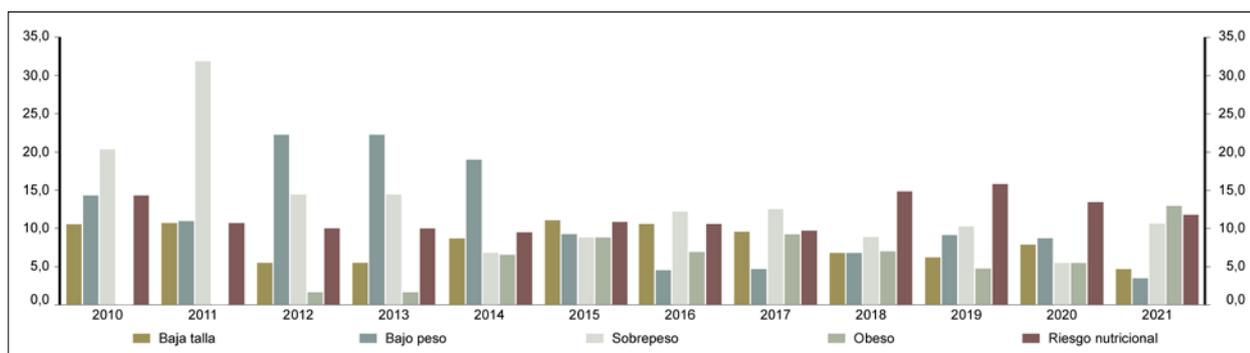


FIG. 11. Prevalencias anuales de problemáticas nutricionales por percentiles (período 2010-2021). Elaboración propia a partir de la base de microdatos de la ACHC.

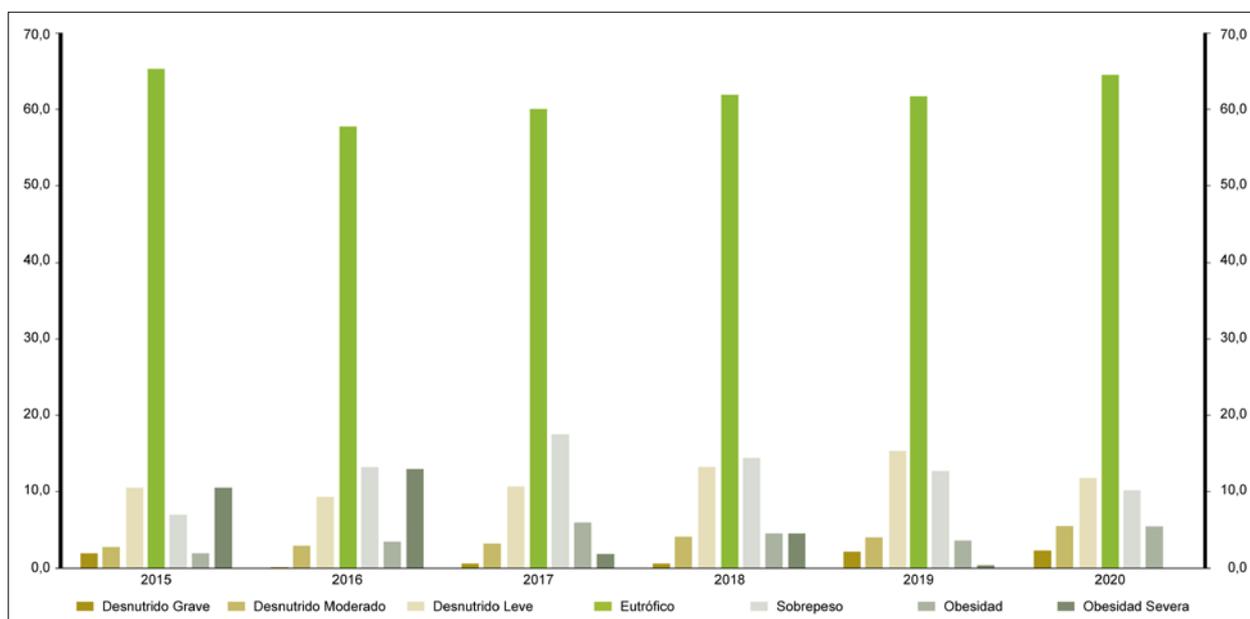


FIG. 12. Prevalencias de problemáticas nutricionales por diagnóstico nutricional (período 2010-2021). Elaboración propia a partir de la base de microdatos de la ACHC.

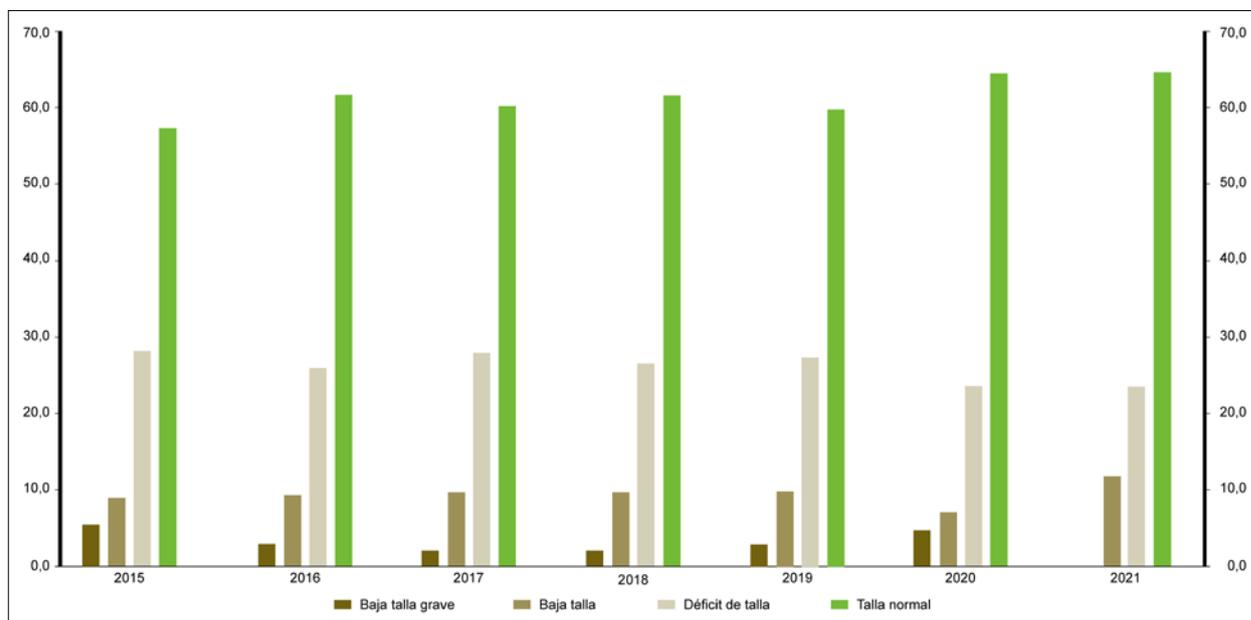


FIG. 13. Prevalencias anuales de problemáticas nutricionales por diagnóstico de estatura (período 2015-2021). Elaboración propia a partir de la base de microdatos de la ACHC.

porcional en los últimos años y su mayor concentración en el abanico de problemáticas nutricionales abordadas.

2. DIAGNÓSTICO SEGÚN CRITERIOS NUTRICIONALES

Un segundo criterio de clasificación nutricional utilizado por la asociación (el cual enfatiza en la gravedad del déficit nutricional) se relaciona con el diagnóstico nutricional. Los resultados advierten que la categoría baja talla que se distinguía con el criterio anterior desaparece aquí con este método de evaluación, ubicando al 45,5% de los niños/as así identificados en la categoría eutróficos, mientras el 18,4% ingresan en la categoría desnutridos leves, el 5,3% con desnutrición moderada y el 2,1% grave.

Finalmente, si prestamos atención a la evolución temporal de los niños/as diagnosticados bajo este criterio entre 2015 y 2021 (subperíodo que corresponde con la máxima concentración de casos), se observó un paulatino incremento de la desnutrición moderada, sobrepeso y obesidad (Fig. 12).

3. DIAGNÓSTICO POR ESTATURA

El diagnóstico de baja talla indica una desnutrición crónica donde las carencias, estructuradas en el tiempo,

se reflejan en la altura que alcanza el niño/a. En tal sentido, observamos en la muestra un 36,9% de niños/as que tienen baja talla⁵ y un 4,1% que presenta una baja talla grave.

Analizamos también el comportamiento temporal de la baja talla según gravedad (baja talla o baja talla grave) entre 2015 y 2021, periodo que coincide con la mayor concentración de casos (Fig. 13). Observamos así que el problema se mantuvo alrededor del 50%, valor que consideramos alto.

En este punto nos gustaría focalizar en los niños/as diagnosticados con baja talla grave. De este conjunto, el 46% son varones y el 54% mujeres. Las edades de mayor frecuencia en el compromiso de estatura corresponden a los menores de 1 año (Fig. 14). Se observa que, del total de niños/as con baja talla grave, el 68,7% corresponde a niños/as que no cumplieron su primer año de vida.

Sin embargo, el análisis individual permitió identificar a seis niños/as en estado muy crítico respecto a la altura alcanzada. Usando las referencias propuestas mediante el *software* Antrho (0 a 4 años) y Anthro-Plus (5 a 19 años) de la OMS (2009) pudimos calcular la brecha entre la talla para la edad individual y las referencias mundiales. La Figura 15 presenta una composición

⁵ Las bases presentaron de manera diferencial las categorías «baja talla» y «déficit de talla», las cuales fueron unificadas para el presente análisis.

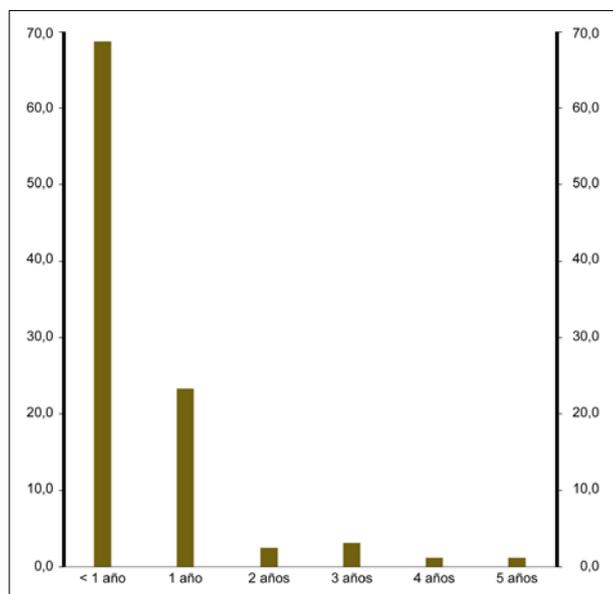


FIG. 14. Distribución de frecuencias de niños/as con baja talla grave según la edad. Elaboración propia a partir de la base de microdatos de la ACHC.

de esta situación. El caso más grave se encuentra en la gráfica inferior. Corresponde a una niña de un año y ocho meses, cuya altura es de 50 cm, mientras la mediana para su edad alcanza los 80 cm.

VIII. LA PERMANENCIA EN LOS PROGRAMAS Y LOS PATRONES DE RECUPERACIÓN

Quizás sea este uno de los puntos más importantes a la hora de analizar el impacto de una tarea específica como lo es, en este caso, la recuperación nutricional. Hubo a lo largo del período de estudio 627 niños/as que mostraron una recuperación completa luego del paso por el programa Desarrollo Infantil en Familia de la ACHC. Estos representan el 17,5 % de los niños/as ingresados a dicho programa.

Entendemos que un factor importante para la consecución de logros efectivos en materia tanto de nutrición como de desarrollo infantil es la permanencia en los programas. En tal sentido, las prevalencias de los motivos de egreso por «abandono de tratamiento» jugaría totalmente en contra de esta situación. En todas las localidades con sede de ACHC el abandono del tratamiento está por encima del 40 % de los casos tratados.

Si observamos el tiempo promedio de permanencia dentro de los programas detectamos que estos niños/as

permanecieron en promedio 21,1 meses en la asociación, tiempo suficiente para lograr el alta nutricional.

Analizamos también la relación entre el diagnóstico de ingreso y el de egreso en función de los criterios que se han venido utilizando: diagnóstico por percentiles, diagnóstico nutricional y diagnóstico estatural.

Si ponemos atención sobre el criterio por percentiles observamos que el mayor impacto de la asociación recayó sobre los niños/as con riesgo nutricional y con los que tenían sobrepeso. En efecto, el 44 % de los ingresantes con riesgo nutricional obtuvieron la condición de normalidad al egresar de los programas; idéntica proporción acompañó a los niños/as con sobrepeso (Cuadro III). El tiempo promedio de permanencia en los programas de los primeros fue de 17 meses mientras en los segundos alcanzó los 13 meses, mostrando estos últimos un promedio más rápido de recuperación.

Observamos también progresos importantes en el bajo peso y en la baja talla, detectando que el 32 % de los niños/as con bajo peso y el 30 % de aquellos que tenían baja talla lograron también la normalidad. El tiempo de permanencia promedio de los primeros fue de 20 meses mientras en los segundos alcanzó los 17 meses.

Por otro lado, observamos también lo dificultoso de lograr cambios en determinadas condiciones, tales como la baja talla, ya que el 42 % de los niños/as ingresados con baja talla egresaron con la misma condición. No obstante, destacamos que de estos el 65 % abandonó en algún momento el tratamiento, permaneciendo en promedio 11 meses en la asociación.

Al considerar los criterios nutricionales observamos que el mayor impacto de la asociación recayó sobre los niños/as con desnutrición leve y con los que tenían obesidad severa. En efecto, el 56,5 % de los ingresantes con desnutrición leve obtuvieron la condición eutrófica al egresar de los programas; en tanto el 53,5 % de los niños/as con obesidad severa alcanzó esa condición (Cuadro IV). El tiempo promedio de permanencia en los programas de los primeros fue de 17 meses mientras en los segundos alcanzó los 30 meses, mostrando estos últimos un promedio ostensiblemente más lento de recuperación.

Observamos también progresos importantes en la desnutrición moderada, el sobrepeso y la desnutrición grave, detectando que el 47,8 % de los niños/as con desnutrición moderada, el 41,8 % de los que tenían sobrepeso y el 36,8 % de aquellos con desnutrición grave lograron también la condición eutrófica. Es claro además que al comparar estos criterios con los anteriores la efectividad de los programas es mucho mayor cuando el análi-

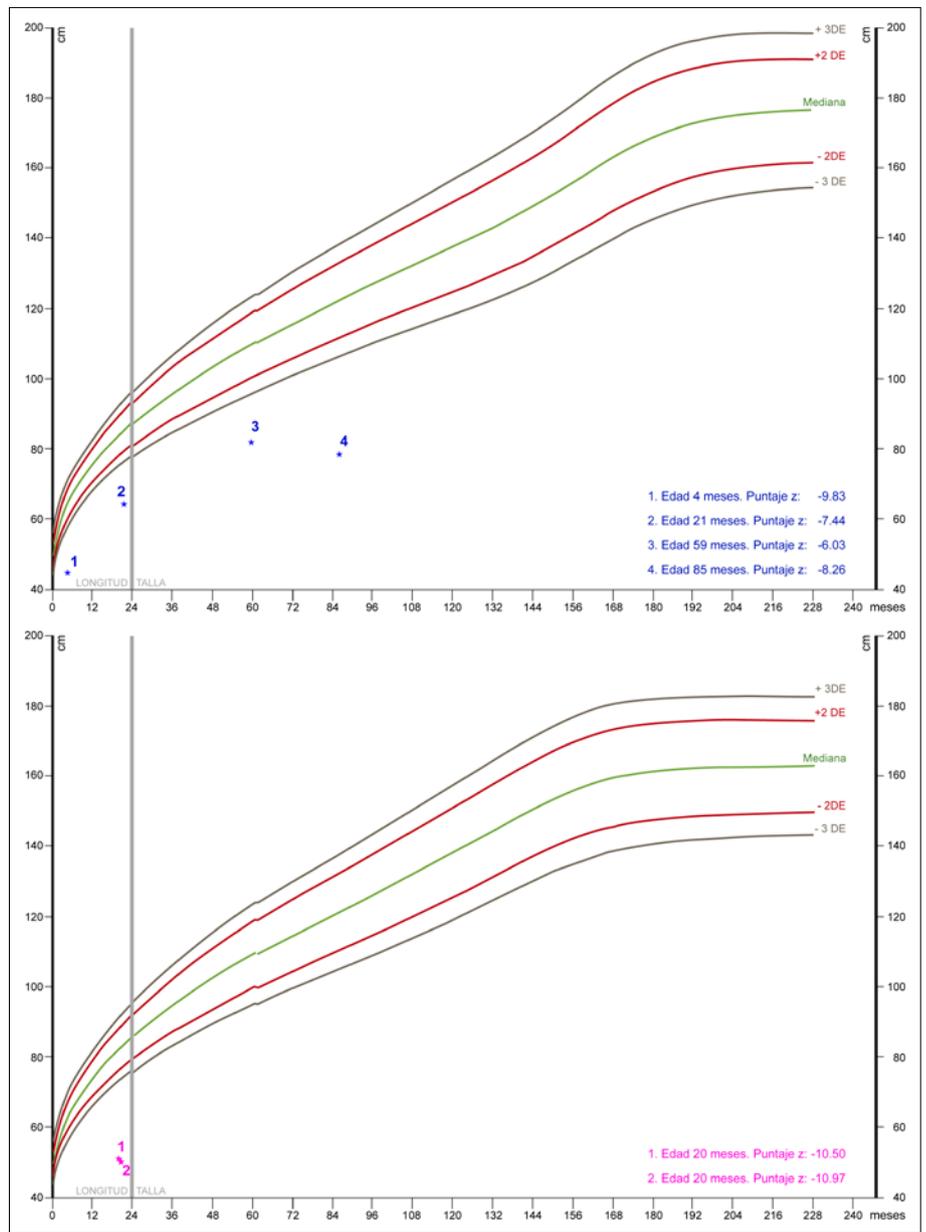


FIG. 15. Brechas individuales de baja talla según la edad y sexo, tomando como referencia los estándares de la OMS (nacimiento a 60 meses), referencia de la OMS 2007 (61 meses a 19 años): arriba, niños seleccionados de 4, 21, 59 y 85 meses; abajo, niñas seleccionadas de 20 meses. Elaboración propia a partir de la base de microdatos de la ACHC.

sis se realiza según criterios nutricionales. Paralelamente, observamos que el tiempo de permanencia promedio fue de 19 meses en aquellos que ingresaron con desnutrición moderada mientras en aquellos que lo hicieron con sobrepeso permanecieron en promedio 14 meses en la asociación.

Por otro lado, observamos —al igual que en la baja talla— lo dificultoso de lograr cambios en las condiciones de desnutrición grave. En efecto, 1 de cada 5 ingresantes con desnutrición grave egresó del programa sin cambiar

dicha situación de carencias⁶. Destacamos también que el 94 % de estos abandonó en algún momento el tratamiento (lo cual se asocia con la permanencia de la condición), durando en promedio solo nueve meses en la asociación. En este caso conjeturamos que sería muy útil indagar en los motivos del abandono.

Finalmente, analizamos los datos según criterios es-

⁶ La misma situación con una magnitud similar la hallamos en los niños/as con obesidad severa que egresaron bajo el mismo diagnóstico.

CUADRO III

Ingreso	Egreso						
	Baja talla	Bajo peso	Riesgo nutricional	Normal	Sobrepeso	Obeso	Sin datos
Baja talla	42,7	1,8	11,0	30,6	10,7	2,9	0,3
Bajo peso	19,8	26,1	14,6	32,8	4,1	2,6	0,0
Riesgo nutricional	12,9	5,7	26,6	44,9	6,8	3,1	0,0
Normal	4,4	1,4	6,3	73,3	10,1	4,2	0,3
Sobrepeso	2,0	2,0	1,3	44,4	39,9	10,5	0,0
Obeso	4,2	1,4	1,4	21,1	9,9	60,6	1,4
Sin datos	3,5	31,6	15,8	29,8	14,0	5,3	0,0

CUADRO IV

Ingreso	Egreso							
	Desnut. grave	Desnut. mod.	Desnut. leve	Eutrófico	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad severa	Sin datos
Desnut. grave	21,1	10,5	19,7	36,8	2,6	1,3	3,9	3,9
Desnut. moderada	1,9	18,2	20,1	47,8	5,3	2,4	0,5	3,8
Desnut. leve	0,3	3,7	29,3	56,5	5,8	0,9	0,1	3,5
Eutrófico	0,2	0,5	5,4	74,9	13,1	2,3	0,5	3,3
Sobrepeso	0,0	0,7	1,1	41,8	46,2	6,9	1,1	2,2
Obesidad	0,0	0,0	2,9	29,4	17,6	41,2	5,9	2,9
Obesidad severa	0,0	0,0	0,0	53,5	16,3	7,0	20,9	2,3
Sin datos	0,0	3,0	6,1	23,8	4,3	0,9	1,3	60,6

CUADRO V

Ingreso	Egreso			
	Baja talla grave	Baja talla	Talla normal	Sin datos
Baja talla grave	36,8	49,1	14,1	0,0
Baja talla	2,1	66,8	30,6	0,5
Talla normal	0,2	20,1	79,4	0,2
Sin datos	3,4	28,6	33,0	35,0

turales. Observamos que en comparación con los criterios anteriores los logros son mucho más modestos. En efecto, el 30,6% de los niños/as que ingresaron con baja talla leve adquirió la normalidad, mientras la proporción se reduce al considerar la baja talla grave, donde solo el 14% de los que ingresaron con esta condición adquirió la normalidad. Evidentemente se trata de un indicador de fuerte estructuralidad y difícil modificación, sobre todo en contextos de pobreza estructural (Cuadro V). Asimismo,

en los primeros el tiempo promedio de permanencia fue de 16 meses mientras en los segundos alcanzó los 20 meses, mostrando estos últimos un promedio apenas más lento de recuperación.

Observamos también, como mencionamos, lo dificultoso de lograr cambios en las condiciones de déficit de altura. En efecto, el 36,8% de los ingresantes con baja talla grave egresaron sin mayores modificaciones en su cuadro carencial, proporción que prácticamente se dupli-

CUADRO VI

	Recuperación nutricional completa	Recuperación nutricional parcial	Egreso por edad	Abandono del tratamiento
Promedio IMC inicial	15,2	15,7	15,7	15,8
Promedio IMC final	16,4	16,6	17,0	16,8
Diferencia promedio	1,2	0,8	1,3	1,0
Mediana IMC inicial	15,1	15,6	15,6	15,8
Mediana IMC final	16,2	16,3	16,7	16,7
Diferencia mediana	1,1	0,7	1,1	1,0

CUADRO VII

RECUPERACIÓN NUTRICIONAL COMPLETA						
	Promedio IMC inicial	Promedio IMC final	Diferencia promedio IMC	Mediana IMC inicial	Mediana IMC final	Diferencia mediana IMC
Menores de un año	14,98	16,63	1,65	14,78	16,43	1,64
Un año	16,35	16,38	0,03	16,20	15,99	-0,21
Dos años	15,77	15,31	-0,46	15,21	14,95	-0,26
Tres años	14,37	15,15	0,78	13,98	14,90	0,93
Cuatro años	15,25	15,31	0,05	15,63	15,00	-0,63
Cinco años	14,61	14,80	0,19	14,87	14,78	-0,08
ABANDONO DEL TRATAMIENTO						
	Promedio IMC inicial	Promedio IMC final	Diferencia promedio IMC	Mediana IMC inicial	Mediana IMC final	Diferencia mediana IMC
Menores de un año	15,72	17,14	1,41	15,72	17,04	1,32
Un año	16,39	16,16	-0,23	16,23	16,20	-0,03
Dos años	15,85	15,77	-0,08	15,82	15,53	-0,29
Tres años	15,11	15,14	0,03	15,15	15,10	-0,05
Cuatro años	15,12	15,32	0,20	14,96	14,93	-0,04
Cinco años	15,23	15,38	0,15	13,24	13,91	0,67

ca (66,8%) al analizar la permanencia en la condición de baja talla. En el primer caso el 83% abandonó el tratamiento (con un promedio de permanencia de 12 meses) mientras en el segundo la proporción de abandono alcanzó al 62% de los mismos, con un promedio de permanencia de 14 meses.

IX. GANANCIAS NUTRICIONALES

Con el objeto de identificar el impacto nutricional generado por la completitud de la permanencia en los centros de la ACHC, evaluamos la ganancia nutricional, en-

tendida como las variaciones promedio positivas en el índice de masa muscular (IMC), comparativamente entre niños/as que lograron el alta nutricional respecto de aquellos que abandonaron el tratamiento. Este análisis se realizó considerando la edad cumplida en años al inicio del tratamiento.

Un análisis exploratorio detectó que el valor medio y la mediana del IMC aumentaron entre la fecha del ingreso al programa y la salida del mismo. La media del IMC pasó de 15,7 a 16,8, mientras la mediana creció de 15,6 a 16,6 mostrando esta ganancia nutricional. Si observamos estas variaciones considerando la categoría de egreso observamos mayores ganancias en aquellos que

egresaron por edad y aquellos que obtuvieron la recuperación nutricional completa (Cuadro VI). Las diferencias se mantienen al considerar tanto el valor promedio como la mediana.

Teniendo en cuenta este comportamiento definimos dos grupos extremos según el motivo de egreso para comparar; por un lado, se agrupó el conjunto de niños/as que recibieron una recuperación nutricional completa ($n = 631$) y por otro aquellos que abandonaron el tratamiento ($n = 1.851$). En estos grupos comparamos la ganancia nutricional mencionada según edad cumplida en años.

Observamos en el Cuadro VII esta comparación. Se detecta en primer lugar que las mayores ganancias nutricionales se observaron en los menores de un año de edad. Pareciera que este grupo etario, además de ser el más numeroso, es el que mayor plasticidad tendría con respecto a la mejora nutricional a partir de la intervención.

En segundo lugar, detectamos que la ganancia nutricional es mayor en los niños/as que recibieron el alta respecto de aquellos que abandonaron el tratamiento. Y, en tercer lugar, y tal vez lo más significativo, es que hubo ganancias nutricionales importantes aun en aquellos niños/as que abandonaron el tratamiento, lo cual genera evidencias positivas respecto a las intervenciones socio-nutricionales independientemente del motivo de egreso.

X. CONSIDERACIONES FINALES

Santiago del Estero conforma un enclave de pobreza estructural en el norte argentino, territorio que se distingue en el ámbito nacional respecto a la concentración de pobreza. Esta doble condición reúne los atributos necesarios para el análisis del impacto que dicha pobreza tiene sobre la población.

Se han observado las importantes articulaciones que existen entre las condiciones de pobreza y la nutrición infantil. Si bien las herramientas para la definición del estado nutricional deficitario parecieran tener cierto consenso, en el caso de la pobreza no existe dicho atributo. Por el contrario, domina la polisemia del concepto, y dicha polisemia se traslada hacia los métodos de medición. De allí que existan corrientes que interpreten la pobreza como un mero problema de ingresos a aquellas perspectivas teóricas que la conciben desde una visión multidimensional, donde los ingresos son uno más de los componentes de dichas dimensiones. En esta propuesta entendemos la pobreza desde esta última acepción, e interpretamos también —desde este enfoque— su mayor condicionalidad sobre el estado nutricional.

Uno de estos impactos (quizá el menos considerado ya que los impactos económicos y sociales han concentrado el protagonismo) está implicado con la salud nutricional de la infancia. En tal sentido, es conocido el impacto que las carencias, principalmente en el tramo de la infancia, generan en los niños/as que la padecen. Dichas carencias sociales y alimentarias, que se expresan antropométricamente en un bajo peso o una baja talla, tienen además expresiones menos visibles como el estado anémico o el deterioro neurocognitivo, que indican a su vez y en términos futuros mayores tasas de repitencia o deserción escolar, lo que conlleva trayectorias laborales precarias y marginales. Un niño o niña pobre y desnutrida tiene en Santiago del Estero una desventaja sustancial sobre otros niños/as que no sufren estos flagelos. Sus derroteros educativos, su capacidad de aprendizaje, su desarrollo cognitivo, su futura inserción laboral y otros distintos aspectos de su presente y su futuro a mediano y largo plazo se ven como mínimo condicionados por las penurias que soportan en su día a día. ¿A qué obedece esta condición? Hemos visto pues arraigado el problema de la desnutrición, ya desde inicios del siglo XX hasta la actualidad; tal vez en una primera etapa se asociaba la desnutrición con la falta de alimentos, hoy podemos afirmar que el acceso alimentario es una condición que explica la desnutrición, pero no la única, ya que los ingresos monetarios deteriorados, las crisis inflacionarias, las viviendas deficitarias, el escaso nivel educativo de las madres, la calidad del agua de consumo, la falta de desparasitación de animales domésticos, entre otros, orbitan como los principales determinantes que inciden tanto en la condición de pobreza como de desnutrición infantil.

La pobreza se encuentra anclada en este territorio, más allá de la perspectiva teórica o analítica con la que se la estudie, las evidencias son categóricas para establecer su concentración y persistencia en amplios sectores del interior provincial. Es en este contexto donde el déficit nutricional crece, se desarrolla y se consolida como problema estructural de salud pública.

Entendiendo claramente estos impactos, la ACHC se ha establecido en la provincia desde 2007 y a partir de un abordaje integral del problema (lo cual sugiere atender tanto la manifestación nutricional urgente como la problemática causal que la sostiene) ha logrado atender, diagnosticar e incluir en sus programas a más de 5.700 niños/as. Sus sedes, distribuidas en distintos contextos de pobreza de la geografía provincial han posibilitado esta tarea; sin embargo, el análisis cartográfico da cuenta de la extensión y profundidad que adquiere el problema y la

vasta extensión de áreas sin cobertura por parte, al menos, de esta organización.

Entre sus resultados se destaca el importante universo de niños/as ingresados a los programas, tanto por manifestaciones sociales o nutricionales, y la importante tasa de alta de dichos programas. Estos se sustentan claramente sobre el compromiso demostrado por madres y cuidadores como por el vínculo que los integrantes de la asociación establecen con los usuarios de los programas, lo cual constituye un excelente apoyo al considerar las variables que explican el éxito de los programas.

Si bien hemos observado que la desnutrición infantil ha seguido una tendencia en descenso, detectamos también el incremento de niños/as tratados por la asociación, lo cual se relaciona con la rápida identificación de familias en situación de riesgo social y su diagnóstico para el ingreso a los programas. Se destaca en tal sentido también la calidad del registro de la información, lo cual permite en este tipo de evaluaciones distinguir fortalezas y limitaciones en dicha actuación. Hemos observado una tendencia temporal a la mejora y completitud de los registros, lo cual permite este tipo de diagnósticos; sin embargo, la alta carga de omisión de datos en los primeros años de actuación impiden una mirada cabal e integrada que permita las valoraciones que sí podemos hacer, no obstante, en los años finales del periodo considerado.

En este contexto de pobreza y desnutrición estructural se distinguen también otros problemas tradicionales como el embarazo adolescente —lo cual tiene una íntima relación con la escasa educación y las posteriores trayectorias educativas de madres y niños/as—, así como la emergencia de nuevos problemas en contextos de pobreza; entre estos cabe destacar, por un lado el sostenido incremento de los problemas de sobrepeso y obesidad, concentrado en la infancia y con notables impactos en la salud futura de los niños/as que la padecen, como también los impactos derivados de la pandemia por COVID-19, los cuales se han manifestado en precarización laboral y un marcado proceso inflacionario de alimentos, lo que tiene un marcado correlato con la intensificación de los problemas de desnutrición infantil.

Queda claro tras estos análisis, y como aporte para la formulación de políticas públicas, que el brindar asistencia alimentaria es una estrategia adecuada pero insuficiente. El problema de la pobreza y desnutrición infantil es grave y sinérgico. La pobreza colabora con la desnutrición y esta agudiza la condición de pobreza. Las intervenciones alimentarias pueden ayudar, pero se desvanecen ante condiciones estructurales sólidas que son las que efectivamente determinan la aparición, de-

sarrollo y consolidación de la desnutrición en la infancia santiagueña. El acceso a sistemas de agua potable, saneamiento, y educación materna son variables sustanciales que deberían articularse con los programas alimentarios y deberían ser consideradas en cualquier programa o plan que busque erradicar estos problemas estructurales de la infancia santiagueña

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, P. (2010): «Una visión antropológica sobre el impacto de la pobreza y la globalización en la emergente epidemia de obesidad», *Diabetes in Women*, pp. 1-36.
- (2016): «Precio de los alimentos y políticas alimentarias para un futuro posible», en I. Tuñón (2011): *Situación de la infancia a inicios del Bicentenario: un enfoque multidimensional y de derechos*, Serie del Bicentenario 2010-2016 (año 1), Observatorio de la Deuda Social Argentina, Barómetro de la Deuda Social de la Infancia, Universidad Católica Argentina, pp. 58-61.
- ALFARO, E., M. VÁZQUEZ, I. BEJARANO y J. E. DIPIERRI (2008): «The LMS method and weight and height centiles in Jujuy (Argentina) children», *Homo*, 59 (3), pp. 223-234.
- BORDA PÉREZ, M. (2007): «La paradoja de la malnutrición», *Salud Uninorte*, 23 (2), pp. 276-291.
- CARTER, E. D. (2010): «Paludismo, sociedad y medio ambiente en el Noroeste Argentino a principios del siglo veinte», *Travesía*, 12 (1), pp. 43-84.
- CORTEZ, R. (2002): *La nutrición de los niños en edad preescolar*, CIUP.
- DE ONIS, M., A. W. ONYANGO, E. BORGHI, A. SIYAM, C. NISHIDA y J. SIEKMANN (2007): «Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents», *Bulletin World Health Organization*, 85, pp. 660-667.
- EL PAÍS* (2020): «La muerte por hambre de seis niños pone en emergencia alimentaria al norte argentino», <https://elpais.com/elpais/2020/01/29/planeta_futuro/1580318585_209566.html> [consulta: 17/2/2023].
- FERES, J., y X. MANCERO (2001): *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*, Cepal.
- FRANCKE, P., y G. ACOSTA (2020): «Impacto de la suplementación con micronutrientes sobre la desnutrición crónica infantil en Perú», *Revista Médica Heredia*, 31 (3), pp. 148-154.

- GAJATE, G., y M. INURRITIGUI (2002): *El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del Propensity Score Matching*, GRADE, 55 pp.
- GARCÍA, B., y M. NESSIER (2021): *Obesidad infantil en Argentina: una mirada desde la salud internacional*, Editorial Universidad Católica de Santa Fe, 65 pp.
- GÓMEZ LENDE, S. (2021): «Deforestación de bosques nativos y acumulación por desposesión: el caso de Santiago del Estero, Argentina (1998-2019)», *Ería*, 41 (3), pp. 339-367.
- ISEPCi (2021): *Informe de resultados del indicador barrial de situación nutricional. Informe primer semestre 2021*, <<https://isepci.org.ar/wp-content/uploads/2021/04/PRESENTACION-RESULTADOS-IBSN-1ER-SEMESTRE-2021-2.pdf>>.
- KEATS, E. C., J. K. DAS, R. A. SALAM, Z. S. LASSI, A. IMDAD, R. E. BLACK y Z. A. BHUTTA (2021): «Effective interventions to address maternal and child malnutrition: an update of the evidence», *The Lancet Child Adolescent Health*, 5, pp. 367-384.
- KLIKSBERG, B. (2009): *Mitos sobre la pobreza*, Centro de Estudios para el Desarrollo Local, Argentina.
- LA NACIÓN (2022): «Otra niña wichi murió de desnutrición en Salta: aseguran que su mamá casi no habla español y no podía hacerse entender por los médicos», <<https://www.lanacion.com.ar/comunidad/otra-nina-wichi-murio-de-desnutricion-en-salta-aseguran-que-su-mama-casi-no-habla-espanol-y-no-podia-07072022/>> [consulta: 17/2/2023].
- LONGHI, F. (2012): «Sistemas de información geográfica y desnutrición infantil en el Norte Grande Argentino», *Revista Latinoamericana de Población*, 6 (10), pp. 77-102.
- A. GÓMEZ, M. E. ZAPATA, P. PAOLASSO, F. OLMOS y S. R. MARGARIDO (2018): «La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI: un abordaje cuantitativo», *Salud Colectiva*, 14 (1), pp. 33-50.
- LORANDI DE GIECO, A. M., y D. M. LOVERA (1972): «Economía y patrón de asentamiento en la provincia de Santiago del Estero», *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología*, 6.
- MAMANI, M. O. (2021): «Impacto del Programa Juntos sobre la desnutrición crónica infantil en el Perú, 2016-2018», *Semestre Económico*, 10 (2), pp. 32-49.
- MÁRQUEZ, A. (2021): Diagnóstico regional y participativo sobre la situación, logros y desafíos del desarrollo social en la provincia de Santiago del Estero durante la última década, <<https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2022/2022-Observatorio-Ministerio-Salud-Santiago-del-Estero-Informe-Relevamiento.pdf>>.
- MÉNDEZ, M. A., C. A. MONTEIRO y B. M. POPKIN (2005): «Overweight exceeds underweight among women in most developing countries», *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81 (3), pp. 714-721.
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (2018): *Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en Argentina*, Buenos Aires, Argentina, <<https://www.unicef.org/argentina/media/4221/file/Obesidad%20Infantil.pdf>>.
- (2019): *2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (EN-NyS 2). Indicadores priorizados*, <<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/2deg-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-indicadores-priorizados>> [consulta: 30/01/2020].
- OYHENART, E., S. DAHINTEN, J. ALBA, E. ALFARO, I. BEJARANO, G. CABRERA y J. ZAVATTI (2008): «Estado nutricional infantojuvenil en seis provincias de Argentina: variación regional», *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 10 (1), pp. 1-62.
- PALACIOS, A. (1937): «Informe», *Diario de la Cámara de Senadores de la Nación*, 4.ª a 7.ª reunión, 3.ª sesión ordinaria, pp. 11-287.
- PANTELIDES, E. A., y G. BINSTOCK (2007): «La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI», *Revista Argentina de Sociología*, 5 (9), pp. 24-43.
- PAZ, R., y C. JARA (2012): «El campesino en Santiago del Estero (Argentina): la pobreza de un sector que se resiste a desaparecer (1988-2002)», *Ager: Revista de estudios sobre despoblación y desarrollo rural*, 12, pp. 149-175.
- PEÑA, M., y J. BACALLAO (2000): *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*, Publicación Científica, 576, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 132 pp.
- PÉREZ, E. C., M. J. SANDOVAL, S. E. SCHNEIDER y L. A. AZULA (2008): «Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes», *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*, 179, pp. 16-20.
- PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA (2016): *Escala abreviada del desarrollo 3*, Gobierno de Colombia, Bogotá.
- POPKIN, B. (2006): «Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases», *The American Journal of Clinical Nutrition*, 84 (2), pp. 289-298.
- RIVAS, J. (2002): «El mundo rural santiagueño en los relatos de Jorge W. Abalos», *Población & Sociedad*, pp. 286-312.

- ROSSI, M. C., y G. BANZATO (2018): *Tierra y sociedad en Santiago del Estero*, Academia Nacional de la Historia, Argentina.
- SMITH, L., y L. HADDAD (2000): «Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: a Cross-Country Analysis», *International Food Policy Research Institute*.
- TASSO, A. (2011): «La sequía de 1937 en Santiago del Estero. Antecedentes y consecuencias de un acontecimiento ambiental», *Trabajo y sociedad*, 15 (17), pp. 17-39.
- UNICEF, MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ y USAID (2006): *Un buen inicio de vida*.
- UNICEF (2019): *Estadísticas de los hechos vitales de la población adolescente en la Argentina*.
- WHO (2006): Child Growth Standards. Technical Report, Geneva: WHO Press, <<https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>>.

Recibido: 10 de febrero de 2023

Aceptado: 17 de marzo de 2023